



Refleksion i praksis

REFLEKSION

Skriftserie | Nr. 6/2008

RUML | Institut for Filosofi & Idéhistorie | Aarhus Universitet

DEN PRAKTISKE
REFLEKSION

KARIN BALLING
& METTE BRØDBÆK

Fysioterapeutuddannelsen
CVU-Vita, Holstebro

Refleksion i praksis: skriftserie
© Forfatterne og RUML, 2008
ISBN 978-87-92454-00-3

Redigeret af: Steen Wackerhausen & Anette Samsø

Ansvarshavende redaktør: Steen Wackerhausen
Layout: Line Bak Bräuner
Opsætning og redaktionel bearbejdelse: Anette Samsø

Sat med Helvetica, Adobe Garamond Pro, Myriad Pro
Trykt på SUN-TRYK, Fællestrykkeriet for Sundhedsvidenskab og Humaniora, Aarhus Universitet

Nærværende skriftserie er en integreret del af det tværfaglige forskningsprojekt: Refleksion i praksis. Forskningsprojektet er udført i samarbejde med en lang række uddannelsesinstitutioner (MVU) samt forskere ved danske og udenlandske universiteter. Forskningsprojektet indgår under forskningsfokusområdet: Videnssamfundet, ved Det Humanistiske Fakultet, Aarhus Universitet.

Indhold, metodevalg, fremstillingsform samt synspunkter artikuleret i de enkelte publikationer er udelukkende udtryk for forfatterens egne opfattelser og valg. Disse er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med opfattelser hos andre deltagere i forskningsprojektet. Ej heller skal de anses som udtryk for positioner, der forfægtes af Institut for Filosofi og Idéhistorie eller RUML.

Alle publikationer i skriftserien har været genstand for anonym peer review og efterfølgende korrektioner fra forfatterens side. Den redaktionelle korrektur har af interdisciplinære hensyn haft en relativ begrænset karakter, hvorfor den endelige indholdsmæssige redigering og sproglige korrektur af publikationer er de enkelte forfatteres ansvar.

Skriftseriens publikationer er underlagt de til enhver tid gældende regler for copyright. Kopiering, elektronisk mangfoldiggørelse eller anden gengivelse af skriftserien eller dele deraf er kun tilladt i overensstemmelse med overenskomsten imellem Undervisningsministeriet og Copy-Dan. Al anden udnyttelse anses som krænkelse af ophavsret, jf. dansk lovgivning.

RUML
Afdeling for Filosofi
Institut for Filosofi og Idéhistorie
Aarhus Universitet
Jens Chr. Skous Vej 7
Bygning 1465-1467
8000 Århus C
www.ruml.au.dk/refleksion

Den praktiske refleksion

KARIN BALLING & METTE BRØDBÆK
Fysioterapeutuddannelsen
CVU-Vita, Holstebro

Den praktiske refleksion

Indholdsfortegnelse:

Indledning	5
Projektets mål og problemstilling	6
Teori	6
Refleksion som klinisk ræsonnement i fysioterapi, erfaring og refleksiv erfaring i praksis	6
Klinisk ræsonnement	6
For-forståelse af erfaring	7
Refleksiv erfaring og opmærksomhedsbegrebet	8
Projektets metoder	10
Design	10
Praksis og informanter	10
Dataindsamling	11
Interviewguide	13

Refleksion i praksis

REFLEKSION

Databearbejdning	13
Identificering af meningsbærende enheder	14
Fremstilling af en kondenseringsmatrice.....	14
Resultater i forhold til fire praksisser	15
Rekontekstualisering	15
Praksis A	16
Praksis B	19
Praksis C	21
Praksis D	25
Afslutning	28
Resultater i forhold til problemstillingen	28
Praktikerens fokusområder	28
Praktikerens konsekvensbevidsthed	30
Praktikerens analyse	31
Metode- og resultatrefleksion	32
Konklusion	34
Litteratur	36

Bilag I a	38
Bilag I b	38
Bilag II	39
Bilag III	40

Indledning

På mange arbejdspladser inden for sundhedsområdet arbejdes der med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling. Kvalitetsarbejdet er hovedsagligt koncentreret om resultatmål, processer og arbejdsgange, der relaterer til strukturelle forhold på arbejdspladsen så som økonomiske, teknologiske og personalemæssige ressourcer. Det er væsentlige og fremtrædende faktorer, som vi alle kan have interesse i at vurdere og optimere. Spørgsmålet er, om man har fat i alle væsentlige forhold eller om der er noget, der undslipper opmærksomheden. Ikke alt er relevant for kvalitetsudvikling, men vi kan ikke vide, hvad der er relevant, før vi ved mere om, hvad der optager og lægger beslag på fysioterapeutens tanker i forbindelse med udførelse af arbejdet. Man kan for eksempel gøre sig den forestilling, at refleksive aspekter i arbejdet kunne være af afgørende betydning for kvaliteten, for resultatet.

En sundhedsfaglig praksis beskæftiger sig med mennesker med behov for støtte og assistance til etablering eller genetablering af en velfungerende tilværelse. Der er selv sagt ingen hjælp mulig uden den andens indforståethed i et eller andet omfang og hjælpen er ikke et løsrevet produkt, men tæt forbundet med et andet menneskes liv. Det indebærer en vedvarende refleksion over det, der foregår i behandlingen i forhold til det menneske, behandlingen er iværksat for.

Når professionerne skal vejes og måles, er der ofte mest opmærksomhed over for metoder og procedurer. Dermed risikerer man at overse refleksionens betydning for kvaliteten i arbejdet og betydning for udvælgelse af parametre til mål for udvikling og forskning. Man kan også formulere det sådan: Vi kan måske lære noget om kvaliteten af praksis ved at få indsigt i den refleksion, der knytter sig til praksisudøvelsen.

Dette projekt handler om den refleksion, der foregår i en almindelig fysioterapeutisk rehabiliteringspraksis. Der tænkes her på refleksion i forbindelse med og i løbet af udførelse af kerneydelsen, nemlig behandling og genoptræning af en patient. Kan refleksionen

overhovedet påvises? Hvad går den ud på? Måske tænker man slet ikke videre over tingene, mens man udfører sin behandling. Måske *gør* man bare, følger retningslinier eller anvender bestemte metoder og teknikker, handler uden bevidst refleksion? Formålet med dette arbejde er at bidrage til overvejelser over betingelser for god praksis, herunder klinikerens refleksioner som en kvalitet, der må inddrages i vurdering og sikring af kliniske retningslinier, principper og rammer for praktisk fysioterapi.

Projektets mål og problemstilling

Målet med studiet er at undersøge refleksionens udtryk i den erfarne fysioterapeuts beslutningsgrundlag og handlinger i praksisudøvelsen. Projektet er allerede i udgangspunktet tænkt koncentreret om to aspekter: refleksioner vedrørende beslutningsgrundlag, hvilket er en væsentlig del af den udøvende fysioterapeuts kliniske måde at ræsonnere på, og hvad de praktiske handlinger viser som udtryk for refleksion.

Problemstillingen, der er styrende for studiet, lyder: Hvordan kommer refleksionen til udtryk i fire forskellige fysioterapeutisk kompetente rehabiliteringspraksisser? Da studiet ikke har til formål at afdække refleksionsprocesser hos den praktisk uøvede, hvilket må antages at have betydelig islæt af person-faglig læring, vil der blive sat fokus på udøvere med den kompetence som følger af erfaringen, deraf formuleringen ”kompetent praksis”. En kompetent praksis fordrer en praksisudøver, der kan navigere og agere i en kompleks og foranderlig situation. Hvis det skal have mening at tale om refleksion i praksis og tillægge det værdi, må refleksion ses i lyset af en agerende kompetence, en erfaren fysioterapeut.

Teori

Refleksion som klinisk ræsonnement i fysioterapi, erfaring og refleksiv erfaring i praksis

Klinisk ræsonnement

Når refleksionen omtales og beskrives i professionssammenhænge, anvendes begrebet *klinisk ræsonnering*. Med det menes tankeprocesser og beslutninger i tilknytning til udredning af problemerne og planlægning, gennemførelse og justering af behandling (Danske Fysioterapeuter). Denne proces ses altid i praksis forbundet med patienten, patientens

egne overvejelser, ønsker og behov. Der beskrives forskellige ræsonneringsmodeller. Den hypotesegenererende og –testende model betragtes som en grundlæggende, nødvendig og målrettet refleksionsfærdighed, som alle oplæres i og alle skal mestre. I uddannelsen kan man indøve den fagligt logiske fremgangsmåde i udøvelsen af klinisk ræsonnering, og dermed gøre det til en velbeskrevet færdighed. Hypotesegenerering og –testning spiller også med, når dokumentation af interventionsbehov og –effekt skal foretages.

Andre modeller peger i retning af, at refleksionsarbejdet ændrer karakter med stigende erfaring. Færdigheder automatiseres og kan anvendes i kombination med hinanden og med andre tilgange. Det gælder også for den kliniske ræsonnering. Erfarne fysioterapeuter refererer i lige så stort omfang til mønstergenkendelse, at genkende problemet og se et mønster i patientens symptomer ud fra erfaringen. I sporet på mønstergenkendelse følger viljen og evnen til at forsøge nye tankeveje og andre perspektiver på hypoteserne om problemets karakter og årsagssammenhænge, hvis forståelsen af problemet ikke kan baseres på erfaringens mønstergenkendelse. I en såkaldt heuristisk model eller metode ligger åbenhed og udfordring af vanetænkning og -adfærd. Man vælger en udforskende fremgangsmåde, en prøven sig frem i forhold til målet for sin undersøgelse. Man er ikke tilfreds med de muligheder og svar, sædvanlige fremgangsmåder samt tænkning byder på – og anlægger derfor bevidst forsøgsvis andre perspektiver på det problem, man skal løse.

I de tre nævnte modeller kan man se en form for udvikling i en erfaringskabende proces, som fysioterapeuten gennemgår i løbet af sin karriere. De tre modeller – hvor forskellige de end er – bruges til at forklare refleksionsprocesser i forbindelse med løsning af en fysioterapeutisk opgave. Dvs., de forklarer, hvordan tænkningen kan foregå. Det er teorier om, hvordan kognitionen fungerer. For at belyse betydningen af tænkning i praksis interesserer vi os i dette projekt for, hvad tænkningen handler om. Hvilke forhold hæfter praktikerens sig ved? Og hvordan begrundes hun sine beslutninger og valg?

