

Fra fysioterapeutstudent til yrkesutøver Et treårig prosjekt om utvikling/læring av klinisk skjønn

Grete Stokkenes

Grete Stokkenes, førstelektor, Institutt for Fysioterapi, Høgskolen i Bergen

Sammendrag

Prosjektet retter søkelyset mot utvikling av klinisk skjønn hos fysioterapeutstudenter og er en kvalitativ studie. Seks studenter er intervjuet en gang hvert år gjennom en treårig prosjektperiode. Intervjuene har fokusert på studentenes erfaringer og vurderinger knyttet til pasientbehandling i 2. og 3. studieår og i turnusåret. Analysen er gjort ad modum Kvale. Resultatene viste at andreårsstudentene skjønte godt pasienter som var positive og ga verbale tilbakemeldinger til dem. I disse situasjonene viste de god skjønnsutøvelse. I tredje studieår skjønte studentene flere pasienters ståsted og klarte å håndtere en del komplekse behandlingssituasjoner. De hadde fortsatt problemer når pasientene var passive og lite ga uttrykk for egne behov. Brukerkunnskap og brukerdeltakelse i skjønnsutøvelsen ble fremmet ved at studentene innhentet pasientenes synspunkter, inkluderte dem aktivt i opplegget og håndterte uenigheter knyttet til behandlingen på en profesjonell måte. Studentenes kliniske skjønn utviklet seg i løpet av praksisperiodene. De viste kompetent skjønnsutøvelse i stadig mer komplekse behandlingssituasjoner.

* Referee

Nøkkelord

Studenter, skjønn, læring

Innledning

Læring og utvikling av klinisk skjønn i grunnutdanningen er temaer som ansatte ved helsefagutdanninger, praksisveiledere i fysioterapi, fysioterapeuter og studenter er opptatte av. En best mulig innsikt i dette feltet er nødvendig for å kunne vurdere om undervisningsopplegget er bygget opp slik at studentene blir rustet til å takle utfordringene som de møter i klinikken.

Studenter i fysioterapi tar en del av sin utdanning i klinisk praksis. I første studieår gjennomfører de en følgepraksis på en uke for å få et inntrykk av hva fysioterapeuter arbeider med. Senere får de en klinisk observasjonspraksis som varer i tre uker. I andre studieår får studentene egne pasienter som de undersøker og behandler under veiledning av en fysioterapeut. Denne praksisen foregår i

kommunehelsetjenesten, er lagt til vårsemesteret og varer i elleve uker. I tredje studieår finner behandlingspraksisen sted i sykehus- og institusjons-helsetjenesten. Studentene arbeider da i ti uker med pasienter under veiledning av fysioterapeut (Fysioterapeututdanningen 2000, 2007). Etter tre år får studenten sin bachelorgrad og går ut i turnustjeneste. I dette året praktiserer de som fysioterapeuter med midlertidig autorisasjon på arbeidsplasser med flere andre fysioterapeuter. Turnustjenesten er delt slik at de arbeider halve tiden i kommunen og halve tiden i sykehus- og institusjons-helsetjenesten.

Prosjektet om utvikling av profesjonelt skjønn ser på praksislæring hos fysioterapeutstudenter og turnuskandidater. Skjønn utvikles og anvendes når studentene på de ulike trinnene i utdanningen bruker sine faglige kunnskaper, ferdigheter og holdninger for å gi pasienter som har svært ulike ønsker og behov en god behandling. De tre problemstillingene i prosjektet har vært:

1. Hvordan læres og utvikles det profesjonelle skjønn hos fysioterapeutstudenter i andre studieår?
2. Hvordan læres og utvikles det profesjonelle skjønn hos fysioterapeutstudenter i tredje studieår?
3. Hvordan kan fysioterapeuter i turnustjeneste fremme brukerkunnskap- og brukerdeltakelse i skjønnutøvelsen?

Studien har allerede munnet ut i tre artikler. Artikkelen nr. en heter: Utvikling/læring av profesjonelt skjønn hos fysioterapeuter (Stokkenes 2003). Den er knyttet til andre studieår. Artikkelen nr. to har fokus på tredje studieår og har også hovedtittelen: Utvikling/læring av profesjonelt skjønn hos fysioterapeutstudenter (Stokkenes 2004). Disse artiklene er publisert i Nordisk Fysioterapi,

Stockholm. Tredje artikkel tar for seg resultater fra turnusåret. Den er kalt: Patient's participation in clinical practice (Stokkenes 2006) og er lagt inn i BORA ved Høgskolen i Bergen. Hensikten med denne siste artikkelen er å trekke en rød tråd gjennom den treårige studien for å få frem læringsprogresjonen som har funnet sted hos fysioterapeutstudentene i løpet av utdanningsperioden.

Læring i praksis – teoretisk perspektiv

Studien tar for seg læring i klinikken og har et sosiokulturelt perspektiv som fokuserer på individets læring gjennom samspill og interaksjon med andre personer. Dysthe (1996, 2000) trekker frem at kommunikasjon blir et sentralt element i en slik læreprosess. Hun sier også at i et godt læringsmiljø der blir studenten akseptert som en person som kan noe, og som kan bidra med noe. Lave (1991) poengterer at evnen til å tenke vokser i situasjoner hvor den lærende selv får prøve seg frem og være aktiv, mens Benner (1995:47) sier om praksislæring at den kan gi en:

”afklaring af forudfattede meninger og teori gennem mødet med mange konkrete, praktiske situationer, der nuancerer eller facetterer teorien. Teorien fremlægger det, der kan udtrykkes og formaliseres, mens den kliniske praksis er altid mer kompleks og byder på langt flere realiteter, end teorien alene kan rumme. Man vinder erfaring, når den teoretiske viden forfines, udfordres eller afkræftes af konkrete, kliniske resultater, der bestyrker eller modsiger den teoretiske forståelse”

Til sist må nevnes Van Manen (1993). Han peker på at partene i en pedagogisk relasjon bør ha gode komplementære ferdigheter for å lykkes, dvs. at de må komme frem til et felles mål, og at de må utfylle hverandre gjennom samarbeidet.

