

Å bli bra igjen

Pasienters erfaringer med gruppetrening

Line Blixt Haukland



Masteroppgave i helsefagvitenskap

Det medisinske fakultetet

Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2011

Sammendrag

Oppgaven belyser noen pasienters erfaringer med et gruppetreningstilbud ledet av fysioterapeuter.

Den tar utgangspunkt i problemstillingene:

1) Hvordan opplever pasienter med innsatt totalprotese i hofte eller kne et treningsopplegg basert på dagliglivets aktiviteter?

Og 2) Hvordan kan gruppetrening med fysioterapeut bidra inn i bedringsprosesser til denne pasientgruppen?

Undersøkelsen er forankret i en kvalitativ forskningstradisjon. Materialet består av dybdeintervjuer med åtte pasienter som er operert for artrose i enten hofte eller kne. Den teoretiske rammen er utviklet fra et rent sosiologisk perspektiv hvor Erving Goffmans teaterteori har vært utgangspunkt for tolkningene. Tolkingsprosessen har ledet til en utdypning med fenomenologisk tilgang.

Studien viser hvordan trening sammen med andre oppleves som overveiende positivt, og har betydning for den enkeltes bedringsprosess. En sterk lojalitet til en underforstått riktig væremåte driver treningstimen og deltagerne framover.

Oppgaven belyser også pasientenes overbærenhet med fysioterapeutens råd og øvelser. Et viktig funn er at den riktige væremåten gjelder kun i treningstimen, derfor gir det ikke alltid mening for pasientene å integrere trening i dagliglivets aktiviteter.

Nøkkelord: *fysioterapi, rehabilitering, recovery, gruppeprosesser, pasienterfaringer, kvalitativ forskning*

Abstract

This master thesis explores how the patients experience rehabilitation in a group setting led by physiotherapists.

The research questions are:

1) What are the experiences of patients having undergone total knee or hip arthroplasty with a physiotherapy training regimen based on task oriented exercise?

And 2) How can group intervention led by physiotherapists contribute to individual recovery processes?

The project is grounded in a qualitative design. Eight in-depth interviews with patients having undergone either total hip or total knee arthroplasty comprises the material.

The theoretical framework is the theory of self presentation by sociologist Erving Goffman. The saturation and sorting of data and theory has led to an elaboration through phenomenologic theory.

Thematic analysis confirm that exercise in a group setting promotes individual recovery. A distinct loyalty towards the implicit right way to behave, keeps the participants and the activity going throughout the whole session.

The thesis describes how physiotherapy advice and guidelines presented during the session can be difficult to live by in everyday life.

Key words: physiotherapy, rehabilitation, recovery, group processes, patient experience, qualitative research

Forord

Når masteroppgaven endelig er i havn er det mange som skal ha takk!

Først kommer min enestående veileder, Kari Nyheim Solbrække. Takk for utrettelig støtte og engasjement og lange, berikende møter. Du har delt raust av din kunnskap og kreativitet, og gitt meg stadig ny inspirasjon underveis.

Takk til de menneskene ved Avdeling for helsefag som hver på sin måte har bidratt konstruktivt inn i både forberedelser og gjennomføring av prosjektet. En spesiell takk til Kristi Heiberg og Vigdis Bruun-Olsen - for åpenhet og tillit til meg og mitt prosjekt.

En stor takk til dere pasienter som så velvillig stilte opp og inviterte meg til deres hjem. Uten dere hadde det ikke vært noe å skrive om!

Mange slags takk til Ine for konstruktive «tankeganger» gjennom hele studiet, og produktivt, sosialt og helsefremmende skriveseminar på fjellet, Vibeke for faglig feedback og sosialt påfyll fra prosjektets begynnelse til slutt og alle fysioterapeutkolleger som har gitt gode innspill underveis.

Takk til Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for utdanningsstipend.

Og aller viktigst: Takk til gutta mine; mine fremste kilder til inspirasjon og arbeidslyst. Kjæreste Stig, din uforbeholdne støtte betyr alt for meg. Og takk, herlige Henrik, for at du minner en tidvis mentalt fraværende Mamma på hva som *virkelig* betyr noe i livet!

Oslo, mai 2011

Line Blixt Haukland

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	i
Abstract.....	ii
Forord.....	iii
Innholdsfortegnelse.....	v
Oversikt over figurer.....	vii
1 Innledning og bakgrunn.....	1
1.1 Ansats.....	1
1.2 Bakgrunn.....	4
2 Teoretisk perspektiv.....	13
2.1 Bedring	13
2.2 Erving Goffmans teori om menneskelig samhandling.....	16
2.3 Kroppens fenomenologi.....	20
3 Etikk og metode.....	25
3.1 Min førforståelse.....	25
3.2 Valg av metode.....	26
3.3 Tilgangen til feltet.....	28
3.4 Intervjuene.....	30
3.5 Informantene.....	31
3.6 Transkriberingen.....	34
3.7 Analysen.....	35
3.8 Det skjellsettende første intervjuet.....	37

3.9 Å tolke noens erfaringer ved hjelp av teatermetaforer.....	39
4 Analyser.....	41
4.1 Temaene.....	41
4.2 Rammen.....	41
4.3 Regler for væremåte bidrar til «gruppedynamikk».....	44
4.4 Regler for hva man kan snakke om bidrar til «gruppedynamikk».....	52
4.5 Hvordan selvforglemmelse kan bidra til bedring.....	61
5 Oppsummering og konklusjon.....	67
Litteraturliste.....	71
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	75
Vedlegg 2: Informasjonsbrev.....	77
Vedlegg 3: Godkjenning.....	83

Oversikt over figurer

Bilde 1: Tøyning.....	13
Bilde 2: Landgang med balanseputer.....	14
Bilde 3: Styrke- og balansetrening ved landgang.....	15

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Ansats

Det er torsdag morgen. Treningsgruppa med fysioterapeutene på Bærum sykehus står først på programmet. «Det er jo helt absurd at det går an å glede seg sånn til å dra på trening!» tenker hun mens hun tar på skoene. Det var en av de andre damene som nevnte det etter forrige trening, da de gikk sammen til parkeringsplassen. Det er jo egentlig mest hardt arbeid, repetisjoner og helt vanlige, kjedelige øvelser for styrke og bevegelighet. Men på en eller annen måte har disse fysioterapeutene klart å gjøre timen både underholdende og morsom... - «Men i alle dager!» Hun ler høyt. Plutselig har hun fått på seg skoen på høyre ben, uten at hun har måttet tenke noe særlig over det. Helt siden den høyre hofta begynte å plage henne for fem-seks år siden, har slike dagligdagse gjøremål blitt til noe man må bruke ekstra energi på. Det er slitsomt å i tillegg bruke mye krefter på å skjule for familie, venner og kolleger at man har vondt. Ofte er energien brukt opp før lunsj. Men nå endelig er det løsnet litt! Og det på litt uforklarlig vis, egentlig.

Når hun kommer til treningen er det «Hei, hei!» til resten av gjengen. De snakker ikke så mye sammen, egentlig. Alle vil ha mest mulig ut av timen med fysioterapeutene, og hun tenker det er treningen alle er der for. Timen starter med at fysioterapeutene spør om det er noen som har noe å ta opp før treningen begynner. En har hatt veldig vondt i kneet sitt helt siden mandagsøkta, og var litt usikker på om han skulle trene idag. Fysioterapeutenes konklusjon er at han er mest støl, og da er det ikke farlig å trene. Men han får beskjed om å ta det litt mer med ro enn sist. En annen, som har operert hofta, lurte på hvor mye hun kan bøye hofta før det er risiko for at den skal «hoppe ut». ¹ Fysioterapeutene viser hvilke bevegelser som er trygge å gjøre.

Så starter treningen. Øvelsene foregår i en gymsal, og under oppvarmingen har alle hver sin stol. Tilsynelatende litt «Trim for eldre», egentlig, men det er krevende øvelser! Alle gjør de samme øvelsene, og trener begge ben, selv om man er operert i

¹ Operasjonsmetoden ved innsetting av hofteprotese gir en økt risiko for at hofta går ut av ledd ved visse bevegelser.

bare det ene kneet eller den ene hofta. Fysioterapeutene prøver hele tiden å få en til å yte litt mer; strekke seg litt lengre, bevege seg litt raskere eller bøye seg dypere ned mot gulvet. Det er en lett og uformell tone i salen, og latteren sitter løst, både hos pasienter og terapeuter. Hun føler at det går an å være seg selv her, og det er ingen som har behov for å syte og klage. Det foregår også litt uhøytidelig konkurranse pasientene imellom. Det er ihvertfall ikke noe stas å være dårligst!

Da hun startet opp, skjønte hun fort hvem som hadde operert hoftene, og begynte med en gang å sammenligne seg med de som hadde kommet litt lengre. Det var oppmuntrende å se de som hadde kommet lengst, da tenkte hun at kanskje kunne hun også bli like bra som dem etter hvert. Nå er hun selv kommet så langt at de nye bruker henne som inspirasjon til å trene, og fysioterapeutene trekker fram henne når de skal gi eksempler på hvordan øvelser skal gjøres. «Det er litt ålreit», tenker hun, «selv for en dame som snart fyller søttitre, å få skryt og anerkjennelse for egen framgang».

Timen fortsetter med øvelser på forskjellige stasjoner i gymsalen. Nå deles gruppa i to; knepasientene for seg og hoftepasientene for seg. Først arbeider «knegruppa» ved landgangen, og veksler mellom å stabilisere på balanseputer og skritte over dem i en slags hinderløype. De som ikke har kommet så langt i opptreningen tar kortere skritt eller går ved siden av hindrene. Imens driver «hoftegruppa» borte ved ribbeveggen og trener på «step» og i treningstrappa. Den har forskjellig høyde på trinnene, slik at hver enkelt kan tilpasse utfordringen til sitt nivå. De øver på å gjøre bevegelsene kontrollert. Fysioterapeutene er nøye på utførelsen og veileder og rettleder de som ikke får det helt til.

Pasientene blir stadig vekk oppfordret til å «kjenne etter» i kroppen hvordan bevegelsen kjennes ut. Denne oppøvingen av bevissthet er noe av det viktigste hun har lært her. Nå tenker hun over det veldig ofte, også utenom timene, hvordan bevegelser føles i kroppen. Når hun pusser tennene om kvelden, trener hun for eksempel på å stå på ett ben. Hun har aldri tenkt på trening på den måten før, men det er også en god lærdom hun vil ta med seg fra dette treningsopplegget. Hun «hører» stemmen til fysioterapeuten når hun går i trapper; «Kjenn etter nå! Sett foten ordentlig ned. Fram med brystet!» Denne stemmen virker nesten som hennes nye «over-jeg», og det føles

egentlig litt trygt.

Timen nærmer seg slutten. De kaster ball, og det er meningen at man skal løpe etter ballen og bytte plass med den man har kastet til. Hun føler seg som en skikkelig kråke når hun får en ball i hendene, ballspill har liksom aldri vært hennes sterke side.

Fysioterapeutene prøver å få alle til å løpe litt raskere. Det blir mye latter og ballen kommer ofte på avveie.

Nå er det bare den raske gangen i korridoren igjen. Her vekkes konkurranseinstinktet! Og ikke bare blant gutta, selv om de så klart kniver hardest om å vinne. Stemningen stiger, på tross av at nok de fleste er ganske slitne nå. Hun føler seg egentlig ganske kjekk, og bestemmer seg for å slå ihvertfall en av gutta...

Yes! Nå har det virkelig løsnet, kroppen fungerer og i dette øyeblikk føler hun seg helt frisk igjen. På siste langstrekning i korridoren går hun forbi flere medpasienter, og attpåtil et par av de mannlige deltagerne. Mens de står og tøyer ut i gymsalen etterpå, går det opp for henne at hun faktisk glemte hofta litt idag! Det må bety at hun nå er kommet langt på bedringens vei. Varm og sliten, men veldig fornøyd, vender hun hjemover til dagens andre gjøremål.

I den kursiverte teksten ovenfor har jeg beskrevet formiddagen til en fiktiv pasient. Tankene og opplevelsene jeg har gitt henne er satt sammen av åtte samtaler jeg hadde fra desember 2009 til februar 2010 med pasienter som var deltagere i en treningsgruppe på Sykehuset Asker og Bærum HF (SAB). I det neste avsnittet om bakgrunnen for min studie, samt i metodekapittelet, vil jeg mer detaljert beskrive hvordan oppgaven har blitt til. Om interessen som har vokst fram for på en vitenskapelig måte å sette meg inn i *pasientenes* perspektiv.

Da jeg startet med dette prosjektet, hadde jeg arbeidet som fysioterapeut i nesten ti år. I alle disse årene har jeg selvsagt snakket med pasientene mine, som en naturlig del av behandlingen. Samtale og intervju - eller anamnese, i medisinsk terminologi - har vært en viktig del av min praksis som fysioterapeut. Før denne undersøkelsen kom igang forestilte jeg meg at jeg i rollen som forsker skulle kunne få innblikk i andre sider ved pasienttilværelsen enn som behandlende fysioterapeut. Tanken min var at når jeg likevel skulle lære noe nytt (hvordan forskning utføres), ville jeg samtidig forsøke

å lære noe nytt om pasienters blikk på fysioterapibehandling.

Intervjuundersøkelsen jeg har gjort med denne gruppen har ganske riktig gitt meg nye perspektiver. Og forhåpentligvis nye innsikter og relevante spørsmål til fysioterapifaget. Noen temaer har vært velkjente, mens andre har utfordret min forforståelse og fått meg til å tenke nytt og alternativt om relativt sentrale aspekter ved undersøkelse og behandling i fysioterapi. Pasientene som ga av sin tid og delte sine tanker og erfaringer med meg gjorde hver og en et sterkt inntrykk. Jeg møtte fortellinger om engstelse, smerte og nedturer, men også om tro på bedring og fokus på framgang. Denne undersøkelsen belyser at «eldre», som ofte omtales som en samfunnsøkonomisk belastning i det offentlige, bør ses på som en ressurs og ikke som en bølge som skal skylle over oss og rasere velferdsstatens fundament.

Problemstillingene jeg vil undersøke og diskutere nærmere i masteroppgaven, er: 1) Hvordan opplever pasienter med innsatt totalprotese i hofta eller kne et treningsopplegg basert på dagliglivets aktiviteter? Og 2) Hvordan kan gruppetrening med fysioterapeut bidra inn i bedringsprosesser til denne pasientgruppen?

Først må jeg imidlertid beskrive bakgrunnen for studiene som denne oppgaven er en del av.

1.2 Bakgrunn

Om intervensjonsstudien dette masterprosjektet utgår fra

For tiden gjennomføres to doktorgradsprosjekter på SAB. Utgangspunktet er pasienter med slitasjegikt i enten hofta eller kne, som får utført en kirurgisk utskiftning av det nedslitte leddet. Leddflatene blir erstattet med kunstige leddflater for å kompensere for slitasjen og den manglende støtdempingen.

Bakgrunnen for de to nevnte prosjektene er at flere internasjonale oppfølgingsstudier viser at denne pasientgruppen har smerte i lang tid etter innsatt totalprotese i hofta eller kne, og at det tar lang tid å gjenvinne funksjon i det opererte leddet. Noen blir aldri helt bra igjen. Det gir grunnlag for undring, i og med at årsaken til smertene; det nedslitte leddet, er fjernet og erstattet med et kunstig ledd. Prosjektene heter «Effekt av

fysioterapi etter innsatt kneprotese» (Vigdis Bruun-Olsen) og «Effekt av fysioterapi etter innsatt totalprotese i hoften» (Kristi E. Heiberg) og de involverte er Universitetet i Oslo, Martina Hansen og SAB.

Treningen fokuserer på «task-specific» eller «task oriented exercises». På norsk kalles det funksjonsrettede aktiviteter eller dagliglivets aktiviteter. Det innebærer at når hensikten med fysioterapien er å forbedre for eksempel pasientens gange, trener pasienten på det ved å gå. Sullivan et al (2007) definerer det slik: «Task-specific training is the repetitive practice of a task that is specific to the intended outcome». Alternativet kunne være å trene styrketrening av bena helt isolert, i for eksempel en benpress-øvelse, for derigjennom å forbedre pasientens gange. Den grunnleggende ideen er at bevegelse påvirkes av konteksten den utføres i, og treningsopplegget er utformet slik at aktivitetene foregår under varierte forhold i løpet av timen. Dette for å etterligne forholdene og variasjonen i bevegelsesoppgavene pasientene vil møte utenfor treningssalen. En nærmere beskrivelse av øvelsesutvalget følger på neste side.

Bruun-Olsen og Heiberg argumenterer for at noe av årsaken til at pasientene ofte ikke blir helt bra (Trudelle-Jackson 2002, Bertocci 2004, Noble 2006, Sliwinski 2006) er at det er for lite fokus på relæring av bevegelse. Forskningen indikerer at det å leve med smerter over lang tid, kanskje flere år, gjerne fører til at personen beveger seg annerledes eller mindre enn før smerten inntrådte, for å skåne leddet. Antagelsen er at bevegelsesmønstrene utviklet i tiden før operasjonen opprettholdes også etter at det kunstige leddet er på plass. Dersom en del av årsaken til smertene ligger i måten å bevege seg på, vil det være avgjørende å endre disse mønstrene. I treningen på SAB fokuseres det derfor på repetisjoner, aktiviteter tilpasset daglige funksjoner og veiledning for å legge til rette for innlæring av nye bevegelsesmønstre.

Aktivitetene som fysioterapeutene forsøker å «gjenskape» i treningssalen er i tre hovedgrupper: Reise seg og sette seg, gange, og gange i trapp. I løpet av timen utfører pasientene disse aktivitetene på forskjellige måter med varierende grad av motstand, underlag og andre utfordringer.



Bilde 1: Tøyning. (Illustrasjon)

På bilde 1, «Tøyning» ovenfor viser min kollega hvordan tøyning av den korte hoftelddsbøyeren utføres. På bildet tøyer hun forsiden av sin venstre hoft. I løpet av timen gjøres også en utfallsøvelse, som jeg vil komme tilbake til i analysekapitlet. Når pasientene gjør utfall, skal de foreta omtrent den samme bevegelsen som på bildet. Forskjellen er at de da står ved siden av stolen, og skal gjøre et så langt skritt de klarer, eller «falle» framover. De kan holde seg fast i stolryggen, men helst skal de trene på det uten å holde seg fast.

Stolen brukes ved begynnelse og avslutning av timen.



Bilde 2: Landgang med balanseputer

På bilde 2, «Landgang med balanseputer», vises en «landgang». Det er de to rekkverkene som er forbundet med hverandre. Pasientene går mellom dem, og på utsiden. De kan støtte seg, men det er fysioterapeutenes intensjon at de skal støtte seg minst mulig. Da blir det mer trening av både balanse, koordinasjon, utholdenhet og styrke.

De tre små putene er fylt med luft, og pasientene både skritter over og trækker oppå dem. De går oppå dem, for å trene på å gå på ujevnt underlag, eller de står oppå dem og gjør øvelser, som illustrert på bilde 3 nedenfor.

Den store følger samme prinsipp som de små, men stimulerer til for eksempel lengre skritt eller mer bøy og strekk i hoftene.



Bilde 3: Styrke- og balansetrening ved landgang. (Illustrasjon)

På bilde 3 ovenfor illustrerer min kollega hvordan knebøy trenes i gruppa. Når pasientene har kommet langt i opptreningen klarer de kanskje å gjøre øvelsen uten å støtte seg, eller til og med å gjøre øvelsen på ett ben.

Om det teoretiske grunnlaget for å trene pasienter i gruppe

På Norsk fysioterapiforbunds takstplakat, utarbeidet etter overenskomst med sentrale helsemyndigheter (Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi), er det egne gruppetreningstakster. Å trene pasienter i gruppe er åpenbart en innarbeidet praksis i fysioterapi, og støttes av bevillende myndigheter. Argumentasjonen for å trene pasientene i gruppe kan meget vel være at det er kostnadseffektivt at en eller to fysioterapeuter trener flere pasienter samtidig.

Forskning på gruppeterapi og hvordan grupper fungerer er et stort felt. Gruppetrening og -undervisning benyttes i mange forskjellige terapidisipliner, men psykologien og sosiologien har interessert seg mest for å utforske det jeg litt generelt kaller menneskelig samhandling og “gruppedynamikk”. Det er mange måter å utforske grupper på (Høigaard, 2008), og her er det ikke plass til en utdypende framstilling. Jeg vil derfor konsentrere meg om å gi en kort beskrivelse av en teori som er mye brukt

innenfor fysioterapi; Banduras teori om mestringsstro.

Alfred Banduras sosial-kognitive teori (1982, 1997) bygger på sosial læringsteori. En grunnleggende tanke er at de konsekvenser som utførte handlinger har hatt for en person, vil virke bestemmende for framtidig atferd. Bandura legger imidlertid stor vekt på at man ikke bare styres av de erfaringer en har gjort seg, men at atferd også bestemmes av individets tanker og følelser som for eksempel ved at man er i stand til å observere andre og utnytte deres erfaringer. Man kan altså støtte seg til Bandura for å for eksempel trene pasienter i gruppe.

Sentralt i den sosial-kognitive teorien er mestringsforventning (self-efficacy) En positiv mestringsforventning betyr å tro på at en selv er i stand til å gjennomføre en aktuell handling. En positiv mestringsforventning er nødvendig for i det hele tatt å gjøre et helhjertet forsøk og eventuelt å lykkes med en atferdsendring. I tillegg kreves en tro på at denne atferden vil føre til et ønsket utfall. Dette kalles resultatforventning (outcome efficacy). Ifølge Bandura er mestringsforventningen av større betydning for en vellykket atferdsendring enn resultatforventningen; det hjelper ikke å tro at trening fører til bedring (resultatforventning) dersom du ikke tror at du i din livssituasjon kan klare å begynne å trene (self-efficacy).

