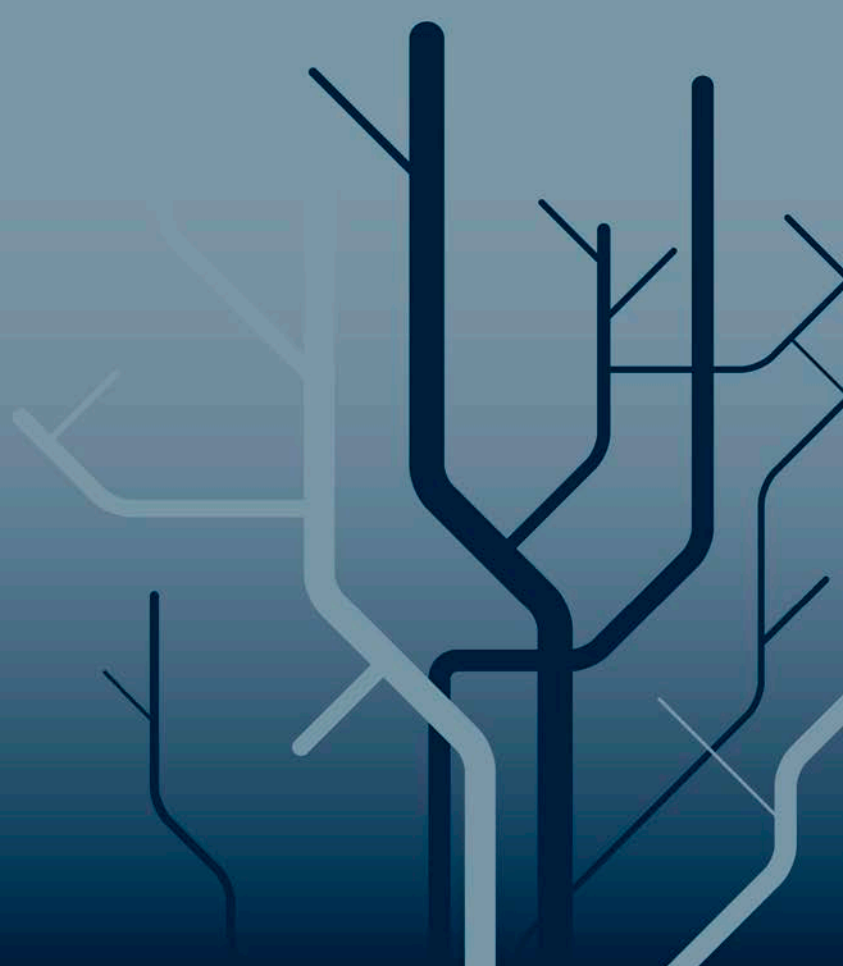




## Studieplan

**Mastergradsprogram i helsefag,  
studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi**

Oktober 2011



## Forord

Foreliggende utkast til studieplan for Mastergrad i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi har to røtter. For det første bygger en på studieplan for Videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, som har vært etablert ved Høgskolen i Tromsø siden år 2000. Dette studiet har vært på 60 STP, og har fått entydig gode evalueringer mht innhold og praksisrelevans fra studenter med arbeid innen både somatiske og psykiatriske deler av helsetjenesten. Både studenter og lærere har imidlertid hatt ønske om å utvide studiet teorisk med sikte på så vel utvikling av praksis, som å fremme studentenes kompetanse til ulike former for faglig dokumentasjonsarbeid. En har sett gode muligheter for å utvikle studiet innenfor det allerede etablerte mastergradsprogrammet i helsefag ved UiT, som gir muligheter til å utfylle og videreutvikle videreutdanningens faglige profil. Innenfor dette mastergradsprogrammet har studieretning i nevrologisk fysioterapi vært etablert siden 2007. Planarbeidet har hatt som et sentralt premiss at en skal forsøke å finne fellesemner innenfor de ulike studieretningene i fysioterapi, i tillegg til fellesemner for alle yrkesgrupper som mastergradsprogrammet er innrettet for.

Med dette som utgangspunkt har en også vurdert hva som kan brukes fra et utkast til studieplan for tilsvarende utdanning ved Universitetet i Bergen. UiB har ikke planer om å fullføre planarbeidet eller realisere studiet. UiB's utkast har imidlertid vært til hjelp for å sikre bredde i UiT's studieplanarbeid.

Foreliggende utkast til studieplan er ført i pennen av førstelektor Anne Gretland med god hjelp av professor Eline Thornquist, begge UiT. I tillegg har tidligere studieleder Nanna Hauksdottir og nåværende studieleder Gyrd Thrane ved Fysioterapeututdanningen ved UiT deltatt i arbeidsgruppe for prosjektet. Tidligere avdelingsleder, førsteamanuensis Hans Ketil Norman og nåværende leder, førsteamanuensis Geir Lorem ved Mastergradsstudier i helsefag, IHO, UiT, har også bidratt med synspunkter underveis. Arbeidsgruppa har også hatt samarbeid også med studieleder Britt Normann og førsteamanuensis Gunn Kristin Øberg for å finne fellesløsninger med studieretning nevrologisk fysioterapi innenfor samme mastergradsprogram.

Planarbeidet er utført med finansiell støtte fra Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter.

# Innhold

Forord	2
1. Innledning	4
Kort historikk	4
Dagens utdanningssituasjon i fagfeltet	5
Samfunnets behov for fysioterapeuter med spesialkompetanse i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi	6
Utdanningen sett i forhold til UiT's mål	10
2. Studiets mål	11
3. Målgruppe	11
4. Opptaksgrunnlag	11
5. Yrkesmuligheter /-funksjon og kompetanse	12
6. Organisatoriske forhold	12
Oversikt over semestre, samlinger og praksisstudier	13
7. Innhold	13
Pensumramme for studiet	15
Oversikt over alle emner	16
8. Undervisningsformer	16
Arbeidsmåter i fellessamlinger	17
Arbeidsmåter i praksisstudiene	17
9. Evaluering av studiet	18
10. Arbeidskrav, eksamener og masteroppgave	18
Arbeidskrav	18
Eksamensformer	19
Oversikt over emner, arbeidskrav og eksamener	19
11. Samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner	20
12. Emnebeskrivelser	20
HEL-3100 Grunnlagstenkning i helsefagene	20
HEL-3001 Undersøkelse og funksjonsvurdering	24
HEL-3002 Funksjonsvurderinger og tiltak	29
HEL-3120 Metoder, metodologi og forskningsetikk	36
HEL-3260 Kunnskapsforståelse og dokumentasjon i fysioterapi	39
HEL-3901 Masteroppgave	41

# 1. Innledning

Mastergradsprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi er en fagspesifikk og klinisk rettet utdanning, og utgjør 120 studiepoeng.

## Kort historikk

Fysioterapeuter i Norge har tradisjon for å arbeide med mennesker som har ulike former for psykosomatiske og psykiske lidelser. Om lag 40% av fysioterapeutene i Norge har sin arbeidsplass i kommunehelsetjenesten<sup>1</sup>, hvor en finner de fleste av fysioterapeutene med videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Noen er ansatt ved sykehjem, i skoler og på helsestasjoner, men flertallet arbeider på private institutter hvor de i stor grad arbeider med pasienter med overgangs- og blandingsformer av muskelskjelettlidelser og psykiske lidelser, og lidelser som i ulike historiske epoker er gitt ulike navn.

I spesialisthelsetjenesten finner en fysioterapeuter med videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi innenfor sykehus - for eksempel ved smerteklinikker, nevrologiske avdelinger og i kreftomsorg, og innen psykisk helsevern – ved psykiatriske sykehusavdelinger og distriktpsikiatriske sentra. Fysioterapi innen psykisk helsevern<sup>2</sup> har en relativt lang tradisjon i Norge sammenliknet med mange andre land. Spesielt for yrkesgruppen er deres fokus på kroppslig funksjon og en vektlegging av kroppslige/kliniske innfallsvinkler og tilnæringsmåter. Bedriftshelsetjeneste og konsulentvirksomhet er også aktuelle arbeidssteder for fysioterapeuter med slik kompetanse.

Den psykomotoriske tradisjonen står i en særstilling når det gjelder fysioterapi for mennesker med plager som forstås som psykosomatiske og psykiske. Tradisjonen har sine røtter på slutten av 1940-tallet, og omfatter både en forståelsesform og en metodisk tilnærming som har vist seg egnet for et bredt spekter av lidelser og funksjonsproblemer. Fysioterapeuter utviklet etter hvert kursvirksomhet for å skolere seg bedre til arbeid med et menneske med psykosomatiske og psykiske lidelser. I 70-årene ble en sammenhengende videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi etablert som en av landets to videreutdanningsopplegg i regi av Norske Fysioterapeuters Forbund. Fra 1974 har psykomotorisk fysioterapi gitt grunnlag for bruk av egen takst (A9) i Rikstrygdeverkets, nå Norsk Arbeids- og velferdsetats (NAV) takstsystem. I 80-årene ble det nedlagt mye arbeid for å få denne videreutdanningen overført til høgskolesystemet. Samtidig ble det lagt vekt på å utvide kvalifikasjonsprofilen. Større faglig bredde var et ønske uttrykt både fra dem som arbeidet i psykiatrien og i kommunehelsetjenesten. I 1992 ble første offentlige utdanningsopplegg gjennomført ved Fysioterapihøgskolen i Oslo, og det andre

---

<sup>1</sup> I 2007 ble det utført 4255 fysioterapiårsverk i kommunene. Av disse ble 3537 utført innenfor kategorien poliklinisk diagnose, behandling og rehabilitering, mens 353 var knyttet til rehabilitering i sykehjem. Forebyggende arbeid bl.a. i tilknytning til skole og helsestasjon svarte for 80 årsverk. Kilde: Sosial- og helsedirektoratet: Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene for perioden 1984 -2005.

<sup>2</sup> I 2008 var det 140 avtalte årsverk for fysioterapeuter innenfor psykisk helsevern (131 i psykisk helsevern for voksne, 9 i tilsvarende for barn). Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

startet i 1997. Denne utdanningen, med navnet "Videreutdanning i psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi", var et deltidsstudium tilsvarende 60 STP som gikk over tre år. Deretter fulgte et kortvarig mellomspill hvor videreutdanningen for fysioterapeuter var integrert i "Rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid". Denne planen omfattet studier som inneholdt en felles innholdsdel på 10 vekttall samt flere 10 vekttalls fagfordypninger. Fordypningsdel i fysioterapi ble tilbudt ved høgskolene i Tromsø (HiTø), Oslo (HiO) og Sør-Trøndelag (HiST). Felles for disse utdanningene var at de utover å gi studentene formell uttelling i form av vekttall, også ga kompetanse for å heve takst A9.

I Tromsø ble fordypningsdelen videreutviklet til Videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi (60 STP), som ble etablert som et selvstendig studium fra 2004. Utdanningen ved HiST ble bare tilbudt for ett kull. Ved HiO har en i likhet med HiTø endret fordypningsdelen i fysioterapi til et selvstendig studium på 60 STP. HiOs studium heter Videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (60 STP).

I Norge har den psykomotoriske fysioterapitradisjon gitt grobunn for fagutvikling både i kommunehelsetjenesten og i psykisk helsearbeid. Med utgangspunkt i denne tradisjonen har klinisk erfaring blitt systematisert og dokumentert, og flere faglige retninger (som psykodynamisk kroppsterapi og integrert respirasjonsterapi) er blitt utviklet. Tradisjonen har også dannet grunnlag for utvikling av flere standardiserte kroppsundersøkelser (ROK, GFM) I de senere årene har det også vært et fruktbart samarbeid mellom kolleger i Norge, Sverige og Danmark, med utveksling av faglig metodikk og teori. Basal Kroppskjennskap er blitt en framtreddende metode i tillegg til psykomotorisk fysioterapi.

