



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BFY330

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	01-07-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR2
<b>Sluttdato:</b>	20-07-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 BFY330 1 O 2020 VÅR2 Bergen		
<b>Intern sensor:</b>	Helga Kristin Kaale		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 301

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9880

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensielt  
materiale?:** Nei

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Forandring er uungåelig. Personlig utvikling er et valg.

Change is inevitable. Personal growth is a choice.

## Kandidatnummer 301

Bachelorprogrammet i fysioterapi  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Innleveringsdato: 20.07.20

Antall ord: 9880

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Abstract

The focus of this bachelorthesis is to develop professional competence, with a focus on personal competence. A model for professional competence creates a theoretical framework for the elements of professional competence the text describes. The background for the reflections presented is contact with patients during work placement at a multidisciplinary rehabilitation centre during the spring of 2020. Meetings with patients and the people I worked with are presented, and my own reflection around these experiences are supplied with relevant literature and theoretical concepts. The theory relates to competency, communication, principles of rehabilitation and multidisciplinary teamwork. At times, personal experiences from other areas of occupation, primarily psychiatric care are referred to. The bachelorthesis is written in the form of an academic essay, due to the reflective nature of the discourse related to the meeting and people referred to. At the end some summarizing thought about the writing process and suggestions as to how one can develop one's professional competency are proposed. Contributing factors in the workplace to facilitate such work is also provided.

## Sammendrag

Fokuset med denne oppgaven er å videreutvikle egen profesjonell kompetanse, med særlig fokus på personlig kompetanse. En modell for profesjonell kompetanse benyttes som en teoretisk ramme rundt elementene ved kompetanse som oppgaven tar for seg. Utgangspunktet for arbeidet er møter og erfaringer fra praksis ved tverrfaglig rehabiliteringsinstitusjon, gjennomført våren 2020. Oppgaven beskriver møtene og personene, hvor refleksjoner rundt erfaringene blir sammenflettet med begreper og teori. Teorien relaterer seg til kompetansebegrepet, kommunikasjon og rehabiliteringsprinsipper. Tidvis brukes egne erfaringer fra andre instanser, primært fra arbeidserfaring i psykiatrien. Bacheloroppgaven er skrevet som et akademisk essay da det er refleksjonsprosessen som er vesentlig i møte med situasjonene og personene som presenteres. Avslutningsvis oppsummeres tanker om hvordan arbeidet har vært og gir forslag til hva som kreves for å videreutvikle sin profesjonelle kompetanse, samt rammefaktorer som kan tilrettelegges på arbeidsplassen for å fasilitere til slikt arbeid.

# Innholdsfortegnelse

Innledning.....	4
Refleksjonsgrunnlaget .....	4
Kunnskapsbasert fysioterapi.....	4
Møtene.....	5
Personene.....	5
Konteksten.....	7
Teoretisk ståsted .....	7
Kompetanse .....	7
Prinsipper ved rehabilitering .....	8
Refleksjoner.....	10
Tverrfaglig samarbeid .....	10
You'll never work alone.....	11
Å koke kaffe for personalet .....	12
Lærdommen jeg tar med meg.....	14
Målsettingsarbeid .....	15
Vi gjør det vi kan og håper på det beste .....	15
Lærdommen jeg tar med meg.....	18
Samarbeid med pårørende .....	19
Lagkameraten .....	19
Hinderet.....	21
Lærdommen jeg tar med meg.....	22
Kommunikasjon med pasienter .....	23
Det overraskende svaret .....	23
Vanskelig å sette ord på det.....	24
Lærdommen jeg tar med meg.....	26
Relasjon til pasienten.....	26
Relasjonsbanken, hvordan benytte relasjonskapital .....	27
Da verden stoppet opp, måtte vi fortsette .....	28
Avslutning .....	28
Utdanningen er over, utviklingen fortsetter.....	28

# Innledning

Denne bacheloroppgaven er skrevet for å belyse og reflektere over møter med slagpasienter jeg opplevde i praksisperioden våren 2020. Mange av møtene var utfordrende, både som fysioterapeutstudent og et omsorgsmenneske. Utfordringene dreide seg om hvordan jeg opplevde møtene med pasientene, kommunikasjon som tidvis var lett, tidvis vanskelig. Samtidig lærte jeg masse av å jobbe tett med andre yrkesgrupper og pårørende. Arbeidet i denne oppgaven er gjort for å synliggjøre hva jeg har lært, særlig med fokus på utviklingen av personlige kompetanse. Derfor velger jeg å skrive oppgaven som et akademisk essay, fordi teksten omhandler egne refleksjoner rundt møtene og erfaringene. Teori om kunnskapsbasert fysioterapi, profesjonell kompetanse og prinsipper ved rehabilitering presenteres som et teoretisk rom for beskrivelsen av møtene og refleksjonen. Annen relevant litteratur er trukket inn som supplement til refleksjonen. Teksten er strukturert i kapitler som beskriver situasjoner som relaterer til prinsippene ved rehabilitering.

Felles for pasientene jeg jobbet med er kompliserte utfall som følge av slag med behov for intensiv tverrfaglig rehabilitering. Pasientene hadde varierende funksjonsutfordringer. Målsetting og treningen krevde derfor individuell tilpasning. Det har stilt krav til faglig kunnskap, så vel som personlige egenskaper som kommunikasjon og evne til å bygge relasjon til pasientene. Oppgaven kan leses som mitt eget arbeid for å reflektere og over praksiserfaringen og videreutvikle egen teoretisk kunnskap og erfaringsbasert kunnskap i tråd med kunnskapsbasert fysioterapi. Hovedvekten ligger på erfaringsbasert kunnskap og personlig kompetanse og hvordan denne kan brukes aktivt i egen profesjonsutøvelse.

## Refleksjonsgrunlaget

### Kunnskapsbasert fysioterapi

Jamtvedt, Hagen og Bjørndal (2015, s. 21) definerer kunnskapsbasert praksis som «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i en gitt situasjon». Forfatterne sier videre at fagutøvelse burde hvile på flere typer kunnskap, som kan produseres på flere vis, deriblant å

lære fra erfaring. Med forskningskunnskap menes kunnskapsproduksjon fra forskning, hvor det skilles mellom grunnforskning og anvendt forskning (Jamtvedt et al, 2015, s. 23).

Erfaringsbasert kunnskap stammer fra refleksive prosesser der praktikere lærer fra erfaring (Jamtvedt et.al, 2015, s.26). Begrepet kalles også *klinisk ekspertise* og gjør fysioterapeuten til en bedre problemløser. Videre blir terapeuten bedre rustet til å forstå pasientens kontekst, familie- og arbeidssituasjon som bakgrunn for valg av tiltak og råd (Jamtvedt et al, 2015, s. 26). Den siste kunnskapskategorien, brukerkunnskap, stammer fra politiske strømninger som har etterlyst mer brukermedvirkning i helsetjenestene. Resultatet er at brukeres syn skal kartlegges og legges til grunn når beslutninger tas. Dermed må helsepersonell se pasienten som likeverdig samarbeidspartner og tilrettelegge for diskusjon av behandlingsvalg hvor det er relevant (Jamtvedt et al, 2015, s.27).

## Møtene

I praksisperioden møtte jeg flere pasienter, pårørende og annet helsepersonell i teamene tilknyttet pasientene. For å gi en oversikt til leser, presenteres personene i påfølgende avsnitt. Av hensyn til taushetsplikt velger jeg å fokusere på den mest relevante informasjonen for deres daværende situasjon.

### Personene

Pasient 1 er en kvinne i femtiårene, gift med barn. Før hjerneslaget har hun vært svært aktiv og i god fysisk form. Vedkommende hadde fått høyresidig sensomotoriske utfall i form av redusert sensibilitet og leddsans i høyre underekstremitet, nedsatt trunkal kontroll, nedsatt motorisk kontroll og koordinasjon i høyre sides ekstremiteter, dobbeltsyn og redusert tåreproduksjon i øynene. Stemmevolumet var redusert, men jeg kunne kommunisere uhindret med pasienten.

Pasient 2 er en kvinne i sekstiårene, gift med barn. Boligens utforming gjør trappegange nødvendig om vedkommende skal bo hjemme. Glad i musikk tidligere og har syklet mye til og fra jobb før. Høyresidig parese etter hjerneslag. Pasienten satt i rullestol grunnet de motoriske utfallene og var hjelpetrengende i ADL og forflytning. Ekspressiv afasi gjorde verbal kommunikasjon begrenset. Vedkommende hadde også gjennomført øyeoperasjoner for

å forbedre synet. Gjennom behandlingsforløpet avdekket vi at hun hadde begrenset synsfelt mot høyre side. Hun har vært innlagt ved posten en måned før jeg og veileder overtok ansvaret som fysioterapeuter i pasients team. Tidvis emosjonelt preget og gråtlabil under trening.

Pasient 3 er kvinnelig og i sekstiårene. Hun er gift m/ 4 barn og barnebarn. Tidligere aktiv i organisasjonsliv og har gått tur med ektefelle. Preget av at opptrening skal gå fort, da hun tidligere har vært opptatt av effektivitet og at gjøremål skal fullføres fort. Venstresidig parese i underekstremitet og paralyse i venstre overekstremitet etter høyresidig hjerneslag.

