

Kommunefysioterapeuters praksis- og kunnskapsgrunnlag i arbeidet med eldre med fallproblemer

Randi Granbo, fysioterapeut, cand. san., Høgskolelektor ved Program for fysioterapeututdanning, Høgskolen i Sør - Trøndelag: e-post: Randi.Granbo. hist.no

Astri Heide Vaskinn, fysioterapeut, kommunefysioterapeut i Trondheim kommune

Anne E. Hansen, fysioterapeut, enhetsleder fysioterapitjenesten i Trondheim kommune

Synnøve Iversen, fysioterapeut, cand.scient., doktorgradstipendiat, Seksjon for fysioterapivitenskap, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Jorunn L. Helbostad, fysioterapeut, dr. philos., post dr. stipendiat, Seksjon for geriatri, St. Olavs Hospital og Institutt for Nevromedisinske fag, Medisinsk fakultet, NTNU

Prosjektet som artikkelen bygger på er finansiert av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter.

Artikkelen ble mottatt 6. september 2004 og akseptert for publisering 9. februar 2005. Artikkelen er vurdert av to eksterne referereer.

Innledning

Tidsskriftet Fysioterapeuten har i flere nummer skrevet om kommunehelsetjenesten og de stadig endrede rammebetingelsene fysioterapeutene skal utøve sin virksomhet innenfor. Det stilles krav om å bli mer fagspesifikk, men også mer tverrfaglig. Det har blitt stilt spørsmål ved kunnskapsgrunnlaget til fysioterapeutene, og om lite tilfredsstillende rammebetingelser over tid kan ha bidratt til å gjøre dette utydelig (1).

Fysioterapitjenesten i Trondheim kommune har tatt fatt i noen av disse utfordringene. I 2003 ble det initiert et to års prosjekt med kunnskapsutvikling som mål. På samme tid ble det etablert et samarbeid mellom kommunen og seksjon for geriatri ved St. Olavs Hospital om oppfølging av fallpasienter. Begge instansene hadde forebygging av fall hos eldre som satsningsområde, og det var naturlig å tenke kunnskapsutvikling innen fallforebyggende arbeid. Dette satsningsområdet er også i tråd med Plan for fysioterapitjenesten i Trondheim. Denne fastslår at tjenesten skal bidra til at institusjonsopphold og behov for omsorgstjeneste unngås eller utsettes ved å opprettholde/øke fysiske, mentale og sosiale funksjoner og evnen til å klare seg selv lengst mulig i eget hjem. Tjenesten skal også bidra til å redusere antall og omfang av ulykker og skader (2).

Hvorfor er det viktig å satse på forebygging av fall hos eldre?

Ca. en tredjedel av alle over 65 år faller minst én gang hvert år, og forekomsten av

fall for de over 75 år er enda høyere (3). Fall er den alvorligste og hyppigste hjemmeulykken hos eldre og innebærer ofte sykehusinnleggelse (4). Av de som faller i løpet av en 12 måneders periode vil 60 – 70 prosent falle igjen i løpet av de neste 12 måneder (5). Fall hos eldre skjer ofte under gange eller forflytning (6), og balanseproblem og nedsatt muskelstyrke er risikofaktorer for fall (7). Omtrent 50 prosent av de som faller skader seg og litt mindre enn 10 prosent pådrar seg frakturer. Dødelighet etter hoftefrakturer ett år etter skaden er omtrent 12-20 prosent over det som er forventet for kjønn og alder. I tillegg til frakturer og andre fysiske skader er utrygghet, redsel for nye fall og inaktivitet alvorlige konsekvenser av fall. Balanse- og gangvansker som risikofaktorer for fall synliggjør at forebygging av fall er en viktig oppgave for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesten i en organisasjon i endring

Siden kommunehelseslovens inntreden i 1984 har den fastlønnede delen av fysioterapitjenesten i Trondheim økt fra et halvt til mellom 50 og 60 årsverk. De siste årene har det blitt tilført flere stillinger blant annet for å styrke forebyggende og rehabiliterende oppgaver i forhold til hjemmeboende eldre (2). Siden 1984 har tjenesten vært med på flere omorganiseringer, og fysioterapeutene har vært ledet av ulike fagpersoner og fra ulike nivåer av helsetjenesten. Selv om fysioterapitjenesten opprinnelig var organisert

