



Mastergradsstudium i klinisk fysioterapi, MAFYS 09

Mastergradsoppgave

«Jeg har et fått et verktøy»

*Fysioterapimetoden Basal Kroppskjennskap som gruppe-tilnærming –
erfaringer fra pasienter med langvarige muskel-skjelettplager eller
inflammatorisk leddsykdom. En kvalitativ studie.*

«Having a tool»

*Basic Body Awareness Group Therapy as a physical therapy approach –
experiences from patients with long lasting musculo-skeletal disease or
inflammatory joint disease. A qualitative study.*

Aarid Liland Olsen

4. juni 2012

Veileder: Liv Helvik Skjærven

Antall sider: 42

Antall ord: 15 016

Forord

Studien inngår som en kvalitetssikring av et eksisterende fysioterapitilbud på en større revmatologisk avdeling. Å foreta evalueringer av behandlingen som tilbys denne store og mangfoldige pasientgruppen utgjør en viktig del av det å arbeide kunnskapsbasert. For ikke mange år tilbake bar behandlingstilbudet preg av at fysioterapeuten var den aktive som *gav* behandling, og det var ikke vanlig at pasientene hadde medbestemmelsesrett eller ansvar. I takt med samfunnsutvikling og fagutvikling, er fokus i stadig større grad blitt rettet mot pasientens egne ressurser. Det helsefaglige teamet rundt pasientene er opptatt av å skape et tilbud som styrker pasientenes evne til selvstendighet og mestring av sin situasjon. Det innebærer at behandlingstiltakene rettes mot så vel fysiske som psykologiske og kognitive faktorer. Fysioterapeuter som anerkjenner disse faktorene synes å sette av tid i behandlingen til å samtale med pasienten, svare på spørsmål og gi råd og veiledning for dagliglivet. Selv har jeg med denne studien fått anledning til å undersøke nærmere hvordan bevegelseskonseptet basal kroppskjennskap kan bidra til å aktivere pasientenes egne ressurser. Min erfaring med metoden kan tyde på at vi som fysioterapeuter har en særegen mulighet til å fremme kognitive og emosjonelle prosesser gjennom *bevegelse*.

Arbeidet med studien har vært lærerikt på mange plan. Ikke bare har det vært mulig å gjennomføre et prosjekt som kan kvalitetssikre et eksisterende fysioterapitilbud, men jeg har også erfart at der i avdelingen finnes en levende interesse for fagutvikling og et ønske om å utvide kunnskapen om pasientene våre. Jeg har møtt forståelse og støtte fra alle faggrupper i avdelingen, ikke minst fra de øvrige fysioterapeutene. En stor takk rettes til dem for den toleranse og fleksibilitet de har vist gjennom prosjektperioden.

En hjertelig takk til min veileder, dosent Liv Helvik Skjærven, for uvurderlig inspirasjon, tålmodighet og forståelse, og for konstruktiv veiledning i alle prosjektets faser.

Jeg vil med ærbødighet takke informantene som stilte opp til intervju og dermed la grunnlaget for studien. Det er deres stemmer som har gitt innsikt i hvordan basal kroppskjennskap kan brukes i et målrettet fysioterapitilbud.

Sist, men ikke minst vil jeg takke min samboer for optimisme, trøst og et ukjent antall kaffekopper, og mine barn og øvrige familie for støtte og forståelse gjennom prosessen.

Sammendrag

Bakgrunn: Langvarige muskel-skjelettlidelser, herunder de inflammatoriske, utgjør den viktigste årsaken til sykelighet og funksjonshemming i Norge. Sykdommene fører til endringer på det fysiske og det psykologiske plan, og personlige ressurser spiller en viktig rolle for effekten av fysioterapi for pasientgruppen. Der er behov for å evaluere og videreutvikle behandlingstiltak som involverer og aktiverer pasienten i en læringsprosess.

Hensikt: Formålet med studien er å kvalitetssikre et eksisterende behandlingstilbud på en revmatologisk sykehusavdeling, der en anvender fysioterapimetoden basal kroppskjennskap.

Metode: Det ble tatt i bruk en fenomenologisk metode som inkluderte fokusgruppeintervju og personlig dybdeintervju. 7 informanter fra revmatologisk avdeling deltok i fokusgruppeintervju og 4 informanter fra privat praksis deltok i dybdeintervju. De hadde deltatt i gruppebehandling med bruk av basal kroppskjennskap i snitt 4 ganger (min 3, max 7). Informantene ble invitert til å beskrive sine erfaringer med terapiformen og hvordan de gjør seg nytte av erfaringene i hverdagen. Hvert intervju ble tatt opp på bånd og transkribert. Analysen av intervju materialet hadde som formål å trekke ut essensen av informantenes beskrivelser, og var basert på Giorgis fire-trinns fenomenologiske analyse. Fra materialet trådte det frem 3 hovedtema. Det første, «*Prosesslæring*», handler om hvordan pasientene gjør erkjennelser på bakgrunn av kontakt med og kjennskap til kroppens signaler. Under det andre, «*Jeg har et verktøy*» illustreres hvordan erfaringene fra behandlingen er omsatt til nye handlingsstrategier i hverdagen. Det tredje, «*Å være og lære i gruppen*», omhandler faktorer som virket fremmende eller hindrende for læring i gruppesituasjonen.

Konklusjon: Datamaterialet som er kommet frem i studien kan tyde på at gruppebehandling med anvendelse av basal kroppskjennskap som gruppebehandling kan bidra til å aktivere pasienters egne ressurser gjennom å øke forståelsen av mentale og fysiske reaksjoner. En gruppe pasienter med langvarige (inflammatoriske) muskel-skjelettplager beskriver at erfaringer fra gruppen kan brukes som et verktøy til å finne nye bevegelsesstrategier i hverdagen. Videre forskning på feltet er nødvendig for å kunne generalisere funnene.

Abstract

Background: Longstanding musculo-skeletal diseases, including the inflammatory; are the main cause of illness and disability in Norway. The diseases lead to changes on a physical and psychological level, and personal resources play an important role for the effect of physical therapy interventions. There is a need to develop and refine interventions that involves and activates the patient in a learning process. *Purpose:* The aim of the study is to evaluate an existing physiotherapy intervention on a ward for rheumatic diseases, where Basic Body Awareness Therapy (BBAT) is used as a methodology. *Method:* A phenomenological approach that included focus group interview and personal in-depth interview was conducted. 7 subjects from the ward for rheumatic diseases participated in focus group interview and 4 subjects from a private practice participated in in-depth interview. They had participated in BBAT as a group intervention 4 times in average (min 3, max 7). The subjects were invited to describe their experiences with the therapy intervention and how they are able to use the experiences in every-day life. The interviews were audiotaped and transcribed. The text analysis aimed at drawing the essence of the subjects' descriptions, and was based on Giorgi's four-step phenomenological analysis. From the data, 3 main themes emerged. The first theme, "*Process learning*", concerns how the subjects came to realizations, based on a contact to and awareness about bodily signals. The second theme, "*I have a tool*", illustrates how they have transformed their experiences into new strategies for action in daily life. The third theme, "*To be and learn in the group*", concerns factors that can promote or obstruct learning in the group situation. *Conclusion:* The findings of this study indicate that BBAT as a group intervention may contribute in activating the patients' own resources by increasing their understanding of mental and physical reactions. A group of patients with longstanding musculoskeletal diseases or inflammatory diseases describe how their experiences from the group may be used as a tool to find new strategies for every-day movement. Further research will be needed to generalize the findings.

Innholdsfortegnelse

1. BAKGRUNN	1
2. HENSIKT	2
3. TEORI	3
BASAL KROPPSKJENNSKAP	3
<i>INTRODUKSJON</i>	3
<i>HISTORISKE RØTTER</i>	3
<i>TIDLIGERE FORSKNINGSARBEID</i>	4
<i>FILOSOFISK STÅSTED</i>	5
<i>KROPPSFENOMENOLOGISK PERSPEKTIV</i>	5
<i>HELHETLIG PERSPEKTIV</i>	6
<i>BEVEGELSESKVALITET OG BEVEGELSESPRAKSIS</i>	8
<i>TERAPEUTISKE FAKTORER OG BEVEGELSESPEDAGOGIKK</i>	10
<i>MÅLEINSTRUMENT</i>	13
KRONISK INFLAMMATORISK LEDDSYKDOM	13
<i>REVMATOID ARTRITT (RA)</i>	13
<i>ANKYLOSERENDE SPONDYLITT (AS)</i>	14
<i>PSORIASIS ARTRITT (PSA)</i>	14
<i>LANGVARIGE MUSKEL- OG SKJELETTPLAGER</i>	15
<i>FYSIOTERAPI RELATERT TIL MUSKEL-SKJELETTSYKDOMMER</i>	15
SAMMENDRAG AV TEORI	16
4. TEORETISK FORANKRING AV STUDIEN	16
<i>FENOMENOLOGI</i>	16
<i>STÅSTED OG FORVENTNINGER</i>	17
5. METODE	17
<i>BAKGRUNN FOR VALG AV METODE</i>	17
<i>DET KVALITATIVE INTERVJU</i>	18
<i>VALG AV INFORMANTER/REKRUTTERING</i>	19
<i>FORBEREDELSE TIL INTERVJU</i>	19
<i>GJENNOMFØRING AV INTERVJU</i>	20
<i>DATA-ANALYSE</i>	21
6. ETISKE VURDERINGER	22
7. RESULTATER	23
<i>INNLEDNING</i>	23
<i>TEMA 1) PROSESSLÆRING</i>	23
<i>TEMA 2) JEG HAR ET VERKTØY</i>	27
<i>TEMA 3) Å VÆRE OG LÆRE I GRUPPEN</i>	30
<i>OPPSUMMERING AV RESULTATER</i>	33
8. DRØFTING	34
<i>RESULTATER</i>	35
<i>DRØFTING AV METODE</i>	38
<i>STUDIENS KONKLUSJON OG NYTTEVERDI</i>	42
REFERANSER	I

1. Bakgrunn

Utgangspunktet for studien er mitt arbeid som fysioterapeut på en større, regiondekkende revmatologisk sykehusavdeling. Pasientene er innlagt til utredning, vurdering eller behandling av inflammatorisk leddsykdom eller bindevevssykdom. De ivaretas av et team bestående av lege, sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom og farmasøyt (Schur & Moreland, 2011 ; Bajwa & Smith, 2012). Uavhengig av pasientens funksjonsnivå skal fagpersonene i teamet bidra til sykdomsmestring, livskvalitet og selvstendighet på alle plan (Stamm et al., 2008). Et opphold i avdelingen varer ca 2 uker. Fysioterapeutens oppgaver består av undersøkelse og vurdering i henhold til International Classification of Functioning (ICF) (Helsedirektoratet, 2010), samt planlegging og gjennomføring av behandlingstiltak i overensstemmelse med pasientens mål. Fysioterapi rettes mot å motvirke smerter og funksjonstap, men omfatter også kunnskapsformidling om kropp, sykdom og bevegelse på en måte som styrker pasientens evne til å håndtere sykdom i hverdagen.

I teamet bidrar fysioterapeuten med å fremme et funksjonell og hensiktsmessig bevegelsesmønster, med utgangspunkt i at bevegelse er et grunnleggende element for helse (World Confederation for Physical Therapy, 2011). Det arbeides på strukturnivå (muskulatur, ledd eller bindevev) eller på funksjonsnivå (ferdigheter) med teknikker/tilnærminger som manuell terapi, behandling av triggerpunkt, bløtvevsbehandling, kroppsbevisstgjøring, styrke- og bevegelsestrening, bassengtrening, pilatestrening, avspenningsteknikker eller informerende samtale (Vliet Vlieland, 2007). Valg av tiltak baseres på forskningsresultater og erfaring, og tilpasses pasientens personlige preferanser. I overensstemmelse med Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) skal pasientens aktive deltakelse i målrettede endringsprosesser vektlegges (NFF, 2006).

Jeg ble kjent med basal kroppskjennskap i 2003 og gjorde erfaringer med hvordan konseptet påvirket min kroppsopplevelse og hvordan det vokste frem en vilje og en tro på egne evner. Terapiformen integrerer kognitive, emosjonelle og relasjonelle komponenter *inn i* bevegelse. Jeg opplevde dette som en ny dimensjon innen fysioterapien, og ønsket å bruke metodikken i pasientarbeid. Etter gjennomført videreutdanning (Basic Body Awareness Methodology) ved Høgskolen i Bergen i 2005, har jeg vært bevisst på å adressere pasientens kontakt med kroppen i bevegelser som

inngår i denne terapiformen. Pasientene synes å bli personlig engasjert i å finne løsninger på sine funksjonsproblemer. Jeg har ønsket å undersøke nærmere hva pasientene opplever og erfarer i gruppe med basal kroppskjennskap; – har de nytte av en tilnærming som ikke er rettet mot den aktuelle diagnosen, og blir de stimulert til selvstendighet i hverdagen?

I Norge utgjør langvarige muskel-skjelettlidelser den viktigste årsaken til sykkelighet og funksjonshemming, og stod i 2000 for halvparten av alle sykemeldinger (Ramm, 2001). Faktorer på det personlige plan utgjør imidlertid en større aktivitetsbegrensning enn smerte i seg selv (Lundgren, 2005, s.28). Dagens tverrfaglige rehabiliteringsopphold bidrar vanligvis ikke til å senke helserelaterte kostnader hos pasienter med artrittsykdommer (Grotle et al., 2011). Vriezekolk et al (2010) har funnet at pasienter med revmatiske sykdommer har et høyt nivå av psykologisk stress, hjelpeløshet og bekymringer både før og etter tverrfaglig rehabilitering. Det kan reises spørsmål om hvorvidt behandlingstiltakene som iverksettes fører til større selvstendighet hos pasienten. På grunnlag av dette er det relevant og nødvendig å evaluere og videreutvikle behandlingstiltak som involverer og aktiverer pasienten fra starten av.

2. Hensikt

Min hensikt med å gjøre denne studien er å kvalitetssikre et eksisterende tilbud av basal kroppskjennskap som gruppebehandling på en revmatologisk avdeling. Ved å sette fokus på pasientenes opplevelser og la deres stemmer komme frem, ønsker jeg å legge til rette for en dypere forståelse av de prosesser som behandlingen kan fremme som gruppebehandling for den aktuelle pasientgruppen. Med utgangspunkt i følgende problemstilling tar studien sikte på å identifisere faktorer som kan utvikle og nyansere det eksisterende behandlingstilbudet:

Hvordan beskriver personer med inflammatorisk leddsykdom eller uspesifiserte muskel-skjelettplager sine erfaringer med å delta i gruppebehandling der fysioterapimetoden basal kroppskjennskap anvendes? Hvilke faktorer er medvirkende for at pasientene har utbytte av behandlingen, og hvordan kan pasientene gjøre nytte av erfaringene fra gruppebehandlingen i sin hverdag?

Med basal kroppskjennskap i gruppe menes her et tilbud som innebærer 4-6 behandlingssesjoner. Behandlingen varer halvannen time, og består av 30-40 min. med

bevegelser liggende på matte, 30-40 min. med bevegelser sittende på stol eller i stående og 20-30 minutter med massasje og samtale. Deltakerne oppmuntres til å bruke bevegelsene til å øve på egen hånd mellom behandlingene.

Inflammatorisk leddsykdom omfatter diagnoser som revmatoid artritt, ankyloserende spondylitt, psoriasis artritt, eller andre artrittsykdommer. I behandlingsgruppene deltar også pasienter med andre langvarige muskel-skjelettplager som polymyalgia revmatika, langvarige muskelsmerter, fibromyalgi, artrose eller inflammatorisk bindevevssykdom. En pasient kan ha flere av de nevnte diagnosene.

3. Teori

I dette kapitlet presenteres det kunnskapsfeltet som studien baseres på. Først har jeg valgt å gi en innføring i behandlingsmetoden basal kroppskjennskap, som representerer en nyere retning i faget og inneholder elementer som er særegne for terapiformen. Dernest belyses karakteristika ved diagnosegruppene som inngår i studien, med vektlegging av fysiske og mestringsrelaterte forhold knyttet til bevegelse.

Basal Kroppskjennskap

Introduksjon

Basal kroppskjennskap er en personsentrert og prosessorientert tilnærming innenfor fysioterapien. Den er rettet mot klinisk, forebyggende og helsefremmende arbeid der dagliglivets bevegelser og handlinger er i fokus (Roxendal & Winberg, 2002, s.16-18). Det dreier seg her om å aktivere helsefremmende ressurser og fremme en aktiv holdning i den enkelte. Målgruppen er ikke begrenset av diagnoser eller symptomer. Konseptet består av et strukturert og teoretisk begrunnet bevegelsesprogram, og tilbys individuelt eller i gruppe. For spesifikk undersøkelse er der utviklet reliabilitets- og validitetstestede instrumenter for måling av bevegelseskvalitet: Body Awareness Rating Scale (Skatteboe, 2000 ; Skjærven, Gard & Strand, 2011) og Body Awareness Scale – Health (Gyllensten, Ekdahl & Hansson, 1999).

Historiske røtter

Bevegelsene i basal kroppskjennskap er utviklet av den franske bevegelsespedagog og psykoterapeut Jacques Dropsy. De bygger på hans erfaringer med østlig og vestlig bevegelsestradisjon og er inspirert av filosofi og psykoanalyse (Skjærven, 1999, s.17-39). Han kalte metoden psykotoni, et uttrykk for samspillet mellom den bevisste

oppmerksomheten og kroppens koordinasjon (Roxendal & Winberg, 2002, s.19). Den svenske fysioterapeuten Gertrud Roxendal videreutviklet metoden til bruk i fysioterapien og dokumenterte den i sin doktoravhandling i 1985 (Roxendal, 1985) og i flere bøker. En internasjonal lærergruppe har i de siste 25 årene videreutviklet og organisert undervisning i fagfeltet.

Tidligere forskningsarbeid

Det har gjennom årene utviklet seg stor vitenskapelig aktivitet innen fagfeltet basal kroppskjennskap blant annet av doktorgradsarbeider innenfor psykiatrien (Gyllensten, 2001 ; Mattson, 1998 ; Roxendal, 1985) og av et flertall kliniske studier. En oppsummerende artikkel viser at basal kroppskjennskap kan øke helse relatert livskvalitet og kostnadseffekt for pasienter med fibromyalgi og kroniske smerter (Gard, 2005). Randomiserte, kontrollerte studier viser at hjemmeboende med psykiatriske lidelser kan oppnå en signifikant bedring i bevegelseskvalitet, psykiatriske symptomer og holdninger rettet mot kropp og bevegelse etter 12 behandlinger (Gyllensten, Hansson & Ekdahl, 2003), og at hjemmeboende med spiseforstyrrelser kan oppnå en bedring i sykdommen og en signifikant økning i kroppstilfredshet og livskvalitet etter 12 behandlinger (Catalan-Matamoros et al., 2010).

Andre effektstudier har vist at pasienter med irritabel tarm syndrom kan oppleve en lindring i somatiske og psykologiske symptomer etter 12 uker med behandling 2 ganger ukentlig (Eriksson et al., 2002), fiolinister kan oppnå positive endringer i muskelspenning, postural kontroll og konsentrasjonsevne etter et 8 behandlinger (Fjellman-Wiklund et al., 2003), hjemmeboende pasienter med uspesifiserte muskelskjelettplager kan oppnå en signifikant bedring av ressurser på psykologisk nivå og en reduksjon av smerter etter 20 behandlinger (Malmgren-Olsson & Armelius, 2003) og hjemmeboende pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser kan oppnå en signifikant bedring i psykologisk/psykososiale variabler etter 2 års behandling (Leirvåg, Pedersen & Karterud, 2010). I en effektstudie med kvalitativ og kvantitativ metode utviklet en gruppe pasienter med smerte-/spenningssyndrom økt bevegelsesharmoni og mentalt nærvær, økte tilliten til egne ressurser og opplevde mindre smerter etter 12 hhv 24 behandlinger (Klingberg-Olsson, Lundgren & Lindstrøm, 2000). En tverrsnittstudie har avdekket at basal kroppskjennskap kan bidra til økt bevissthet om kroppen og et styrket selvbilde hos pasienter med spiseforstyrrelser (Thörnberg & Mattson, 2010).

Kvalitative studier har hos pasienter med kroniske muskelsmerter avdekket faktorer som spiller en rolle for nytteverdien av behandlingen; å bli lyttet til, forstått, akseptert og bekreftet av terapeuten og de øvrige i gruppen (Steihaug, Ahlsen & Malterud, 2002). Pasienter med schizofreni kan oppnå en positiv effekt på områder som affektregulering, kroppsbevissthet og selvtillit, sosiale evner og kognitive evner etter minst ett års behandling (Hedlund & Gyllensten, 2010). Pasienter med lettere psykiatriske forstyrrelser kan oppnå en positiv effekt på områder som kroppsbevissthet, kjennskap til seg selv, forholdet til seg selv og andre, samt en senkning av terskelen for å delta i endringsprosesser etter minst 6 måneders behandling (Johnsen & Råheim, 2010).