Anerkjenner ikke sin venstre arm i forflytningssituasjon tidlig i oppholdet. Redusert fysisk funksjon, hjelpetrengende og stor fallfare gjennom forløpet. Innsiktsproblematikk rundt egen funksjon og fallrisiko.

Ektemannen til pasient 1 er i full jobb, også i femtiårene. Bor utenbys, men tok ut feriedager for å besøke sin kone i helger. Aktiv innen idrett og friluftsliv. Ønsket å delta på trening med sin kone når han var på besøk og var positiv til å bli inkludert i øvelser under treningen. Vedkommende viste god forståelse rundt forflytningssituasjoner og fallrisiko grunnet konens funksjonsnivå.

Pasient 3 sin pårørende er en pensjonert mann på samme alder. Aktiv i organisasjonsliv og har sammenfallende sosialt nettverk med sin kone. Går turer sammen med venner fra organisasjonen de er engasjert i. Bor i nærområdet, ofte på besøk hos sin kone. Deltok i treningssituasjoner og fikk mye veiledning rundt forflytningsteknikk. Fokuserte på fremgangen, men innsiktsproblematikk rundt konens funksjonsnivå og risiko for fall. Tok seg av sin kone ved helgepermisjon uten annen hjelp. Fremstod sliten og preget etter begge permisjonsopphold. Ukritisk til å ringe på assistanse ved forflytning på pasientrom, innrømmet å ha gått til og fra badet alene med konen. Bekymret for intensiteten i treningen etter utskrivelse.



Kvinnelig ergoterapeut tilknyttet samme team som meg og veileder. Inviterte meg og den andre studenten på avdelingen å se deler av hennes egne behandlinger. Samarbeidet med oss i felles treningsøkter for å gi pasientene rom til mest mulig trening tross utfordringer med fatigue.

## Konteksten

Møtene med disse personene fant sted på slagenhet ved en tverrfaglig rehabiliteringsinstitusjon. Felles for alle pasienter var at de hadde opplevd hjerneslag med kompliserte utfall, derav behov for intensiv tverrfaglig rehabilitering. Pasientene hadde trening med relevante yrkesgrupper hver dag i ukedager og ved behov på lørdag. Hver pasient hadde eget rom hvor deler av treningen rettet mot ADL fant sted. En pasientveileder ble tilknyttet hver pasient, en oppgave hvor en i teamet ble bindeledd mellom pasient, pårørende og pasientens tverrfaglige team.

## Teoretisk ståsted

### Kompetanse

En modell jeg vil bruke som kontekst for egne refleksjoner gjennom bacheloroppgaven er Greta Marie Skau (2018, s.57-60) sin kompetansetrekant. Profesjonalitet er ifølge Skau summen av samspillet mellom teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Modellen definerer ulike aspekter ved profesjonell kompetanse, som hjelper meg til å se hvilken kompetanse de ulike møtene påvirker; tidvis er det flere typer kompetanse som belyses. I stor grad hjelper modellen meg å se viktigheten og relevansen av personlig kompetanse i samhandling med pasienten. Ved å forankre refleksjonen og teorien opp mot disse elementene, kan jeg drive egen faglig utvikling så vel som evnen til å være et medmenneske ovenfor pasientene.

*Teoretisk kunnskap* omhandler faktakunnskap og forskningsbasert kunnskap som er tilgjengelig. I dette tilfellet tenker jeg det dreier seg om faglig kunnskap fra anatomien, fysiologien og biomekanikken. Samtidig foreligger det mye informasjon relevant for

pasientgruppen hva angår prevalens, evidensbasert behandling etc.

*Yrkesspesifikk kompetanse* er den praktiske tilnærmingen vi som profesjon vil ha mot våre pasienter, også kjent som 'hands on' aspektet av behandlingen. Høy ferdighetskompetanse ses ofte på som en kvalitet ved dyktige praktikere eller klinikere innenfor fysioterapi. I arbeid med denne gruppen vil jeg også si at kunnskap om tilpasning og utprøving av hjelpemidler kommer innunder her. Denne typen kompetanse må settes til verks i lys av både teoretisk og personlig kompetanse.

*Personlig kompetanse.* Denne kompetansen omfatter vår personlighet, hvem man er ovenfor seg selv og i møtet med andre mennesker. Denne typen kompetanse lar seg vanskelig beskrive og krever tid for å utvikles og modnes. Personlig kompetanse kan defineres til å omfatte menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter som vi intuitivt tilpasser til våre møter i virke som profesjonsutøver. Denne kompetansen spiller en sentral rolle for hvordan vi får brukt de to andre typene kompetanse. Kunnskapen på dette feltet er personlig, erfaringsbasert og utvikles gjennom våre erfaringer og den subjektive tolkningen og refleksjonen av disse.

## Prinsipper ved rehabilitering

Da rehabilitering er den bakenforliggende settingen for essayet vil det være nyttig å ha en arbeidsnær forståelse av hva rehabilitering er. Det følger av Nasjonal Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator at de «*som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene*» (Helsedirektoratet, 2018). Som det klart fremkommer av denne definisjonen er det snakk om å ha et helhetlig blikk på personen, noe fysioterapeuter blir lært opp til å se gjennom bruk av International Classification og Function modellen (ICF). Et viktig prinsipp en slik tjeneste skal tilstrebe er å jobbe ut ifra brukerperspektiv. Det er vår jobb som helsepersonell i møtet med pasienten å kartlegge og utrede hvilke mål og ønsker pasienten vil jobbe imot. Herunder ligger det veilederen nevner,

et «krav til individuell tilnærming og høy grad av pasient- og brukermedvirkning» (Helsedirektoratet, 2018). Veilederen poengterer at tjenestene skal tilrettelegge for at familie og nettverk inkluderes i henhold til pasientens eget ønske. «Tjenestene skal fremme pasient... mestringsevne og understøtte deres innsats i å oppnå og vedlikeholde en best mulig fysisk, psykisk, sansemessig, kognitiv og sosial funksjonsevne. De skal tilpasses den enkeltes ressurser og behov. Formålet er best mulig selvstendighet og deltakelse» (Helsedirektoratet, 2018).

Et siste poeng som er viktig å få med i rammene rundt hva en rehabiliteringsprosess er, omhandler tverrfaglig samarbeid. Det heter seg at tjenesten «skal være samordnet, tverrfaglig og planlagt... Målet er både å sikre god kvalitet for pasient og bruker, og effektiv ressursutnyttelse» (Helsedirektoratet, 2018). Tverrfaglig samarbeid er en kilde til utvikling av teoretisk og erfaringsbasert kunnskap. Tverrfaglig samarbeid kan defineres på flere måter. Jeg velger å benytte meg av teorien presentert av Hagland & Solvang (2012, s251-256). Forfatterne definerer profesjoners kunnskapsbase som vitenskapelig kunnskap fra flere fagfelt samt praktisk kunnskap, sistnevnte knytter seg til situasjoner og personers erfaring (noe som presenteres utfyllende fra egen praksisopplevelse gjennom oppgaven). Utformingen av en slik kunnskapsbase definerer de som en praktisk syntese. Hvordan kunnskapselementer bli modellert avhenger av arbeidsoppgavens karakter. Forfatterne skisserer blant tre former for tverrprofesjonelt samarbeid, begrepet tverrprofesjonell praksis. Tverrprofesjonell praksis baserer seg på en felles innsats for å løse oppgaver. Deltakerne bruker hverandres bidrag i innsatsen, som implisitt medfører læring parallelt med oppgaveløsning. Et slikt samarbeid benytter elementer fra flere profesjoners kunnskapsbase. Integrasjon av flere kunnskapsbaser gjør at samarbeidet av natur er en praktisk syntese. Rehabilitering medfører ofte sammensatte problemer som krever flere perspektiver for å oppnå gode utfall. En utfordring innen tverrprofesjonell praksis er å skape slike praktiske synteser.

# Refleksjoner

## Tverrfaglig samarbeid

På praksisstedet var jeg og min medstudent en del av de tverrfaglige teamene pasientene hadde rundt seg. Pasientenes timeplaner var hektiske og ofte stod neste yrkesgruppe klar for å «overta» pasienten når vi var ferdig med vår behandling. Det var stor takhøyde for å delta på andre yrkesgruppers behandling for å observere hvordan de gikk frem i, og hva de vektla i behandling. Ved å delta i andre profesjoners behandling skapes det en kontekst for praktiske synteser (Hagland & Solvang, 2012, s.245). Samtidig var vi villige til å delta, en forutsetning for deltakelse i *praksisfellesskapet* som også er en læringsarena, da læring ikke ensartet skjer fra en kyndig til ukyndig (Hagland & Solvang, 2012, s. 255). Nettopp vilje til deltakelse ser jeg på som en egenskap innen personlig og yrkesspesifikk kompetanse som styrker evnen til å delta i tverrprofesjonell praksis, fremfor at man jobber fler- eller monofaglig hvor profesjonene er opptatte av sine egne arbeidsoppgaver og ikke den felles prosessen rundt pasienten (Jakobsen, 2014, s. 220-221).