I tillegg til egne tidligere erfaringer bruker vi også, ifølge Bandura, modellering; det vil si vi imiterer atferd vi observerer hos andre. Vi imiterer da særlig atferd hos personer vi respekterer, som for eksempel en medpasient som har en rask bedring. Dersom vi ser at andre kan utføre bestemte handlinger, styrker dette vår egen mestringsforventning ved at vi får tro på at også vi kan utføre den samme handlingen.

Hvorfor dette prosjektet var interessant

Jeg har arbeidet hovedsaklig med ortopedi på Akershus universitetssykehus (Ahus) de siste årene, og er kjent med pasientgruppen. På polikliniske etterkontroller har jeg sett pasientene som har en saktere framgang enn forventet, basert på gjennomsnittlig restitusjon etter denne type operasjon. De som fremdeles har smerter på det

tidspunktet, eller har funksjonsproblemer relatert til det opererte leddet, får en ekstra sjekk hos fysioterapeut, i tillegg til den vanlige kontrollen hos ortoped. Det har variert om de pasientene jeg har møtt har hatt fysioterapi eller ikke etter operasjonen. Inntrykket jeg har fått er at det blant fysioterapeuter er veldig mange forskjellige tilnærminger til pasientenes problemer. Jeg har blitt nysgjerrig på hva som kan ha mest betydning i bedringsprosessen til pasientene, og om tilnærmingen, såvel i sykehuskonteksten som ute på instituttene, av og til kan bli for snever.

Jeg har blitt spurt om jeg ville bidra med et kvalitativt perspektiv på studiene på SAB. Underveis i masterstudiet i helsefagvitenskap har jeg blitt stadig mer oppmerksom på at mitt fagfelt fysioterapi i stor grad lener seg til en biomedisinsk forståelse av sykdom, skade og bedring. Som Mengshoel (2007) skriver, er dette en adekvat tilnærming når hensikten med fysioterapien er bedring av rent fysiologiske skavanker, for eksempel forkortet muskulatur eller redusert muskelstyrke og muskelutholdenhet etter sykdom. For pasienter som har levd med slitasjegikt i enten hofte eller kne over flere år, og omsider får satt inn en protese, er slike tilnærminger høyst relevante for fysioterapien. Det man imidlertid kan spørre seg om, og som jeg stadig vil vende tilbake til i denne oppgaven, er om en utvidet forståelse for pasientenes bedringsprosesser er nødvendig å inkorporere i praksis.

Hvordan det oppleves å ha fysioterapi, og ikke minst hvordan kvaliteten på de sosiale relasjonene behandlingen er en del av, påvirker bedringsprosesser, er forholdsvis lite utforsket. Det er imidlertid noen studier jeg vil trekke fram. Disse har på forskjellige måter bidratt til å belyse kompleksiteten i pasient-behandler relasjoner. Mengshoel og Robinson (2007) fant at selv om pasientene oppnådde klinisk signifikant bedring av sine symptomer, la de selv mest vekt på den økte sykdomsinnsikten de fikk gjennom å *samtale* med fysioterapeuten. Selve behandlingen, som ifølge testene hadde god effekt, mente pasientene at hadde mindre betydning for forbedringen. Engelsrud og Schriver (2007) utforsket korsbåndpasienters opplevelse av et standardisert trenings- og testprogram. Et gjennomgående funn var pasientenes redsel for at kneet skulle svikte under testene, og at denne redselen verken ble tematisert av pasienter eller terapeuter. Ahlsen (2007) sin masteroppgave «Et sted å være» viser på sin side at for kvinner med

kroniske muskelsmerter er det viktig å gå til behandling, selv om behandlingen ikke gjør dem friske, i en biomedisinsk forstand. Kvinnene oppfatter at de har en forpliktelse overfor samfunnet til å gjøre noe med sin situasjon. Å delta i gruppeterapi hos fysioterapeut oppfyller den plikten.

Jeg er selv stor tilhenger av gruppetrening; jeg liker å lede grupper og jeg har tro på at formen kan stimulere til ekstra innsats. Mange fysioterapeuter foretrekker imidlertid å arbeide med pasientene sine en til en. Fordelen med det er at pasienten får full oppmerksomhet, fysioterapeuten kan hele tiden være «hands on» og pasient og terapeut kan snakke uforstyrret. Fordelen med gruppetrening, slik jeg har sett det, er at trening, som kan være kjedelig og lite glamorøs, kanskje til og med litt vondt, blir en sosial hendelse. Da kan pasienter – og fysioterapeut – samarbeide om å gjøre det litt morsomt å trene. Min erfaring har også vært at pasientene setter pris på å komme sammen med noen som har det litt sånn som de har det. Innenfor rehabilitering og lærings- og mestringsprogrammer er likemannsarbeid; at pasient lærer av pasient, en av hjørnesteinene.

Min oppfatning før jeg gikk igang med prosjektet var altså at trening i gruppe var en god og relevant måte å arbeide med bedring på. Akkurat hvorfor har jeg imidlertid funnet lite kunnskap om. Jeg har foretatt litteratursøk i databasene PubMed, Cinahl og Pedro. Søkeordene jeg benyttet, i forskjellige kombinasjoner, var physiotherapy, recovery, rehabilitation, group dynamics, group processes, patient perspective, patient experience, qualitative research. Jeg fant ingen studier som hadde undersøkt problemstillingene jeg har utarbeidet. Heller ikke da jeg lette i referanselistene til de mest relevante artiklene jeg fant.

Det vitenskapelige belegget for å trene pasienter i gruppe er, så vidt jeg har klart å bringe på det rene gjennom litteratursøk, hovedsaklig basert på psykologiske studier. Fra mitt faglige ståsted – fysioterapien – gir det mening å støtte seg til kognitive modeller når man skal utarbeide treningsopplegg. Pasienter er hele mennesker og ikke «et kne» eller «en hofte». Men jeg har altså blitt mer og mer nysgjerrig på hva betydningen for bedringsprosesser kan være. Og som Ahlsens studie viser, kan også

gruppebasert behandling være en del av en samfunnspålagt plikt til «å gjøre noe», uten at dette nødvendigvis fører til bedre helse for den enkelte.

Med dette som utgangspunkt har jeg altså interessert meg spesielt for at Heiberg og Bruun-Olsen har valgt *trening i gruppe* som sin intervensjon. Jeg har vært særlig interessert i å vite mer om hvilken betydning *pasientene* tillegger trening i gruppe.

2 Teoretisk perspektiv

2.1 Bedring

«Recovery» er hovedtema i denne studien. Jeg støtter meg til Mengshoels (2007) oversettelse og bruk av recoverybegrepet. Hun beskriver recoveryprosesser generelt som ”måter å komme seg på” etter såvel psykisk som fysisk sykdom. Mengshoel (ibid) har oversatt det engelske «recovery» til «bedring», og det syns jeg fungerer godt, også til mitt formål. I dette kapitlet vil jeg gjøre nærmere rede for både hva jeg legger i begrepet, samt hvilken relevans jeg tenker at det har for min undersøkelse.

Først vil jeg imidlertid dvele litt ved arbeidene til Bury (1982, 2005). Han regnes som en foregangsforsker på området «kronisk sykdom og uførhet» (Williams, 2000). Med utgangspunkt i sin studie på pasienter med reumatoid artritt beskrev han det å få en kronisk sykdom som en forstyrrelse eller nærmest stillstand i personens livshistorie («biographical disruption»). Å bli syk er en hendelse som skaper et alvorlig brudd med personens forestillinger om hva livet er og hvordan det skal leves, sier han. Et av Burys hovedpoenger, er at samtidig som helsevesenet gir viktige bidrag i form av for eksempel diagnostisering, behandlingsråd og -retningslinjer for å håndtere de nye utfordringene som sykdom gir, virker helsevesenets kultur også hemmende i en bedringsprosess (1982). Bury hevder at pasienters anstrengelser for å forstå eget mestringspotensiale («...their search for the deeper meaning of experience.» s. 179) blir *hindret* av tradisjonelle medisinske forklaringsmodeller. Der behandlingsregimer og medisiner kommer til kort, bør pasientene stimuleres til å i større grad hente ut egne ressurser og gjøre egne erfaringer med hva som kan fungere og hva som ikke kan fungere.

Overfører vi disse tankene til treningskonteksten for studien jeg har gjort, kan vi tenke oss at måten øvelsene er lagt opp på; at de gjøres ute på gulvet, uten bruk av treningsapparater, kan stimulere til å hente ut egne ressurser. Fysioterapeutene kan instruere og veilede, og komme med korrigerende kommentarer til utførelsen, men det er hver enkelt pasient som gjør bevegelsene. Hver velger selv hvor lange, hvor dype,

hvor raske eller hvor mange skritt han eller hun tar. I materialet mitt har jeg identifisert et trekk som tyder på at denne måten å trene seg opp på kan mobilisere nettopp pasientenes egne ressurser og mestringsstro. Jeg vil utdype dette i drøftingen.

I en artikkel fra 2000 drøfter og problematiserer Williams Bury sitt konsept «biographical disruption» (Williams 2000). Williams setter begrepet inn i vår senmoderne kontekst og undres om det ikke også kan være slik at hendelser i livet av «forstyrrende karakter» («biographical disruptions») kan *utløse* sykdom? Hans poeng er at den vestlige kulturs intense dyrking av selvet og vekten på valgfrihet på absolutt alle områder kan virke såvel truende - eller nær sagt oppløsende - som bekreftende for identiteten. Og dermed bidra til økt sykkelighet. I tilknytning til mitt prosjekt tenker jeg det er relevant å reflektere over hvordan moderne identitetsskappingsprosesser kan innvirke på enkeltmenneskers bedringsprosess. Mine informanter har vært voksne og blitt eldre i en tid hvor en frisk og velfungerende kropp i stadig større grad har blitt selve symbolet på vellykkethet (Dahle, 2005, Thorsen, 2005). Både Williams (2000) og Dahle (2005) trekker fram middelklassens «treningskult», og mange av mine informanter synes å tilhøre nettopp denne omtalte middelklassen hvor fysisk aktivitet og trening antagelig utgjør en selvfølgelig del av tilværelsen. Jeg finner støtte for denne antagelsen i materialet mitt.

Det jeg selvsagt ikke kan si noe om, er hvorvidt denne livsformen i seg selv har ført til økt sykkelighet – i dette tilfellet slitasje i hofte eller kne - for mine informanter. Poenget er snarere å være klar over hvordan anstrengelser for å fullbyrde «et godt liv», hvor fysisk aktivitet inngår, ikke nødvendigvis er et gode i seg selv, men at det gjerne tas for gitt at det er det. Slik er det også ofte tenkt i fysioterapitradisjonen, så vel som i den typisk norske turtradisjonen for øvrig (Aktivitetshåndboken, Beveg deg!-kampanjen til Norsk Fysioterapeutforbund)

Det er rimelig å anta at mine informanter hadde en stereotyp oppfatning av hva en fysioterapeut som meg selv vil være opptatt av når temaet er trening, basert på blant annet den nevnte Beveg-deg!-kampanjen i regi av mitt fagforbund. I oppgavens analysedel vil jeg vise hvordan jeg erkjenner at dette har hatt påvirkning på hva slags

data jeg endte opp med.

Jeg vender nå tilbake til Mengshoel (2007), som beskriver individuell bedring som en kompleks prosess. Hun er inspirert av Bury, som først og fremst retter kritikk mot legevitskapen for å mangle perspektiver på bedring. Mengshoel trekker så paralleller til fysioterapifaget. Hun er opptatt av fysioterapiens potensiale til å hjelpe pasienter å gjenvinne sin tapte helse, men at ensidig støtte i det biomedisinske perspektivet ikke vil føre fram. Pasienten kan, med hjelp av fysioterapi, bedre sin aktivitetsutførelse gjennom økt styrke, bevegelighet, osv. Men fysioterapi kan også være rettet mot det Mengshoel kaller bedring av folks livssituasjon. Det krever altså at fysioterapeuten tar i bruk flere perspektiver enn det rent biomedisinske. Å identifisere muligheter og ressurser hos pasienten og i hans/hennes omgivelser for å støtte nødvendige lærings- og selvutviklingsprosesser mener hun er implisitt i mye fysioterapi praksis. Likevel mangler fysioterapifaget systematisk kunnskap om pasientenes erfaringer med å ha terapi, og utforskning av disse erfaringene tenker jeg vil bidra til økt forståelse og utvikling av faget.

I denne sammenheng vil jeg trekke fram Jacobsons (2003) definisjon av «recovery». Hun beskriver «recovery» som «en dypt personlig, unik prosess hvor det skjer en endring underveis av ens holdninger, verdier, følelser, målsetninger, ferdigheter og/eller roller» (min oversettelse).

Et annet viktig poeng Jacobson fører fram er at på tross av at man kanskje ikke blir helt «frisk», ut fra en biomedisinsk forståelse, kan bedring skje. Folk kan leve et godt liv med håp og drømmer og føle at de har noe å bidra med på tross av begrensninger som sykdom gir. Williams (2000) poengterer også dette. Underveis i arbeidet med denne undersøkelsen har jeg stadig blitt minnet på dette, gjennom samtalene med informantene og senere når jeg har studert deres erfaringer i en mer analytisk form. Jeg har blitt opptatt av måten informantene har snakket om tilværelsen og treningen på, og deres evne til å bokstavelig talt ta ett skritt om gangen. Jeg har særlig forsøkt å få fram hvordan - om overhodet - fysioterapien har bidratt til innstillingen.

Det ville imidlertid blitt for ambisiøst for mitt masterprosjekt å utforske

kompleksiteten i bedringsprosesser slik Mengshoel og Jacobson skisserer det. Som forskningsspørsmålene mine indikerer, har jeg fokusert på hva *fysioterapi i gruppe* kan bidra med inn i bedringsprosesser. «Bedring», slik jeg har presentert det her, er et begrep som står sentralt for å belyse denne problemstillingen, og som vil trekkes inn i diskusjonen.

I arbeidet med å forstå bedring i en gruppeprosesskontekst har jeg trukket veksler på to teoretiske retninger. Først og fremst Erving Goffmans teater- og rolleteori. I relasjon til dette har jeg også funnet det relevant å trekke på deler av fenomenologisk kroppsteori. Her følger en presentasjon av de to teoretiske retningene.

2.2 Erving Goffmans teori om menneskelig samhandling

Den kanadisk-amerikanske sosiologen og sosialpsykologen Erving Goffman (1922-1982) utviklet teorien om tilværelsen sett som et teater og samfunnet som en scene. «The Presentation of Self in Everyday Life» kom ut i 1959, og regnes som et sentralt verk innen sosialantropologi og sosiologi. I det følgende støtter jeg meg til den norske oversettelsen i ny utgave fra 1992; ”Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik.” Goffman bruker metaforer fra dramaturgien for å belyse menneskelig samhandling. Han antar at det finnes strukturer for hvordan vi omgås andre, og at disse strukturene er nedfelt i vår bevissthet. Når vi er sammen med andre, inngår vi et samarbeid for å «definere situasjonen». Som kompetente deltagere i samfunnet kjenner vi reglene for oppførsel, og dette er mønstre som går igjen på alle arenaer. Jeg tenker meg at det dramatiske perspektivet både henviser til selve «skuespillet» Goffman tenker seg at foregår, men også til at mye settes på spill for den enkelte når man engasjerer seg i samhandling. Jeg vil komme nærmere inn på dette i analysekapitlet.

I goffmansk terminologi er alle våre aktiviteter å anse som «opptredener». Vi har det han kaller en fasade, som kjennetegnes av for eksempel antrekk, kjønn, alder, holdning, måten å snakke på, ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, o.l. Hvilken fasade vi velger avhenger av situasjonen. Som hovedregel viser vi fram vårt foretrukne jeg. Et ønske om å bli tatt alvorlig, og bli oppfattet som normal vil være styrende for hva vi

viser fram og hva vi velger å skjule for andre. Under en treningstime med fysioterapeut kan vi se for oss at fasaden utgjøres av ledig (trenings)tøy og stødige sko. Holdningen kanskje litt «på hugget». Det vil være tillatt å bruke litt høyere stemme og forsøke å oppildne de andre. Kroppsbevegelsene vil være annerledes enn de man vil se for eksempel inne på et kontor eller ute på gata. Dette utgjør fasaden.

Poenget er at vi handler etter et på forhånd fastlagt mønster, som Goffman kaller en «rolle» eller «rutine». I møte og samkvem med andre har vi et sett med roller å velge mellom. Disse er fastlagt, dvs at vi ikke kan utvikle våre egne, men tar i bruk de roller som er tilgjengelig. De ligger der, som lede-tråder for passende oppførsel. «Vi spiller alle bedre enn vi egentlig kan», sier han (ibid, s.67), og sikter til at rollen vi tar hjelper oss å gi et troverdig og tillitvekkende inntrykk. I analysedelen vil jeg komme tilbake til hva som kan tenkes å være et troverdig og tillitvekkende «uttrykk» for en som er pasient i en treningsgruppe ledet av fysioterapeuter.

Hele tiden foregår en forhandling om definisjonen av situasjonen; hva som foregår og hvilke aktiviteter som inngår i den. Goffmans analyse er at egentlig er det kanskje ikke en reell enighet om hva som foregår. Det er snarere en reell enighet om hvilke oppførselsregler som skal gjelde for den aktuelle situasjonen. I rollespillteorien kalles dette «partilinjen».

Han beskriver det han kaller lagopptreden som ”personer som samarbeider om å fremføre en enkelt rutine” (Goffman, 1974, s.72). Det er slik at ”et medlem av et lag må yte sitt dramatiske bidrag for at det skal oppstå en bestemt definisjon av situasjonen” (ibid: s.74). Og hensikten er ofte ikke å uttrykke særpreg ved seg selv, men ved produktet man er med på å skape. I denne konteksten vil dette produktet være seksti minutter trening i gruppe ledet av fysioterapeut. Det er karakteristisk for lagopptredener at enighet framheves og motsetninger skyves i bakgrunnen. Det foregår imidlertid hele tiden en forhandling om definisjonen, og balansen er skjør. Prinsipielt sett kan hvert medlem bryte med «partilinjen» når som helst, og «avsløre» spillet. Ifølge Goffmann er tykkelsen på partilinjen avgjørende for stabiliteten i situasjonen; når det hersker stor enighet om hva aktiviteten går ut på, vil det være mindre behov for

å opponere; partilinen er bred. Er det derimot en tynn partilinje, vil flere ha behov for å signalisere uenighet og derigjennom utfordre situasjonens definisjon. Den vanligste måten å bryte med partilinen er å bruke humor, og gjerne ironi. Goffman understreker at slike brudd som oftest vil være kortvarige, og at opponenter raskt vil gå tilbake til rollen som hjelper laget å opprettholde stilen.

En av de som har benyttet Goffmans teorier for å gi innsikt i helsefagene er Dag Album. Han har interessert seg for hva som foregår mellom pasientene når behandlerne ikke er tilstede. I sitt feltarbeid observerte og snakket han med pasienter som var innlagt i tre forskjellige norske sykehusavdelinger. Fra materialet sitt har han utviklet teorien om pasientfellesskapet i sykehus. I det følgende refererer jeg til boken «Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus» (1996) som er basert på Albums undersøkelse. Jeg vil presentere hovedpoengene til Album, og gi noen eksempler på hva han skriver om, som har bidratt til å ytterligere belyse mitt eget materiale.

Først må jeg introdusere rammebegrepet som Album benytter som hovedbegrep i sin analyse. I min beskrivelse av teaterteorien ovenfor, har jeg nevnt lagets arbeid med å «definere situasjonen». Goffman videreutviklet dette begrepet, og utga i 1974 boken «Frame analysis» hvor han utdyper hvordan konteksten for samvær regulerer hvordan vi er sammen. Ifølge Album gir rammen «...mening til det som foregår, og den setter standarder for hvordan det er normalt eller passende å oppføre seg». Det er gjennom rammen de(n) aktuelle rollen(e) trer fram og blir tilgjengelig. Ut fra en felles forståelse av rammen forstår vi hvilken væremåte som passer, og hvilken stil eller omgangstone som er gyldig. Album beskriver hvordan roller skifter med rammer, og hvordan flere roller kan være aktuelle innenfor en og samme ramme.

«En ramme definerer hva som skal være i noen menneskers oppmerksomhet akkurat nå, det som gir samværet deres mening og som de er opptatt av, kanskje til og med oppslukt av» (Album 1996, s.)

Det kan virke selvsagt, men å være pasient innebærer også ofte å være sammen med andre pasienter. Pasienter tar roller i forhold til medpasienter og terapeuter basert på de samme mekanismer som ellers i livet. Album, som Goffman, forstår dette som styrt av

definisjonen av situasjonen, eller rammen. Vi kan tenke oss at rammen for mine informanters erfaringer er gruppetreningen. Innenfor denne rammen kan det være mer eller mindre flytende overganger til beslektede, men nye rammer. Når fysioterapeutene åpner for at «ordet er fritt» på starten og avslutningen av timen er det et eksempel på et slikt rammeskifte. Da signaliseres det at det er noe annet enn selve treningen som skal foregå, og at det nå er riktig å dele og utveksle tanker, spørsmål og synspunkter. Andre rammeskifter er mindre eksplisitte, med for eksempel kroppsspråk eller tonefall som tegn på overganger. Slik metakommunikasjon har Album sett mye av i sykehusavdelingene, og han sier at den «..virker, deltakerne forstår hvilken ramme som skal gjelde» (ibid: s 162).