Filosofisk ståsted

Basal kroppskjennskap inntar et salutogenetisk helseperspektiv gjennom å integrere pasientens egne helserelaterte ressurser. Teorien om salutogenese gir en forståelse av hvordan det for den enkelte kan skapes en opplevelse av sammenheng i det som skjer, og dermed legges til rette for mestring (Langeland, 2007, s.18-19). I konseptet defineres helse ikke som et spørsmål om hva vi utsettes for, men om vår evne til å takle det som skjer i livet (Antonovsky, 1988, s.6). Ethvert individ har ifølge dette en eller annen grad av helseressurser som kan styrkes ved å fokusere på disse i stedet for på faktorer som forårsaker sykdom (Langius-Ekløf, 2008, s.57-58). Sentrale elementer for god helse er personens forståelse av sin egen situasjon, opplevelse av mestring og tilgjengelige motiverende faktorer (Antonovsky, 1990). I et salutogent helseperspektiv åpnes det for at pasienten aktivt tilpasser seg situasjonen, i stedet for å bruke energi på å kjempe mot symptomer (Heggdal, 2008, s.207). Det dreier det seg ikke om at en skal innta en passiv holdning, men at en kan forsones seg med at livskursen er endret, og finne en måte å leve med sykdom.

Kroppsfenomenologisk perspektiv

Det pedagogiske grunnlaget i basal kroppskjennskap bygger på kroppserfaring som kunnskapskilde til opplevelse av helse (Skjærven, 1999, s.145). Den er forankret i fenomenologisk filosofi, med inspirasjon fra arbeidet av den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (1907-1961). Han befattet seg særskilt med teorier om kroppsfenomenologi, eller «*hvordan vår forståelse av verden er grunnet på vår kropps forståelse av sine omgivelser eller sin situasjon*» (Østerberg, 1994, s.V). Sanserintrykkene fra verden rundt oss mottas gjennom kroppen og bearbeides aktivt i

en kontinuerlig fortolkningsprosess, påvirket av alle tidligere erfaringer. Prosessen resulterer i et kroppsskjema, eller et kart over alle opplevde muligheter for handling (Merleau-Ponty, 1994, s.41-43 og 91-92). Kartet forandrer seg stadig ettersom det kontinuerlig tilføres ny informasjon. For bevegelse har dette stor betydning ettersom kroppsskjema ikke alltid står i relasjon til ens intensjoner eller forhåpninger.

En frisk person kan være fokusert mot sine handlinger eller aktiviteter uten at kroppen påkaller oppmerksomhet (Leder, 1990, s.1-8). Ved sykdom eller smerter påvirkes opplevelsen av kroppen og personens muligheter til handling. Kroppen trer frem i bevisstheten, med fokus på de forstyrrende fenomener. Tap av en fysisk funksjon kan føre til at kroppen oppleves som en hindring, ettersom ønsket om å utføre funksjonen fremdeles består (Merleau-Ponty, 1994, s.22). Hvert individ har en unik forhistorie som legges til grunn for hvordan det beveger seg, en iboende kunnskap som terapeuten kan stimulere gjennom bevisstgjøring. I et kroppsfenomenologisk perspektiv rettes fysioterapi mot pasientens opplevelse av kroppens som en bærer av muligheter.

Helhetlig perspektiv

For basal kroppskjennskap som bevegelseskonsept legges det til grunn et helhetlig syn på kroppens funksjonalitet, basert på interaksjon mellom mental aktivitet og fysiske reaksjoner. (Dropsy, 1975, s.23-24). Konseptets terapeutiske elementer for bevegelse bygger på de fire dimensjoner av menneskets eksistens: 1) det fysiske aspektet som omfatter kroppens anatomi og biomekaniske forhold, 2) det fysiologiske aspektet som omfatter alle kroppens fysiologiske prosesser, 3) det psykologiske aspektet som omhandler sensoriske, affektive og kognitive evner, og 4) det eksistensielle aspektet som er relatert til bevisstheten av en selv og av hvem en er (Skjærven, 1999, s.58). I et helseperspektiv er de to første dimensjonene er forbundet med den kroppslige helse, rettet mot postural balanse, koordinasjon, pust og flyt i bevegelse. De to siste, som relateres til mental helse, er rettet mot opplevelsen av frihet i kroppsupplevelsen og det kroppslige uttrykket, mot evnen til å engasjere seg og mot kontakten med seg selv i forholdet til den indre og ytre verden. Ubalanse i en av dimensjonene medfører endringer også i de øvrige og påvirker harmoni og helhet (Dropsy, 1975, s.18-21).

Det tredelte kontaktproblem

Harmonien mellom de ulike eksistensdimensjonene påvirkes av dagliglivet, og spesielt ved langvarig sykdom. Opplevde belastninger kan føre til at en presser seg, fysisk og psykisk, og etter hvert mister evnen til å balansere energibruken (Dropsy, 1975, s.28). Slike uhensiktsmessige handlingsstrategier kan føre til tap av basale psykomotoriske funksjoner, og av evnen til å utnytte sitt fulle potensiale. Problemet som oppstår er satt sammen av tre komponenter som er dypt forbundet og avhengig av hverandre: 1) redusert kontakt til den egne fysiske kropp, og til det indre liv, 2) redusert kontakt til den fysikalske virkelighet i tid og rom (rytme, orientering i rommet) og 3) redusert kontakt til andre mennesker (personlige grenser, selvbilde osv) (Dropsy, 1975, s.26). Kontaktproblemet innebærer at evnen til å lytte til og tolke kroppens signaler svekkes, og det blir vanskelig å definere sine behov og sine grenser.

De tre grunnpilarer

Bevegelseskonseptet bygger på balanse, fri pust og nærvær som grunnpilarer for bevegelseskvalitet. De tre nøkkelementene utgjør en enhet, men kan bli særskilt vektlagt i ulike bevegelser. I bevegelsesterapien står det sentralt å integrere disse i dagliglivets bevegelser. Jeg vil kort belyse hvert av elementene.

Balanse (postural stabilitet) defineres som evnen til å opprettholde kroppens stilling og dens tyngdepunkt innenfor gitte grenser i rommet (Shumway-Cook & Woollacott, 2001, s.165). Forutsetning for postural kontroll er en indre representasjon av den vertikale midtlinje (Shumway-Cook & Woollacott, 2001, s.166). Ved å bringe de ulike kroppssegmentene på linje og stimulere de posturale reflekser, kan kroppen uten anstrengelse holdes oppreist i ro så vel som i bevegelse (Dropsy, 1988, s.75-77 ; Brodal, 2004, s.274-275). God balanse bærer preg av dynamikk og fjæring, i motsetning til en ren avstiving av leddene (Dropsy, 1988, s.75-77).

Pustens funksjon innehar en særstilling som bindeledd mellom autonome, mentale og viljestyrte funksjoner (Dropsy, 1975, s.78 ; Skjærven, 1999, s.67). Spenninger og pustemåte er gjensidig bindende og gjensidig frigjørende (Thornquist, 1983, s.13). Det muskulære samspillet som regulerer pustens bevegelse er tett forbundet med kroppens tyngdepunkt og med senteret for muskulær koordinasjon av kroppsdelene (bevegelsessentrum) (Dropsy, 1975, 81-83). Harmonisk bevegelse fremstår gjennom en mer fri og utvungen pustemåte.

Nærvær i kroppens sentrum betyr å ha en mental kontakt med bevegelsessentrum; å oppnå en opplevelse av å være sentrert og samlet. Når oppmerksomheten rettes mot dette området, stimuleres og koordineres hele kroppen og all bevegelse (Dropsy, 1975, s.136-137). Begrepet *nærvær* har også en utvidet betydning. Det viser til en oppmerksomhet eller årvåkenhet som lar bevegelsen være tilpasset situasjonen, - som en motsetning til mekanisk eller automatisk bevegelse (Skjærven, 1999, s.89).

Bevegelseskvalitet og bevegelsespraksis

I basal kroppskjennskap involveres pasienten i en læringsprosess rettet mot bevegelseskvalitet. Å styrke bevegelseskvalitet innebærer en kontakt med og en bevisstgjøring av kroppen som en del av den personlige identitetsopplevelse, formet av erfaringer, vaner, kultur og sosiale verdier (Parviainen, 1998, s.20-36). Med dette kan bevegelseskvalitet betraktes som et resultat av prosesser på mange nivåer, både bio-mekaniske, fysiologiske, psyko-sosio-kulturelle og eksistensielle (Skjærven, Gard & Kristoffersen, 2003). Bevegelseskvalitet betraktes som et helhetlig samspill a) i måten kroppsdelenes koordineres på, b) i måten spenning og energi tilpasses under bevegelse og c) i måten rytmen tilpasses under bevegelse (Dropsy, 1975, s.15). Den kommer til uttrykk i bevegelsens form, flyt, elastisitet og rytme, men også i oppmerksomhet, intensjon, emosjoner, nærvær i kroppen og helhet i bevegelse (Skjærven, Kristoffersen & Gard, 2008). For hverdagen betyr dette å tilstrebe et nærvær i egen kropp og kunne justere nivået av spenning og anstrengelse som skal til for å utføre daglige aktiviteter. Bevegelsene består av enkle bevegelser fra dagliglivet. De er utformet med det formål å samstemme og integrere elementene postural stabilitet, pust og nærvær i daglige situasjoner som å ligge, sitte stå eller gå, i bruk av stemmen eller i relasjon til andre (parøvelser og massasje) (Dropsy, 1988).

De liggende bevegelsene rettes mot bevisstgjøring av kroppen mot underlaget og til å få kontakt med kroppens sentrum og midtlinje. Symmetrisk og asymmetrisk strekk bidrar til frigjøring av spenning og pust, og til bevisstgjøring av kroppens form og koordinasjon. I sittende øvelse søkes en postural balanse og frigjøring av pust og spenning i en god sittestilling. I stående arbeides det med kontakt til og balansering av den vertikale akselen. Utfordringene økes gradvis til å omfatte sammensatte bevegelser med koordinasjon av hele kroppen.

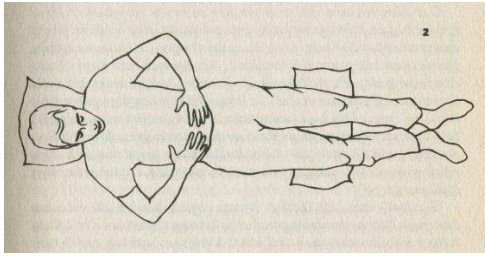


Fig.1: Kontakt med underlaget og kontakt med pusten i kroppens sentrum.

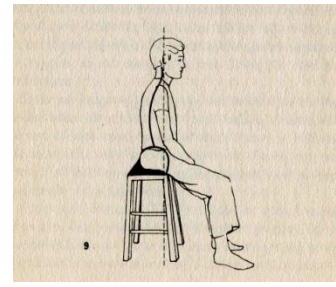


Fig.2: Innbalansering av den vertikale akse i sittende

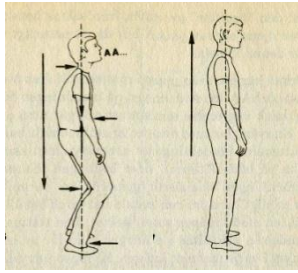


Fig.3: Koordinasjonen lukke-åpne i bolen.



Fig.4: Vridning om den vertikale akse.

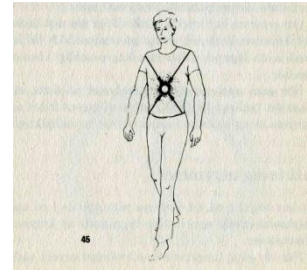


Fig.5: Vridning/motvridning om kroppens bevegelsessentrum.

Fig. 1-5 er hentet fra Dropsy (1988).

Tre basale koordinasjoner i bolen anses som utgangspunktet for kroppens bevegelsesmulighet, og stimuleres i ulike bevegelser. Den første, åpne-lukke koordinasjonen i bolen (fig.3), er organisert rundt kroppens sentrum. Den er nært forbundet med pustens bevegelse og med følelseslivet (Dropsy, 1988, s.18-19) (Skjærven, 1999, s.74-76). Den andre, vridning om den vertikale akse (fig 4), er organisert i et samspill mellom postural- og handlingsmuskulatur, og samordnet av bukmuskulaturen i kroppens sentrum (Skjærven, 1999, s.74-76). Et balansert samspill gjør det mulig å hente ut optimal og tilpasset kraft i handling (Dropsy, 1988, s.144-146). Den tredje, vridning og motvridning om kroppens sentrum i gange (fig.5), representerer det diagonale samspillet mellom over- og underkroppen (Skjærven, 1999, s.76). Uavbrutt bevegelsesflyt gjennom bolen gir en opplevelse av frihet og letthet i bevegelse og i handling (Dropsy, 1988, s.133).

Det gjøres bruk av stemmeøvelser for å bevisstgjøre pusten og for å stimulere stemmens kvaliteter som et verktøy for uttrykk og kommunikasjon (Dropsy, 1988, s.100). Bevegelser i par retter oppmerksomheten mot samhandling i en felles bevegelsesflyt.

Kommunikasjonen mellom partnerne innebærer å ha fokus på nærvær både i seg selv og i en annen person. Bevegelsene anvendes som en mulighet til å utforske seg selv og sine reaksjoner i møte med andre. I den særegne formen for massasje, heretter kalt Dropsy-massasje, utforskes nære relasjoner i et skifte mellom å være giver og mottaker.

Sammensetningen av bevegelser i en bevegelsesesjon kan variere, og valgene tilpasses alltid pasienten eller pasientgruppen. Bevegelsene er langsomme og skånsomme, og oppmuntrer til å finne egne grenser og respektere disse. I vedlegg 1 presenteres et eksempel på hvordan en bevegelsesesjon kan være organisert.

Terapeutiske faktorer og bevegelsespedagogikk

Terapeuten som skal veilede en pasient eller en gruppe, må skape en plattform for læring. Faktorer som spiller inn er 1) en holdning som kjennetegnes av tillit og respekt, 2) evnen til å skape et gjensidig tillitsforhold med pasienten, 3) evnen til å se pasientens ressurser for bevegelse, 4) evnen til å se og stimulere prosesser trinn for trinn, 5) evnen til å balansere mellom å støtte og å utfordre pasienten, 6) forme de fysiske omgivelsene slik at de ikke virker distraherende (Skjærven, Kristoffersen & Gard, 2010). En forutsetning for god veiledning er at terapeuten selv har gjort seg erfaringer med bevegelsene og på denne måten har innsikt i hva pasienten opplever. Veiledningen skal formidle trygghet og toleranse for alle mulige reaksjoner som måtte komme hos den enkelte. Å fremme bevegelseskvalitet innebærer å stimulere til læring. Det er avdekket 7 trinn i en kontinuerlig læringssirkel som starter med kontakten til egen kropp (fig.6):

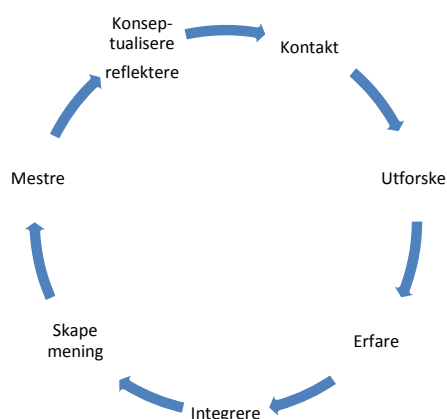


Fig.6: Movement Awareness Learning Cycle. Min oversettelse fra engelsk i (Skjærven, Kristoffersen & Gard, 2010)

1) Skape kontakt med kroppen (for eksempel å få kontakt med midtlinje) 2) Lære å utforske kroppen (kjenn hva som skjer når du...) 3) Erfare bevegelse (egen erfaring

fremmer læring) 4) Integre bevegelsen i personen som helhet (øve på detaljer i et langsomt tempo, til den blir harmonisk) 5) Gi mening til bevegelsen (skape en sammenheng mellom behandlingssituasjonen og dagliglivet) 6) Oppnå en følelse av mestring (når bevegelsen blir lett og uanstrengt, styrkes selvfølelsen og troen på at en kan endre noe selv) 7) Sette ord på og reflektere over opplevelsene og læringen, og sette det inn i en kontekst (refleksjon styrker læringsutbyttet).

Pedagogikken i basal kroppskjenning retter seg mot å nå inn til jeget og viljen til egen aktivitet og tilstedeværelse, – å fremme en aktiv holdning i den enkelte. Det legges vekt på å gjenkjenne situasjoner fra hverdagen og å utforske hvordan en bruker seg/beveger seg i forskjellige sammenhenger. Pasienten lærer å håndtere ubehag og å tilrettelegge bevegelser i samsvar med kroppens signaler, og kan finne egne handlingsstrategier for bevegelse i dagliglivet (Roxendal & Winberg, 2002, s.17-18 ; Dropsy, 1975, kap.2). En reflekterende samtale etter bevegelsene har som mål å bevisstgjøre og konkretisere opplevelsene slik at de blir gjenkjennelige i hverdagen.

Gruppeterapeutiske faktorer

Behandling i gruppe kan tilby terapeutiske muligheter på flere plan. Der er ikke noe kollektivt mål for gruppen som helhet, men den tilbyr en arena for personlig læring i relasjon til andre (Dropsy, 1975, s.184-185). En legger til grunn Yaloms gruppeterapeutiske faktorer som 1) håp og optimisme ved å se endring hos andre, 2) universalitet eller opplevelsen av at andre har det på samme måte, 3) altruisme eller opplevelsen av å bety noe for andre, 4) interpersonell læring og opplevelsen av *her og nå*, 5) gruppesamhørighet eller opplevelsen av å akseptert av de andre, 6) eksistensielle faktorer som å forholde seg til livssituasjonen, og 7) katarsis eller forløsning av undertrykte følelser, som kan oppleves når en presenterer sine tanker for andre og opplever å bli akseptert likevel (Skatteboe et al., 1989 ; Yalom, 1985).

Ved bruk av parøvelser og massasje legges det til rette for å utforske seg selv som person i samspill med andre og bli mer bevisst hvordan en setter sine grenser mot andre. Bevegelsene er utformet slik at berøringen ikke skal føles invaderende, men fremme en balanse mellom å gi og få, høre og bli hørt, forstå og bli forstått. Erfaringene fra gruppen kan brukes som hjelpemiddel for selvstendighet og mestring overfor andre mennesker i hverdagen. Behandlingsgruppen kan være organisert slik at den består av de samme deltakerne over tid (lukket gruppe). I andre tilfeller tar gruppen opp nye

deltakere etter hvert som andre går ut av den (åpen gruppe). En lukket gruppe kan gi fordeler som trygghet og stabilitet, men kan samtidig miste noen av nyansene som nye medlemmer kan bidra med inn i gruppen. En nyere studie har vist at det også i åpne grupper kan skapes et miljø som fremmer tilhørighet, tillit, åpenhet og psykososial trening (Leirvåg, Pedersen & Karterud, 2010). Utbyttet av gruppen relateres her til terapeutens evne til å inkludere og ivareta den enkelte deltaker.

Dialog og kontrakt

I basal kroppskjennskap legges det spesielt til rette for dialog mellom terapeut og pasient. Pasienten må få tid til å prøve ut bevegelsene og deres kvaliteter. Terapeuten må skape en atmosfære som åpner for at pasienten kan spørre og få svar, og aktivt involvere seg i behandlingen. Det kan være til hjelp for pasienten å inngå en kontrakt med terapeuten, der det fremgår hvordan pasienten kan øve i tiden mellom behandlingssesjonene. Det oppfordres alltid til å øve på egen hånd – å ta med seg noe av det en har lært og integrere det i hverdagen. Pasienten kan notere opplevelser og reaksjoner fra øvingen, og bringe det inn i samtalen i gruppen. Også i selve behandlingssituasjonen foregår en dialog, der terapeuten er i kontakt med pasienten, verbalt eller ikke-verbalt, og tilpasser veiledningen etter hvordan pasienten responderer. Oppmerksomhet og fleksibilitet er avgjørende for målrettet veiledning og dosering.

Terapeutens kompetanse

Basal Kroppskjennskap ble godkjent som fysioterapimodalitet av norske helsemyndigheter i 1990. Den inngår i bachelorutdanningens læreplan, har i mange år vært tilbudt som en kursrekke i regi av Norsk Fysioterapeutforbund og ble i 2003 etablert som internasjonal videreutdanning med 60 studiepoengs omfang (Basic Body Awareness Methodolgy) ved Høgskolen i Bergen. Sentralt i utdanningen står kroppsfenomenologi, holistisk menneskesyn og prosessorientert pedagogikk med vekt på læring gjennom egenerfaring. Studentene gjør sine egne erfaringer i bevegelsene som inngår i konseptet, og reflekterer over og diskuterer sine opplevelser. I tillegg til praktisk undervisning omfatter studiet teorilæring, vurdering av forskning, prosjektarbeid og klinisk implementering av bevegelseskvalitet. Utdanningen er med dette forsknings- og erfaringsbasert.