Klinisk skjønn og samhandling med brukeren

Skjønnnet kommer gjerne til anvendelse i saker som ikke er helt opplagte. Blåka (1997, 2000) har skrevet at å bruke skjønn i en praktisk klinisk situasjon, er å gjøre vurderinger hvor en skiller det vesentlige fra det uvesentlige for å kunne handle på best mulig måte. Martinsen (2005) utdyper dette videre ved å si at alle kliniske situasjoner må tolkes og forstås, og at et godt skjønn bæres av en forutsetning om at man har tillit til hverandre. Alvsvåg (2002) mener at det å utvise skjønn også dreier seg om å handle slik i situasjonen at intensjonene i regler, normer og lover blir oppfylt. Hun sier videre at den som utøver et skjønn, tar sin livsforståelse og sine normer, dvs. sitt personlige skjønn, med seg inn i sin faglige virksomhet hvor vurderingene gjøres og det kliniske skjønnnet utøves. I drøftinger sammen med kollegaer sikrer en seg at den kliniske skjønnsutøvelsen forankres i et fagmiljø, og at dette skjønnnet ikke bare er den enkelte helsearbeiders synsing og vurderinger (Alvsvåg 2002). Braut (1998) sier om det kliniske skjønnnet at all informasjon må settes inn i en kontekst, og at skjønnnet på mange måter er kunnskapens tilpasning til konteksten. Det faglige tilbudet må tilpasses og gagne den pasienten som kommer til helsevesenet med sine problemer. En form for samarbeid med pasienten må derfor inngå i enhver klinisk skjønnsutøvelse. Ulike perspektiver vil her møtes. Pasienten har med seg sine vurderinger, sitt personlige skjønn, basert på sin sykdomsforståelse og kunnskap om sitt liv og sin verden, mens profesjonsutøveren kommer med litt andre vurderinger, sitt skjønn, basert på fagforståelse og personlige erfaringer. Profesjonsutøveren har på bakgrunn av sin faglige posisjon makt og autoritet i forhold til klienten. Makt er til stede i alle relasjoner og kan ha mange uttrykksformer (Garsjø 2002). Blåka (2000) hevder at måten å se på, det målende kliniske blikket i undersøkelsen, kan komme til å

tingliggjøre pasienten dersom han først og fremst blir sett som en diagnose eller et interessant sykdomstilfelle. Bac (1992) mener at terapeuter kan kvele pasientens initiativ i behandlingssamspillet ved å være kontrollerende og styrende slik at pasienten blir mer eller mindre passiv og får en følelse av avmakt. Terapeuter kan også bidra til vekst og mestring ved å vise åpenhet for pasientenes forslag og bidrag og gi han mulighet til å være en aktiv deltaker i et samspill der begge er likeverdige, selv om de har ulike roller og kommer med ulike bidrag i behandlingsprosessen.

Fysioterapeututdanningen, brukere og skjønn

Rammeplanen i fysioterapi (Norgesnettrådet 1998) beskriver hvordan studentene skal arbeide med pasientene:

Yrkesutøvere skal ha en holdning og en måte å arbeide på som sikrer brukerne medinnflytelse. Samhandling med brukeren skal være et utgangspunkt for tiltak. Brukere som selv ikke er i stand til å fremme sine interesser, skal – der det er mulig – veiledes og gjøres bevisste på egne ressurser på en slik måte at det kan hjelpe dem til å gjenvinne og bedre sine evner og muligheter ” (Norgesnettrådet 1998:14).

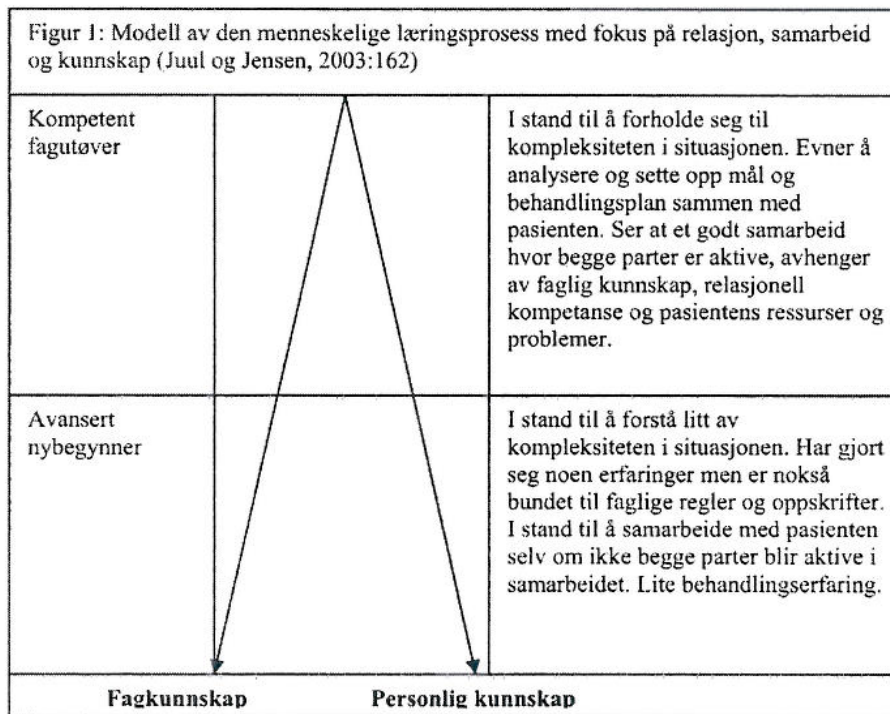
Rammeplanen hevder også at utviklingen av et godt skjønn betyr mye for yrkesutøvelsens kvalitet og at skjønnnet bygger på verdier og holdninger, på forståelse for brukeren samt på teori og praktiske handlingsferdigheter, og dette skal læres gjennom erfaring i praktisk yrkesutøvelse. Skjønnnet uttrykkes gjennom måten studenten velger å samarbeide med sin pasient om behandlingsmål og plan gjennom hele behandlingsprosessen. Fysioterapeuten må se begrensningene og mulighetene til den enkelte pasient og legger opp samarbeidet slik at pasienten får mulighet til å delta ut fra sine forutsetninger enten han er voksen idrettsutøver eller er en eldre person med

slag og nedsatt taleevne. Fysioterapeut Gunn Engelsrud (1990) har også skjont at interesse og glød betyr mye i samspillet med andre mennesker. Hun uttrykker det slik: "Alt starter i forhold til at noen er engasjert i deg."

Kompetent skjønn i klinisk sammenheng

Den første utkastet til den presenterte modellen om den menneskelige

læreprosess ble opprinnelig utviklet av amerikanerne H. Dreyfus og S. Dreyfus (1991) og videreutviklet av Benner (1995) for klinisk sykepleiepraksis. Den modellutgaven som vises i figur 1, er hentet fra Juul og Jensen (2003) som særlig har fokusert på pedagogisk relasjonskompetanse. I figuren presenteres de delene av modellen som er benyttet i denne studien i vurderingen av skjønnsutøvelsen til de nyutdannede yrkesutøvere. De to stadiene kalles avansert nybegynner og kompetente fagutøver



Figuren illustrerer at den avanserte nybegynneren fortsatt skiller mellom tekniske ferdigheter og teoretisk kunnskap på den ene siden og personlig menneskelig innsikt på den andre siden, det personlige skjønnet er ikke blitt en integrert del av det faglige skjønnet. Den avanserte nybegynneren har stor tiltro til tekniske ferdigheter og faglige regler, og pasienten kan lett bli sett på som en passiv mottaker

av behandling. Hos den kompetente fagutøveren har faglig og personlig kunnskap blitt integrert. I et kompetent skjønn på dette nivået evner utøveren både å forholde seg til kompleksiteten i situasjonen samt forstå pasientens behov og samarbeide med han om mål og opplegg

Modellen er brukt i studien for å forstå og beskrive hvordan det kliniske skjønnnet læres og utvikles.