Sammendrag

Artikkelen har fokus på kommunefysioterapeuters praksis og kunnskapsgrunnlag innen arbeidet med eldre mennesker med fallproblemer. Med utgangspunkt i en typisk pasientsituasjon ble det satt søkelys på fysioterapeutenes kliniske resonnement og kunnskapselementer. Fokusgruppediskusjoner om egen forforståelse og kliniske beslutningsprosess synliggjorde variasjoner i tilnærming mellom fysioterapeutene. Resultatene viste at deltakelsesaspektet ved funksjon var mer fremtredende enn fagspesifikk kartlegging av kroppsstruktur og -funksjon. Fysioterapeutene opplevde at ramme-

betingelser i stor grad styrer praksis og mente at faggruppen vil være tjent med en mer enhetlig tilnærming i arbeidet med målgruppen. Mange ønsket større fokus på fagdiskusjoner, og gjennom fokusgruppediskusjonene kom fysioterapeutene fram til erkjennelser omkring behov og ønsker om videre kunnskapsutvikling. Dette er et godt utgangspunkt i arbeidet mot en mer kunnskapsbasert praksis.

Nøkkelord: Eldre, fall, kommunehelsetjenesten, klinisk praksis, kunnskapsutvikling.

som generalisttjeneste, har det foregått en viss grad av spesialisering og oppdeling av arbeidsoppgavene i forhold til ulike alders- og brukergrupper.

For å effektivisere forvaltning og drift av helse- og omsorgstjenestene ble det i 2000 etablert servicekontorer (senere forvaltningskontorer) i bydelene. Disse skulle foreta vurdering av henvisninger til helsetjenesten for så å fatte vedtak om aktuelt tilbud, som for eksempel fysioterapi. Ulik fagsammen- setning og kompetanse ved disse kontorene kan ha medvirket til ulikt omfang av henven- delser, og dermed ulik vektning av oppgaver mellom bydelene. Det er også sannsynlig at stadige endringer i organisasjonen har påvirket fysioterapitjenesten på ulikt vis i de ulike bydelene. Dette gjelder både utøvelse av faget og hva som er gitt fokus innen fag- utvikling (8).

Kunnskapssyn og kompetanseutvikling

For å nå sine mål i arbeidet med pasienter må en fysioterapeut kunne resonnerer effek- tivt, foreta grundige og forsvarlige kliniske beslutninger og lære av sine erfaringer (9). Kommunefysioterapeutene arbeider på man- ge arenaer og i forhold til mange brukergrup- per. Det foregår et utstrakt samarbeid med ulike yrkesgrupper og nivå av helsetjenesten. Kunnskap og metoder innen forebygging og re/habilitering er under stadig utvikling. Det stilles krav om å forholde seg til ny kunnskap og videreutvikle egen kompetanse. Denne kunnskapsutviklingen skal finne sted innen rammene av en organisasjon i stadig endring.

Resultater fra klinisk kontrollerte studier kan gi nyttig kunnskap om egnede metoder for intervensjon. Kunnskap i klinisk praksis forutsetter i tillegg at fysioterapeuten både kan vurdere relevansen av denne kunnskapen og tilpasse tiltakene til den enkelte pasient innenfor organisasjonens rammer. Utforskning av pasientens problem skjer i samarbeid mellom pasient og fysioterapeut. Dette er en prosess hvor kunnskapen er i stadig forand- ring og utvikles gjennom en veksling mellom handling og refleksjon over handling. Mo- lander (10) kaller dette kunnskap i handling eller den levende kunnskapen, som innbefat- ter både den foreskrevne, reflekterende og praktiske kunnskapen. Klinikerens mer tause og erfaringsbaserte elementer av kunnskapen representerer viktige sider og bør også gjøres til gjenstand for undersøkelser og diskusjo- ner (9,11). I vårt prosjekt har vi lagt til grunn et kunnskapssyn som rommer ulike elemen- ter av kunnskap (9,10,12).

Målet for prosjektet som artikkelen pre- senterer en del av er å videreutvikle fysio-

rapeutenes kompetanse i arbeidet med eldre med falltendens. Prosjektet tar sikte på å ut- vikle en modell for kunnskapsutvikling som kan fungere etter at prosjektet opphører og som kan være anvendelig også innen andre fagområder.

I artikkelen ønsker vi å diskutere fysio- terapeutenes kunnskapsgrunnlag i arbeidet med eldre med falltendens ved oppstart av det beskrevne prosjektet.

Metode

Hele prosjektet har aksjonsforskning som tilnæringsmåte, og deltakelse fra aktørene som er gjenstand for forskningen står sen- tralt. Aksjonsforskning innebærer en syklisk prosess hvor kartlegging, handling og evalu- ering henger tett sammen. Forskeren blir på denne måten involvert part sammen med deltakerne i en endringsprosess (13,14). I denne studien ble fokusgruppeintervju med utgangspunkt i en fysioterapeutisk kasuistikk valgt som metode.