Som pasient er det en rekke normer å forholde seg til, ifølge Album. Hvilken oppførsel og væremåte som passer eller ikke passer følger av rammen. Han skiller mellom påbudsnormer og forbudsnormer. Jeg vil her presentere de kategoriene (i kursiv) som har gitt størst bidrag til analysen av mitt eget materiale, og jeg kommer tilbake til hver enkelt i analysekapitlet. De fire første er såkalte forbudsnormer, de to siste er påbudsnormer:

«*Unngå uenighet, særlig konflikter*». Når pasienter er sammen, er det aller viktigste for dem å forebygge åpne konflikter og høylytt uenighet. Album fant at selv når en medpasient sier noe man er helt uenig i, lar man være å gå inn i en diskusjon, av hensyn til fellesskapet.

«*Unngå følelser*». Alle har ansvar for å opprettholde en lett stemning, selv om det er sykdom som er årsaken til at de er sammen. En skal helst ikke belemre medpasienter med emosjonelle utbrudd, det forventes at alle tar seg sammen og holder de sterkeste følelsene for seg selv.

«*Ikke klag*». Selv om alle forstår at medpasienter kan ha mye å klage over, er det ikke vel ansett å uttrykke selvmedlidenhet og sutre. Dersom man klarer å legge fram det negative i egen situasjon på en galgenhumoristisk måte, er det tillatt. Bare det ikke blir for mye av det.

«Ikke skryt». Både klaging og skryt er å framheve seg selv. Pasienter skal ikke det. En type skryt som imidlertid går an, ifølge Album, er hvis skrytet er med på å bygge opp under at den behandlingen man får, er av god kvalitet. Får man signalisert at man er «i de beste hender», bidrar dette til å utvikle en tillit og tiltro til behandlerne, som er en av pasientfelleskapets viktigste oppgaver, slik jeg forstår Album.

«Vær enig og lik». Pasienter sørger for å framstå så like som mulig. Sykdom og behandling er selvsagte temaer å gjøre seg like i, men de bruker også erfaringer, felles bekjente og opprinnelsessted. De er ikke veldig opptatt av hva de er enige i, det viktigste er at de er enige. Likhet og enighet dyrkes fram, Album har observert at pasientene «kan gå sammen om å holde fast ved noe de regner som felles kjennetegn, uten at dette kjennetegnet gjelder for dem i noen andre sammenhenger» (Album 1996, s.75)

«Vær morsom». Det er ikke slik at alle pasienter har krav på seg til å være morsomme. Men initiativ til spøk og morsomheter – gitt at rammen tillater det – bør følges opp med spøk og morsomheter fra medpasientene.

Min metode og mitt forskningsdesign skiller seg fra Albums på mange måter, i tillegg til det mest åpenbare; at hans prosjekt er større, grundigere og strekker seg over lengre tid. Jeg har andre forskningsspørsmål og en annen motivasjon for å snakke med pasienter enn det Album har hatt. Han har snakket med pasienter som er innlagt på sykehus. Mine informanter er utskrevet, og deltar i en poliklinisk aktivitet. Likevel har det vært berikende å sette seg inn i studien om de nære fremmede, og jeg synes jeg har lært mye om hvordan Goffmans teori kan anvendes innen helsefag generelt, og på pasientstudier spesielt. Hvordan jeg har anvendt teoriene på mitt materiale vil jeg vise i analysedelen.

2.3 Kroppens fenomenologi

Som allerede antydnet har jeg i arbeidet med oppgaven blitt spesielt opptatt av hvilke helsegevinster en kan tenke seg at en slags selvforglemmelse eller kroppslig «helhetsopplevelse» (Solbrække, 1997) kan ha i en gruppetreningskontekst. Dette

aspektet vil jeg komme nærmere inn på i analysedelen. Her skal jeg konsentrere meg om de teoretiske forutsetningene for en slik tankegang.

Den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) er blitt kalt «kroppens filosof», og har bidratt med sentrale begreper innenfor kroppsfenomenologien. I hans hovedverk fra 1945, «Phénoménologie de la perception», er kroppens fenomenologi den innledende delen. Jeg vil konsentrere meg om «Kroppens fenomenologi», som er en dansk oversettelse i norsk utgave fra 1994. Her vil jeg presentere utdrag fra teorien som kan belyse et trekk fra materialet mitt som jeg har blitt særlig opptatt av. Jeg tolker at det handler om en slags selvforglemmelse, som igjen er relatert til bedring, slik jeg ser det.

Jeg støtter meg også til Engelsrud (2006), som har vært en sentral bidragsyter til litteraturen om kropp og ulike former for bevegelseserfaring i et fenomenologisk perspektiv. Drew Leders (1990) videreutvikling eller tolkning av blant andre Merleau-Pontys kroppsfenomenologi er også en sentral tenker i denne sammenheng. Leders forståelse av kroppen som «fraværende» når den fungerer, og oppmerksomhetskrevende først når noe svikter, synes jeg får fram et vesentlig forhold i materialet mitt.

Forstår vi kroppen fenomenologisk, sier vi at kroppen er vår tilgang til verden. Merleau-Ponty mener at selve vår eksistens har utgangspunkt i kroppen, «det ville (..) ikke være noget rum for meg, hvis jeg ikke havde en kropp» (Merleau-Ponty, 1994, s 46). Den er et system av motoriske og perseptuelle krefter, «den udgjør en helhed af oplevede betydninger, som stræber efter ligevægt» (ibid: s. 111). Merleau-Ponty mener at vi har et kroppsskjema som gjør oss istand til å registrere kroppens posisjon i rommet, leddenes stilling i forhold til hverandre, og kroppens forhold til tingene eller andre mennesker. Kroppsskjemaet kan forstås som en slags sammenfatning av kroppsopplevelsen, som vi til enhver tid har tilgang til. Skjemaet er dynamisk, og med det mener Merleau-Ponty at kroppen kan ses på som en «holdning» til potensielle «oppgaver». Han sier at kroppen eksisterer *mot* oppgavene, «den samler sig for at nå sitt mål, og «kroppsskemaet» er i sidste ende et udtryk for, at min krop er i verden» (ibid: s. 44).

Et hovedpoeng i den fenomenologiske tradisjon er altså at vår oppmerksomhet hele tiden er rettet mot noe eller noen. I treningstimen som mitt materiale og analyser er knyttet til, kan vi med denne tankegangen se for oss at pasientenes oppmerksomhet er rettet mot fysioterapeutene og deres instruksjon og veiledning. Det er ofte denne relasjonen, mellom noen som skal læres til noe, og de(n) som lærer bort, som står i sentrum når vi snakker om grupper og gruppeprosesser. Like viktig, fenomenologisk sett, er imidlertid den oppmerksomheten pasientene retter mot de andre pasientene samt egen kropp. Mens Goffman kan brukes til å forstå hvordan oppmerksomheten mellom deltagerne ordnes etter bestemte regler og påbud, er det altså ved hjelp av Merleau-Ponty og fenomenologien mulig å forstå hvordan deltagerne under disse relativt instruktive omstendighetene (handlingsanvisningene) kan tenkes å bli involvert i kroppslige bedringsprosesser. Når kroppen er engasjert i en aktivitet, vil oppmerksomheten rettes mot noen kroppsdeler, mens andre kommer mer i bakgrunnen av oppmerksomheten, eller blir ”glemt”. For å forstå hvordan dette kan foregå, kan det være nyttig å lene seg til noen begreper introdusert av kroppsfenomenolog og lege Drew Leder (Leder, 1990). Leder omtaler kroppen som mer eller mindre fraværende for oss («absent»). Ut fra en fenomenologisk forståelse av kroppen, er vi ikke avhengig av kontinuerlig oppmerksomhet og fokus på hver bevegelse vi gjør. Et av Leders poenger er at vi kan gå gjennom livet uten å egentlig legge merke til kroppen. Den er der, utematisert, som et redskap til å nå våre mål. Han kaller det kroppslig ”fravær” (*disappearance*), og benytter begrepet til å få fram hvordan kroppen på ulike måter ”forsvinner” for oss når den fungerer. Når bevegelser flyter og kroppen er «ready-to-hand» (ibid:s.83) behøver vi ikke tenke på hver enkelt muskelsammentrekning eller stilling leddene skal være i. ”Fravær”, slik jeg forstår Leder, vil si at de kroppsdelenene som deltar i utførelsen av bevegelsen ”forsvinner” for oss fordi fokus er på handlingen.

Som kontrast til kroppslig *disappearance* introduserer Leder så begrepet kroppslig *dysappearance*. Smerte og sykdom beskrives som en fremmed tilstedeværelse («alien presence», s.83). Når kroppen blir oppmerksomhetskrevende som følge av smerte eller sykdom, slik tilfellet er for mine informanter idet de starter opp med gruppetreningen,

blir de med ett tvunget til å fokusere innover, i den kroppen som under normale omstendigheter kan tas for gitt. Eller sagt med Leders ord: «In order to return to normal mastery, the body itself becomes the focus of ongoing hermeneutic and pragmatic projects.» (ibid: s 86). Det pragmatiske prosjektet kan da for eksempel være å delta i gruppetrening med fysioterapeut for å gjenvinne funksjon i et operert kne eller en operert hoft. Jeg vil utdype dette mer i analysekapitlet.

Fenomenologisk sett betraktes kroppen som intensjonal, den er rettet *mot* oppgavene, som Merleau-Ponty skriver om. Når vi retter kroppen mot noe, tenker vi oss at vi dermed vender kroppen fra noe annet. Går vi tilbake til gruppetreningskonteksten, kan vi se for oss at pasientene vil være kroppslig engasjert i for eksempel oppgaven ”å gå på balanseputer” (illustrasjon s 14). For en som er relativt nyoperert i en hoft eller et kne vil det kanskje innebære å måtte fokusere mye på underlaget, å være ekstra bevisst på hvordan man treffer putene med foten, og å tenke seg om før man strekker og bøyer det opererte leddet. Vi kan tenke oss at de ferskeste deltagerne vil være vendt mot seg selv, først og fremst, og kanskje delvis mot (en av) fysioterapeutene. Har man gjort denne øvelsen litt flere ganger og er kommet et stykke videre i opptreningen vil fokus være andre steder. Man kan åpne opp for verden på en helt annen måte, og kroppen forsvinner fra oppmerksomheten, kanskje bare for et øyeblikk, men den forsvinner. Eller som Moe beskriver det; ”..de kroppsdelenene som er mest aktive i handlingen ”forsvinner” fordi fokus er på handlingen og ikke på kroppen” (Moe, 2009, s.19). Dette perspektivet kan kaste lys over et trekk i materialet mitt som ser ut til å handle om selvforglemmelse. I de neste avsnittene vil jeg utdype hvordan selvforglemmelse kan tenkes å katalysere en bedringsprosess for den gruppen jeg har studert.

Det sentrale jeg har forsøkt å få fram her er at det fenomenologiske perspektivet forstår bevegelse og fysisk aktivitet som helt eksistensielt (Moe, 2009) og situasjonsbetinget. Vi kan tenke oss at vi beriker og reorganiserer kroppsskjemaet kontinuerlig gjennom å være *i* og *til* verden. Kroppens funksjon er både selvdreven og påvirkes av omgivelsene, og den påvirker selv sine omgivelser (Engelsrud 2006, s. 63). Den er fleksibel og alltid i tilblivelse, men samtidig begrenset (ibid). Denne tvetydigheten blir illustrert når mine informanter forteller at de kommer til «hoftegruppa» til

fysioterapeutene og faktisk i løpet av timen «glemmer» hoftene sine. Min tolkning er at det er en viktig sammenheng mellom stilen de føyer seg inn i hos fysioterapeutene på SAB, forstått med goffmanske begreper, og selvforglemmelse. Når handlingen kommer i forgrunnen - og Goffman vil si at pasientene MÅ oppføre seg på bestemte måter, eller handle etter bestemte regler - vil pasienten lettere «glemme» smerter og stivhet. Jeg tolker det som at en bevegelse, eller et bevegelsesmønster, kan katalysere ny bevegelse, og nye mønstre, og derigjennom bedring. Med Leder (1990) kan vi si at kroppen transformerer seg fra en tilstand av *dysappearance* til en tilstand av *disappearance*.

For å oppsummere det fenomenologiske poenget kan vi si at gjennom kontinuerlig erfaring med verden bygger vi vår identitet og forståelse i fenomenologisk forstand, dvs vår egen, unike måte å tenke, handle og føle – og bevege oss på.

Bevegelsesmønstrene våre vil være i stadig forandring, fordi vi hele tiden gjør nye erfaringer. Å være en kropp i verden eller å være en kropp i denne treningsgruppa vil innebære å stadig gjøre bevegelseserfaringer som kan tenkes å bringe pasientene nærmere mer integrerte bevegelsesmønstre. Eller for å si det med Engelsrud; «måten den (kroppen) virkeliggjør seg som kropp» (s. 69), vil endres gjennom treningsforløpet, og sannsynligvis variere med konteksten. I konklusjonen vil jeg komme tilbake til hvordan jeg tenker at fysioterapien, i behandlingssammenhenger, kan være enda mer bevisst på det situasjonsbetingede ved aktivitet og bevegelse.

3 Etikk og metode

I dette kapitlet vil jeg beskrive og reflektere over hvordan jeg har arbeidet meg fra prosjektets spede begynnelse fram til endelig avslutning på masteroppgaven. Det innebærer å tydeliggjøre metoden, og på en så etterrettelig måte som mulig å vise hvordan beslutninger ble tatt og hvordan undersøkelsen ble til underveis (Haavind 2000). Jeg vil beskrive de etiske vurderinger jeg har gjort underveis. En skisse av hvordan analysedelen kommer til å se ut hører med her, og til slutt vil jeg kommentere mitt valg av Goffmans teaterteori relatert til etiske sider ved forskningsprosjektet.

Basert på noen erkjennelser jeg har gjort underveis i prosjektet, som jeg vil beskrive nærmere i dette kapitlet, tenker jeg at min undersøkelse kan forstås innenfor en interaksjonistisk tradisjon (Järvinen og Mik-Meyer 2005). Jeg som forsker blir å anse som en medskaper av materialet, basert på prosessen som har foregått mellom meg og informantene. Når forskeren er «redskapet», knyttes validitet og reliabilitet til min evne til å se sammenhenger mellom «spørsmål, begreper, empiri og svar» (Heggen og Fjell, 1998, s. 85) på en tilfredsstillende måte. Spørsmål som «Hva er «sannhet?»» og «Hva er «virkelighet?»» blir da mindre vektlagt. Det er snarere min rolle som medskaper av materialet, om jeg evner å beskrive og reflektere over dette på en forskningsmessig adekvat måte, og om jeg lykkes i å etablere en intern konsistens i det jeg skriver om, som blir sentralt.

3.1 Min førforståelse

«All forståelse innebærer uunngåelig noen fordommer» (Fangen, 2004, s. 47)

I egen fysioterapi praksis er gruppetrening den intervensjonsmetoden jeg foretrekker. Jeg er en person som trives når det hender mye på en gang, og liker utfordringen i å motivere andre til å «dra lasset» sammen med meg. Som nevnt i innledningen, har jeg tro på at det er lettere å gjøre trening lystbetont i en gruppe. Man blir stimulert til å ta i litt ekstra og legge bort bekymringer i den tiden timen varer.

Jeg har ledet mange gruppetreninger opp gjennom årene, og har spesielt gledet meg over hvordan enkelte pasienter ser ut til å “finne tonen” når de trener sammen. Fra mitt

ståsted som terapeut og gruppeleder har jeg tolket det som positivt for bedringsprosessen. Jeg har tenkt at å finne en på gruppa man kan dele både oppturer og nedturer med, og kanskje til og med bli hverandres “coach”, er et betydningsfullt bidrag til den enkeltes bedringsprosess. Innenfor lærings- og mestringsteori snakker man om “likemannsarbeid”. At pasienter lærer bort, og lærer av hverandre, anses som svært verdifullt. I egen praksis har jeg tenkt at jeg legger til rette for viktig likemannsarbeid ved å åpne opp for innspill og diskusjon i gruppetreningssammenhenger. Jeg har ansett det å dele erfaringer med medpasienter er et viktig bidrag til hver enkelts bedringsprosess. Banduras (1982, 1997) teori om mestringstro vektlegger nettopp dette elementet i samhandling; å se andre lykkes gir tro på egen fremgang.

Innenfor fysioterapien snakkes det mye om treningens «overføringsverdi». Som jeg har beskrevet i forrige kapittel, tenkte jeg meg at når øvelsesutvalget var basert på «task oriented exercises» ville dette fremme overføringsverdien og derigjennom den enkeltes bedring. Materialet mitt inneholder mye snakk om overføringsverdi. Men også en god del nyansering av hva pasienter faktisk bruker av det de lærer hos fysioterapeuten.

Da jeg gikk igang med dette prosjektet ble jeg oppmerksom på at pasienters erfaringer med gruppetrening er en lite utforsket problemstilling innenfor mitt fag. Og det på tross av at fysioterapeuter bruker gruppetrening systematisk. Så systematisk at sentrale helsemyndigheter altså har utarbeidet egne takster for gruppebehandling. Dette syntes jeg var en spennende innfallsvinkel, og en erkjennelse av at en vitenskapelig tilnærming til hva som skjer i en gruppekontekst ville bidra til å nyansere egen oppfatning av gruppedynamikk gjorde meg ekstra nysgjerrig. Jeg forventet å lære noe nytt om å være pasient, og så frem til å høre deres mening om intervensjonens bidrag til bedringsprosesser.

3.2 Valg av metode

Som jeg skrev i innledningen, ble jeg altså spurt om jeg ville bidra med et kvalitativt perspektiv på studiene som foregår på Sykehuset Asker og Bærum HF. Det var ikke en

kvalitativ studie jeg så for meg da jeg søkte til dette masterprogrammet. Det meste av min yrkeserfaring har jeg fra en sykehushverdag hvor biomedisinske forklaringsmodeller og kvantitative tilnærminger til faglige spørsmål står sterkt. Jeg hadde nok en forestilling om at fordypning i kvalitativ metode ikke nødvendigvis ville være det mest nyttige med tanke på hvor jeg har mitt daglige virke. Men nysgjerrigheten på og en ny forståelse for metoden var vekket gjennom introduksjonskurset tidligere i semesteret. Bakgrunnen for at jeg søkte meg til masterprogrammet var først og fremst et sterkt ønske om å forstå mer av min egen praksis; å bokstavelig talt utvide den faglige horisonten min. Erkjennelsen av at dette var en gylden mulighet til å *virkelig* utvide horisonter gjorde at jeg bestemte meg for å gjennomføre denne kvalitative undersøkelsen.

Det gikk lang tid før jeg klarte å formulere noen adekvat problemstilling, men jeg ønsket å holde meg til «recovery» som hovedtema. For en fysioterapeut er dette spennende, og jeg oppfattet at det var en naturlig forbindelse til intervensjonsstudiene til Heiberg og Bruun-Olsen. Som nevnt innledningsvis har jeg stor tro på trening i gruppe. Valget av en kvalitativ studie har gjort at *pasientene* sitt menings- eller erfaringsperspektiv kom i sentrum. Jeg var spesielt opptatt av å høre deres tanker, meninger og opplevelser med å trene hos fysioterapeut generelt, og sammen med andre pasienter spesielt. Hvordan gruppetrening bidrar til bedring viste seg å være enda mer komplekst enn jeg på forhånd antok. Det kommer jeg tilbake til i analysene.

Med mange års erfaring med å snakke med pasienter og å spørre dem ut om symptomer og kroppens reaksjoner på den behandlingen jeg har gitt, følte jeg meg i utgangspunktet ganske komfortabel med intervjuformen. I tillegg er jeg en ganske sosial type som liker å snakke med mennesker jeg møter, og gjerne med nye mennesker. Derfor var det naturlig å velge intervju som metode. Fangen (2004) refererer til bl.a. Album, som poengterer at når man skal forske kvalitativt, og selv skal være redskapet i undersøkelsen, bør man gjøre det man er god til.

Med dette som utgangspunkt gikk jeg så igang med prosjektet. Nå følger en mer detaljert redegjørelse for hvordan jeg gikk fram med datainnsamlingen.

3.3 Tilgangen til feltet

Før jeg kunne gå igang med rekruttering av informanter, måtte jeg forsikre meg om at de forskningsetiske retningslinjene ble fulgt. Jeg utformet en prosjektskisse i samarbeid med veileder, der jeg blant annet skisserte opplegget, og gjorde rede for det jeg anså som de viktigste etiske vurderinger. Jeg beskrev blant annet hvordan lydband og transkriberte intervjuer skulle oppbevares, hvordan anonymitet skulle ivaretas og hvordan jeg ville sikre et skriftlig informert samtykke (Ruyter, Førde og Solbakk, 2007). Jeg fikk godkjenning av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, jf. Vedlegg 3), og kunne sette igang.