Skjønn – konklusjon

I denne studien belyses utvikling/læring av klinisk skjønn. Skjønnsbegrepet er mangefasettert. Det inneholder både vurderinger og handlinger. Behandlings-situasjoner er sjelden enkle, de må alltid tolkes og skjønnes av både behandler og pasient. Skal behandlingen bli vellykket, må partene få til et samarbeid. Terapeuten må få til et samarbeid med pasienten ut fra hans forutsetninger. Det må brukes skjønn for å finne ut hvordan dette samarbeidet skal utformes gjennom hele behandlingsprosessen. I det kliniske skjønnnet ligger det også et personlig skjønn som inneholder etiske verdier og livserfaringer. Dette preger de vurderinger og avgjørelser som behandleren tar. Pasienten bestemmer ut fra sitt personlige skjønn om han vil forholde seg til det tilbud som behandleren kommer med. Modellen om den menneskelige læreprosess er brukt i denne studien for å gi et bilde av hva utvikling av klinisk skjønn vil si.

Metode

Denne studien er en kvalitativ studie med dybdeintervjuer som belyser hvordan det kliniske skjønnnet hos fysioterapeut-studenter utvikles/ læres. Skjønnnet belyses ved å få frem noen av studentens vurderinger og handlinger i behandlingsprosessen, knyttet til hvordan de samarbeider med sine pasienter gjennom en behandlingsprosess hvor målet er at pasientene skal ha nytte av behandlingen.

Informanter

De seks informantene i studien er fulgt gjennom tre år og er blitt intervjuet til sammen tre ganger i løpet av prosjektperioden for å få frem deres læreprosess i den kliniske delen av utdanningen. Prosjektet startet da studenter var i andre studieår og fortsatte i tredje studieår og i turnusåret. Intervjuene er gitt i etterkant av hver praksisperiode. Informantene meldte seg frivillig til forskningsprosjektet på bakgrunn av skriftlig informasjon om studien til alle studentene på andre studieår. Fire av informantene var kvinner og to menn. Alle var i tjuetårene. Noen hadde vært inntatt frivillig ungdomsarbeid, andre hadde vært støttekontakter for psykisk utviklingshemmede, og noen hadde arbeidet med voksne mennesker. De fleste var interesserte i sport og trening.

Etiske forhold

I informasjonsskrivet fikk informantene vite at prosjektet fokuserte på læring og yrkeskvalifisering, og at hensikten var å få større kunnskap om hvordan studenter i fysioterapi utvikler sitt kliniske skjønn gjennom de erfaringene de skaffer seg i praksisstudiene. De fikk også vite at resultatene fra prosjektet kunne bli brukt i studiekvalitetsarbeidet både inne på utdanningen og ute i praksisstudiene. Studentene ble gitt følgende definisjon av skjønn i informasjonsskrivet: "Skjønnnet brukes i situasjoner hvor de vitenskapelige regler alene blir utilstrekkelige. Skjønnnet er knyttet til den praktiske situasjon og består blant annet i å kunne vurdere en situasjon og skjelne det vesentlige fra det uvesentlige for å komme frem til best mulig handling (Blåka 2000)." Studentene fikk dessuten informasjon om at alle personopplysninger ville bli anonymisert. Det ble informert om at deltakelse i prosjektet var frivillig, og at de kunne trekke seg mens prosjektet pågikk (Helsinkideklarasjonen 2004). Studentene

fikk også vite at båndene ville bli oppbevart i låsbart skap og slettet etter at studien var ferdig gjennomført.

Intervjuer var lærer ved utdanningen og hadde undervisning av disse studentene da de gikk i andre studieår. Hvert årskull er på ca. seksti studenter, og lærerne får derfor ikke noe nært forhold til studentene. Intervjuer var ikke tilknyttet lærerstaben i tredje studieår og hadde ikke disse studentene i de avsluttende eksamenene i fysioterapi. I turnusåret var studentene utskrevet fra høgskolen og uavhengig av lærerstaben. Etisk medisinsk komité ble rådspurt om prosjektet og sa at denne typen studie ikke trenger etisk godkjenning.

Datainnsamling

Intervjuguiden, som ble benyttet for å få frem hvordan det kliniske skjønnet til studentene utviklet seg, bygger på teori om begrepet profesjonelt skjønn (Blåka 2000, Dysthe 2000, Lave 1991). Rammepanens beskrivelse av fagutøvelse i fysioterapi (Norgesnettrådet 1998) og egen klinisk erfaring og kunnskap om behandlingsprosesser i fysioterapi. Hovedtemaene i intervjuguiden, som ble benyttet på alle tre studieårene, var: 1) Presentasjon av pasienten, 2) pasientens mål og mål formulert av fysioterapeuten og 3) vurderinger i den fysioterapeutiske undersøkelsen og vurderinger knyttet til samarbeid med pasientene om behandlingsopplegget og 4) resultatet av behandlingsprosessen.

Hvert intervju handlet om tre pasienter som studentene hadde behandlet i praksisstudiene, dvs. tre kasuistikker. På forhånd fikk studentene se intervjuguiden og velge ut hvilke tre pasienter som de ville snakke om. De kunne dessuten avgjøre om de ville trekke frem problematiske - eller uproblematiske behandlingsopplegg. I andre og tredje studieår ble alle seks studentene intervjuet

på høgskolen kort tid etter at praksisperioden var gjennomført. De siste intervjuene fant sted etter at turnusåret var slutført og foregikk på ulike steder. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Informantene fikk tilsendt transkripsjonene i etterkant av hvert intervju og fikk anledning til å kommentere materialet for å sikre at dem at de ble forstått riktig.

Analyse

Hvert intervju besto av tre kasuistikker som ble bearbeidet på et tekstnært -, et generelt - og et teoretisk nivå (Kvale 1992, 1995, 2008). *Tekstnært nivå* er en sammenfatting av det den intervjuede beskriver, mens *generelt nivå* er mer en tolkning av meningsinnholdet i det informantene sier. Kasuistikkene fra andre - og tredje studieår ble videre bearbeidet på et *teoretisk nivå* i forhold til litteratur om klinisk skjønn. I tredje del av studien, som belyser mer hvordan fysioterapeutene fremmer brukerkunnskap- og bruker-deltakelse i skjønnsutøvelsen, ble resultatene bearbeidet på et *teoretisk nivå* i forhold til litteratur om skjønn og aktiv deltakelse (Bac og Waastad 1992).

Metodedrøfting

Studentenes fortellinger om behandling av pasienter i etterkant av begivenhetene utgjør datamaterialet, og disse vil derfor være farget noe av ettertankens lys. Alvsvåg (2002) sier at det kliniske skjønnet utvikles når en får tid til å reflektere over de valg en har foretatt i den aktuelle situasjonen, så informantene har sannsynligvis fått øket fysioterapeutisk innsikt eller skjønn gjennom prosessen med å sette ord på hvordan de har vurdert og handlet i klinikken. Informantene fikk selv bestemme om de ville snakke om problematiske - eller uproblematiske behandlingsprosesser, og

hovedoppfatningen var at de først og fremst trakk frem behandlingsprosesser som hadde gjort inntrykk på dem. Kasuistikkene gjenspeiler først og fremst studentenes perspektiver og vurderinger. Det er ikke gitt at pasientene har oppfattet behandlingsforløpene på samme måte som studentene. Pasientenes oppfatninger og skjønn kan først og fremst bli belyst i direkte samtaler med dem.