Utvalg

Alle kommunefysioterapeutene (n=46) i Trondheim ble invitert til å delta. De 41 fy- sioterapeutene som var på jobb den dagen fo- kusgruppeintervjuet ble gjennomført deltok. Disse representerte både nyutdannede og fysioterapeuter med mange års praksis både innen arbeid med barn og med voksne/eldre. Prosjektet som studien er en del av er vurdert og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Forskernes bakgrunn – forforståelse

En av forskerne har som praksiskoordinator ved fysioterapeututdanning hatt et nært sam- arbeid med kommunefysioterapeutene. Gjen- nom kontakten har forsker utviklet kunnskap om og innsikt i fysioterapeutenes oppgaver og arbeidsmåter. Forsker har også mange års erfaring fra kommunehelsetjenesten både som utøvende fysioterapeut og administ- rende leder for helsetjenesten.

Den andre forskeren har arbeidet som kommunefysioterapeut i Trondheim i over ti år. Hun har i dag et koordinerende ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid i tjenesten og var aktivt med i utarbeidelsen av felles plan for fysioterapitjenesten i kom- munen (2). Gjennom sin koordinerende funk- sjon har hun god kjennskap til fagmiljøene i de ulike bydelene.

Fysioterapeutisk kasuistikk og fokusgruppeintervju

I samarbeid med erfarne kommunefy- sioterapeuter ble det utarbeidet en kasuistikk

basert på en reell pasient med fallproblemer. Kasuistikken var inndelt i fire trinn hvor nye opplysninger om pasienten og spørsmål til fysioterapeutene ble gitt for hvert trinn (for beskrivelse av de ulike trinnene i kasuistik- ken, se figur 1 på neste side). Fysioterapeu- tene fikk tilsendt kasuistikken ca en uke før møtet og ble oppfordret til å besvare spørs- målene som forberedelse til fokusgruppe- intervjuet i sin bydel.

For å kartlegge fysioterapeutenes kom- petanse innenfor et fagområde, mente vi det var hensiktsmessig å benytte fokusgrupper. Denne metoden gir mulighet for å diskutere et felles tema og gir rom for å få fram både likheter og ulikheter i deltakernes meninger om en og samme praksissituasjon, i dette til- felle en kasuistikk (15). Det ble gjennomført fokusgrupper i alle bydelene, og disse ble lagt til ett av de ordinære møtetidspunktene. Fokusgruppene hadde en varighet fra en til en og en halv time, og i fire av de seks by- delene ble diskusjonene tatt opp på lydbånd. Gruppene besto av fra seks til elleve delta- kere, inkludert to forskere. En av forskerne fungerte som moderator, mens den andre noterte hovedmomenter og forhold under samtalen som vanskelig lot seg fange opp av lydbåndet (15, 16).

Analyse av data

Lydbåndopptak og notater fra fokusgruppene ble sammenfattet umiddelbart etter møtene. Disse ble sammen med de individuelle be- svarelsene av kasuistikken bearbeidet og ana- lysert av de to forskerne. Etter flere gjennom- lesninger, diskusjoner og gjennomgang av lydbåndopptakene, ble en modell for klinisk resonnering (9) valgt for å systematisere da- taene. Vi valgte videre å gruppere resultatene i forhold til ICFs dimensjoner kroppsstruktur og kroppsfunksjon, aktiviteter og deltakelse i ulike livssituasjoner (17).

Resultat

27 av 41 hadde besvart spørsmålene knyt- tet til kasuistikken på forhånd, og de andre besvarte under og/eller i etterkant av møtet. De som ikke hadde besvart før møtet begrun- net det med manglende tid eller at de trodde prosjektet ikke hadde noe med dem å gjøre da de kun jobbet med barn. Fysioterapeutene satt med sine besvarelser, og noen gjorde til- føyelser i løpet av diskusjonen. Med unntak av noen ytterst få var alle aktivt deltagende i gruppediskusjonene. Flere av dem som i ho- vedsak arbeidet med barn kom med innspill og eksempler fra egen praksishverdag.

De individuelle besvarelsene var mest utfyllende for de to første trinnene i kasu-

tikken. Disse hadde fokus på hvilke tanker og bilder fysioterapeutene dannet seg på bakgrunn av henvisningsteksten og opplysninger fra samtalen med pasient og pårørende. De fikk også spørsmål om hva de ønsket å kartlegge hos denne pasienten.