Måleinstrument

Det er utviklet to måleinstrumenter for bevegelseskvalitet, Body Awareness Scale (BAS) (Roxendal, 1985 ; Gyllensten, 2001) og Body Awareness Rating Scale (BARS) (Friis et al., 1989 ; Skatteboe, 2000 ; Skjærven, Gard & Strand, 2011). De to bygger på de samme prinsipper, og kan utfylle hverandre i undersøkelsen. Jeg velger her å presentere den norske versjonen BARS. Den består av 12 bevegelser som man har funnet diskriminerer mellom patologi og helse. BARS består av to deler, observasjon av bevegelse og pasientens beskrivelse av bevegelseserfaring. Kvaliteten i hver av de 12 bevegelsene angis på en skala fra 1 (patologisk/disharmonisk koordinasjon) til 7 (harmonisk koordinasjon). BARS er testet for validitet og reliabilitet, og er egnet både som analyseverktøy og som målemetode for endring (Skatteboe, 2000 ; Skjærven, Gard & Strand, 2011).

Kronisk inflammatorisk leddsykdom

I studien har det deltatt personer med revmatoid artritt, ankyloserende spondylitt, psoriasis artritt og uspesifiserte langvarige muskel-skjelettplager. Felles for alle er et kronisk forløp med smerter og nedsatt funksjonsevne (Danneskiold-Samsøe & Herlin, 2011, s.135-172), (Bliddal et al., 2002, s.689-693), (Deleuran & Deleuran, 2006, s.209) (Kjøller, 2011, s.19-25). Under følger en presentasjon av de fire diagnosegruppene.

Revmatoid Artritt (RA)

En kronisk inflammatorisk sykdom som i første rekke angriper leddkapselens synovialhinne, seneskjeder eller slimposer, i regelen symmetrisk og med varierende grader av ledd-destruksjon (Danneskiold-Samsøe & Herlin, 2011, s.135) Hovedsymptomer er morgenstivhet, smerte, vedvarende tretthet, etter hvert nedsatt aerob kapasitet, muskelstyrke og utholdenhet (Mengshoel, 2000). Sykdommen oppstår hyppigst i alderen 30-60 år, og forekomsten i befolkningen er 0,5 – 1,0 % (Steengaard-Pedersen et al., 2006, s.153). Det er vanlig å utvikle en nedsatt balanse og postural stabilitet (Norèn et al., 2001), og mange blir inaktive av frykt for å falle (Mengshoel, 2000). Redusert muskelstyrke eller atrofi kan oppstå som følge av inaktivitet eller smertebetinget nedsatt evne til å aktivere styrke i muskulatur, spesielt etter inflammasjonsdempende behandling med kortiko-steroider (Lemmey et al., 2009). Mange pasienter utvikler angst, depresjon eller tap av selvtillit som følge av vansker med å utføre daglige oppgaver (Gettings, 2010). Fysiologiske endringer kan påvirke

kroppsbildet og den kroppslige tilfredshet (Williams & Barlow, 1998). Sykdomsforløpet varierer sterkt, og prognosen påvirkes positivt av en god mestring (Gran, 2009). I mestringsprosessen er det viktig å ta hensyn til faktorer som hindrer læring, som tvil om egne helseressurser, lært hjelpeløshet og frykt for bevegelse. Faktorene kan påvirkes i positiv retning gjennom informasjon, bevisstgjøring, tilvenning og trening (Lundgren, 2005, s.28).

Ankyloserende spondylitt (AS)

Sykdommen er i Skandinavia kjent som Bekhterevs sykdom. I den følgende teksten brukes den internasjonale betegnelsen ankyloserende spondylitt (AS), som tilsvarer det aktuelle søkeordet i databaser for forskningslitteratur. AS er en kronisk, systemisk inflammatorisk sykdom som spesielt rammer det aksiale skjelettet med inflammasjon av iliosacral-leddene (Ejstrup & Sørensen, 2006, s.199). Den kan også forårsake betennelser langs columna eller i store ledd, ofte med en ossifikasjon i senetilheftningene langs columna (Bliddal, 2011, s.199). Den fører i regelen til smerte, nedsatt bevegelighet og deformitet av columna, men kan også forårsake betennelse i store ledd, øyne, fordøyelsessystem og hjerte (Ejstrup & Sørensen, 2006, s.199). Forekomsten i befolkningen er 0.1 – 0.2 %, årsaken er ukjent og sykdommen rammer hyppigst yngre menn (Bliddal et al., 2002, s.689-693). Personer med AS har vanligvis et redusert aktivitetsnivå sammenlignet med friske, men kun en tredjedel av årsakene til dette er å finne i sykdomsaktivitet og smerte (Dagfinrud et al., 2005). Den største barrieren for å være aktiv ligger på det personlige plan, - at man føler seg hjelpeløs og ute av stand til å påvirke situasjonen selv (Gordeev et al., 2010).

Psoriasis Artritt (PsA)

Sykdommen hører, som AS, inn under betegnelsen spondylartropatier (Bliddal et al., 2002, s.199). Den kroniske inflammasjonen kan involvere perifere ledd så vel som aksiale, men forårsaker i lavere grad erosjoner av leddene. Psoriasisutslett i huden finnes hos 2-3 % av befolkningen, mange opplever smerter eller stivhet i ulike ledd, og ca 0,5 % utvikler artritt (Deleuran & Deleuran, 2006, s.209). Leddaffeksjonen er ofte asymmetrisk og i regelen ledsaget av hyppige betennelser i senefester eller seneskjeder (Bliddal et al., 2002, s.199). På samme måte som ved AS kan det utvikles en forbeining ved senefestene, som i sin tur forårsaker ytterligere betennelse og smertereaksjon (Schiøtt-Christensen, 2011, s.240-241). Sammenlignet med RA opplever pasientene en

høyere grad av vitalitet, men også mer fysisk smerte og hyppigere humørsvingninger relatert til hudplager (Husted et al., 2001)

Langvarige muskel- og skjelettplager

I studien har det deltatt personer med uspesifiserte, langvarige plager fra muskel- og skjelettapparatet. Noen har hatt plager med et inflammatorisk preg, som artrose eller tendinitter. Muskel- og skjelettsykdommer er den hyppigste form for langvarig sykdom i befolkningen, ca 15 % av alle voksne (Kjøller, 2011, s.19). Sammen med psykiske lidelser er det disse sykdommene som hyppigst angis som årsak til endring i arbeidssituasjon eller til avsluttet yrkesaktivitet, og som dominerer statistikken over kontakter med fastlege, tildeling av uførepensjon og over tapte gode leveår (Kjøller, 2011, s.22-23). Langvarige smerter kan føre til nedsatt hukommelse og konsentrasjonsevne og til depresjoner som forsterker opplevelsen av smertene (Sættem & Stiles, 2008, s.591-592). Den enkeltes strategi for å takle sine plager, kan være påvirket av den sosiale rollen man inntar som syk, hvilken tradisjon man er vokst opp i med tanke på å forstå og omgås smerter, eller hvordan man tenker om sine framtidsutsikter (Bendix, 2011, s.36-37). Afrell et al har identifisert ulike stadier av aksept og fornektelse av kroppen hos personer med langvarige smerter. Mange mister sin tillit til kroppen og utvikler en redusert kroppsbevissthet (Afrell, Biguet & Rudebeck, 2007).

Fysioterapi relatert til muskel-skjelettsykdommer

Det er et mål for fysioterapeuter i Norge å arbeide kunnskapsbasert. Det vil at en begrunne faglige valg i henhold til nasjonale og internasjonale retningslinjer, egne og kollegaers erfaringer og til brukernes preferanser. Internasjonale retningslinjer for behandling av artrittsykdommer eller langvarige muskel-skjelettlidelser anbefaler trening for vedlikehold av muskelstyrke, leddfleksibilitet og kondisjon, men også psykologiske tiltak som avspenning, stressmestring og kognitive mestringsteknikker (Schur & Moreland, 2011 ; Bajwa & Smith, 2012). Det ser ut til at fysisk trening har god effekt på smerte, styrke og fysisk funksjon i et kortsiktig perspektiv, men likevel ikke fører til økt funksjon i hverdagen, dersom treningen ikke involverer prosessrelaterte faktorer på fysisk, kognitivt og sosialt plan (Keysor & Brems, 2011).

Sammendrag av teori

Jeg har presentert et sammendrag av basal kroppskjennskap og de terapeutiske elementene metoden er bygget på. Videre har jeg gitt en oversikt over karakteristika ved de diagnosegruppene som inngår i studien, med det formål å belyse faktorer som er relevant for fysioterapi. Det teoretiske grunnlaget gir indikasjon for at tilnærminger som basal kroppskjennskap kan bidra til å styrke pasientenes egne helseressurser og fremme mestring og selvstendighet. Med dette som utgangspunkt er det jeg ønsker å undersøke hvordan pasientene selv opplever behandlingen, og på denne måten kvalitetssikre et eksisterende tilbud.

4. Teoretisk forankring av studien

Under dette punktet vil jeg belyse den vitenskapsteoretiske bakgrunn for mine valg av metode og av fremgangsmåte med det formål å oppnå vitenskapelig gyldig kunnskap. Jeg vil også gjøre rede for mitt ståsted og hvilke forventninger jeg hadde til studien før oppstart, sett i forhold til dens målsetting.

Fenomenologi

Studien tok sikte på å oppnå en dypere forståelse av erfaringer og opplevelser hos personer med ulike kroniske muskel-skjelett plager, relatert til deres deltakelse i gruppe med fysioterapimetoden basal kroppskjennskap. Deltakernes stemmer skulle bringes frem for å beskrive og gi innsikt i den mening de opplever med behandlingen, og studien ble med dette forankret i fenomenologisk filosofi (Thornquist, 2002, s.85). Grunnleggeren av den fenomenologiske retningen er den tyske filosofen og matematikeren Edmund Husserl (1859-1938) (Haglund, 1989, s.15), som tok et oppgjør med naturvitenskapens objektivitet og med skillet mellom kropp og sinn. Han hevdet at fenomenologisk kunnskap, det vil si beskrivelser av fenomener i menneskets livsverden, må legges til grunn for all annen vitenskap, ettersom gjenstander, handlinger og alle ting først blir sanne eller usanne når de har en *mening* for oss (mennesker) (Fjelland & Gjengedal, 2005, s.111-113). Hvilken mening som oppstår, er avhengig av individets tidligere erfaringer og av den situasjon individet befinner seg i når det blir berørt av et fenomen (Schutz & Luckmann, 1980). Opplevelsen av et fenomen vil dermed være personlig og subjektiv, men likevel mellom-menneskelig forståelig for andre ut fra evnen til å reflektere over og leve seg inn i hverandres beskrivelser. Målet i

fenomenologisk metode er å avdekke *betydningen* av fenomener i vår livsverden (Giorgi, 1997), der den menneskelige erfaring er kilden til kunnskapen som blir dannet (van Manen, 1990). Forutsetningen for at fenomenologisk kunnskap kan være sann, er at forskeren når frem til det rene fenomenet, fritt for antagelser om dets årsaker, og med sine egne forestillinger satt i parentes (Haglund, 1989, s.21-23) (Gallagher & Zahavi, 2010, s.40) (Malterud, 2003, s.99). I studien har jeg valgt en fenomenologisk tilnærming for å oppnå innsikt i hvordan gruppebehandling med anvendelse av basal kroppskjennskap kan gi mening eller ha betydning for pasienter.

Ståsted og forventninger

Utgangspunktet for studien var et behov for kunnskap om pasientenes utbytte av den tilbudte behandlingen. Mitt ståsted var farget av at jeg hadde gjort positive erfaringer med basal kroppskjennskap som tilnærming, for min egen del og i arbeidet med pasienter. Jeg hadde imidlertid lite dybdekunnskap om hvordan pasientene opplever behandlingen. Gjennom en fenomenologisk tilnærming ønsket jeg å få innsikt i pasientenes opplevelser og oversette deres erfaring til ord (van Manen, 1990). Mine forventninger før oppstart var at der ville komme frem et mangfold av personlige beskrivelser av de signaler, reaksjoner og refleksjoner som en bevisstgjøring av kroppen kan utløse. Det være seg kroppslige fenomener, assosiasjoner til situasjoner i hverdagen eller reaksjoner på selve gruppebehandlingens form og innhold. Jeg forventet også å få presentert ulike teorier om årsak-virkning for fysiske plager, og beskrivelser av hvordan en hadde oppdaget slike sammenhenger. Jeg var nysgjerrig på hvordan det ble opplevd å være mentalt tilstede og bevisst i bevegelsene, og håpet å finne ut mer om hvordan informantene kunnen bruke det de hadde lært i hverdagen. Fra egne erfaringer med fysioterapimetoden basal kroppskjennskap visste jeg at det også finnes barrierer som gjør det vanskelig å delta i noen av bevegelsene eller vanskelig å delta i en gruppesammenheng. Jeg håpet å kunne oppnå større innsikt også i faktorer som kan være til hinder for at behandlingen er tilgjengelig eller meningsfull for den enkelte.

5. Metode

Bakgrunn for valg av metode

Formålet med studien var å kvalitetssikre et fysioterapitilbud. Jeg ønsket å bygge min evaluering på pasientenes egne erfaringer med behandlingen. Jeg valgte en kvalitativ

forskningsmetode, med de muligheter den kan gi til å beskrive og analysere egenskaper og kvaliteter ved et fenomen (Malterud, 2003, s.31). Målet med å innhente informasjon på denne måten var å oppnå en dybdeinnsikt i informantenes erfaringer, spesielt knyttet til hvordan de opplevde tilbudet og hvordan de kunne integrere erfaringene fra behandlingen i hverdagen.

Det kvalitative intervju

Min hensikt var å få frem informantenes egne ord og avdekke nye og ukjente aspekter ved behandlingen, og jeg valgte det kvalitative intervjuet som verktøy for datainnsamling. Intervjuet er egnet til å få frem betydningen av personers erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2010, s.21). Jeg valgte først å gjøre fokusgruppeintervju, ettersom det sosiale samspillet kan stimulere informantene gjensidig til å utdype hverandre eller kommentere hverandres utsagn (Halkier, 2010, 2.14-15). Derneft, etter å ha evaluert materialet fra fokusgruppene, ønsket jeg mer dyptgående beskrivelser av deltakernes erfaringer. Jeg valgte da å gjennomføre personlige dybdeintervju med en ny gruppe informanter, i den hensikt å supplere og utdype materialet fra fokusgruppeintervjuene. En kombinasjon av utfyllende metoder ville øke gyldigheten av resultatene (Halkier, 2010, s.16-17).

I et fokusgruppeintervju samtaler en gruppe på 5-8 personer om et gitt tema under ledelse av moderator. Samtalen tas opp på lydbånd, notater kan skrives av en hjelper som ikke deltar i samtalen (Malterud, 2003, s.134). Det skapes datamateriale gjennom samtale. I samspillet mellom deltakerne dannes det begreper når de diskuterer og kommenterer hverandres utspill (Halkier, 2010, s.113). Moderator holder fokus på tema, sørger for at alle får snakke, og stimulerer til at deltakerne uttrykker så mange forskjellige meninger og erfaringer som mulig (Halkier, 2010, s.59). Kunnskapen som oppstår mellom deltakerne og moderator bearbeides og fortolkes gjennom samtalen, og vokser til noe mer enn hva den enkelte brakte med seg inn i gruppen (Malterud, 2003, s.131). I et dybdeintervju foregår samtalen i regelen mellom to personer, - informant og intervjuer. Tema er bestemt på forhånd, og målet er å oppnå innsikt gjennom informantens beskrivelser (Malterud, 2003, s.129-130). Samtalen tas opp på lydbånd. Kunnskapen blir til i en intersubjektiv og sosial erkjennelsesprosess mellom intervjuer og informant (Kvale & Brinkmann, 2010, s.36-37), med mulighet for mer personlige og

utdypende beskrivelser. Formen gjør det mulig for informanten å komme til orde oftere enn i et gruppeintervju, mens intervjueren på sin side har anledning til å stille spørsmål som går dypere i den enkeltes erfaringer (Halkier, 2010, s.13). Intervjuguiden er lite detaljert, og justeres i løpet av intervjurekken, etter hvert som intervjuer lærer mer om hvor fokus bør ligge (Malterud, 2003, s.129-130).

Valg av informanter/rekruttering

Til første trinn i rekruttering gjorde jeg nytte av min tilgang til pasienter som hadde deltatt i gruppe med basal kroppskjennskap i avdelingen der jeg arbeider. Pasienter som hadde deltatt tre ganger eller mer, ble fortløpende forespurt om å delta i fokusgruppeintervju på et tidspunkt etter utskrivelse. Innenfor den gitte tidsrammen ble det rekruttert tilsammen tolv personer til intervju, og alle underskrev en skriftlig, informert samtykke-erklæring (vedlegg 2). I tiden mellom utskrivelse og intervju fikk de tilbud om å komme til gruppen en gang i uken, og ble oppmuntret til selvtrening. Informantene ble fordelt på to ulike datoer for intervju. De som ikke kunne komme til intervju, ble invitert til å bidra med kortere beskrivelser av sine erfaringer på telefon eller per brev. For det siste trinnet i rekrutteringen henvendte jeg meg til en kollega som organiserer grupper med basal kroppskjennskap i privat fysioterapi praksis. Hun tok kontakt med 4 pasienter som sa seg villig til å delta. Jeg la vekt på at omfanget av deres kjennskap til basal kroppskjennskap tilsvarte de øvrige informantenes. Alle var kvinner med langvarige muskel-skjelettplager i form av smerter og etter hvert redusert funksjonsnivå, - likt informantene i fokusgruppene. Med så sterke fellestrekk ble de 4 kvinnene vurdert som representative for målgruppen i studien (Fossåskaret, 1997, s.16-17). De ble informert og forespurt på telefon, og underskrev en skriftlig, informert samtykke-erklæring når de møtte til intervju (vedlegg 3).

Forberedelse til intervju

I det kvalitative forskningsintervjuet er det viktig at moderator har satt seg inn i temaet som skal belyses. Kjennskap til det feltet en ønsker å studere styrker moderators evne til å stille relevante spørsmål, og til å forstå det vokabular eller den sjargong som brukes av informantene (Kvale & Brinkmann, 2010, s.122-123). På eget ark har jeg beskrevet mine kvalifikasjoner og erfaringer med basal kroppskjennskap og hvordan jeg har forberedt meg på intervjuene (vedlegg 4). Hovedstrukturen for intervjuene og tekstanalysen ble lagt på bakgrunn av fenomenologisk teori om den levde kroppen (van

Manen, 1990 ; Schutz & Luckmann, 1980). En semistrukturert intervjuguide ble utarbeidet slik at den stilte åpne spørsmål som kunne utdypes med tilleggsspørsmål rettet mot den personlige opplevelse. Innholdet i guiden var basert på formålet med studien, nemlig å beskrive informantenes opplevelser/erfaringer med basal kroppskjennskap, og å beskrive hvordan de kan gjøre seg nytte av erfaringene i hverdagen. Guidene for begge typer intervju var derfor ganske like (vedlegg 5).

Gjennomføring av intervju

Til fokusgruppeintervju ble informantene invitert til å møte i lokalet hvor de hadde deltatt i gruppe med basal kroppskjennskap under oppholdet på revmatologisk avdeling. På grunn av sykdom eller uforutsette hindringer møtte kun 3 personer (3 kvinner) til det første intervjuet og 4 (3 menn, 1 kvinne) til det andre, i tillegg til meg selv som moderator. Det ble avsatt tid til å presentere hverandre og til å presentere samtaleformen i intervjuet så vel som min rolle som moderator. I samtalen ble det lagt til rette for en rolig atmosfære, der erfaringer kunne komme frem. Spørsmålene ble i størst mulig grad formet som åpne, med tanke på å stimulere til en dialog mellom informantene. Ved behov ble de utdypet ved hjelp av tilleggsspørsmål. Under sitt behandlingsopphold fikk informantene utdelt notatbok for personlige beskrivelser av det de hadde opplevd i gruppen, og de ble oppfordret til å bruke notatene under intervjuet for å hente frem beskrivelser. Det ble brukt to digitale diktafoner for opptak av intervjuene. Jeg ble med dette hjelpemiddelet uavhengig av å gjøre notater, og kunne vie min oppmerksomhet til informantene og til flyten i samtalen. Samtalene varte i ca halvannen time, og ble avrundet med oppfordring om å ta kontakt dersom noen hadde kommentarer, tilføyelser eller ønske om å trekke tilbake noen av sine uttalelser.

Til dybdeintervju møtte informantene etter eget ønske i et egnet samtalerom på revmatologisk avdeling. Jeg informerte om hensikten med intervjuet og beskrev min bakgrunn som fysioterapeut. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide med tilleggsspørsmål som var rettet mot å utdype eller utfylle data fra de foregående intervjuene. Intervjuene varte i halvannen time, og ble tatt opp ved hjelp av to diktafoner. Informantene ble oppfordret til å ta kontakt på telefon dersom de skulle ønske å fjerne noe av informasjonen de hadde gitt, eller om de ønsket å tilføye noe.