Siden jeg var invitert til å belyse intervensjonsstudiene på SAB, hadde jeg en relativt enkel tilgang til feltet jeg skulle studere. Heiberg og Bruun-Olsen inviterte meg helt i starten av prosjektplanleggingen til å observere treningsgruppa. Hensikten var å se hvilke øvelser pasientene gjorde og hvordan treningsprogrammet var lagt opp. Det som umiddelbart gjorde meg nysgjerrig, og som har blitt en rød tråd i undersøkelsen min, var imidlertid sekvensen hvor fysioterapeutene åpner opp for tilbakemeldinger og spørsmål fra pasientene på slutten av timen. En av deltagerne begynte å fortelle om at hun hadde fått litt vondt i hofta, «...men det har jo egentlig ingenting med dette å gjøre!», sa hun plutselig. Dette var en dame som var operert i *kneet*, skjønte jeg, og jeg tenkte at det måtte være derfor hun mente at hoftesmerte ikke var relevant i denne sammenhengen. Samtalen fortsatte, men over på et annet tema. Jeg ble sittende og tenke over denne episoden, med en følelse av at dette er essensielt å få belyst. Min umiddelbare reaksjon var at dersom pasienter tolker «relevans» såpass snevert i en opptreningskontekst, går ikke mye viktig informasjon tapt? I egen praksis har jeg, som nevnt, alltid gitt rom for, og oppmuntret til høyttenkning pasientene imellom. Det har jeg betraktet som viktig likemannsarbeid. Som jeg vil komme tilbake til i analyse og drøfting, har jeg ut fra materialet mitt fått et mer nøkternt syn på hva som kan komme fram og deles i fysioterapiterapisesjoner generelt, og i gruppetreningsesjoner spesielt, for å fremme bedring. Men episoden jeg har nevnt, var av stor betydning for hvordan jeg valgte å vinkle undersøkelsen min videre.

Da jeg startet rekrutteringen av informanter, avtalte jeg med fysioterapeutene hvilke dager jeg skulle komme. Jeg kom og så på treningen. Da timen var ferdig, brukte jeg noen få minutter på å presentere meg selv, og prosjektet. Jeg var der i alt tre ganger i løpet av vinteren 09/10. Jeg la vekt på at dette var frivillig, forklarte at jeg hadde tenkt å intervju dem i deres hjem og at de gjerne måtte ta betenkningstid og ringe meg senere. Alle fikk utdelt den skriftlige informasjonen, med samtykkeskjema, godkjent av REK (Vedlegg 2). Jeg forklarte at jeg var fysioterapeut og hadde arbeidet en del med ortopediske pasienter, og nå ønsket å vite litt om hvordan de opplevde både det å trene sammen med andre og å trene hos fysioterapeut. Jeg sa at jeg antok at denne måten å trene seg opp på var annerledes enn «vanlig» fysioterapi, og ville høre hva de tenkte om treningsformen. At dette er en antatt annerledes måte å ha fysioterapi på - etter innsetting av totalprotese i hofte eller kne - hadde de også fått informasjon om da de aksepterte å være med i den opprinnelige intervensjonsstudien, så det var ikke nytt for dem. Til slutt informerte jeg om at jeg også var opptatt av betydningen av kjønn i rehabilitering, og at jeg ønsket å utforske henholdsvis maskuline og feminine måter å forholde seg til egen bedringsprosess på.

De to første gangene snakket jeg ganske mye om gjennomføringen av en delstudie forhold til intervensjonsstudien de var med i, og hvordan vi – fysioterapeutene Bruun-Olsen og Heiberg og jeg- tenkte oss at studiene ville kunne utfylle hverandre. Jeg fornemmet imidlertid at dette kanskje ble for akademisk, derfor hadde jeg bestemt meg for å si mye mindre om dette den siste gangen jeg var der. Fangen (2004) var for eksempel bevisst på å tone ned det akademiske da hun presenterte sitt prosjekt i nynazistmiljøet. Men i mitt tilfelle viste det seg at pasientene både var interesserte i og hadde behov for den informasjonen jeg hadde valgt å utelate. Det ble tydelig at mitt ærende ble hengende litt i luften den siste gangen jeg la fram prosjektet mitt, og det kom mange spørsmål. I ettertid, og underveis i arbeidet med materialet, har jeg reflektert over hvordan dette påvirket rollen jeg tok i de påfølgende intervjusituasjonene. Jeg var oppmerksom på at informantene var meget ressurssterke og at noen til og med hadde arbeidet med eller fremdeles arbeidet innen forskning. Jeg kommer tilbake til dette senere i kapitlet.

Å rekruttere intervjuobjekter gikk imidlertid veldig greit. At jeg var tilknyttet prosjektene til Bruun-Olsen og Heiberg, og at de klart og tydelig viste at de hadde godkjent min involvering, ga meg den troverdighet jeg trengte. Som Punch (1994) nevner, kan det også være en fordel å være endel yngre enn sine informanter. De vil gi deg lettere tilgang fordi du virker ufarlig. Dette ble kan hende også et lite handicap for meg i enkelte intervjusituasjoner. Jeg kommer tilbake til dette temaet i avsnittet om informantene.

3.4 Intervjuene

Jeg valgte semistrukturerte intervjuer som metode. Intervjuguiden benyttet jeg for å huske å spørre om alt jeg lurte på (Vedlegg 1). Intervjuene varte fra femtiåtte minutter til en time og førti minutter. Intervjuene er gjort hjemme hos informantene, bortsett fra et, som ble foretatt på informantens arbeidsplass. På det tidspunktet de ble intervjuet nærmet tre seg avslutning på intervusjonen. Fem av informantene snakket jeg med etter at de var ferdige med treningen på Bærum. Det hadde gått fra en til tre uker siden de hadde avsluttet.

Som medskaper av materialet er forskningsspørsmålene, temaene og innholdet i intervjuene preget av min førforståelse. Informantene hadde også sin førforståelse av meg og mitt prosjekt (Fangen 2004). De visste at jeg er fysioterapeut, og at vi skulle snakke om trening. Heggen (1998) gjør oppmerksom på at hvem forskeren identifiseres med, har betydning for datagrunnlaget. At jeg valgte å legge fram mitt engasjement som utsprunget fra en faglig fysioterapeut-interesse var med på å styre prosjektet i den retningen det tok. Underveis i arbeidet med materialet, har jeg erfart og erkjent at datainnsamlingen har foregått som del av en interaksjon mellom meg, informantene og den viten vi sammen har skapt. Erkjennelsen har kommet gradvis. Kort sagt vil det si at jeg har gått fra å være frustrert over å ikke ha oppdaget noe «nytt» til å etter hvert se på prosjektet som spennende og innsiktsgivende.

3.5 Informantene

Intervensjonsstudiene som min studie er tilknyttet, har rekruttert pasienter fra Bærum kommune, samt noen kommuner i Akershus fylke. Jeg har rekruttert fra dette allerede selekterte utvalget; de som er med i min studie har allerede sagt ja til å være med på en mye mer omfattende og forpliktende intervensjon. Det har betydning for hvordan jeg legger an mine tolkninger i analysekapittelet. Jeg vil drøfte det mer inngående i kapittel 4 og 5.

Innenfor fysioterapi er geriatri mitt spesialområde, så i utgangspunktet ønsket jeg å snakke med de eldste deltakerne. Jeg valgte likevel å åpne for at alle kunne rekrutteres. Delvis fordi de aller fleste faktisk er «eldre» når de får satt inn en protese, men også fordi jeg ønsket å speile bredden i pasientgruppen til mine samarbeidspartnere, Bruun-Olsen og Heiberg. Jeg kunne ha valgt en mer aktiv strategi hvor jeg spesifiserte eller valgte ut informanter på bakgrunn av flere dimensjoner enn alder (Heggen 1998), som kjønn, sosial status, mye tidligere erfaring med fysioterapi/gruppetrening eller lite eller ingen erfaring med fysioterapi/gruppetrening. Et annet alternativ var å velge informanter som såvidt hadde begynt opptreningen, som hadde kommet langt, eller å inkludere deltagere fra begge disse kategoriene. Siden jeg gikk såpass åpent ut i starten av prosjektet, falt det også naturlig å holde inklusjonskriteriene helt åpne.

Åtte personer er rekruttert fra intervensjonsstudien på SAB; seks kvinner og to menn. Tre av de kvinnelige informantene meldte sin interesse direkte etter presentasjonen. De tre andre ringte meg i løpet av noen dager etter presentasjonen min. De mannlige informantene meldte seg da jeg den siste gangen presiserte at jeg også ønsket å snakke med menn, og utfordret dem på det. De to som meldte seg gjorde det umiddelbart etter min informasjon.

Informantene er i alderen 61-84 år. Alle unntatt to er over 70 år. Ingen av dem har totalprotese i flere enn ett ledd, og ingen tidligere erfaring med denne type operasjon. Det er fire med innsatt kneprotese og fire med innsatt hofteprotese.

Som nevnt ovenfor, tilhører disse informantene en sosio-økonomisk sett sterk gruppe. Av hensyn til anonymiteten kan jeg ikke beskrive veldig detaljert bakgrunnen til disse

åtte. Men de har alle, unntatt en, høyere utdanning. Tre av informantene mine har erfaring med forskning fra egen yrkesutøvelse. Av de seks som er fylt 67 år, er tre fremdeles i arbeid. Dette er altså en svært ressurssterk gruppe informanter. Underveis i intervjuene merket jeg at jeg hadde stor beundring og respekt for disse menneskene. Jeg vet at operasjonen de har vært igjennom er smertefull, og bedringsprosessen kan være langtekkelig og brokete (Marcinkowski 2005, Maly 2009). Men mine informanter uttrykte svært lite misfornøydhethet og de klaget nesten ikke. Jeg ble veldig imponert over alle, og tok meg selv i å ønske at jeg skulle få det slik når jeg nærmer meg pensjonsalderen.

Antagelig gjorde denne beundringen at jeg oppførte meg ekstra ærbødig overfor informantene. Dette ser jeg i utgangspunktet på som en dyd, men kanskje kunne jeg ha vekslet til en mer konfronterende stil, under intervjuene. Det er mulig at jeg da hadde fått litt andre data. Et eksempel på hvordan dette utspilte seg har jeg fra det fjerde intervjuet. Jeg kom hjem til informanten, som jeg har kalt Karin. I gangen sto en skohylle, hvor absolutt alle skopar enten var av typen «tursko» med kraftig såle eller joggesko. Videre innover i gangen sto et skipar til avtining, og golfbagen var pakket for reise. Karin fortalte at hun var på vei til et lengre opphold i Spania, hvor hun blant annet skulle spille golf med venner. Jeg husker at jeg måtte legge bånd på meg for å ikke vise hvor begeistret jeg var. Jeg hadde nemlig fått råd fra min veileder om å prøve å ha en litt mer «nøytral» opptreden i møte med informantene. Men her møtte jeg en dame som representerte et ideal for meg: En aktiv, eldre dame med stor selvtillit, mye initiativ og en tilværelse som for meg framsto som svært attraktiv for en dame i denne aldersgruppen. Jeg tenkte vel at hun måtte ha gjort mye riktig i livet, med den grad av selvstendighet og høye funksjon jeg oppfattet at hun hadde. Da jeg et godt stykke ut i intervjuet spurte henne om hva hun oppfattet var viktig for å komme seg etter en proteseoperasjon, tenkte hun lenge på svaret:

«Det var vanskelig...»

Line: Hvorfor tror du at du kom deg raskt?

«Altså, det har vel noe med at jeg er jo en frisk person. Jeg har ikke feilt

noenting. Jeg har ikke annet enn to dårlige knær. Og så er det vel det at jeg har vært vant til å bruke kroppen min. At jeg er i sånn noenlunde form og har en rimelig vekt for alderen. Sånn at jeg... jeg vil ikke si at jeg er vel trent, men i forhold til veldig mange andre på min alder så er jeg nok det.»

Line: Mm. Hvorfor tror du det har betydning, da?

«Jo, for på dette her gjelder det jo å trene opp muskulaturen igjen, ikke sant? Og hvis ikke du har noen muskler å trene opp så er det jo så som så...»

Videre antok Karin at det var avgjørende hvilken innstilling man hadde til å bli bra. Hun mente det var en klar fordel å virkelig være motivert. Jeg har grunnet på denne og lignende hendelser jeg kom opp i underveis i prosjektet. Flere ganger kunne jeg valgt en mer pågående intervjuteknikk, eller vært enda mer spørrende og uforstående til informantenes oppfatninger. Fra et interaksjonistisk perspektiv kunne det kanskje bidratt til å få fram et mer nyansert bilde av hva som får betydning i bedringsprosesser jeg har studert. At jeg ikke gjorde det bunnet nok noe i min ubevisste beundring for informantene. Jeg tenker at ut fra dette hensynet ble min unge alder til et lite handicap, slik Punch (1994) advarer om.

Når det er sagt, er det samtidig viktig å spørre seg om det å utfordre informantens selvforståelse er en nødvendighet ved kvalitative intervjuer. Ut fra etiske hensyn vil jeg si at som kvalitativ forsker er det viktig å opptre med en innfølelse stil. Det er mitt ansvar at informantene føler seg ivaretatt og respektert både under intervjuet og når de ser tilbake på møtet med forskeren. Når jeg selv ser tilbake på intervjusituasjonene, og leser refleksjonsnotatene jeg skrev etter hvert intervju, var det også en intuisjon eller magefølelse, som jeg tok på alvor. I situasjonen føltes det rett og slett ikke riktig å skulle gå veldig hardt imot informantens oppfatninger. Det er jo heller ingen intensjon hos meg å avsløre noe informantene ikke vet om seg selv. Det er snarere å avsløre noe jeg ikke visste om min egen yrkesutøvelse. Guillemin og Heggen (2008) skriver om forskerens etiske forpliktelse og tar som eksempel nettopp det dilemmaet man ofte kan befinne seg i: Skal forskeren forfølge en potensielt spennende tråd dersom det innebærer en risiko for å støte informanten? Dette prosjektet har lært meg at det

viktigste er å ivareta informanten. Som representant for forskning bærer man et stort ansvar for å etterlate et profesjonelt inntrykk, og da er det alltid, uten unntak, den som velvillig stiller opp som skal komme i første rekke. Når det er sagt, har det ikke vært enkelt å finne balansen mellom «rapport» og «respekt». Jeg erkjenner at å vite hva som er «det rette» aldri kan være en fasit, men må komme fra en våken, reflekterende holdning. Og å være forberedt på at uventede ting skjer.

3.6 Transkriberingen

Å transkribere intervjuer er ifølge Kvale og Brinkmann (2009) et fortolkningsarbeid i seg selv. Fangen (2004) gjør oppmerksom på at allerede i informantens uttalelser ligger en første fortolkning; de har oversatt forskerens ærende og relaterer spørsmålene og temaene til sin egen forforståelse. Jeg utdyper dette i avsnittet om «Det skjellsettende første intervjuet».

Det første intervjuet transkriberte jeg så ordrett jeg kunne, og i parenteser skrev jeg ned latter, pauser, og var spesielt nøye med å registrere mitt eget tonefall, hvor jeg avbrøt informanten, og lignende. Dette lærte jeg mye av. Jeg var nok ganske kritisk til min egen prestasjon til å begynne med, men ble mer avslappet etter hvert. Jeg innså at et intervju ikke kunne gjøres perfekt uansett, på mitt nivå. Etter hvert som jeg transkriberte flere intervjuer, ble de «renere» i formen. Jeg gikk bort fra den detaljerte registreringen med alle parenteser, og konsentrerte meg mer og mer om ordene som ble uttalt.

Intervjuene er tatt opp på bånd, og skrevet ned så ordrett som mulig i etterkant. To av informantene har ikke norsk som morsmål. Av hensyn til anonymiteten, og med deres tillatelse, har jeg fornorsket språket deres noe.

Informantene mine er svært reflekterte, og stilte opp på dette fordi – som de sa - de ønsket å bidra. Selv om transkriberingen var en møysommelig prosess, var det også utrolig interessant å høre igjennom intervjuene på nytt. De hadde virkelig tenkt igjennom mye, og de hadde mye tidligere erfaring med fysioterapi.

3.7 Analysen

Da jeg startet med planleggingen av prosjektet, hadde jeg en formening om at et kvalitativt prosjekt innebærer en god del «kaos» i analysefasen. Noe av litteraturen jeg hadde lest, hadde etterlatt et inntrykk av at når datainnsamlingen er fullført, har forskeren en nærmest uoverkommelig oppgave med å systematisere og strukturere materialet. Dette ønsket jeg å unngå. Kvale og Brinkmann (2009) skriver utførlig om hvordan planlegging og gjennomføring etter visse grunnprinsipper kan hjelpe til å strømlinjeforme kvalitative prosjekter og forebygge forsinkelser og i verste fall at prosjektet aldri blir gjennomført. Siden jeg hadde lite erfaring med forskning generelt, og kvalitative metoder spesielt, ønsket jeg å sikre gjennomføringen best mulig. En måte å gjøre det på, tenkte jeg kunne være å velge grounded theory som analysemetode. Det virket som en meget ryddig og oversiktlig metode som kunne passe meg. Metoden, slik den framstilles av Charmaz (2006), tiltalte meg, og jeg planla å følge hennes analyseverktøy.

Undersøkelsen min er typisk kvalitativ på den måten at jeg gikk ganske åpent inn i prosjektet, uten å ha bestemt hvilken teori jeg skulle benytte til analysen. Jeg hadde imidlertid noen idéer, og da jeg hadde gjort de tre første intervjuene, begynte jeg å kode passasjene med utgangspunkt i teaterterminologien til Erving Goffman. De første koder eller temaer jeg ble opptatt av, kalte jeg «Ideelle normer» og «Ærbødighet og distanse». I tråd med Charmaz' versjon av grounded theory brukte jeg goffmanske begreper i kodingen, og sammenlignet deretter med hvilke begreper informantene benyttet. Disse kodene fant jeg representert mange steder i det da foreløpige materialet mitt. Jeg tolket det som at materialet handlet mye om hva som er den riktige måten å oppføre seg på i en treningskontekst - «ideelle normer», og dette var jeg interessert i å få belyst nærmere. Som nevnt, var det en episode fra den første observasjonsdagen jeg festet meg spesielt ved; pasienten som først begynte å fortelle om hoftesmerter, men som ombestemte seg og ikke ville bruke tid på sine hoftesmerter i plenum, siden hun var operert i *kneet*.

Videre var det mange spor i materialet til hvordan pasientene inntar det Goffman ville kalt en ærbødig holdning til regimet fysioterapeuten innfører. Denne ærbødigheten har

jeg oppdaget mer av etter hvert, og en erkjennelse av at pasientene er *overbærende* med fysioterapeutenes opplegg har gitt meg ny innsikt i hvordan gode råd fra terapeuten slett ikke alltid kan gjennomføres utenfor treningstimen. Pasientene siler ut hvilke råd og retningslinjer de faktisk følger; en distanse, tross alt. Dette interesserte meg umiddelbart, siden jeg antok at dette hadde noe med “overføringsverdien” av hva pasientene lærer hos fysioterapeuten. Jeg har skrevet litt om dette i punktet om “Min førforståelse”.

Arbeidet med å kode de tre første intervjuene ad modum Charmaz var møysommelig, men svært nyttig. Jeg fikk prøvd ut goffmansk teori på en del av materialet, og så at Goffman passet godt til de temaene jeg hadde identifisert som spesielt relevante for problemstillingene. Etter hvert så jeg at å gjøre en tematisk analyse, helt selvstendig, og uten bruk av grounded theory, ville fungere like godt for mitt masterprosjekt. Det gikk gradvis opp for meg at det faktisk er jeg, og bare jeg, som kan foreta de mest kvalifiserte tolkninger av mitt materiale. Med utgangspunkt i Goffmans teaterteori hadde jeg funnet spennende spor jeg ville forfølge, og hadde fått selvtillit på at jeg kunne gripe materialet mitt an på en nokså tradisjonell måte, med å se alle gjennomgående temaer, slik for eksempel Kvale og Brinkmann (2009) anbefaler.

Jeg arbeidet videre med kodene «Ideelle normer» og «Ærbødighet og distanse». Jeg så at disse var forbundet, både innenfor hver enkelt informants erfaringer, og på tvers av alle informantenes fortellinger. Mange sitater kunne passe i begge koder, og ut fra min erfaring med gruppetreninger som fysioterapeut var det også logisk. «Vi er her for å trene, ikke for å snakke sammen» eller «Vi bruker ikke fellestiden til individuelle konsultasjoner» kunne være ideelle normer, men også noe fysioterapeutene hadde signalisert som pasientene ærbødigst etterfulgte. Noen ganger kunne man avvike fra normene, men helst utenfor treningstimen. De laget seg en distanse til fysioterapeutene og treningsopplegget. Det var ingen direkte opposisjon, men en slags overbærenhet til det som kanskje kan beskrives som fysioterapiens helse- og friskhetskonnotasjoner. Et gjennomgående spor var at informantene poengterte hvordan trening i hverdagen er enklere sagt enn gjort noen ganger. Og at det ikke bestandig føles naturlig å gjøre de samme øvelsene utenfor treningskonteksten. Overføringsverdien kunne med andre ord

være begrenset, slik informantene så det.

Med hjelp av Goffman så jeg at gruppetrening kan handle om både måter å være sammen på, men også spesifikt hva man snakker om og hva man ikke snakker om i en gruppetreningskontekst.

Et annet tidlig tema som kom til å bli sentralt var det jeg først kalte «Plutselig og uforklarlig». I forhold til bedring ante jeg at når informantene snakket om at det var “en (gjen)oppdagelse” eller “åpenbaring” å kunne stå eller gå “ordentlig” igjen, var det faktisk slik. Jeg fikk ikke dette temaet til å passe med Goffmans teori, men så underveis i analysearbeidet at det var en høyst relevant forbindelse til de idéelle normene og ærbødighet/distanse. Etter hvert intervju leste jeg først gjennom notatene jeg hadde gjort underveis, og fylte ut med nye tanker, før jeg hørte gjennom lydbåndet. Deretter kodet jeg hver sekvens, først en gang, både for å se etter nye koder og for å se om det handlet om noe av det jeg hadde fått ut av de forrige intervjuene. Slik utviklet jeg en matrise hvor jeg ble mer og mer sikker på at “Idéelle normer”, “Ærbødighet/distanse” og “Plutselig og uforklarlig” var forbundet og ihvertfall kunne forklare noe av materialet jeg hadde blitt mest opptatt av. Jeg vil utdype dette i kapittel 4 og 5.