Bydelsdiskusjonene resulterte i mange flere momenter enn summen av de individuelle besvarelsene. Eksempler på dette var utsagn som «det kom jo fram ting som en ikke hadde tenkt på selv og ... du ser at andre tenker nye ting og får ideer».

Gruppesamtalen førte også til at fysioterapeutene oppdaget sider ved kollegers kunnskap og måter å arbeide på som på forhånd var mindre kjent. En av fysioterapeutene sa det slik «det at du allerede her ville tenke fall, du som kan mer om dette enn meg... da tenker ikke jeg slik du tenker, men det er sikkert fordi du er mer i kontakt med gruppa».

Kollegene stilte spørsmål til hverandre, og alternative løsnings- eller fortolkningsforslag ble møtt med spørsmål om begrunnelser. Flere uttrykte usikkerhet rundt eget kunnskapsgrunnlag, noe som kan illustreres gjennom følgende utsagn: «Jeg måtte ha gått inn og lest mer fordi jeg ikke kan alle disse testene som står her... Jeg er fysioterapeut og skal altså kunne litt om dette, men det gjør jeg ikke... Det er mange ting en må lære seg etter en er ferdig på skolen, for eksempel tester som brukes på stedet».

Fokusgruppene varierte fra å være utveksling av erfaringer i noen bydeler til større faglige diskusjoner i andre bydeler.

Opplysningene i kasuistikken ga rom for ulike fortolkninger og dannet utgangspunkt for diskusjoner. En av fysioterapeutene sa det slik: «vi foretar jo en del fortolkninger, det er jo litt skremmende... det blir jo tydelig i en slik diskusjon».

Diskusjonene førte til nye forståelser og en større innsikt enn det som kom fram i de individuelle besvarelsene. Flere fysioterapeuter kommenterte nytten av å delta i denne type fagdiskusjoner: «... dette var artig, ... som å være på skole, ...kan vi ikke gjøre dette flere ganger, ... jeg lærer mye av de med erfaring... Det kom jo fram ting som en ikke hadde tenkt på selv». Gruppesamtalene fikk fram fysioterapeutenes kunnskaper, erfaringer og holdninger og belyste på denne måten gruppens mangfold av kompetanse.

De som arbeidet med eldre gjenkjente henvisningen og mente damen var en typisk bruker for fysioterapitjenesten. Mange fikk assosiasjoner allerede ved å lese henvisningsteksten og forklarte dette med tidligere pasienterfaringer og/eller personlige bekjentskaper. Kun et fåtall tenkte fall og fallproble-

mer i begynnelsen. Noen foreslo tiltak som tilrettelegging av omgivelser, vurdering av hjelpemidler og deltakelse i gruppeaktivitet. Eksempler på uttalelser var: «... og så tenker jeg på eldregruppe og dagsenteret flere ganger per uke, og så ... annen bolig for å komme seg mer ut, ... dette er en typisk eldretrim-dame, ... kanskje kunne hun få et tilbud på et institutt...».

Fysioterapeutene vektla ulike faktorer i henvisningsteksten. En sa følgende: «Det jeg satt igjen med etter å ha lest den første teksten var at det her er ei gammel dame som er inaktiv... det gjør at du får nedsatt styrke, nedsatt mobilitet og da blir du ennå mer inaktiv, og det blir ennå større fare for fall». Andre sa det slik: «kanskje mental stimulering og det å være sammen med andre...» eller «det bildet jeg fikk av pasienten var at det var en relativt frisk eldre dame som greier seg stort sett alene... hun kan kanskje være litt ensom siden hun ikke er ute lenger...».

Fysioterapeutene vektla medisinske forhold forskjellig. Noen ønsket å få foretatt medisinske undersøkelser som røntgen og

CT for å få klarhet i mulige medisinske årsaker, mens andre mente den medisinske diagnosen hadde liten betydning for deres intervensjon. En sa følgende: «Jeg ville ikke ha hatt fokus på noen bestemt sykdom... det er egentlig ikke så farlig hva som feiler henne, det er hvordan hun fungerer som er viktig». En annen sa det slik: «vi må ikke lage for mye oppstyr på forhånd om at vi skal vite all verdens ting... overlat vurderingen til oss».