Forskerens rolle

Forskerens tilstedeværelse i selve materialet er viktig å drøfte. Ifølge Frantzen (1992) vil forskeren alltid påvirke studien. Han har gjerne designet studien, intervjuet studentene og gjort informantene mer eller mindre trygge i intervju-situasjonen. Han har dessuten valgt analysemåte og teoretisk grunnlag for studien. Forskeren må derfor bestrebe seg på å redegjøre så godt som mulig om alle valg som er blitt gjort i arbeid med stoffet, samt om sitt eget faglig og profesjonelt ståsted. Informantene vil for eks. aldri ha et helt uavhengig forhold til en som både er deres lærer i fysioterapi og forsker. Jeg hadde imidlertid ikke disse seks studentene oppe til noen eksamener. Da de siste intervjuene fra turnusåret fant sted, hadde studentene fått sine vitnemål og var uavhengig av utdanningen. De bidro likevel med sine erfaringer fra praksisfeltet, og det tolket jeg som at de selv hadde utbytte av å delta i prosessen.

Analyse

Analysen av datamaterialet starter allerede med utformingen av intervjuguiden og vil følgelig være preget både av det teoretiske utgangspunktet for studien og av innholdet i selve datamaterialet (Malterud 1996). Resultatet i form av kasuistikker er dessuten forenklinger av virkeligheten og fremstår som mindre nyanserte enn det de

er i realiteten er. I forskningen vil en måtte ta ut deler av virkeligheten og belyse disse delene så redelig som det lar seg gjøre (Malterud 1996).

Det teoretiske perspektivet i studien kommer fra flere ulike kilder som utfyller hverandre. Rammeplanen ble godkjent av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet i 1998 før den ble gjort gjeldende for alle fysioterapeututdanningene i Norge. Planen legger stor vekt på både pasientsamarbeid og pasientdeltakelse, praksiserfaringer og teoretisk kunnskap. Det er også bred faglig konsensus om innholdet i Rammeplanen. Juul og Jensen (2003) sin modell om den menneskelige læringsprosess gir ytterligere nyanser til den forannevnte kilden. Den får frem at en kompetent fagutøver må integrere kunnskaper, erfaringer og pasientsamarbeid i sin skjønnsutøvelse. Modellen gir dessuten en illustrasjon av nivåene i læreprosessen fra nybegynner til en mer kompetent fagutøver. Forhåpentligvis har disse teoriene belyst innhold i skjønnsvurderingene og skjønnsutøvelsen så godt at det er blitt kastet et lys over utviklingen informantene har gjennomgått i løpet av studietiden.

Studenters læring og utvikling av skjønn

Presentasjonen av resultater fra hvert av de tre studieårene starter med et sammendrag av resultatene knyttet til dette studieåret. Funnene utdypes ved utvalgte kasuistikker.

Andre studieår

Sammendrag

Hensikt: Belyse problemstillingen: Hvordan læres og utvikles det profesjonelle skjønn hos fysioterapeutstudenter i andre studieår?

Resultatet utgjøres av atten analyserte kasuistikker. I behandlingsprosesser der skjønnsvurderingene ble beskrevet som tilfredsstillende, fikk studentene gode tilbakemeldinger fra pasientene på behandlingsopplegget og behandlingsresultatet. Pasientene fikk hjelp for sine plager ved at de enten fikk bedring av sin funksjon eller hjelp til å mestre endret funksjon. I de situasjonene der skjønnsutøvelsen ble mer problematisk, måtte studentene forholde seg til konflikter med pasientene. Disse var knyttet til uenigheter om mål og behandlingsopplegg og relasjonelle forhold.

Konklusjon: Andreårsstudentene skjønte godt pasienter som var positive og motivert for behandling. I de tilfellene der relasjonen med pasientene var problematisk, var skjønnsutøvelsen vanskeligere. Her ble studenten lett for bundet av faglige regler og manuelle teknikker og maktet ikke få pasienten med som en aktiv samarbeidspartner i behandlingsopplegget.

Faglig skjønnsutøvelse og motiverte pasienter

Avgjørelser knyttet til utformingen av samarbeidet mellom pasient og fysioterapeut er en vesentlig del av skjønnsvurderingen og skjønnsutøvelsen. Tilfredsheten med behandlingen blir ofte best dersom fysioterapeuten og pasienten klarer å utvikle felles behandlingsmål som for eksempel å bli helt restituert, å oppnå et bedret funksjonsnivå eller å mestre et nedsatt eller endret funksjonsnivå, og de blir enige om et behandlingsopplegg som fungerer. Fysioterapeutens skjønn bygger ikke bare på fagkunnskap, ferdigheter og personlige livserfaringer men også på evne til å se, lytte og ta inn over seg pasientens tanker og ideer rundt sine helseproblemer.

En av kasuistikkene, som omhandler en førskolegutt med forsinket grovmotorisk utvikling, illustrerer en skjønnsutøvelse der fysioterapeutstudenten fikk til et positivt samarbeid om treningsopplegget gjennom hele behandlingsprosessen. Målet for behandlingen, som var bedre funksjonsnivå i forhold til jevnaldrende, ble satt sammen med foreldrene. Denne gutten ble inspirert og motivert av å mestre ting. Studenten ga gutten et opplegg som ikke var for krevende, og roste gutten for alle øvelser han mestret under treningen.

”Den gutten, han visste utrolig godt sjøl hva han fikk til, og hva han ikke fikk til. Hele tiden måtte en passe på å si at dette går bra og 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.”

Studenten skjønte også at det var viktig å samarbeide med moren som fulgte gutten til behandling, da hun ville følge opp og stimulere han til å prøve ting hjemme. Gutten klarte etter hvert å følge de andre barna i leken. Fysioterapeuten må skjonne hva pasienten ønsker og trenger for å få opplegget til å fungere. Dersom pasienten ikke er enig i opplegget eller synes at øvelsene er lite meningsfulle, så viser mye erfaring fra praksis at pasienten ikke gjennomfører treningsopplegget (Engelsrud, 1990).

Pasientenes positive tilbakemeldinger er svært viktige for at studentene skal få til en god skjønnsutøvelse. Tilbakemeldingene blir gjerne uttrykt som glede, aktivitet og engasjement. Studentene opplever det som en anerkjennelse av sitt arbeid, de blir inspirerte av disse pasientene og styrket i sin fagutøvelse, og en god sirkel blir skapt. En kasuistikk illustrerer hvordan den positive tilbakemeldingen styrker den faglige skjønnsutøvelsen. Den omhandler en mann med slag og stor afasi. Pasientens mål var å kunne gå litt alene uten personstøtte samt klare små daglige gjøremål slik at han kunne reise hjem

igjen. Studenten anstrengte seg mye for å skjønne hva pasienten forsøkte å uttrykke og fikk til et bra samarbeid om et adekvat treningsopplegg.