En måte vi aktivt deltok i praksisfellesskapet på, var ved å samkjøre treningsøkter med andre profesjoner. I løpet av praksistiden min deltok jeg på felles timer med både ergoterapeuten og logopeden i pasientens team. Pasienter med hjerneslag kan være preget av fatigue og er lett trettbare, noe som gjør at man risikerer å ikke komme til om de er veldig slitne på slutten av dagen, eller at treningen må reduseres i intensitet og/eller lengde. Jeg opplevde at alle yrkesgruppene var oppmerksomme på denne utfordringen, og forsøkte å sette opp pasientenes timeplan slik at de fikk hviletid mellom de ulike behandlingstimene. På dager hvor timeplanen var veldig full, samarbeidet ofte profesjonene om behandlingen ved å gjennomføre fellesøkter hvor det ble arbeidet med mål fra begge profesjoners målplan. Samarbeidet gir også fysioterapeuten en verdifull innsikt i hvordan pasienten bruker kroppen sammen med andre yrkesgrupper og i andre settinger enn i fysioterapibehandlingen, en form for praktisk syntese. Nedenfor vil jeg legge frem to situasjoner hvor det tverrfaglige arbeidet var meget nyttig for pasienten, samtidig som jeg utviklet min teoretiske og erfaringsbaserte kompetanse.

## You'll never work alone

Første gang jeg deltok i ergoterapeutens behandling av pasient 1 står sterkt og utgjorde en viktig erfaring for meg. Pasienten var plaget med nevropatiske smerter, spesielt på affisert side. Ergoterapeuten forklarte for pasienten at årsaken til smertene er at det oppstår «sancesult» i kroppsdelene. Det vil si redusert eller manglende stimuli for kroppsdelene når sensibiliteten blir nedsatt eller mistes grunnet nevrologisk skade. Pasienten forstod forklaringsmodellen, og ble trygget på at det forelå en forklaring til smertene.

Forklaringsmodellen er et eksempel på et kunnskapselement fra ergoterapi som jeg tilegnet meg, da jeg ikke hadde erfaring med denne fra studiet. Ergoterapeuten fortsatte behandlingen med å vise hvordan hun arbeidet med tiltak som også ligger i fysioterapeutens verktøykasse; berøring, trykk og leddkompresjoner. Tiltakene ga umiddelbart en dempende effekt på smertene, til pasientens store glede! Jeg tok med meg lærdommen og benyttet disse tiltakene i mine behandlingstimer med pasienten. Eksempelet illustrerer det Grimen (2008, s.71-86) kaller *praktisk syntese*, hvor oppgaven var smertelette for pasienten. Samtidig kunne jeg benytte eksisterende kunnskapselementer, men benytte de på en ny måte som forsterket muligheten for å løse oppgaven, altså gi pasienten smertelette.

Pasienter med hjerneslag er utsatt for fatigue og tretthet (Stokes & Stack, 2012, s.21), men for denne pasienten ble nattesøvnen redusert som følge av de nevropatiske smertene.

Pasienten var likevel meget motivert for trening, så det var sjeldent at en behandlingstid utgikk helt. På dagene pasienten var sliten begynte jeg behandling med de smertedempende tiltakene, og pasienten og jeg hadde en enighet om å kunne se an hva mer vi kunne utføre av behandling på rommet hennes. Ofte ønsket pasienten å gjennomføre mer, og vi arbeidet med aktiv bevegelse av affisert underekstremitet i sengen, før vi gikk videre til forflytning i seng og tilslutt opp til sittende på sengekanten. Selv om treningsøkten ble forkortet, fikk pasienten dempet smertene og hun fikk arbeidet med målsetningen om økt selvstendighet i forflytning.

Samarbeid med ergoterapeuten var en verdifull erfaring. Ved en senere anledning viste hun meg bruken av kuledyne i behandling. En kuledyne er fylt med små plastkuler, som gjør at dynen blir tung og «klemmer» personen som ligger under den. Det skapes da et stimuli mot huden som kan motvirke «sancesult». Ergoterapeuten var tydelig på at kuledynen ikke alltid har effekt, men at det er et fint virkemiddel å prøve ut, da hun hadde hatt gode erfaringer med

det tidligere. Pasienten fortalte at kuledynen hadde positiv effekt på smertene, og ønsket å fortsette å benytte den når hun hvilte. Jeg pleide å tilby pasienten å legge kuledynen over henne når hun ønsket å hvile etter behandlingstimen vår. Det å være på tilbudssiden er noe jeg tenker er med på å bygge opp relasjonen til pasienten, og pasienten slipper da å måtte spørre om hjelp til å bruke den. Eksempelet er nok en gang en praktisk syntese, hvor et hjelpemiddel som jeg ikke hadde lært om ble demonstrert for meg. Erfaringen med bruk av kuledyne er nå noe jeg alltid vil ha med meg i videre yrkesliv og kan komme pasienter med nevrologiske smerter til gode. Samtidig viser det en kvalitet helsepersonell bør ha med seg i møte med studenter. Vilje til å invitere med annet personell eller studenter for å introdusere tiltak fra egen profesjon som kan brukes av flere, for å forsterke tiltakets effekt. Når flere er klar over at kuledynen har effekt, kan den benyttes når pasienten gir uttrykk for smerter, uten å måtte be om det selv.

### Å koke kaffe for personalet

Neste situasjon handler om en fellesøkt med ergoterapeuten for pasient 3. Pasientens mål var økt selvstendighet på kjøkkenet, deriblant å kunne lage kaffe. Kjøkkenaktiviteter var en del av ergoterapeutens behandlingsområde. Behandlingstimens mål var å trene på de ulike elementene i prosessen med å koke kaffe. Fysioterapeutens mål var å arbeide med økt selvstendighet i forflytning, spesielt gangfunksjonen. Pasienten hadde redusert gangfunksjon grunnet redusert balanse, postural kontroll og nedsatt kraftutvikling i venstre ben. Pasientens venstre arm, selv om hun brukte skulderortose, skapte også en utfordring i balansen, da den var uten motorisk funksjon og hang tungt nedover venstre side. I samråd med ergoterapeuten ble vi enige om at pasienten kunne forflytte seg langs kjøkkenbenken, men med nært tilsyn.

Ergoterapeuten spurte pasienten hvor kaffetrakter, kaffefilter og kaffe var plassert i hennes eget hjem. Deretter klargjorde hun kjøkkenet og plasserte kaffetrakter, kaffe og kaffefilter på lignende steder, men sørget samtidig for at pasienten kunne nå dem og betjene kaffetrakteren med høyre arm. Jeg må innrømme at jeg ikke hadde tenkt på muligheten for å kartlegge hvor kaffetrakteren var plassert i pasientens eget kjøkken, eller hvor filter og kaffe befant seg. Å plassere gjenstandene på en lignende måte som pasienten hadde hjemme, skapte en mer realistisk simulering av denne aktiviteten, og tillot oss å øve på noe i *pasientens hjem*. Det er

en liten del av planleggingen til en slik treningsøkt, men gjør så utrolig mye for rammene. På denne måten ble pasient en aktiv deltaker i planleggingen av egen behandling.

Kjøkkenet var utformet med kjøkkenbenken som en lang L-form. Kaffeboksen og filteret var plassert i høyre overskap på kjøkkenbenkens kortsida, og til høyre for kaffetrakteren. Plasseringen førte til at pasienten måtte arbeide med sideveis gang med støtte mot kjøkkenbenkens langsida på sin venstre side, og mot høyre for å nå overskapet. Da hun skulle hente ned filter ved å strekke seg mot høyre, stod hun med smal fotstilling. Redusert understøttelsesflate gjorde henne ustødig. Jeg stilte meg derfor nært da hun skulle bruke høyre arm til å åpne skapet med filteret. Når pasienten strakk armen opp mot skapet, ble vekten forskjøvet for langt mot høyre, men jeg kunne gi støtte mot høyre flanke før hun mistet balansen. I denne situasjonen kunne vi arbeide med pasientens bevegelsesstrategier, tilpasning av situasjon, samt få henne til å vurdere utførelsen selv. Bevegelsesstrategier var et fokus gjennom hele behandlingsforløpet. Pasienten var av typen som hele livet har etterstrebet effektivitet og høyt tempo, men det medførte utfordringer i treningssituasjoner og innlæring av nye, trygge bevegelsesstrategier.

Etter første forsøk analyserte jeg utførelsen sammen med pasienten. Jeg forklarte hvorfor jeg grep inn, hvorpå hun poengter at hun selv ikke trodde hun ville falle. Ved å dele min oppfatning av situasjonen kunne pasienten forstå min inngripen. Deretter kunne vi diskutere tilpasninger til utførelsen av aktiviteten. Hun innså at hun kunne gjennomføre aktiviteten tryggere, dersom hun brukte litt mer tid på å plassere seg og orientere seg etter omgivelsene. Pasienten inntok en bredere fotstilling for å øke understøttelsesflaten ved neste forsøk. Hun åpnet skapet og hentet ut filteret og opplevde bedre balanse og kontroll.

Pasienten viste tegn til svekket kroppsoppfatning da vedkommende beskrev den affiserte overekstremiteten som «den lamme klumpen som bare henger og slenger der». En slik oppfattelse kan beskrives som anognosi (Wyller & Sveen, 2002) eller misoplegia (van Stralen, Zandvoort & Dijkerman, 2011). Fysioterapeutenes oppgave var å inkludere den affiserte armen i aktiviteter og styrke kroppsoppfatningen, da pasienten viste ukritisk atferd ovenfor armen. Ved en anledning slang pasienten armen utfor rullestolen uten å ha

skulderortose på, noe som skapte et drag på skulderleddet. Ifølge van Stralen et al. (2012) kan taktile stimuli ha en positiv effekt på utfall vedrørende kroppssoppfatning. I treningssituasjonen på kjøkkenet foreslo jeg derfor at pasienten kunne løfte venstre arm opp på kjøkkenbenken med sin høyre hånd, som skaper ekstra støtte før hun strekker høyre arm opp i skapet etter kaffepulveret. Samarbeidet om bevegelsesstrategien mellom meg og pasienten tilrettela for at hun kunne analysere aktiviteten selv. utfordringer ble tydelige, og pasienten kunne adaptere strategier for å gjøre utførelsen tryggere for seg selv. Behandlingen ble avsluttet med en fornøyd pasient og kaffe i koppen til oss alle.