For-forståelse af erfaring

De oplysninger, man har til rådighed her og nu i en foreliggende problemstilling i den konkrete praksis, er ikke nok til at løse problemet. Fortid, nutid og fremtid hænger sammen. Man har altid en baggrundsviden med sig, når man søger frem mod løsningen af et problem. De erfaringer, man gjorde sig i fortiden står i forbindelse med nutiden og med løsningen af problemer i fremtiden. I et almindeligt dagligt liv og trummerum hersker vaner og rutiner, indtil man gribes af tvivl eller forundring. Her ligger muligheden for at få distance til rutinen, sætte et vurderende og tænksomt blik på sagen og opnå bevidst

beherskelse af sine handlinger.

Gennem handlingerne får man forståelse for sammenhænge og dermed erfaring. Det er et grundlæggende træk ved mennesket. Som menneske er man forstående i verden med – eller som – en brugende, håndterende tilstedeværelse og omgang med ”tingene”. Forståelse er en del af den naturlige, umiddelbare væren til. Forståelsen hænger sammen med en tydning eller udlægning af situationen i forhold til perspektivet fra ståstedet. Man forstår noget *som* noget. Forståelse er knyttet til opbygning af erfaring. Erfaringsdannelsen er ikke tilfældig.

I den professionelle praksisudøvelse skelner man i visse sammenhænge mellem nyuddannede/ uøvede og erfarne udøvere. De uøvede fysioterapeuters arbejdsopgaver og supervision heraf tilrettelægges ofte ud fra erkendelse af, at de netop mangler rutine og erfaring. De uøvedes situation på arbejdsmarkedet ligner på mange måder en studerendes med behov for at lære arbejdsstedets kultur, retningslinier, opgaver og arbejdsformer at kende. Den erfarne fysioterapeuts handlinger og reaktioner vil i højere grad være automatiserede på en række af disse generelle områder med mulighed for at sætte en koncentreret opmærksomhed ind dér, hvor problemer og dilemmaer opstår, og hvor tingene ikke bare skrider frem som vanligt eller som forventet. Erfaring får i denne sammenhæng en betydning, som rækker ud over begrebet rutine.

Refleksiv erfaring og opmærksomhedsbegrebet

En erfaring, som man kan gøre brug af, hænger i vores opfattelse sammen med at forstå noget som noget bestemt, at få en bestemt forståelse af tingenes mulige sammenhæng, noget som oplevelser og forskellige handlinger har samlet i hukommelsen og i handlemønstre, indtil ny erfaring flytter eller udvider forståelsen.

J. Dewey (Brinkmann, 2006, p. 82; Dewey, 2005, pp. 162-68) beskriver det at opnå erfaring som de processer, hvor vi aktivt griber ind i naturen og mærker konsekvenserne af vores indgreb. Der kan skelnes mellem to former for erfaring, hvor den ene gives betegnelsen refleksiv erfaring. Kategoriseringen af erfaring i to former fører til fremhævelse af erfaringens kvaliteter. Før erfaringen får kvalitet skal man opleve og erfare gennem prøven sig frem, fejle, ramme plet og huske, for på et tidspunkt at begynde at se sammenhænge. Den refleksive erfaring indeholder en forholden sig til konsekvenser af beslutninger og handlinger.

Handlinger og beslutninger i fysioterapeutisk praksis er resultatet af en selektiv opmærksomhed. Thornquist (1998, p. 70) gør opmærksom på den professionelles rolle ved at påpege, at:

”det er den professionelle, der bestemmer, hvad der skal følges op på, og hvad der skal overhøres, hvad der er relevant eller irrelevant, hvad der værdsættes eller ikke værdsættes.”

I denne proces styres praktikerens først og fremmest af det, hun opfatter som sin opgave, men også af professionens procedurer og redskaber. Ethvert fag, altså også fysioterapiprofessionen, er karakteriseret ved den ”teknologi”, det benytter sig af, og består af metoder og teknikker, fremgangsmåder og kommunikationsmidler. Den faglige identitet er knyttet hertil. Det fortæller om verdenen, hvad denne profession tager sig af og kan, og hvilken kapacitet den har på udvalgte målområder. For praktikerens sætter det også rammerne for den måde, man ser og tolker en given opgave på. I dette projekt vil vi aflæse dette forhold gennem søgning efter ”hvad har praktikerens i en given situation rettet sin opmærksomhed og dermed sin tankevirksomhed på?” Det refleksive aspekt vil herudover rumme en konsekvensbevidsthed, som kan omfatte en forholden sig til, hvad en sygdomstilstand kan udvikle sig til, hvad terapeutisk indgriben kan gøre og hvilke midler der skal til:

”Hvad vil der ske, hvis ...?”

Dewey beskriver forbindelsen mellem refleksion og handling på den måde, at det er et træk ved handlingen, at resultatet aldrig er givet på forhånd og at risici og tvivl må indgå. Tænkning påvirker resultatet og involverer risici. En tentativ fortolkning og at man hele tiden gætter på resultatet af det, man gør, er indeholdt i både refleksion og handling.

Dewey peger også på det analytiske aspekt i refleksion og handling: En analyse af de synspunkter, der kan definere og belyse problemet, ligesom udarbejdelse af hypotese til forklaring og meningsgivning af indsamlede data og at betragte hypotesen som handlingsplan for afprøvning i praksis er kvaliteter ved refleksion og handling, som karakteriserer refleksiv erfaring.

I vores undersøgelse af fire forskellige fysioterapeutiske rehabiliteringspraksisser vil vi søge efter det kliniske ræsonnement og måden, det udfolder sig på.

Projektets metoder

Design

Studiet tilrettelægges som en empirisk undersøgelse af (og i) praksis med indsamling af kvalitative data. Fire fysioterapeuter leverer mundtlige og skriftlige data, som er råmaterialet for besvarelsen af projektspørgsmålet.

Med fire respondenter er det ikke muligt at alle tænkelige refleksioner vil vise sig i materialet. Det er derfor mere realistisk at undersøge, om der på begrænset grundlag kan tegnes et nogenlunde stabilt billede af refleksion i praksis, et billede som enhver fysioterapeut kan genkende som en naturlig del af praksis og også spejle sig selv i. Det stiller krav til udvælgelsen af respondenter, som ikke må være så udpræget eksperter på et felt, at de adskiller sig afgørende fra de fleste andre erfarne udøvere inden for fysioterapeutisk rehabiliteringspraksis.

Fremgangsmåden i dataindsamlingen er eksplorativ, undersøgende i forhold til spørgsmålet om refleksionens tilstedeværelse, dens karakter eller udtryk, i en praksis, hvor udøveren – foruden andre fagkundskaber - har erfaring som handlegrundlag.

Data består af skriftlige og mundtlige kilder indsamlet gennem henholdsvis fysioterapeutens registrering af egen praksis og interview med fysioterapeuten om samme praksis. Begge dele har fokus på praksisoplevelsen og -beskrivelsen. Der spørges ikke direkte til refleksion som begreb.

Praksis og informanter

På undersøgelsestidspunktet (2005-06) er de mest almindelige arbejdssteder for rehabilitering, hvad fysioterapi angår: sygehuse og private fysioterapiklinikker. To praksisbeskrivelser kommer fra et lokalt sygehus, som også tilbyder ambulante behandling, og to andre praksisbeskrivelser kommer fra to private sygesikringsgodkendte fysioterapiklinikker, som bl.a. behandler efter henvisning fra patientens læge. Forud for undersøgelsens igangsætning blev der opnået godkendelse af projektet fra datatilsynet.

Fire fysioterapeuter med minimum to års erfaring inden for rehabiliteringspraksis, heraf to ansat i hospitalsregi og to praktiserende fysioterapeuter fra fysioterapiklinikker i den primære sundhedssektor, indvilligede i at deltage i undersøgelsen af praksis.

Valget af fysioterapeuter med erfaring er ikke tilfældig. Vi ønsker at undgå en dominans i materialet af refleksioner knyttet til en lokal oplæringsperiode. Men vi har også lyst til at lade det komme an på en prøve med hensyn til hvad der sker med erfaring og rutine. I kølvandet på erfaringsbegrebet følger ofte diskussion af begrebet rutine og dens indflydelse på praksisudførelsen, på bevidstheden om og evnen til at ekspliciterer, hvad man foretager sig og reflekterer over i et behandlingsforløb.

Dataindsamling

De to anvendte metoder til indsamling af data: registrering af egen praksis og interview om samme praksis, skal beskrives nærmere. Hver fysioterapeut har valgt at registrere ét behandlingsforløb, det vil sige en serie af behandlinger af en patient over en periode, som kan variere efter diagnose og behandlingsbehov. Forløb af kortest varighed har strakt sig over ca. en uges intensiv behandling eller 2 x daglig behandling. Andre behandlinger har strakt sig over flere uger med typisk lavere intensitet, f.eks. én til max tre gange om ugen.

Den enkelte fysioterapeut har fået stillet en periode af ca. to måneder stillet til sin rådighed i forhold til at få foretaget sin registrering. Alle registreringer har fundet sted i vinterhalvåret fra november til marts.

Den skriftlige registrering, som fysioterapeuten blev bedt udføre, var på forhånd struktureret med udvalgte temaer. Formålet var at indsamle viden om, hvordan praksis opfattes, beskrives, nedskrives og evt. forklares af fysioterapeuten. Registreringsmodellen omfatter et skema til handlingsbeskrivelse/ intervention pr. behandlingsseance og et skema til registrering af den kliniske ræsonnering (bilag 1a og 1b). Det er ikke et *must* at udfylde alle felter i skemaerne. Fysioterapeuten bestemmer selv, hvad der er relevant at udfylde.

Tematiseringen af registreringen af interventionen omfatter:

- aktiviteter (undersøgelse såvel som behandling i faktisk rækkefølge)
- setting for interventionen
- kommunikation
- læringsform
- patientens reaktioner (i forløbet)

- terapeutens oplevelse af situationen
- fund (målbare såvel som observation og klinisk vurdering)
- afvigelser fra plan eller fra det forventede forløb

Registrering af klinisk ræsonnering omfatter:

- ræsonnementer bag handlinger og valg
- undersøgelsesresultater
- målsætning
- plan for intervention
- evt. opsamling af forløbet

Det er tanken, at fysioterapeuten skal føre registrerings-”dagbog” i umiddelbar tilknytning til behandlingssituationen. To fysioterapeuter tilkendegav eksplicit, at det ikke altid havde været muligt, og at de havde været nødt til at fuldføre skrivningen i skemaerne senere på dagen. I tillæg til registreringsskemaerne benyttede fysioterapeuterne i deres daglige arbejde andre noterings- og registreringsmetoder som dokumentation til ledelse og bevilgende myndigheder, men også til eget brug.