"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 ble svært glad hver gang studenten forsto hva han prøvde å uttrykke, og denne tilbakemeldingen stimulerte studenten til å anstrenge seg for å få til et opplegg han kunne ha nytte av. Hun ble også inspirert av hans funksjonsbedring, og pasienten ble etter hvert i stand til klare seg så godt at han kunne dra hjem.

I disse behandlingssituasjonene har studentene ikke behøvd å forholde seg til pågående konflikter med pasientene i skjønnsutøvelsen. De har skjönt hva pasientene har trengt og ønsket og har fungert som kompetente fagutøvere (Juil og Jensen, 2003), dvs. at de har fått til felles behandlingsmål, og samarbeidet rundt opplegget har fungert bra.

Skjønnsutøvelse og konflikter

I noen behandlingsopplegg ser det ut til å ha vært vanskeligere for studentene å utøve et godt skjønn. Samarbeidet med pasientene har vært problematisk og kommet til uttrykk som uenighet om behandlingen, mangel på gjensidig respekt og lite terapeutisk erfaring. Den første kasuistikken dreide seg om en vanskelig relasjon og skjønnsvurderinger gjort i forhold til samarbeid om behandlingsopplegget. Studenten fortalte om pasienten at han var en middelaldrende mann med mangeårig myelopati som hadde store forhåpninger om å bli bedre av lammelsene i beina sine. Han kunne mye om sin sykdom, og studenten slet med å bli

akseptert av pasienten som en behandler med faglig kompetanse. Pasienten tok motstrebende imot studentens vurderinger og forslag knyttet til opptreningen og ble svært skuffet og sint hver gang han måtte innse at han nesten ikke hadde muskelkraft igjen i beina.

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

Pasienten ble ikke sterkere. Studenten klarte ikke å bedre relasjonen. Hun avfant seg med det vanskelige samarbeidet fordi hun syntes synd på pasienten som ikke klarte å akseptere den funksjonsendring som hadde funnet sted. Skjønnsutøvelsen i behandlingsprosessen forble preget av konfliktene i opptreningssituasjonen. Et reelt samarbeid fordrer at partene makter å bli enige om en felles virkelighetsforståelse. Dersom pasient og terapeut starter ut med for ulike oppfatning av tingenes tilstand, så må en enten bruke lang tid på å prøve skjønne hverandres perspektiv og så arbeide seg sammen, eller en må erkjenne at det blir umulig å nå frem til en felles plattform, og at pasientens behandlingsmål ikke kan nås.

Konklusjon

Andreårsstudentene skjønte godt pasienter som de opplevde som positive og motiverte for behandling. I de tilfellene der relasjonen med pasientene var problematisk, var skjønnsutøvelsen vanskeligere. Her ble studentene lett for bundet av faglige regler og manuelle teknikker og maktet ikke få pasienten med som en aktiv samarbeidspartner i behandlingsopplegget.

Tredje studieår

Sammendrag

Hensikt: Belyse problemstillingen: Hvordan læres og utvikles det profesjonelle skjønn hos fysioterapeutstudenter i tredje studieår? Målet er å belyse hvordan skjønnsutøvelsen har utviklet seg fra andre til tredje studieår.

Resultat: Utgjøres av atten analyserte kasuistikker. Tredjeårsstudentene syntes å være enda mer opptatt av å skjønne sine pasienter og var åpnere for å lære av pasientene og inkludere denne kunnskapen i skjønnsutøvelsen. De klarte også å forholde seg bedre til pasienter som i utgangspunktet ikke var motiverte for fysioterapi og få disse med i behandlingssamarbeidet. De hadde fortsatt problemer med å være profesjonelle i skjønnsutøvelsen når pasientene var tause og passive og i tillegg hadde begrenset kognitiv kapasitet og verbal uttrykksevne.

Konklusjon: I dette studieåret skjønte studentene sine pasienter bedre. De forholdt seg til dem på en tryggere måte og klarte å håndtere flere komplekse pasienter og behandlingssituasjoner enn i andre studieår. De hadde fortsatt problemer med å være profesjonelle i skjønnsutøvelsen når pasientene var passive og lite klarte gi uttrykk for hva de ville.

Å skjønne brukerens bidrag og perspektiv

Studentene på tredje studieår er mer opptatt av å forstå pasientenes oppfatninger og erfaringer enn det de var på andre studieår. De gir uttrykk for at de har lært mye av sine pasienter, og de synes ikke lenger å være så bundet til faglige regler og oppskrifter. I kasuistikken om en eldre pasient med armbrudd, beinamputasjon, mye smerter og fare for ny amputasjon illustreres dette. Pasienten ga aldri opp på

tross av mye motgang, og studenten trakk frem at denne mannen hadde lært henne noe om hvor stor innsatsvilje, motivasjon, styrke og utholdenhet som kreves for å kunne mestre gange med protese og mestre tilbakeslag.

"Han var ikke en mann som sa så veldig mye, men vi hadde en god samtale synes jeg. Når det var snakk om en mulig reamputasjon, så sa han bare at det som måtte til, det måtte han igjennom."

Underveis ble vurderingene og skjønnsutøvelsen sterkt influert av pasientens måte å takle motgangen på. Han trente mer iherdig enn studenten hadde trodd var mulig. I følge Bae (1992) er respekt for det bidrag hver av deltakerne yter i behandlingssituasjonen en forutsetning for vekst og utvikling hos begge parter i samspillet.

Studentene har også fått større forståelse for at behandlingssopplegget og samarbeid om dette må tilpasses den aktuelle brukers kapasitet. Pasienter kan klare mye bare man tar hensyn til deres muligheter og begrensninger. Tilpasningen av treningsopplegget til brukerens kapasitet illustreres i kasuistikken om en eldre mann som hadde amputert beinet. Kommunikasjonen i samarbeidet var svært krevende blant annet pga. hans nedsatt hørsel, og han var redusert i sin fysiske yteevne. Studenten skjønte først ikke hvor mange komponenter i gangen som pasienten trengte å øve på. Treningsopplegget fungerte først da fokuset ble rettet mot trening av små detaljer slik at han kunne klare å stå skikkelig på protesen. Til sist klarte han også å gå alene med gåstol og protese.

"Protesen hadde åpent kne. Det var ikke alltid at han fikk nok vekt på den foten, og da bare knakk han sammen. Det kom seg når han fikk rettet mer oppmerksomhet mot at han skulle se ned på beinet og alltid

holde på bremsene på gåstolen, sånne praktiske ting.”

Flere av disse kasuistikkene omhandler pasienter som har hatt klare begrensninger i sin fysiske tåleevne. Skjønnsvurderingene har vært knyttet til hvordan opplegget burde utformes for at pasientene skulle kunne delta aktivt og nyttiggjøre seg treningstilbudet. Studentene har erfart at det kan være vanskelig å forutsi hva en pasient kan klare, og at det ikke er diagnosen som avgjør om pasienter kan samarbeide om opptreningen og nyttiggjøre seg denne på en god måte. De har forstått mer enn tidligere at det faglige skjønnnet må inneholde en åpenhet for pasientens muligheter og ressurser (Alvsvåg 2002). Alle ikke kan klare å oppnå full restituerende og rehabiliterende. Mange pasienter ser imidlertid ut til å ha akseptert at den fysiske funksjonen er noe endret og gjør det beste ut av situasjonen. Gjengedal (2001) som har undersøkt livskvaliteten til pasienter med kroniske plager, bekrefter at mange brukere syntes de klarte å mestre hverdagen til tross for enkelte begrensninger.