Umiddelbart etter alle intervju gjorde jeg en helhetsvurdering av intervjusituasjonen og skrev notater om hvordan intervjuet hadde forløpt. Det ble gjort en kort evaluering av

tilrettelegging av lokalet, atmosfæren i rommet, innholdet i de utdypende spørsmålene, og hvordan jeg hadde gått frem for å stimulere til utdypende beskrivelser. Elementer som kom frem i vurderingen ble tatt med i forberedelsene til neste intervjusituasjon.

Data-analyse

Lydopptakene ble transkribert ord for ord i løpet av få dager etter det respektive intervjuet, og siden makulert. Teksten er skrevet enhetlig på bokmål for å sikre anonymitet og for å gjøre teksten lettlest. Etter fjerning av navn og ikke-relevant tekst, sendte jeg informantene fra gruppeintervjuene utskrift for korrektur eller utfylling av ufullstendige utsagn. Datamaterialet utgjorde ca femti sider tekst, i tillegg til egne notater fra intervjuene. Bearbeiding av den transkriberte teksten har fulgt 4-trinnsmodellen i Giorgis fenomenologiske analyse, også kalt systematisk tekstkondensering (Knizek, 1998 ; Giorgi, 1985 ; Malterud, 2003): Trinn I: Gjentatte gjennomlesinger av teksten og en grov inndeling av hovedtema. Trinn II: Identifisering av meningsbærende enheter og koding av disse. Trinn III: Abstraksjon av innholdet i de meningsbærende enhetene. Trinn IV: Sammenfatning og begrepsdannelse.

Etter gjentatte gjennomlesninger i analysens første trinn, trådte det frem et helhetsbilde av tekstens innhold og det overordnede temaet analysen ville komme til å handle om.

I andre trinn fremkom fellestrekk ved informantenes utsagn som ble kategorisert i ni foreløpige tema. De tiltrakk seg oppmerksomhet fordi de forekom spesielt hyppig, ble ilagt en særlig viktighet for informanten, eller syntes å utgjøre et bindeledd mellom andre tema, uten å kunne plasseres i ett bestemt.

I tredje trinn ble teksten gjennomgått for å markere tekst som ga kunnskap om et eller flere av temaene, de såkalte meningsbærende enheter. Jeg markerte hvert tema og de tilhørende utsagn med en egen farge, og satte dem opp som lister under hver av de ni overskriftene. Dersom et utsagn passet inn på flere lister, fikk det tilsvarende flere farger. I denne fasen av analysearbeidet skiftet teksten fra å fortelle en historie, til å bestå av detaljerte enkeltutsagn (de-kontekstualisering). Jeg så at utsagnene kunne settes sammen på nye måter, og gikk tilbake for å justere temaene flere ganger. Jeg landet til slutt på tre tema, 1) *Prosesslæring*, 2) *Jeg har et verktøy* og 3) *Å være og lære i gruppen*, hver med 5, henholdsvis 6 kategorier.

Fjerde og siste trinn i analysen dreide seg om å sette sammen informasjonen i kategoriene, abstrahere og trekke ut essensen av det informantene fortalte. Det gjaldt å betrakte informasjonen i utsagnene fra flere vinkler og dermed øke forståelsen *ut over* hver enkelt informants perspektiv. Thornquist betegner dette som å *re-kontekstualisere* informantenes livsverden.(Thornquist, 2002, s.206-208). I denne delen av analysen gjorde jeg bruk av min egen livserfaring og fagkunnskap til å leve meg inn i informantenes verden og tolke deres beskrivelser. Etter hvert kunne jeg formulere overordnede begrep som rommet informasjonen fra den enkelte informant. Dette siste trinnet i analysen førte frem til en presentasjon av hovedtemaene med underkategorier, illustrert av sitater fra informantene.

6. Etiske vurderinger

Som kvalitetssikringsprosjekt ble studien vurdert som ikke fremleggingspliktig av Regional Etisk Komite (REK) (vedlegg 6). Den ble meldt inn for og godkjent av Personvernombudet og av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg 7 og 8). I overensstemmelse med vilkår for behandling av personopplysninger ble det innhentet et skriftlig, informert samtykke fra alle deltakere i studien, der hver enkelt deltaker ble gitt tilstrekkelig informasjon til å vite hva studien innebærer, samt hvilke rettigheter han eller hun har etter loven. For alt helsepersonell som hadde kjennskap til deltakerne i studien (inklusive meg selv) gjaldt Pasientrettighetsloven § 3-6 (*Rett til vern mot spredning av opplysninger*).

Informantene ble oppfordret til å kjenne på sine egne grenser for hva de ønsket å fortelle, og ble opplyst om muligheten for å slette utsagn som de angret på. Jeg har tatt kontakt med en del av informantene for spørsmål eller utdyping ved behov. Etter første ordrette transkripsjon ble alle navn endret, og all informasjon som kunne identifisere deltakerne ble omskrevet eller fjernet. Det skal ikke være mulig for andre enn deltakerne selv å identifisere sitater eller utsagn. Jeg oppfordret deltakerne i fokusgruppene til å påta seg en frivillig, solidarisk taushetsplikt. Eventuelle frafall fra studien ville blitt fulgt opp med en samtale for å avdekke om årsakene til frafall skyldtes faktorer som jeg kunne ha endret eller unngått. Det ville være viktig å ivareta informantens opplevelse av seg selv som en bidragsyter, uansett om hun eller han valgte å trekke seg ut av studien.

Informantene fikk tilbud om dekning av parkeringsutgifter. Alle fikk en liten gave som takk for at de brukte tid og krefter på å delta. Intervjuet ble lagt opp til å stimulere til økt innsikt i egen situasjon og oppleves som berikende for den enkelte deltaker (Kvale & Brinkmann, 2010, s.51). Etter slutføring inviteres alle til en samling hvor studien presenteres.

Det er ikke søkt om eller mottatt midler til studien, ut over den generelle støtten til mastergradsstudiet fra Norsk Fysioterapeutforbund.

7. Resultater

Innledning

Resultatene som presenteres her består av innhentet data om hvordan en gruppe pasienter med langvarige muskel-skjelettplager eller inflammatoriske leddplager beskriver at de opplever gruppebehandling der det anvendes basal kroppskjennskap. Data ble utviklet direkte fra informantenes uttalelser. I presentasjonen har jeg ønsket å la informantenes stemme komme frem ved å holde en nærhet til deres liv og språk. I Giorgis analyse fremtrådte 3 hovedtema med kategorier som representerer aspekter ved informantenes erfaringer. Tema 1 har 6, Tema 2 har 5 og Tema 3 har 6 kategorier. I presentasjonen vil det bli en gjennomgang av hvert tema, illustrert med sitater fra intervjuene og avrundet med en oppsummering. Det blir en avsluttende oppsummering av resultatene med en modell som synliggjør sammenhengen mellom temaene.

Sitatene som gjengis er valgt fra samtlige informanter, og hver sitatgruppe er satt sammen av flere informanter. Jeg har kommet frem til sitatene på en strukturert måte, ved å trekke ut essensen og det karakteristiske fra intervjuteksten. En gjennomgang har vist at sitatene var jevnt fordelt blant informantene, og jeg presenterer derfor ikke person- eller gruppetilhørighet. Temaene som presenteres under er 1) Prosesslæring, 2) Jeg har et verktøy og 3) Å være og lære i gruppen. Hvert tema og kategori er gitt navn fra informantenes utsagn, og illustreres i fig. 7.

Tema 1) Prosesslæring

Temaet består av 6 kategorier; *Jeg brukte mye energi, Nå skjer det noe, Jeg finner tyngdepunktet, Nytte av de langsomme bevegelsene, Sammenheng mellom kroppen og hodet og Jeg kjemper ikke mot kroppen.* I dette temaet ligger fokus på læringsprosessen

som informantene befinner seg i, fra gjenopprettelsen av kontakt med kroppen og frem til konkrete endringer i bevegelsesmønster og – strategi.

«Jeg brukte mye energi»

Data gir innsikt i pasientenes beskrivelser av hvordan smerter og spenninger i kroppen kunne skape en negativ spiral i forholdet mellom daglige oppgaver og måten de blir løst på. De beskriver at de fortrenget kroppens signaler og mobiliserte mer energi og viljestyrke for å utføre gjøremål i jobbsammenheng eller privat. Det fremkommer at det kunne oppstå endringer i kroppsbildet og i opplevelsen av kroppen som helhet, slik at den opplevdes som oppstykket eller uproportjonert. Informantene har lagt merke til at de endret sitt bevegelsesmønster for å unngå de bevegelser som utløste smerter. De opplever at en bunden pust og anspent bevegelse kunne gjøre det vanskelig å senke spenningen når de skulle hvile eller sove.

«Jeg gikk og strammet inn magen hele tiden, holdt pusten, bet tennene sammen og holdt på til det ikke var mer pust igjen. Det var et ork bare å stå oppreist. Jeg prøvde å neglisjere kroppen min – vi er ikke venner. Bevegelsene blir liksom delt her i leddene, og jeg kjenner nesten ikke den venstre siden. Smerter endrer muligheten for bevegelse, de gjør at jeg innsnevrer bevegelsene. Jeg har hatt problemer med avspenning, problemer med å sove.»

«Nå skjer det noe»

Ifølge data opplever informantene å befinne seg i en læringsprosess som startet når de ble kjent med kroppen og dens signaler. De ser det som avgjørende å sette av tilstrekkelig tid til å opprette kontakt med hele kroppen og å få ro til å oppnå avspenning. De beskriver lærings situasjonen som bestående av fysiske og psykiske komponenter, der det står sentralt å *være i* bevegelsen og ikke bare utføre den mekanisk. Nærværet i bevegelse kan utløse en tankemessig aktivitet hos informantene, som dreier seg om å tolke kroppens signaler og oppnå erkjennelse om bevegelsens virkning. Informantene beskriver hvordan de tolker signalene på et mentalt og emosjonelt nivå. De kan oppleve sårbarhet ved å bli minnet om smerter eller stivhet eller når de får assosiasjoner til situasjoner hvor de har følt seg utilstrekkelig eller svak. Ifølge data kan informantene lære å lytte etter og respektere de grenser som kroppen setter for bevegelsen. Bevegelsene justeres slik at de passer til en selv. De opplever en frihet i å ikke måtte måle seg opp mot andre eller andres forventninger.

«Jeg tenkte; nå skjer det noe, nå lærer jeg noe. Det er nytt for meg å kjenne etter kroppens signaler og ting som ellers blir fortrent. Jeg hadde jeg en kroppslig reaksjon etter gruppen – var helt gåen og måtte legge meg. Det blir litt ubehagelig når jeg tar tak i ting, men så snur det seg. Det opplevdes som et nederlag å ligge på gulvet og kjenne på smerte og stivhet. Opplevelsen av at det er vondt å stå gir en sorgfølelse. Jeg får kjennskap til kroppen - en kombinasjon av det psykiske og det fysiske. Jeg fikk ro i kroppen og startet en annen tankevirksomhet. Nøkkelen ligger i å være i det, ikke bare gjøre bevegelsene. Bare være i det, uten fokus på rett eller galt, med frihet til å bestemme selv.»

«Jeg finner tyngdepunktet»

Videre viser data at informantenes kroppsbilde kan ha endret seg i form av asymmetri eller forskjøvnede proporsjoner. I kontakt med kroppen kan de oppleve overraskelse over at kroppen føles annerledes enn den fremstår i speilet. I løpet av læringsprosessen kan de oppleve at kontakten med og tilliten til underlaget bidra til å definere kroppens proporsjoner, dens ståsted og dens grenser mot rommet og andre mennesker. Relatert til en tyngde i kroppen kan de oppleve stødighet og frihet i handling. Informantene beskriver hvordan de gjennom å betrakte seg selv i et nytt perspektiv opplever styrke og motivasjon til å finne nye løsninger for bevegelse.

«Jeg merket at jeg måtte anstrenge meg for å føle den venstre siden. Jeg var jo bare et hode, nå har jeg blitt mer kropp. Her føyer vi sammen leddene der smertene på en måte hadde delt opp kroppen. Jeg slipper å gripe etter meg selv rundt omkring, alt faller på plass. Jeg finner flyten når hele kroppen er med. Jeg har landet på begge beina, fått bakkekontakt og står støtt» Jeg samler meg rundt akselen min og vet hvor jeg er, så kan jeg støtte andre. Jeg føler meg tyngre, men samtidig lettere.»

«Nytte av de langsomme bevegelsene»

I datamaterialet understreker informantene viktigheten av å sette av tid for å kunne løsrive seg fra hverdagens utfordringer og fokusere på det som skal skje i gruppen. De betrakter en mental tilstedeværelse som forutsetning for å kunne komme til erkjennelser om seg selv. De opplever gruppebehandlingen som energigivende og avspennende. Å gjøre bevegelser i et langsomt tempo kan gi en opplevelse av kontroll og at bevegelsen er riktig. Gjennom å eksperimentere med utførelsen av en bevegelse opplever

informantene at de lærer å tilpasse bruken av krefter slik at bevegelsen ikke blir for utfordrende for leddene eller muskulaturen.

«Du må legge fra deg tankene du har med deg hjemmefra. Det er viktig å få tid til å få kontakt med kroppsdelene. Det viktigste er avspenning. Å kjenne på hver enkelt kroppsdel er en grunnleggende start før andre bevegelser. Det blir ikke den riktige bevegelsen når du gjør det fort. Jeg søker en flyt i bevegelsene, det er vanskelig å finne «det lille». Når jeg skjønnte at jeg ikke behøvde å løfte armen så høyt, gikk det lettere. Jeg merket at leddene fikk større utslag når jeg spenner og så slipper opp – siden har jeg brukt det bevisst.»

«Sammenheng mellom kroppen og hodet»

I data fremkommer det at informantenes læringsprosess består av et samspill mellom mentale og fysiske faktorer. I bevegelsene kan de oppdage nye elementer i opplevelsen av kroppen. De beskriver hvordan nye erkjennelser om bevegelsen kan komme til uttrykk gjennom en aktiv søken etter letthet, flyt eller elastisitet. Informantene opplever gruppesituasjonen som en trygg ramme for å arbeide med emosjoner på en kontrollert og produktiv måte. De opplever kontakten mellom mentale, emosjonelle og kroppslige faktorer som en forutsetning for bevegelse og som et resultat av bevegelse.

«Å gå via kroppen blir som en snarvei til det mentale, annerledes enn å bare snakke» For å få kroppen til å virke igjen, må jeg fokusere på hvordan den kjennes. Vi bevisstgjør kroppen og tankene via bevegelsene. Utbyttet av gruppen varierer med hvor jeg er mentalt. Her kan jeg jobbe med smertene. Det er en bevisstgjøring på den ene siden og en måte å glemme smertene på den andre siden. Det dukker opp tanker og følelser, jeg gjør nye oppdagelser hver gang. I gruppen var det aksept for følelser.»

«Jeg kjemper ikke mot kroppen»

Det fremkommer av data at informantene på tidspunktet for intervju har startet en utvikling på det personlige plan. De beskriver at det i prosessen har skjedd endringer i deres handlingsmønster. De opplever det som nødvendig å bruke det de har lært i hverdagslige aktiviteter dersom de skal utvikle det videre. Alle informantene uttrykker et ønske om å lære mer om seg selv, men én informant er bevisst på at hun behøver en pause for å etablere nye inntrykk og erfaringer.

»Det er vanskelig å huske tilbake, alt er annerledes nå. Vi har lært grunnprinsippene, men jeg ønsker å lære mer om meg selv. Jeg har lært å kjenne etter og ta vare på meg selv, jeg aksepterer smertene og aksepterer mine

grenser. Jeg tror at bevisstheten henter frem det jeg har lært uten at jeg tenker over det. Jeg er nødt til å bruke det i hverdagen, det må jobbes med hele tiden. Løsningen på å takle plagene ligger i hvordan jeg opplever meg selv, ikke i hva jeg har opplevd i livet. På jobben tar jeg ikke lenger så hardt i, men tilpasser meg oppgavene. Jeg er fysisk og mentalt sterkere.»

Oppsummering av tema 1) Prosesslæring

Data knyttet til dette tema viser at et spenningsfullt handlingsmønster hos disse informantene har ført til en forsterkning av fysiske symptomer, forandret kroppsbilde og svekket selvtillit. Informantene fremstiller det som at de nå har gjenopprettet kontakten med kroppen og med sine egne grenser i en prosess som inkluderer fysiske, mentale og emosjonelle faktorer. Data viser at prosesslæring tar tid. Informantene beskriver at prosessen førte til at spenningsnivået kunne synke, og de beskriver at de kan oppleve seg selv som mer sikker, sterkere og mer helhetlig. Endringene kan oppleves som omfattende og det er nødvendig å ta tid til hjelp for å integrere sine erfaringer.

Tema 2) Jeg har et verktøy

Temaet består av 5 kategorier; *Jeg opplever meg selv, Jeg tenker annerledes, Jeg har landet, Jeg tenker annerledes, Jeg har mentale og fysiske verktøy, og Nå bestemmer jeg.* Temaet omhandler informantenes videreføring av egen læring, og hvordan de har kunnet ta i bruk sine erfaringer fra gruppebehandlingen i hverdagen.

«Jeg opplever meg selv»

Ifølge datamaterialet opplever informantene det som styrkende å etablere seg selv som sentrum av kroppen og som sentrum av omgivelsene. Når selvbildet blir tydeligere, kunne det vokse frem et ønske i dem om å ta vare på seg selv og sette grenser mot omgivelsene. Følelsen av å være hel kunne øke deres selvtillit og troen på at de ville makte hverdagens oppgaver. De opplevde at kjennskapen til egne reaksjonsmønstre gjorde det mulig å selv vurdere når de skulle mobilisere energi og når de skulle la være. Det opplevdes også som lettere å være støttende for andre når en var forankret i seg selv.

«Jeg vet hvor jeg er og kan møte og støtte andre, uten å måtte gripe etter meg selv rundt omkring. Jeg bruker bevegelsene for å føle meg hel i kroppen, så gjør jeg andre ting mer riktig også. Jeg er mer selvsikker, har mer kraft i kroppen og oppgaver blir ikke til et ork. Jeg tenker at «jeg kan» Jeg tør å si fra.»

«Jeg tenker annerledes.»

Informantene beskriver i datamaterialet at de er i ferd med å frigjøre seg fra den innarbeidete strategien som dreide seg om å bekjempe sine plager eller smerter. De kunne oppleve at det ble utløst en ny tenkemåte relatert til de erkjennelser de hadde gjort seg om personlige styrker og svakheter. Når de opplevde en større trygghet på hva som skjedde i kroppen og større kjennskap til sine egne reaksjonsmønstre, kunne forsvarsmekanismene dempe seg ned. De beskriver hvordan de selv kunne være i stand til å påvirke en utfordrende situasjon, uten å la seg overvelde av andres krav.

«Jeg skjønnte hvorfor det var vondt å sitte, - det er jo i møter jeg skal prestere. Jeg er blitt oppmerksom på at jeg må slippe den stramme holdningen min. Jeg kan senke spenningen når jeg blir stresset og påvirke situasjonen før den blir vanskelig. Øvelsene fra matten hjelper meg når jeg har problemer med å få sove. Jeg har sånne spenninger ennå, men nå vet jeg at de kan forsvinne når jeg gjør ting riktig. Nå kjemper jeg ikke så mye imot kroppen.»

«Jeg har landet»

Det fremkommer av data at informantene opplevde utviklingen av stødighet som sentral i læringsprosessen. De beskriver en opplevelse av at balansen er bedre, og at det kreves mindre energi for å holde seg oppreist. De kan bruke mentale bilder fra gruppebehandlingen, spesielt forestillingen om egen akse eller om kroppens senter for bevegelse (under diafragma), som en hjelp til å finne en balansert sittestilling eller til å stå ubesværet. De opplever å ha mer energi til overs når den ikke brukes til å stramme seg opp. Når kroppen er i balanse kan det gi en opplevelse av å stå trygt som «seg selv» og føle seg i stand til å møte kravene fra andre.

«Jeg strevde med balansen, etter hvert har jeg fått mer bakkekontakt og står stødigere. Skal jeg sitte over lengre tid, må jeg finne balansen og gjøre små justeringer, det er ikke så mye som skal til. Jeg kan holde meg samlet, og slappe av med å være i meg selv. Jeg kan slippe magen og likevel være oppreist. Jeg har landet på begge beina. Jeg kjenner på senteret og føler meg fri og sterk når jeg går. Jeg er stødigere, har mer styrke i ryggen. Jeg sier til meg selv; Du kan stå, du er sterk nok.»

«Jeg har mentale og fysiske verktøy»

Informantene forteller at de i større grad aksepterer seg selv og sine smerter, og bedre kan ta vare på seg selv. De beskriver hvordan det å akseptere kroppen kan gi en opplevelse av frihet og kontroll. De kan også oppleve smerter som mindre truende

ettersom de har erfart at det er mulig å påvirke opplevelsen av dem. Informantene er ikke blitt kvitt sine fysiske plager, men opplever at det er lettere å leve med dem. De forteller at bevegelser fra gruppen kan gjøres i hverdagen, på fritid eller på jobb. Informantene beskriver hvordan erfaringene fra gruppen kan være nyttige når en står ovenfor utfordrende situasjoner, som et verktøy til å senke spenninger og finne konstruktive måter å takle situasjonen på.