## Dagens utdanningssituasjon i fagfeltet

Utdanningstilbudet for fysioterapeuter med interesse for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi består idag av

- *Videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ved HiO (60 STP):* Utdanningen er et deltidsstudium som har gått over 1 ½ år, og som er faglig orientert mot metoden psykomotorisk fysioterapi. Utdanningen har gitt takstkompetanse i psykomotorisk fysioterapi. HiO har hatt 30 studieplasser, med årlig opptak og god søkning<sup>3</sup>.
- *Videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved HiTø (60 STP):* Utdanningen har vært et deltidsstudie som har gått over to år. Studiet har vært orientert mot helsefaglige problemstillinger, og har også gitt studentene takstkompetanse for psykomotorisk fysioterapi. Det har vært opptak til studiet hvert annet år til 14 studieplasser, med noen flere søkere enn studieplasser (19 ved siste opptak). Studiet rekrutterer søkere fra hele landet, og noen få fra utlandet – aktuelt Danmark og Italia. Videreutdanningen vil ikke bli tilbudt videre. Foreliggende Studieplan for mastergradsprogram i helsefag, studieretning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi bygger innebærer en videreutvikling og utvidelse av videreutdanningen ved HiTø.
- *Videreutdanningen "Basic Body Awareness Methodology" (60 STP) ved Høgskolen i Bergen (HiB):* Utdanningen er et deltidsstudium basert på metoden Basal Kroppskjennskap (BK). Den går over to år, og har 15 studieplasser. Siden

---

<sup>3</sup> Antall søkere 2007: 66, 2008: 40, 2009: 41. Kilde: Seniorrådgiver Lasse Ringstad, HiO.

oppstart i 2003 har 30 fysioterapeuter fullført denne videreutdanningen, som foregår på engelsk. 15 forventes ferdig oktober 2009. Utdanningen har 22 søkere ved siste opptak. Et økende antall søkere kommer fra flere land i Europa: ca 10 land, i år også fra Japan og India<sup>4</sup>. Denne utdanningen kvalifiserer ikke for å heve takst for PMF.

Ca 450 fysioterapeuter har eller er under videreutdanning som innfrir dagens krav til takstkompetanse i psykomotorisk fysioterapi (PMF)<sup>5</sup>. Årlig tilvekst i fysioterapeuter med takstkompetanse i PMF beregnes til å ha vært 35-40 ut fra antall studieplasser og opptaksfrekvens. Norsk Fysioterapeutforbund har vedtatt at takstkompetanse fra og med 2009 skal være knyttet til utdanning på mastergradsnivå og -omfang. Videreutdanningene ved HiO og UiT vil dermed ikke gi takstkompetanse lengre.

Norge har i dag ca. 10 000 fysioterapeuter. Årlig autoriseres ca 425 nye fysioterapeuter<sup>6</sup>.

En ser en generell økning i antall studenter som fortsetter med masterstudier etter gjennomført turnustjeneste og autorisasjon som fysioterapeut. Samtaler med studenter på bachelor- og videreutdanning i fysioterapi ved UiT gir entydig grunnlag for å forvente at økningen vil fortsette.

Bakgrunnen for at disse studiene tiltrekker seg utenlandske studenter kan være at Norge etter det vi vet er det eneste land i verden der det finnes utdanning over bachelornivå i fagfeltet psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.

Det er ellers generelt god søkning til kliniske masterstudier blant fysioterapeuter. Teoretiske masterstudier trekker derimot få fysioterapeuter som søkere<sup>7</sup>.

## **Samfunnets behov for fysioterapeuter med spesialkompetanse i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi**

Studentene skal utvikle kompetanse i forhold til sentrale og omfattende oppgaver i dagens helsetjeneste, som utredning og behandling av pasienter med psykiske og psykosomatiske lidelser, såkalte somatiseringstilstander og funksjonelle lidelser, muskel/skjelettplager og smerteproblemer. Dette er problemområder som tradisjonelt inngår i fysioterapeuters arbeidsoppgaver, men hvor en møter store utfordringer både hva

---

<sup>4</sup> Kilde: Studieleder Liv Helvik Skjærven, HiB.

<sup>5</sup> Kilde: Norske Fysioterapeutforbund

<sup>6</sup> Kilde: Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, som ga 424 nye fysioterapeuter autorisasjon i 2008.

<sup>7</sup> Som eksempel nevnes at det var 63 søkere til *Mastergrad i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi ved UiT*, mens det bare var 3 fysioterapeuter som søkte opptak, og to som begynte ved flerfaglig studieretning samme år (2007). Til orientering opplyses videre om søkning til allerede etablerte mastergradsstudier i klinisk fysioterapi:

*Masterstudium i klinisk fysioterapi, HiB:* Det var 48 søkere til første opptak i 2009. Det er totalt 22 studieplasser ved de to studieretningene innen dette masterstudiet, og HiB gav tilbud til 40 søkere. Av disse har 31 tatt imot tilbud om studieplass (Kilde: Studieleder Mildrid Haugland, HiB).

*Klinisk masterstudium i manuell terapi, UiB:* Studiet har 24 ordinære studieplasser. Antallet søkere har ligget jevnt på 100 (+/- ca 5) på de 4 opptakene som har vært gjennomført. Studiet har også tatt opp 5 studenter etter individuell søknad om begrenset studietilbud til søkere som har eldre videreutdanning i MT (Kilde: Studieleder Alice Kvåle, UiB).

*Master i idrettsfysioterapi, NIH:* Studiet har 20 studieplasser, som hadde 142 søkere i 2006, 110 søkere i 2007 og 94 søkere i 2008 (Kilde: Programansvarlig Grethe Myklebust, NIH).

forståelse, undersøkelse, vurdering og behandling angår. Med utgangspunkt i anerkjente fagtradisjoner som bl.a. psykomotorisk fysioterapi sikter studiet mot å videreutvikle studentenes handlingskompetanse i forhold til det som med en fellesbetegnelse ofte kalles for "sammensatte lidelser". Slike lidelser er plagsomme og hemmende for pasientene, og utgjør store og kostbare folkehelseproblemer – mht bruk av helsetjenester, så vel som kostnader knyttet til sykemeldinger, attføring og uføretrygding. Disse momentene skal utdypes noe videre.

### **Noen opplysninger om pasienter som får psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi**

Størstedelen av fysioterapeutenes arbeidstid brukes vanligvis på individuell behandling. Pasientene selv beskriver gjerne plager som pustebesvær og anspenhet, kroppslig stivhet, smerter, søvnvansker, tristhet, engstelse, uro og funksjonsproblemer av ulik art. I tradisjonelle diagnostiske termer er det tre hovedkategorier som dominerer bildet av hva fysioterapeuter med spesialkompetanse i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi arbeider med<sup>8</sup>. Langt de fleste (42%) av pasientene har en muskel-skjelettdiagnose som førstediagnose. Pasientene innenfor denne gruppen kjennetegnes av å ha langvarige og omfattende smerteproblemer<sup>9</sup>. Mange av disse pasientene har også emosjonelle vansker, men uten å være diagnostisert med psykisk lidelse<sup>10</sup>. En annen stor hovedgruppe er nevrologiske lidelser (13%)<sup>11</sup>. En del av pasientene i denne kategorien har nevrologiske lidelser som hemiplegi, multippel sclerose og parkinsonisme. Mange av pasientene har ellers lidelser som tensjonshodepine, migrene, svimmelhet, tretthet<sup>12</sup> – tilstander som også gjerne relateres til angst- og spenningstilstander; i de senere år også til dissosiative lidelser. Hele 23% av pasientene har imidlertid en psykisk diagnose som førstediagnose<sup>13</sup>. Hele spekteret av psykiske diagnoser er representert, men de fleste av pasientene behandles for angst og depresjoner (ibid). Mer enn 7 av 10 som får psykomotorisk fysioterapi er kvinner, og med en gjennomsnittsalder 44 år<sup>14</sup>. Når det gjelder psykomotorisk fysioterapi, viser forskning at pasienter som blir henvist har hatt plagene sine i mange år, og at de har vært igjennom mange behandlingsformer<sup>15</sup>. En har ikke talldata om pasientene for andre behandlingsformer enn psykomotorisk fysioterapi, og heller ikke for fast ansatte fysioterapeuter i somatiske og psykiatriske deler av andrelinjetjenesten. Kvalitative studier av fysioterapi i psykisk helsevern indikerer at det

---

<sup>8</sup> Det finnes ingen offentlig statistikk over virksomheten til fysioterapeuter med videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Helsedirektoratet har på forespørsel fra UiT samlet rådata basert på godkjente refusjonskrav for psykomotorisk fysioterapi (takst A9), mottatt i KUHR de tre første månedene i 2009. Fysioterapeutene er pålagt å påføre kontaktårsak på regningene de sender inn for hver pasient, kodet etter ICPC-2. Det som er hentet ut er hoveddiagnose (den første angitte diagnosen på regningen) samt alder, kjønn og antall regninger som inneholder kombinasjonen av diagnoser/kjønn/alder. Kilde: Rådgiver Helga Rudjord, Avdeling behandlingsrefusjon, Helsedirektoratet. Rådata er analysert i SPSS av stipendiat/studieleder Gyrd Thrane, UiT.

<sup>9</sup> Aabakken L, Aabakken B, Øfsti L et al. (1991) Psykomotorisk fysioterapi - pasientenes utgangspunkt og deres vurdering av behandlingsresultatet. Tidsskr Nor Lægeforen 111: 1619-23.

<sup>10</sup> Breivte MH, Hynninen M, Kvale A (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. Fysioterapeuten 12:19-26.

<sup>11</sup> Jf. note 1.

<sup>12</sup> Jf. note 1.

<sup>13</sup> Jf. note 1.

<sup>14</sup> Jf. note 1.

<sup>15</sup> Aabakken, Aabakken og Øfsti (1991).

oftes er pasientens psykiske lidelse som er grunnlaget for å henvise pasienter til fysioterapeut<sup>16, 17</sup>. En del av pasientene i psykiatrien behandles også for somatiske lidelser, som for eksempel skader etter selvmordsforsøk. Pasienter med psykiske lidelser kan også ha spesielle behov knyttet til rehabilitering etter skader og somatisk sykdom (ibid.).