Problemer i skjønnsutøvelsen

I noen av de problematiske behandlingsforløpene har pasientene hatt vansker med å følge det behandlingsopplegget som studenten har foreslått ut fra sitt skjønn i situasjonen. En kan få inntrykk av at studentene har overvurdert pasienten sin kapasitet og muligheter til å yte et aktivt bidrag i behandlingssituasjonen. Dette illustreres i kasuistikken om en eldre pasient med beinbrudd. Han hadde tidligere hatt et større hjerneslag og hadde store vansker med å uttrykke seg verbalt. Pasienten falt mens han var innlagt på institusjon og måtte reoperere lårhalsen. Pasienten var passiv, skjønnsutøvelsen i behandlingsopplegget ble famlende og ingen funksjonsbedring ble oppnådd.

”Det gikk litt bedre da jeg la listen lavere og tok hensyn til at mannen hadde spesielle vansker etter et tidligere slag. Jeg fikk lært mye om pasienter med sammensatte problemer og om å legge opp treningen slik at pasienten kunne klare å forstå hva han skulle gjøre og være med på øvelsene.”

Svært mange har erfart at det var vanskelig å få pasienter til å gjøre øvelser når de ikke klarer huske øvelsene eller forstå meningen med dem. Den beste treningen i slike tilfeller kan ifølge Pickles og Compton (1998) være å unngå å utvikle nye treningsopplegg og heller la pasienten få gjøre daglige gjøremål, trene funksjonsrettet. En del av skjønnsvurderingen er nettopp å foreslå mål og behandlingsopplegg som er gjennomførbare for pasienten basert på hans begrensninger og muligheter. En må skjønne hva funnene i undersøkelsen betyr for pasientenes funksjonsevne og få tak i hvilke muligheter pasienten har. Før fagutøveren klarer å forstå og forholde seg til kompleksiteten i behandlingssituasjonen, så kan ikke skjønnsutøvelsen komme opp på et kompetent nivå.

Konklusjon

I dette studieåret skjønte studentene sine pasienter bedre. De forholdt seg til dem på en tryggere måte og klarte å håndtere flere komplekse pasienter og behandlingssituasjoner enn i andre studieår. De hadde fortsatt problemer med å være profesjonelle i skjønnsutøvelsen når pasientene var passive og lite klarte gi uttrykk for hva de ville.

Turnusåret

Sammendrag

Hensikt: Belyse problemstillingen: Hvordan fremmer turnuskandidatene brukerkunnskap og aktiv brukerdeltakelse i skjønnsutøvelsen?

Resultat: Totalmaterialet i denne delen av studien omfattet atten kasuistikker. De kasuistikker, som presenteres og drøftes i tredje delen av prosjektet, viser at et aktivt samarbeid mellom pasienten og hans omgivelser kan fremmes på svært mange ulike måter. Resultatene viser også at uenigheter om mål og planarbeid og utfordringer rundt samarbeidet kan overkommes, og skjønnsutøvelsen kan bli tilfredsstillende, dersom terapeuten lytter til pasienten, tåler noen konflikter i behandlingsprosessen og inkludere han aktivt i opplegget. Familien må med i planleggingen av behandlingsopplegget, spesielt når det gjelder barn.

Konklusjon: Brukerkunnskap og brukerdeltakelse i skjønnsutøvelsen ble fremmet ved at studentene innhentet pasientenes synspunkter, inkludere dem aktivt i opplegget og håndtere uenigheter knyttet til behandlingen på en profesjonell måte.

Diskusjoner med pasienten

Mange klager fra pasienter som nytter helse- og sosiale tjenester, dreier seg om forholdet til behandlerne. Pasientene uttrykker at de mange ganger føler at deres meninger ikke blir tatt nok hensyn til. De etiske retningslinjene fra Norsk Fysioterapeutforbund (1998) sier at behandlingen skal bygge på pasientens rett til å delta i opplegget, og at behandlingsopplegget skal evalueres sammen med pasienten. Mange konflikter kunne kanskje vært unngått dersom behandlerne hadde rettet mer oppmerksomhet mot

samarbeidet med pasienten. Behandlerne kan på den ene siden hevde at et slikt samarbeid vil ta mye tid, og de kan føle at tiden ikke strekker til for dem. På den andre siden, så tar også konflikter rundt behandlingsopplegg og behandlingsmål mye tid, og resultatet av uløste konflikter og manglende behandlingsresultat er ikke særlig tilfredsstillende verken for pasienter eller terapeuter.

Hvordan kan så brukerdeltakelsen fremmes i praksis? Pasienten i den første kasuistikken som belyser denne problemstillingen, var blitt diagnostisert som hyperaktiv. Studenten fortalte at han var plaget med alvorlige muskelsmerter i armene og ønsket fysioterapi for å få smertelette. Han drev aktivt med høydosert styrketrening på fritiden og hadde stor motvilje mot å endre måte å trene på. I løpet av behandlingsperioden uttrykte pasienten at han følte at fysioterapeuten respekterte han og lyttet til hans synspunkter, og etter noen møter sa han seg derfor villig til å prøve en ny og annerledes måte å trene på for å få bedret blodsirkulasjonen i armene.

"Jeg tror han føler at jeg lytter til han, og at vi har en god samtale, og det virker som om det er like viktig som øvelsene jeg gir han. Han har nå mindre smerte i nakke og skuldre, og han har ikke lenger prikking ut i fingrene."

Håland (1986) har skrevet at pasienten så vel som terapeuten har behov for å føle aksept og respekt, ellers vil samarbeidsprosessen bli skadelidende, og pasienten vil sannsynligvis ikke gå med på endringer i treningsopplegget. Aktiv lytting, respekt for pasientens synspunkter og det å tåle diskusjoner synes i denne situasjonen å ha fremmet samarbeidet. Det skjønnsom ble vist i denne situasjonen førte til et behandlingsresultat der pasienten fikk mindre plager.

I den andre kasuistikken besto en stor del av behandlingen av diskusjoner knyttet til uenighet om hvilke roller de to partene skulle ha. Pasienten, som var ung, hadde skadet hånden sin i en arbeidsulykke. Han mente at fysioterapeuten skulle være den aktive part som gjorde han frisk igjen. Etter mange og lange diskusjoner gikk han likevel med på å arbeide aktivt selv med øvelser i hjemmet. Etersom funksjonen i hånden hans ble bedre, fikk han også mer pågangsmot. Det skjønnt som ble vist i denne situasjonen bidro til at behandlingsopplegget ble vellykket.

"Han var en type som tenkte at det var jeg som skulle gjøre hånden hans bra igjen. Etter hvert som sjokket etter ulykken avtok, begynte han å tenke annerledes og gikk med på å gjøre øvelser hjemme. Det som jeg husker best, var ikke treningen i seg selv, men alle disse diskusjonene som vi måtte gjennom."