«Plagene er der ennå, men de har løsnet veldig fordi jeg aksepterer kroppen min. Jeg tåler bedre å ha vondt. Jeg er blitt mykere i leddene. Jeg har lært å slippe pusten fri og å slippe opp på trykket - det er en veldig frihetsfølelse. Jeg har lært å tenke på meg selv, kjenne etter og ta vare på meg selv. Jeg tar ikke lenger så hardt i når jeg jobber og overforbruker ikke kroppen. Jeg bruker det i hverdagen, det må jobbes med hele tiden. Jeg bruker pusten til å senke spenningen når jeg blir stresset. Jeg gjør bevegelser i stående på kontoret for å få en avspenning. Jeg setter av 20 minutter noen ganger i uken til å gjøre bevegelsene.»

«Nå bestemmer jeg»

I datamaterialet beskriver informantene hvordan utviklingen av gode mestringsstrategier handler om å bli tryggere som person. I behandlingsgruppen kunne de oppleve det som tøft å konfrontere seg selv på områder der de følte seg svak i forholdet til andre mennesker. Det kunne oppleves som utfordrende å få tilbakemelding på hvordan de gav massasje, eller å dele personlige erfaringer med resten av gruppen i den reflekterende samtalen. Informantene beskriver at de etter hvert kunne lære å definere grensene rundt seg selv som person, og dermed lettere kunne ta stilling til hvordan omgivelsene fikk påvirke dem. De beskriver at det kunne utvikles en følelse av styrke gjennom at de anerkjenne sin egen verdi og tillate seg å ha det godt.

«Det var revolusjonerende og fantastisk tøft fordi det løsnet ting som gjorde at jeg forstod meg selv. Jeg vil samle meg og være en -, og være «meg». Jeg har lov til å ha det godt. Jeg er flinkere til å gå inn i meg selv og kjenne etter, å finne og akseptere grenser. Jeg har fått mot til å kreve noe og mot til å stå imot. Styrke til å takle emosjoner og til å arbeide med det som er vanskelig. Nå bestemmer jeg hva som er bra for meg uten å få dårlig samvittighet – jeg kan la ting ligge.»

Oppsummering av tema 2) Jeg har et verktøy

Dette temaet formidler data som gir innsikt i hvordan informantene har tilegnet seg et verktøy til bruk i hverdagen. De beskriver hvordan de kan hente frem bilder eller inntrykk fra bevegelsene fra gruppeterapien som et hjelpemiddel til å håndtere utfordrende hverdagssituasjoner. Opplevelsen av mestring styrker troen på egne ressurser og fører til økt selvtillit. Informantene beskriver at et lavere spenningsnivå oppleves befriende, og at smerter i mindre grad oppleves som en trussel mot å kunne fungere. Noen av informantene bruker verktøyet som et program, og andre som en hjelp til å samle seg, finne ro eller mobilisere krefter.

Tema 3) Å være og lære i gruppen

Temaet består av 6 kategorier; *En avslappet atmosfære, Prestasjonsangst, I gruppen så jeg meg selv, Alle finner det som passer, Massasje – en ny dimensjon og Mer kontakt med meg selv og andre*. Her presenteres data som framstiller de grupperelaterte faktorer som framkom i informantenes beskrivelser.

«En avslappet atmosfære»

I data fremkommer viktigheten av at selve gruppesituasjonen er tilrettelagt for å formidle ro og trygghet. Et romslig og luftig lokale beskrives som viktig for å stimulere til å utfolde seg i bevegelse. Informantene opplever at en rolig stemme hos terapeuten kan bidra til en avspenning som er nødvendig for å kunne utforske kroppen. Informantene understreket viktigheten av at deltakerne tar hensyn til hverandre ved å slå av mobiltelefonen og ikke småprate. De beskriver det som behagelig å støtte seg med puter eller å ha et teppe over seg på matten. En respektfull og tolerant holdning hos terapeuten oppleves som nødvendig, og seriøsitet kan virke oppmuntrende for å våge å utforske bevegelsene. Noen av informantene opplever bruken av metaforer som stimulerende for å finne bevegelsens form, mens en opplever at sterke muskelspenninger gjør det vanskelig å kjenne sammenheng mellom bilde og bevegelse.

«Vi lukker døren og demper lyset. Jeg trenger å ha teppet på, jeg kan ikke slappe av når jeg er kald. Det er utrolig viktig at terapeuten har en behagelig stemme når man ligger der. Terapeuten er seriøs og gir samtidig rom for løssluppenhet. I begynnelsen måtte jeg ha masse puter, men nå kan jeg ligge så lenge jeg vil på ryggen. Det passer ikke med prat her, det forstyrrer konsentrasjonen. Vi har

brukt bilder, de passer så godt inn i det vi gjør, jeg kan se det helt klart for meg. Jeg er så spent i nakken, jeg får ikke noe ut av de bildene».

«Prestasjonsangst»

Data viser at informantene kunne oppleve den første gangen i gruppen som spennende og litt utfordrende med tanke på de andre deltakernes egenskaper og forventninger. Noen kunne føle seg usikker på om de hadde forstått veiledningen riktig, slik at en prøvde å måle seg selv utfra hvordan de øvrige deltakerne utførte bevegelsene. De beskriver at de raskt kunne oppleve fortrolighet og tilhørighet, og at det kunne dannes en atmosfære av støtte og fellesskap. Veiledningen av gruppen beskriver de som trygg og ivaretakende, på en slik måte at de kunne overgi kontrollen til veilederen.

«Først var jeg på vakt mot de andre. Nå konsentrerer jeg meg om meg selv. I gruppen er du ikke alene, da føles bevegelsene ikke så rare. Det er fint å høre hvordan andre opplever det (behandlingen). I gruppen føler jeg et slags håp – noen bryr seg og vil at jeg skal få det bedre. Det er godt å slippe kontrollen og bli ledet av en annen person. Det ble fort en samhørighet i gruppen. Vi jobber sammen.»

«I gruppen så jeg meg selv»

I data fremtrer gruppesituasjonen som en kontinuerlig veksling mellom det å være alene og det å være sammen. Informantene beskriver hvordan hver deltaker fokuserte på seg selv og tillot de andre å gjøre det samme. De opplevde at der var anledning til å lukke seg inne for å definere seg selv. Samtidig opplevde de seg som del av en gruppesituasjon, noe som igangsatte utforsking og refleksjoner relatert til samarbeid og grensesetting. Informantene beskriver hvordan det å være sammen med i en gruppe uten å skulle prestere eller ha ansvar for det som skal skje, kan oppleves som en mulighet til å være ærlig overfor seg selv. De opplevde at det ikke var nødvendig å «holde masken».

«Jeg kan koble ut og glemme de andre. Det indre fokus blir annerledes når jeg er i gruppen, jeg er verken på dypet eller på overflaten, men midt i mellom, og det gir meg et nytt perspektiv å utforske. I gruppen var det lettere å kjenne oppriktig etter, lettere å være ærlig. Det kan være tøft når veilederen hjelper meg og de andre ser det, jeg føler at de andre kan det bedre enn jeg. Jeg merker at jeg tåler dårlig å få kritikk. Jeg forstår at spenningene øker fordi jeg alltid tenker på de andre før meg selv».

«Alle finner det som passer»

Data gjengir erfaringer som er preget av et «jag»-perspektiv. Informantene beskriver at de opplevde gruppebehandlingen som personlig, der hver og en hadde et ansvar for å respektere sine grenser på det fysiske, mentale og emosjonelle plan. De kunne oppleve en frihet til å utforske selv, begrunnet med at terapeuten fokuserte på hva de kunne legge merke til, og ikke på hvorvidt bevegelsen ble utført «riktig». De beskriver at friheten kunne oppleves både forløsende og utfordrende på samme tid. De kunne oppleve det som vanskelig å frigjøre seg fra en innarbeidet trang til å «være flink» og gjøre bevegelsene riktig. Noen beskriver at de fikk reaksjoner som gråt eller sinne når spenningene slapp taket. I data kommer det frem hvordan gruppedeltakerne aksepterte slike reaksjoner på en forståelsesfull måte.

«I gruppen fokuseres det ikke på riktig eller galt – da kan man bare være i det og oppleve nye ting. Jeg finner mitt eget tempo og tar pause når jeg trenger det. Jeg kan alltid bruke noe, alle finner det som passer for dem selv. Når andre gråt i gruppen var det litt ubehagelig i begynnelsen, men så tenkte jeg at det er flott at vi kan tørre. Mine reaksjoner kom helst under samtale.»

«Massasje - en ny dimensjon»

I data kommer det frem at informantene kunne oppleve den fysiske berøringen som finner sted i par-øvelser eller Dropsy-massasje som behagelig å motta, men som spennende eller utfordrende å gi. At fokus ble utvidet til å omfatte en annen person, kunne de oppleve som en ny dimensjon i læringsprosessen. Data viser at det var viktig for informantene å finne seg selv først, for siden å tilpasse seg samspillet med den andre. De kunne oppleve en bekymring for at den andre skulle oppleve noe ubehag, men samtidig kjenne på nære relasjoner som overraskende behagelig.

«Det var tøft å få tilbakemelding på massasjen, jeg sliter med å ta kritikk. Jeg klarer ikke helt å være i det (massasjen), jeg blir opptatt av hvordan jeg skal gjøre det. Det er ikke noe problem at andre tar på meg, men selv er jeg redd for å være for hardhendt. Jeg så at det var viktig å gi seg tid til å bare være der, finne seg selv og finne den andre. Du må tilpasse deg. Det er merkelig behagelig å ha de hendene lagt på skuldrene.»

«Mer kontakt med meg selv og andre»

Data gir innsikt i at gruppesamspillet kan være både utfordrende og lærerikt for informantene. De angir at det skjer en sosial trening i trygge omgivelser, der en kan

innta nye perspektiver på seg selv i en gruppesammenheng. Å bli kjent med seg selv og trygg på sine grenser innad i gruppen fremsto i data som en mulighet til å utvikle nye sosiale mestringsstrategier utenfor gruppen.

«Gruppen har hatt en overraskende innflytelse på meg som person, jeg har lært veldig mye om meg selv. Jeg kunne se meg selv utenfra på en måte. Før, når jeg følte at jeg ikke var bra nok, reagerte jeg med sinne og aggresjon, nå er det lettere å si fra eller å la ting ligge. Jeg har mer kontakt med meg selv og med andre. Nå kan jeg gå på kjøpesenteret uten å få panikk, - jeg kjenner etter og trekker meg ut før det blir for mye».

Oppsummering av tema 3) Å være og lære i gruppen

I data kommer det frem at gruppen som arena for læring, i starten kan være preget av usikkerhet om hvorvidt en evner å møte forventninger fra de andre eller om hvorvidt en utfører bevegelsene «riktig». Informantene opplever det som viktig at terapeuten skaper en atmosfære av respekt, seriøsitet og trygghet. De beskriver at de gradvis opplevde gruppen som støttende. De anga at de kunne ta ansvar for å ta vare på seg selv, og stole på at de andre gjorde det samme. De beskriver at gruppesituasjonen ga en mulighet til å se seg selv i et nytt perspektiv og utforske sine reaksjoner, også de emosjonelle. Dropsy-massasjen fremstår som støttende for håndtering av relasjoner, med en veksling mellom å være giver og mottaker. I datamaterialet fremstår bevegelsesgruppen som en sosial trening som kan bidra til nye handlingsstrategier i dagliglivet.

Oppsummering av resultater

I denne kvalitative studien der fokusgruppe- og dybdeintervju er brukt, er det i datamaterialet fremkommet tre hovedtema med kategorier som belyser essensen i informantenes erfaringer med behandling i gruppe der en har anvendt basal kroppskjennskap. Funnene summeres og illustreres i en modell (fig.7) som gir en forenklet dokumentasjon av 1) faktorer som har bidratt til informantenes læringsprosess og 2) hvordan de har kunnet integrere og gjøre bruk av det de har lært inn i hverdagen. Funnene i studien danner grunnlaget for å utføre en kvalitetssikring av et eksisterende behandlingstilbud for pasienter i diagnosegruppene som er representert i studien. behandlingstilbud kan summeres og illustreres i en kontinuerlig læringssirkel, der hver runde bygger på den forrige i en spirallignende prosess (fig.7).

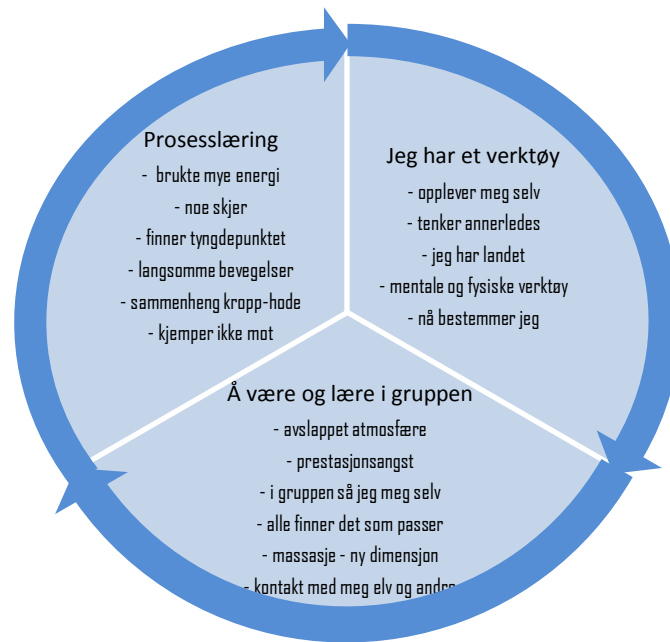


Fig.7: Modell for kvalitetssikring av gruppebehandling med bruk av basal kroppskjennskap.

Sirkelen starter med å få kontakt med seg selv og starte en refleksjon over sammenhenger på fysisk, mentalt og emosjonelt plan. Kontakten gjør det mulig å erfare og definere seg selv, og det legges en basis for videre vekst og utvikling. I relasjon til de andre i gruppen utvides fokus til å omfatte selvet som en del av omgivelsene, i en stadig veksling mellom å gi og få. Gruppen kan virke som en katalysator for å gi mening til de erkjennelsene som er gjort, slik at de kan overføres til hverdagslivet og integreres som nye handlingsstrategier.

8. Drøfting

Formålet med studien er å kvalitetssikre et eksisterende fysioterapitilbud for pasientgruppene på den aktuelle revmatologiske avdelingen. I tråd med internasjonale retningslinjer for kvalitetssikring av helserelaterte tiltak (Davidoff et al., 2008) vil jeg først og fremst drøfte faktorer som kan bidra til et målrettet og meningsfullt behandlingstilbud for målgruppen ved denne institusjonen. Jeg har valgt å bygge drøftingen på data som er fremkommet i analysen av informantenes erfaringer. Deretter drøftes studiens metode og gyldighet med hensyn til de valg som ble gjort før og under

gjennomføringen av den. Kapitlet, og dermed studien, munner ut i en konklusjon som skal vise hvorvidt formålet med studien er blitt oppnådd.

Resultater

Fysioterapi praksis

I den aktuelle revmatologiske avdelingen setter fysioterapitilbudet seg sammen av ulike tilnærminger, avhengig av den aktuelle problemstillingen. Noen av terapeutene tilbyr behandlingsmetoder som manuell terapi, triggerpunktbehandling eller pilatestrening, ettersom de innehar spesialkompetanse innenfor områdene. De fleste anvender fysisk trening og undervisning av pasientene, og i mindre grad elektroterapi, massasje eller manuell mobilisering. Dette er i tråd med europeisk praksis (Hurkmans et al., 2012). Pasientene i avdelingen tilbys som regel trening i varmtvannsbasseng som kan ha en god effekt på smerte og velvære (Falagas, Zarkadoulia & Rafailidis, 2009). Internasjonale retningslinjer for håndtering av langvarige muskel-skjelettplager (herunder også de inflammatoriske) anbefaler at pasientene tilbys både fysisk trening og hjelp til avspenning og stressmestring (Clearinghouse, 2009 ; Bajwa & Smith, 2012) (Braun et al., 2010 ; Vliet Vlieland & Li, 2009). Gruppebehandling med bruk av basal kroppskjennskap har vært tilbudt i den hensikt å bidra til en normalisering av muskelspenninger og til å finne balanse, og dermed motvirke uheldige kompensasjonsmønstre i pasientenes bevegelser.

De mest typiske symptomene som kan opptre hos pasientene ved den aktuelle avdelingen er beskrevet i teorikapitlet under den respektive diagnosen. I datamaterialet beskriver informantene hvordan symptomer og leddplager *oppleves*. Pasienter med sykdommer som RA, AS og PsA kan rapportere en signifikant lavere livskvalitet enn den friske befolkningen, relatert til faktorer som bevegelse, søvn, vanlige aktiviteter, ubehag, depresjon, uro og vitalitet (Laas et al., 2009). Pasientenes hverdag kan preges av en kontinuerlig balanserende prosess mellom omgivelsenes krav og egen prestasjonsevne (Lütze & Arcenholtz, 2007 ; Grønning et al., 2011). Det kan også skje en avvisning og en fremmedgjøring av kroppen (Afrell, Biguet & Rudebeck, 2007), redusert selvtillit og endringer i kroppsbildet (Jorge et al., 2010).

I det følgende velger jeg å bruke modellen for kvalitetssikring (fig.7) som grunnlag for å drøfte hvorvidt gruppebehandling med anvendelse av basal kroppskjennskap kan bidra til å lindre plager som er vanligere hos pasienter i de aktuelle diagnosegruppene.

Modell for kvalitetssikring

1. Prosesslæring

Data som er knyttet til dette temaet beskriver hvordan informantene opplevde at kontakten til egen kropp utløste en læringsprosess gjennom bevegelsene som inngikk i behandlingen. I sin artikkel om kroppsfenomenologi slår Moe (2009) fast at bevegelse er kroppens kilde til læring og grunnleggende for personens opplevelse av seg selv og omgivelsene. Bjørke (2001, s.44-47) hevder at kunnskapsoverføring fra fysioterapeutens side ikke kan gi læring før pasienten har erfart og omsatt kunnskapen i seg selv, - en «indrestyring». Ifølge Stamm et al. (2008) er det mulig å påvirke kroppsopplevelsen i en positiv retning ved å delta i aktiviteter som er rettet mot å ta vare på kroppen, kjenne på kroppen og å skape et nytt kroppsbilde. Evnen til å oppleve og uttrykke nærvær i kroppen, og kjenne på følelsers kroppslige forankring kan motivere til nye handlingsstrategier (Grahn, Stigmar & Ekdahl, 2001).

I datamaterialet beskriver informantene hvordan de opplever å finne stabilitet og balanse, og at de klarer å slippe spenninger. I et bevegelsesperspektiv er det postural kontroll som gjør det mulig å balansere muskelspenning på en hensiktsmessig måte (Brodal, 2004, s.274). Postural kontroll kan være betydelig nedsatt hos personer med RA eller AS (Durmus et al., 2010 ; Rome et al., 2009), og regnes som et viktig element i fysioterapi ved artrittsykdommer (Silva et al., 2010). Kroppsbevissthet gjennom bevegelse kan styrke opplevelsen av kontroll og stabilitet (Johnsen & Råheim, 2010).

2. Verktøy

I datamaterialet kommer det frem at informantene opplever seg selv på en ny måte og tenker annerledes om seg selv og om sine grenser mot omgivelsene. De beskriver hvordan de gjennom å bruke bevegelser eller bilder fra gruppebehandlingen kan oppleve seg som mer sterk og stødig i møte med hverdagens utfordringer. I basal kroppskjennskap anvendes enkle bevegelser *fra* hverdagen til bruk *i* hverdagen, og den er rettet mot så vel mentale som fysiologiske prosesser. Kjennskap til kroppen og til følelseslivet kan styrke identitetsopplevelsen (Ekerholt & Bergland, 2008), som

påvirker vårt utgangspunkt for handling og adferd (Gyllensten et al., 2010). Den kan bidra til å utvikle en positiv holdning til egen kropp, en indre glede og en frihet til å handle (Dragesund & Råheim, 2008). Bekymringer for sykdom kan bli mindre når en erkjenner at psykiske reaksjoner kan være knyttet til smertene og at en er i stand til å påvirke begge deler med avspenning, bevegelse og fri pust (Steihaug, Ahlsen & Malterud, 2002). Hos pasienter med artritt er det ikke bare de kliniske manifestasjonene som kan redusere funksjonsnivået, men også psykologiske variabler, som hjelpeløshet, passivitet og depresjon (Brionez et al., 2009). De kan ved å lytte til kroppen lære å justere sine handlingsstrategier i hverdagen på en måte som gjør det mulig å delta i ønskede aktiviteter (Grønning et al., 2011).