### **Kort om aktuelle trekk ved dagens sykdomsbilde**

Muskel-skjelett-lidelser er vanligste grunn til at pasienter oppsøker allmennleger, og om lag en femtedel av antallet konsultasjoner ender med primærdiagnoser innenfor denne kategorien. Psykiske lidelser, med depresjoner og angst som de største diagnosegruppene, ligger til grunn for nær en av ti konsultasjoner<sup>18</sup>. Muskel-skjelettlidelser er også den vanligste begrunnelsen for sykemelding (nær 40% av legemeldt sykefravær i 2008), foran psykiske lidelser (nær 20% av samme). Sykdommer i nervesystemet ble angitt som grunnlag for 5% av fraværet<sup>19</sup>. Med mindre variasjoner går mønsteret igjen i begrunnelser for uføretrygding: i 2007 ble nær 20% nye mottakere av uførepensjon diagnostert med en psykisk lidelse, mens 31% var relatert til muskel-skjelettlidelse<sup>20</sup>. Det er imidlertid vesentlige forskjeller relatert til kjønn og alder. Psykiatridiagnoser er vanligere begrunnelse for uføretrygding i yngre enn eldre aldersgrupper, og spesielt for nye uføretrygding blant unge menn (hele 55% i yngste aldersgruppe). Med økende alder, og blant kvinner utgjør muskel-skjelettlidelser en større andel av grunnlaget for tilståelse av uføretrygd generelt, og spesielt i høyere alder (ibid). Langvarige smerter er en vanlig tilstand, men er ingen egen diagnose. Oftest relateres smertetilstandene til muskel-skjelettlidelser<sup>21</sup>. Personer med kroniske smerter har også høy forekomst av såkalt komorbide emosjonelle vansker som angst og tristhet, tretthet og søvnvansker<sup>22</sup>. I en selvrapporteringsbasert undersøkelse i 15 europeiske land anga hele 40-50% av voksne personer at de hadde langvarige smerter da undersøkelsen ble foretatt. Halvparten av disse - ca 20% av de spurte - sa de hadde smerter av en slik intensitet at det i alvorlig grad berørte deres sosiale liv og arbeid<sup>23</sup>. Langt flere kvinner enn menn har generaliserte eller uspesifikke smerter og muskel og skjelettplager<sup>24, 25</sup>.

---

<sup>16</sup> Thornquist E (1992) Fysioterapeuters rolle og funksjon i psykisk helsevern. Forskningsrapport, Det medisinske fakultet. Oslo: Universitetet i Oslo.

<sup>17</sup> Gretland A (1999) Kroppens spor – en utfordring i psykiatrien. Rapport fra prosjektet Fysioterapi i psykiatri. Tromsø: Regionsykehuset i Tromsø.

<sup>18</sup> NAV-rapport 04/07: Hva foregår på legekontorene? (pdf) Lastet 15.05 2009.

<sup>19</sup> NAV: Sykefraværtdagsverk 4 kv 2001-2008 Diagnose og kjønn. <http://www.nav.no/191025.cms>, lastet 05.05.2009.

<sup>20</sup> NAV: Nye mottakere av uførepensjon etter diagnose, alder og kjønn. 2007. <http://www.nav.no/185310.cms>, lastet 5.5.2009.

<sup>21</sup> Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006): Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Pain* 10;4:287-333.

<sup>22</sup> Malmgren-Olsson EB, Armelius BÅ (2003). Non-specific musculoskeletal disorders in patients in primary care: Subgroups with different outcome patterns. *Physiother Theory Pract* 19: 161-73.

<sup>23</sup> Breivik m.fl. 2006.

<sup>24</sup> Malmgren-Olsson EB, Armelius BÅ (2003).

<sup>25</sup> Ramm J (2007). Menns og kvinners helse. Kapittel 1 i Sandnes T(red): Helse og bruk av helsetjenester – forskjeller mellom kvinner og menn. Statistisk sentralbyrå: Rapporter 2007/37. [http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp\\_200737/rapp\\_200737.pdf](http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_200737/rapp_200737.pdf)



Helseutfordringene begynner tidlig i livet for manges vedkommende. Basert på selvrapportering er psykiske vansker, luftveislidelser og muskel-skjelettlidelser de vanligste helseproblemene blant unge jenter<sup>26</sup>. De er i langt større grad enn gutter plaget med smerter, hodepine eller har følt seg trette og slappe. Sammenlignet med andre aldersgrupper har mange i alderen 16-24 år symptomer på psykiske lidelser. I følge Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 har 8% av unge menn og 17 prosent av unge kvinner så vidt mange og sterke symptomer at de mest sannsynlig har et psykisk problem. Videre har 5 prosent jenter og 2 prosent gutter sykdom i muskler eller skjelett.

### **Mer om samfunnsrelevans av psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi**

Informasjonen ovenfor er delvis basert på diagnostiske kategoriseringer – noe som i seg selv er problematisk på flere måter. Informasjonen er også delvis basert på selvrapportering, med mange mulige feilkilder. Men en samlet vurdering av informasjonen tilsier allikevel at pasienter med muskel/skjelett-lidelser, langvarige smertetilstander og psykiske lidelser av ulik alvorlighetsgrad utfordrer samfunnet mht forebygging, behandlingsressurser og trygdeutgifter. Det kan igjen ses i sammenheng med at helsetjenesten generelt sliter med mangelfull forståelse av hva slags problem disse eksemplene er og representerer, og å finne relevante tiltak.

Fagområdet psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi utfyller dominerende behandlingstradisjoner i helsevesenet både hva teoretisk orientering og behandlingstilnærminger angår. Summarisk skissert er utgangspunktet en forståelse av kroppen som en biologisk mulighet som blir virkeliggjort i sosiale sammenhenger. Som åpen og kommuniserende med omverden, blir kroppen bærer av liv og historie. Kropp og følelser står i et gjensidighetsforhold der kroppen ikke bare uttrykker, men også regulerer følelser – gjennom kroppsholdning og bevegelser, pust og muskulatur. Alle kroppsfunksjoner og –deler betraktes som en funksjonell enhet, internt forbundet med hverandre. I klinisk praksis omfatter derfor enhver undersøkelse og behandling hele kroppen, uansett hva slags problemer pasienten har. Behandlingen er ikke rettet direkte mot symptomer og diagnoser. Vurdering av behandlingsbehov og –form foretas på bakgrunn av kroppsundersøkelsen som helhet, og ses i lys av pasientens egen innsikt og forståelse, og aktuelle livssituasjon.

Kroppsforståelsen som ligger til grunn for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi bekreftes etter hvert på empirisk grunnlag innenfor mange fag og forskningsområder, som for eksempel stressforskning og integrativ fysiologi, nyere utviklingspsykologi og saamfunnsvitenskapelige fagtradisjoner. Basert på erfaring og en gryende forskningslitteratur i fagfeltet vet en at mange pasienter med mange slags lidelser og funksjonsforstyrrelser har nytte av psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi – også pasienter som har vært gjennom mange andre behandlingstiltak før de begynner. Samlet gir dette grunn til å mene at samfunnet er tjent med at flere fysioterapeuter med spesialisert handlingskompetanse innen fagtradisjonen, og på et akademisk nivå som legger grunnlaget for både fagkritisk tenkning og utvikling, utdanning og forskning. De senere årene har forskningsaktiviteten i fagfeltet økt betydelig. Men en har fortsatt få studier av hva fysioterapeutene faktisk gjør, og begrenset forskningsbasert kunnskap om effekt av psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, og ”hva som virker når det virker”. En

---

<sup>26</sup> Ramm (2007).

nytte av studieretningen vil på sikt ligge i utvikling og kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud. En vil også kunne få mer og annerledes kunnskap om pasientene og deres problemer, med bakgrunn i fysioterapeutenes alternative perspektiver på og undersøkelser av kropp og funksjon. Forskningsbasert kunnskap vil være til hjelp i framtidige prioriteringer av helsetjenester. Det forutsetter at det utdannes fysioterapeuter i psykiatrisk og psyksomatisk på masternivå, og at flere etter hvert er kvalifisert for doktorgradsstudier. Dette er avgjørende også for å sikre praksisrelevant utdanning som innfrir dagens formelle og kvalitative krav til høyere utdanning.

## **Utdanningen sett i forhold til UiT's mål**

Strategidokument for Universitetet i Tromsø 2009 – 2013 framhever UiTs særlige ansvar for å utvikle samkjørte og helhetlige studieløp, og for utvidet satsting på profesjonsrettet forsknings- og utviklingsarbeid. Planutkastet integrerer komplementære utdanningsløp fra HiTØ og UiT til et helhetlig studium innenfor Masterprogram i helsefag. Programmets faglige orientering utfyller den tidligere videreutdanningen med teoretiske emner som gir grunnlag for nivåheving – også mht praktisk handlingskompetanse. Studiets vitenskapelige emner legger også et grunnlag for praksisnær forskning – et annet av strategidokumentets satsningsområder. Planen er ellers utformet med sikte på å tydeliggjøre studieretningens yrkesrelevans, som også er framhevet som mål i strategidokumentet. Beskrivelser av læringsmål og innhold er utvidet og konkretisert i forhold til studieplan for noen av fellesemnene. Yrkesrelevans sikres også gjennom studiets innslag av praksis.

Studiet tilfører bredde til Masterprogram i helsefag, og innfrir også ved det UiT's målsettinger. Etablering av studiet innebærer en utvidelse og styrking av fagmiljøet i Avdeling for masterstudier i helsefag, samtidig som en får rasjonell utnyttelse av ressurser som finnes her.

Utdanningens faglige profil og innhold tilsier at studentene vil tilegne seg kompetanse til å bidra til bedre helsetjenester for og kunnskap om pasienter med utbredte og langvarige lidelser og problemer. Studieretningen har derfor også sterk samfunnsmessig relevans.

Strategidokumentet legger ellers opp til utdanningstilbud med høy grad av fleksibilitet til å tilfredsstillende skiftende utdanningsbehov og målgrupper. Foreliggende studieretning er planlagt som et deltidsstudium over 3 år, først og fremst faglig begrunnet med at studentene bør ha mest mulig praksis underveis, og kunne følge opp pasienter over lang tid. Deltids-organisering er også valgt for å gi flest mulig fysioterapeuter praktisk og økonomisk mulighet til å ta videreutdanning på masternivå. Masterstudiets profil er å skape møtepunktet mellom praksis og teori; mellom lokale og særegne utfordringer i klinisk helsearbeid, og allmenngyldig vitenskap. Studiet vil bidra til UiT's mål om å skape et nasjonalt og internasjonalt kraftsenter for kompetanse, vekst og nyskaping gjennom å etablere et møtested rundt en faglig tradisjon som i hovedsak er særegen for norsk fysioterapi, og som er ettertraktet internasjonalt.

## 2. Studiets mål

Studiet tar sikte på en fordypning og viderequalifisering i deler av fysioterapifaget. Studentene skal utvikle avansert kompetanse til å arbeide med mennesker som har ulike former for psykosomatiske og psykiske lidelser og med ulik alvorlighetsgrad. Utvikling av avansert handlingskompetanse står sentralt, og innebærer vektlegging av spesialiserte kroppslige/kliniske innfallsvinkler og tilnæringsmåter med hensyn til undersøkelse/funksjonsvurderinger og terapeutiske arbeidsmåter - individuelt og i gruppe-sammenheng.

Studiet skal videreføre sentrale spesialiserte terapeutiske tradisjoner innenfor fagområdet. Studiet skal også utvikle studentenes evne til å analysere og forholde seg kritisk til fagkunnskap formidlet via ulike informasjonskilder og utvikle kompetanse til å identifisere, strukturere og formulere faglige problemstillinger. Det innebærer at studentene skal kvalifiseres ikke bare til å videreføre etablert fagkunnskap, men til nytenkning og innovasjon i fagfeltet. Studentene skal kvalifiseres til selvstendig arbeid med praktisk og teoretisk problemløsning basert på analyser, bruk av relevante metoder for forsknings- og utviklingsarbeid og gjennom å gjennomføre avgrensede forsknings- og utviklingsprosjekter.

## 3. Målgruppe

Målgruppen for studiet er fysioterapeuter på alle helsetjenestenivå med interesse for klinisk arbeid med personer med et bredt spekter av funksjonsproblemer, og er interessert i fagutvikling, utdanning og forskning relatert til klinisk praksis i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.

## 4. Opptaksgrunnlag

Studiet har 20 studieplasser pr. kull.