### Lærdommen jeg tar med meg

Å være nysgjerrig og åpen for metoder og erfaringer fra andre yrkesgrupper, kan man selv lære fra disse og inkludere lærdommen i sin erfaringsbaserte kunnskap. Samtidig har det overføringsverdi til teoretisk kunnskap og yrkesrettet kompetanse. Selv lærte jeg mye av at ergoterapeuten delte sin kunnskap med meg. Å aktivt søke kunnskap fra de andre profesjonene er i tråd med tendensen beskrevet av Willumsen, Sirnes & Ødegård (2014, s.27-28), profesjonene må bryte ut av sine egne områder for å promotere nyskaping mellom yrkeskompetanse og forskning, samt mellom tjenestenivå og bruker/pasient. Ved å aktivt søke samarbeid med andre profesjoner, får jeg kjennskap og innsikt i hva de andre profesjonene kan tilby pasienten. Almås (2014, s.90-92) forklarer at vi som mennesker vil tilegne oss en «habitus», en tilbøyelighet til å handle på bestemte måter som våre erfaringer er med på å modellere. Søker man tverrfaglig samarbeid, skapes en kultur for å søke samarbeid videre i yrkeslivet (Almås, 2014, s.90-92). Jeg er takknemlig for denne erfaringen og det har forsterket mitt ønske om å arbeide tverrfaglig videre i min karriere.

Behandlingstimen på kjøkkenet får meg til å reflektere over noe Greta Marie Skau (2018) skriver om i sin bok *Gode fagfolk vokser*. Vi har en yrkestittel, men vi må ikke glemme at det er vår egen selvforståelse som er kvalitetsbestemmende for våre relasjoner med pasienten. «Møter vi andre som bedrevitere, går vi ikke bare glipp av viktig læring selv, men vi gjør det også vanskelig for dem vi har med å gjøre, å frigjøre sine unike ressurser og utvikle den personlige kompetansen som de trenger for å navigere sitt hverdagsliv på en selvstendig og kapabel måte» (Skau, 2018, s.33). Dette ligger nært for meg da jeg som student fortsatt har mye å lære. Min tanke er at den iboende usikkerheten vi har i møte med våre pasienter også



skaper en setting for å dyrke evnen til å utforske pasienter sine ressurser og tilstedeværelse for å kunne gjøre seg erfaringer. Bruker vi dette konstruktivt i møte og samhandling med våre pasienter, kan vi lære måter å anvende den teoretiske kunnskapen i et konstruktivt samspill med pasienten. Jeg tror at villigheten til å lære *sammen* med pasientene våre gir dem hjelp og mestring, samtidig som at vi som yrkesutøver finner måter å tilpasse behandling og veiledning. Selv om fysioterapeuten jobber mot like mål, om det så er på kroppsstruktur-/funksjonsnivå, i aktivitet eller deltakelse, fremstår det lite produktivt å konstruere en standard fremgangsmåte for alle pasientene våre.

## Målsettingsarbeid

Samarbeidet mellom fysioterapeut og pasient er viktig, og gjelder alle aspekter av behandlingssituasjonen. Særlig gjelder dette samarbeidet om målsetting og evaluering av behandling. Nasjonal retningslinje for slagrehabilitering (Helsedirektoratet, 2017) understøtter dette. Målsetning og utforming av rehabiliteringsplan er viktig. Gjennom målutforming operasjonaliseres rehabiliteringsprosessen, fremfor å fokusere på generell bedring. Mål bør være konkretiserte og formulert slik at måloppnåelse kan evalueres. Retningslinjen foreslår bruk av «SMART» mål, noe praksisstedet brukte (Helsedirektoratet, 2017). Målformuleringen er «spesifikt, målbart, akseptert (av alle), relevant og realistisk, og tidsavgrenset. Måloppnåelse er inspirerende og motiverende. Rehabiliteringstiltak kan rettes mot kroppsfunksjoner/-strukturer, aktiviteter og deltakelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer» (Helsedirektoratet, 2017).

Vi gjør det vi kan og håper på det beste

Tidlig gjennomførte personalet inkomstsamtaler med pasientene. Oppgaven var pasientveilederens, en kontakt fra pasientens team som fungerte som bindeledd mellom teamet og pasienten. Fokuset var å kartlegge pasientens ressurser og utfordringer, samt sette de første hovedmålene. Hovedmål ble så delt inn i delmål, som ble evaluert en gang i uken. Samtidig kom ofte spørsmålet «Hvor bra kan jeg bli?» eller «kan jeg bli som før?» fra pasientene. Slike spørsmål er vanskelige å gi konkrete svar på. Jeg er takknemlig for at veileder kunne gi svar på dette ut fra det erfaring kunne tillate. Det vi med sikkerhet kunne fortelle pasientene var at det ligger et stort potensial for å gjenvinne funksjon med trening, spesielt i de første månedene etter hjerneslaget (Bernhardt et. al. 2017). Videre i

behandlingsforløpet la jeg merke til at pasientene skiftet fokus fra langsiktig bedring, til de konkrete delmålene og hovedmålene i rehabiliteringsplanen, når vi startet tiltak for disse delmålene.

For å kunne samarbeide om målsetting og utfall av behandling, må det ligge til grunn en realistisk forståelse hos både pasient og behandler om hva som kan oppnås. I min erfaring er kan spesielt dette være utfordrende når man arbeider med pasienter med hjerneslag. Å få spørsmålet «Hvor bra kan jeg bli?» eller «kan jeg bli som før?» er ikke unik for arbeid med rehabilitering etter hjerneslag, men her kan det være vanskeligere å gi et konkret svar. Spørsmål om bedring og progresjon kommer gjerne fort i forløpet. Jeg opplevde at det å arbeide med definerte delmål fra uke til uke skiftet fokuset hos pasienten fra å ønske om en fremtid med komplett bedring, til å arbeide med det som skjer her og nå og med den funksjonen de hadde. Det vi med sikkerhet kunne fortelle pasientene var at det ligger et stort potensial for å gjenvinne funksjon med trening, spesielt i de første månedene etter hjerneslaget (Bernhardt et. al. 2017).

Selv har jeg bare vært i den motsatte enden av denne situasjonen. Derimot krever det ikke mye empatisk sans for å kunne tenke at å sitte der uten svar må være frustrerende og demotiverende. Som Thornquist (2016, s.157) sier, «*behovet for å forstå og skape mening er sentralt i menneskelig liv*». Helsepersonell bør ta seg tid til å bekrefte at pasienten forstår informasjonen som formidles. Ifølge Bredland, Linge & Vik (2006, s.34), skal pasienter i rehabilitering være aktive deltakere i egen behandling. For å fremme brukermedvirkning må pasienten få informasjon og innsyn. Funn fra undersøkelse må formidles for å skape forståelse for egen situasjon hos pasienten. Dermed vil pasienten kunne ta avgjørelser og ansvar i rehabiliteringsprosessen. Forfatterne nevner så at fagfolk må kunne snakke brukerens språk og dermed dele makt med pasienten (Bredland, Linge & Vik, 2006, s. 34). Eksempelvis kan personalet spørre pasienten om de har forstått, eller om noe var uklart. Pasientens situasjon kan tenkes å være vanskelig og det er mye informasjon å forholde seg til. For å anerkjenne slike omstendigheter kan vi stille et oppfølgingsspørsmål som dette, «*var dette et godt nok svar på et vanskelig spørsmål*». Situasjonen til pasienten kan også være sårbar, de gjennomgår en traumatisk omveltning i eget liv. Slettebø & Solvang (2012, s. 26) skriver om hvordan

pasienter på rehabiliteringsopphold opplever et «*biografisk brudd*», hvor fremtidig liv får en helt annen utsikt.