Begrundelse for registreringsskemaernes struktur og tematisering har rent faglig karakter med udgangspunkt i professionens kerneydelser og relevante begreber for praksis inden for rehabiliteringsområdet. Skemaerne er udviklet til anvendelse i uddannelsens praktikdel, primært for at træne beskrivelse af egen praksis. Ingen af informanterne havde brugt registreringsskemaerne tidligere.

Interviewet med den enkelte fysioterapeut fandt sted i forbindelse med, at fysioterapeuten afleverede de udfyldte skemaer. Vi kendte således ikke til indholdet før interviewet. To interviews foregik på fysioterapeuternes arbejdsplads og to foregik på vores arbejdsplads.

Formålet med at udføre en opfølgende samtale i form af et delvist struktureret interview med hver fysioterapeut er at få fysioterapeutens mundtlige fremstilling af den pågældende praksis. Samtalen har karakter af et narrativt interview med udgangspunkt i en interviewnøgle, hvor informanten indledningsvis bliver bedt om at fortælle om det konkrete behandlingsforløb.

Interviewguide

- ”Jeg vil bede dig om at beskrive det forløb, du har registreret”.
- Supplerende spørgsmål, som kunne komme i anvendelse, hvis fysioterapeutens fortælling om praksisforløbet gav anledning til det:
- ”Hvad var formålet?”
- ”Fulgte du din plan? Hvorfor/ hvorfor ikke?”
- ”Skete der noget uventet eller overraskende?”
- ”Hvordan var settingen/ i hvilke omgivelser fandt behandlingen sted? Havde du planlagt det på forhånd?”
- ”Hvilke pædagogiske overvejelser er lagt i planen eller i situationen?”
- ”Hvordan foregik kommunikationen med patienten?”
- Evt. afslutningsvist:
- ”Hvilke tanker gør du dig om din opgave, patienten og forløbet?”

Interviewene blev optaget på bånd. Det var på forhånd bestemt, at samtalerne ikke skulle overskride 15-20 minutter. Det vurderes at være passende tid til at beskrive et behandlingsforløb med rimeligt uddybnings- og detaljeringsomfang. Informanterne var på forhånd informeret om dette, hvilket også skulle befordre et vist mål af effektivitet i samtalen, noget som fysioterapeuten er vant til fra kollegial kommunikation, møder m.v.

Vi var begge tilstede under interviewene, den ene som interviewer, den anden som tids- og teknikstyrer.

Databearbejdning

Analyseprocessen, som iværksættes, har til formål at lede efter refleksioner i beslutningsgrundlag og udtryk for refleksion i de konkrete handlinger. Råmaterialet består af oplysninger fra fire fysioterapeuter, der hver gør rede for et konkret behandlingsforløb i skriftlig og mundtlig form. Den samme praksis beskrives to gange: i et sæt af fortløbende regi-streringsskemaer (antal afhængig af antal behandlingsseancer) og i et efterfølgende

interview. Analysemetoden er inspireret af Malteruds systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003, p. 99).

Vi foretager selv transskriptionen af de fire interviews. Fordelene ved at lade interviewerne lave udskrivningsarbejdet kan være, at det kan hjælpe med til en meningsfuld udskrivning. Ved tvivl om ord, der påvirker meningsforståelsen, udgik data af bearbejdningsmaterialet.

Identificering og systematisering af meningsbærende enheder

Ved gennemlytning og læsning af interviewene søges der efter enheder, som kan danne skelettet i en klassifikation af indholdet i interviewene. Der skabes en klassifikationsmodel, ud fra hvilket data/ citater organiseres i grupper under klassifikationsmodellens temaer: 1) Begrundelse for valg af handling, 2) Fysioterapeutens virkemidler, 3) Anvendelse af fysioterapeutiske virkemidler, f.eks. dosering, 4) Fysioterapeutens krav til virkemidlets effekt, 5) Fysioterapeutens kliniske vurderingskriterier og parametre, 6) Konstruktion af aktivitet i forhold til hensigt og virkemidler og 7) Hjælpemidler til fremme af patientens funktions-evne.

Indholdet i de fire interviews adskilte sig fra hinanden, hvilket betød, at der for hvert interview blev tilføjet mellem én og fem yderligere enheder (bilag 2). Klassifikationen af det skriftlige materiale er foretaget i henhold til registreringsskemaernes tematiske opbygning.

Fremstilling af en kondenseringsmatrice

Den indledende proces med identifikation af meningsbærende enheder af de to datatyper, skriftlige og mundtlige, resulterer i to forskellige klassifikationsmodeller. Det nødvendiggør en sammenfatning af det bearbejdede materiale med henblik på at opnå en fokusering i forhold til de spørgsmål, vi stiller til materialet (bilag 3).

Der udarbejdes en kondenseringsmatrice med de fire informanter, kaldet praksis A, B, C og D, i skemaets horisontalplan og kondenserede temaer i skemaets vertikalplan.

Der er tale om en koncentreret fremstilling af materialet, som også har til formål at fungere som mellemlid mellem data og en rekontekstualisering af de fire forskellige praksisser. Der foretages en sammenfatning til overordnede meningskategorier, hvor den væsentligste forskel fra den forudgående fase i bearbejdningen er, at alle forhold vedrørende specifik fagkundskab er samlet under ét. Hovedkategorierne er udtryk for spørgsmål ud fra

1) Hvem (er praktikerens rettet mod?), 2) Hvad (med hvilken kundskab ageres der?) og 3) Hvordan (skal vise praktikerens som konstruktør af interventionen?).

I skemaet bibeholdes en synliggørelse af, at der er tale om to forskellige datatyper, som både viser det samme tematiske indhold og adskiller sig lidt fra hinanden. Det forkortes her til **i** praksis, som refererer til den skriftlige selvregistrering, og **om** praksis, som refererer til interviewet.

Det kan diskuteres, om den skriftlige selvregistrering kan stå som udtryk for den refleksion, der foregår i praksis, forstået som refleksionen under handling. Vores opfattelse er, at en skriftlig dokumentation og beskrivelse af egen praksis, nedskrevet af den terapeut, som er udøver af den pågældende praksis, må komme så tæt på at vise noget om terapeutens refleksioner i praksis, som man kan komme.

Kondenseringsmatricen er udarbejdet i forhold til et bestemt fokus, en søgen efter hvad materialet udpeger som opmærksomhedsområder og -karakteristika. Det, som fysioterapeuten har rettet sin opmærksomhed på og er koncentreret om, taler om, skriver om – bliver omdrejningspunktet for analysen. Begrebet opmærksomhed, forstået som terapeutens rettedhed, får væsentlig betydning for den fortsatte undersøgelse af refleksionen i praksis.

Resultater i forhold til fire praksisser

Rekontekstualisering

I processen frem mod resultatfremlæggelse løftes data og konkret tolkning gradvist ud af den konkrete sammenhæng og til et andet abstraktionsniveau. Resultaterne fremlægges i en rekontekstualiseret form, det vil sige en genfortælling, der skal vise, hvordan refleksionen kommer til udtryk i de fire forskellige fysioterapeutiske praksisser. Rekontekstualiseringen giver et afgrænset billede af praksis. Det er en ny fortælling inden for de rammer, studiets mål og problemstilling sætter. Det er således ikke en gengivelse af praktikerens fortælling om sin egen praksis. Praktikerne er derfor ikke efterfølgende blevet spurgt, om de kunne genkende egne ord eller egen praksis. Rekontekstualiseringen af de fire praksisser sigter endvidere mod at vise, hvad der karakteriserer den enkelte praksis. Det har ikke været formålet at fremdrage fællestræk, snarere at lade forskelligheder blive synlige. I fortællingen indgår citater fra råmaterialet til eksemplificering, konkretisering og dokumentation.

Praksis A

Efter en trafikulykke bringes patienten til sygehuset og indlægges på grund af multiple frakturer; han har brækket både arme og ben. Det er et lokalt sygehus, som kan klare denne type opgave. Sygehusafdelingen, der har dette speciale, udarbejder en plan for hele rehabiliteringsforløbet, fra den akutte skadesbehandling til genoptræningen af funktionsevne.

I første omgang skal der ske en opheling af de mange skader på knogler, muskler, led og hud, som ulykken har medført. I denne fase behandles og plejes patienten af læger, sygeplejersker og fysioterapeuter for at skabe en god og hurtig heling af kroppen. Fysioterapeuten skal varetage genoptræning af patienten i takt med at kroppens heles:

"... Det har ændret sig til at vi godt kunne begynde at arbejde med bevægeligheden i knæet, det har han ikke kunne tåle tidligere pga. det gjorde ondt i frakturen, og så har jeg ikke turdet gøre det da det har været en meget instabil fraktur." (IA, linje 1 45).

Opgaven her er at tilrettelægge genoptræningen, så der tages hånd om de skader, som ulykken har givet, og så der opnås så godt et funktionsniveau, som mulighederne nu tillader. Læger har på forhånd udpeget nogle problematikker eller diagnoser, mens fysioterapeuten selv skal udpege andre for at have et grundlag for tilrettelæggelse af genoptræningen.

For at vælge indsatsområder til at bedre funktionsevnen, skabes et overblik over skadens omfang:

"Men generelt kan man sige med begge ben har det jo været det at bevare bevægeligheden i hofter, knæ, fod og få styrken tilbage i hele benet plus balance og koordination." (IA, l. 23).

Fysioterapeuten konstruerer på denne baggrund træningsprogrammet i takt med op-helingen og fremskridt i patientens fysiske formåen:

"... Man starter med vedligeholdelse af muskulaturen og at der i hvert fald ikke opstår kontrakturer. Det var det første, kan man sige, grundlæggende, når man starter med ham. Men når man er nået der over, at han selv kan lave nogen øvelser selv ... vedligeholde sin bevægelighed, jamen så gælder mere om for mig at træne på hans muskulatur og få det startet op." (IA, l. 235).