For opptak til masterstudium i helsefag med studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi av 120 studiepoengs omfang kreves det:

- Offentlig autorisasjon som fysioterapeut
- Bachelorgrad i fysioterapi
- For søkere som ikke har bachelorgrad i fysioterapi, kreves det minimum 10 STP vitenskapsteori, etikk og metode
- Søkere må ha tilgang til praksisfeltet i studietiden.

## 5. Yrkesmuligheter /-funksjon og kompetanse

Fysioterapeuter med spesialisering i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi arbeider innenfor en bred skala av arbeidsplasser både i kommunehelsetjenesten og i andrelinjehelsetjenesten; i somatisk og psykisk orientert helsearbeid.

Fysioterapeutene med slik spesialkompetanse er bidragsytere i utredningsarbeid og diagnostikk, de driver individuell behandling og gruppeterapi. De benyttes i varierende grad fysisk aktivitet og legger til rette for større fysisk utfoldelse, trening og lek.

Innholdet i og betydningen av de forskjellige arbeidsmåtene er forskjellig, avhengig av arbeidssted og institusjonelle rammer, men også av fagmiljøenes teoretiske orientering og tenkning om kroppens funksjon i forhold til menneskets psykososiale utvikling og samhandling.

Fullført studium inngår i kompetansekrav for å heve offentlig refusjon for psykomotorisk fysioterapi fra NAV <sup>27</sup>.

Mastergradsstudiet skal kvalifisere kandidatene til:

- spesialisert klinisk arbeid på ulike nivåer og deler av helsetjenesten, i institusjoner og enheter innenfor psykisk helsevern og helsetjenester orientert mot somatiske helseproblemer; selvstendig og i samarbeid med andre faggrupper.
- primærkontaktfunksjon i helsevesenet
- fagutviklingsarbeid i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi og faget generelt
- utdanningsstillinger ved høyskoler og universitet
- doktorgradsstudier i helsevitenskap

## 6. Organisatoriske forhold

Undervisningen er samlingsbasert og studiet gjennomføres som et deltidsstudium over tre år. Klinisk orienterte emner flettes organisatorisk sammen med teoretiske.

Flere emner undervises felles for alle studieretninger innen masterprogram i helsefag, og noe med studieretning nevrologisk fysioterapi.

Av 120 studiepoeng (STP) undervises:

40 STP felles eksamensemner mastergradsprogram i helsefag (med fagspesifikk tilpasning)

40 STP spesifikke emner studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, som innbefatter 20 STP praksis

40 STP mastergradsoppgave

<sup>27</sup> Studiet innfrir NFF's krav til takst-kompetanse i psykomotorisk fysioterapi mht undervisning og veiledning; ut over dette må studentene selv sørge for egenbehandling – det ligger utenfor utdanningssystemets ansvarsområde.

Utdanningen består av 5 emner av varierende omfang, samt masteroppgaven. Undervisningen legges til 11 fellessamlinger fra 2-3 dager til 2,5 uker og totalt 21 uker i løpet av 3 år. Videre inngår perioder med praksis fordelt i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i 2.-6. semester, samt selvstudium.

Praksisperiodene er i hovedsak tilknyttet egen arbeidsplass og skal gi muligheter for å arbeide klinisk i tråd med studiets faglige innhold. Praksisperiodene inneholder klinisk veiledning individuelt og i gruppe. Universitetet har ansvar for å oppnevne veileder, men studentene kan komme med forslag. Veileder skal fortrinnsvis ha spesialistgodkjenning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Godkjent videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og klinisk praksis innen fagområdet er minimumskompetanse. Etter hvert vil en bygge opp et nettverk av praksisveiledere som også har mastergrad innen fagområdet.

## Oversikt over semestre, samlinger og praksisstudier

Semester	Antall, varighet på samlingene	Emne, STP	Praksisstudier 20 STP (Inkl. i HEL-3001 og -2)
1 (Høst)	2 samling à 2,5 uker	HEL-3100 20 STP	
2 (Vår)	2 samlinger à 2 uker	HEL-3001 15 STP	Gjennomgående praksisstudier på eget arbeidssted mellom samlinger.  Hospitering annet tjenestenivå to uker
3 (Høst)	1 samlinger à 2 uker	HEL-3002 5 STP	
	1 samling á 2,5 uker	HEL-3120 10 STP	
4 (Vår)	1 samlinger à 2 uker	HEL-3002 5 STP	
	1 samling á 2,5 uker	HEL-3260 10STP	
5 (Høst)	1 samlinger à 2 uker,	HEL-3002 10 STP	
	1 samling 2-3 dager	HEL-3901 20 STP	
6 (Vår)	1 samling á 2-3 dager	HEL-3002 5 STP	
		HEL-3901 20 STP	
Totalt 6 semestre	Ca. 21 uker samling		120 STP

## 7. Innhold

Studiet tar sikte på å utvikle teoretisk og klinisk kunnskap slik at studentene på spesialisert nivå blir i stand til å undersøke og behandle personer med et bredt spekter av helseproblemer samt drive utviklings- og forskningsarbeid innen fagområdet. Studiet vil gjennomgående fremholde og undersøke kritisk sammenhenger mellom tenkning, fagutøvelse, fagspråk og fagformidling - muntlig og skriftlig. Det vil også belyse forholdet mellom praktisk yrkesutøvelse, faglig utviklingsarbeid og forskning.

Klargjøring av teoretisk forankring med hensyn til kroppssyn tillegges spesiell betydning. Et sentralt element er å utvikle forståelse for kroppen som sammensatt fenomen; som sentrum for opplevelse og erfaring, som uttrykksfelt og som biologisk og biomekanisk fenomen. Det innebærer å erkjenne at kroppen er en viktig kilde til forståelse av menneskers erfarings- og meningsverden, til deres livshistorier og lidelser – til deres psykiske og fysiske funksjon. Det betyr også at det knytter seg store terapeutiske muligheter til kroppslige tilnæringsmåter, samtidig som en ved kroppslig påvirkning kan undergrave, såvel som styrke menneskers selvfølelse og selvtillit, deres mestringsevne/funksjon og selvstendighet.

Det vil bli lagt vekt på å skape forståelse for fysioterapi som relasjonell virksomhet. Studentens funksjon og rolle i samspill med andre og hvordan personlige og faglige forhold påvirker hverandre er sentrale emner av betydning for alle aspekter av yrkesutøvelsen: for hvordan en møter og forstår andre mennesker, for hvordan en anvender eget fag, og for hvordan en samarbeider med andre faggrupper. Kliniske og etiske aspekter ved pasientdeltakelse vil derfor ha en framtrødende plass i studiet. Spesielle utfordringer knytter seg til makt/avmakt-dimensjonen i relasjoner der samarbeidende parter har ulik status i samhandlingen, og ulik virkelighetsforståelse. Det gjelder ikke minst i møter med alvorlig syke/sinnslidende og når pasient/bruker og fysioterapeut har ulik kulturell bakgrunn.

Studiets starter med en vitenskapsteoretisk innføring som bakgrunn for ulike måter å forstå kropp, sykdom og funksjon – et tema som utdypes gjennom de fire første semestrene. Bevegelsesutvikling, -kontroll og -læring vil bli belyst i humanistiske, samfunnsvitenskapelige og naturvitenskapelige perspektiv i første semester. Sykdom og klassifisering av sykdom, og differensieringen av og sammenhengen mellom psykiske lidelser og somatiske og psykosomatiske plager vil også bli tatt opp og drøftet. Innledningsvis vil en også se fysioterapifaget i en historisk sammenheng, med spesiell vekt på utviklingen innen psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.

Klinisk undersøkelse og funksjonsvurdering anses som forutsetning for å kunne velge og tilpasse terapeutiske tilnæringsmåter. Det gjelder både når fysioterapi er pasienters eneste tilbud, og når fysioterapi inngår i flerfaglige behandlings-, habiliterings- og rehabiliteringsopplegg. Allerede fra første semester vil studentene arbeide praktisk i samlingene – med fysioterapeutiske undersøkelser i første omgang.

I tredje og fjerde semester er undervisningen rettet mot videreutvikling av spesialisert klinisk kompetanse. Individuelle tilnæringer får størst plass, og sees som forutsetning for utarbeiding og gjennomføring av gruppebehandling. En søker å fremme refleksjon over faglige vurderinger, handlingsvalg, virkemidler og tiltak ved hjelp av teori fra tidligere og parallelle emner. Kunnskapsbegrepet tematiseres, og forholdet mellom ulike kunnskapsformer og faglig dokumentasjon belyses. Vitenskapelige metoder spesielt relevante for fysioterapi introduseres og gjøres til gjenstand for drøfting og kritisk refleksjon.

Ulike behandlingkonsepter belyses og diskuteres kritisk. Psykomotorisk fysioterapi står i en særstilling - ut fra sin historiske betydning for fagfeltet, men også fordi tradisjonen står sentralt i dagens fysioterapi – både hva tenkemåter og faglig metodikk angår. Basal Kroppskjennskap vil også ha en framtrødende plass begrunnet i denne retningens betydning i aktuell skandinavisk fysioterapi. Studentene skal også få kjennskap til andre faglige retninger og virkemidler som autohypnoide metoder og ulike bevegelsesformer. Bevegelse er både virkemiddel og mål i fysioterapi, og vil bli belyst både i bevegelsespraksis i samlinger gjennom hele studiet og som teoretisk begrep.

I tredje og fjerde semester vil sentrale fagtradisjoner fra psykiatri og psykologi bli presentert og relatert til fysioterapi. I tråd med den historiske utviklingen innenfor PMF vektlegges psykodynamiske terapitradisjoner. Nyere empirisk utviklingspsykologi presenteres og relateres til fysioterapi. En vil også belyse et visst spekter av kvalitative og kvantitative undersøkelsesformer som er alminnelig brukt innenfor helsetjenester og forskning i forhold til psykosomatiske og psykiske lidelser.

Tredje semester vil også handle om vitenskapelige emner. Undervisning i metodologi, forskningsmetoder og forskningsetikk skal forberede studentenes arbeid med masteroppgaven.

Fjerde semester inneholder emnet Kunnskapsformer og dokumentasjon i fysioterapi som vil omhandle kjennetegn ved praktisk klinisk kompetanse og spesielle utfordringer ved dokumentasjon innenfor praktiske fag. Emnet vil også videreføre elementer fra metodekurset. Emnet uteksamineres med prosjektskisse kan studenten også gjennomføre nødvendige søknadsprosesser og legge grunnlag for empiriske studier masteroppgaven.

Femte og sjette semester er viet praksis og mastergradsoppgaven. Praksis avsluttes i sjette semester med klinisk eksamen som avvikles før innlevering av masteroppgaven. Oppgaven skal være et selvstendig vitenskapelig arbeid relevant for studieretningens fagområde.

## **Pensumramme for studiet**

Pensumramme for studiet er 4500 sider. Av dette er 3000 sider obligatorisk pensum og 1500 sider selvvalgt, knyttet til masteroppgaven.