Besvarelsene på trinn II og III, hvor det ble det gitt opplysninger om medisinske forhold og resultater fra funksjonsundersøkelsen, viste større likhet når det gjaldt forståelse av problemet. Dette kom til uttrykk ved at de aller fleste nå vurderte pasienten til å ha et fallproblem. Når det gjaldt behov for videre kartlegging og funksjonsundersøkelse, var det størst enighet blant fysioterapeutene om spørsmål som omhandlet pasientens deltakelse i ulike sosiale sammenhenger. Eksempler på dette er at de fleste ønsket å stille spørsmål om sosialt nettverk, sosiale roller og bolig. Det var også stor enighet om betydningen av hjemmet som arena for kart-

Figur 1. Utdrag fra kasuistikken

Opplysningene i kasuistikken trinn I var følgende:

Kvinne, 85 år. Datter ønsker vurdering av mors fysiske tilstand og at mor skal få fysikalsk behandling hjemme. Datteren er bekymret for at moren aldri er ute lenger og for at hun skal falle og skade seg inne i leiligheten. Den eldre kvinnen har støttekontakt én dag og er på dagsenter én dag hver uke. Omsorgstjenesten er kun inne for tilsyn. Kvinnen har rullator til utebruk og toilettforhøyer, ellers ingen hjelpemidler. Hun har vært enke i 10 år, bor alene i 3. etasje uten heis, og sitter mye i ro.

Spørsmål til fysioterapeutene var: Du vil foreta et hjemmebesøk hos kvinnen. Hva er dine tanker før du møter pasienten? Hvilket bilde danner du deg av pasienten på bakgrunn av disse opplysningene? Hva ønsker du å spørre pasienten om? Hva vil du eventuelt spørre datteren om?

På trinn II kom opplysninger fra samtalen med pasient og datter.

Utdrag fra opplysningene: Mor har vært dårlig til beins etter et slagtilfelle for to år siden. Hun har nå blitt verre, og legen tror det skyldes slaget. Hun har ikke smerter, men er veldig svak... Hun er plaget med svimmelhet og faller ofte. Selv sier pasienten at hun ikke vil greie å reise seg dersom hun faller. For ca. én uke siden falt hun på kjøkkengulvet da hun skulle ta ned noe fra kjøkkenskapet. Etter dette har hun blitt mer redd for å falle.

Fysioterapeutene fikk følgende spørsmål: Hva tenker du nå? Endrer bildet av pasienten seg? Er det noe mer du vil spørre pasienten om? På bakgrunn av de opplysningene som nå har framkommet og dine tanker om hva pasientens problem dreier seg om, hva vil du undersøke hos denne pasienten og hvordan?

På trinn III ble det gitt informasjon om medisinske forhold, resultater fra funksjonsundersøkelsen, og følgende spørsmål ble stilt:

Er det noe mer du ville ha undersøkt/kartlagt? Hvordan vil du sammenfatte ditt bilde av pasienten og situasjonen? Hva er dine fortolkninger av pasientens problem/situasjon på bakgrunn av pasientens opplysninger og disse funnene fra undersøkelsen?

På trinn IV ble fysioterapeutene bedt om å sammenfatte pasientens situasjon og prioritere problemene.

legging og undersøkelse.

Det framkom større variasjoner ved undersøkelser knyttet til kroppsstruktur og – funksjon og aktivitet. Noen ønsket å foreta en funksjonell undersøkelse og nevnte Activities of Daily Living (ADL), forflytning og balanse, mens andre ønsket å foreta en mer spesifikk undersøkelse av muskelstyrke, muskellengde og leddstatus i beina. De aller fleste ønsket å undersøke balanse uten å beskrive det mer spesifikt. Et mindretall listet opp en eller flere balansetester som de alltid brukte når de undersøkte denne type pasienter. Tester som ble nevnt var Bergs balanseskala, Rombergs prøve, Sit-to-Stand, TUG (Timed Get Up-and-Go), Vending 180 grader og Stop walking while talking. Oppstillingen av testene medførte diskusjoner i flere av bydelene. Noen sa at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om testene og ønsket seg faglige diskusjoner om hvilke tester en kommunefysioterapeut burde kunne.

Resultatene viste stor variasjon og ulik detaljeringsgrad i spørsmål omkring fall og fallhistoriene og i undersøkelse av kroppslig funksjon. En sa følgende: «Jeg ønsker egentlig å undersøke enormt mye, men har ofte ikke tid til dette – ønsker å undersøke mye mer og nøyere, men blir gjerne overfladisk».