1 Herefter nævnes 'linje' blot med et 'l'.

Fysioterapeuten bruger sin viden om de kropslige forudsætninger, som er grundlag for patientens bevægelser og funktionsevne. Dette sammenholdes med skadens omfang for at udpege problemerne. Der arbejdes med udvalgte kropslige problemområder og indsatsen ændrer sig efterhånden som problemerne afhjælpes:

”Og det har vi kunnet træne med i lang tid nu her. Så det har været styrken i benene, og han har været klar, for hver gang han må træne noget, at han må støtte noget mere på benene, når han har været klar til det. Og så for hver gang han får lov til at støtte noget mere, så kan man øge antallet af gentagelser... Så derfor har der løbende været noget hele tiden med ham: at man kunne øge træningens dosering hele tiden, og så snart han kunne have fuld vægtbæring, så ville vi også meget gerne træne noget koordinationstræning. Så var vi nået dertil, så bliver det også meget det man vægter. Samtidigt med at man kan træne noget koordination så også få styrken oveni eller at han selv skal bære sin krop. Så derfor har der hele tiden været nogen ændring i den måde, man har trænet ham på, og hvad der har været vægtet – ikke også?”. (IA, l. 239).

Her vises de mange forhold, der skal indgå i behandlingen for at bedre funktionsevnen. Fysioterapeuten retter sin opmærksomhed mod mange og udvalgte forhold og skal hele tiden vurdere, hvilke problemer der skal behandles først, og hvordan det bedst kan gribes an. For at opnå den optimale effekt af behandlingen vælger fysioterapeuten sit fokus og behandlingsdosering for den aktuelle behandling.

I en periode har fysioterapeuten fokus på bevægeligheden i det ene knæ. Så bruges der forskellige teknikker, der alle retter sig mod knæets strukturer:

”... Der har vi så begyndt at lave noget udstrækning af haserne, fordi han så kunne begynde at tåle det. Så det har været noget hold-slip og Janda metoden og lave noget myofascie release på ham. Og så simpelthen lave noget udstrækning...”. (IA, l. 110).

Det er en meget bevidst brug af disse behandlingsteknikker og et krav om umiddelbar effekt af disse. Samtidig lægger fysioterapeuten vægt på, at patienten arbejder godt i træningen og giver udtryk for, at det giver mening. I den skriftlige registrering ses:

- Patienten arbejder godt med øvelserne, er oplagt til at træne.
- Patienten giver udtryk for, at det er en god øvelse.
- Patienten er god til at presse sig selv.

Derfor medinddrages dette aspekt, når fysioterapeuten skal konstruere træningsprogrammet. Den meget bevidste brug af teknikker og metoder i forhold til bestemte formål kræver, at fysioterapeuten har sin opmærksomhed rettet på patientens reaktioner og aflæser om den forventede effekt viser sig - hvis ikke vil behandlingen ændres:

”Jeg vurderer simpelthen efter hvad han kan klare og hvordan øvelsen ser ud, om der er kvalitet i det.” (IA, l. 99).

Derfor har fysioterapeuten en række vurderingskriterier for objektive målinger vedrørende kroppen og subjektive angivelser af patientens oplevelse i det umiddelbare arbejde, som giver baggrund for valg af indsats:

”Det virker godt. Det er også fordi, det ikke så meget er hans haser, der er kontrakte. Det er ikke der han mærker strækket, det er inde omkring selve knæledet, så derfor tror jeg myofascie release er godt for ham.” (IA, l. 163).

Behandlingen vil fortsætte, så længe der er effekt på det funktionelle plan, eller der ses mulighed for at bedre dette ved at gøre kroppen stærkere eller mere smidig. Vurderingskriterierne rettes således også mod målsætningen for hele forløbet. Fysioterapeuten finder tegn, der peger fremad mod større potentiale for, at patienten kan opnå et højere funktionsniveau:

”Det er der ingen, der har regnet med: at han ville komme til at gå så godt, som han gør. Og det er der ingen, der har lovet ham heller ikke. Jeg tror bare, han kommer til at gå uden stokke, og det havde jeg sådan set heller ikke regnet med. Derfor vil jeg sige, at det går bedre, end vi havde regnet med, og der sker noget hele tiden. Nu her – stille og roligt kan man mærke – ja, der er meget fremgang i det nogle gange. Og jeg har også været på nippet til at sige, om jeg skulle afslutte ham eller ej, fordi han rent styrkemæssigt, kan man sige, udholdenhedstræning og det balancemæssige, der er nået så langt at han kender det så godt, så han kan afsluttes. Men grunden til at han fortsætter, det er, fordi jeg kan træne med hans knæ, som jeg kan strække ud nu, og det kunne jeg ikke før. Og det har jeg egentlig gået og ventet på: at jeg skulle se et signal fra ham, at jeg kan træne med det. Og det har han vist i sidste uge. Så nu vil jeg fortsætte med ham... fordi det er vigtigt for hans gangfunktion.” (IA, l. 202).

Fysioterapeuten vurderer, hvornår der er ikke længere er muligheder for, at træningen bedrer funktionen og hermed også tidspunkt for at slutte behandlingen.

Det er en praksis, hvor patienten lægger sine skader i hænderne på sygehusets fagpersonale, som tilrettelægger en forløbsplan for rehabiliteringen. Hele genoptræningsdelen udlægges til fysioterapeuten, der selv forvalter opgaven ved at undersøge, opstille mål og konstruere samt gennemføre genoptræningen.

Praksis B

En sygehusafdeling har specialiseret sig i at foretage standardiserede operationer med indsættelse af kunstigt hofteled. Der er lavet en standardiseret procedure for hele forløbet på sygehuset. Operationstidspunkt samt forløbets indhold og tidsplan er aftalt mellem patienten og personalet.

Personalet hører til en lang række af sygehusets afdelinger (operationsgang, røntgen, laboratorium) og forskellige faggrupper lige fra læger, sygeplejersker over laboranter til fysioterapeuter.

Proceduren for interventionen er nedfældet i en pjece til patienterne, og indlæggelsesafdelingen har en samlet procedure for forløbet, indeholdende operationsteknik, restriktioner og krav til funktioner i den efterfølgende genoptræning. Patienten bliver således indlagt til at modtage en bestemt ydelse (at få en ny hofte), og sygehuset står parat med et produkt til patienten. Et af produktets elementer er fysioterapiens opgave med at genoptræne patienten til et bedre funktionsniveau.

Fysioterapeuten møder patienten dagen før operationen og skriver i registreringen:

- præinstruktion før hoftealloplastik-operation med udgangspunkt i udleveret pjece om genoptræning af patient isat kunstig hofte

Der er en plan og et standardiseret program for den fysioterapi, der skal ydes. Fysioterapeuten er fortrolig med såvel forløbsplan som genoptræningsprogram og har fra første møde øje for patienten, fordi hun skal få patient og indholdet af programmet til at harmonere:

”Ikke alle kommer lige hurtigt gennem forløbet, og man må tilpasse sig patienten, så derfor kan man ikke sige, at det er helt fast. Man ser hele tiden, hvor vi er i forhold til planen. Man føler, hvad man skal træne hen ad vejen, fordi man ved, hvad man skal kunne.” (IB, l. 16).

Her begynder hun med at lære patienten at kende for at vide, hvilke funktioner patienten helt konkret skal kunne efterfølgende:

”De oplysninger man får af manden, når man sådan sidder og snakker med ham. Han bor alene og skal kunne klare alting selv. Hvordan er hans forhold derhjemme?... Han skal ud at handle. Der tænker man allerede rollator og gangstativ for at komme på badeværelset.”
(IB, l. 33).

Der må tages flere betragtninger med for at vurdere, hvilke hjælpemidler der skal vælges fordi:

”.. Hvad er muligheden, og hvad er det egentlig vi kan opnå ..så tænker man allerede ..vi kan nok ikke opnå, at han kan ligge på maven og sådan noget, fordi det har han ikke holdning til.” (IB, l. 35).

Fysioterapeuten laver en plan for, hvordan dette patientforløb, med netop denne patient, kan gennemføres, så patienten kan udskrives efter planen:

”Så har vi én dag mere inden weekenden, og der er det så, jeg tænker, at vi er der ikke lørdag-søndag. Så jeg går nok lidt videre der den fredag, end jeg ellers ville have gjort, fordi der henter jeg allerede rollator og krykkestokke til ham – og afprøver det den dag, fordi det er noget, han kan øve sig med i weekenden, og fordi det er lang tid, der går, og en patient som ham der er så god.. der kan afdelingen godt begynde at sige om mandagen: skal han ikke snart hjem?” (IB, l. 155).

Hun prøver at foregribe evt. problemer med at få patienten gennem det planlagte forløb.

Fysioterapeuten har hele tiden sin opmærksomhed rettet mod patienten på flere planer. Fysioterapeuten iagttager patients motoriske funktionelle formåen samt reaktion i trænings-aktiviteterne, og vurderer bevægelseskvaliteterne. Samtidig er hun opmærksom på patientens egen forståelse af forløbet med de funktionelle restriktioner, dennes evne til at samarbejde i genoptræningen og til at overholde aftalerne. I den skriftlige registrering ses:

- *Åben og venlig kommunikation. Patienten meget interesseret i øvelser og restriktioner. Det er vigtigt for at forstå det hele rigtigt. Spørger ind til flere ting – og fortæller selv om andre ting.*

Patientens reaktioner relateres til planen:

”Om eftermiddagen var vi allerede ude og gangtræne lidt. Han var oppe at sidde i en stol. Så det går jo efter planen med ham.” (IB, l. 117).

”... Man spørger jo hele tiden ind til ham. Om han har kvalme, eller om han føler, han bliver varm eller kold....Og så selvfølgelig om der kommer smerter...Men vi satser på, at de helst skal op.” (IB, l. 122).

Træningen sigter mod og indeholder aktiviteter, der retter sig mod funktionelle krav til livet i hjemmet. Træningens øvelsesvalg og dosering bliver justeret, konstrueret og korrigeret ud fra de problemer, som fysioterapeuten ser patienten har i sin motorik. Hun opdager f. eks. at patienten har en tendens til at vippe bagover og laver derfor noget ekstra træning for dette og får så en anden fysioterapeut til at træne gangfunktionen med patienten senere på dagen.

Fysioterapeuten kender mange mulige reaktioner i forløbets faser samt deres betydning og har mange metodiske muligheder at gøre brug af. Fysioterapeuten skal rapportere til afdelingen, om planen for hjemsendelse kan overholdes. Hun giver en vurdering af patientens funktionsevne og hans forståelse for, hvad han må og ikke må i fasen, indtil der er sket fuld opheling.

Udefra ser det ud som en automatiseret praksis i den forstand, at en bestemt patientkategori udløser en bestemt sundhedsfaglig indsats. Ser vi på den faktiske fysioterapi, viser det sig, at den er automatiseret på ét plan, men at patientens unikke fremtræden er en forudsætning for at give træningen sit øvelsesvalg.