## Oversikt over alle emner

Emne-nr.	Emnetittel	STP	Semester	Obligat	Undervises	Eksamen, semester
HEL-3100	Grunnlagstenkning i helsefagene	20	1 H	Ja		1 H Essay
	a Vitenskapsteori og etikk				- Mastergrads-progr. helsevit. - Nevro-fys og psyk-fys - Psyk-fys	
	b Ulike perspektiv på kropp, sykdom og funksjon					
HEL-3001	Undersøkelse og funksjonsvurdering	15	1 V	Ja	Psyk-fys	1V Journal m vekt på konklusjonsarbeid
HEL-3002	Funksjonsvurderinger og tiltak	25	2 H-3V	Ja	Psyk-fys	3H Mappedeksamen basert på logg fra bev.gruppe 3V Klinisk eksamen
HEL-3120	Metode, metodologi, forskningsetikk	10	2 H	Ja	- Mastergrads-progr. helsevit. Nevro-fys og psyk-fys	2 H Skriftlig oppgave
HEL-3260	Kunnskapsforståelse og dokumentasjon i fysioterapi	10	2 V	Ja		2V Prosjektskisse
	Kunnskapsforståelse	(5)		ja	Mastergrads-progr. helsevit.	
	Kunnskap og dokumentasjon i fysioterapi	(5)		ja	Nevro-fysio Psyk-fysio	
HEL-3004	Masteroppgave	40	3 H+3V	Ja		3V Skriftl. oppgave og muntlig høring

## 8. Undervisningsformer

Utdanningens innhold og profil krever integrering av teori og praksis gjennom hele studiet, og gjenspeiles i valg av studieformer og undervisningsmetoder. Arbeidsformene i studiet omfatter forelesninger, gruppearbeid, plenumsdiskusjoner, praktisk trening og utprøving, samt deltakelse i bevegelsesgrupper i samlingene. Dessuten inngår selvstudier og ulike skriftlige oppgaver. I tillegg kommer praksisstudiene som innebærer direkte



pasient/bruker-arbeid. Gjennom disse arbeidsformene ønsker vi å styrke studentenes egenaktivitet og utfordre deres sanser, følelser, intellekt, kreativitet og evne til samarbeid.

De håndverksmessige sidene av fysioterapifaget vektlegges sammen med utvikling av observasjonsevne, dømmekraft og klinisk vurderingsevne. Kompetent fagutøvelse er kjennetegnet ved et finkoordinert samarbeid med pasienten, der kroppslige og verbale virkemidler utfyller og glir over i hverandre. Dette krever førstepersonserfaring og praktisk trening (ferdighetstrening). Studentene får derfor anledning til å prøve ut forskjellige undersøkelses- og behandlingsformer i forskjellige sammenhenger med medstudenter og pasienter/brukere. Videre gis muligheter til refleksjon og diskusjon over erfaringer og problemer, valg og vurderinger.

Studentene kommer svært nær hverandre i den praktiske undervisningen. Det er en utfordring å utnytte denne nærheten i læringsøymed, slik at studentene kan bli kjent med seg selv og få erfaring med andre menneskers opplevels- og meningsverden, kroppslige reaksjoner og ytringsformer. Undervisningen sikter også mot at studentene erfarer og utvikler kunnskap om, og innsikt i betydningen av egen personlig utvikling, som innbefatter kroppslig forankring og trygghet.

Undervisningen i de kliniske emnene er obligatorisk og det tillates maksimum 20% fravær.

## **Arbeidsmåter i fellessamlinger**

Forelesninger, ferdighetstrening, seminar knyttet til praktiske og kliniske situasjoner, samt til teoretiske oppgaver og litteratur. Det vil også være gruppearbeid og plenumsdiskusjoner.

## **Arbeidsmåter i praksisstudiene**

Veiledet praksis gjennomføres på egen arbeidsplass. Det er et mål at studentene skal få erfaring fra arbeid med pasienter med et bredt spekter av psykiske og psykosomatiske tilstander. Praksisstudiene foregår mellom fellessamlingene fra og med andre til og med sjette semester. Behandlingsprosesser strekker seg ofte over en lengre periode der pasienter går i behandling en gang i uken eller sjeldnere. Det legges derfor opp til at praksis strekker seg over fem semestre, slik at studenten får erfaring med å gjennomføre behandlingsforløp med ulik varighet. Studenten skal i denne tiden gjennomføre minst 200 individuelle behandlinger. Studenten skal også gjennomføre to bevegelsesgruppeforløp á ett semester - på egen arbeidsplass eller i annen sammenheng. Studenten skal føre logg over all praktisk studieaktivitet, og loggen skal inngå som del av grunnlaget for veiledning sammen med annet veiledningsgrunnlag som notater, videoopptak etc.

I tillegg skal studenten ha to ukers praksis på annet tjenestenivå. Praksis innen psykisk helsearbeid bør inngå i samlet praksis.

I praksisstudiene benyttes følgende arbeidsmåter:

- Individuelt arbeid med pasienter
- Organisering og ledelse av bevegelsesgrupper
- Selvstudium av ulik teori

- Videobasert observasjon og refleksjon over egen praksis
- Klinisk veiledning individuelt og eventuelt i gruppe
- Skriftlige oppgaver (eksemplarisk journalføring, loggføring av praksis)

I løpet av praksisstudiene skal studenten ha til sammen 70 timer veiledning – individuelt og i gruppe. Praksisstudiene innledes med etablering av veiledningskontrakt mellom veileder og student.

**Evaluering:** Studentens arbeid evalueres skriftlig ved slutten av hvert semester. Dersom studenten står i fare for å få underkjent sin praksis, skal studenten og studieledelsen ha skriftlig melding om vurderingen og hvilke krav studenten må oppfylle for å kunne få godkjent praksisstudiene.

Ved sluttevalueringen av praksis er det veileder som anbefaler og studieledelsen som fatter endelig vedtak om godkjent/ikke godkjent praksis.

En student som ikke har fått melding om faren for ikke å få praksisstudiene godkjent, kan likevel få vurdert disse til ikke godkjent hvis særlige grunner tilsier det. Følgende prosedyre følges da:

- Utdanningen innkaller til møte hvor studieledelse, student og veileder deltar
- Det utarbeides protokoll fra møtet som studenten skal ha kopi av senest innen utgangen av 3. virkedag etter at møtet fant sted.

Praksis er obligatorisk, og det tillates maksimum 20% fravær.

## 9. Evaluering av studiet

Hvert undervisningsemne blir evaluert formativt av studenter og vitenskapelig ansatte. Evaluering foregår også gjennom seminarer og eksamener knyttet til hvert emne.

Hele studiet evalueres skriftlig av studenter og studieledelse ved avslutning.

## 10. Arbeidskrav, eksamener og masteroppgave

Evaluering underveis og til slutt i studiet skal sikre dokumentasjon på at studentene når de fastsatte mål for studiet. Ulike oppgave- og evalueringsformer benyttes – dette for å fremme optimal læring gjennom hele studiet, samt sikre etablering av ulike typer kunnskap.

### Arbeidskrav

Bestemte arbeidskrav legges til praksisstudiene og vurderes godkjent/ikke godkjent av veileder. Studiet har også arbeidskrav i samlinger. Disse godkjennes av studieledelsen. Praksis og alle arbeidskrav i de enkelte emner må være godkjent før studenten kan fremstille seg til eksamen i emnet eller emnegruppen.

## Eksamensformer

Ulike eksamensformer benyttes: Essay, skriftlige rapporter og journaler, skriftlig hjemmeoppgave, prosjektbeskrivelse, masteroppgave, klinisk eksamen og muntlig høring. Eksamensoppgavene vektlegger integrering av relevant teori og praksis. Eksamen i emner eller emnegrupper gjennomføres ved slutten av aktuelt semester. I de kliniske emnene arrangeres det eksamen med pasienter. Masteroppgaven er et skriftlig vitenskapelig arbeid som kan leveres når alle forutgående emner (80 studiepoeng) er bestått. Avsluttende klinisk eksamen gjennomføres i begynnelsen av siste semester, og skal være bestått før innleverer sin masteroppgave.

Eksamen i de ulike emner vurderes med enten bestått/ikke bestått eller bokstavkarakterer med en skala fra A til F. A er beste karakter, E er dårligst bestått og F er ikke bestått.

## Oversikt over emner, arbeidskrav og eksamener

Emne	STP	Arbeidskrav	Eksamensform	Eksamens-termin	Evaluering-uttrykk
HEL-3100 Grunnlagstenking i helsefagene	20	Seminar- framlegg	Essay	1. høst	Bestått/ikke bestått
HEL-3001 Undersøkelse og funksjonsvurderinger	15	1) Seminar- framlegg	Journal med vekt på konklusjonsarbeid	1. vår	Bestått/ikke bestått
		2) I praksis			
HEL-3120 Metode, metodologi og forskningsetikk	10	Seminar- framlegg	Skriftlig hjemmeeksamen	2. høst	A-F
HEL-3260 Fagtradisjoner og kunnskapsformer	10	Seminar- framlegg	Prosjektbeskrivelse	2. vår	Bestått/ikke bestått
HEL-3002 Funksjonsvurderinger og tiltak	25	1) Seminar- framlegg	1) Mappe-eksamen basert på logg fra grupper	3. høst	A-F
		2) I praksis	2) Klinisk eksamen	3. vår	A-F
		3) Godkjent praksis			
HEL-3901 Masteroppgave i helsefag	40	Seminar- deltakelse og -framlegg	Masteroppgave og muntlig høring	3. vår	A-F

## 11. Samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner

Prinsipielt skal studentene etter søknad til avdelingen kunne ta deler av studiet ved andre institutter/fakulteter ved Universitetet i Tromsø eller andre universitet i Norge eller utlandet. Utenlandsopphold skal fortrinnsvis være ved universitet som UiT har samarbeidsavtaler med. Mulighetene for studieopphold ved andre universitet vil være begrenset til teoretiske emner, ettersom det foreløpig ikke finnes tilsvarende kliniske masterstudier andre steder.

Endelig ramme for sammensetning av studieforløp skal godkjennes før studenten kan avlegge mastergrad.

## 12. Emnebeskrivelser

Emnebeskrivelser følger fortløpende. Det legges opp til delvis fagspesifikk undervisning, og delvis fellesundervisning for de ulike studieforløp innenfor Mastergradsprogram i helsefag. Hensikten med sistnevnte er å fremme gjensidig forståelse og samarbeid, og gjøre kunnskap om forskning tilgjengelig over faggrensene. Gjennom diskusjoner og meningsutvekslinger vil det enkelte fagets særpreg kunne styrkes og videreutvikles. Undervisningen i emnene omfatter vitenskapsteori og etikk, kropp, sykdom og funksjon, forskningsmetoder, fagtradisjoner og kunnskapsformer samt i noen grad helsepolitikk og helsetjenesten. I undervisningen vil en ofte ta utgangspunkt i konkrete og praksisrelaterte situasjoner. I denne sammenhengen er det også viktig å analysere hvordan ulike vitenskapsteoretiske tradisjoner og faglige perspektiver kan utfylle eller motsi hverandre. I emner med felles betegnelse søkes fagspesifikke perspektiv ivaretatt i deler av undervisningen, i pensum og i essay- og oppgaveskriving. Spesielt innebærer arbeidet med mastergradsoppgaven fagspesifikk fordypning.

Beskrivelsene av emner som er obligatoriske for flere studieretninger i programmet er hentet fra studieplan for flerfaglig studieretning. Spesifikke læringsmål for studieretningen er føyd til i emnebeskrivelsene for å tydeliggjøre relevansen til fysioterapi. Antall studiepoeng for hvert emne er også oppgitt, sammen med anslagsvis fordeling av fellesundervisning, undervisning sammen med studieretning nevrologisk fysioterapi og spesifikk undervisning for studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.