3. Gruppen

Datamaterialet gir innsikt i hvordan informantene opplevde grupperelaterte faktorer som støttende for læringsprosessen. I basal kroppskjennskap gjøres det bruk av gruppen som en arena for å utforske hvordan kontakten med seg selv i en *bevegelses*-relasjon til andre. I bevegelsene utforskes grensesetting, forholdet mellom nærhet og avstand og forholdet mellom å gi og ta. Store deler av dagliglivet er i vår kultur er også knyttet til ulike gruppesammenhenger. På bakgrunn av dette kan gruppebehandling anvendes som en forberedelse til hverdagssituasjoner. Underlid (1997, s.14-20) ser på gruppen som en spesifikk form for sosialt liv. Han snakker om at det skjer en sosial fasilitering, der gruppen som helhet kan vokse ut over summen av enkeltindividene. I gruppen kan en oppleve å bli sett, hørt og akseptert av likemenn og av veileder (Steihaug, Ahlsen & Malterud, 2002). Å anerkjenne sin egen verdi i forholdet til andre kan bidra til motivasjon for mestring av hverdagen (Grahn, Stigmar & Ekdahl, 2001). Personer i våre omgivelser er viktige for å utvikle en indre kontrollplassering, det vil si forventning om mestring i kraft av egne evner, og gruppens deltakere kan gjensidig motivere hverandre (Manger, 2000, s.55-56). Kvaliteten i interaksjonen mellom pasient og terapeut kan ha stor betydning for behandlingens effekt, og avhenger blant annet av terapeutens evne til å se pasientens ressurser (Gyllensten et al., 1999). I veiledningen må terapeuten formidle tillit og fordomsfrihet i en balansegang mellom å utfordre og støtte hver enkelt pasient (Skjærven, Kristoffersen & Gard, 2010). Ved å tilegne seg kunnskap om bevegelse gjennom egen kropp og bruke dette i verbal og kroppslig kommunikasjon, kan terapeuten fremme en fullstendig og funksjonell bevegelsesmåte (Engelsrud, 2001,

s.111-115). I fysioterapien er der behov for et språk som levendegjør opplevelser og erfaringer (Skatteboe, 2000, s.45), og som er egnet til å beskrive og produsere erfaringsprosesser (Engelsrud, 2001, s.115). I basal kroppskjennskap skilles det tydelig mellom det språk som forklarer teori og det språk som brukes i møte med pasienten. I behandlingssituasjonen tas det i bruk et vokabular som er rettet mot å nå inn til personens «*jeg*», og mot *opplevelsen* av bevegelse. I behandlingen gjøres det bruk av grunnleggende bevegelser for å nå inn til *selvet*, - til opplevelsen av seg selv som et selvstendig og sammenhengende hele. I gruppebehandling kan selvforståelsen øke som følge av de bekreftelser en får i samspill med andre (Karterud, 1999, s.308-312).

Drøfting av metode

I studien er det informantenes erfaringer og synspunkter som danner kunnskapsgrunnlaget. Min rolle har vært å innhente og gjøre materialet forståelig, samt å sette det inn i en ramme der kunnskapen kan brukes. I dette avsnittet vil jeg redegjøre for hvordan jeg har lagt til rette for at analyser og resultater skal være pålitelige og gyldige. Faktorer som kan påvirke studiens styrke er valg av metode, valg og rekruttering av informanter, spørsmålsstilling og intervjueteknikk, valg som ble foretatt under transkripsjon- og analysearbeidet, samt min egen rolle i prosessen (Kvale & Brinkmann, 2010, s.250).

Studiens problemstilling er å belyse pasienters erfaringer med basal kroppskjennskap som gruppetilnærming med det formål å kvalitetssikre behandlingstilbudet. For å svare på problemstillingen valgte jeg en kvalitativ forskningsmetode, med dens muligheter til å oppnå dypere innsikt i pasientenes opplevelser (Malterud, 2003, s.33). Metodens styrke var at den åpnet for anskuelser som jeg ikke kjente til på forhånd. Samtidig er grunnlaget for å generalisere funnene i studien begrenset av et lavt antall informanter. Størrelsen på fokusgruppene lå i underkant av litteraturens anbefalinger på 4-10 personer (Morgan, 1988, s.43 ; Wibeck, 2010, s.62). Større grupper hadde vært ønskelig for å skape mangfold i datamaterialet.

Jeg har brukt fokusgruppeintervju og individuelt gruppeintervju som verktøy til å skape datamateriale. Intervjuet gav en særegen mulighet til å utdype pasientenes tanker og opplevelser og utvide tidligere kunnskap på feltet. utfordringen lå i å balansere min egen nærhet til feltet med den nødvendige nøytralitet til det som måtte komme frem

(Kvale & Brinkmann, 2010, s.37). I ettertid ser jeg at kombinasjonen av de to intervjuformene har gitt et fyldig materiale. Det gir innsikt ikke bare i behandling der basal kroppskjennskap inngår, men også i elementer ved tilbudet slik det gis ved min avdeling. En kan diskutere om hvorvidt rekkefølgen hadde noe å si for resultatet, - selv tror jeg at dybdeintervjuene kunne gitt meg nyttig erfaring som moderator *før* jeg gikk i gang med fokusgruppene.

Utvelgelsen av informanter ble gjort på bakgrunn av ønsket om variasjon i kjønn, alder og diagnose. Heterogenitet var hensiktsmessig for å øke bredden og mangfoldet i erfaringene som kom frem (Malterud, 2003, s.58-59) (Domholdt, 2005, s.113). Sammensetningen av informanter er gjengitt i tabell 1. Informantene i studien er hentet delvis fra det behandlingstilbudet som studien har som målsetting å kvalitetssikre, og delvis fra tilsvarende grupper i privat praksis. Informantene har sterke likheter med tanke på fysiske problemstillinger.

Kjønnsfordeling		Aldersgrupper		Behandlinger i snitt		Diagnoser	
Kvinner	8	30-39	3	Kvinner	4	RA	4
Menn	3	40-49	2	Menn	5,3	AS	1
		50-59	5	Fokusgruppe	5	PsA	1
		60-69	1	Dybdeintervju	4,5	LMS*	5
				Alle	4,4		

* Langvarige muskel-skjelettplager

Tabell 1: Demografisk fordeling.

Fordelingen viser en overvekt av kvinnelige informanter. Det foreligger ingen statistikk for aldersfordeling eller diagnosefordeling blant pasientene på revmatologisk avdeling, men bildet som her kommer frem, stemmer godt overens med mine erfaringer fra avdelingen. Omfanget av deltakelse i gruppe med basal kroppskjennskap fordelte seg jevnt mellom kvinner og menn og mellom pasienter fra sykehusavdelingen (fokusgruppe) og fra privat praksis (dybdeintervju).

Samtlige informanter var rekruttert fra en såkalt «frivillig» gruppe, det vil si at de var motiverte for å fortsette i gruppe med basal kroppskjennskap. Deres uttalelser vil være påvirket av at behandlingen har hatt en positiv effekt, og at de ønsker et fremtidig behandlingstilbud. Samtidig kan det ha bidratt til å få frem mer detaljerte og nyanserte beskrivelser av deres erfaringer. I en større studie ville det være av interesse å intervju pasienter som ikke ønsket å fortsette behandlingen. Denne studien gir ingen kunnskap om pasienter som ikke ønsker den aktuelle behandlingen.

I tillegg til rollen som moderator, hadde jeg selv veiledet behandlingsgruppene som informantene til fokusgruppene ble rekruttert fra. Kjennskap til informantene og til behandlingstilbudet ga meg fordelen med å kunne lede informantene mentalt tilbake til behandlingssituasjonen og stimulere til fremkalling av minner. På den annen side kan det ha oppstått et såkalt «asymmetrisk maktforhold» mellom informantene og meg selv som påvirket kunnskapsdannelsen og dermed studiens validitet (Kvale & Brinkmann, 2010, s.52). På tidspunkt for intervju var alle informantene, bortsett fra én, utskrevet fra sykehuset og ikke lengre i et avhengighetsforhold til verken moderator eller til avdelingen, men det er likevel en mulighet for at de ville uttalt seg friere overfor en fremmed og nøytral person. For å styrke studiens gyldighet og for å øke fylden i data materialet, ble det rekruttert fire informanter med et nøytralt forhold til moderator. De hadde vært i behandling i andre lokaler og med en annen fysioterapeut. Jeg ser i ettertid at datamaterialet fikk en betraktelig større fylde når informasjonen kom fra flere ulike grupper. Mitt anliggende, å evaluere behandlingstilbudet på revmatologisk avdeling, regner jeg likevel som ivaretatt ettersom datamaterialet derfra inngår i sin helhet i analysen av det totale materialet.

Intervjusituasjonen startet med en informerende innledning med den hensikt å gjøre informantene trygge i den spesielle samtaleformen som intervjuet utgjør. Jeg ga til kjenne at jeg var nysgjerrig på alle typer erfaringer og at jeg søkte detaljrikdom og nyanser i beskrivelsene. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål. Meningen var å stimulere til å beskrive opplevelser knyttet til behandlingen med basal kroppskjennskap, uten at jeg som moderator skulle trekke frem noen av dem som viktigere enn andre. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om barrierer forbundet med behandlingen som kunne virke negativt på utbytte av den.

I fokusgruppeintervjuene var det som nybegynner utfordrende å stimulere til dyptgående beskrivelser. Jeg merket at holdt meg tilbake for ikke å påvirke noen til å utlevere seg. At jeg tidligere hadde vært i en behandler-rolle overfor dem kan ha gitt meg en maktposisjon som vi alle, bevisst eller ubevisst, forholdt oss til (Kvale & Brinkmann, 2010, s.37). Informantene støttet seg til hverandre og stimulerte til utdypende beskrivelser ved å nikke eller komme med bekræftende tilsagn. Interaksjonen i gruppen bidro til at informantene gjensidig minnet hverandre på faktorer som var relevant for samtalen.

Erfaringene fra fokusgruppene tok jeg med meg til dybdeintervjuene. Jeg hadde fått erfaring med å være moderator, men også fått innsikt i tema som kunne være viktig å belyse ytterligere. Situasjonen i dybdeintervjuene var oversiktlig og det ble enklere å dvele ved og fordype informantens uttalelser. Etersom jeg ikke hadde møtt informantene før og deres forhold til meg ikke ville påvirke deres videre behandling, kan det ha vært lettere for disse informantene å si hva de tenkte, og ikke hva de trodde var «riktig» å svare. Muligheten var til stede for å justere spørsmålsformuleringen mellom hvert av intervjuene, men jeg opplevde at informantene brakte hver sin unike fortelling inn i intervjuet og på den måten reduserte behovet for å følge en oppsatt intervjuguide. Det dreide seg mer om å stimulere til utdyping av de individuelle beskrivelsene.

Jeg transkriberte intervjuene selv, og fylte ut med non-verbal kommunikasjon som jeg husket eller hadde notert. Jeg la merke til at noe av meningen bak ordene kunne gå tapt etter at følelsesbærere som tonefall og stemmevolum eller gestikulasjoner var eliminert (Malterud, 2003, s.77) (Kvale & Brinkmann, 2010, s.192-196). Etter transkripsjon og renskrivning sendte jeg derfor utskriften til deltakerne, og fikk tilbakemelding på om jeg hadde forstått dem riktig eller utfyllende kommentarer til teksten.

I analysearbeidet var det utfordrende å sette min egen forforståelse til side, spesielt på grunn av min nærhet til feltet. Jeg søkte bevisst etter det som *ikke* var kjent fra før og etter faktorer som gav meg assosiasjoner ut over mine egne erfaringer. Det ble hensiktsmessig å foreta noen valg med tanke på hva som var relevant for studiens formål. Valgene har blitt gjort på grunnlag av min evne til å reflektere over datamaterialets relevans for fysioterapibehandling. Med en annen problemstilling som utgangspunkt, kunne valgene falt ut annerledes.

Lang erfaring med pasientgruppen og med behandlingsmetoden som studeres har gitt meg et grunnlag for å forstå og å tolke informantenes opplevelser og erfaringer. For å oppnå en gyldig kunnskap, har jeg prøvd å *samtidig* etablere en avstand til stoffet (Thornquist, 2002, s.219-220). Jeg har søkt å finne ulike ståsteder og perspektiver for betraktning av informantenes beskrivelser, og prøvd å unngå en bedømming eller forklaring av *hvorfor* informantene opplever ting slik de gjør (Kvale & Brinkmann, 2010, s.246-247 ; Olsson & Sørensen, 2003, s.67). I studien har jeg tilstrebet en analyse som åpner for en bredest mulig forståelse av informantenes utsagn. Min

referanseramme som fysioterapeut og mine erfaringer innenfor feltet har likevel påvirket min evne til å fange opp nyanser i datamaterialet (Malterud, 2003, kap.3).

Studiens konklusjon og nytteverdi

Studiens hensikt var å kvalitetssikre hvorvidt et eksisterende fysioterapitilbud kan stimulere pasientene til endring eller økt selvstendighet i hverdagen. Det som har kommet frem i datamaterialet har styrket min antagelse av bevegelseskonseptet basal kroppskjennskap som en mulighet til å involvere pasienten som helhet. Behandlingen ser ut til å kunne påvirke faktorer som fremmer utviklingen av hensiktsmessige bevegelsesstrategier i dagliglivet.

Jeg vil ta med meg resultatene fra studien i det videre arbeidet på revmatologisk avdeling, og ha som mål å videreføre tilbudet for pasientene som er innlagt. Jeg vil foreslå at det legges opp til et tilbud som innebærer 2 ukentlige bevegelsesøktninger i uken. Varigheten bør utvides til 2 timer, slik at det kan settes av nok tid til refleksjon og samtale. Det synes hensiktsmessig å fortsette bruken av loggbok, der pasientene noterer opplevelser, erkjennelser eller reaksjoner tilknyttet bevegelsene, samt hvordan de kan bruke erfaringene i tiden mellom gruppebehandlingene. I tillegg til egne, profesjonelle observasjoner tilbyr de konkrete holdepunktene som kom frem i sirkelen for kvalitetssikring (fig.7) en anledning til å kontinuerlig evaluere pasientenes utbytte av å delta i gruppen.

Ifølge datamaterialet ønsker pasientene et tilbud som strekker seg ut over de 2-3 månedene som dannet bakgrunn for studien. I samråd med avdelingens ledelse synes det hensiktsmessig å vurdere etablering av et poliklinisk tilbud som en forlengelse til oppholdet i avdelingen. Det vil være av interesse å etablere en rutine for undersøkelse og langtidsevaluering, fortrinnsvis med måleinstrumentet BARS. Det kan være aktuelt å bruke måleverktøy for livskvalitet og opplevd mestring som et tillegg.

Referanser

Afrell, M., Biguet, G. & Rudebeck, C. E. (2007) Living with a body in pain - between acceptance and denial. *Scand J Caring Sci*, 21, s. 291-296.

Antonovsky, A. (1988) *Unraveling the Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*.

Antonovsky, A. (1990) Studying health vs. studying disease. I: Berlin.

Bajwa, Z. H. & Smith, H. S. (24.01.2012 2012) *Overview of the treatment of chronic pain* [Internett], UpToDate. Tilgjengelig fra:
<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-chronic-pain?source=search_result&search=chronic+pain+management&selectedTitle=1%7E150#H24> [Nedlastet 14.04.].

Bendix, A. F. red. (2011) *Psykosociale faktorer ved muskel- og skelettsygdomme*. København, Munksgaard.

Bjørke, G. red. (2001) *Fysioterapi som pedagogisk praksis*. Høyskoleforlaget Kristiansand.

Bliddal, H. (2011) Andre reumatiske sykdomme. I: Danneskiold-Samsøe, B., Lund, H. & Wæhrens, E. E. red. *Klinisk Reumatologi*. København, Munksgaard.

Bliddal, H., Rasmussen, J. O., Winkel, A. & Fredriksen, B. red. (2002) *Revmatiske sykdomme i ryg og nakke*. Munksgaard Danmark.

Braun, J., van den Berg, R., Baraliakos, X., Boehm, H., Burgos-Vargas, R., Collantes-Estevez, E., Dagfinrud, H., Dijkmans, B., Dougados, M. & al, E. (2010) 2012 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2011 (70), s. 896-904.

Brionez, T. F., Assassi, S., Reveille, J. D., Learch, T. J., Diekman, L., Ward, M. W., Davis, J. C., Weisman, M. H. & Nicassio, P. (2009) Psychological correlates of self-reported functional limitation in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Research & Therapy*, 11 (6), s. 1-9.

Brodal, P. (2004) *The Central Nervous System - Structure and Function*-. Third. utg. Oxford, Oxford University Press.

Catalan-Matamoros, D., Skjærven, L. H., Labajos-Manzanares, M. T., Martínez-de-Salazar-Arboleas, A. & Sàncnes-Guerrero, E. (2010) A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patents with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25 (7), s. 617-626.

Clearinghouse, N. G. (07.09.2011 2009) *Rheumatoid arthritis. The management of rheumatoid arthritis in adults. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. NGC: 007178.* [Internett], National Guideline Clearinghouse. Tilgjengelig fra: <<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=14310&search=rheumatoid+arthritis>> [Nedlastet 04.04.].

Dagfinrud, H., Kjekken, I., Mowinckel, P., Hagen, K. B. & Kvien, T. K. (2005) Impact of functional impairment in ankylosing spondylitis: impairment, activity limitation and participation restrictions. . *J Rheumatol*, 32, s. 516-23.

Danneskiold-Samsøe, B. & Herlin, T. red. (2011) *Reumatoid artrit*. København, Munksgaard Danmark.

Davidoff, F., Batalden, P., Stevens, D., Ogrinc, G. & Mooney, S. (2008) *Publication guidelines for reporting healthcare quality improvement research.* [Internett], New Hampshire, SQUIRE development group. Tilgjengelig fra: <<http://squire-statement.org/guidelines>> [Nedlastet 30.05.].

Deleuran, B. & Deleuran, M. red. (2006) *Psoriasisartrit*. København, Denmark, FADL'S Forlag.

Domholdt, E. (2005) *Rehabilitation Research - Principles and Applications.* Elsevier Saunders USA.

Dragesund, T. & Råheim, M. (2008) Norwegian psychomotor physiotherapy and patents with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practise*, 24 (4), s. 243-254.

Dropsy, J. (1975) *Leva i sin kropp: Kroppslig Uttryck och Mänsklig Kontakt.* Stockholm, Bokforlaget Natur och Kultur Sverige.

Dropsy, J. (1988) *Den harmoniska kroppen - en osynlig øvning.* Stockholm, Bokforlaget Natur och Kultur Sverige.

Durmus, B., Altay, Z., Ersoy, Y., Baysal, O. & Dogan, E. (2010) Postural stability in patients with ankylosing spondylitis. *Disabil Rehabil*, 32 (14), s. 1156-1162.

Ejstrup, L. & Sørensen, I. J. red. (2006) *Spondylitis Ancylopoetica*. København, FADL's Forlag.

Ekerholt, K. & Bergland, A. (2008) Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action. *Phys.Ther.*, 88, s. 832-840.

Engelsrud, G. red. (2001) *Bevegelse som kunnskapsområde i fysioterapi.*, Høyskoleforlaget Kristiansand.

Eriksson, E., Nordwall, V., Kurlberg, G., Rydholm, H. & Eriksson, A. (2002) Effects of Body Awareness Therapy in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Adv Physiother*, 4, s. 125-135.

Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. & Rafailidis, P. I. (2009) The therapeutic effect of balneotherapy: evaluation of the evidence from randomised controlled trials. *International Journal of Clinical Practice*, 63 (7), s. 1068-1084.

Fjelland, R. & Gjengedal, E. (2005) *Vitenskap på egne premisser, vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Oslo, Norway, Gyldendal akademisk.

Fjellman-Wiklund, A., Grip, H., Andersson, H., Karlsson, J. S. & Sundelin, G. (2003) EMG trapezius activity pattern in string players: Part II - Influences of basic body awareness therapy on the violin playing technique. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 33, s. 357-367.

Fossåskaret, E. (1997) Ustrukturerte intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke noenkvalitativ undersøkelse. I: Fossåskaret, E., Fuglestad, O. & Aase, T. red. *Metodisk feltarbeid*. Oslo, Universitetsforlaget.

Friis, S., Skatteboe, U. B., Hope, M. K. & Vaglum, P. (1989) Body Awareness Group Therapy for Patients with Personality Disorders. 2. Evaluation of the Body Awareness Rating Scale. *Psychother Psychosom* 51, s. 18-24.

Gallagher, S. & Zahavi, D. (2010) *Bevidsthedens fenomenologi*. København, Gyldendal.

Gard, G. (2005) Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and rehabilitation*, 27, s. 725-728.

Gettings, L. (2010) Psychological well-being in rheumatoid arthritis: a review of the literature. *Musculoskeletal Care*, 8 (2), s. 99-106.

Giorgi, A. (1985) *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh, Duquesne University Press.

Giorgi, A. (1997) The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28 (2), s. 235-260.

Gordeev, V. S., Maksymowych, W. P., Evers, M. A. A., Ament, A., Schachna, L. & Boonen, A. (2010) Role of contextual factors in health-related quality of life in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*, 69, s. 108-112.

Grahn, E. B. M., Stigmar, K. E. E. & Ekdahl, C. S. (2001) Motivation for change and personal resources in patients with prolonged musculoskeletal disorders. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 5 (3), s. 160-172.