Praksis C

Praksis C foregår på en privat fysioterapiklinik. Patienten, en midaldrende kvinde, er sendt til fysioterapeuten af egen læge, som henviser patienten med henblik på udredning af problemerne og stillingtagen til behandling. Det skal vise sig, at der er tale om en langvarig lidelse med en omfattende og kompliceret forhistorie. Fysioterapeuten skal altså medvirke til at stille en diagnose og vurdere, hvilken behandling der kan anbefales, herunder om fysioterapeutisk behandling er relevant.

Udgangspunktet er for fysioterapeuten helt åben. I sådan en situation er det ikke til at vide på forhånd, hvor opgaven fører hen. Fysioterapeuten kan have sine formodninger,

men skal også være på vagt overfor for hurtige diagnoser.

Fysioterapeuten har fra starten to hovedområder for sin opmærksomhed og koncentration: på den ene side patienten selv, personen, mennesket, og på den anden side de gener og problemer, patienten angiver og fremviser. Det gælder om at nå frem til at forbinde indtryk og fund i en forståelsesmæssig sammenhæng, der giver mening for begge parter:

”Der kan være en sammenhæng med, at man har været gennem nogle svære ting, og det kan sætte sig i kroppen, og tit kan det sætte sig steder, som man har haft problemer med i forvejen .”. (IC, l. 53).

”Jeg er nået frem til, at det er en kronisk problemstilling. Sådan tænkte jeg ikke i starten – at det var så altomfattende i kroppen. Så fra at jeg tænkte lidt mere lokalt om det eller som to forskellige problemstillinger, så er jeg begyndt at tænke mere samlet om det, og der er hun også selv, og det giver hende egentlig meget mening – det er hendes liv, hele det hårde liv, hun har haft de sidste 6-7 år, der har sat sig i kroppen på hende.”. (IC, l. 263).

Udviklingen i behandlingsprocessen giver forskydninger af problemerne, som undertiden kan være svære at forstå for patienten:

”Men så er der sket det, at de symptomer ned i benet er begyndt at fylde mere, og så er hun også begyndt at mærke, at hun har hovedpine. Men det havde jeg også forklaret hende, at sådan er det, når man har haft ondt gennem mange år, så kan man ligesom bedst mærke det sted, der er værst, og så når det går væk, så kommer der andre ting. Men de har egentlig været der hele tiden, man kan bare ikke mærke så meget på én gang. Det kan hjernen simpelthen ikke opfatte.”. (IC, l.193).

En meget stor del af den fysioterapeutiske intervention består af kommunikation og opbygning af tryghed og tillid i form af samtaler, kontakt og endelig en samarbejdskontrakt:

”Jeg skal bruge mere tid og vi skal snakke os ind på hinanden.”. (IC, l. 86).

”Vi opnår en god samarbejdskontrakt .. det at have et fælles mål at arbejde hen imod.”. (IC, l. 63).

”Hvis ikke jeg har det med min patient, så lykkes det i hvert fald slet ikke.”. (IC, l. 65).

Fysioterapeuten foretager ikke ét skridt uden patientens aktive samtykke. Kommunikationen er åben og gensidig, dialogisk:

”Jeg sagde: hvad synes du? Så sagde hun: Vi er på rette spor, det føler jeg virkelig vi er.” (IC, 185).

Således opfordrer fysioterapeuten patienten til at registrere sin tilstand i løbet af dagen, og patienten begynder at føre dagbog, som hun på eget initiativ læser op af for fysioterapeuten:

”Jeg beder hende om at registrere, hvordan hun har det, evt. skrive det ned, hvordan hun har det efterfølgende, de næste dage.” (IC, 1.139).

”Hun har skrevet ned, altså hun har faktisk nærmest ført dagbog. Det har jeg ikke bedt hende om, men det har hun, og der er mange detaljer med, næsten så mange at man tænker, at noget af det måske ikke er så relevant i forhold til mes...” (IC, l. 148).

”Så læser hun det op for mig, altså hvordan undersøgelsen har påvirket hende – og de ting, jeg har bedt hende om at registrere.” (IC, 1.152).

I samarbejdskontrakten og målet indgår, at patienten skal blive i stand til at håndtere sine problemer selv:

”I det her forløb har jeg jo også haft som mål, at hun skulle prøve at bruge sine erfaringer, hvor jeg følte, da hun kom, at der var det som om, hun havde ingen refleksioner om hvad hjælp og hvad forværrede.” (IC, l. 217).

”Hun har været enormt god til at handle på det, vi har snakket om.” (IC, l. 223).

Et andet forhold, der karakteriserer praksis C, er fysioterapeutens refleksioner grænsende til tvivl over den opgave, hun står overfor. Man kan sige, at hun har en udpræget søgende tilgang i udredningen af problemstillingen:

”Nu har jeg jo arbejdet med det her en del år, og jeg synes ikke sådan lige, at der er noget dér, jeg genkender, i de symptomer hun beskriver.” (IC, l. 20).

I søgningsprocessen bliver det vigtigt for fysioterapeuten at koble de objektive undersøgelsesfund op med patientens egen selvforståelse og egen sygdomsforståelse:

”Hun beskriver, at hun har haft problemer med blære og underliv gennem mange år, hvor hun har været gennem operationer og forskellige undersøgelser .. Jeg får en fornemmelse af en lang forhistorie.” (IC, l. 14).

”Hun virker, som om hun i virkeligheden ikke tror på, at det er den rigtige, hun er kommet til. Jeg spørger hende, om hun selv synes den diagnose, hun har fået, lyder sandsynlig? Det synes patienten i første omgang ikke. Så tænker jeg på, hvad det er der ligger bag. Det kan jo både være det med at hun ikke synes det virker sandsynligt, at det kan komme fra muskler i bækkenet, men det kan også være, fordi det handler om noget helt andet. Så jeg spørger hende, om der er sket noget i hendes liv i forbindelse med, at hun har fået de her smerter.” (IC, l. 39).

Efter at have bragt mening og sammenhæng mellem subjektive og objektive data ind i forståelse af opgaven, og efter at have opnået patientens medforståelse og samarbejde lægges der en fast og målrettet kurs. Der laves jævnligt status over fremgangen, og her er det ikke kun de objektive, fysioterapeutiske tests, der vurderes efter. Patientens egne registreringer og opfattelser fremstår som de væsentligste parametre for vurdering af kvaliteten i arbejdet.

Hvis vi ser på, hvad der fylder, når fysioterapeuten selv registrerer og nedskriver sin praksis, bekræftes indtrykket fra interviewet, hvor fysioterapeuten fortæller om sin praksis. Det, der især skrives om patienten, er forhold som patientens kropssprog, evne til at mærke efter i kroppen, reaktioner på og forståelse af gener og smerter i kroppen. Den generelle tilstand, også den psykiske, observeres sammen med patientens evne til refleksion og dennes mestring og copingstrategier.

- Patienten virker mere åben og afslappet i sit kropssprog end sidst
- Hun reflekterer meget over de spørgsmål, jeg stiller
- Plan: Fokuser mere og mere på at give patienten redskaber til at tackle egen situation

Forandringer i de kliniske fund følges nøje. Behandlingen konstrueres i forhold til diagnostiseringsprocessen, således at kliniske fund behandles, respons observeres og vurderes af såvel terapeut som patient, og justeringer foretages løbende.

- Patienten bliver opmærksom på, at hun nok har haft smerte i m. iliopsoas længe. Hun kender smerten.

- Patienten skal igen registrere undervejs i den manuelle behandling
- Patienten har svært ved at mærke slippet i tværmassage

Da fysioterapeuten ikke umiddelbart oplever en mønstergenkendelse, ser vi, at en søgning efter kausale relationer iværksættes. Der opstilles hypoteser, som afprøves og vurderes, typisk i samarbejde med patienten. Fysioterapeutens krav til effekt vedrører, som det tydeligt fremgår, patientens oplevelse. Kropsligt er der fokus på smerter og vævsstrukturernes funktion og tilstand (f.eks. muskler).

- Min hypotese er, at patientens symptomer med trykken mod blæren og ”uro i underlivet” skyldes muskulære spændinger i de fleste muskler i regionen
- Derfor behandles med afspændende massage + afspændingsøvelser 3-4 gange
- Herefter evalueres effekten
- I dag kan patienten for første gang mærke ”release”

Praksis D

Praksis D finder også sted på en fysioterapeutisk klinik. Fysioterapeuten bliver af patientens egen læge bedt om at modtage et akut opstået tilfælde af stærke lænderygmerter. Det vil sige, at patienten kommer direkte fra lægekonsultationen. Fysioterapeuten beskriver alvoren i situationen:

”Hun kommer ”kravlede” ind ad døren .. og så tænker man .. åh .. det kan jeg se: det tager lang tid .. at vende den.”. (ID, l. 19).

Interventionen starter med, at fysioterapeuten griber ind i forhold til patientens umiddelbare fremtoning:

”Jeg sender hende direkte i kabinen .. uden at hun behøver at stå og ikke vide, hvad hun skal gøre ved sig selv.”. (ID, l. 32).

Fysioterapeutens opgave er i første omgang at udrede smerteproblematikken og kombinere vurderingen med eventuelle funktionsnedsættelser. Der skal stilles en funktionel diagnose, som benyttes som grundlag for planlægning af behandling. Den pågældende fysioterapeut anvender et til formålet kendt diagnostiserings- og behandlingssystem:

"Jeg laver en McKenzie undersøgelse. Og hvad er symptomerne og sådan .. så vi får hende involveret mest muligt i den her proces." (ID, l. 53).

Fysioterapeuten går systematisk frem i undersøgelse og behandlingstiltag. Patientens tilstand klassificeres i overensstemmelse med diagnostiseringskriterierne, og herefter følges retningslinierne for den relevante behandlingsprocedure. I dette behandlingssystem vægtes patientens selvaktivitet, og proceduren for tiltagene er i høj grad baseret på patientens umiddelbare reaktioner. Smerteoplevelsen, dens karakter og udbredelse, er pejlemærker for behandlingen og behandlingens progression:

- Mål: øge bevægelighed og dæmpe smerten. De to ting vil følges ad.

Derfor er patientens aktive medvirken og samarbejde afgørende:

"Jeg både tegner og prøver at forklare hende, hvad discus og udposning er." (ID, 97).

"Som hun siger på et tidspunkt: det er utroligt svært at sætte ord på det med smerte." (ID, l. 102).