### HEL-3100 Grunnlagstenkning i helsefagene

**Ansvarlig:** Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

**Sist revidert:** 18.11.2009

**Undervisningsspråk:** Norsk

**Arbeidsmengde:** 20 studiepoeng

**Forkunnskapskrav:** Som for opptak til studiet

**Innhold:** Emnet er delt i to:

1a) Vitenskapsteori og etikk

Emnet skal bidra til refleksjon over fagenes vitenskaps- og fagtradisjoner. Samfunnsfaglige, humanistiske og naturvitenskapelige perspektiv blir sett i forhold til hverandre. I emnet drøftes hva det innebærer å gi fagkunnskapen en vitenskapelig begrunnelse. Sentrale retninger i etikk blir belyst og knyttet til fagenes vitenskapsgrunnlag, tradisjon og praksis, for eksempel dydsetikk, utilitaristisk etikk, og nærhets- eller relasjonsetikk. Den helsefaglige relevansen av de etiske teoriene blir drøftet både på individ- og samfunnsnivå.

1b) Ulike perspektiv på kropp, sykdom og funksjon

Forståelsen av kropp, sykdom og funksjon er av grunnleggende betydning for helsefagene, som har sine særpreg i den måten de håndterer og tolker disse fenomenene på. Sentrale teorier om kroppen blir tematisert. Helsefagenes praksis, tilnæringsmåter og forståelsesrammer drøftes i lys av naturvitenskapelige, fenomenologiske, samfunnsmessige, kulturelle og etiske forhold. I tråd med studiets praktiske/kliniske profil legges hovedvekten på konkrete og praksisnære problemstillinger som utgangspunkt for drøfting og refleksjon. Det tas videre sikte på å etablere forbindelser mellom teoretiske perspektiv og praktisk/klinisk virksomhet. Kropp, sykdom og funksjon blir forsøkt belyst blant annet ut fra etnisitet, kjønn og alder.

**Mål**

Emnet skal gi studentene bakgrunn til å reflektere systematisk over helsefagenes grunnlagstenkning og problemer. Studentene skal kunne forholde seg kritisk til praksis, forskning og teoriutvikling i eget fag. Emnet skal også danne grunnlag for de videre emnene i studiet<sup>28</sup>.

**Evaluerings:**

Arbeidskrav som godkjennes av studieledelsen: Seminarfremlegg i gruppe.

Eksamen: Essay etter nærmere bestemte retningslinjer. Essayet vurderes av to interne sensorer.

Vurderingsuttrykk: Bestått/ikke bestått.

Kontinuasjonsadgang: Kontinuasjoneksamen må avlegges innen utgangen av samme semester. Det gis anledning til å forbedre tidligere innlevert essay.

**Pensum**

(\* = felles Masterprogram i helsefag, \*\* = felles for studieretningene nevrologisk og psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi)

\*Album D, Westin S: Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 2008: 182-188. 6

Berg O (1978). *Medisinen og det moderne samfunn. I: Ringen A (red). Helsepolitikk og samfunn.* Oslo: Tiden. s. 13-31. 19

---

<sup>28</sup> Ytterligere spesifisering av læringsmålene for studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi er lagt ved planen.

**Binder PE (2000): Den meningsbærende andre i psykoterapi. Om å bygge en verden der det er mulig å føle og tenke. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, s.327-333	8
Bordo S (1990) Reading the slendered body. I Jacobus M, Keller EF, Shuttleworth s (red). Body/politics: women and the discourses of science. New York: Routledge. S 83-112.	29
* Bourdieu P (1990): Kroppens sosiale persepsjon. Sosiologi i dag, 3:3-11	9
*Bourdieu P (1999). Meditasjoner. Pax forlag, Oslo. Kunnskap gjennom kroppen, s. 134-170.	37
**Broberg C (1993). Om teori ock begreppsutveckling i sjukgymnastikk i historisk perspektiv. Sjukgymnasten Vetenskaplig Supplement (1): 4-15.	11
**Brodal P (2007). Sentralnervesystemet. 4.utg. Oslo: Tano Forlag. Kap. 6: Det somatosensoriske systemet. S. 193-235. Kap. 9: Likevektsans og balanse s. 279-289. Kap. 18: Perifere deler av det autonome nervesystem: Det autonome nervesystemets oppgaver s. 469-472 Kap. 19: Hypothalamus og psykiske funksjoner s 501-504 Kap. 20: Limbiske strukturer, emosjoner og hukommelse s. 509-529.	Tils. 76
**Bråten S (2004). Kommunikasjon og samspill: fra fødsel til alderdom. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget. Kap.9.	16
*Conrad P (2005) The shifting engines of medicalization. Journal of Social Behaviour 46:3-14.	11
*Engelsrud G (1990). Kroppen glemt eller anerkjent? I: Jensen K (red.) Moderne omsorgsbilder. Oslo: Ad Notam Gyldendal, s. 160-181.	22
Epstein RM, Quill TE, McWhinney IR (1999). Somatization reconsidered. Incorporating the patient's experience of illness. Arch Intern Med. 1999;159(3):215-222.	7
**Flescher M, Laudenslager ML (2004) Psychoneuroimmunology: Then and now. Behavioural and cognitive Neuroscience Reviews vol. 3:(2):114-130.	16
*Foucault M (1999) Den føyelige kroppen. I Overvåkning og straff. Gyldendal Norsk Forlag. S. 125-154	30
Fredrickson BL, Harrison K (2005). Throwing like a girl. Self-objectification predicts adolescent motor performance. Journal of Sport anf Social Issues 29(1):79-101.	22
*Freund P (2001.) Bodies, Disability and Spaces: the social model and disabling spatial organisations Disability & Society, 16 (5):689 - 706	16
*Førde R (1993) Sjukdomsomgrepet – fallgrop og utfordring: Tidsskr No Legeforen 113:2163-6	3
Gallagher S (2001) Dimensions of embodiment: Body image and body schema in medical contexts. I Toombs SK (red). Handbook of phenomenology and medicine. Dordrecht: Kluwer academic publishers. s. 147-175.	28
*Haugen KH (1997). En utdanning i bevegelse: 100 år med fysioterapiutdanning i Norge. Oslo: Universitetsforlaget 1997. Kap. 1 og 2, s.11-47.	37
Hogle LF (2005). Enhancement technologies and the body. Annual Review of Anthropology, 34: 695-716.	21
**Jakobsen M (2006) Kroppen husker. Nevrobiologisk kunnskap om traumetilstander. Kap. 3 i Anstorp T, Benum K, Jacobsen M (red). Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget. S. 43-59.	16
Johannisson K (2008). Om begreppet kultursjukdom. Läkartidningen nr 44, vol 105: 3129-3132. <a href="http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/10606/LKT0844s3129_3132.pdf">http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/10606/LKT0844s3129_3132.pdf</a>	3
*Kendon A (1998). Goffmans approach to face-to-face interaction. I Drew P, Wotton A. Erwin Goffman. Exploring the interaction order. Oxford: Polity Press, s. 14-40	25
*Kielland E (1996) Kreft som sosial kategori. Tidsskr No Legeforen 116:997-9	3
*King LS (1982): Medical thinking – a historical preface. Princeton University Press, Kap. 6: Disease and health, kap. 7: The clinical entity and the disease entity. s131-164.	33

Kirkengen AL (2009): Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforlaget, 2. utg. Innledning, s 19-32.	13
*Kleinman A, Eisenberg L, Good B (1978): Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. <i>Ann Intern Med</i> 88: 251-8.	8
Kringlen E (2008): Psykiatri. 9. utg. Oslo: Gyldedal Akademisk. Kap. 3 Klassifikasjon og sykdomsbegrep s. 39-48	9
*Leder D (1990). <i>The absent body, part 1</i> Chicago: Chicago University Press.	90
*Leder D (1992). <i>A tale of two bodies: The Cartesian corps and the lived body. I: The Body in Medical Thoughts and praksis.</i> Kluwer. s 17-35.	18
*Lupton D (1994/2003). <i>Medicine as culture? Illness, disease and the body in Western societies.</i> London: Sage.	19
**McEwen BS (2003): Mood disorders and allostatic load. <i>Biological Psychiatry</i> 54:200-207.	6
**McEwen BS (2006) Sleep deprivation as a neurobiologic and physiologic stressor: allostasis and allostatic load, <i>Metabolism</i> , 55, Supplement 2, S20-S23.	3
*Merleau-Ponty M (1994). <i>Kroppens fenomenologi.</i> Oslo: Pax Forlag. s.41-103	62
*Mol A (2000) What diagnostic devices do. The case of blood sugar measurements. <i>Theoretical Medicine and Bioethics</i> 21: 9-22.	13
Mæhle M (2007). Nyere utviklingspsykologi som ramme og forutsetning for klinisk arbeid med barn. Kap. 1, s. 27-60. I Haavind H, Øvreide H (red.): <i>Barn og unge i psykoterapi. Bind I: Samspill og utviklingsforståelse.</i> Oslo: Gyldendal.	33
Ortner S (1972) Is female to male as nature is to culture? <i>Feminist Studies</i> 1 (2): 5-31	26
**Porges S (2009): The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. <i>Cleveland Clinic Journal of Medicine</i> 76 (Suppl 2): 86-90.	4
*Schwartz MA, Wiggins O (1985): Science, humanism, and the nature of medical practice: a phenomenological view. <i>Perspectives in Biology and Medicine</i> 28: 331-61.	31
Sosial- og helsedepartementet (1999). NOU 1999: 13: <i>Kvinnens helse i Norge. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Regjeringen</i> 19. september 1997. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 28. januar 1999. Kap. 3 <i>Kjønnsperspektiv på helse og sykdom?</i> S. 27-40	13
Sosial- og helsedirektoratet (2004): <i>Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten Trondheim: Sosial- og helsedirektoratet, NSAM, KITH AS med tillatelse fra WONCA.</i> <a href="http://www.kith.no/upload/1895/ICPC-2-bok_110304.pdf">http://www.kith.no/upload/1895/ICPC-2-bok_110304.pdf</a> . Innledning, s. 9-60.	51
Summerfield E (2001) The invention of posttraumatic stress disorder (PTSD) and the social usefulness of psychiatric categories. <i>BMJ</i> 322:95-98.	3
Svenaesus F (2007) Do antidepressants affect the self? A phenomenological approach. <i>Medicine, Health Care and Philosophy</i> 10:153-166.	13
**Sørstøl AB, Vågstøl U (2001): <i>Men han vi jo bare leke. I Fysioterapi på terskelen. 13 perspektiver på fysioterapi.</i> Red.: Stokkenes G, Sudman T, Sæbøe G. Kristiansand: Høyskoleforlaget. s.211-229	18
*Thornquist E (1995) Musculo-skeletal suffering: Diagnosis and a variant view. <i>Sociology of Health and Illness</i> 17:166-172.	26
*Thornquist E (2003). <i>Vitenskapsfilosofi for helsefag.</i> Bergen: Fagbokforlaget. Kap. 2 <i>Rasjonalisme</i> 17-36	19
Kap. 3 <i>Empirisme og positivisme</i> s.39-81	42
kap. 4 <i>Fenomenologi</i> s. 83-137	54
*Thornquist E (2009). <i>Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten.</i> Oslo: Ad Notam Gyldendal.	