Å være fagpersonene i en situasjon med vanskelige spørsmål og usikkerhet er en del av jobben og utfordringen vi som fysioterapeuter har valgt å tre inn i. Bredland, Linge og Vik (2002, s. 102-104) skisserer at rehabiliteringsprosessen også innebærer en sorgprosess hvor en av våre utfordringer er å følge pasientene gjennom denne prosessen. Videre tror jeg at de utfordrende møtene, hvor vi bør vise empati og forståelse, legger verdifull kapital i din personlige kompetanse. I slike møter har jeg selv kjent på frustrasjonen og frykten for at man ikke har det rette svaret å gi pasienten. Likevel mener jeg at det er gjennom slike møter og gjennom erfaringer fra eget liv at man blir mer fortrolig med at det *rette* svaret ikke alltid eksisterer. Det betyr ikke at du ikke skal ta vare på pasienten og gjøre valg for hvordan du står i situasjonen *sammen* med pasienten, ikke bare som en ansatt i helsevesenet, men som et medmenneske. Vær til stede, men ikke føl at du nødvendigvis må si noe. En slik aktiv holdning fra terapeuten resonnerer med det Stiegler (2018, s. 76) kaller for «*terapeutisk tilstedeværelse*», en anbefalt holdning og innstilling terapeuten bevisst inntar. Stiegler (2018, s.76) beskriver videre tilstanden som å tilstedeværelse i seg selv, med pasienten og konteksten man befinner seg i. Forfatteren skisserer fire sider ved terapeutisk tilstedeværelse. For det første krever det at man er i øyeblikket og åpen for hva som skjer. Videre skal man være orientert mot pasienten med nysgjerrighet og ønske om å oppfatte pasientens signaler. Terapeuten må lytte til sitt eget emosjonelle register. Til slutt sies det at terapeuten må vise at man er tilstede, interessert, åpen og aksepterende (Stiegler, 2018, s. 77). Tilstedeværelse gjør oss oppmerksomme på pasienten og hvordan de har det. Vi kan vise forståelse og skape trygghet, ved noe så lite som å tilby et lommetørkle om de gråter. Av og til, når du står i den ukomfortable stillheten litt lenger før du selv sier noe, kan pasienten åpne seg mer opp og du kan vise tilstedeværelse og omsorg gjennom å lytte, fremfor å fokusere på at du må løse situasjonen. Man kan lese seg opp på emnet og utvikle en teoretisk kunnskap om hvordan man står i vanskelige situasjoner med pasientene, men for min egen del er det de faktiske møtene med pasientene som har formet min evne til å være der for dem. Det er først og fremst når jeg har måttet stå i det med dem gjennom deres kriser at jeg har utviklet og bygget på min evne til å være et medmenneske samtidig som jeg er et helsepersonell. Møtene var vanskelige i starten, men jeg så etter hvert hva de ga meg. Man lærer seg å lytte, anerkjenne og være tilstede for pasientene. Relasjon og tillit kan bygges i disse møtene og ikke minst kan

pasientene få bedre innsikt i egen situasjon. Av og til føler de seg bedre når noen kan anerkjenne og bekrefte tankene og følelsene deres om eget liv og situasjon. Erfarer man slike møter mener jeg det er viktig å reflektere over disse, for å kunne lære hva som gikk bra eller eventuelt dårlig i møtet. Kanskje innser man behovet for å endre egen innstilling eller holdning til hvordan man møter pasientene sine? Refleksjon over møter kan gjøres selvstendig eller med andre i teamet, noe jeg har erfaring med fra debriefing med personalet i psykiatrien. Refleksjon kan slik ses på som en metode for å utvikle sin personlige kompetanse.

Fagmennesket som lytter er noe pasienter trekker frem som kvaliteter som kjennetegner i gode møter mellom helsepersonell. Fagmennesket som lyttet, selv om det var vanskelig å sette ord på tanker i møte med sterke følelser, eller når ordene uteble ble trukket frem som en viktig kvalitet (Skau, 2018, s.31). «*Gjennom den måten disse fagfolkene gikk inn i og ikke minst holdt ut konflikter på, hadde de vist at de virkelig brydde seg om dem som klienter, og var villige til å gi noe av seg selv*» (Skau, 2018, s.31). Selv kjenner jeg meg godt igjen i dette, fra praksis som fysioterapistudent og gjennom arbeid i psykiatrisk helsevern. I disse stundene er det «lett» å vise omsorg gjennom tilstedeværelse. Tidvis har jeg selv fått tilbakemelding om at pasienten satt pris på at «*noen var der for dem*». Da kan du være trygg på at du har bygget tillit i pasient-behandler- relasjonen og lagt inn kapital i *relasjonsbanken*. Hvordan du kan bruke relasjonskapital i behandling vil jeg komme tilbake til senere.

Lærdommen jeg tar med meg

Mål for rehabiliteringen er viktig for pasient og fysioterapeut. Fysioterapeuter må kommunisere med pasientene for å finne ut hva pasientene ønsker å jobbe mot. Videre må hovedmål og oppgaver deles opp til delmål, slik at vi kan evaluere arbeidet vårt sammen med pasienten. Underveis vil det kunne stilles vanskelige spørsmål og pasientene kan oppleve følelser rundt egen situasjon og usikkerheten i fremtidig liv. Klarer vi som terapeuter å lytte til dem, vise omsorg og forståelse, kan vi bygge tillit og relasjon i vår relasjon. En av våre oppgaver er også å realitetsorientere pasientene for hva som er realistisk å oppnå under rehabiliteringen. Refleksjonene fra dette kapittelet tydeliggjør også hvor viktig det er å se hele mennesket vi jobber med, ikke bare slagpasienten med sine funksjonelle utfordringer.

Samtidig krever det noe av helsepersonellet for å kunne vise terapeutisk tilstedeværelse; holdninger og tankesett som vi bør jobbe aktivt med å videreutvikle.

## Samarbeid med pårørende

Det er ikke bare relasjonen mellom fysioterapeut og pasient som påvirker behandlingsprosessen. Relasjonen mellom pasient og pårørende, og relasjonen mellom fysioterapeut og pårørende er spiller en viktig rolle. Sjeldent møter vi en pasient uten et nettverk av pårørende som er engasjert i mer eller mindre grad i rehabiliteringsprosessen. Når en i familien utsettes for et funksjonstap berører dette de andre i familien (Bredland et. al, 2006, s. 94). Pårørende kan få andre roller og få skyldfølelse som følge av et ønske om å ivareta en av sine nærmeste, samtidig som man fortsatt har sine vanlige forpliktelser som arbeid, hobbyer og fritidsinteresser. Det er viktig å støtte nære pårørende da de har betydning for bedringen til pasienten (Bredland et. al, 2006, s. 94). Videre sier Bredland et. al (2006, s.95) at det er viktig å inkludere pårørende i rehabiliteringsprosessen da rollene i familiens samspill forandres og at familien er en ressurs som bør styrkes og ivaretas. Pårørende har behov for informasjon og kunnskap (Bredland et. al, 2006, s.95). Da pårørendes besøkstid var på ettermiddagen, behandlet vi primært pasienten uten pårørende til stede. Det hendte likevel at pasienter og pårørende ønsket at pårørende kunne være til stede under en behandlingstid. Nedenfor vil jeg beskrive to situasjoner, den ene hvor pårørende var som lagkamerat for fysioterapeuten, den andre hvor pårørende var til hinder og påvirket behandlingen negativt.

### Lagkameraten

Pasient 1 var noe yngre enn de fleste av pasientene jeg møtte i oppveksten. Hun hadde tidligere vært veldig aktiv og fortalte om en tapsopplevelse av at kroppen nå ikke kunne brukes som før. I starten av behandlingsforløpet kunne pasienten ikke sitte uten støtte, og hadde behov for støtte av to i forflytning. Gjennom forløpet gjorde pasienten fremskritt i forflytning og ble mer delaktig og selvstendig etter hvert som tiden gikk. Pasientens ektefelle og barn kom på besøk fra deres hjemkommune, og ble i byen en langhelg for å besøke pasienten. Da deltok de ofte i behandlingstimene torsdag og/eller fredag. Vi lot det være opp til pasienten å ta opp et ønske om å ha med pårørende i behandling, fremfor å foreslå det. På den måten kunne vi sikre brukervedvirkning.

Å få besøk av pårørende på avdelingen og under behandling økte pasientens trivsel. Motivasjonen til å vise nye fremskritt var til tider så stor at det var vår oppgave å holde litt igjen, for at ikke det skulle koste arbeidskapasiteten såpass at det ville påvirke neste dag negativt. Særlig husker jeg en treningssituasjon hvor ektefellen var med. Pasienten hadde gjort store fremskritt når det gjaldt postural kontroll i sittende stilling på treningsbenken og satt nå uten støtte. Fokuset i timen var å få pasienten til å jobbe aktivt med begge armer ut fra kroppen, ved å plassere fargede ringer på et treskaft som vi endret plassering på i det transversale plan og i høyden. I pausen kommer det frem at de begge har spilt håndball tidligere. Tanken ble da å utfordre pasienten videre og samtidig kunne inkludere ektefellen som en aktiv partner i treningen. Jeg fant frem en håndball og instruerte ekteparet til å kaste ballen til hverandre, samtidig som en av terapeutene plasserte seg bak pasienten på bobathball som sikring under øvelsen. Pasientsikkerheten ble ivaretatt og samtidig kunne de to utføre en aktivitet sammen.

Å ta med pårørende i treningssituasjoner, enten som aktiv eller passiv part, gjør at de selv kan se hvor funksjonsnivået til pasienten ligger. Gleden de viser og rosen de gir til pasienten gir ofte et solid løft på motivasjonen for pasienten, som til tider kan ha vanskeligere for å *eie* egen fremgang. For enkelte er fremgangen i delmål så små at de krymper sammenlignet med målet de har sett seg ut i fremtiden. Et annet aspekt ved å invitere med pårørende inn i treningen, dreier seg om fremtiden. Pasient skal jo skrives ut og da forhåpentligvis hjem til sine nærmeste. Pasientene vil fremdeles kunne ha behov for hjelp, men nå er de som er rundt pasienten til daglig ikke helsepersonell, men en forelder, en ektefelle, et barn eller barnebarn som trer inn i vår rolle som støttespiller eller tilrettelegger. Vi må derfor hjelpe pårørende til å være klar for denne rolle. Det begynner med å inkludere de i treningssituasjonene, la de erfare hvordan de skal sikre og gi støtte i forflytningssituasjoner. Det må vurderes om pårørende har kapasitet til å bistå pasienten i forflytning, og hvilke situasjoner det er forsvarlig. Videre er vår rolle å instruere de pårørende, ved å demonstrere og deretter inkludere de. Slike situasjoner får frem pasientens ressurser, da jeg selv har sett pasienter instruere pårørende og aktivt problemløse med dem.