Haavind (2000) understreker at det er forskerens plikt og ansvar å gjøre tolkningene så eksplisitte som mulig, og ikke overlate dette viktige arbeidet til leseren. Som uerfaren forsker og ny innenfor kvalitativ metode har dette vært en utfordring gjennom hele analyseprosessen. For min faglige nysgjerrighet har det vært svært stimulerende, og prosjektet har nok generert like mange *nye* spørsmål som svar på forskningsspørsmålene.

3.8 Det skjellsettende første intervjuet

Det første intervjuet lærte meg mye om betydningen av min egen førforståelse. Järvinen (2005) beskriver møtet mellom informant og forsker som en forhandling om å bli sett på som «normal» og «vanlig oppegående», for såvel forskeren som informanten. I ettertid har jeg forstått at i denne nye situasjonen som intervjuer var jeg vel så mye i rollen som fysioterapeut som forsker. I refleksjonsnotatet skrev jeg

«Vanskelig å komme seg ut av diskursen om positiv holdning og egeninnsats – blir ikke enkelt å få informanten til å snakke om hva annet som kan katalysere en bedringsprosess. Hvorfor er det vanskelig å «diskvalifisere» informantens hovedpoenger? På hvilken måte kan jeg grave (etter rike fortellinger) uten å si til informanten at svaret hun/han gir ikke er bra nok for meg?»

Etter dette første intervjuet var jeg mest av alt skuffet. Jeg syntes ikke jeg hadde funnet ut noe nytt om det som da var min forestilling om å være pasient. Heggen (1998) gjør som nevnt oppmerksom på at forskeren må være bevisst på hvem han eller hun identifiseres med, nettopp fordi dette påvirker datagrunnlaget.

Ved å konfrontere mine erfaringer med metodelitteratur som dette, ble jeg klar over at ikke bare var jeg en urutinert intervjuer men at jeg også i stor grad hadde spilt ut den resultat- og behandlingsorienterte fysioterapirollen i møtet med informanten. Hun tok nok umiddelbart pasientrollen, og nettopp derfor kom trolig samtalen vår til å dreie seg om hvordan «den flinke pasientens» bedringsprosess ser ut. Når jeg leser det transkriberte intervjuet ser jeg hvordan jeg setter tonen for samtalen. Vi ordla oss begge slik at en positiv holdning og egeninnsats er eneste måte å bli bra igjen etter en slik operasjon. Informanten beskriver seg selv og sin rehabilitering som uproblematisk og normal. Alt gikk «fint» og var «greit». Diskursen om egeninnsats og aktivitet blir opplagte svar på mine spørsmål om bedringsprosessen.

I tillegg hadde jeg kanskje også litt urealistiske forventninger om hva slags svar jeg skulle få. I refleksjonsnotatet lurer jeg på hvorfor jeg får de svarene jeg får, når jeg egentlig spør etter andre ting. Det er vel snarere slik at jeg tror jeg spør om en ting, men informanten oppfatter at samtalen dreier seg om noe annet. Jeg kommer tilbake til dette momentet i det siste avsnittet nedenfor.

Rådet jeg fikk av veileder om akkurat dette var å prøve å være litt mer «nøytral» i neste intervju. Både som menneske og som fysioterapeut virker jeg nok både svært positiv og støttende. Stilen min er optimistisk og empatisk. Jeg kan nok også virke ung og naiv, spesielt for de eldre. Punch (1994) antyder som tidligere nevnt at det kan være en fordel å være endel yngre enn sine informanter, at det kan lette tilgangen til feltet. Man virker «uskyldig», og folk vil kanskje ikke være så nøye med med hva de sier. På

den andre siden vil man kanskje måtte arbeide litt hardere for å bli sett på som en seriøs person.

På denne bakgrunnen forsøkte jeg etter hvert å tone ned empatiske og støttende kommentarer underveis i intervjuene. Typiske fysioterapeutiske innspill til trening, aktivitet og hvile har jeg forsøkt å unngå. I stedet har jeg lagt vekt på å stille utdypende spørsmål på en høflig interessert måte. Dette kan høres enkelt ut. Det er imidlertid krevende å framstå som akkurat passe interessert og kanskje helst litt uvitende når man snakker med folk om et tema som opptar en. Ikke minst er det krevende å være bevisst på dette samtidig som jeg skal holde tråden og følge opp spor i samtalen.

Tross mine brokete erfaringer med særlig det første intervjuet, eller kanskje nettopp derfor, skulle disse likevel vise seg å inneholde kimen til et svært interessant funn. Det første intervjuet har blitt stående som symbol for et spor jeg har fulgt opp videre i analysen. Nemlig hva pasienter anser for relevant for en fysioterapeut å få vite eller høre om og hva de anser for ikke å være så relevant. I innledningen skriver jeg at jeg så potensialet i å skulle snakke med pasienter nærmest inkognito: Siden de ikke var «mine» pasienter, forestilte jeg meg at de ikke ville oppfatte meg som fysioterapeut, og at jeg derfor ville få en annen tilgang og nye innsikter. Observasjonen jeg gjorde av pasienten som skilte så skarpt mellom *kne-* og *hofteproblemer* har jeg begynt å se i et klarere perspektiv.

Utover i analysekapittelet vil jeg vise hvordan dynamikken mellom meg og informantene har funnet sted. Og hvordan materialet som først framsto som ganske intetsigende for meg ble mer og mer spennende etter hvert som jeg forsto at styrken lå i nettopp at det var en fysioterapeut og forsker som hadde regien.

3.9 Å tolke noens erfaringer ved hjelp av teatermetaforer

Denne oppgaven er et forsøk på å gjengi *noe* av det jeg ble opptatt av i arbeidet med intervjuene. Informantene mine har gitt meg beskrivelser av hva som skjedde mens de trente i gruppa. Min oppfatning er ikke at informantene bevisst har framstilt egen innsats eller erfaring fra treningsgruppa som noe annet eller bedre enn det «egentlig»

var. Når jeg skriver om innsatsen og erfaringene de har fortalt om, kan det kanskje virke som at jeg forstår pasientrollen de tok som beregnende. Det gjør jeg ikke. Jeg tenker at som pasienter i denne gruppa kom de med en klar og oppriktig intensjon om å bli bra igjen. Når jeg tolker at de har «konstruert» seg som pasient eller «gjort» pasientrollen på en bestemt måte betyr ikke dette at jeg oppfatter dem som uredelige. Det er, som Album gjør oppmerksom på (Album, 1996), bare en måte å betrakte pasienters meningsskapende virksomhet.

Litt oppsummerende vil jeg si at når jeg skriver om menneskelig handling og samhandling med goffmanske metaforer så risikerer jeg å framstille menneskene jeg har snakket med som kalkulerende og kyniske. Fordi Goffman bruker begreper som fasade, maske og inntrykksmanipulasjon har han blitt oppfattet dithen at han mener at menneskelig samhandling er kald og beregnende (Hviid Jacobsen, 2002). Album (1996) påpeker at det er vanskelig å unngå at de han skriver om virker «hensiktsorienterte» når han støtter seg til Goffman. Albums poeng, slik jeg tolker ham, er at måten vi oppfører oss på sammen med andre er en ganske ubevisst håndtering av situasjonen vi befinner oss i. Vi gjør som vi gjør fordi vi besitter en sosial kompetanse. Den gjør oss istand til å beherske nye situasjoner og nye bekjenskaper, og måten vi gjør det på har flere fellestrekk. Men vi er sjelden eller aldri bevisst hvilke «teknikker» vi bruker for å samhandle med andre.

4 Analyser

4.1 Temaene

Jeg har intervjuet eldre informanter om hvordan det har vært å trene i gymsalen på SAB, å bli veiledet av fysioterapeutene, og å trene sammen med andre pasienter. Jeg har vært spesielt opptatt av hva de sier om egen bedringsprosess. I arbeidet med de transkriberte intervjuene, har jeg, som beskrevet i metodekapittelet, utforsket spor som kan hjelpe til å besvare forskningsspørsmålene mine;

1) Hvordan opplever pasienter med innsatt totalprotese i hofte eller kne et treningsopplegg basert på dagliglivets aktiviteter? Og 2) Hvordan kan gruppetrening med fysioterapeut bidra inn i bedringsprosesser til denne pasientgruppen?

Jeg har kommet fram til to temaer om gruppetrening med fysioterapeut og hva som får betydning i en bedringsprosess. Disse vil jeg drøfte her. Det første er om det jeg har kalt stilen i gruppa. Det handler om hvordan man integreres til en spesiell måte å være på i treningsgruppa, og at det også har betydning for hva man snakker om og hva man ikke snakker om i treningskonteksten. Jeg vil drøfte disse dataene i lys av Goffmans teaterteori, støttet av Dag Albums studie om pasientfellesskap i sykehus. Til slutt beskriver jeg hvordan bruk av kroppsfenomenologi kan belyse hvordan den nevnte stilen pasientene kommer inn i, på en helt spesifikk måte bidrar til bedringsprosessen.

4.2 Rammen

En ramme, i Goffmans terminologi, definerer hva som skal foregå. Den bestemmer hva deltakerne skal ha oppmerksomheten sin mot, og definerer rollene som kan utøves. Ser vi stort på det, kan vi tenke oss at rammene for pasientenes samhandling er mange og skiftende. De treffes på parkeringsplassen, i kantina, i garderoben og i gymsalen før timen har begynt. Etter treningen er de kanskje sammen i garderoben, eller slår følge til bussen eller parkeringsplassen igjen. Jeg velger å fokusere på selve treningstimen som ramme, siden samtalene med informantene har dreid seg mest om treningstimen. De andre rammene jeg nevner vil jeg ikke gå analytisk inn på i denne oppgaven. I den

rammen jeg skal studere, er det de nye bevegelsesmønstrene, som skal øves inn gjennom veiledning og repetisjon, som er det oppmerksomheten forventes å være vendt mot.

I innledningen til denne oppgaven ga jeg en beskrivelse av en typisk treningstime. Den har jeg skrevet på bakgrunn av at jeg selv har vært tilstede som observatør fire ganger, samt intervjuer med åtte av deltagerne. Nå retter jeg igjen oppmerksomheten mot treningstimen i gymsalen på Sykehuset Asker og Bærum HF. I den kursiverte teksten nedenfor presenterer jeg noen glimt; noe er observasjoner og noe er referert meg i løpet av intervjuene:

Mange er ute i god tid før timen skal begynne og noen snakker sammen om løst og fast. Mest hva de har gjort siden sist, en spør hvordan det går med hofta, og den andre svarer at «Jo, takk, nå går det litt bedre! Jeg klarte å klippe tåneglene mine selv her om dagen!» Begge ler hjertelig.

Pasientene styrker muskulatur og tøyler ledd gjennom de dagligdagse bevegelsene som fysioterapeutene har designet til formålet. Noen av deltagerne oser av selvtillit og rutine; de har tydeligvis vært med en stund og trenger nesten ingen veiledning av fysioterapeutene. Andre strever litt, og tar oftere pauser. Treningen går ut på å gå, reise seg og sette seg, og gå i trapp på forskjellige måter. De gjør det med forskjellig lengde på skrittene, de går i både raskt og roligere tempo, de løper, de bøyer seg ned og til siden, de strekker seg både til siden og opp, de skritter over hindre på gulvet, de snur seg rundt. Det er mye latter og tonen er ofte spøkefull. Fysioterapeutene gir mye ros til alle, og er samtidig nøye på hvordan øvelsene utføres. Gjennom hele timen gjentar de den samme instruksjonen: «Kjenn etter! Kjenn etter i kroppen hvordan bevegelsen føles!»

Helt i begynnelsen av denne oppgaven nevnte jeg at tankegangen bak treningsopplegget er å bruke et treningsprogram som er satt sammen av bevegelser vi gjør mange ganger daglig. Alle bevegelsene eller aktivitetene som gjøres i løpet av treningstimen finnes igjen i en «dagligdags» sammenheng. Derav betegnelsen «task oriented exercise» eller «dagligdagse bevegelser». Pasientene bruker stort sett sin egen kroppsvekt som motstand, og gjør øvelser på gulvet.

Det er altså ikke noe apparat som styrer bevegelsen, slik det ville vært dersom de hadde syklet på ergometersykkel, gått på tredemølle eller gjort knebøy i en maskin. Som jeg nevnte i kapittelet om «Bedring», i punkt 2.1.1, tenker jeg at denne tilnærmingen til nye, integrerte bevegelser kan fremme pasientenes forståelse av eget mestringspotensiale, for å si det med Bury (1982). Underveis i treningstimen må de stadig tilpasse innsatsen til egen kapasitet.

Ut fra fysioterapiens terminologi er det her snakk om øvelsenes “overføringsverdi”. Dersom man trener på en dagligdags ting sammen med fysioterapeuten er det lettere å overføre “riktig” bevegelse til konteksten utenfor treningstimen. Fysioterapeutene har på forhånd bestemt hvilke bevegelser som skal trenes på, og ut fra deres erfaring og definisjon vil de vektlegge noen kvaliteter framfor andre. Typiske bevegelseskvaliteter de vil ønske å få fram hos pasientene er flyt, koordinasjon og symmetri for å stimulere til nye, integrerte bevegelsesmønstre. Som jeg har nevnt i innledningen, vil det å gå med et smertefullt ledd over flere år mest sannsynlig føre til at bevegelsesmønstrene endrer seg. Personen vil forsøke å skåne leddet så mye som mulig, og gangmønsteret vil bære preg av det. Fysioterapeutene vil gå inn og rettlede og veilede pasientene slik at de gjør bevegelsen så optimalt som mulig, ut fra en fysioterapeutisk synsvinkel. Målet er å gradvis trene seg opp til å bevege seg uten smerter og uten å halte.

Hver enkelt deltager gjør sitt eget treningsprogram, tilpasset det nivået han eller hun er på. Øvelsene er lagt opp slik at det er lett for fysioterapeuten å gjøre dem tyngre og vanskeligere etter hvert som pasientene blir bedre. Graden av progresjon er da ut fra fysioterapeutens tankegang mye opp til den enkelte; hver må kjenne etter på egen kropp hvor lange, dype eller raske skritt han eller hun kan presse seg til. Slik framstår opplegget individuelt tilpasset, men treningen foregår sammen med resten av gruppa. I enkelte sekvenser er gruppa delt, med de hofteopererte og de kneopererte på hver sin stasjon i gymsalen. Den ene fysioterapeuten trener knepasientene og den andre trener hoftepasientene. Likevel er alle sammen, i samme sal. Og det er altså gruppa som i denne sammenhengen er den analytiske enheten. Det er gruppetreningens bidrag til bedringsprosesser jeg har interessert meg for i dette prosjektet.

I avsnittene ovenfor har jeg beskrevet noe av det som skjer i treningstimen. Jeg har forsøkt å ramme inn treningsopplegget og ta den utenforståendes synsvinkel. Min forforståelse og tolkning av opplegget er naturlig nok likevel preget av at jeg er fysioterapeut av yrke. Men intensjonen med denne innledningen har altså vært å skape noen bilder for leseren. På denne bakgrunn skal jeg nå gå inn på mitt materiale. Fokus heretter blir hva pasientene sely sier om opplegget.

4.3 Regler for væremåte bidrar til «gruppedynamikk»

Et tema som har vært sentralt helt fra prosjektets begynnelse er «gruppedynamikk». Jeg har valgt å sette det i anførselstegn fordi jeg etter å ha studert fenomenet i et års tid faktisk ser på det som skjer i en gruppekontekst som mer komplekst enn jeg i utgangspunktet forestilte meg. For meg innebærer det at min drøfting i det følgende kun vil belyse *enkelte elementer* av det jeg antar at opplevelsen av «gruppedynamikk» rommer. Det jeg skriver om «gruppedynamikk» i dette kapitlet tar utgangspunkt i det informantene og jeg har diskutert. Denne prosessen, og hvordan jeg tenker at informantene og jeg har hatt en gjensidig påvirkning på hverandre under intervjuene, har jeg allerede gjort rede for i kapittel 3; Etikk og metode.

På www.caplex.no, er «gruppedynamikk» forklart som en gren innenfor psykologien som «studerer samspillet mellom enkeltmennesker i en gruppe». Store norske leksikon forklarer begrepet som «betegnelse på det sosialpsykologiske studium av kreftenes spill i en gruppe, interaksjonen mellom de forskjellige medlemmene, hvordan de kommuniserer med hverandre, hvordan konflikter oppstår og løses, virkningene av de forventninger gruppen stiller til den enkelte, presset mot solidaritet og konformitet, og gruppens utvikling over tid.» Heretter vil jeg utforske «gruppedynamikk» med utgangspunkt i Goffmans teori om tilværelsen som en teaterforestilling. Jeg vil ha hovedfokus på det jeg anser er noen handlingsregler som gjelder for deltagerne. Som Album (2006), har jeg ordnet dem i påbud og forbud.

En smittende atmosfære

Et gjennomgående funn i mitt materiale er snakket om den lette stemningen som råder. Mange av informantene framhever hvordan det å være sammen med hyggelige og positive mennesker får betydning for hvordan de selv utformer rollen som deltager. Astrid sin forklaring på hva «gruppedynamikk» betyr for hennes væremåte, er typisk i så henseende:

«Det er stemningen! Og atmosfæren. (..) Du blir dratt med. For alle løper jo. «Okey, da løper jeg også» Så labber du etter. Det synes jeg også er positivt. For du blir påvirket, i positiv forstand, da.»

Dette underbygges av Britts opplevelse, som synes det var

«...en motiverende og flott måte å trene på. Det er også hyggelig, da, det å ha noen å snakke med ... og ja, den sosiale delen, da, med å komme inn i en gruppe.»

Ut fra disse og mange lignende beskrivelser i mine data, kan det virke som at rammen som definerer dette fellesskapet legger til rette for rollen som «positiv pasient». Det kan være flere roller innenfor samme ramme, som Album (1996) poengterer, men jeg har ikke vært opptatt av forholdet pasientene imellom. Derfor har jeg ikke snakket med dem om de opplevde at de fikk forskjellige roller avhengig av hvem andre som var der. Jeg konsentrerer meg nå om gruppeprosesser. Det jeg med belegg i mitt materiale vil vektlegge, er altså at den dominerende pasientrollen i dette fysioterapiopplegget er den positive og innsatsvillige pasienten. Min tolkning er at pasientene langt på vei føyer seg inn i denne stilen. Deltagerne påvirkes, eller smittes av den positive atmosfæren.

Helge er et veldig godt eksempel på hvordan mine informanter erfarte dette:

«Man var sammen med andre veldig positive mennesker, og disse som ledet dette her gjorde en veldig fin jobb ...veldig humoristisk og inspirerende, da. Jeg kan ikke huske noen som klaget på noenting. Det var en veldig gjennomført positiv innstilling. Det er ofte det, at man drar lasset sammen. Det er en felles enhet, og når man føler at man drar lasset sammen... Det er akkurat som en militær tropp på et alvorlig oppdrag. En må kunne stole på at alle gjør jobben

sin».

Jeg tolker dette utsagnet som at fellesskapsfølelsen er sterk. Vi kan se for oss en tydelig lagopptreden slik Goffman beskriver det. Goffman understreker, som tidligere nevnt, at medlemmene av laget er gjensidig avhengig av hverandre og at de vil samarbeide om å skape et bestemt inntrykk av sin aktivitet. Inntrykket bør være fordelaktig både for dem selv og den eller de som er iakttagere. Her kan vi tenke oss at pasientene som lag er innvidde i rutinen, og produktet de er med på å skape, er seksti minutter gruppetrening med fysioterapeut. Når de «drar lasset sammen» fyller de den rollen som er mest tilgjengelig; den positive og innsatsvillige pasienten.

Militærmetaforen som Helge benytter kan symbolisere hvor sterk lojaliteten til laget føles. Han utdyper det selv, når han sier at i såvel militærmanøvre som i slike treningsopplegg må man kunne... «...*stole på at alle gjør jobben sin*». Så alvorlig kan det oppleves.

Det er særlig tre momenter ved Helges utsagn ovenfor som har paralleller til Albums (1996) funn. Det første er fraværet av klaging. Det henger naturligvis logisk sammen med den positive innstillingen jeg allerede har trukket fram. Det er altså ikke vel ansett blant pasienter å klage. Da framhever man seg selv, og bryter både med forbudsnormen «Ikke klag» og påbudsnormen «Vær enig og lik».

Det bringer oss videre til det andre momentet som Helge snakker om, nemlig «å dra lasset sammen». Slik jeg tolker Helges utsagn, har det vært en overveiende god erfaring for ham. Vi kan forestille oss at det er en måte å være «enig og lik» på. Når man opplever å være en «felles enhet», som Helge kaller det, kan vi tenke oss at man opplever at både medpasienter og en selv har gått opp i rollen som den positive og innsatsvillige pasienten. Lagånden som kan oppstå når pasienter er sammen er en sentral funksjon med pasientfellesskapet som også Album har vist oss.

Til sist, i relasjon til Albums undersøkelse, vil jeg dvele litt ved Helges observasjon av fysioterapeutenes bruk av humor. Humor, og gjerne galgenhumor, har Album sett at pasienter bruker i utstrakt grad. Han oppfatter spøk og vitsing som et kjærkomment innslag i en tilværelse hvor pasientene strever med tildels alvorlige bekymringer. «Vær morsom» er med andre ord en viktig påbudsnorm blant pasienter.