Bae (1992) skriver at i et sunt forhold så aksepteres både uenighet og enighet. Noen debatter blir sett på som nødvendige for å kunne utvikle nye perspektiver og løsninger på de utfordringer man står ovenfor. I diskusjoner av denne typen må både terapeuten og pasienten forsøke å finne strategier for å løse uoverensstemmelsene og komme videre istedenfor å la dem utvikle seg til fastlåste konflikter. Relasjonen mellom hjelper og den hjelpesøkende vil imidlertid alltid ha noen asymmetriske aspekter i seg. Behandleren har et profesjonelt ansvar i situasjonen og vil ha et større ansvar enn brukeren for å løse uoverensstemmelser knyttet til behandlingen på en konstruktiv måte.

Å skjønne sine medspillere

Hvordan kan brukerdeltakelsen utformes slik at pasienten har det bra og opplever god livskvalitet både på kort og på lang sikt? Næss (2001) sier om livskvalitet at det er et subjektivt begrep, og at det derfor

er vanskelig å finne en felles definisjon av begrepet som alle kan bli enige om. I eksempelet som belyser en slik utfordring skulle fysioterapeuten behandle ei tre år gammel jente med cerebral parese og spastiske underekstremiteter. Målet for behandlingen var å lære henne å stå og gå. Jenta og fysioterapeuten lekte på forskjellige måter slik at hun fikk inn strekke- og ståøvelser.

"Vi leker når vi gjør øvelser. Vi kaster ball og leser bøker for å få fokuset vekk fra strekkeøvelsene. Vi leker også under ståtreningen, og når vi stimulerer til bevegelser som kryping og klatring. Jeg mener at dette er en liten unge som må beskyttes fra for mye behandling. Fokuset må gå mer på lekning siden hun sannsynligvis må gjøre ulike øvelser mesteparten av sitt liv."

Ifølge fysioterapeutens skjønnt så kunne intensiv daglig øvelsesbehandling gjennom mange år, være en trussel for barnets utfoldelse og livskvalitet. Han inkorporerte derfor treningsopplegget i barnets vanlige lekeaktiviteter for at barnet skulle få delta aktivt på en naturlig måte i trenings-situasjonen. Informanten mente at barnet burde bli beskyttet mot for mye behandling, og at hun burde få leve et mest mulig normalt liv med naturlige utfordringer slik som også andre barn får. Det finnes mange terapeuter som skjønnt situasjonen annerledes og tenker at et barn med dette funksjonsproblemet burde gjennomgå så mye intensiv trening som mulig gjennom store deler av oppveksten. Ønsket deres er å gi barnet en sjanse til å oppnå gode motoriske ferdigheter slik at de kan fungere best mulig i samfunnet som voksne. Det er vanskelig for fysioterapeuten å skjønne hva som er best. Noen barn liker å trene intensivt, men kanskje ikke hver dag. Andre barn vil føle seg presset i en slik situasjon. Er det barnets livskvalitet i dag som i hovedsak skal styre behandlingsopplegget, eller er det de fremtidige mulighetene barnet kan

få som voksen? Det er vanskelig på generell basis å si hva som er riktigst å gjøre. Som brukere er det barnet og foreldrenes oppfatninger eller skjønn av hva som er best, som alltid må tillegges stor betydning når denne avgjørelsen skal tas. Fagutøverne har et ansvar for å utvikle mål og innhold i opplegget sammen med foreldrene.

Konklusjon

Uenigheter om mål og planarbeid og utfordringer rundt samarbeidet kan overkommes, og skjønnsutøvelsen bli tilfredsstillende, dersom fysioterapeuten tar pasienten på alvor, inkluderer han aktivt i behandlingsopplegget og tåler noen konflikter i behandlingsprosessen. For at skjønnsutøvelsen i behandlingen skal bli god, må familien gjerne tas med i planleggingen av behandlingsopplegget, spesielt når det gjelder barn.

Hva viste studien?

I konklusjonene fra hver av de tre studieårene synliggjøres det at studenter i tredje studieår og i turnusåret har utviklet et mer kompetent skjønn i behandlingen enn studenter på andre studieår, dvs. at studentene tilpasser behandlingen lettere til pasientenes behov, de er tryggere i samarbeidet med pasientene, de vektlegger mer pasientenes kvaliteter og tanker i behandlingen, og de takler bedre uenigheter og diskusjoner med pasientene.

Disse resultatene støttes av tidligere studier gjort av Abrandt (1998) samt Bergland og Øien (1997). De har vist at det er en krevende utfordring for uerfarne studenter å åpne opp for å ta imot pasientens forståelse av seg selv, og at dette er noe de blir mer i stand til etter å ha ervervet seg behandlingserfaring. Terapeuten må *skjønne* hvem pasientene er, og hva

problemene deres dreier seg om for å kunne gi dem tilfredsstillende behandling.

Det er lettere for andreårsstudenter å samarbeide med pasienter som er verbale og gir positive og tydelige tilbakemeldinger på behandlingsopplegget. Det er vanskeligere for dem å tolke tause pasienter eller pasienter som har talevansker, for eks. afasi. I tredje studieår klarer studentene lettere å utvikle samarbeidet med pasienter som har mer kroniske og komplekse problemer og vise en tilfredsstillende skjønnsutøvelse. Arnetz og Almin (2004) har pekt på betydningen av å klare å utvikle et aktivt samarbeid mellom pasient og terapeut. De viste at aktiv pasientdeltakelse i etablering av behandlingsmålene hadde gunstig innvirkning på pasientens opplevelse av å føle seg ivaretatt og på selve behandlingsresultatene.

Når det gjelder utvikling og læring av klinisk skjønn, så kan ikke denne studien konkludere med at det profesjonelle skjønnet blir utviklet i samme tempo hos alle fysioterapeutstudentene, men noen hovedtrekk går igjen. Mange studenter gir også uttrykk for at er utålmodige, og at de gjerne vil se tydelige resultater. Det er derfor mer utfordrende å forholde seg til pasienter med mer kroniske plager som har små eller ingen fremskritt. Den personlige utvikling hos terapeuten vil sannsynligvis være viktig når det gjelder å utvise et godt skjønn i behandlingen av disse pasientene. Herdis Alvsvåg (2002) peker på at det personlige skjønnet er inkludert i det faglige skjønnet. Man lærer og utvikler seg via klinisk erfaring, men noen behandlere vil kunne strekke seg lenger og skjønne mer enn andre, fordi de selv har gjort viktige personlige erfaringer. Behandlere som har vært gjennom egne livskriser, har gjerne en dypere innsikt i mange lidelser enn en terapeut som alltid har seilt i medgang.