## Hinderet

Helseprofesjoner har et klinisk blikk som kan observere noe ved pasientens funksjon, som den pårørende ikke ser. Alle som arbeider med pasienter er opptatt av pasientens sikkerhet.

Baksiden ved pasienter fremgang, er at de tidvis kan overvurdere egen evne og blir ukritisk til egen funksjonsevne og kravene en aktivitet stiller. Når behandlingen har nådd et nivå hvor pasienten kan trene på selvstendig gangfunksjon eller gange i trapp, er det et viktig mål å fremme mestring så vel som innsikt i hva de på daværende funksjonsnivå kan gjøre selv.

Fallrisiko er noe som aktivt må tas stilling til for denne pasientgruppen. Pareser, nedsatt postural kontroll og endret sensorisk sans kan redusere pasienters balanse. Det rapporteres om fall hos mellom 50 – 70% av hjemmeboende slagpasienter (Stokes & Stack, 2012, s.23). Da er det også viktig å inkludere pårørende i trening for å vise hvor pasientens funksjonsnivå er. Fremgang er utrolig kjekt og oppløftende, men det må ikke overskygge for hva som kan gjøres trygt og hva som innebærer risiko.

Pasient 3 er eldre enn pasient 1, og beskrev seg selv som sta, utålmodig, opptatt av effektivitet og at det skulle gå fort fremover. Under behandlingsforløpet nådde pasienten et funksjonsnivå hvor behandlingen kunne fokusere på gangtrening for å gjenvinne mest mulig gangfunksjon. Det var fortsatt behov for støtte av en på affisert side, avhengig av arbeidskapasitet og fokus kunne det være behov for støtte av to. Fotavviklingen på affisert side var preget av droppfoten og det var nedsatt hoftestabilitet. Den tilnærmet paralytiske armen gav ytterligere utfordringer på balansen. Gangtreningen fokuserte på kvalitet i utførelse av bevegelse. Kvantitet og repetisjon var og prioritert da repetisjon også er viktig for motorisk læring (Carr & Shepherd, 2010, s.42-44). Når pasienten ble sliten observerte vi at kvaliteten i gangen gikk ned, pasienten gjennomførte svingfasen på affisert side med en mer sirkumduksjonsbevegelse. Hun ble da tilbudt en hvilepause hvor vi forklarte hvordan bevegelsesmønsteret hadde endret seg. Faren for at pasienten snublet i egne føtter var til stede, noe som krevde et våkent blikk av terapeuten som støttet. Når den pårørende gradvis ble mer inkludert, ble det tydelig at vedkommende ikke klarte å se alvorret i situasjonen og pasienten selv ble mindre fokusert på bevegelseskvaliteten. En av oss var derfor tett på og nøye på å gi beskjed når de måtte pause og fokusere på ny. Personer med fallfare bør unngår distraksjoner mens de utfører komplekse aktiviteter, slik som gange (Stokes & Stack, 2012, s. 391).

Dessverre kunne den pårørende skape vesentlig distraksjon for pasienten under gangtrening og vi så at bevegelseskvaliteten og sikkerheten ble nedsatt. Med tiden innrømte pårørende at de gikk sammen alene på rommet uten tilsyn eller tillatelse av personalet. Det hadde riktignok ikke skjedd noen uhell ifølge dem. Vi behandlere befant oss da i en posisjon hvor vi etter beste evne orienterte den pårørende om at til tross for den funksjonen som var gjenvunnet, var det en betydelig fallrisiko fortsatt til stede. Vi begrunnet elementene som skapte denne risikoen, roste pasienten og ektefellens ønske om å få dette til sammen, men for sikkerhetens skyld at personalet måtte være til stede dersom de skulle gå sammen selv. Beskjeden ble ikke dårlig tatt imot, heller satt pris på faktisk, men dette skjedde ikke bare en gang. Budskapet gikk nok ikke helt inn og det kan jo være fordi den pårørende hadde veldig tro på at dette skulle gå hele veien, tilbake til slik som det var før. Pasientens fremgang hadde jo vært stor de siste ukene.

Denne situasjonen var alt annet enn lett og oppløftende å stå i. Fallrisikoen er der og forklaringene blir gitt spesifikt etter beste evne. I behandlingstimene ble veiledning og instruksjon gitt for å være bedre rustet for, og i forkant av ukritisk aktivitet og et tempo som ikke enda var forsvarlig. Selv gikk da tankene frem i tid på hva som *kunne* skje. Grunnet hjemlengsel og muligheten til å se hva som kreves for å bo hjemme ble pasienten innvilget permisjon til hjemmet mot slutten av oppholdet. Pasienten og pårørende kom tilbake etter permisjon, tydelig slitne rapportert fra personalet som tok de imot. Selv sa pasienten at permisjonen var uproblematisk. Senere fant vi ut at hun hadde sittet i transportstolen mesteparten av helgen, med svært lite forflytning. Når utskrivningsdatoen nærmet seg gjorde pasienten det klart at hun ville skrives ut til eget hjem med videre oppfølging, mens teamet sin innstilling var at hun ville ha godt av kommunal rehabilitering en viss periode før utskrivning til hjemmet. Til syvende og sist er det bruker som selv bestemmer over egen behandling. For min del var det nyttig å erfare et slikt dilemma hvor pasientens ønske bryter med personalets anbefaling. Vi gjør det vi kan og håper på det beste.

Lærdommen jeg tar med meg

Pårørende kan være en ressurs så vel som et forstyrrende moment i rehabilitering. Uansett er det viktig å inkludere dem i den grad det er ønskelig fra pasient og pårørende. Å kunne se hvor pasientens funksjonsnivå ligger i treningssituasjonen sier mer enn hva vi kan verbalt



eller skriftlig formidle til pårørende. På den andre siden kan de bidra til økt mestring og motivasjon hos pasienten når de inkluderes i treningen. Samtidig må vi være forberedt på å realitetsorientere pårørende om hvordan det går med deres nærmeste, informasjon og opplæring er viktig også for dem. Læring og informasjon gjør pårørende bedre forberedt til å innta rolle som støtte og *hjelper* etter utskrivning av pasienter.

## Kommunikasjon med pasienter

Alle møter mellom pasient og helsepersonell er definert av å være asymmetriske relasjoner (Thornquist, 2016, s. 29). Slike relasjoner preges av å være skjevfordelt mtp. makt og myndighet basert på at partene har ulik kompetanse. Asymmetrien blir tydeligere når den verbale kommunikasjonen uteblir og brukerens perspektiver, ønsker og målsetning kan forsvinne grunnet manglende kommunikasjon, mens fysioterapeuten bruker sine tanker og erfaring som grunnlag for behandlingsplanen. Thornquist utdyper og sier «...*et asymmetrisk forhold kan preges av likeverd og gjensidig anerkjennelse*» (2016, s. 29-30). Her er det viktig å vise at man har oppfattet at noe er galt og vise tilstedeværelse og en vilje til å forstå pasientens behov. Kommunikasjon har både et innholdsaspekt og et relasjonsaspekt som Thornquist (2016, s. 24) sier. Videre vil jeg introdusere to møter med pasienter hvor kommunikasjonen på ulik måte spilte en viktig rolle i å få frem pasientens ønsker og behov.

### Det overraskende svaret

I starten av behandlingsoppholdet til pasient 1 jeg ble jeg utvalgt til å være pasientveileder (PAV) sammen med veileder. Under andre møte med pasienten gjennomførte vi derfor en PAV-samtale hvor pasientens ressurser og utfordringer ble kartlagt og man sammen med pasienten diskuterer målsetning for oppholdet. I forkant leste jeg pasientens henvisning og epikrise, og jeg hadde gjort meg en formening etter det første møtet. Underbevisstheten arbeidet med informasjonen plukket opp av det kliniske blikket og modellerte sammen med informasjonen jeg hadde lest. Til dels bevisst og ubevisst gikk jeg inn til møtet med tanker om hva pasienten ville si om sine utfordringer. *Jeg klarer ikke gå eller løpe som jeg pleide å gjøre ofte, jeg bare ligger her.* Pasientens største utfordring var derimot tapet av smakssansen. Hun savnet smaken av maten og drikken hun inntok. Jeg hadde ikke forventet dette svaret fra pasienten. Vær bevisst på egne forutinntatte holdninger om pasientens situasjon ut fra den objektive informasjonen du har lest i journal eller epikrise. Noe så enkelt, og samtidig

komplekst, som smakssansen var det pasienten beskrev som sin største utfordring, ikke den fysiske funksjonen. Fysioterapeuter må være bevisst egne tanker og tolkninger av pasientens situasjon, særlig i de første møtene, og være åpen og gi pasienten rom til å fortelle om sine tanker og utfordringer. Pasientens verden og selvoppfattelse er unik, og vi må være forberedt på at uventede svar kan komme. Thornquist beskriver det godt med å si: «*Reelt samarbeid forutsetter at begge parterers erfaringer og kompetanse aktiviseres... Har jeg relevant og tilstrekkelig kunnskap til å forstå denne pasientens problemer og å håndtere dem sammen med han eller henne?*» (2016, s. 128).