Påbud: «Her er vi humoristiske»

Ser vi nærmere på Helges utsagn, ser vi at det er *fysioterapeutenes* bruk av humor han erfarte at løftet ham. Dette kan vi i lys av Goffman tenke på som et påbud: «Her er vi humoristiske». Flere av informantene, blant annet Else, understreker at pasientene slutter seg til dette påbudet:

«De har en sånn liten champagnevri på det hele, så entusiasme, og roser hver og en og pirker litt her og der, og det er helt greit, liksom. Og...ja, de ler. De er veldig lette til sinns, og, når de holder på med dette her. Og da ler jo vi også. Vi ler aldri av hverandre, så vidt jeg kan forstå, men vi ler av fellesenergien, på en måte.»

Her dukker et uttrykk opp; «fellesenergien». Ut fra både Goffmans lagmetafor og Albums forståelse av pasientlivet som normregulert er dette et svært interessant uttrykk. Vi kan forestille oss at når alle er «innvidde i rutinen», som Goffman sier, og gjennomfører timen med «champagnevri», skapes en fellesenergi som alle kan dra nytte av for å yte litt ekstra på treningen. Jeg kommer tilbake til hvordan disse funnene, ved bruk av også det fenomenologiske perspektivet, sannsynliggjør hvordan pasientenes arbeid for å skape «fellesenergi», samtidig bidrar svært positivt til den enkeltes bedringsprosess.

Dette kan synes åpenbart, men i lys av litteraturen omkring «recovery» mener jeg at dette aspektet er for lite vektlagt. Riktignok snakker man ofte om betydningen av sosiale relasjoner for bedring, og innenfor idrettspsykologi har man utviklet mange og tildels komplekse teorier om hva som skaper god såkalt «gruppedynamikk» (Høigaard, 2008). Likevel blir dette aspektet ofte neglisjert i utformingen og valg av tiltak innenfor fysioterapi. Ihvertfall forblir det utematisert. Hva årsakene til dette kan være, blir utenfor denne oppgavens fokus, men underveis i masterstudiet har jeg som sagt blitt mer og mer klar over hvor dominerende det biomedisinske perspektivet er i fysioterapien. Det kan ihvertfall tildels forklare mangelen på psykologiske og sosiologiske forståelsesrammer i mitt fagfelt.

Fra Albums studie har jeg nevnt forbudsnormen «unngå følelser». Medpasienter skal ikke belemre hverandre med for mye følelser, og sterke, negative, ukontrollerte

utbrudd skal andre pasienter forskånes for. Når man i tillegg har en plikt til å være «enig og lik», blir det ikke riktig å framheve seg selv ved å bli for emosjonell. I gruppeprosessene jeg har studert er det imidlertid de positive følelsene som preger inntrykket. Vi kan igjen støtte oss til Album, som mener pasienter utvilsomt trenger å distansere seg fra sin sykdom og smerte, og at de bruker fellesskapet med sine «nære fremmede» til å skape denne distansen. Det gjør de blant annet ved å ha det hyggelig sammen.

Album har beskrevet hvordan pasienter unngår å snakke om det alvorlige og triste forbundet med å være syk, og at den mest anerkjente måten å distrahere hverandre på er ved hjelp av humor, og gjerne galgenhumor. Er det slik at fysioterapeutene legger til rette for å skape denne fellesenergien, som Else snakker om, gjennom sin stil? Når stemningen er lett og kommentarene er passe spøkefulle og galgenhumoristiske, flyttes fokus litt bort fra det som kan tyngre pasientene utenom treninga.

For til tross for at det er mye positivt og mye galgenhumor betyr ikke det at hverdagen for de nyopererte er bekymringsfri. På dette stadiet i opptreningen kan det være mye «setbacks», som Helge kaller det. Astrid beskriver tilværelsen som litt «schizofren» fordi man har mye vondt, men overfor familie og kolleger forsøker man å holde masken og gi dem inntrykk av at det går bedre enn man kanskje egentlig føler det gjør. Det er ikke greit når all energi er brukt opp før lunsj. Når de kommer til treningsgruppa er rammen en annen, og dermed kan de gli inn i den etablerte stilen.

En regel som gjelder i treningsgruppa synes som nevnt definitivt å være påbudet: «Her er vi humoristiske». Litt i samme kategori gjelder nok også påbudet: «Her er vi positive og innsatsvillige». Ut fra det informantene har fortalt meg, oppfatter jeg at de tar en annen rolle i gruppa enn den de har i det daglige. Når det er en helt bestemt oppførsel som gjelder; den effektive, positive og innsatsvillige, tenker jeg at de lettere kan konsentrere seg om det som skal foregå i gymsalen. Da blir hovne og stive ledd og hverdagens trivialiteter satt til side for en times tid.

«Du blir dratt med. Jeg står der noen ganger og bare titter, så må jeg jo le. Jeg tenker: «Her er det nesten noe for filmmakerne» når en ser oss hoppe rundt der. Men ja, det er hyggelig, (..)»

(Astrid)

Å bli dratt med er hyggelig, sier Astrid. Min erfaring, sammen med innsikten informantene har gitt meg, sier meg at dette til og med er helt avgjørende for å kunne skape en «gruppedynamikk». Jeg vil påstå at å ha det hyggelig på trening er mer enn en bonus; det er noe av fundamentet for å overhodet ha en «gruppedynamikk» i en treningsgruppe som den jeg har studert. Jeg vil oppsummere dette poenget på slutten av dette kapittelet. Men først vil jeg se litt nærmere på elementet av konkurranse som jeg mener eksisterer i denne gruppen.

Påbudet «Her konkurrerer vi » står i sammenheng med forbudet «Ikke vær dårligst».

Bjørn synes det har vært «helt greit» å trene i gruppa. Han vil ikke si det så sterkt som noen av de andre jeg har snakket med, som påstår at de har gledet seg til hver time. Han har gjennomført opplegget fordi han innbiller seg at det er bedre enn «vanlig» fysioterapi, og «*det virket fornuftig*» . Når jeg spør ham hvordan han tror det ville vært å gjennomføre det samme programmet som et individuelt opplegg, med bare en fysioterapeut og en pasient tilstede, sier han:

«Vil tro at tiden hadde falt litt lenger...kanskje. At tingene kanskje hadde vært litt kjedeligere. At det stadig hender småting, trivialiteter rundt deg, det bidrar til at tiden går. Jeg synes ikke det er så veldig morsomt..(ler) Så alt som bidrar til litt atspredelse underveis, er egentlig kjærkomment for å holde ut. Jeg har inntrykk av at de fleste, eller kanskje alle sammen, synes det er ålreit å trene på den måten. Man oppildnes litt også, kanskje, av de andre. Jeg har aldri vært inne på tanken å skulke noen gang.»

Holder vi oss til Goffmans rollemetafor, tenker jeg at den rollen Bjørn tar i gruppa er en litt annen enn den dominerende positive, entusiastiske. Likevel er det rom for den mer nøkterne, litt mer tilbakeholdne stilen. Goffman har beskrevet hvordan dette foregår. Han mener at medlemmer av et lag forhandler om «partilinjen», og at bredden på denne linjen, eller hvilke måter det er tillatt å oppføre seg på, avhenger av enigheten

innad i gruppa. Basert på hva informantene har sagt til meg, tolker jeg det slik at det hersker stor enighet om at man skal ha det trivelig og gøy når man møtes. Det betyr nødvendigvis ikke at det faktisk er enighet om hva som *egentlig* foregår. Et av hovedpoengene med teaterteorien, slik jeg har tolket den, er at dersom aktiviteten egentlig er litt sær, krever det en stram partilinje med klare oppførselsregler. Dette for å bygge opp tillit til det som skal foregå. Jo større risikoen er for at noen skal si eller gjøre noe som avslører at denne treningen egentlig er kjedelig, jo viktigere blir det med en tynn partilinje.

Som allerede nevnt, synes Bjørn altså at han oppildnes litt av de andre. Og konkurranseinstinktet vekkes:

«Jeg har vel fornemmelsen av at jeg har vært blant de aller sprekeste der. Det er klart, det gjør jo godt også, for selvbildet, å se at man greier litt mer enn en del av de andre. (..) Såå...hvem som vant den kappgangen til slutt da...»

Selv om han ikke har opplevd å føle seg like entusiastisk som de andre, tolker jeg det han sier til meg som at han likevel føyer seg inn i stilen ved å vise innsats og en uttalt dedikert innstilling til framgang. Å gjøre gangtreningen til «kappgang» tolker jeg at er hans måte å vise at han respekterer stilen og bidrar til å bevare ansikt, både til medpasientene og terapeutene.

Album (1996) skriver om forskjellige pasientroller, og i sitt feltarbeid fant han ut at det er tillatt å være annerledes, bare man respekterer de grunnleggende normene jeg har vært inne på tidligere.

Det er ikke bare Bjørn som trekker fram konkurranseaspektet i gruppetreningen. Også den eldste damen blant mine informanter erfarer at konkurranseinstinktet vekkes når hun kommer til gruppetreningen.

«I gruppen, så måler man seg også med sidemannen, og jeg, fra mitt ståsted, jeg vil ikke være dårligst».

Anne forteller meg at

«... du så på de og tenkte «Ja, jeg er egentlig veldig flink, da!»

Å sammenligne seg med medpasienter og konkurrere litt i det skjulte synes som en

integrert del av opplegget for mine informanter.

«Det blir feil å stå igjen»,

sier Helge. Det later altså til å herske et påbud om å konkurrere. Det henger jo igjen tett sammen med påbudet om innsats som jeg nevnte ovenfor. Det jeg finner mest interessant er vel at det synes som at det viktigste er ikke å vinne, men å *ikke bli dårligst*. Det er et gjennomgående funn i mitt materiale. Det har jeg identifisert som forbudet «Ikke vær dårligst».

Bedring gjennom stil

Med utgangspunkt i Goffmans teori tenker jeg at som pasienter i denne gruppen tar mine informanter ansvaret for å skape en positiv og ”effektiv” atmosfære i treningssalen. ”Produktet” er seksti minutter gruppetrening med fysioterapeut. Å være pasient i denne gruppa innebærer å føye seg inn i en spesiell stil. ”Et bånd av gjensidig avhengighet binder lagets medlemmer sammen”, ifølge Goffman. (s.74). Hvert medlem, dvs hver enkelt pasient kan jo når som helst velge å bryte med stilen og endre oppførsel. Hver enkelt kan uten begrunnelse velge å ikke gjennomføre treningsopplegget likevel. Eller en kan begynne å klage høylytt, være negativ og legge beslag på terapeutene. Men alt tyder på at det skal mye til å gjøre det. I tråd med Goffman kan dette forklares med at i gruppen er alle pasientene ”beslektet”, de er innvidde i rutinen, og bidrar i fellesskap med å opprettholde dette ”inntrykk av virkeligheten”.

Velger vi Goffmans teaterteori for å forstå bedringsprosesser hos ortopediske pasienter kan vi kanskje si at å tildele medlemmene i en treningsgruppe en positiv og effektiv stil er fordelaktig for å oppnå progresjon og bedring. Når handlingsreglene er klare, får pasientene ordentlig utbytte av treningen. En beskriver at de både løfter og blir løftet. Det gir mening for mine informanter å holde seg til den innarbeidete stilen, da blir timen utbytterik, på en helt spesifikk måte. Jeg kommer tilbake til det i kapittel 4.5, hvordan jeg i arbeidet med analysene har sett hvordan det jeg her har kalt «stilen» kan fremme pasientenes bedring.

4.4 Regler for hva man kan snakke om bidrar til «gruppedynamikk»

I det følgende vil jeg igjen knytte analysen til Goffman og Albums teorier. Album (1996) forstår altså pasientlivet som regelstyrt. Slik jeg tolker ham, antar han at reglene som gjelder for pasientenes omgang i sykehus er beslektet med de som gjelder i samfunnet for øvrig. Det er derfor pasienter så raskt tilpasser seg den rådende pasientstilen. De kjenner allerede til generelle regler for samhandling med andre. Fra før behersker de den sosiale omgangsformen, og den har de med seg når de treffer andre pasienter. Som jeg beskrev i teorikapittelet, er dette lagspillet, som Goffman kaller det, helt nødvendig for å underbygge troverdigheten til deltagerne. For å bli sett på som en tilregnelig person må man forholde seg til «rutinen» eller «rollen». Man «spiller bedre enn man egentlig kan» (Goffman, 1992, s. 67), når man følger de gyldige oppførselsreglene. I den gruppen jeg har studert, har jeg sett at på samme måte som det eksisterer regler for en generell væremåte, eksisterer det også regler for *hvilke tema man kan snakke om, og hvordan*. Ved hjelp av teater teorien vil jeg utdype reglene, som jeg har formulert - som Album - som påbud og forbud.

Påbud: «Her er vi støttende og enige»

Både som start og avslutning på timen åpner fysioterapeutene for innspill fra deltagerne. Da er ordet fritt. Jeg har spurt om eksempler på hva som tas opp i dette forumet. To hovedtemaer er helt typiske; de kommer lett på banen, ifølge mine informanter. Pasientene i gruppa spør først og fremst om hvor mye de kan belaste det opererte leddet sitt, hva som er trygt å gjøre. Og så ønsker de å vite hva som kan anses å være normale smerter og reaksjoner på trening og aktivitet. Eller: Hvor går grensen mellom farlig vondt og vanlig vondt etter en proteseoperasjon?

Et utdrag fra intervjuet med Karin gir et typisk eksempel på hva de snakker om i gruppa. Jeg ber henne fortelle meg hva som tas opp når ordet er fritt:

«Altså den type problematikk som ligger rundt det der å trene og få smerter;

det er jo mest sånne ting som kommer. (...) At det var en som hadde vært på tur, og gått litt for langt og fått vondt, og litt sånne ting. (..) Og om noen hadde noe, så var det som regel det der at de hadde hatt litt vondt etterpå og var blitt litt hovne, og... Så får du beskjed om at det er helt normalt, og ta noe smertestillende etterpå,...»

Mange av mine informanter bekrefter at det er de samme (to) temaene som går igjen, og at når først en har brakt det på bane, vil flere gi uttrykk for at de lurer på det samme, eller har opplevd det samme:

«Og da var det jo noen av de andre som også sa at de hadde hatt vondt.»

(Margrete).

Album hevder at det er viktig for pasienter å opptre støttende og enig. De samarbeider om en lagopptreden, i Goffmans terminologi. Pasientene vil gjerne gjøre seg like, og mine informanter har også mye til felles som pasienter. De har samme diagnose; slitasjegikt i enten hofte eller kne, de har gjennomgått samme type operasjon på samme sykehus, de deltar i samme treningsopplegg, de trener hos de samme fysioterapeutene, de har smerter i det opererte leddet og er ikke helt bra igjen enda. Astrid mener de har enda mer til felles:

«Men nå er vi kanskje en relativt homogen gruppe sånn som jeg kan se det, at det gjør tingene også litt lettere... Ja, faktisk.»

Line: Åja..?

«At vi på et vis er litt like; altså at man kan uttrykke seg, og at man er interessert i å bli frisk, - oppriktig interessert i å bli frisk! Og dette bidrar....det er også noe inn i den gruppedynamikken. Vi inspirerer hverandre til å klare...ja, gå trappen opp til første etasje, andre etasje, og sånne ting. Det inspirerer i en gruppe.»

Line: Hvordan merker du at de andre på gruppa er oppriktig interessert i å bli bedre?

«Det hører du på spørsmålene, det ser du på hvordan de jobber, og ja; alle er

så fornøyde – første gang de klarte å knyte på sko, første gang en kneoperert kunne gå opp en trapp. I garderoben sier en dame: «Jeg klarte det og det!» «Så deilig!» Sånne ting...du ville ikke gi uttrykk for det, hvis det ikke interesserte deg. I sånne ytringer merker du at alle er intere – ja, såvidt jeg vet – interessert i å bli bedre. Og har samme mål; at vi skal bli friske igjen. Ja, så godt som mulig, da.»

I forrige kapittel; «Regler for væremåte bidrar til «gruppedynamikk»», beskrev jeg hvordan pasientene kommer inn i en bestemt stil – de gjør seg like - under deltagelsen i treningstimen. Astrid poengterer i utdraget ovenfor at homogenitet rett og slett gjør det lettere å få til en «gruppedynamikk». Helt i tråd med det Goffman skriver om lagopptreden. Og slik jeg tolker Astrids utsagn er det utvilsomt en måte pasientene i denne gruppen gjør seg like på, å også *uttrykke verbalt* at de er opptatt av de samme tingene. Når man kommer til denne treningsgruppa som pasient er det sannsynligvis viktig å snakke om og spørre om de samme tingene for å opprettholde både egen og andres fasade. «*At man kan uttrykke seg...*» og «*Det hører du på spørsmålene...*» er Astrids forklaring på hva som bygger fellesskapsfølelse og gruppedynamikk. Jeg tolker henne dithen at når alle de andre pasientene gir dette inntrykk av *oppriktighet* henimot egen bedringsprosess, gjennom de riktige spørsmål og innspill, stimulerer det ikke bare til innsats for å bli bedre. Men faktisk også til å snakke om det i timen slik at de andre kan bli tilsvarende inspirert! Det kan formuleres som et påbud: «*Her er vi støttende og enige!*». Det handler nok mye om det samme påbudet Album har identifisert i pasientfelleskapet han har studert, som jeg beskrev i teorikapittelet. Han har sett at pasientene gjør seg like og har presentert oss for påbudet «*Vær enig og lik*».

Astrid er kanskje inne på noe sentralt: Partilinjen som får mine informanter inn i den positive og innsatsvillige stilen impliserer også noen regler for *hvilke tema som kan tas opp*, og *hvordan ting kan snakkes om på*. Enighet og positivitet henger ikke nødvendigvis sammen, men basert på reglene for væremåte som jeg har beskrevet i punkt 4.3 ser det ut til at akkurat i denne treningstimen blir det slik. Påbudet om å være støttende og enig henger nært sammen med spesielt to av påbudene jeg allerede har beskrevet: påbudet om å være humoristisk, og påbudet om å være positiv og

innsatsvillig.

Basert på hva som kom opp i samtalen med Astrid, som nevnt ovenfor, og mange lignende beskrivelser i mitt materiale, tolker jeg at det eksisterer en ganske tynn partilinje også for hva det kan og skal *snakkes om* i denne treningskonteksten. I materialet mitt har jeg som nevnt sett at registeret over temaer pasientene tar opp i plenum, er smalt. Holder vi oss til Goffmans perspektiv, kan vi anta at en tynn partilinje vitner om en viss uenighet om hva som skal foregå. Bruken av spøk og humor, som jeg drøftet i forbindelse med den generelle pasientstilen, kan tolkes som at deltagerne er overbærende med opplegget. Og det er kanskje ikke så rart. Øvelsene i seg selv er egentlig ganske kjedelige. «*Det er jo ikke spesielt morsomt*», sier Bjørn, når jeg ber ham beskrive hvordan han har opplevd timene.

Som en liten kuriositet vil jeg dvele litt ved at Astrid modererer påstanden: «.. såvidt jeg vet», tilføyer hun. Hun tar den litt utenforståendes perspektiv for et øyeblikk, og vi kan kanskje si at hun har gjennomskuet «spillet». Da jeg begynte å analysere denne passasjen, som er fra intervju nummer to i prosjektet, fikk jeg ganske umiddelbart en opplevelse av at teatermetaforer egner seg til å analysere treningstimer i gruppe med fysioterapeut. Som jeg skrev i innledningen til denne oppgaven, gikk jeg ganske åpent ut, og Goffman var en aktuell teoretiker helt fra tidlig i prosjektplanleggingen. Det var imidlertid litt fremmed for meg å skulle betrakte pasienters erfaringer fra et sosiologisk perspektiv, til å begynne med. Da Astrid viste meg hvordan «maskene» kan sitte relativt løst i en fysioterapitime, var jeg ikke lenger i tvil om at teaterteorien kunne fungere. Den innsikten Astrid legger for dagen, med sitt lille forbehold, kan virke selvsagt. Det er likevel lite tematisert, kanskje særlig i fysioterapipraksis. Min påstand er at det ihvertfall delvis kan forklares med at det biomedisinske perspektivet dominerer, som jeg har vært inne på tidligere. Men i tråd med Goffmans teori vil det vi sier alltid være underlagt noen regler for samhandling. Og det gjelder i såvel treningstimer som andre steder mennesker kommer sammen.

Da er det grunn til å ha nøkterne forventninger til hva pasienter skal ta med seg videre fra en treningstime av øvelser og råd. Rollen de går inn i som lagspillere i

treningstimen har et sett med handlingsregler, mens rollene som er tilgjengelige for dem utenfor treningstimen inneholder mest sannsynlig helt andre handlingsregler.

Som fysioterapeut tenker jeg at dette er viktig å reflektere over: Her har vi et opplegg som er basert på «dagliglivets aktiviteter», nettopp for at pasientene skal kunne overføre det de lærer hos fysioterapeuten til tilværelsen utenfor treningstimen. Og flere av informantene har fortalt meg om økt bevissthet rundt egen kroppsbruk etter de begynte i denne treningsgruppen, - en har til og med begynt å stå på ett ben når hun pusser tennene, for å trene kneet! Margrete «hører» instruksjonene fra fysioterapeutene når hun er ute og går. «*Det er nesten som mitt nye over-jeg*», ler hun, «*...og det føles faktisk veldig trygt!*» Likevel har jeg sett tydelige spor i mitt materiale som kan tolkes som at denne, fra fysioterapeutisk ståsted, antatte «overføringsverdien» oppleves som begrenset for pasientene. Karin, som alltid har trent mye, mener at det ikke går an å trene trappegang på jobben slik fysioterapeutene instruerer; «*...det tar for lang tid!*» Igjen tolker jeg dette ut fra rollespillteorien, og antar at når Karin er på jobb, er det andre oppførselsregler som gjelder. For å bli sett på som en tilregnelig person på jobb, er det helt andre handlinger hun er forventet å utføre der. Derfor gjør hun ikke øvelser i trappen på jobb. Hadde hun gjort det, ville det vært et brudd på partilinjen som gjelder blant kollegene. Jeg vil utdype dette poenget senere i kapittelet, i avsnittet jeg har kalt «*Brudd med partilinjen ødelegger for «gruppedynamikken»*», men først tar jeg for meg det neste påbudet jeg har identifisert.