Om anvendelse af verbal kommunikation skriver fysioterapeuten på registreringsskemaet:

- Verbal (kommunikation) gennem alle terapeutiske bevægelser, så patienten er klar over, hvad jeg gør, og hvilket svar jeg leder efter

Fysioterapeuten har altså i dette tilfælde valgt at anvende et internationalt gennemprøvet behandlingssystem, som retter sig mod den problemstilling, patienten præsenterer. Kan patienten og dennes problem placeres inden for den del af diagnostiseringssystemet, som peger i retning af behov for funktionel, fysioterapeutisk optræning, vil behandlingen mere eller mindre kunne programsættes, med hensyntagen til den enkelte patients individuelle behov.

Fysioterapeuten er fortrolig med behandlingsmetoden og kan vurdere, om fremgangen er som forudsat. Opmærksomheden er i denne praksis rettet mod progressionen og patientens reaktioner, og på om processen skrider frem som forventet. Afvigelser observeres og tages op:

"Med det billede, som hun tegner, og det som hun beskriver i dag, og den bevægelighed som hun har, og hvad hun kan, så burde hun ikke være på smertestillende. Det skal vi have en snak om. Det er jo ikke bolsjer, hun går og spiser." (ID, 185).

Et andet sted omtales et misforhold mellem funktionsevne og patientens (overdrevne) brug af hjælpemidler.

Fysioterapeuten danner et samlet billede og vurderer, at tilstanden ikke stemmer overens med patientens forbrug af smertestillende medicin. At få patienten trappet ud af medicinforbruget, som rækker længere tilbage end den akutte forværring af rygproblemet, bliver det egentligt problematiske i behandlingen. Fysioterapeuten koncentrerer sig om patientens personlighed og sin tilgang til patienten.

- *Der skal mere til, end McKenzie øvelser (i kabinen) kan gøre*
- *Patienten har en social fobi, som har gjort hende til førtidspensionist*
- *Kan hun træne i træningssalen?*
- *Patienten skal varsles af hensyn til hendes sociale fobi*

Fysioterapeuten vil gerne have patienten i træningssalen, hvor andre også træner, for at sætte en kraftigere og helkropslig funktionstræning i gang og for at påvirke smerteoplevelsen og dermed reducere behovet for medicin. Patienten får på et tidspunkt valget mellem at træne i træningssalen eller øge træningsindsatsen derhjemme ud fra et program, som fysioterapeuten tilrettelægger:

”Der er to muligheder: du kan træne nede i vores sal hernede, eller jeg kan lave et program, du skal træne derhjemme.” (ID, l. 176).

Fysioterapeuten gør i registreringen af sin praksis rede for fysioterapien gennem et stærkt fagteknisk sprog, en begrebsverden og et kodesystem, som hører behandlingssystemet til.

Fysioterapeuten agerer selvstændigt og uden betydelige, ydre dikterende rammer, men vælger delvist at anvende en standardiseret metode. Det stiller også bestemte krav til patienten, og rollefordelingen mellem terapeut og patient er til en vis grad givet på forhånd. Det er fysioterapeuten, der kender diagnostiserings- og behandlingssystemet, ikke patienten.

Patienten har brug for øjeblikkelig hjælp. Og det får hun. I starten stilles der minimale krav til patienten, og det betyder, at fysioterapeuten tager en stor del af ansvaret. Ansvaret bæres ved at forsøge at agere ud fra et solidt fagligt fundament. Med fremskridt og bedring i forhold til den akutte – og ikke urisikable – tilstand aftager den håndfaste faglige styring, og patienten slippes så at sige ind i sit eget ”træningsrum”. Fysioterapeuten lægger en større

del af ansvaret over på patientens eget træningsmål.

- *Plan: Der skal snart ændres strategi til det mere trænende*
- *Stor grad af patientinvolvering*

Afslutning

Der var fire praksisser og fire praktikere. Arbejdsopgaverne havde mange fællestræk, først og fremmest i og med, at alle praksisser handlede om fysioterapi. Det var almindelige opgaver, genkendelige for de fleste andre fysioterapeuter. Men de var også forskellige, og forskellene handlede især om arbejdssted, arbejdsstedet virksomhedsområde og den konkrete opgave, den konkrete patient med et konkret problem.

Det billede, der tegnes i rekontekstualiseringen af de fire praksisser, er søgt fokuseret på de forhold og sentenser, der kan vise refleksionen i en praksissammenhæng.

Resultater i forhold til problemstillingen

Hvordan kommer refleksionen til udtryk i den erfarne fysioterapeuts beslutningsgrundlag og handlinger i praksisudøvelsen?

Dataklassifikationer, kondenseringsmatrice og rekontekstualisering samles i en systematisk bearbejdning, der skal vise refleksionen i forhold til, hvad praktikerer i en given situation har rettet sin opmærksomhed og tankevirksomhed på. Hvor ser vi udtryk for konsekvensbevidsthed, inkl. tvivl og bevidsthed om risici?

Kan vi se udtryk for analyse af problemet, inkl. hypotesegenerering og –testning og handleplanens grundlag?

Praktikerens fokusområder for opmærksomhed og tankevirksomhed

Patienten og dennes gener

- Patientens dagligliv, hjemmesituation og heraf følgende krav til patientens dagligdagsfunktionsniveau
- Patientens oplevelser, forståelse, bevidsthed og refleksioner i forbindelse med

sygdomsudvikling samt behandlingens plan, mening, mål og effekt.

- Patientens mestring og coping, patientens vilje og evne til samarbejde
- Patientens aktive medvirken i træning og de faglige refleksioner
- Klassifikation af sygdommen og valg af behandlingssystem
- Kausale relationer i klassifikationsprocessen
- Hypotesedannelse og test af disse, bl.a. ved afprøvning af mulige fremgangsmåder
- Afvigelse fra det normale ift. standarder og forventninger i effekt
- Mønstergenkendelse af symptombillede
- Interventions metoder – procedurer og midler – inkl. konstruktion i forhold til kliniske fund
- Progression, kriterier for sværhedsgrad og prioritering af intervention
- Effekt af intervention, den umiddelbare og den langsigtede. Sker ved at have kliniske vurderingskriterier og aktuelt opstillede succeskriterier.
- Justering af behandlingsmetoder i samspil med diagnosticeringsprocessen og de opstillede succeskriterier

Den selektive opmærksomhed udtrykkes i de fokusområder som fysioterapeuterne vælger. De kan være givet på forhånd via faglige standarder/ anbefalinger/ rutiner og suppleres med fysioterapeutens egne erfaringer.

Vi ser, at fysioterapeuten retter sit fokus på mulige problemer, der kan være eller vil opstå i forbindelse med gennemførelse af planlagt træning eller opnåelse af det planlagte funktionsniveau.

Opmærksomheden rettes også mod patientens motoriske funktionelle formåen og respons i træningsaktiviteten, med den hensigt at afdække problemer, udviklingsmuligheder og fremskridt via faktiske ændringer i løbet af behandlingsperioden.

Opmærksomheden rettes mod mønstergenkendelse i symptombilledet for den aktuelle patientkategori og mod muligheden for problemaflarende tests. Ligeledes er der fokus på patientens egne meninger, oplevelser og aktive medvirken.

Praktikerens konsekvensbevidsthed, inkl. tvivl og bevidsthed om risici

Konsekvensbevidsthed i relation til opheling af skader og sygdomsforløb, hvor man skal imødegå risici og vælge behandling, der fremmer helingsprocessen.

- Fysioterapeuten ser risiko for at skaden medfører bevægelses- og funktions tab og vil derfor identificere problemerne i den forbindelse.
- Fysioterapeuten er bevidst om at helingsprocessen fordrer bestemte hensyn og imødekommer dette ved målrettet valg og dosering af aktiviteter.

Konsekvensbevidsthedens i behandlingssituationen og valg af aktiviteter:

- Fysioterapeuten beskriver hvordan der løbende sættes aktiviteter i gang med et forventet eller ønsket resultat. Disse evalueres og nye muligheder for målsætning vurderes, før næste aktivitet sættes ind. Aktiviteterne har en forventet konsekvens og fysioterapeuten forholder sig til, hvordan patienten responderer – for så at tage beslutning om fremtidige handlinger.
- Fysioterapeuten beskriver, hvordan aktiviteterne tilpasses patientens forudsætninger og livssituation, så der nås et tilstrækkeligt funktionsniveau til at kunne klare dagligdagen efter udskrivelsen. Konsekvensbevidstheden er rettet mod krav om funktionskapacitet i hjemmet.
- Fysioterapeuten beskriver, hvordan patienten inddrages i forståelsen af problemerne og i bestemmelse af aktiviteter samt målet for behandlingen.
- Konsekvensbevidstheden er rettet mod patientens egenindsigt og forståelse i forandringsprocessens retning, mål og midler.
- Konsekvensbevidstheden omfatter også udvikling af patientens evner og ressourcer til selv at tage ansvar ved behandlingens afslutning.
- Fysioterapeuten beskriver, hvordan der indgår overvejelser over patientens ressourcer til at tage ansvar i behandlingen frem mod afslutningen, hvor patienten selv skal kunne tage ansvaret. Fysioterapeuten vælger bevidst midler, der er passende for de aktuelle ressourcer samt for udviklingen af patientansvarlighed.

Fysioterapeuten har mange og skiftende fokusområder for sine vurderinger, fordi man aldrig kan være sikker på, hvilke reaktioner interventionen medfører. Fysioterapeuten har

sine formodninger om, hvordan patienten reagerer, men enhver patient er unik og reagerer altid på sin helt egen måde. Fysioterapeuten er bevidst om denne mangel på sikkerhed i arbejdet og registrerer derfor patientens reaktioner og oplevelser. Der er en bevidsthed om, at resultatet aldrig er givet på forhånd, men der er mange mulige reaktioner og mange tydningsmuligheder af disse i den unikke situation. Processen indeholder, at fysioterapeuten gætter på resultatet af interventionen, og efterfølgende tydes resultatet i patientens respons.

Denne afprøvende behandlingstilgang betyder, at behandlingsplanen konstrueres i en løbende proces efterhånden som fysioterapeuten opnår vished og tvivl udviskes.

Der er indbygget en konsekvensbevidsthed i arbejdet inden for rehabilitering, der tager højde for evt. risici – og som retter sig mod de aktiviteter, som interventionen indeholder i forhold til, hvordan patienten responderer.