Gran, J. T. (2009) *Innføring i klinisk revmatologi*. Oslo, Gylden akademiske

Grotle, M., Hagen, K. B., Uhlig, T. & Aas, E. (2011) Cost of Illness for Patients with Arthritis Receiving Multidisciplinary Rehabilitation Care. *Rehabilitation Research and Practise*, 2011 (Article ID 487025), s. 11 pages.

Grønning, K., Lomundal, B., Koksvik, H. S. & Steinsbekk, A. (2011) Coping with arthritis is experienced as a dynamic balancing process. A qualitative study. *Clin Rheumatol*, 30, s. 1425-1432.

Gyllensten, A. L. (2001) *Basic Body Awareness Therapy Assessment, treatment and interaction*. Lund University, Department of Physical Therapy.

Gyllensten, A. L., Ekdahl, C. & Hansson, L. (1999) Validity of the Body Awareness Scale-Health (BAS-H). *Scandinavian Journal of caring sciences*, 13, s. 217-226.

Gyllensten, A. L., Gard, G., Salford, E. & Ekdahl, C. (1999) Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International*, 4 (2), s. 89-109.

Gyllensten, A. L., Hansson, L. & Ekdahl, C. (2003) Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A randomised controlled study in psychiatric outpatient care. *Adv Physiother*, 5, s. 179-90.

Gyllensten, A. L., Skär, L., Miller, M. & Gard, G. (2010) Embodied identity - A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practise*, 26 (7), s. 439-446.

Haglund, D. A. R. (1989) Husserl och den fenomenologiska filosofin. I: Husserl, E. red. *Fenomenologins idè*. Göteborg, Daidalos AB.

Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Hedlund, L. & Gyllensten, A. L. (2010) The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14, s. 245-254.

Heggdal, K. (2008) *Kropskunnskaping. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2010) *ICF - Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra:
<http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_1161.aspx>

Hurkmans, E. J., Li, L., Verhoef, J. & Vliet Vlieland, T. P. (2012) Physical Therapists' Management of Rheumatoid Arthritis: Results of a Dutch Survey. *Musculoskeletal Care*,

Husted, J. A., Gladman, D. D., Farewell, V. T. & Cool, R. J. (2001) Health-Related Quality of Life of Patients With Psoriatic Arthritis: A Comparison With Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care and Research*, 45, s. 151-158.

Johnsen, R. W. & Råheim, M. (2010) Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. *Adv Physiother*, 12, s. 166-174.

Jorge, R. T. B., Brumini, C., Jones, A. & Natour, J. (2010) Body image in patients with rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol*, 20 (491-495),

Karterud, S. (1999) *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Oslo, Pax Forlag A/S.

Keysor, J. & Brems, A. (2011) Exercise: necessary but not sufficient for improving function and preventing disability? *Current Opinion in Rheumatology*, 23 (2), s. 211-218.

Kjøller, M. red. (2011) *Folkesundhet - utbredelsen af muskel- og skeletsygdomme i Danmark*. København, Munksgaard.

Klingberg-Olsson, K., Lundgren, M. & Lindstrøm, I. (2000) "Daring to choose what I want" - Basic Body Awareness Therapy and group psychotherapy - a cooperative project between physiotherapist and psychologist for patients with pain/tension syndrome. *Nordisk Fysioterapi*, 4 (3), s. 133-141.

Knizek, B. L. red. (1998) *Interview - design og perspektiv*. Oslo, Norway, Universitetsforlaget.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademisk

Langeland, E. (2007) *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems* University of Bergen.

Langius-Ekløf, A. red. (2008) *Salutogenes och känsla av sammanhang*.

Leder, D. (1990) *The Absent Body*. The University of Chicago Press.

Leirvåg, H., Pedersen, G. & Karterud, S. (2010) Long-term continuation treatment after short-term day treatment of female patients with severe personality disorders: Body awareness group therapy versus psychodynamic group therapy *Nord J Psychiatry*, 64, s. 115-122.

Lemmey, A. B., Marcora, S. M., Chester, K., Wilson, S., Casanova, F. & Maddison, P. J. (2009) Effects of High-Intensity Resistance Training in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care and Research*, 61 (12), s. 1726-1734.

Lundgren, S. (2005) *Pain and Physical Activity in Rheumatoid Arthritis. A cognitive Approach in Physical Therapy*.

Lütze, U. & Arcenholtz, B. (2007) The impact of arthritis on daily life with the patient perspective in focus. *Scand J Caring Sci*, 21, s. 64-70.

Laas, K., Roine, R., Räsänen, P., Sintonen, H., Leirisalo-Repo, M. & HUS, Q. S. G. (2009) Health-related quality of life in patients with common rheumatic diseases referred to a university clinic. *Rheumatol Int*, 29 (267-273),

- Malmgren-Olsson, E.-B. & Armelius, B.-Å. (2003) Non-specific musculoskeletal disorders in primary care: subgroups with different outcome pattern. *Physiotherapy Theory and Practise*, 19, s. 161-173.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Manger, T. (2000) Hva påvirker vår motivasjon for læring? I: Raaheim, A. & Raaheim, K. red. *Læring hos voksne*. Bergen, Sigma.
- Mattson, M. (1998) *Body Awareness Applications in Physiotherapy*. Umeå Universitet Sverige.
- Mengshoel, A. M. (2000) Fysioterapi ved revmatoid artritt. *Fysioterapeuten*, 3,
- Merleau-Ponty, M. (1994) *Kroppens fenomenologi*. Pax Forlag Norge.
- Moe, S. (2009) Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fysioterapeuten*, 4, s. 17-21.
- Morgan, D. L. (1988) *Focus Groups as Qualitative Research*. London, England, Sage Publications.
- NFF, N. F. (2006) *Hva er fysioterapi?* [Internett], Oslo, Norsk Fysioterapeutforbund. Tilgjengelig fra: <<http://www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi>> [Nedlastet 28.04.].
- Norèn, A. M., Bogre, U., Bolin, J. & Stenstrøm, C. (2001) Balance assessment in patients with peripheral arthritis: applicability and reliability of some clinical assessments. *Physiotherapy Research International*, 6, s. 193-204.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative aspekter*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Parviainen, J. (1998) *Bodies moving and moved: a phenomenological analysis of the dancing subject and the cognitive and ethical values of dance art*. Tampere, Tampere University Press.
- Ramm, J. (2001) *Stadig flere får langvarige helseplager*. <http://www.ssb.no/vis/magasinet/analyse/art-2001-02-05-01.html>

Rome, K., Dixon, J., Gray, M. & Woodley, R. (2009) Evaluation of static and dynamic postural stability in established rheumatoid arthritis: Exploratory study. *Clinical Biomechanics*, 24 (6), s. 524-526.

Roxendal, G. (1985) *Body Awareness therapy and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy*. Göteborg Universitet.

Roxendal, G. & Winberg, A. (2002) *Levande Människa: basal kroppskänndom för rörelse och vila*. Stockholm, Förlaget Natur och Kultur Sverige.

Schiøtt-Christensen, B. red. (2011) *Reumatologiske sygdomme i nakke, ryg og bækken*. København, Munksgaard Danmark.

Schur, P. H. & Moreland, L. W. (16.02.2011 2011) *General principles of management of rheumatoid arthritis* [Internett], UpToDate. Tilgjengelig fra:
<http://www.uptodate.com/contents/general-principles-of-management-of-rheumatoid-arthritis?source=search_result&search=rheumatoid+arthritis+management&selectedTitle=2%7E150#H19> [Nedlastet 14.04.].

Schutz, A. & Luckmann, T. (1980) *The Structures of the Life-World*. Evanston, USA, Northwestern University Press.

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

Silva, K. N., Mizusaki Imoto, A., Almeida, G. J., Atallah, A. N., Peccin, M. S. & Fernandes Moca Trevisani, V. (2010) Balance training (proprioceptive training) for patients with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*, 12 (5),

Skatteboe, U. B. (2000) *Basal Kroppskjennskap og bevegelsesharmoni BARS*. Oslo,

Skatteboe, U. B., Friis, S., Hope, M. K. & Vaglum, P. (1989) Body Awareness Group Therapy for Patient with Personality Disorders. 1: Description of the Therapeutic Method. *Psychother Psychosom*, 51, s. 11-17.

Skjærven, L. H. (1999) *Å være seg selv - mer fullt og helt. En tilnærming til bevegelseskvalitet. En feltstudie av en bevegelsespraksis av bevegelsespedagog og psykoterapeut Jacques Dropsy.*, University of Bergen, Institutt for fysioterapivitenenskap.

Skjærven, L. H., Gard, G. & Kristoffersen, K. (2003) Basic Elements and Dimensions to the Phenomenon of Quality of Movement - a Case Study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 7 (4), s. 251-260.

- Skjærven, L. H., Gard, G. & Strand, L. I. (2011) Body Awareness Rating Scale - Development, Reliability and Validity. I: *World Confederation of Physical Therapy*. Amsterdam.
- Skjærven, L. H., Kristoffersen, K. & Gard, G. (2008) An eye for movement quality: a phenomenological study of movement quality reflecting a group of physiotherapists' understanding of the phenomenon *Physiotherapy Theory and Practise*, 24, s. 13-27.
- Skjærven, L. H., Kristoffersen, K. & Gard, G. (2010) How Can Movement Quality Be Promoted in Clinical Practise? A Phenomenological Study of Physical Therapist Exerts. *Physical Therapy* 90 (10), s. 1479-1492.
- Stamm, T., Lovelock, L., Stew, G., Nell, V., Smolen, J., Jonsson, H., Sadlo, G. & Machold, K. (2008) I Have Mastered the Challenge og Living With a Chronic Disease: Life Stories of People With Rheumatoid Arthritis. *Qualitative Health Research*, 18 (5), s. 658-669.
- Steengaard-Pedersen, K., Hansen, T. M., Østergaard, M., Skjødt, H. & Tarp, U. red. (2006) *Reumatoid Artritt*. København, FADL'S Forlag.
- Steihaug, S., Ahlsen, B. & Malterud, K. (2002) "I am allowed to be myself": Women with chronic muscular pain being recognized. *Scand J Public Health*, 30 (4), s. 281-287.
- Sættem, L. S. & Stiles, T. C. red. (2008) *Kroniske smerter*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Thornquist, E. (1983) *Lungefysioterapi*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2002) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen, Norway, Fagbokforlaget.
- Thörnborg, U. & Mattson, M. (2010) Rating body awareness in persons suffering from eating disorders - A cross-sectional study. *Adv Physiother*, 12, s. 24-34.
- Underlid, K. (1997) *Gruppepsykologi*. Oslo, Fagbokforlaget.
- van Manen, M. (1990) *Researching Lived Experience*. The Althouse Press Canada.
- Vliet Vlieland, T. (2007) Non-drug care for RA - is the era of evidence-based practice approaching? *Rheumatology*, 46, s. 1397-1404.

Vliet Vlieland, T. & Li, L. (2009) Rehabilitation in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis: differences and similarities. *Clin Exp Rheumatol.*, 27 (4 Suppl 55), s. 171-178.

Vriezekolk, J., Eijsbouts, A., Evers, A., Stenger, A., Van den Hoogen, F. & Van Lankveld, W. (2010) Poor psychological health status among patients with inflammatory rheumatic diseases and osteoarthritis in multidisciplinary rehabilitation: Need for a routine psychological assessment. *Disability and rehabilitation*, 32 (10), s. 836-844.

Wibeck, W. (2010) *Fokusgrupper - om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetoder*. Lund, Sweden, Studentlitteratur.

Williams, B. & Barlow, J. H. (1998) Falling out with my shadow. Lay perceptions of the body in the context of arthritis. *Body in Everyday Life*, s. 124-140.

World Confederation for Physical Therapy (Juni 2011 2011) *Policy statement: Description of physical therapy* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>> [Nedlastet 02.04.].

Yalom, I. (1985) *The theory and practise of group psychotherapy*. New York, Basic Books Inc.

Østerberg, D. (1994) Innledning. I: Merleau-Ponty, M. red. *Kroppens fenomenologi*. Oslo, Pax forlag.

Vedlegg

1. Eksempel på en bevegelsessesjon
2. Forespørsel og samtykkeerklæring til fokusgruppeintervju
3. Forespørsel og samtykkeerklæring til dybdeintervju
4. Førkunnskap og forberedelse til intervju
5. Semistrukturerte intervjuguider
6. Fremleggingsvurdering REK
7. Godkjenning fra Personvernombud
8. Godkjenning fra NSD
9. Avtale om publisering

Eksempel på en bevegelsesøvelse med basal kroppskjennskap

Posisjon	Bevegelse	Fokus for oppmerksomhet	Fokus for kontakt
Liggende	Hvile mot underlaget	Helhet, tyngde	Seg selv, rommet
Liggende	Samle beina og slippe	Midtlinje	Seg selv, rom, tid
Liggende	Symmetriske strekninger	Helhet, midtlinje, elastisitet	Seg selv, rom, tid
Liggende	Asymmetriske strekninger	Helhet, midtlinje, elastisitet	Seg selv, rom, tid
Liggende	Den sentrale øvelsen	Sentrum og helhet	Seg selv
Liggende	Den sentrale koordinasjonen, med pust eller m-lyd	Sentrum	Seg selv
Liggende	Streck i 5 retninger	Fra sentrum til periferi	Seg selv, rommet
Liggende	Frie strekninger/ bevegelser, gjesp	Lytte til kroppens signaler	Seg selv
Sittende i sirkel	Innbalansering	Midtlinje	Seg selv, rommet, andre
Stående	Innbalansering	Midtlinje, tyngde	Seg selv, rommet
Stående	Opp/ned langs midtlinjen	Midtlinje	Seg selv, rommet
Stående	Sideveis forskyvning av midtlinjen	Midtlinje	Seg selv, rommet
Stående	Vridning rundt den vertikale akse	Midtlinje, helhet	Seg selv, rommet
Stående	Armpendling med knesvikt	Letthet, flyt	Seg selv, rom, tid
Stående	Arm-bølgen	Flyt, energi	Seg selv ut mot omgivelsene
Gangstående	Skyve/trekke	Midtlinje, flyt, energi	Seg selv ut om omgivelsene
Gange i sirkel	Gå fremover/bakover	Kroppens sentrum, rytme	Seg selv i samspill med andre
Stående i par overfor hverandre	Samhandling i bevegelse med berøring av hender	Helhet, rytme, flyt	Seg selv i relasjon til andre
Sittende/liggende i ring	Massasje, to veksler mellom å være giver og mottaker	Lytte til seg selv og partner	Seg selv i relasjon til andre
Sittende i ring	Reflekterende samtale	Reaksjoner, tanker, opplevelser	Seg selv i relasjon til andre

Mastergradsprosjekt med Basal Kroppskjennskap 2011-2012, HiB
Aarid Liland Olsen, tlf. 941 36 128

Bergen, 15.06.2011

Forespørsel om å delta i et fokusgruppeintervju som skal belyse de erfaringer som personer med kroniske inflammatoriske sykdommer kan gjøre seg med Basal Kroppskjennskap som fysioterapimetode

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en kvalitetsstudie som skal evaluere fysioterapimetoden Basal Kroppskjennskap slik den tilbys på revmatologisk avdeling på Haukeland universitetssykehus. Jeg henvender meg til deg som har deltatt i gruppe med Basal Kroppskjennskap minst 4 ganger under oppholdet på revmatologisk avdeling, og som siden har øvet hjemme på egen hånd. Studien inngår som den avsluttende del av min videreutdanning *Mastergrad i klinisk fysioterapi* ved Høgskolen i Bergen, og er godkjent av ledelsen ved revmatologisk avdeling og av Personvernombudet i Helse Bergen HF.

Hva innebærer studien?

Du er herved invitert til å delta i et fokusgruppeintervju sammen med andre pasienter som på samme måte som deg har deltatt i gruppe med Basal Kroppskjennskap. Invitasjonen omfatter en samling på 3 timer, der vi bruker 1 time til bevegelser på samme måte som du gjorde i gruppe under rehabiliteringsoppholdet, og 2 timer til selve intervjuet.

Ta med loggboken fra oppholdet i avdelingen - den kan være god å ha og titte i. I intervjuet inviteres du til å beskrive det som du har erfart i forbindelse med Basal Kroppskjennskap, spesielt det som er knyttet til bevegelsesopplevelsene. Som intervjuer vil jeg stille spørsmål som åpner opp for en dialog mellom deltakerne og gir grunnlag for en utvekslende og produktiv samtale. Jeg søker *beskrivelser* av dine erfaringer, slik at jeg i samarbeid med deg kan få kunnskap både om det å delta i gruppen og om hvordan det har vært å bruke bevegelsene hjemme.

Intervjuet vil bli tatt opp med en digital opptaker, og siden skrevet ned og analysert. Dersom det skulle oppstå usikkerhet i min fortolkning av intervjuet, kan det hende at jeg tar kontakt med deg for en utdyping i løpet av analyseringsarbeidet. Når det ferdige arbeidet foreligger, vil du bli invitert til en presentasjon av prosjektresultatet med muligheter for å stille spørsmål. Jeg håper du kan komme til denne avsluttende samlingen. For deg kan dette utgjøre en forlengelse av læringsprosessen fra gruppen, og du kan få stille spørsmål og få tilbakemelding på bevegelsene du har gjort.

Mulige fordeler og ulemper

Å delta i fokusgruppeintervjuet innebærer at du setter av 3 timer på den aktuelle dagen. Det vil legges til rette for pauser og forfriskninger underveis. Det vil bli ordnet med gratis parkering for de som ønsker dette. Det søkes om dekning av transportutgifter. Ellers behøver du kun å ha med romslige og varme klær, slik du kjenner det fra gruppene under oppholdet til i avdelingen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

I fokusgruppeintervjuet legges det vekt på at alt som kommer frem under dialogen beholdes innenfor gruppen. For alt fagpersonell som har med prosjektet å gjøre, gjelder vanlig taushetsplikt etter helsepersonelloven. Opptaket av intervjuet vil bli slettet etter nedskrivning 1-2 dager etter intervjuet, og navnelisten slettes etter den omsummerende samlingen i august 2012. I den skrevne teksten vil der ikke finnes elementer som kan identifisere deltakerne. Det ferdige arbeidet vil bli levert til Høgskolen i Bergen som Mastergradsoppgave. Det vil i ettertid bli vurdert om den også skal publiseres som fagartikkel i et fagfellevurdert tidsskrift.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Lydbåndene vil bli oppbevart nedlåst og utilgjengelig for andre enn prosjektmedarbeider Aarid Olsen, likeledes navnelisten over deltakerne. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre gjenkjennende opplysninger. Det skal ikke innhentes opplysninger fra din medisinske journal i forbindelse med prosjektet. Navnelisten slettes når prosjektresultatet er gjennomgått sammen med deltakerne, og senest i september 2012. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Aarid Olsen, tlf. 941 36 128.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

- Kriterier for deltakelse: Pasienter med kronisk inflammatorisk leddsykdom innlagt på Revmatologisk Avdeling til rehabilitering med fysioterapi. Pasienten må ha deltatt i gruppe med Basal Kroppskjennskap minst 4 ganger og i tillegg ha øvd hjemme.
- Bakgrunnsinformasjon om studien: Fokusgruppeintervjuet representerer en av flere etablerte metode innenfor forskning som tar for seg menneskers *opplevelse* av et fenomen. I denne studien ønsker man å samle og analysere opplysninger om hvordan personer med kroniske inflammatoriske leddsykdommer opplever Basal Kroppskjennskap som fysioterapimetode. Studien inngår som avsluttende prosjektoppgave for studiet *Mastergrad i klinisk fysioterapi* ved Høgskolen i Bergen. Det innebærer ingen konsekvenser dersom man velger å ikke delta i studien.
- Fokusgruppeintervjuet vil bli holdt på Revmatologisk Avdeling onsdag 7.september eller lørdag 17.september 2011 og vil vare i ca 3 timer. Antatt klokkeslett: 18.00.-21.00, hhv 11.00. – 14.00. (Med forbehold om endringer). Undertegnede vil lede bevegelsestimen før intervjuet såvel som selve intervjuet.
- Mulige fordeler: For deltakerne kan fokusgruppeintervjuet bety en ytterligere bevisstgjøring og læring i forlengelsen av det behandlingstilbudet de fikk under sitt sykehusopphold. Deltakelse innebærer også tilbud om en ny gruppetime med Basal Kroppskjennskap i forkant av intervjuet, med mulighet for tilbakemelding og spørsmål.
- Mulige ubehag/ulemper: Det er ikke kjent risiko ved Basal Kroppskjennskap som fysioterapimetode, verken på det fysiske, mentale eller relasjonelle plan. I intervjusituasjonen legges det vekt på å ivareta den enkelte og skape en atmosfære som ikke legger press på deltakerne.
- Pasientens/studiedeltakerens ansvar: 1) Deltakerne er invitert til å følge opp hjemmeøvelser og føre loggbok, slik at de kan bidra til at intervjuet blir så rikholdig som mulig. 2) De oppfordres til å ivareta de øvrige deltakerne ved å holde det som måtte komme frem i intervjuet, innenfor gruppen.
- Eventuell kompensasjon til og dekning av utgifter for deltakere: Det vil bli dekket parkeringsutgifter for deltakerne, og det vil bli søkt om tilskudd til transport til sykehuset.