Påbud: «Her spør vi ikke om alt mulig, men holder oss *til saken*»

Jeg har altså vært spesielt opptatt av hva som bringes på banen når «ordet er fritt». Som tidligere nevnt, har jeg selv, i min egen praksis med grupper, alltid lagt vekt på å gi rom for høyttenkning og utveksling av erfaringer i plenum. Dette er i tråd med tanker om likemannsarbeid, som står sterkt i rehabiliteringstradisjonen. Ved å møte andre med samme diagnose er tanken fra terapeutens side at pasientene kan utveksle råd og erfaringer som kan gi ny innsikt og derigjennom bidra til den enkeltes bedringsprosess. I den gruppen jeg har studert, har jeg imidlertid sett at temaene er få.

Inntrykket informantene mine har etterlatt, er snarere at det foregår en bevisst demping av snakk i treningstimen. Et sitat fra Margrete kan illustrere hvordan gruppestilen - den effektive og innsatsvillige - preger også snakket i timene:

«Jeg kan godt snakke mer i en annen type gruppe. Men denne gruppa her; det var liksom... ja, vi kom, så var vi veldig effektive, og så prata vi sammen på vei til parkeringsplassen. (...) Ellers var jeg mest opptatt av meg sjøl (ler). Det var en som spurte om alt mulig, og da tenkte jeg: «Nei det... Ja, jeg vil ikke være sånn.». Jeg ville ha mest mulig ut av de to damene»

Margrete har altså opplevd treningsgruppa som en type gruppe hvor man er «veldig effektiv». «Prat» hører ikke hjemme i disse timene, slik jeg forstår henne. Jeg har allerede utdypet regelen «Her er vi positive og innsatsvillige». Sitatet ovenfor handler om dette påbudet, men også et viktig forbud: «Her spør vi ikke om alt mulig, men holder oss *til saken*». Pasienter som spør om «alt mulig» er ikke vel ansett. Det har også Albums studie (1996) vist oss. Han har identifisert forbudene «*Ikke klag*» og «*Ikke mas*». Det er strenge regler som gjelder i pasientfellesskapet, og pasienter vil ikke være «sånn», som Margrethe uttrykker det.

På side 37 nevnte jeg en episode jeg var vitne til tidlig i planleggingsfasen av prosjektet. En pasient tok ordet på starten av timen og begynte å fortelle om at hun hadde fått vondt i hofta, men ombestemte seg og ville ikke snakke om hoftesmertene likevel. «*Det har jo ingenting med dette å gjøre*», mente hun. Jeg satt igjen og undret om det ikke ville vært relevant informasjon for fysioterapeutene og resten av gruppa å høre mer om det hun først hadde tenkt å dele. Hun var altså operert i *kneet*. Underveis i arbeidet med analysene har jeg sett mange slike spor av hvordan snakk dempes i gruppa. Et utdrag fra intervjuet med Bjørn kan belyse dette nærmere:

Jeg spør om man kan snakke om hva som helst i gruppa, og det tror han ikke.

Line: Hvorfor kan man ikke snakke om hva som helst, hvis ordet er fritt?

«Jo, det kan man jo gjøre, men ...ja, jeg vet ikke...Det er en gruppe som er fokusert på...hele opplegget går jo ut på å få et bedre kne...»

Line: Mm...

« ...eller hofter. Og da er det kanskje rimelig at det er ting som er relevant for det man tar opp, og ikke... hva som helst.(...)».

Bjørn synes det er vanskelig å svare meg på akkurat hva som oppfattes som relevant og ikke i denne gruppa. Han har imidlertid en klar oppfatning om at å bruke denne timen til det han kaller en «individuell konsultasjon», er det ikke rom for. Slik jeg tolker Bjørn, mener han at temaer det er tillatt å ta opp i denne konteksten er begrenset til «knær og hofter». Da nærmer vi oss det jeg, gjennom noen måneder med analyser, til slutt har erkjent er *relevant* å snakke om i en treningsgruppe med fysioterapeut. Hva som er *saken*. Det var Astrid som formulerte det, allerede i det andre intervjuet jeg gjorde. Jeg har som sagt hatt en oppfatning av at å snakke med medpasienter om «alt mulig» vil kunne gi avgjørende bidrag til den enkeltes bedringsprosess. Mine informanter har bidratt til en viktig nyansering. Astrid oppsummerer enkelt og elegant hva som er *saken* når det åpnes for snakk i en fysioterapitime:

«Jo, men da blir vi spurt, ikke sant: «Hvordan er det?» Og vi er tross alt mer eller mindre på samme ståsted; nyoperert, 8-9 uker eller tre måneder. Og det er jo forskjellig. Men da er det et ... mestrings...en... mestringsbeskrivelse. Du går ikke inn i noe dypere personlige.... ja, altså, du skjønner...?»

«Det er jo en mestringsbeskrivelse fysioterapeuten vil ha». Det er kanskje det det handler om. Og da er det ikke så viktig for pasientenes bedringsprosess å nødvendigvis dele «alt» i en gruppe som denne. Som Margrethe poengterer; hun kan godt snakke mer i «en annen type gruppe». Men denne måten å arbeide med bedring på, sett med goffmansk blikk, fordrer en tynn partilinje. I neste kapittel vil jeg utdype hvordan jeg tenker at rollen pasientene får i treningstimen gir et helt eksplisitt bidrag til den enkeltes bedringsprosess. Først vil jeg imidlertid reflektere over hvordan denne rollen kan erfares som unaturlig for noen, men at det kan løses med en viss overbærenhet med opplegget.

Brudd med partilinjens ødelegger for «gruppedynamikken»

I metodekapittelet beskrev jeg temaet «Ærbødighet og distanse». Det handler om at når man «spiller bedre enn man egentlig kan», vil noen føle at det blir litt mye spill, til tider. Det kan løses ved å vise overbærenhet med hele opplegget i treningstimen. Else har opplevd å midlertidig måtte bryte med partilinjens.

Line: Men er det litt sånn at man *kan* si negative ting, i den gruppa? Hvis du har hatt det skikkelig fælt siden forrige gang, kan du si det?

«Det har litt å gjøre med om man orker og gidder å snakke om ting. Så vondt har ikke jeg hatt det, men jeg presterte å si her om dagen at «Jeg går ikke ut når det er vinter» Da ble de nok litt forskrekket, for det er klart man skal ut og gå, og sånn og sånn...»

Når hun forteller meg dette, er hun litt ironisk med fysioterapeutene og medpasientene. Det noterte jeg meg under intervjuet, jeg hører det på opptaket, og tenker at ordvalget hennes; «presterte» og «forskrekket» og «det er klart man skal ut og gå», antyder at hun er klar over at dette ikke er en stueren holdning å innta i en opptreningskontekst. Goffman påstår at dersom et medlem velger å bryte med partilinjens, må dette gjøres for eksempel ved hjelp av ironi eller spøk. Han mener at en slik handling setter hele laget ut av spill, og skaper en disharmoni, men at noen kan føle seg tvunget til å bryte med partilinjens – oftest bare midlertidig – dersom den er tynn. Han forklarer det med at noen vil ha behov for å markere at de ikke fullt ut har godtatt reglene for samværet. Vedkommende må «lage en scene» (Goffman, s.175) for å bevare selvrespekten. Else ser seg nødt til å si ifra at hun holder seg innendørs på vinterstid, og vet på forhånd at dette vil skape reaksjoner i gruppen. Hun bryter her med påbudet «*Her er vi støttende og enige*».

Ut fra eksempelet med Else ovenfor, og ved bruk av goffmansk teori, er min tolkning at det eksisterer en relativt tynn partilinjens i treningsgruppa, når det gjelder hvilke tema det kan snakkes om. Rammen for samværet gjør at både fysioterapeuter og pasienter er mest opptatt av trening og fysisk aktivitet. Vi kan forestille oss at Else måtte samle alt

sitt sosiale mot for å komme med den uttalelsen. Idet hun trer ut av den rådende stilen, risikerer hun ikke bare å miste ansikt selv, men å avsløre de andres spill. Her kan vi ane det «dramatiske» i hverdagslivet, som Goffman har gjort oss oppmerksom på. Poenget med å følge de gjeldende reglene, som jeg har beskrevet fra side 53 til denne, er å samarbeide om å bygge tillit til fysioterapeutene og det som skal foregå i timen. Treningen og øvelsene i seg selv er, oppriktig sagt, ganske kjedelige. På tross av dette gjennomføres timene med «champagnevri» og sprut. Hva det betyr for den enkeltes bedringsprosess vil jeg komme tilbake til i avsnitt 4.5.

En annen type likemannsarbeid?

Likemannsarbeidet kan se ut til å få en begrenset plass i selve gruppetreningen. Ihvertfall likemannsarbeid i form av erfaringsutveksling og å snakke mye om problemer og utfordringer med medpasienter. Det jeg har sett, er at en «mestringsbeskrivelse», som en informant kalte det, kan være på sin plass. En videre utdyping av situasjonen vil bryte med partilinjen. Slik jeg tolker materialet mitt kan likemannsarbeidet istedet se ut til å ta en litt *annen form* enn det man tradisjonelt trekker fram som argument for å drive gruppetrening og gruppeterapi.

Pasienter skal jo helst ikke framheve seg selv på noen måte. «Ikke skryt» er en forbudsnorm Album (1996) skriver om. I treningsgruppa er det akseptert med en helt spesiell type skryt. Mine informanter forteller at hvis det er noe man kan snakke om, i tillegg til belastning og smerter, er det framgangen man har hatt siden sist. Det er tillatt å dele sin suksess med terapeuter og medpasienter. Det blir på en måte litt som å «være enig og lik», fordi hele poenget med å ha fysioterapi og trene er jo å bli bedre. I denne gruppa har de også en positiv stil, som jeg allerede har beskrevet, så jeg tenker at det å dele hyggelige ting som defineres som relevant, inngår i stilen. Album antyder at dersom man gjennom selvskryt indirekte også skryter av behandlingen, eller behandlerne, så er det tillatt å framheve seg selv. Det er også et ideal som pasient å være støttende. Den som aldri kan fortelle de andre at «*Ja, jeg skrek høyt av glede – Jeg har fått på meg sokken!*» eller fjolleteing som «*Jeg kan endelig klippe tåneglene*

igjen!» vil nok, i tråd med Goffman igjen, bli oppfattet som mindre hyggelig. Man trekker lasset sammen, og enhver må yte sitt dramatiske bidrag.

4.5 Hvordan selvforglemmelse kan bidra til bedring

Jeg har hittil analysert hva som foregår i gymsalen i lys av Goffmans teori. Jeg har blitt opptatt av hvordan stilen og stemningen som råder kan forstås som en katalysator til pasientenes bedringsprosesser. At de blir inspirert til å ta i litt ekstra.

Et annet spennende spor i materialet mitt, som jeg vil løfte fram i denne delen, handler om «å glemme seg». Som jeg allerede har vært inne på i metodekapittelet, har tolkningen av materialet mitt ledet meg til å forstå reglene for oppførsel i gruppen i klar sammenheng med temaet jeg har kalt selvforglemmelse. Kort sagt dreier dette seg om at pasienter som kommer til «hoftegruppa» eller «knegruppa» for å bli bra igjen i enten hofte eller kne, i løpet av timen glemmer at de er operert i hofte eller kne. Min tolkning er at når de føyer seg inn i gruppestilen, som jeg har drøftet i punktene 4.3 og 4.4, får dette avgjørende betydning for den enkeltes bedringsprosess. Omgangsformen jeg har beskrevet med utgangspunkt i Goffmans terminologi, og partilinjen som innebærer stram gjennomføring av treningsprogrammet, mener jeg katalyserer bedring på en helt spesiell måte. Materialet mitt antyder at det man gjerne kaller «gruppedynamikk» impliserer noe mye mer enn både det som har vært min oppfatning av gruppeprosesser og hva jeg har sett omtalt i litteraturen. Til hjelp for å forstå hva denne sammenhengen mellom selvforglemmelse og bedring handler om vil jeg vende meg til fenomenologien.

La oss begynne med å se litt nærmere på hvordan Britt beskriver denne sammenhengen:

«Hvor mye skal du tørre å ha tyngden på beinet når du tar et skritt frem, og sånn. Og det gjorde jeg vel litt sånn ubevisst, før jeg kjente at: «Oj, nå har jeg gjort det!» At de fikk meg liksom....at du er inni noen greier som du blir drevet på en måte positivt framover, da, på en måte. Ja, så du tør å utfordre grensene. (..) Uten at du gjør det bevisst, egentlig, men du kjente det etterpå! Jeg husker

veldig den følelsen... Du utfordrer deg sjøl litt og litt, til du plutselig har gjort det du er redd for.»

Jeg tolker «greiene» hun er inni, og som driver henne positivt, som uttrykk for det jeg har kalt for «gruppestilen». Det som Else kaller «fellesenergien». Britt snakker om utfallsøvelsen; å sette det opererte benet så langt foran seg at hun har nesten all vekt på det benet (illustrasjon side 6). Hun forteller meg at dette var en øvelse hun grudde for, og at hun gjennom nesten hele treningsperioden holdt igjen og nok ikke skrittet ut så langt som hun egentlig kunne ha gjort. For sikkerhets skyld. Hun stolte ikke på benet sitt. Men «ubevisst» og «plutselig» skjer det altså. Med andre ord merker hun det også først selv idet hun står ute i «spagaten» og har satset alt.

La oss gå dypere inn i Britts beskrivelse av sin bedring ved hjelp av Merleau-Pontys kroppsskjema. Kroppsskjemaet er, som nevnt tidligere, dynamisk. Det vil si at hvilken informasjon vi henter fram fra kroppen, avhenger av hva bevegelsesoppgaven går ut på. Vi kan tenke oss at når hun øver på utfallet helt i begynnelsen av treningsperioden er hun vendt mest mot seg selv. Hun har oppmerksomheten rettet innover, og er fokusert på det opererte leddet. Hun er engstelig og prøvende. Hun er *til* kroppen og det opererte leddet. Kroppsskjemaet er imidlertid dynamisk også på den måten at det hele tiden utvikles og reorganiseres. At Britt etter hvert tør å utfordre grensene sine mer kan tolkes som at kroppsskjemaet har «lært» at dette går bra, og hun kan rette oppmerksomheten mer ut mot verden.

Utforsker vi Britts opplevelse med utgangspunkt i Leders (1990) kroppslige *dysappearance* vs *disappearance*, vil den første prøvende og nølende fasen være preget av *dysappearance*. Ingenting kan tas for gitt, og hver lille bevegelse krever full oppmerksomhet. Britt er engasjert i det pragmatiske prosjektet «å gjenvinne funksjonen i hofta». Og hofta minner henne konstant på sine begrensninger. Slik fortsetter det ganske langt inn i treningsperioden, likefullt utvikles og reorganiseres kroppsskjemaet. Mot slutten av treningsperioden kan vi se for oss at Britts kropp blir mer og mer engasjert i *handlingen* «å gjøre utfall». Ifølge teorien vil da kroppen «forsvinne» - *disappear* - for Britt. En slik tankegang kan være med på å forklare hvorfor det oppleves som «ubevisst» og «plutselig» for henne. Når kroppen og

oppmerksomheten er rettet *mot verden*, kan hun glemme hofta si. Og da kommer denne opplevelsen – hun husker fremdeles følelsen – hvor de motoriske og perseptuelle kreftene til Britts kropp endelig har funnet «likevekten», som Merleau-Ponty kaller det. Og hun har, uten å tenke over det, og i en selvforglemmelse, tatt det lange skrittet og mestret utfallsøvelsen.

Astrid har tilsvarende opplevelse av sammenhengen mellom selvforglemmelse og bedring:

«Det er kanskje mer den leken rundt, at du slapper mere av... Kan hende? Vi blir frigjort, ikke sant, du beveger deg, og etter fem minutter, senest, da gjør du hva det måtte være.»

Jeg tolker henne som at hun snakker om en slags distraksjon. Vi kan tenke oss, som en forlengelse av analysen av Britts erfaring, at når treningen blir til «lek» og «avslapning», er det lettere å glemme kroppen og flytte fokus over på det som skjer i salen. Forstår vi bevegelse og fysisk aktivitet fenomenologisk; som noe eksistensielt, gir det mening til Astrids opplevelse av å bli frigjort. Jeg har vært inne på at øvelsene som gjøres i treningssalen kan forstås som frie, i min analyse, fordi det ikke er noen apparater eller andre innretninger som styrer bevegelsene. Astrids erfaring av å føle seg «frigjort» i treningstimen kan underbygge denne antagelsen.

Engelsrud (2006) snakker om hvordan kroppen «virkeliggjør seg som kropp». Vi kan tenke oss at Astrids forestilling om en - for henne - nærmest hemningsløs utfoldelse - hun gjør «hva det måtte være» - i salen, bygger rundt en slik «virkeliggjøring» av kroppen hennes. Hun utdyper dette når jeg spør konkret om hva treningen på SAB har bidratt mest med:

«Å, jeg er så... jeg har blitt mere... at jeg har glemt hoftene ...for eksempel, ja. Og at jeg kan bruke kroppen, og slenge med armer og bein. For det blir... tankemønsteret, når du står og går, ikke sant, å holde seg sammen, egentlig så trenger jeg det ikke lengre. For jeg kan jo stå! Og inntil det er kommet på plass... det kan ta sin tid. Men at jeg bruker hele kroppen.»

Line: Er det viktig, det å glemme?

«Ja, ja, ja! Absolutt!»

Line: Så hvordan er det ... hvordan går det til, da, at du glemmer de hoftene?

«Man blir bare drevet med. Du tenker ikke på noe annet. Og så tenker du «Ah!» Og så går det litt lenger, kanskje. Sånn at du oppdager på en måte kroppen din igjen.»

Å være engasjert i en *handling*, eller aktivitet, slik jeg tolker at Astrid beskriver her, bidrar til fokus utover (Moe, 2009). Personen kan være *til verden* og oppmerksomheten trekkes bort fra kroppen og dens potensielle sperrer mot bevegelse.

Å bli «drevet med» og «gjenoppdage» kroppen sin er to momenter fra denne beskrivelsen som for meg bidrar til å igjen knytte «gruppestil» og selvforglemmelse på den ene siden sammen med individuell bedring på den andre siden. I mitt materiale framstår henholdsvis gruppestil og selvforglemmelse som to potente virkninger av gruppetrening. Og de henger klart sammen. Særlig et utsagn i materialet mitt, fra informanten Karin, viser hvor nært forbundet disse aspektene er. Samtalen vår er inne på at noen øvelser er mer naturlige å integrere i et hjemmetreningsprogram, mens andre øvelser overhodet ikke oppleves som overførbare til hjemmekonteksten:

«Mens man blir jo skikkelig... ja, varm. (I gruppekonteksten) Jeg tør jo å tøyere mere, og tester også mere det venstre benet når jeg tøyere det. Og det er liksom en grunn til at jeg ikke gjør det hjemme. Men der har du blodomløpet igang og det er noe helt annet.»

Forstår vi Karins erfaring fenomenologisk, det vil si å betrakte kroppen vår som selve *tilgangen* til verden, vil det å bevege seg og drive fysisk aktivitet være katalyserende for mere bevegelse og derigjennom fremme bedring. Slik at man for eksempel kommer lenger i tøyningen, slik Karin opplever. Og som Engelsrud (2006) gjør oppmerksom på: Bevegelse *er* kontekstavhengig. Karin ville ikke testet benet på samme måte hjemme. I gruppetreningen, derimot, drives den kollektive innsatsen av

partilinen, «og det er noe helt annet». Da kommer handling og aktivitet i fokus, og man slipper seg løs, som Astrid beskriver det. Else snakker sågar om en «champagnevri» på treningstimen! Ut fra Drew Leders terminologi skjer det et skift fra en kropp som er *dysappearing* til en kropp som er *disappearing*. En fraværende kropp gir bevegelsesmuligheter som i sin tur kan fremme den enkeltes bedringsprosess. Min tolkning, ut fra informantenes beskrivelser av gruppetreningen, er at denne intervensjonen, som jeg har studert, legger til rette for bedring på denne måten.

5 Oppsummering og konklusjon

I denne oppgaven har jeg undersøkt pasienters erfaringer med en treningsgruppe ledet av fysioterapeuter. Jeg valgte en fortolkende tilgang til feltet, og gikk ganske åpent ut i møte med pasientenes beretninger om trening og bedring i en fysioterapikontekst.

Forskningsspørsmålene mine har vært: 1) Hvordan opplever pasienter med innsatt totalprotese i hofte eller kne et treningsopplegg basert på dagliglivets aktiviteter? Og 2) Hvordan kan gruppetrening med fysioterapeut bidra inn i bedringsprosesser til denne pasientgruppen?

Mine viktigste funn, som jeg har forsøkt å sette inn i en større, teoretisk ramme, er for det første at pasientene opplever det som overveiende positivt og inspirerende å trene i gruppe. Det var jo også mitt inntrykk før jeg startet undersøkelsen, basert på noen års erfaring med ledelse av treningsgrupper. Og med basis i sosial kognitiv teori (Bandura, 1982, 1997) om modellæring og mestringsstro kan dette virke selvsagt. Det mitt materiale viser, med støtte i rollespillteori og fenomenologi, er imidlertid at gruppeprosesser bidrar til bedring på en mer eksplisitt måte enn å gi tro på resultatet og skape en god stemning. Det er ganske sikkert at mine informanter deltok, og fortsatte å komme til timene fordi de var sammen med hyggelige mennesker, de så andre gjøre framgang og hadde tro på at de kunne oppnå det selv. Men intervjuene jeg gjennomførte kom til å handle lite om «de andres bidrag til egen bedring».