Praktikerens analyse af problemet, inkl. hypotesegenerering og -testning

- Fysioterapeuten analyserer de kropslige skader og fremstiller hypoteser til forklaring af, hvordan disse influerer på bevægelsesfærdigheden. F.eks. en hypotese om at problemer med et knæled nok ikke skyldes stramme muskler, men stramheder inde i leddet. På den baggrund ”gættes” på hvilken behandlingsteknik, der kan afhjælpe dette problem. Fysioterapeuten lader det komme an på en prøve ved at registrere patientens reaktioner på behandlingen.
- Fysioterapeuten analyserer de opstillede hypoteser for at finde sammenhænge mellem de kliniske tegn og patientens symptomer. Det kan ske inden for et valgt undersøgelses- og behandlingskoncept, hvor der er opstillet retningslinier for sammenhænge. F.eks. sammenhæng mellem smerter og bevægelighed i ryggen.
- Fysioterapeutens analyse kan have en mere søgende tilgang, hvor patientens synspunkter inddrages mere. Diagnosticeringsprocessen er nu et samspil mellem patient og fysioterapeut, hvor begge kan fremsætte hypoteser som forklaringer på generne. I en fælles beslutning aftales hvilken efterprøvende indsats, der skal iværksættes. Vi ser det f.eks., når det aftales, at patienten skal føre dagbog over, hvordan det går med smerterne i løbet af de enkelte dage – som baggrund for en fælles tydning af problemet.
- Fysioterapeutens analyse vedrører også planens gennemførelse. De mulige problematiske områder udpeges, og der opstilles hypoteser om, hvilke aktiviteter,

det vil være meningsfuldt at iværksætte for at imødegå problemerne, så træningens mål kan nås som planlagt.

Vi ser analyse af patientens situation ved at identificere betydelige aspekter, der kan definere og belyse problemet. Aspekter, der udpeges, omfatter objektive kropslige forhold, patientens subjektive oplysninger og meninger samt problemer i forbindelse med gennemførelse af træning. Netop den selektive opmærksomhed, der gives i fokusområderne, viser disse aspekter.

Der udarbejdes hypoteser til forklaring og meningsgivning af indsamlede data. Det er hypoteser om problemets karakter, og om hvilken behandling der vil afhjælpe problemet.

Hypoteserne giver grundlag for en handlingsplan, hvorved man lader praksis afsløre, om hypoteserne er rigtige. Denne indbyggede hypotesetestning i behandlingen er knyttet til fysioterapeutens bevidsthed om konsekvens af interventionen.

Det vil sige, at handlegrundlaget er knyttet til analyseprocessen, hvor undersøgelsesresultaterne samles og stilles i relation til hinanden i en betydningsgivende og praktisk gennemførlig plan. Det kræver både fantasi og eftertænksomhed at samle viden af så forskelligartet karakter i en dialog med patienten. Denne proces indeholder konsekvensbevidsthed.

Det er et krav til fysioterapien at afstedkomme en forandring. Fysioterapeutens opgave er at handle ved at gribe aktivt ind i forhold til patientens sundhedsmæssige problem og evaluere indgrebs forandringer. Handlekravet forstærker konsekvensbevidstheden, fordi der netop ønskes konsekvenser af de indgribende handlinger. Konsekvenserne og udfaldet må altid følges og vurderes, fordi de ikke kan være forudbestemt i absolut forstand.

Metode- og resultatrefleksion

Med denne type undersøgelse er det ikke muligt at afgøre refleksionens fulde omfang og variationer i virkelighedens praksisser. Der er her inddraget én enkelt praksisform og fire eksempler fra denne bestemte professionspraksis. Data er indsamlet og bearbejdet i forskellige konstruktioner afhængig af behovet for og udredningen af eventuel værdifuld information. Undersøgelsen bør besidde visse kvaliteter som autencitet, inklusionstydighed og kommunikativ validitet (Dahler-Larsen, 2002; Malterud, 2003).

Risikoen for at danne fejlagtige billeder ud fra data er især til stede ved den anvendte

præsentation af databearbejdningen i form af en rekontekstualisering. Forud for rekontekstualiseringen har materialet undergået flere bearbejdningsprocesser, hvoraf én består af en direkte dataklassifikation (citerer knyttet til klassifikationsområder) og en anden af en kondensering af indholdet (data sammenfattes til dækkende og tilstrækkeligt nuanceret indholdsbeskrivelse).

Rekontekstualiseringen er ikke en nøjagtig genfortælling af praksis, som den virkeligt fandt sted eller blev berettet, men en genindførelse af udvalgte, relevante, dele af praksiskonteksten og aktørpositioner, og konstrueres på baggrund af det forudgående, bearbejdede materiale. Beskrevet indhold og forløb er i overensstemmelse med data. Denne præsentationsform er valgt for at fremme kommunikationen. At fremme forståelse af andres handlinger i praksis kræver indføring i konteksten, og det narrative aspekt fremmer måske også muligheden for at dele erfaring og læring inden for den specifikke fagkultur. Man kan betragte rekontekstualiseringen som én del af resultatopgørelsen, hvor den anden del af resultatet er det samlede svar på problemstillingens spørgsmål – og bygger på det bearbejdede materiale som helhed.

I søgningen efter refleksionsfænomener i praksis har det været en grundidé at iagttage praksis så tæt på som muligt ved at anvende professionens almindelige interkollegiale kommunikationsformer. Informanterne vidste, at projektet handlede om refleksion i praksis, men blev med undersøgelsesformen orienteret mod praksis og praksisbeskrivelse i mindst lige så høj grad som mod refleksion som begreb. De refleksioner, som informanterne gør rede for i de mundtlige beretninger og skriftlige registreringer, ligger indlejret i deres redegørelser som nødvendigheder for at forklare sig og give valg af handlinger mening. Deres formidlinger er rettet mod os, som også er fysioterapeuter, der deler interessen for de fysioterapifaglige forhold. Og det er sådan, undersøgelsesopsætningen har været tænkt fra starten: en ”fra fagperson til fagperson” formidling. Søgefeltet handler derfor eksplicit om praksisbeskrivelse ud fra en fagligt begrundet tematisering.

Resultaterne kan ikke alméngøres. Det har været intentionen at kvalificere resultaterne ved at give læseren mulighed for at vurdere troværdigheden gennem tydeliggørelse af undersøgelses- og bearbejdningsmetoder, herunder synliggørelse af praksisindhold og -processer.

Resultaterne kan ikke bruges til at påvise eller vise vejen frem til en bestemt refleksionsform, som praksis bør anvende, eller sætte standarder for refleksion i praksis. De fire undersøgte praksisser peger på aspekter i praksisudøvelsen, som kan opfattes som udtryk for refleksion. Men er det sikre tegn på refleksion, som vi har fremdraget?

Om man vil opfatte de fremstillede tegn som udtryk for refleksion afhænger til dels af synet på dette begreb og dermed den teoretiske argumentation. Deweys argumentation for og definition af den refleksive erfaring i praksis har været anvendelig til at forstå tænkning og ræsonnementer i en praksis, hvor resultater produceres i – og er afhængige af menneskelige relationer, og hvor proces og produkt er uforudsigelige. Validiteten, herunder spørgsmålet om man virkelig får fat i refleksionen, er indrammet og betinget af den sprog-lige kommunikations styrker og svagheder i forhold til at formidle tanker og ræsonnementer.

I løbet af undersøgelsen oplevede vi ikke evidente tegn på mangel på ord til at forklare eller udtrykke sig. Men respondenterne gav spontant til kende, at de mundtlige og skriftlige redegørelser antog et omfang ud over det sædvanlige i deres praksis.

Formidling med sprogliggørelse af praksis har været vores indfaldsvinkel til at opnå indsigt i fysioterapeutens refleksionsarbejde. Den sproglige kommunikation afspejler både en bevidsthed om egne handlinger og en bevidstgørelse af disse. De sproglige udtryk signalerer, hvordan man tænker om sin praksis og hvad man tillægger betydning i sin praksis – og viser sig i den måde, man vælger at handle på.

Konklusion

Refleksionen er indlejret i den måde, praktikerer løser opgaver på. Refleksionen er ikke en løsrevet disciplin. Den praktiske refleksion er karakteriseret ved både konsekvensbevidsthed og usikkerhed samtidig med at opmærksomheden er rettet mod multiple kvalificerede fokusområder.

De forskellige perspektiver, som kan og vil indgå i fortolkning af en given problemstilling, kalder på refleksion. Praktikerens fokusområder, som viser opmærksomhedens retning, koncentrerer om patienten og dennes kropslige problemer med betydning for patienten som personlighed og borger med udfoldelsesmuligheder og behov. Den faglige definition og klassifikation af problemets karakter filtreres i dette perspektiv og gives mening og vægt i forhold til valg af den mest hensigtsmæssige tilgang til behandling. Refleksionen knytter an til processen, der konstrueres i samspillet mellem behandler og patient.

Praktikerens, her fysioterapeutens, redskaber og virkemidler er ikke eentydige, men indeholder en slags dobbelt flertydighed, som betyder, at der til hvert enkelt problem findes flere løsningsmuligheder, og at det enkelte virkemiddel – med tilpasninger – kan anvendes

til at løse flere forskellige slags problemer. Valg af virkemiddel er betinget af den konkrete situation og sammensætningen af indflydelsesfaktorer. Valget er ikke afgjort én gang for alle, men evalueres i behandlingsprocessen – og justeres efter effekt og forandringer hos patienten.

Ydre betingelser og rammer for praktikerens opgave ser også ud til at spille ind på det, der får praktikerens opmærksomhed. Tid er en faktor, som tages i betragtning i en helingsproces og i en optræningsproces. Praktikerer må tage højde for disse processer i sin planlægning og tilgang til rehabiliteringen. Det fremgår tydeligst i en praksis med et accelereret behandlingsforløb, hvor tid bliver en definerende faktor for valg af tiltag. Helingsprocessen fordrer bestemte hensyn og risikoen for komplikationer og funktionstab skal imødegås. Der er således indbygget en konsekvensbevidsthed i det praktiske arbejde, som tager højde for eventuelle risici i valget af intervention.

Valget af tilgange og metoder er ikke givet på forhånd. Bag valgene ligger en analyseproces i forhold til problemet, patientens respons på behandlingen og de forandringsmuligheder samt betingelser, der er til stede i situationen. De forhold og aspekter, praktikerer retter sin opmærksomhed mod, viser elementerne i analysens indhold. Det generelle billede af analysemetoden hos de erfarne praktikere i denne undersøgelse er hypotesegenerering og – testning. Der opstilles hypoteser til forklaring af problemet og årsags-/ effektsammenhænge, og hypoteserne prøves af gennem kliniske undersøgelser og patientens respons.