På fjerde og siste trinn i kasuistikken ble fysioterapeutene bedt om å sammenfatte pasientens situasjon og prioritere problemene. De aller fleste vurderte pasienten til å ha potensial for opptrening og fremhevet fysioterapeutens rolle. Andre uttrykte usikkerhet når det gjaldt hensikten med fysioterapeutens innsats og mulighet for påvirkning gjennom virkemidler som fysisk aktivitet og trening. Noen framhevet manglende sosial deltakelse og utrygghet som det viktigste området, mens andre vektla problemer knyttet til falltendens, nedsatt forflytningsevne og inaktivitet. Andre igjen mente forhold knyttet til kroppsstruktur og -funksjon, som smerter, svimmelhet, nedsatt styrke og koordinasjon, var de viktigste problemene. Lignende variasjoner framkom når fysioterapeutene skulle beskrive mål og tiltak.

Diskusjon

I diskusjonen ønsker vi å løfte fram fire tema med betydning for kunnskap og fagutøvelse som ble tydelig i resultatene.

Ulikhet i tilnærming

Som utgangspunkt for å diskutere fysioterapeutenes kunnskapsgrunnlag hadde vi valgt ett av kommunens satsningsområder (2). Gjennom fokusgruppene ble det avdekket store variasjoner i fysioterapeutenes tilnær-

ming til pasientsituasjonen. Selv om henvisningsteksten inneholdt flere risikofaktorer for fall (6,7), var det kun et fåtall som hadde fokus på fall tidlig i utredningsprosessen. Dette til tross for at fysioterapeutene visste at besvarelsene var knyttet til gjennomføring av et fallprosjekt. Det er mulig at fokusering på fall ikke ble sett på som relevant for den videre undersøkelsen. Det kan også bety at mange mangler kunnskap fra forskning om risikofaktorer for fall. Enkelte ønsket å stille inngående spørsmål omkring risikofaktorer som fallhistoriene, svimmelhet, kosthold etc., mens andre ønsket å overlate slike spørsmål til fastlege eller omsorgstjeneste før de foretok egen kartlegging. Kan hende definerer fysioterapeutene sine arbeidsoppgaver ulikt slik at fysioterapeutrollen i forhold til brukergruppen er uklar.

Mange dannet seg bilder av og hypoteser om pasienten og hennes situasjon da de leste henvisningsteksten, og flere kom med forslag til aktuelle tiltak på bakgrunn av denne. Dette kan bety at den enkelte fysioterapeuts erfaring og personlige kunnskap var mer fremtredende som begrunnelse for tilnærming enn den mer teoretiske og forskningsbaserte kunnskapen innen fagfeltet (9,12). Konsekvenser av dette kan være ulik prioritering av slike henvisninger og ulikhet i tilnærming til pasientgruppen. Jamtvedt (12) trekker fram det positive ved variasjon i forståelse av en praksissituasjon, men stiller samtidig spørsmål ved dette. Dersom variasjoner i tilnærming skyldes manglende oppdatering, bør det kanskje være grunnlag for bekymring. Gjennom vår studie kom det fram at flere ønsket større ensartethet innen faggruppen både når det gjelder arbeidsmåter og journalføring/dokumentasjon. Det kan tyde på at fysioterapeutene selv ser utfordringene som ligger i den store variasjonen. De uttrykte selv behov for videre kunnskapsutvikling innen området, noe som er helt vesentlig dersom en skal nå målet om en mer kunnskapsbasert praksis (12,18).

Valg av tilnærming i lys av ICF – helhet versus spesifisitet

Variasjonene i tilnærming til undersøkelse, vurdering og behandling var stor innenfor ICFs dimensjoner kroppsstruktur og – funksjon og aktiviteter. Variasjonene var mindre innenfor dimensjonen deltakelse i ulike livssituasjoner. Det var stor enighet om hjemmets betydning for kartlegging og undersøkelse av denne pasientgruppen, og det kan se ut som at forholdene pasienten lever under og kontekstens betydning står i fokus (19). Dette samsvarer med funn fra andre

undersøkelser som viser hvordan kommunefysioterapeutene har endret fokus fra å være kropporientert til mer å se på pasientenes omgivelser og livssituasjon (20). Samarbeid med andre yrkesgrupper og krav til mer helhetlig forståelse for brukernes situasjon kan ha bidratt til denne fokusendringen. Ut fra våre resultater kan det stilles spørsmål til om de mange nye oppgavene, krav om tverrfaglighet og en mer helhetlig tilnærming kan ha gått foran kravene til spesifisitet og ført til nedprioritering av fordypning og oppdatering innen fagspesifikke områder.