Det jeg har blitt opptatt av, og som var litt annerledes enn jeg på forhånd hadde forestilt meg, var at informantene ofte kunne oppleve en bedring som litt overraskende eller plutselig. Å mestre en øvelse eller klare en ny utfordring i gymsalen ble av flere beskrevet som noe de oppdaget de hadde klart først i etterkant. Å trene sammen med andre viste seg å utvilsomt ha betydning for opplevelsen og bedringsprosessen. Men mer på den måten at en utpreget lojalitet til en underforstått riktig væremåte driver treningstimen og deltagerne framover. Det handler ikke så mye om å komme sammen og trene for å «holde ut» en time. Når vi kommer sammen med andre oppfører vi oss etter spesielle regler, og i den treningstimen jeg har studert gjør disse reglene at handlingen kommer i forgrunnen. Kroppen forsvinner for pasientene. Da kommer

potensialet fram, og det kan jo kanskje i sin tur lede til økt mestringstro?

Det handler heller ikke så mye om hva pasienter snakker om, men snarere hva pasienter *ikke* snakker om i denne gruppen. Mine funn kan tyde på at når fysioterapibehandlingen foregår *i gruppe*, nedprioriterer pasientene samtaler og individuell veiledning i forhold til selve treningen. Sett med goffmansk blikk blir det også det eneste riktige. For å utnytte tiden, og få fram bedringspotensialet til hver enkelt best mulig, etableres en positiv og effektiv væremåte som deltagerne føyer seg inn i.

Ut fra materialet i min studie, som jeg har gjort rede for her, kan det altså se ut som at en grunnpilar i lærings- og mestringssammenheng; likemannsarbeidet, får en begrenset betydning i gruppetreninger tilsvarende den jeg har studert. Ihvertfall likemannsarbeid slik begrepet forstås og anvendes i en rehabiliteringskontekst. På dette punktet har min førforståelse blitt utfordret. Jeg fant at pasienter, også de som har et fellesskap over lengre tid, snakker mindre med hverandre enn behandlere kanskje antar, om måter å bli frisk på. Bury (1982) og Mengshoel (2007) etterspør gode måter å fremme nødvendige lærings- og selvutviklingsprosesser på. Jeg vet ikke om den intervensjonen jeg har studert bidrar i den retningen. Ut fra mitt materiale kan det synes som at pasienter verken lærer av hverandre eller lærer bort med mindre terapeuter og behandlere skaper eksplisitte rammer for slik erfaringsutveksling. Og selv da er temaene sannsynligvis begrenset. Erving Goffman og Dag Album hjelper oss å forstå hvordan det kan henge sammen.

Med tanke på hvor komplekst et recovery fra sykdom eller skade kan være (Jacobson, 2003, Hall m.fl., 2008) hvor individet kanskje må gjøre omfattende endringer i sin livssituasjon, er det, basert på mitt materiale, grunn til å ha svært nøkterne forventninger til hvordan fysioterapibehandling i gruppe kan fremme dyptgripende selvutviklings- og bedringsprosesser for den enkelte pasient. Det oppleves ikke som relevant å bli «personlig» i en treningsgruppe som dette. Tvert imot prøver pasientene å være mest mulig effektive med den tiden de har til rådighet, og begrenser snakket i timen.

Dette har jo også vært en liten studie, som ikke har fokusert mest på det psykologiske aspektet ved bedring. En studie som utforsker bedringsprosesser fra det psykologiske perspektivet vil kunne fortelle mer om hva pasientene eventuelt opplever av dyptgripende kognitive prosesser parallelt med kroppslige framskritt. En større forståelse av hvordan det kognitive og kroppslige henger sammen i slike bedringsprosesser ville utvilsomt styrke fysioterapi praksis. Når det er sagt, kan gruppetrening utvilsomt virke helsefremmende og katalyserende for en bedringsprosess. Mine funn understøtter det, og viser hvordan det å være i aktivitet og bevegelse sammen med andre kan stimulere til konstruktiv selvforømmelse.

Min undersøkelse har uansett vist at kunnskap ervervet gjennom kvalitative forskningsprosjekt ikke bare kan utfylle kunnskap vi erverver gjennom randomiserte studier, men at de kan generere nye spørsmål og hypoteser som er verdt å utforske.

Vi trenger flere perspektiver for å gi best mulig behandling, og jeg tenker at flere lignende studier med andre pasientgrupper ville være relevant. Som jeg har poengtert tidligere, representerer mine informanter en ressurssterk gruppe som nok trivdes godt i gymsalen på SAB. Men, som Williams (2000) altså peker på, er det også mulig å tenke seg at overdreven fokus på trening og friskhet kan bli helsens største fiende. Mange har idag et problematisk forhold til trening og fysisk aktivitet. Engelsrud (2007) belyser også hvordan trening i treningsstudio kan være en ambivalent erfaring. Fysioterapi praksis kan nok for mange oppleves å operere i brytningen mellom «fitness» og «helse». Det kan medføre at fysioterapi praksis assosieres med holdninger til at kun «den rette» livsførsel gjør deg fortjent til lykke. Bårdsen og Thornquist (2010) stiller det betimelige spørsmålet «Må vi trene for å ha god helse?» Mitt umiddelbare svar er selvsagt «Ja!»

I forlengelsen av min studie ville jeg derfor gjerne sett nærmere på treningserfaringer til pasienter som har droppet ut av en intervensjon. Utforskning av deres erfaringer ville gi viktig kunnskap til hvordan treningstiltak best kan tilpasses de som av forskjellige årsaker ikke ønsker å fortsette trening. Eller kanskje enda mer viktig og interessant ville det vært å intervju personer som ikke har til hensikt å begynne å

trene. Innsikten vil bidra til større grad av evidens i praksis, og derigjennom bedre tilnærminger til mange, også for de som av ulike grunner enda ikke har fysisk aktivitet integrert i hverdagen.

For meg som fysioterapeut, som benytter gruppetrening i egen praksis, har det vært svært berikende å utforske det sosiologiske og fenomenologiske perspektivet på gruppetrening. Det største bidraget til min egen praksis er erkjennelsen av at mange pasienter nok betrakter min fagutøvelse med stor grad av overbærenhet. Jeg har forstått at jeg ikke kan forvente at mine pasienter følger rådene jeg gir dem. Ihvertfall ikke alle råd, og at de ofte ser bort fra dem så fort timen er over. Og viktigst: Det må jeg godta, for rollene som er tilgjengelige for dem utenfor treningskonteksten er uansett helt andre roller enn de de kan gå inn i i en treningstime med fysioterapeuten.

Litteraturliste

- Ahlsen, B. (2007). *Et sted å være*. Masteroppgave i helsefagvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Album, D. (1986). *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol* 37, 2; 122-47.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman & co, N.Y.
- Bahr, R. (red.) (2008) *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet. Rapport IS-1592.
- Bertocci, G.E., Munin, M.C., Frost, K.L., Burdett, R., Wassinger, C.A., Fitzgerald, S.G. (2004). Isokinetic performance after total hip replacement. *Am J Phys Med Rehabil* 83, 1; 1-9.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4, 2, 167-182.
- Bury, M. (2005). *Health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Bårdsen, Å., Thornquist, E. (2010). Må vi trene for å ha god helse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 130, 1487-1488.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. Los Angeles: SAGE Publications Inc.
- Dahle, R. (2005). Kropp og aldring i moderne samfunn. I: R. Nord, G. Eilertsen, T. Bjerkreim (red). *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal akademisk. (s. 95-104).
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Engelsrud, G. (2007). Trening på godt og vondt. I: G. Engelsrud, K. Heggen. (red.) *Humanistisk sykdomslære. Tanker om helse og velvære, sykdom og diagnose*. (s.109-127). Oslo: Universitetsforlaget.

- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk forlag.
- Goffman, E. (1974). *Vårt rollespill til daglig. (Norsk utgave)*. Oslo: Pax.
- Grant, S., St John, W., Patterson, E. (2009). Recovery from total hip replacement surgery: «It's not just physical». *Qualitative Health Research*, 19, 11, 1612-1620.
- Guillemin, M., Heggen, K. (2008). Rapport and respect: negotiating ethical relations between researcher and participant. *Medical Health Care and Philosophy*
- Hall, M., Migay, A.M., Persad, T., Smith, J., Yoshida, K., Kennedy, D., Pagura, S. (2008). Individuals' experience of living with osteoarthritis of the knee and perceptions of total knee arthroplasty. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24, 3, 167-181.
- Heggen, K., Fjell, T.I. (1998) Etnografi. I: H. Holter, R. Kalleberg. (red). *Spørsmålet bestemmer metoden*. (s. 66-90). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hviid Jacobsen, M., Kristiansen, S. (2002) *Erving Goffman. Sociologien om det elementære livs sociale former*. København: Hans Reitzels forlag.
- Høigaard, R. (2008) *Gruppedynamikk i idrett*. Høyskoleforlaget: Kristiansand.
- Haavind, H. (red.) (2000). *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobson, N. (2003). Defining recovery: An interactionist analysis of mental health policy development, Wisconsin 1996-1999. *Qualitative Health Research*, 13, 378-393.
- Järvinen, M., Mik-Meyer, N. (red.) (2005) *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels forlag.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *InterViews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Los Angeles: SAGE Publications Inc.

- Leder, D. (1990). Kap. 1: The ecstatic body og Kap. 3: The dys-appearing body. I: D. Leder. *The absent body*. (s 11-35 og s 69-99). The University of Chicago Press, Chicago.
- Maly, M., Cott, C. (2009). Being careful: A grounded theory of emergent chronic knee problems. *Arthritis and Rheumatism* 61, 7, 937-943.
- Marcinkowski, K., Wong, V.G., Dignam, D. (2005) Getting back to the future. A grounded theory study of the patient perspective of total knee joint arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 24, 3, 202-209.
- Mengshoel, A.M., Heggen, K. (2004). Recovery from fibromyalgia – previous patients' own experiences. *Disability and Rehabilitation*, 26, 1, 46-53.
- Mengshoel, A.M. (2007). Bedring forstått i et medisinsk perspektiv – betydning for fysioterapi? *Fysioterapeuten*, 74, 11, 24-27.
- Mengshoel, A.M., Robinson, H.S. (2007) Clinical significance of specific spinal mobilization for patients with ankylosing spondylitis evaluated by quantitative assessments and patient interviews. *Disability and Rehabilitation*, 30, 5, 355-364.
- Merleau-Ponty, M. (1994) *Kroppens fenomenologi. (Norsk utgave)*. Oslo: Pax.
- Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fysioterapeuten*, 76, 4, 17-21.
- Noble, J.W., Prentice, S.D. (2006). Adaptation to unilateral change in lower limb mechanical properties during human walking. *Exp Brain Res* 169, 4; 482-495.
- Punch, M. (1994) Politics and ethics in qualitative research. I: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.) *Handbook of qualitative research*. (s. 83-97). California: SAGE Publications Inc.
- Ruyter, K.W., Førde, R., Solbakk, J.H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Schriver, N., Engelsrud, G. (2007). Å være redd for å bevege seg – en privat erfaring i en helsefaglig praksis? I: G. Engelsrud, K. Heggen. (Red.). *Humanistisk sykdomslære. Tanker om helse og velvære, sykdom og diagnose.* (s.79-96). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sliwinski, M, Sisto, S. (2006). Gait, quality of life, and their association following total hip arthroplasty. *J Ger Phys Ther* 29, 1; 10-17.
- Solbrække, K.N. (1997). Finnes det en kjønnsdelt helsekultur? *Sykepleien*, 85, 3,
- Solbrække, K.N. (2005). *Inderlig maskulinitet. Om etablering av kjønnsrett i «ny» økonomi.* Doktoravhandling forsvart ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Oslo: Unipub AS.
- Sullivan, K.J., Brown, D.A., Klassen, T., Mulroy, S., Ge, T., Azen, S.P., Winstein, C.J. (2007). Effects of task-specific locomotor and strength training in adults who were ambulatory after stroke: Results of the STEPS randomized controlled trial. *Phys Ther* 87, 12, 1580 – 1602.
- Thorsen, K. (2005). Nye tider, nye eldre, nye selvforståelser. I: R. Nord, G. Eilertsen, T. Bjerkreim (red). *Eldre i en brytningstid.* Oslo: Gyldendal akademisk. (s.105-117).
- Trudelle-Jackson, E., Emerson, R., Smith, S. (2002). Outcomes of total hip arthroplasty: a study of patients one year postsurgery. *J Orthop Sports Phys Ther* 32, 6; 260-267
- Williams, S.J. (2000). Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept. *Sociology of Health and Illness*, 22, 1, 40-67.

Andre kilder

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi, FOR-2010-06-18-895

Norsk Fysioterapeutforbund sin “Beveg deg!-kampanje”: www.fysio.no/

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide til masterprosjektet «Å bli bra igjen etter innsetting av totalprotese i hofta eller kne».

Fortid

Jeg vil gjerne snakke med deg om hvordan du hadde det i tiden rett før du bestemte deg for operasjonen. Kan du fortelle litt om hvordan tilværelsen var / hvordan du hadde det?

Var det en spesiell hendelse som gjorde at du bestemte deg for å ta operasjonen? Eller var det flere ting som spilte inn?

Tenkte du at du skulle gjøre noe/ klare noe nytt, eller ta opp igjen en aktivitet som du har sluttet med etter operasjonen? Og hvor stor tro hadde du på at du skulle få det til?

Snakket du med noen om det (forventningene / målsetningene)? Eller holdt du det for deg selv?

Nåtid

Hvordan syns du treningen med Vigdis og Kristi har vært? Hva tenkte du etter den første gangen? Er det noe dere trener på /ikke trener på som du ikke forventet?

Kan du si litt om hva du tenker om å trene i gruppa? Har du trent i gruppe tidligere? Er det noe som er annerledes her? Og hva er i tilfelle likt med andre metoder du kjenner?

Hvis du skulle beskrive til en utenforstående hva det er du driver med på Bærum to ganger i uka, hva ville du sagt?

Hvilke forventninger hadde du da du startet her? Har forventningene til hva du skal klare endret seg siden du begynte i gruppa? Hva tror du i så fall har hatt mest betydning for endringen? (De andre på gruppa, fysioterapeutene, venner, familie, ting som er gjort, ting som er sagt...)

Framtid

Vil du anbefale andre med slitasjegikt å velge proteseoperasjon? Er det noe du skulle ønske at noen hadde fortalt deg før du bestemte deg for operasjonen?

Hva vil du ta med deg videre? ... fra treningen? ...fra fysioterapeutene? .. fra de andre deltakerne?

Tror du at du kan bli helt bra igjen? Og hva legger du i «å bli bra igjen»? Hvorfor? Hvorfor ikke?

Avslutning

Er det noe du hadde trodd jeg skulle spørre om som jeg ikke har spurt om? Vil du si litt om det?

Er det noe annet du brenner inne med?

For å få fram endring:

Har det vært slik hele treningsperioden? Hvordan er det nå sammenlignet med hvordan det var da du startet opp? Er det noe som er annerledes nå?

For å utdype:

Kan du si litt mer om det? Hva tenker du om det? Hvordan har du opplevd det?

TUSEN TAKK FOR HJELPEN!

Vedlegg 2: Informasjonsbrev

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Å bli bra igjen etter innsetting av totalprotese i hofte eller kne”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie tilknyttet treningsstudien du allerede er med i. Hensikten med denne nye studien er å få vite enda mer om pasienters erfaringer med treningsopplegget med vekt på trening av dagligdagse bevegelser. Studien er en del av masteroppgaven til fysioterapeut Line Blixt Haukland. Den skrives på Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for helsefag, ved Universitetet i Oslo. Veileder er dr.polit Kari Nyheim Solbrække.

Hva innebærer studien?

Dersom du ønsker å bidra med dine erfaringer vil vi gjerne at du tar kontakt med Line Blixt Haukland. Dere avtaler en dag og tidspunkt som dere skal møtes, gjerne hjemme hos deg. Samtalen med deg vil foregå som et intervju, som blir tatt opp på bånd. Du bør sette av ca to timer, og det er en fordel at intervjuet kan foregå mest mulig uforstyrret.

Mulige fordeler og ulemper

Fordelen ved å delta kan være at gjennom samtalen med en utenforstående fysioterapeut kan du få satt ord på og bevisstgjort din egen bedringsprosess. En mulig ulempe er at dersom du har vært skuffet over egen eller andres rolle i opptreningsperioden vil dette sannsynligvis bli et tema i intervjuet. Å bli minnet på disse negative erfaringene kan være ubehagelig.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det er kun Line Blixt Haukland som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. All informasjon om deg, samt lydbåndet med opptak blir slettet når masterprosjektet er bestått. Det er planlagt avslutning av prosjektet juni 2010. Eksamen og forsvar av oppgaven vil sannsynligvis bli innen oktober 2010.

Så langt det er mulig vil din identitet holdes skjult. Når resultatene av studien publiseres vil et pseudonym benyttes. Kun kjønn og alder til deltakerne vil være oppgitt, i tillegg til det endrede navnet ditt. Annen informasjon som kan kobles til deg vil anonymiseres i den grad forskeren kan endre opplysninger uten at det går ut over analysearbeidets kvalitet. Siden dette blir en studie med få deltakere, og enkelte av de andre deltakerne kanskje vil vite om hvem som har latt seg intervjuet, kan det ikke garanteres at ingen vil bli gjenkjent.

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 ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om 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 Kari Nyheim Solbrække, tlf 22 85 82 82 eller Line Blixt Haukland, tlf 971 57 818.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om biobank, personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, biobank, økonomi og forsikring.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Bakgrunn for studien

Studien du allerede er med i undersøker hva slags effekt trening med dagligdagse bevegelser har på din funksjonsevne etter en proteseoperasjon. Denne nye studien vil se nærmere på hvordan pasienter opplever denne treningsmetoden og det å trene i gruppe. Studien vil særlig se på om det er forskjeller i måten menn og kvinner forholder seg til egen bedringsprosess. Selve intervjuet vil ta 1 – 1,5 time. Dersom du skulle ha behov for å snakke med forskeren i etterkant av intervjuet på grunn av tanker som har dukket opp i forbindelse med samtalen, er du velkommen til det.

Kapittel B - Personvern, biobank, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er fornavnet ditt og din alder. Dersom intervjuet skal skje hjemme hos deg, vil adressen din bli midlertidig oppbevart, men slettet straks intervjuet er gjort. Det er kun Line Blixt Haukland som vil ha tilgang til disse opplysningene. Når intervjuet skrives ut, ordrett fra båndet, vil navnet ditt endres ifølge en kode som kun Line Blixt Haukland kjenner til. Kodenøkkelen og de andre opplysningene vil oppbevares innelåst, hver for seg. Det vil ikke bli utvekslet noen opplysninger om deg mellom fysioterapeutene Heiberg, Bruun-Olsen og Haukland. Det vil heller ikke innhentes opplysninger fra journalen din.

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 vil få tilbud om å lese igjennom intervjuet med deg når det er skrevet ut. Du har 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.

Informasjon om utfallet av studien

Du har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien. Masteroppgaven vil være elektronisk tilgjengelig via Universitetet i Oslo, www.duo.uio.no

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning



UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

Førsteamanuensis Kari Nyheim Solbrække
Gydasvei 8
Postboks 1153 Blindern
0318 Oslo

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk Sør-Øst D (REK Sør-Øst D)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 93

Telefaks: 22 85 05 90

E-post: i.m.middelthon@medisin.uio.no

Nettadresse: www.eukkomm.no

Dato: 30.10.09

Deres ref.:

Vår ref.: 2009/1262

2009/1262 Å bli bra igjen etter innsetting av totalprotese i hofte eller kne

Vi viser til søknad av 07.09.09 for ovenfor nevnte forskningsprosjekt.

Prosjektleder er dr. polit. Kari Nyheim Solbrække.

Prosjektansvarlig er Universitetet i Oslo

Prosjekttema:

Formålet med prosjektet er å utdype og nyansere det tradisjonelle biomedisinske perspektivet i fysioterapi. Prosjektets problemstilling er hvordan pasienter som har fått total kne- eller hofteprotese er opplever et treningsopplegg med fokus på dagligdagse bevegelser. 10 pasienter skal inkluderes i studien som har en kvalitativ tilnærming.

Komiteen har vurdert søknaden og godkjenner prosjektet med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er vesentlige må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at dette gjøres.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren», <http://www.norsk-helsenett.no/informasjonssikkerhet/bransjenormen/Personvern%20og%20informasjonssikkerhet%20i%20forskningsprosjekter%20v1.pdf>

Tillatelsen gjelder til 31.12.2011. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres.

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK, se helseforskningsloven § 12, senest 31.06.2012.

UNIVERSITETET I OSLO
Det medisinske fakultet

Side 3 av 3

Vedtak:

Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som framgår av søknaden

Vedtaket var enstemmig

REK har gått over til elektronisk saksbehandling og fått ny saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Vi ber om at svar på merknader og henvendelser til REK sendes inn via denne portalen eller på epost: post@helseforskning.etikkom.no. Vennligst oppgi REKs saksnummer.

Med vennlig hilsen

Stein A. Evensen (sign.)
Professor dr.med.
leder

Ingrid Middelthon (sign.)
komiteseekretær

Kopi:

Brevet er godkjent elektronisk