Synspunktene til den som har helseproblemet er en nødvendig del av vurderingsgrunnlaget eller skjønnet. Tredje del av denne studien viser at brukerkunnskap og brukerdeltakelse kan fremmes på svært mange måter i behandlingen eller skjønnsutøvelsen, og at fysioterapeutene må være innstilt på å tåle noen diskusjoner og uenigheter med pasientene rundt både mål og plan i starten av et behandlingsopplegg for å komme videre. Skal imidlertid behandlingsopplegget bli vellykket, så må terapeut og pasient klare å bli enige i løpet av behandlingsprosessen. I sin studie understøtter Wikman (2006) betydningen av at pasientene får komme med innspill. Pasienter som ble oppmuntret av fysioterapeutene til å komme med egne meninger, ble mer aktive i sin egen rehabilitering og mestret helseproblemene og livssituasjonen sin bedre.

Klinisk erfaring medvirker til å gjøre studentene tryggere slik at diskusjoner med pasientene om opplegget ikke blir sett på som et nederlag men som et positivt bidrag, fordi pasientene er aktive og fremmer sine synspunkter. All behandling må avsluttes en gang, og derfor er det viktig at pasienten avslutter behandlingen med tro på egne krefter og muligheter.

Veien videre

Målet for de fleste helsefagutdanninger er å utdanne kompetente fagutøvere. Underviserne har som oppgave å legge opp læringssituasjonene slik at de gir god nytteverdi for studentene, og praksisfeltet står for mye av opplæringen i praksisstudiene. Utdanning og praksisfelt kan bruke resultatene fra studier som fokuserer på hvordan studentene lærer og utvikler seg i praksisstudiene, til å gjennomgå undervisningsopplegg og samarbeidsformer med tanke på å kvalitetssikre opplegget. Felles

forskningsprosjekter knyttet til dette fagfeltet bør utvikles videre.

Referanser

- Abrandt, M. D (1998) Learning physiotherapy: students' ways of experiencing the patient encounter. *Physiotherapy Research International* 3:4
- Alvsvåg, H (2002) Klinisk skjønn. I Bjørk, I. Helseth, S. Nortvedt, F. (red) *Møte mellom pasient og sykepleier*. Gyldendal Norske Forlag, Oslo, s. 208-221
- Arnetz, J. E. og I. Almin (2004) Active patient involvement in the establishment of physical therapy goals: Effect on the treatment outcome. *Advances in Physiotherapy* 6:2
- Bac, B. (1992) Relasjonen som vågestykke. I Bac, B. Waastad, J. E. (red) *Erkjennelse og anerkjennelse. Perspektiv på relasjoner*. Universitetsforlaget, Oslo, s 33-60
- Bac, B. og J. E. Waastad (1992) *Erkjennelse og anerkjennelse - en introduksjon*. I Bac, B. og J. E. Waastad (red) *Erkjennelse og anerkjennelse, Perspektiv på relasjoner*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 9-32
- Benner, P (1995) *Fra novise til ekspert, dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*, Tano, Oslo/København
- Bergland, A. og I. Øien (1997) *Kroppene i fysioterapirommet*. Student og pasientlæring, HiO notat, Oslo
- Blåka, G (1997) Utdanning og yrkeskvalifisering av helseprofesjonene i velferdsstaten. I Alvsvåg, H. Anderssen, N. Gjengedal, E. Råheim, M. (red) *Kunnskap, kropp og kultur*. Ad Notam Gyldendal, Oslo, s. 302-324.

- Blåka, G (2000) *Teoretiske perspektiver til forskningsprosjektet: Læring og yrkeskvalifisering under en moderniseringsprosess*. Seminarinnlegg 30.-31.mars, Universitetet i Bergen, Solstrand Os
- Braut G. S (1989) Klinisk kunnskap og klinisk skjønn. *Utposten* nr. 5
- Dreyfus, H. og S. Dreyfus (1991) *Den bristende drøm om tenkende maskiner*. Munkgaard, København
- Dysthe, O (1996) *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo, s. 5- 21
- Dysthe, O (2000) *Eit sosiokulturelt teoriperspektiv på kunnskap og læring*. Teorigrunnlag for prosjektet «lærarrolle og læringsprosessar i forandring. Seminarinnlegg 30.-31. mars, Universitetet i Bergen, Solstrand Os
- Engelsrud, G (1990) Kjærlighet og bevegelse. *Fragmenter til forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse*. Helsetjenesteforskning. Universitetet i Oslo, Oslo
- Frantzen, U (1992) Om erkjennelse og forskning. I Bae B. og J. E. Waastad. (red) *Erkjennelse og anerkjennelse. Perspektiv på relasjoner*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 227-241
- Fysioterapeututdanningen (2000, 2007) *Fagplan i fysioterapi*. Høgskolen i Bergen, Bergen
- Garsjø, O (2002) *Sosiologisk tenkemåte*. Gyldendal, Oslo
- Gjengedal E. og B. Hanestad (2001) *Å leve med kronisk sykdom En varig kursendring*. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo
- Helsinkideklarasjonen (2004) Tokio <http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen>
- Håland, W (1986) *Psykoterapi. Relasjon, utviklingsprosess og effekt*. Universitetsforlaget, Oslo
- Juul, J. og H. Jensen (2003) *Fra lydighet til ansvarlighet. Pedagogisk relasjonskompetanse*. Pedagogisk forum, Oslo
- Kvale, S. og J. Fog (1992) *Artikler om interviews*. Center for kvalitativ metodeutvikling, Aarhus Universitet, Aarhus
- Kvale, S (1995) To validate is to question. I Kvale S. Enerstvedt R. (red) *Issues of validity in qualitative research*, Lund Studentlitteratur, Lund
- Kvale, S. og S. Brinkmann (2008) *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*, Sage, London
- Lave, J. og E. Wenger (1991) *Situated learning. Legitimate peripheral participation* Cambridge University Press, Cambridge
- Malterud, K (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Tano Aschehoug, Oslo
- Manen, M. v (1993) *Pedagogisk takt*. Caspar forlag og kursvirksomhet a/s, Bergen
- Martinsen, K (2005) Skjønn og evidens. I Nortvedt. M. W. (red) *Hvordan kan høgskolene bidra til en kunnskapsbasert praksis i helse- og sosialfagene*. Høgskolens skriftserie, Bergen, s. 55 - 73
- Norgesnettrådet (1998) *Rammeplan og forskrift Fysioterapeututdanningen*. Fastsatt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Oslo
- Norsk Fysioterapeutforbund (1998) NFF sine yrkesetiske retningslinjer, <http://www.fysio.no>
- Næss, S (2001) *Livskvalitet som Psykisk Velvære*. Nr. 3. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo, s.166
- Pickles, B. og A. Compton (1998) *Physiotherapy with older people*. Saunders, London
- Stokkenes, G (2003) Utvikling/læring av profesjonelt skjønn hos fysioterapeutstudenter. *Nordisk Fysioterapi* 7:1, s. 38-47
- Stokkenes, G (2004) Utvikling/læring av profesjonelt skjønn hos fysioterapeutstudenter, 3.studieår. *Nordisk Fysioterapi* 8:1, s.35-47

Stokkenes, G (2006) *Patient participation in clinical practice*, BORA, Høgskolen i Bergen, Bergen

Wikman, A. M og Y. Falholm (2006) Patient empowerment in

rehabilitation: "Somebody told me to get rehabilitated". *Advances in Physiotherapy* 8, s. 23-32