De individuelle besvarelsene viste at kun 25 prosent mente at vurdering av årsaker til fall var en viktig oppgave for fysioterapeuten. Mange foreslo tiltak av mer generell art som gruppeaktiviteter, tilrettelegging av miljø og informasjon. Det kan se ut som om tiltakene står i fokus mer enn undersøkelsene, noe som også kom fram i gruppediskusjonene. Forskningsbaserte studier fremhever betydningen av individuelt foreskrevne øvelser både for å bedre muskelstyrke og balanse (5), noe som understreker behov for individuelle undersøkelser og vurderinger innen områdene kroppsfunksjon og aktivitet.

Betydningen av rammebetingelser sett i et faglig perspektiv

Uttalelsen fra en av fysioterapeutene om at tiden var begrensende for grundigheten i undersøkelsene kan forstås som at rammene oppleves mer styrende for fagutøvelsen enn faglige vurderinger.

Hjemmet som arena for undersøkelse er en annen faktor som kan påvirke fokus i undersøkelsen. Konteksten undersøkelsen foregår i vil kunne være avgjørende for hva som vurderes som relevant kunnskap (9). Observasjon av om og hvordan aktiviteter utføres får stor oppmerksomhet, mens underliggende begrensninger i kroppsstruktur og kroppsfunksjon får mindre oppmerksomhet (19).

Kommunens stadige omorganiseringer kan også ha medvirket til at fokus i lang tid har vært på organisasjonen mer enn på kunnskapsutvikling innen enkelte fagområder. Dette kan ha ført til ulikhet i tjenesten både når det gjelder prioritering av oppgaver og fagfordypning, noe som kan ha bidratt til å gjøre kunnskapsgrunnlaget til fysioterapeutene utydelig (1). Helsepersonelloven stiller imidlertid krav om faglig oppdatering og utfordrer dermed fysioterapitjenesten til tilrettelegging for en kontinuerlig kunnskapsutvikling. Endringer i form av mer kunnskapsbasert praksis vil fordre et nært samarbeid mellom ledelsen av tjenesten og de utøvende

fysioterapeutene. Det vil være viktig å identifisere barrierer som oppleves som hinder for god fagutøvelse for så i fellesskap å legge strategier for å møte disse utfordringene (21).

Betydningen av fagdiskusjoner

Vi prøvde ut fokusgruppe som metode for å synliggjøre fysioterapeutenes kunnskap. Flere fikk innspill fra kolleger på egen tenkning og opplevde dette som nyttig for egen utvikling. De opplevde det samtidig som utfordrende å oppdage andres faglige perspektiver og måter å forholde seg til samme pasientsituasjon på. Gjennom denne arbeidsmåten ble de mer tause og erfaringsbaserte elementene av kunnskapen gjort til gjenstand for diskusjoner (9,11). Flere mente dette var vesentlig både for å utvide eget perspektiv og oppdage andres kunnskapsbase. Det å problematisere virkeligheten og stille spørsmål ved egen praksis vil dermed kunne være et viktig bidrag til kunnskapsutvikling (8,10).

Fysioterapeutene henviste bare i begrenset omfang til teoretisk og forskningsbasert kunnskap når de begrunnet valg av tilnæringsmåte. Kan hende oppleves ikke denne kunnskapen som nyttig fordi gjenkjennelsen til egen praksis er liten (9, 11, 18). Det kan bety at forskningsresultater har et oversettelsesproblem i forhold til praksis. Hvis relevant forskning skal få konsekvenser for praksis, må kunnskapen gjøres til gjenstand for diskusjon, tilpasses og prøves ut i praksis (18).

Gjennom deltakelse i studien har fysioterapeutene oppdaget variasjonene i praksis mellom kolleger, de har erkjent behov for endring og har et ønske om å videreutvikle egen og gruppens kunnskap. Dette er vesentlige faktorer med tanke på endring til en mer kunnskapsbasert praksis (18). Det er vår mening at ansvaret for implementering av forskningsbasert kunnskap hviler på ledelsen av fagtjenestene mer enn på den enkelte fysioterapeut.

Refleksjoner over metode

Materialet i artikkelen er basert på fysioterapeuters kliniske resonnement omkring et tenkt tilfelle og gir dermed ikke grunnlag for å konkludere om hva som foregår i reelle praksissituasjoner. De aller fleste fysioterapeutene mente likevel at selve henvisningsteksten var reell og gjenkjennbar, noe som kan bety at besvarelsene som framkom faktisk kan gjenspeile noe av den variasjonen som finnes innen faggruppen. Variasjon i praksis mellom fysioterapeuter er dessuten også antydning av andre (1,12).