### Vanskelig å sette ord på det

Av alle møtene jeg erfarte i vårens praksis, er det særlig møtene med pasient 2 som var mest utfordrende for meg. Pasient 2 hadde flere utfordringer etter slaget. Hun hadde uttalt ekspressiv afasi, noe som gjorde kommunikasjon utfordrende, i den grad at utredning av kognitiv affekt ikke kunne utredes. Jeg tenker ofte på hvorvidt denne personen ble sett og hørt på samme måte som de andre pasientene. Prinsippet om å arbeide brukerrettet og målrettet er utrolig viktig og handler om å møte pasienten slik at de føler seg sett og inkludert i egen situasjon. Bjørke (2001, s.52-53) skriver om hvordan myndiggjørende praksis bør ha som mål å jobbe sammen for å skape endring, fremfor en mer hierarkisk prosess. Fysioterapeuter sikrer tradisjonelt sett brukermedvirkning gjennom lyd, språk, verbal kommunikasjon. Det er kommunikasjon mellom mennesker som skaper rom for mening. Mening som kan analyseres, resoneres over og skape handling. Gjennom å kommunisere med pasienten, kan man sammen utforme konkrete hovedmål med tilhørende trinn eller delmål på veien. Brukermedvirkning krever gode kommunikasjonsferdigheter, empati, fleksibilitet og vilje fra terapeuten (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015, s.198).

Med pasient 2 kunne jeg ikke benytte meg av den verbale kommunikasjonen, og ble nødt til å utforske andre kommunikasjonsmetoder og navigere etter beste evne. Det kliniske blikket og resonnementet var styrende i stor grad. På den måten kunne jeg enkelt se hva som, i mine øyne var pasientens største funksjonsutfordringer i dagliglivet. Pareser i venstre halvside, redusert postural kontroll og synsutfall er noen av utfallene som ville by på utfordringer i hjemmet. Vedkommende brukte komforstol grunnet svekket postural kontroll, kraftutvikling i beina og svært nedsatt balanse i stående. All forflytning krevde assistanse av 1-2 avhengig av

dagsform. Pasienten trengte også fasilitering for å finne gode utgangsstillinger før forflytning fra sittende til sittende. Utgangspunktet for min behandlingsplan var derfor å arbeide med forflytningsstrategier for å se om pasienten sammen med en hjelper kunne gå videre fra å bruke lav forflytning med sklibrett til å arbeide med halvhøy eller høy forflytning. I ettertid ser jeg at dette klart bar preg av å være mål som var satt av meg, uten at det var et eksplisitt ønske fra pasienten. Rasjonale bak er at forflytning er en helt nødvendig del av hverdagen for å aktivisere pasienten og forhindre komplikasjoner som trykksår og forhindre dannelse av tromboser og ytterligere atrofi av muskulatur, i tillegg til at pasienten ved økt selvstendighet i forflytning blir en aktiv deltaker fremfor en passiv deltaker i forflytningen. Økt selvstendighet i forflytning kan også bidra til økt mestringfølelse, noe som også bidrar til økt livskvalitet. Støtte for dette finnes i Nasjonal retningslinje for slagrehabilitering, som oppfordrer til at «...tiltak som kan gi økt mestring bør vektlegges» da mestring er knyttet til livskvalitet (Helsedirektoratet, 2017).

I starten av behandlingsforløpet var det flere ganger at hun var urolig i rullestolen når jeg kom for å hente henne på rommet. Hun kikket til høyre mot hjulet, tok på armlenet for så å legge hånden på motsatt armlene og til slutt ta på høyre hjulet. Jeg forstod ikke hva pasienten forsøkte å formidle første gang dette skjedde. Også medstudenten og veilederen min hadde vansker med å forstå dette. Vi kunne ikke se at noe var galt med hjulene, armlenene satt på plass. Likevel fortsatte pasienten å være urolig. Å ikke forstå pasienten var en vanskelig opplevelse. Til slutt sa jeg til pasienten «*vi triller inn til treningsrommet, så tar vi det der?*». Pasienten nikker, og vi legger kursen mot treningssalen. Vår mangel på forståelse, og pasientens reduserte evne til å kommunisere, førte til at det ble gjort et valg som pasienten kan eller ikke kan samtykke til med et ja/nei svar. Var nikket et samtykke? Eller forstod jeg det slik og bestemte at vi skulle gå til treningsrommet og sette i gang med behandling og avlede pasienten bort fra det som i etterkant viste seg å være et reelt problem? Forhåpentligvis vil denne erfaringen forhindre at jeg handler på samme måte i lignende situasjoner i fremtiden. Pasientens urolighet i stolen gjentok seg ved de neste møtene. Vi bestemte oss derfor for å ta oss god tid til å forsøke å forstå hva pasienten forsøkte å signalisere. Denne gangen tok pasienten mye mer på armlene, men blikket så ikke mot armlenet, hun tittet rundt på treningssalen og på oss. Vi spurte henne så: «*Er det noe i veien eller som plager deg?*». Pasienten nikket. Alle spørsmål om det var noe somatisk ble avkreftet ved at hun ristet på hodet, med tiltagende sukking. Deretter begynte pasienten å gråte. Noe jeg i ettertid tenker er

helt naturlig, da det må være forferdelig å ikke bli forstått og hvert spørsmål vi spurte tydeliggjorde at vi ikke forstod hva hun mente. Vi satt med henne, gav henne et lommetørkle og holdt en hånd på skulderen hennes. Mangel på forståelse skal ikke gå på bekostning av evnen til å vise omsorg og trygghet. På et punkt kom spørsmålet som skulle forandre alt: «*Er det noe galt med stolen?*». Så fort pasienten hørte det kom det et smil, etterfulgt av en lyd som uttrykte en form for glede eller lettelse. Hun hadde sett på hjulene, var det noe galt der? Nei. Hva med armlenet hun hadde klappet på? Et nikk, men hva var feil? Hun klapper gjentatt på venstre armlene og rister litt i det. Det viser seg da at det var noe så enkelt som at armlenet var for høyt, og det var høyere enn høyre armlene. Jeg stiller ned høyden på armlene hvorpå pasienten smiler fornøyd.

### Lærdommen jeg tar med meg

Vær klar over forutinntatte meninger om en pasient sin situasjon. Det man leser på en epikrise gir oss noen forventninger om pasienten vi skal møte. Ubevisst kan man tenke seg frem til hva hovedutfordringen til pasienten er, da vi tenker på oss selv i samme sted som dem. Men vær forberedt på at pasientens egen opplevelse kan være totalt forskjellig fra din egen antakelse.

Pasienters behov kan være vanskelige å forstå ved store afatiske vansker. Kroppsspråk gir likevel mye informasjon, når vi ikke bare lytter, men også bruker blikket vårt. Det siste møtet beskrevet er et eksempel på hvordan pasienter kommuniserer non-verbalt. Som tidligere nevnt, opplever pasienter tidvis overveldende følelser. Terapeutisk tilstedeværelse er viktig i disse stundene. Ikke tilby en samtale med en gang, vent, lytt, gi en kroppslig berøring som viser at du er der og at de ikke er alene. Tidvis kan et lommetørkle hjelpe vel så mye som ord. Som jeg har erfart av å jobbe i kundeservice og i psykiatrien, ikke alle problemer kan løses eller forstås, men jeg kan ta et aktivt valg om å lytte til problemet eller stå i det sammen med kunden, pasienten og medmennesket. Kommunikasjon kan inkluderes i alle aspekter ved profesjonell kompetanse og vi bør aktivt søke å utvikle våre kommunikasjonsferdigheter.

### Relasjon til pasienten

Jeg vil trekke frem en episode med pasient 3 som eksempel. Pasienten hadde gjennom sitt yrkesliv opparbeidet et internt driv til å levere etter tid og forventning, og arbeidet i høyt

tempo. Etter hjerneslaget var pasientens funksjon ikke som før, og hun trengte assistanse til mange av dagens aktiviteter. Hun bidro aktivt med det hun kunne, men uttrykker tidvis et ønske om at det skal gå fortere og mer effektivt, slik som før. Ønsket om høyt tempo og å utføre aktiviteten førte til at pasienten viste ukritisk adferd i forflytningssituasjonen. Dette må man ta tak i, og realitetsorientere pasienten til hvor hennes funksjon ligger og at dersom hun presser seg for lang risikerer *hun* at noe kan skje, som et fall.