Kap. 7 Språk og forestillinger 78-97	20
Kap. 15 Skriftlig formidling og kommunikasjon 293-315	22
*Toombs SK (1995). The lived experience of disability. Human Studies 18:9-23.	15
Ulvesund E (2008). Chronic fatigue syndrome defies the mind-body-schism of medicine. Med Health Care and Philos 11:285-292	7
*Zola IK (1972) Medicine as an institution of social control. Sociological Rev 20: 487-504.	18
<b>Totalt 1158 sider</b>	

### *Anbefalt*

- Bordo S (1993) Unbearable weight. Feminism, Western culture and the Body. California: University of California Press.
- Elliot C (2003). Better than well: American medicine meets the American Dream. New York: Norton Company.
- Elias N (2005). Civilization and psychosomatics. Kap 11, s. 96-99. I Fraser M, Greco M (red.) The body: A reader. London: Routledge student readers.
- Goffman E (1963/1966). Behaviour in public places: Notes on the social organization of gatherings. New York: The Free press.
- Honneth A (2008) Kamp om anerkjennelsen: om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk. Oslo: Pax.
- Wulff HR, Gøtsche PC (2006): Rationel klinik: Evidencebaserte diagnostiske beslutninger. København: Munksgaard .  
Kap 1: Grundlaget for kliniske beslutninger s 15-34  
Kap 3 Sykdomsklassifisering 62-92.
- Østerberg D (1995) Innledning. I Bourdieu P. Distinksjonen. Oslo: Pax forlag, s. 11.29

## **HEL-3001 Undersøkelse og funksjonsvurdering**

**Ansvarlig:** Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

**Sist revidert:** 18.11.2009

**Undervisningsspråk:** Norsk

**Arbeidsmengde:** 15 studiepoeng

**Forkunnskapskrav:** Som for opptak til studiet

### **Innhold**

I dette første kliniske emnet legges det vekt på at studentene skal utvikle spesialisert handlingskompetanse i undersøkelse og funksjonsvurdering av personer med ulike funksjonsproblemer. Undervisningen inneholder mye praktisk trening i undersøkelse, hvor studentene øver sammen. Denne undervisningen relateres til ulike typer teori presentert i emner som undervises parallelt. Praksisstudier i andre semester utfyller den kliniske undervisningen i samlingene.

Undersøkelse og funksjonsvurdering sees som forutsetning for profesjonell virksomhet både i utredning, behandling og rehabilitering/habilitering. En vektlegger systematiske og individuelt tilpassede arbeidsmåter for å utvikle kunnskap om pasienten og hans hennes helseproblemer og ressurser gjennom kroppslig og verbal samhandling. Undersøkelse



betraktes som en seleksjons – og fortolkningsprosess hvor fortløpende faglig refleksjon fremheves. Ved videre å se undersøkelse som samhandling understrekes det gjensidige forholdet mellom fysioterapeut og pasient i en undersøkelsessituasjon. Emnet vil belyse betydningen av å veksle mellom nærhet og avstand; identifikasjon og forskjellighet i arbeidet med undersøkelse og funksjonsvurdering, og belyse funksjoner av overføring og motoverføring i møtet mellom pasient og fysioterapeut.

Studentene presenteres for en viss bredde av fysioterapeutiske undersøkelsesmetoder. Forskjeller og fellestrekk dem imellom drøftes. Det legges vekt på å klargjøre både den tenkningen undersøkelsesmetodene er basert på, og deres funksjon i møte med pasienten. Emnet vil belyse hvordan valg av faglig tilnærming og samhandlingen med den enkelte pasient har betydning for begge parters forståelse av pasientens problemer. En søker å øke studentenes bevissthet i forhold til teoretiske perspektivers betydning for hvordan fysioterapeuten går fram for å utvikle informasjon, hva som velges ut av informasjon, og hvordan denne fortolkes.

Ulike tema gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon og diskusjon: Funksjonsvurdering versus kartlegging, diagnose versus funksjonsproblem, systematisering versus standardisering.

Bevegelsesanalyser i ulike gjøremål, stillinger og situasjoner sees sammen med palpasjon som kjernen i undersøke og vurdere pasienter med psykiatriske og psykosomatiske problemstillinger. Da mennesker grunnleggende anses interaktive og søkende, fokuseres det i analysen på samspill innen alle kommunikative nivåer/dimensjoner. Hos både barn og voksne vektlegges vurdering av kroppslig uttrykk, bevegelseskvantitet og - kvalitet: nevromuskulært- og biomekanisk samspill i ulike kroppsdelene (lokalt), på samspillet i kroppen som helhet i forbindelse med utførelse av ulike funksjoner, på samspillet med omgivelsene hvor koordinasjon og mestring er sentralt. Undersøkelsesformer hentet fra Psykomotorisk fysioterapi, Basal Kroppskjennskap, Laban og Sherborne introduseres, og kunnskapspotensialene i ulike undersøkelsesformer drøftes i lys av biologiske, personlige og sosiale dimensjoner ved kroppen/bevegelser. Gjensidigheten mellom undersøkelse og behandling gjør at en vektlegger fysioterapeutens evne til å utforske mulighetene for endring i bevegelse og funksjon hos pasienten som en del av undersøkelsen. Dokumentasjon av undersøkelse og funksjonsvurdering inngår også i emnet, hvor spørsmål om hva en skal dokumentere og på hvilken måte gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon. Relevante og hyppig brukte standardiserte undersøkelsesprosedyrer eller tester introduseres og reflekteres over.

Emnet inneholder avslutningsvis trygdefaglige emner relatert til sykemelding og viderehenvisning av pasienter.

## **Læringsmål**

Etter endt utdanning skal studentene ha kompetanse til å:

- etablere kontakt med mennesker som har ulike former for psykosomatiske og psykiske lidelser
- aktivt søke innblikk i andre menneskers opplevelses- og meningsverden, stimulere til deltakelse og få fram deres ressurser
- velge hva som er relevant å gjøre i møte med den enkelte pasient

- utføre ulike avanserte undersøkelselementer på en kompetent måte og tilpasse dem til den enkeltes tilstand og situasjon utfra samtale, (sam)handling og kroppslige forhold og ytringer
- sammenfatte, avveie og kontekstualisere informasjon utviklet gjennom undersøkelsen på en meningsfull måte
- vurdere om fysioterapeutisk behandling er aktuelt eller ikke, og velge hva slags terapeutiske mål og virkemidler som skal tas i bruk når fysioterapi er indisert
- formidle sine vurderinger og valg til pasienten og samtale om mål og planer videre
- redegjøre for og begrunne grunnlaget for konklusjonen på en undersøkelse, samt de vurderingene og valgene som er foretatt. Det gjelder muntlig og skriftlig (undersøkelsesrapporter), og inkluderer diagnostisering etter ICPC-2.
- redegjøre for trygdefaglige emner relatert til å ivareta primærkontaktfunksjoner med begrenset rett til sykemelding og viderehenvisning av pasienter
- redegjøre for eget fags funksjon som en del av en flerfaglig utredning av pasienten og formidle selvstendige vurderinger til pasient og spesialister
- drøfte muligheter og begrensninger ved bruk av kroppslige innfallsvinkler og fysioterapeutiske metoder innen psykisk helsearbeid samt hvordan fysioterapi kan utfylle andre faglige tilnæringsmåter
- redegjøre for hovedtrekk ved vanlige undersøkelses- og måleinstrumenter/spørreskjema med relevans for fysioterapi (eks. Rorschach test, MMPI<sup>®</sup>-2, SCL-90-R<sup>®</sup>, HAD-skalaen, TEC<sup>®</sup>, SDQ-20<sup>®</sup>) og resultater av sammenliknende studier med fysioterapeutiske undersøkelser

**Lærings- og arbeidsformer:** Forelesninger, seminarer, ferdighetstrening, klinikker, praksisstudier

**Plassering og varighet:** Emnet undervises i 2. semester.

#### **Evaluering:**

Arbeidskrav som vurderes av studieledelsen: Studenten skal legge fram en kasuistikk skriftlig og muntlig i seminar, basert på egen undersøkelse av pasient i praksis.

Arbeidskrav som vurderes av praksisveileder (2.semester): Studenten skal gjennomføre og dokumentere minimum 3 undersøkelser og funksjonsvurderinger på pasienter med funksjonsproblemer innenfor studiets faglige rammer.

Eksamen: Skriftlig journal med vekt på konklusjonsarbeid, basert på egen undersøkelse av pasient. Det benyttes en intern og en ekstern sensor.

**Vurderingsuttrykk:** Bestått/ikke bestått.

**Kontinuasjonsadgang:** Det arrangeres kontinuasjonseksamen i påfølgende semester.

#### **Pensum**

Arbeids- og velferdsetaten (NAV) (2008). Dialogmøter ved oppfølging av sykmeldte - en veileder for sykmeldende behandlere.

<http://www.nav.no/Helsetjenester/For+helsepersonell/805354382.cms>, lastet 31.08.09 5

Bartenieff I (1980/1993) Body movement: Coping with the environment. Gordon and Breach publisher Ltd. Comparison between two depressed male patients and one schizophrenic in a severe psychotic episode. s 158-161	4
Beckman BH, Frankel RM (1984) The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 101:692-6.	4
Bunkan BH (1994). Den ressursorienterte undersøkelsen. Manual. Kompendium. s.70-89.	19
Bunkan BH (2003) Den omfattende kroppsundersøkelsen: Manual. Oslo: Gyldendal akademisk. Kap. 1 Generelle prinsipper s. 15-28	13
Kap. 4 Bevegelse og bevegelighet s. 60-80	20
Bunkan BH, Opjordsmoen S, Moen O, Ljunggren AE, Friis S (1999). What are the basic dimensions of respiration? A psychometric evaluation of the Comprehensive Body Examination II. Nordic Journal of Psychiatry 53:361-169.	8
Bunkan B (1995[1968]) Psykomotorisk behandling ad modum Braatøy/Bülow-Hansen. s. 32-111 i Bunkan HB, Bülow-Hansen Aa, Houge N, Hødal, Hanssen H (1976). Psykomotorisk behandling. Kompendium. Oslo: Pensumtjenesten	79
Butcher JN, Williams CL (2009) Personality Assessment with the MMPI-2: Historical roots, international adaptations and current challenges. Applied psychology: Health and Well-being, 1 (1): 105–135.	30
Carlsen D (2008). Dobbeltmoralens voktere. Intervju med fastleger om sykemeldinger. Tidsskrift for Velferdsforskning 11(4):259-275.	16
Carlson EB, Putnam FW (1992) Dissociation Experience Scale (DES). I Anstorp T, Benum K, Jacobsen M (red) (2006). Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget. s. 284-288	5
Cummins A, Piek JP (2005) Motor coordination, empathy and social behaviour in school-aged children. Developmental Medicine & Child Neurology 47: 437-442	5
Dahl S, Hauff E (2005). Det kliniske møtet med pasienter med flyktningebakgrunn i et kjønns-perspektiv. I Opjordsmoen S, Vaglum P, Thorsen RB (red). Oss i mellom. Om relasjonenes betydning for psykisk helse. Stavanger: Hertervig Forlag. s. 202-216.	14
Dale E (1987). Vondt i ryggen – mer enn vondt i ryggen. Fysioterapeuten 54:13: 2-6.	5
Ekeli BV, Thornquist E (1985) Psykomotorisk behandling. Video 4a: Undersøkelse av pasient v/ Aadel Bülow-Hansen.	
Friis S, Bunkan BH, Ljunggren AE, Moen O, Opjordsmoen S (1998). What are the basic dimensions of body posture? A psychometric evaluation of the comprehensive body examination I. Nordic Journal of Psychiatry 52: 319-326.	4
*Førde R (1993). Sjukdomsomgrepet – fallgrop og utfordring. Tidsskr Nor Lægeforen 113: 2163-6.	4
Grøholt B, Sommerschild H, Garløv I (2008) Lærebok i barnepsykiatri. Oslo: Universitetsforlaget. Kap. 34 s. 402-412 Barnepsykiatrisk utredning.	9
Guldbrandsen P, Førde R, Aasland OJ (2002 ) Hvordan har legen det som portvakt. Tidsskr Nor Lægeforen 122(19):1874-9.	5
Hagen T (2002) Basal Kroppskjennskap. Video 3: Individuell undersøkelse. Med Ulla-Britt Skatteboe. Jørpeland: Trond Hagen.	
**Higgs J, Jones M, Edwards I, Beeston S: Clinical reasoning and practice knowledge. I: Developing practice knowledge for health professionals. Butterworth Heinemann 2004. Kap.11, s.181-299.	19
Houmark P (1998). At danse med livet. Danske fysioterapeuter, 15, 4-15.	11
Jacobsen M, Benum K, Anstorp T (2006). Dissosiasjon – noen diagnostiske overveielser. Kritiske innspill og kliniske erfaringer. Kap. 6 i Anstorp T, Benum K, Jacobsen M (red) (2006). Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget. S. 89-101.	12