Det at bare 27 av de 41 deltakerne hadde besvart spørsmålene i kasuistikken på for-

hånd, kan ha medført at viktige innspill ikke kom fram. Selv om moderator forsøkte å stimulere til deltakelse og aktivitet i hele gruppa, kan det hende at de som var best forberedt lettere kom fram med sine synspunkter.

Konklusjon

Fysioterapeutenes aktive deltakelse i studien bidro til å gi et innblikk i deres tenkning og til at de mer tause og erfaringsbaserte elementene av kunnskapen ble gjort til gjenstand for diskusjoner og kritiske spørsmål. Dette gjorde det mulig å oppdage sitt eget og faggruppens kunnskapsgrunnlag innenfor et av tjenestens satsningsområder. På denne måten kom vi også fram til erkjennelser omkring behov og ønsker om kunnskapsutvikling innen fagfeltet, noe som er et godt utgangspunkt for videre arbeid mot en mer kunnskapsbasert praksis. Intensjonene med den videre studien er å komme fram til en modell for kunnskapsutvikling. Innspillene fra fysioterapeutene underveis vil være vesentlig for den videre utviklingen i prosjektet.

Litteratur

1. Hauksdottir N, Kvaale H. Kommunehelserformen – 20 år etter. *Fysioterapeuten* 2002; 69(14):20-4
2. Plan for Fysioterapitjenesten i Trondheim kommune, 2002
3. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:664-72
4. Kopjar B, Bulajic-Kopjar M, Wiik J et al. Fall-skader blant eldre i hjemmet. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 1995;115(9):1060-62
5. Gillespie L, Gillespie W, Robertson M et al. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;4:CD000340

6. Hausdorff JM, Edelberg HK, Mitchell SL et al. Increased gait unsteadiness in community-dwelling elderly fallers. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78:278-83
7. Tinetti ME, Doucette JT, Claus EB et al. Risk Factors for Serious Injury During Falls by Older Persons in the Community. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:1214-21
8. Fogstad L, Hagland H. Kommunehelsetjenesten en arena for utvikling Hovedfagsoppgave i helsefag. Universitetet i Oslo: 1996
9. Jones M, Jensen G, Edwards I. Clinical reasoning in physiotherapy. I: Higgs J, Jones M (red.). *Reasoning in the Health Professions*. 2.utgave. Butterworth-Heinemann; Oxford 2000
10. Molander B. *Kunnskap i handling*. Diados AB; Göteborg 1998
11. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: Evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400
12. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*. Gyldendal Akademisk; Oslo: 2003
13. Aune L, Foss N, Skåra BB. *Fellesskap for utvikling. PLA-medvirkning i praksis*. Kommuneforlaget AS; Oslo: 2001
14. Reason P, Bradbury H. *Handbook of Action Research. Participative Inquiry Practice*. Sage; London 2001
15. Morgan, DL. *Focus groups as qualitative Research*. Sage Publications Inc. California 1997
16. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget; Oslo 2003
17. ICF Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet: 2003
18. Bury TJ, Mead JM. *Evidence-based Health-care. A practical Guide for Therapists*. Butterworth – Heinemann; Oxford: 1998
19. Thornquist E. Forskjellige arenaer – hva betyr det for fysioterapeutisk fagutøvelse? *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 1991;111(17):2098-101
20. Kaale HK. *Kommunefysioterapeutrolla – korleis den er og korleis den blir forma*. Hovedfagsoppgåve i Samfunnsvitenskap. Tromsø: 1995
21. Jette DU, Bacon K et al. Evidence-Based Practice: Beliefs, Attitudes, Knowledge and Behaviors of Physical Therapists. *Physical Therapy* 2003;83(9):786-805

Abstract

The article highlights the primary health care physiotherapists' clinical knowledge when working with older people at risk of falling. A typical case from clinical practice was used to focus on the physiotherapists' clinical reasoning process and knowledge base. Through discussions in smaller groups about decision-making, awareness of variations in practice between physiotherapists became clear. Another finding was that the physiotherapists focused on participation and social life aspects of functioning more than aspects of body functioning. External conditions were reported to highly influence the physiotherapists' way of working. The physiotherapists concluded that fewer variations in practice within the group could improve the work of fall prevention in older people. Many of the physiotherapists wanted to increase the focus on professional discussions. Through focus group discussions a need for further knowledge development evolved. This is a good starting point for working towards a more evidence-based practice. Key words: elderly, falls, primary health care, clinical practice, knowledge development.