Kapittel B - Personvern, biobank, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er

- 1) Liste med opplysninger om navn, adresse, telefonnummer, diagnose, tidsrommet for rehabiliteringsoppholdet, dato for deltakelse i gruppe med Basal Kroppskjennskap
- 2) Båndopptak fra fokusgruppeintervjuet, der din stemme og evt. ditt navn kan identifiseres.

Databehandlingsansvarlig: Helse Bergen ved avdelingsdirektør Clara Gram Gjesdal.

Prosjektleder: Liv Helvik Skjærven, 1. lektor ved Høgskolen i Bergen, institutt for fysioterapi, avd. for Helse og Sosialfag.

Prosjektmedarbeider: Aarid Liland Olsen, fysioterapeut og mastergradsstudent ved Høgskolen i Bergen.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Der er ingen etiske eller praktiske utfordringer knyttet til økonomi for prosjektet. Ingen sponsor er knyttet til studien, men det vil bli søkt om dekning av direkte utgifter via Norske Fysioterapeuters Forbunds Fond til Etter- og Videreutdanning, som en del av støtten til Mastergradsstudiet.

Forsikring

Deltakelse i intervjuet anses ikke å innebære noen fysisk eller mental risiko. Studien gjelder som del av kvalitetssikringsarbeidet på sykehuset, og du er derfor dekket av Pasientskadeforsikringen.

Informasjon om utfallet av studien

Alle deltakere vil bli invitert til en presentasjon av resultatet av studien, med mulighet for spørsmål og med tilbakemelding på bevegelsene fra Basal Kroppskjennskap.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har lest informasjonen om studiet som skal evaluere fysioterapimetoden Basal Kroppskjennskap for personer med kroniske inflammatoriske leddsykdommer, og ønsker å delta i prosjektet. Jeg gir tillatelse til at personopplysningene om meg og lydopptaket fra intervjuet håndteres slik det er forklart i informasjonsskrivet.

.....
Dato og sted

.....
Underskrift, deltaker

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

.....
Dato, sted

.....
Underskrift, prosjektmedarbeider

**Mastergradsprosjekt med Basal Kroppskjennskap 2011-2012, HiB
Aarid Liland Olsen, tlf. 941 36 128**

Bergen, 15.11.2011

**Forespørsel om å delta i et dybdeintervju som skal belyse erfaringer med
fysioterapimetoden Basal Kroppskjennskap som gruppetilnærming.**

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en kvalitetsstudie som skal evaluere fysioterapimetoden Basal Kroppskjennskap (BK). Jeg henvender meg til deg som har deltatt i gruppe med Basal Kroppskjennskap minst 4 ganger, enten under opphold på revmatologisk avdeling eller i privat fysioterapi praksis. Studien inngår som den avsluttende del av min videreutdanning *Mastergrad i klinisk fysioterapi* ved Høgskolen i Bergen, og er godkjent av ledelsen ved revmatologisk avdeling og av Personvernombudet i Helse Bergen HF og ved Høgskolen i Bergen.

Hva innebærer studien?

Du er herved invitert til å delta i et dybdeintervju der jeg søker kunnskap om dine erfaringer i gruppe med Basal Kroppskjennskap. I praksis betyr dette en samtale mellom oss to, der dine beskrivelser står i fokus. Samtalen varer i ca halvannen time, og vil bli tatt opp på bånd.

I intervjuet inviteres du til å beskrive det som du har erfart i forbindelse med Basal Kroppskjennskap, spesielt det som er knyttet til bevegelsesopplevelsene. Som intervjuer vil jeg stille spørsmål som åpner opp for at du kan gå i dybden i din fortelling, og du vil få god tid til å finne ord som kan beskrive dine erfaringer. Jeg søker med vår samtale å tilegne meg kunnskap om hvordan du har opplevd å delta i gruppe med Basal Kroppskjennskap.

Intervjuet vil bli tatt opp med en digital opptaker, og siden skrevet ned og analysert. Dersom det skulle oppstå usikkerhet i min fortolkning av intervjuet, kan det hende at jeg tar kontakt med deg for en utdyping i løpet av analyseringsarbeidet. I løpet av denne tiden kommer jeg også til å sende deg en lett bearbeidet avskrift av intervjuet, slik at du kan bekrefte/avkrefte uttalelser, eller bringe inn momenter som ikke kom med under intervjuet. Når det ferdige arbeidet foreligger (sommeren 2012) vil du bli invitert til en presentasjon av prosjektresultatet med muligheter for å stille spørsmål. Til denne presentasjonen inviteres også andre som har deltatt i intervju i forbindelse med studien. Samlingen kan for alle deltakerne utgjøre en forlengelse av læringsprosessen fra BK-gruppen og fra intervjuet, og kan være en god måte å avrunde sin egen deltakelse i studien.

Mulige fordeler og ulemper

Å delta i intervjuet innebærer at du setter av halvannen time på den aktuelle dagen. Det vil legges til rette for pauser og forfriskninger underveis. Ved å sette ord på sine erfaringer kan

deltakeren oppleve en ytterligere bevisstgjøring av sine erfaringer med Basal Kroppskjennskap.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det legges det vekt på at alt som kommer frem under dialogen under intervjuet blir behandlet konfidensielt. For meg som helsepersonell gjelder vanlig taushetsplikt etter helsepersonelloven. Opptaket av intervjuet vil bli slettet etter nedskrivning kort tid etter intervjuet, og skjemaet med ditt navn og personlige opplysninger slettes etter den omsummerende samlingen i august 2012. I den skrevne teksten vil der ikke finnes elementer som kan identifisere deg som deltaker.

Det ferdige arbeidet vil bli levert til Høgskolen i Bergen som mastergradsoppgave. Det vil i ettertid bli vurdert om den også skal publiseres som fagartikkel i et fagfellevurdert tidsskrift.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Lydbåndene vil bli oppbevart nedlåst og utilgjengelig for andre enn prosjektmedarbeider Aarid Olsen frem til de blir slettet, likeledes navnelisten over deltakerne. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre gjenkjennende opplysninger. Det skal ikke innhentes helseopplysninger om deg utover at jeg ber deg om å angi hovedårsaken til at du ønsket å delta i gruppe med Basal Kroppskjennskap. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Aarid Olsen, tlf. 941 36 128.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

- Kriterier for deltakelse: Voksne som minst 4 ganger har deltatt i gruppe med Basal Kroppskjennskap i privat fysioterapi praksis eller ved revmatologisk avdeling, Haukeland Sykehus.
- Bakgrunnsinformasjon om studien: Det benyttes fokusgruppeintervju og individuelt dybdeintervju i studien. Begge former representerer en av flere etablerte metode innenfor forskning som tar for seg menneskers *opplevelse* av et fenomen. I denne studien ønsker man å samle og analysere opplysninger om hvilke erfaringer deltakerne gjør seg med fysioterapimetoden Basal Kroppskjennskap som gruppetilnærming. Studien inngår som avsluttende prosjektoppgave for studiet *Mastergrad i klinisk fysioterapi* ved Høgskolen i Bergen.
Det innebærer ingen konsekvenser dersom man velger å ikke delta i studien.
- Fokusgruppeintervjuet vil bli holdt i samme lokal som bevegelsesgruppene, og inkludere en halv time med bevegelser fra Basal Kroppskjennskap. Det vil vare i ca 2 timer. Undertegnede vil lede bevegelsestimen før intervjuet såvel som selve intervjuet. De individuelle dybdeintervjuene vil vare ca halvannen time, og finner sted på Haukeland Universitetssykehus.
- Mulige fordeler: For deltakerne kan intervjuet bety en ytterligere bevisstgjøring og læring i forlengelsen av det behandlingstilbudet de deltok i. For deltakerne i fokusgruppeintervju innebærer det i tillegg en runde med Basal Kroppskjennskap i forkant av intervjuet, med mulighet for tilbakemelding og spørsmål.
- Mulige ubehag/ulempes: Det er ingen kjent risiko ved Basal Kroppskjennskap som fysioterapimetode, verken på det fysiske, mentale eller relasjonelle plan. I intervjusituasjonen legges det vekt på å ivareta den enkelte og skape en atmosfære som ikke legger press på deltakerne.
- Pasientens/studiedeltakerens ansvar: 1) Deltakerne inviteres til å bidra til at intervjuet blir så rikholdig som mulig. 2) Deltakerne i fokusgruppeintervju oppfordres til å ivareta de øvrige deltakerne ved å holde det som måtte komme frem i intervjuet, innenfor gruppen.

Kapittel B - Personvern, biobank, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er

- 1) Liste med opplysninger om navn, adresse, telefonnummer, evt. diagnose/årsak til ønske om å delta i gruppe med Basal Kroppskjennskap. For deltakerne i fokusgruppeintervjuet registreres også tidsrommet for rehabiliteringsoppholdet.
- 2) Båndopptak fra intervjuet, der din stemme og evt. ditt navn kan identifiseres.

Databehandlingsansvarlig: For dybdeintervju: Høgskolen i Bergen ved Forskningsdirektør Astrid Bårdgard. For fokusgruppeintervju: Avdelingsdirektør Clara Gram Gjesdal.

Prosjektleder: Liv Helvik Skjærven, 1. lektor ved Høgskolen i Bergen, institutt for fysioterapi, avd.for Helse og Sosialfag.

Prosjektmedarbeider: Aarid Liland Olsen, fysioterapeut og mastergradsstudent ved Høgskolen i Bergen.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Der er ingen etiske eller praktiske utfordringer knyttet til økonomi for prosjektet. Ingen sponsor er knyttet til studien, men det vil bli søkt om dekking av direkte utgifter via Norske Fysioterapeuters Forbunds Fond til Etter- og Videreutdanning, som en del av støtten til Mastergradsstudiet.

Forsikring

Deltakelse i intervjuet anses ikke å innebære noen fysisk eller mental risiko.

Informasjon om utfallet av studien

Alle deltakere vil bli invitert til en presentasjon av resultatet av studien, med mulighet for spørsmål og med tilbakemelding på bevegelsene fra Basal Kroppskjennskap.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har lest informasjonen om studiet som skal evaluere fysioterapimetoden Basal Kroppskjennskap som gruppetilnærming, og ønsker å delta i prosjektet. Jeg gir tillatelse til at personopplysningene om meg og lydopptaket fra intervjuet håndteres slik det er forklart i informasjonsskrivet.

.....
Dato og sted

.....
Underskrift, deltaker

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

.....
Dato, sted

.....
Underskrift, prosjektmedarbeider

Førkvalifikasjoner og forberedelser til intervju

- 60 studiepoengs videreutdanning i basal kroppskjennskap (Basic Body Awareness Methodology) 2003-2005
- Har anvendt metoden i klinisk arbeid i de siste 6 årene, og samlet erfaringer og tilbakemeldinger fra pasienter
- Har gjort bevegelser fra basal kroppskjennskap på egen hånd eller ved hjelp av CD innspilt av annen terapeut i tiden før intervjuene. På denne måten fått kjennskap til fysiske og mentale prosesser som kan berøres av bevegelser fra basal kroppskjennskap
- Har veiledet grupper på revmatologisk avdeling som det siden ble rekruttert informanter fra. Fikk kjennskap til hvilke bevegelser informantene hadde vært gjennom, og hvilke forklaringer/instruksjoner som ble gitt underveis.
- Inviterte 3 sykepleiere fra avdelingen til å delta i gruppen hver sin gang, og holdt et prøveintervju med disse for å avdekke viktige faktorer for gjennomføringen av intervju med pasienter. Fikk med innspill fra helsefaglig kompetente og erfarne medarbeidere som likevel ikke var preget av en fysioterapi-faglig for-forståelse.
- Har lest bøker og artikler som omhandlet intervjuet som forskningsmetode, og planla den aktuelle analysemetoden. Fikk bakgrunnskunnskap til å bygge opp en helhetlig plan for arbeidet, og dermed holde en rød tråd gjennom planlegging og utførelse av studien.
- Har øvd på transkripsjon og tekstanalyse ved å bearbeide materialet fra prøveintervjuet.
- Har finjustert intervjuguiden etter prøveintervjuet og etter hvert av de andre intervjuene.
- Har deltatt som besøkende ved den internasjonale videreutdanningen i basal kroppskjennskap ved Høgskolen i Bergen for å utveksle erfaringer og delta i praktiske bevegelser.

Semistrukturert intervjuguide

for fokusgruppeintervju, henholdsvis dybdeintervju

Fokusgruppeintervju

- Hvordan opplevde du behandlingen med basal kroppskjennskap? Hvilke erfaringer gjorde du deg da du deltok i gruppen under rehabiliterings-oppholdet på sykehuset? Kan du utdype dette nærmere?
- Hvordan har du kunnet bruke erfaringene og bevegelsene i tiden etter rehabiliteringsoppholdet?
- Du ble invitert til å bruke en loggbok. Hvordan har du kunnet gjøre nytte av dette?
- Hvordan kan basal kroppskjennskap være meningsfull, tilgjengelig og brukbar for deg? Kan du beskrive noe som var til hinder for deg i å ha nytte av behandlingen?

Dybdeintervju

- Hvordan opplevde du behandlingen med basal kroppskjennskap? Hvilke erfaringer du gjorde deg da du deltok i gruppen? Kan du utdype dette nærmere?
- Hvordan har du kunnet bruke erfaringene og bevegelsene i hverdagen?
- Hvordan opplevde du å være i gruppe? Hvordan har du kunnet gjøre nytte av dette?
- Hvordan kan basal kroppskjennskap være meningsfull, tilgjengelig og brukbar for deg? Kan du beskrive noe som var til hinder for deg i å ha nytte av behandlingen?



Region: REK vest	Saksbehandler: Camilla Gjerstad	Telefon: 55978499	Vår dato: 31.08.2011	Vår referanse: 2011/1253/REK vest
			Deres dato: 15.06.2011	
<small>Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser</small>				

Liv Helvik Skjærven
lhs@hib.no
Møllendalsvei 6
Høgskolen i Bergen

2011/1253 Evaluering av fysioterapimetoden Basal Kroppskjennskap ved hjelp av fokusgruppeintervju.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 18.08.2011.

Prosjektomtale (revidert av REK):

I prosjektet vil man undersøke hvordan pasienter med kroniske inflammatoriske leddsykdommer opplever fysioterapimetoden Basal Kroppskjennskap som tilnæringsform. Prosjektets formål er å bidra til kunnskap som kan forbedre fysioterapitilbudet for pasientgruppen.

Forskningsetisk vurdering

I søknaden beskrives prosjektets målsetting som "å kvalitetssikre denne del av fysioterapitilbudet for personer med kroniske inflammatoriske leddsykdommer. Dette prosjektet er en evaluering av eksisterende tilbud, og skal bidra til å videreutvikle behandlingstilbudet for denne pasientgruppen."

Ved hjelp av fokusgruppeintervjuer vil man undersøke hvilke erfaringer pasientene gjør seg gjennom bruk av fysioterapigruppe med Basal Kroppskjennskap. Videre vil man undersøke hvordan deltakerne anvender erfaringene fra fysioterapimetoden i hverdagen. Opplysningene som samles inn vil ikke være av spesielt sensitiv art.

I følge Helse- og omsorgsdepartementets Veileder til helseforskningsloven betraktes kvalitetssikring som en del av helsetjenesten som i utgangspunktet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde. Slik kvalitetssikring trenger ikke forhåndsgodkjenning fra REK.

Komiteen anser derfor prosjektet som ikke fremleggingspliktig for REK.

Vi gjør oppmerksom på at prosjekter som ikke omfattes av helseforskningsloven, men som innebærer behandling av personopplysninger (herunder aidentifiserte opplysninger) skal fremlegges for personvernombudet/ Datatilsynet.

Vedtak

Søknaden avvises da prosjektet ikke er fremleggingspliktig. Prosjektet kan således i prinsippet gjennomføres uten godkjenning fra REK, som ikke har innvendinger mot at resultatene evt. blir publisert.

Med vennlig hilsen,

Jon Lekven (sign.)
Komitéleder

Camilla Gjerstad
rådgiver

Kopi til:

postmottak@helse-bergen.no
clara.gjesdal@helse-bergen.no

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i helseforskningsloven § 11, jfr. forskningsetikkloven § 4.

Saksbehandlingen følger forvaltningsloven. Komiteenes vedtak etter forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK Vest (jfr. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Aarid Liland Olsen
Haukeland universitetssykehus/revmatologisk avdeling
5021 BERGEN

Deres ref:

Vår ref:
2011/3485

Saksbehandler
Eline Monstad, tlf. 55976539

Bergen,
11.07.2011

Kvalitetssikring - Erfaringer med bruk av Basal Kroppskjennskap - tilråding

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet ved oppnevning av Eline Monstad som personvernombud for Helse Bergen HF, fritatt helseforetaket fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til helseforetakets personvernombud.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen faller inn under helsepersonellovens § 26: *Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.*

Personvernombudet tilrår at kvalitetsprosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Behandling av helse- og personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Tilgangen til registeret skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
3. Data lagres avidentifisert på helseforetakets Kvalitetsserver. For å få tildelt plass på Kvalitetsserveren må saksnummer på denne godkjenningen (under Vår ref) fylles ut i søknadsskjemaet og selve tilrådingsbrevet må også legges ved. Annen elektronisk lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av personvernombudet.
4. Kryssliste som kobler avidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor.
5. Data slettes eller anonymiseres (ved at krysslisten slettes) ved prosjektslutt 31.08.2012. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.
6. Prosjektet kvalifiserer ikke som medisinsk- og helsefaglig forskning slik det er definert i helseforskningsloven, men kan bli publisert som ”sykehusets erfaring” eller i ”quality improvement reports”, som for eksempel i British Medical Journal. Du kan også få en

bekreftelse fra REK om at prosjektet ikke er fremleggingspliktig, dersom dette kreves av tidsskriftet.

7. Dersom det senere blir aktuelt å forske på det innsamlede materialet, må det søkes omgodkjenning fra REK før forskningen starter, se <http://forskning.ihelse.net>.
8. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
9. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.

Med vennlig hilsen



Eline Monstad

IT-sikkerhetsleder/personvernombud

Vedlegg:

Kopi til: Clara Gjesdal

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Liv Hellvik Skjærven
Institutt for ergoterapi, fysioterapi og radiografi
Høgskolen i Bergen
Møllendalsveien 6
5009 BERGEN

Vår dato: 13.02.2012

Vår ref:29408 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.01.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

29408	<i>Erfaringer med fysioterapimetoden Basal. Kroppskjennskap som gruppetilnærming. En kvalitativ studie med fokusgruppeintervju og dybdeintervju</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Liv Hellvik Skjærven
Student	Aarid Liland Olsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.08.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Aarid Liland Olsen, Conrad Mohrsvei 34 B, 5072 BERGEN

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29408

Prosjektet er meldt inn som et delprosjekt av et større prosjekt som er godkjent av personvernombudet ved Helse Bergen HF.

Utvalget i delprosjektet består av 4 pasienter som har deltatt på privat fysioterapibehandling. Data samles inn via personlig intervju.

Førstegangskontakt foretas av prosjektleder, via eget nettverk. Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet vedlagt meldeskjemaet tilfredsstillende.

I henhold til prosjektmelding og informasjon som gis til utvalget, skal innsamlede opplysninger anonymiseres innen prosjektslutt 20.8.2012. Ombudet minner om at anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f. eks. sted, yrke, alder, kjønn) fjernes eller endres.



Avtale om elektronisk publisering av mastergradsoppgave

Denne avtalen om elektronisk publisering av masteroppgave er inngått mellom Høgskolen i Bergen (HiB), Postboks 7030, 5020 Bergen og

..... *Aarid Liland Olsen*

Forfatteren
(heretter kalt studenten)

På de vilkår som er nevnt nedenfor, gir studenten Høgskolen i Bergen vederlagsfri adgang til å publisere følgende masteroppgave:

"Jeg har fått et verktøy" Fysioterapimetoden Basal Kroppskjennskap som gruppe tilnærming - erfaringer fra pasienter med langvarige muskel-sjulettplager eller inflammatorisk leddsykdom - En kvalitativ studie.

tittel

1. Studenten skal levere oppgaven elektronisk via It's learning.
2. Etter godkjenning gjøres oppgaven tilgjengelig gjennom BORA-HiB, høgskolens institusjonelle arkiv for fulltekstpublisering av faglige dokument. Høgskolen i Bergen plikter å publisere oppgaven slik den foreligger ved innlevering, med tekst, tabeller, grafikk, bilder m.m.
3. Høgskolen i Bergen har ikke adgang til kommersiell utnytting av oppgaven.
4. Denne avtalen begrenser ikke studentens rettigheter etter Lov om opphavsrett til åndsverk, og er dermed ikke til hinder for at oppgaven senere publiseres, uendret eller bearbeidet, i elektronisk eller annen form.
5. Oppgaven inneholder sensitive opplysninger og bør behandles konfidensielt.

Dato: *04.06.2012* Sted: *Bergen* Navn: *Aarid L. Olsen*
(Signatur)