### Relasjonsbanken, hvordan benytte relasjonskapital

Realitetsorienteringen kan oppfattes som kritikk, og dermed påvirke relasjonen negativt. Da er det viktig å trå varsomt for å ikke tape for mye relasjonskapital. Jeg opplevde pasientens innsiktsvansker og arbeidet med å påvirke pasientens adferd bort fra det ukritiske som et vanskelig farvann å navigere i. Pasienten var meget motivert til å trene og hadde satt seg klare mål for utfall av behandling. Treningsmotivasjon er en fantastisk ressurs hos pasienten, men det er viktig at tempoet er riktig for trygg gjennomføring og at gjennomføringen er konsekvent gang på gang. Pasientens balansevansker var et grunnleggende problem for utførelsen av mange av aktivitetene. Min jobb var da å få pasienten til å innse sine egne begrensninger og gi motivasjon til å endre på egen adferd. Adferd er vanskelig å endre og jeg har stor forståelse for at det krever mer enn bare påpekninger fra meg i treningssituasjonen (Naidoo, 2016, s.147-164). Det ble et gjennomgående samtaletema under hele forløpet og når det skjedde uventede ting tok jeg meg tid til å ta dette opp med pasienten. Disse samtaler og påpekningene, som i bunn og grunn dreier seg om kritikk av en persons bevegelsesstrategier, er potensielt konfliktutløsende. All kritikk koster, enten vi vil det eller ei. Konstruktiv kritikk er noe vi trenger som både fagfolk og mennesker, men det har en kostnad for relasjonen mellom sender og mottaker av kritikken. For å illustrere dette konseptuelt ser på relasjon som kapital i en *relasjonsbank*. Banken er unik for hvert pasient-behandler-forhold, men kontoen kan være delt med f.eks. pårørende. Hvor opptatt behandler er av å sette inn relasjonskapital i banken tenker jeg vil variere individuelt. Selv finner jeg mye mestring i å bygge opp en relasjon til pasientene mine. Kanskje fordi jeg ubevisst har oppfattet at jeg kan benytte meg av denne kapitalen senere.

Da verden stoppet opp, måtte vi fortsette

Siste uken i praksis ble preget av den overhengende uroen rundt Covid-19. I tråd med tiltakende smittevernsrutiner ble det forbud om besøk fra pårørende. Forbudet sammenfalt med besøket av sin datter for Pasient 1. En ansatt kommer inn, forklarer at det er iverksatt nye smittevernstiltak, hvorpå datteren må si adjø til moren og forlate bygget umiddelbart. Da jeg skulle hente pasienten på rommet dagen etter, satt pasienten og stirret ut av vinduet, med et preget ansiktsuttrykk. Hun hilste heller ikke da jeg kom inn døren som vanlig. «*Hvordan går det med deg i dag?*». Pasienten begynte å gråte og fortalte meg om hendelsen fra dagen før. Hun hadde forståelse for smittevernstiltakene, men det var ikke bare datteren som måtte dra. «*Jeg får jo ikke mer besøk nå*» sa hun. Hun hadde blitt sittende igjen med følelsene og tankene en stund dagen før, men ble trøstet ved neste tilsyn av personell. Hun hadde sovet dårlig den natten. Jeg kunne ikke gjøre noe med situasjonen, annet enn å gi rom og lytte til det hun hadde på hjertet. Til slutt takket hun for samtalen og beklaget at det tok vekk tid fra treningen. Jeg forklarte da at dette trengte å bli fortalt og sa at jeg var klar for en treningsøkt om hun var det. Et smil kom smygende og det var en særs god treningsøkt som etterfulgte.

## Avslutning

### Utdanningen er over, utviklingen fortsetter

Gjennom denne oppgaven har jeg kildret møter med pasienter, pårørende og andre profesjonsutøvere. Det har gitt rom til ettertanke og tilbakeblikk på egen praksis både som fagperson og medmenneske. Å holde seg oppdatert innenfor faget etter at utdanningen nå er over ble vi påminnet om under avslutningen på skolen. Faglig påfyll av ny forskning er en viktig del av kunnskapsbasert fysioterapi. På den andre siden har arbeidet med oppgaven synliggjort behovet for å innta en like aktiv holdning til å videreutvikle personlig kompetanse. Vi kan alltid bli flinkere til å kommunisere, tilrettelegge for brukermedvirkning, inkludere pårørende og se utover vårt eget fagfelt. Men vi må være villige til å reflektere over egen praksiserfaring og væremåte.

Skau (2018, s.116) forteller om hvordan konflikthåndtering i personlig endring har to fronter, de etablerte mønstrene og møte med det ukjente, forandringen. En må erkjenne det etablerte

for å ha rom til forandring. Det er ofte lettere å klandre situasjoner, rammer eller personer, fremfor å se kritisk på seg selv. Min personlige kompetanse har absolutt utviklet seg som følge av arbeidet mitt. Nyutdannet helsepersonell burde være utforskende og bevisst at utviklingen av deg selv som både fagperson og medmenneske er krevende, men utrolig givende når man kan stille bedre forberedt videre i yrkeslivet.

Ikke bare har det vært følelsesmessig krevende å se selvkritisk på egen praksis, det har også vært tidkrevende. Tid må være tilgjengelig og man må velge å benytte den til å se tilbake og reflektere over det man har erfart. I en travel arbeidshverdag, må man belage seg på at dette arbeidet må gjøres på egen fritid. Om ikke arbeidshverdagen burde ha dedikert tid til også denne type profesjonsutvikling.

Videreutvikling av personlig kompetanse krever en vilje til å åpne døren for de tankene og følelsene igjen. Tilbakeblikk kan være kostbart og krevende. Ivareta deg selv, sa en veileder til meg en gang. «*Vi berører mennesker og samtidig rører de ved oss selv*». Særlig egen psykisk helse tenker jeg vi må ivareta når jeg tenker tilbake på dette utsagnet. Jeg har snakket om terapeutisk tilstedeværelse i møte med pasienter, men vi må kanskje være villig til å være til stede i oss selv for å kunne utvikle og bearbeide egne tanker, holdninger og verdier rundt arbeidet vårt.

Arbeidsplassen kan tilrettelegge for bearbeiding og refleksjon av møtene vi opplever på jobb, gjerne i et faglig fellesskap med annet fagpersonell i pasientens team, personvernet må jo opprettholdes. I psykiatrien er det en lav terskel for slikt arbeid ved debriefing har jeg selv opplevd. Kanskje hadde vi fysioterapeuter og alle som jobber i somatikken dratt nytte av tilrettelegging for lignende prosesser? Ved at arbeidsplassen gir rom for slike samtaler tilrettelegges det for utvikling av personlig kompetanse hos fagpersonellet, samtidig kan færre dra hjem uten at man *tar med seg jobben hjem*.

Avslutningsvis håper jeg å bli tryggere som både fagmennesket og medmenneske ved å fokusere på videreutvikling av teoretisk, yrkesspesifikk og personlig kompetanse. Elementene eksisterer ikke isolert, men påvirker hverandre. Ved å bli tryggere i rollen som fagperson og

reflektere over egne erfaringer, tror jeg vi står bedre rustet til å lære av erfaringen vår. Samtidig som man blir tryggere på hvem man er som person og fagperson, kan vi bli nysgjerrige og lærevillige, både i møte med pasienter og kollegaer. Kanskje skaper en trygg forankring i faglig og personlig kompetanse evnen til å improvisere og lære i møter med pasienter og kollegaer, utover de etablerte rutinene. For det kan jo tenkes at du lærer noe nytt eller gjør deg nye erfaringer som du kan bygge videre på i dine ulike kompetanser.



## Litteraturliste

- Almås, S.H. (2014). Bourdieus teori om utdanningssystemet. I: Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag* (s. 88-102). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bernhardt, J., Hayward, K. S., Kwakkel, G., Ward, N. S., Wolf, S. L., Borschmann, K., ... Cramer, S. C. (2017). Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. *International Journal of Stroke*, 12(5), 444–450. <https://doi.org/10.1177/1747493017711816>
- Bjørke, G. (2001). Fysioterapi som pedagogisk praksis. I: Stokkenes, G., Sudmann, T. & Sæbøe, G (red.) *Fysioterapi på terskelen* (s. 35-55). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Bredland, E.L., Linge, O.A., & Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Carr, J.H., Shepherd, R.B. (2010). Neurological rehabilitation. Optimizing motor performance (2. utg.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I: A. Molander & L.I. Terum (red.) *Profesjonsstudier* (s 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2017, 21. Desember). Nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Helsedirektoratet. (2018, 12. Juli). Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, koordinator og individuell plan. Formål og overordnede prinsipper for rehabilitering, habilitering, koordinator og individuell plan. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Hagland, H. & Solvang, P. K. (2012). Tverrprofesjonelle praksisfellesskap. I: Slettebø, Å. & Solvang, P. K.(Red.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s.251-266). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Jakobsen, F. (2014). Læring med, af og om hinanden. Reultater fra et tværfagligt klinisk studieafsnit. I: Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag* (s. 219-234). Oslo: Universitetsforlaget
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). Kunnskapsbasert Fysioterapi (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion* (4. Utg.). London: Elsevier Health Sciences.
- Sirnes, T., Willumsen, E. & Ødegård, A. (2014). Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag. I: Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag* (s. 19-29). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skau, M. G. (2018). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Slettebø, Å. & Solvang, P.K. (2012). Forståelse av rehabilitering. I: Slettebø, Å. & Solvang, P. K. (Red.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 15-34). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stiegler, R. J. (2018). *Emosjonsfokusert terapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Stokes, M. & Stack, E. (2012). *Physical management for neurological conditions* (3. utg.). London: Churchill Livingstone.
- Thornquist, E. (2016). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- van Stralen, H. E., van Zandvoort, M. J., & Dijkerman, H. C. (2011). The role of self-touch in somatosensory and body representation disorders after stroke. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 366(1581), 3142–3152.  
<https://doi.org/10.1098/rstb.2011.0163>
- Wyller, T. B. & Sveen, U. (2002). Ikke-språklige kognitive symptomer etter hjerneslag. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 122, 627-630. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/02/tema-geriatri/ikke-spraklige-kognitive-symptomer-etter-hjerneslag>