Mønstergenkendelse indgår, men anvendes typisk ikke alene og ikke ureflekteret. Det ser ud som om erfaringen både letter analyseprocessen og komplicerer den. Erfaringen skaber genkendelsesmuligheder, men siger også noget betydningsfuldt, nemlig at man ikke kan være for sikker, og at det er bedst at tillade tvivlen at blive hørt. I praksiseksemplerne ser vi, hvordan behandlingsplaner konstrueres processuelt i takt med, at vished opnås og tvivl udviskes.

Vi har foretaget en undersøgelse af fire forskellige fysioterapeutiske praksisser med et uddrag af det refleksive arbejde. Praktikerne gør ikke rede for alle beslutninger og valg, men i vekselvirkningen mellem at lytte til og læse deres redegørelser om praksis og ved at se nærmere på indholdet, på fokus for opmærksomheden, har vi fået øje på refleksionens betydning.

Analyseprocesser med bevidsthed om ”genstand” for analysen og bevidsthed om konsekvenser af beslutninger og handlinger fremstår som nødvendige refleksionsaspekter i udøvelsen af praksis. Det er ikke ligegyldigt, hvordan en opgave tydes, hvilke forhold

man vælger at inddrage, eller hvilke beslutninger om handling der træffes. Refleksionens komplicerede processer og indhold samt dens afhængighed af samspillet mellem de involverede parter, patienten og behandleren, må tillægges betydning for kvaliteten af den faglige ydelse.

Refleksionen er knyttet til fagligheden og dennes kundskabsgrundlag. Den er ikke en selvstændig, isoleret aktivitet eller disciplin, men må opfattes som fuldstændig integreret i det faglige arbejde.

Kvalitet og resultater må ses i lyset af de refleksive processer hos den enkelte praktiker. Kendetegnet ved praktikerens refleksion skal medtænkes i kvalitetssikringsarbejde med tid til refleksion, forventninger og tid til formulering af analyse og beslutningsgrundlag og afvejning af konsekvenser af en given intervention, herunder vurdering af relevante og nødvendige behandlingstilbud og –indsatser.

Den refleksivt erfaringsdannende tilgang til praksis – og nødvendigheden heraf - med værdisætning af de både søgende, tvivlende og de målrettede, konsekvente processer ser det ud til at være et kvalitetssikringsparameter, som er mindre målbart og håndgribeligt og derfor mindre i fokus end evidensbaserede metode- og procedurevalg. Men disse kvalitetskaraktistika må tilgodeses i kliniske retningslinier og strukturering af arbejdsgange for at fremelske en erfaringsdannende og refleksiv tilgang til praksis.

Litteratur

Brinkmann, S.: *John Dewey*, Hans Reitzels Forlag, 2006

Dahler-Larsen, P.: *At fremstille kvalitative data*, Odense Universitetsforlag, 2002

Danske Fysioterapeuter, *Forskning i Fysioterapi*, www.ffy.dk

Dewey, J.: *Demokrati og uddannelse*, KLIM, 2005

Hingbjerg, P., Pallesen, H. & Riis, B.: ”Den fysioterapeutiske undersøgelse”.

Fysioterapeutskolen i Holstebro, 1998.

Knudsen, H. Kromann: ”Klinisk ræsonnering og beslutning i manuel terapi”, i *MT-nyt* 2/97

Malterud, K.: *Kvalitative metoder i medicinsk forskning*, Universitetsforlaget 2003

Thornquist, E.: *Klinik kommunikation information*, Hans Reitzels Forlag, 1998

Trew, M. & Everett, T.: *Human Movement*, Churchill Livingstone, 2005

Shumway-Cook, A. & Woollacott, M. H.: *Motor Control -Theory and Practical Applications*, Lippincott Williams & Wilkins, 2001

Bilag I a

Registreringsskema af konkrete forløb på handlingsplan

Pt.:

Dato:

Kl. fra:

til:

Fys:

Registrering af intervention	Intervention US. og beh.	Observation af patientens reaktioner	Terapeutens oplevelse i situationen	Fund	Afvigelse ift. plan/det forventede
Aktiviteter (metoder, teknikker, procedurer m.m.) - i samme rækkefølge som aktiviteterne sker					
Setting					
Kommunikation					
Læringsform Didaktik Pt. og/ eller tp.- opgaver					

Mette Brødbæk og Karin Balling 22-11-2005

Bilag I b

Ræsonnementer bag handlinger og valg:

Undersøgelsesresultater:

Målsætning:

Plan:

Opsamling af forløbet eller kommentarer/spørgsmål til videre bearbejdning:

MB/KB/01-04-2004

Bilag II Klassifikationsmodel

Liste over analysetemaer fra interviews

Begrundelse for valg af handling	
Fysioterapeutens virkemidler benævnelse og/eller beskrivelse af aktivitet	
Anvendelse af fysioterapeutiske virkemidler dosering træningsredskaber	
Fysioterapeutens krav til virkemidlets effekt	
Fysioterapeutens kliniske vurderingskriterier og parametre	
Konstruktion af aktivitet i forhold til hensigt og virkemidler	
Hjælpe midler til fremme af patientens funktion- sevne	
<p>Desuden:</p> <p>A: Samarbejdet mellem patient og terapeut Forhold til det forventede</p> <p>B: Patienten beskrives Forhold hos patienten af betydning Forbedring af procedure Plan Afvigelse fra det forventede</p> <p>C: Årsagssammenhænge Patientens aktive medvirken</p> <p>D: Patientens aktive medvirken</p>	

Bilag III Kondenceringsmatrice

Opmærksomhedsområder og -karakteristika		Praksis A	Praksis B
I praksis (selvregistrering)	Patienten	Respons. Evne til at udføre valgte behandlingsaktiviteter. Medvirken ift. ændrede funktionskrav. Forståelse og bevidsthed om kroppens reaktion.	Forståelse af indlæggelsesforløb og restriktioner. Evne og vilje til samarbejde. Motorik og funktionsevne ift. forventet niveau. Hjemmesituation. Status ift. plan. Evne til at overholde plan og restriktioner. Respons på behandlingsaktiviteter.
	Fagkundskab	Afvielser fra det normale. Progression, kriterier for sværhedsgrad og prioritering af intervention. Kontraindikationer. Undersøgelsesresultater. Valg af behandling. Kriterier for ophør af behandling.	Afvielser fra det normale ift. operationsteknologi. Mulige komplikationer. Hjælpemidler til at gennemføre plan. Præinstruktionens betydning. Vurdering af patientens motorik
	Konstruktion af intervention	Afprøvning af mulige fremgangsmåder. Opstilling af succeskriterier .	Forebyggelse af postoperative gener. Træningsaktiviteter rettet mod dagligdagsfunktioner . Funktionelle restriktioner. Ganghjælpemidler.

Opmærksomhedsområder og -karakteristika		Praksis A	Praksis B
Om Praksis (interview)	Fagkundskab	Virkemidler og disses anvendelsesområder, dosering, træningsredskaber, krav til effekt. Kliniske vurderingskriterier ud fra objektive målinger, subjektive angivelser, umiddelbare (her og nu) vurderinger og tegn der peger fremad mod potentiale for større resultat. Vurderingskriterier retter sig mod mening for patienten og patientens livsførelse.	Valg af handlingsaktivitet ift. patienten overfor program. Tilføjede virkemidler ift. program. Anvendelse af virkemidler ift. patientstatus. Kliniske vurderingskriterier ud fra plan, "gule flag" og patientens motoriske funktioner.
	Udtryk for erfaring	Mønstergenkaldelse over for ny erkendelse om udviklingsmuligheder for patienten.	Fortrolighed med patientkategori og træningsprogram.
	Konstruktion af intervention	Indeholder metodevalg, teknikanvendelse, rækkefølge, tidsplanlægning, indsatsniveauer, patientens medaktivitet, pædagogisk tilrettelæggelse/ didaktiske overvejelser.	Ift. dagliglivets krav , især hjemmeforhold. Efter hofteregime inkl. tidsplan. Praktiske muligheder. Efter forventet plan for genoptræning af patientkategorien.

Opmærksomhedsområder og -karakteristika		Praksis C	Praksis D
I praksis (selvregistrering)	Patienten	Kropssproget. Evne til at mærke efter i kroppen. Forståelse af kropsgener og krop-psyke sammenhænge. Respons. Refleksion. Mestring og coping. Reaktioner efter og mellem behandlinger. Forandring i kliniske fund. Psykisk tilstand.	Smertereaktioner på påvirkning. Forståelse af plan for behandling. Psykisk tilstand og reaktioner.
	Fagkundskab	Hypotesegenererende og -testende. Handleplan pba. resultater. Søgning efter kausale relationer. Gentagne hypotesevurderinger og justeringer af funk. diagnose. Giver redskaber til coping. Fagligt reflekterende sammen med patienten. Effektivruderende.	Klassifikation af symptomgivende strukturer. Behandlingssystemets succeskriterier og effekt. Progression fra ét behandlingssystem til et andet. Hypotesegenererende og -testende. Umiddelbar effektivruderende. Afvigelser fra forventede fund.
	Konstruktion af intervention	Behandling konstrueres ift. og i samspil med diagnostiseringsprocessen. Copingredskaber.	Udvalgt behandlingssystem. Valg af setting ift. patientens niveau og reaktioner.

Opmærksomhedsområder og -karakteristika		Praksis C	Praksis D
Om praksis (interview)	Fagkundskab	Valg af handling ift. kliniske fund, fælles udgangspunkt og forståelse, faglig ståsted og ift. at patienten kan blive i eget liv. Vidspektret anvendelse af virkemidler. Måltrettet faglig vurdering relateres til patientens opfattelse af problem, effekt, mål og mening. Kliniske vurderingskriterier: mønstergenkendelse, meningsfuld sammenhæng ml. symptomer og forandring af disse, respons og patientens evne til at trække på egen erfaring og patientens handleevne.	Tolkning af patientens smerteangivelser. Kliniske vurderingskriterier ift. diagnosticeringssystem. Virkemidler , dosering og progression ift. patientens tilstand, reaktioner og ift. effekt. Vurdering af patientens funktionsevne og funktionsvaner.
	Udtryk for erfaring	Søgning efter genkendelige mønstre. Patientforståelse inkl. emotionsforståelse.	Vurdering af misforhold mellem patientens funktionsevne og funktionsvaner.
	Konstruktion af intervention	Aktiviteter baseres på samarbejdskontrakt , status og gradvis reduktion af fys. indsats og på patientens medaktivitet.	Indeholder metodevalg/ behandlingssystem og progression heri og -fra.