Kringlen E (2008) Psykiatri. Oslo: Gyldendal akademisk	
Kap. 1-5 s. 9-63. Om psykiatri, historie, forståelsesmodeller, klassifikasjon	
Kap. 8: Symptomer og forståelse s 89-97	8
Kap. 9: Den psykiatriske undersøkelsen s 98-119	11
Kap. 11: Nevrose- og psykosebegrepet s. 126-135	9
Kvåle A, Ellertsen B, Skouen JS (2001) Relationships between physical findings (GPE-78) and psychological profiles (MMPI-2) in patients with long-lasting musculoskeletal pain. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i> 55: 177-84.	7
Kvåle A, Wilhelmsen K, Fiske HA (2008) Physical findings in patients with dizziness undergoing a group exercise programme, <i>Physiotherapy Research International</i> 13:3:162-175.	13
Meisingseth GC (1997). Når barns kropp forteller om et vanskelig liv. <i>Fysioterapeuten</i> (2): 20-26	6
Meurle-Hallberg K, Armelius BA , von Koch L (2004) Body patterns in patients with psychosomatic, musculoskeletal and schizophrenic disorders: psychometric properties and clinical relevance of Resource Oriented Body Examination (ROBE II). <i>Advances in Physiotherapy</i> 6: 130-142.	12
Meurle-Hallberg K, Armelius K (2006) Associations between physical and psychological problems in a group of patients with stress-related behavior and somatoform disorders. <i>Physiotherapy Theory &amp; Practice</i> . s 17-31.	13
Mølstad E, Havik O, Barth K, Høstmark-Nielsen G, Haver B (1995) En sunn sjel i en sunn kropp? Forandring i kroppsforhold etter korttids dynamisk psykoterapi. <i>Tidsskrift for Norsk Psykologforening</i> 32: 220-231.	11
Nijenhuis E, Van der Hart O, Vanderlinden R (1996) Somatic Dissociation Questionnaire (SDQ-20). Anstorp T, Benum K, Jacobsen M (red) (2006). Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget. 289-291	3
Nijenhuis E et al. (2002) Traumatic Experiences Checklist (TEC). I Anstorp T (2006) I Anstorp T, Benum K, Jacobsen M (red). Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget. S 292-296	5
Payton O (1985). Clinical reasoning process in physical therapy. <i>Physical Therapy</i> 65: 924-928.	5
Roxendal G (1987). Et helhetsperspektiv. <i>Sjukgymnastik för fremtiden</i> . Lund: Studentlitteratur, s. 76-96.	21
Råheim M (2001) Kvinners kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter. Avhandling. Det psykologiske fakultetet og Det medisinske fakultetet, Universitetet i Bergen. Kap. 3 Teoretisk forankring. S. 111-169.	58
Sherborne V (1997). Utvikling gjennom bevegelse. For barn i alle aldre med ulike og spesielle behov. Oslo: Cappelen akademisk forlag.	
Kap. 3 Bevegelsesanalyse s. 77-82,	5
Kap. 4 Observasjon av bevegelse s. 83-92	10
Skatteboe UB (2000). Basal kroppskjennskap og bevegelsesharmoni. Videreutvikling av undersøkelsesmetoden Body Aware Rating Scale, BARS. Del 2: Manual for observasjon av bevegelsesharmoni: s.94-145.	50
Solli HM (2003). Medisinsk sakkyndighet, objektivitet og rettferdighet i uførepensjonssaker. <i>Tidsskr Nor Lægeforen</i> 2003;123:2072-5	4
**Thornquist E (2006). Face-to-Face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. <i>Medical Anthropology</i> , Vol. 25 (1): 65 – 97.	22
*Thornquist E (2009): Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. Oslo: Ad Notam Gyldendal	
Kap. 11 Nonverbal eller kroppslig kommunikasjon s. 181-217	26
Kap. 12 Kroppslig kommunikasjon i et helhetsperspektiv s. 219-252	33

Øvreberg G, Andersen T (1986) Aadel Bülow-Hansens fysioterapi. Harstad: Eget forlag.	
Hovedtrekkene ved metoden 11-15	4
Fysioterapeuten gir impulser og mottar svar 16-17	2
Respirasjonen og dens forhold til muskulaturen 18-23	5
Metodens praktiske utforming i generelle trekk, s.24-28	4
Metodens praktiske utforming i detaljerte trekk, s. 43-70	37

Totalt 644

## **HEL-3002 Funksjonsvurderinger og tiltak**

**Ansvarlig:** Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

**Sist revidert:** 18.11.2009

**Undervisningsspråk:** Norsk

**Arbeidsmengde:** 25 studiepoeng

**Forkunnskapskrav:** Som for opptak til studiet, samt HEL-3100, HEL-3001.

Dette hovedemnet blir beskrevet i tre deler. Først presenteres generelt innhold som gjelder enten fysioterapien er rettet mot enkeltpersoner eller grupper. Deretter beskrives innhold relatert til individuell behandling, men tilføyelser for gruppebasert virksomhet. Læringsmål beskrives etter samme mønster.

### **Innhold**

Gjennom dette temaet skal studentene utvikle spesialisert praktisk handlingskompetanse med bredde i forhold til behandling og aktivisering av ulike pasient- og brukergrupper innenfor ulike deler av helsetjenesten. Emnet vil gjennomgående veksle mellom teoretiske og praktiske kunnskapsformer, og romme både formidling av faglige metoder, kontrastering mellom disse og kritisk refleksjon ved hjelp av studiets teoretiske perspektiver.

Hva som er adekvat behandling og realistiske målsettinger for behandling kan variere over en bred skala. Innenfor et overordnet mål om at tiltak skal bidra til å utvide den enkeltes handlingsrom og livsutfoldelse vil en rette analytisk oppmerksomhet mot hvordan ulike virkemidler og tilnærminger ivaretar bekrefter pasienten som selvstendig og meningsberettiget, fungerer bevisstgjørende og motiverende, og hjelper den enkelte til å (gjen)oppdage, erkjenne og videreutvikle egne ressurser. Temaet skal belyse aktuelle terapeutiske siktemål, og hvordan de kan nås på forskjellig vis ved at metoder og virkemidler fra ulike tradisjoner benyttes og tilpasses. Overfor noen pasienter vil kroppslig omstilling med personlig utvikling og vekst være mål, mens for andre vil målet være å motvirke ytterligere følelsesmessig og kroppslig avstengthet, kontroll og tvangspregete væremåter. Emnet vil fokusere faglige utfordringer i forhold til at den enkelte på egne premisser støttes i å (videre)utvikle fortrolighet og tillit til egen kropp - til seg selv. Mening, mestring og "hjelp til selvhjelp" kan stå som sentrale stikkord. På denne bakgrunn rettes oppmerksomhet mot hvordan ulike fysioterapeutiske tiltak og virkemidler griper inn i samspillet mellom pasient og terapeut, og i pasientens muligheter til å bli forstått og anerkjent, og stimulert til aktivitet og refleksjoner over egne vaner og væremåter, og til å prøve ut nye handlinger og bevegelser.

Innenfor en overordnet forståelsesramme av et gjensidighetsforhold mellom kropp, følelser og sosiale relasjoner blir følgende terapeutiske tema sentrale i praktisk øving og refleksjon:

- Respirasjon som nøkkel i dosering
- Kroppslig samspill - terapeutisk bruk
- Funksjonell kroppsholdning
- Fri strekk og fleksibilitet
- Stabilitet og mobilitet; bevegelig balanse
- Bevegelseskvaliteter og –repertoar
- Forholdet mellom autonome funksjoner og muskelskjelettsystemet, tilbakerulling av symptomer og omskjaltingsfenomener
- Koordinering av aktive og passive metoder, kroppslige og verbale virkemidler
- Tempo og rytme i behandlingen
- Tidsaspektet i behandling (den enkelte behandlingsseanse, hyppighet og varighet av behandlingsprosessen)

Emnet omhandler også hvordan enkeltmøter i fysioterapipraksis preges av større sammenhenger. En konkretiserer og drøfter hvordan rammer og samarbeid legger føringer på problemforståelse, valg av faglige tilnæringsmåter og terapeutiske forløp. Temaet gir også en innføring i sentrale tradisjoner i psykiatri og psykologi. Det legges gjennomgående vekt på å drøfte stoffet i forhold til fysioterapi, med tanke på hva slags konsekvenser ulike tenkemåter og kunnskapstradisjoner har for forståelse av og praksis i fysioterapi. Emnet vil belyse psykodynamisk teori og terapi-retninger, og forholdet mellom psykodynamiske tilnæringsmåter og terapiretninger begrunnet med kommunikasjonsteori og empirisk utviklingspsykologi. Forholdet mellom ulike former for psykoterapi/samtaleterapi og kroppslige innfallsvinkler tematiseres. En vil også drøfte forskjeller og likhetstrekk mellom kroppsoverrettede terapiformer i psykologi og psykiatri og fysioterapi.

Det gis en kort innføring i sentrale diagnostiske metoder og medikamentell behandling relatert til de hovedgrupper av sykdommer og kliniske tilstander som det undervises i.

**Sentrale tema for grupperettet arbeid er** gruppedynamikk og gruppeprosesser relatert til sammensetning av grupper og som funksjon av aktivitetsformer, instruksjon, veiledning og ledelse av ulike former for bevegelsesgrupper. Samtalens innhold, form og plass i gruppeaktiviteter vil bli belyst. Studentene deltar i bevegelsesgruppe på samlinger. Bevegelsesaktivitetene velges med tanke på at studentene skal bli kjent med aktuelle tradisjoner i fagfeltet, samtidig som studentene utvider eget repertar av faglige virkemidler. Aktuelle eksempler er i tillegg til bevegelser med utgangspunkt i PMF og BK bevegelsessystemer a.m. Sherbourne, Laban, Feldenkreis, Mensendieck, Pilates og yoga.

**Generelle læringsmål:** Studentene skal etter endt utdanning ha kompetanse til å:

- etablere, vedlikeholde og avvikle behandlingsallianser
- skape situasjoner som åpner for og stimulerer andres deltakelse

- aktivt trekke inn den enkeltes opplevelses- og meningsverden i behandling og aktiviteter
- fremme pasienters/brukeres bevegelsesinitiativ og hjelpe fram kontakt med og forankring i egen kropp, og refleksjon over egne reaksjons- og væremåter
- vise respekt for og anerkjennelse av andres kroppslige måter å fremtre på
- anvende en viss bredde av metoder, aktiviteter og virkemidler på en kompetent og kreativ måte - individuelt og i gruppesammenheng
- kontinuerlig tilpasse metoder, aktiviteter og virkemidler til den enkeltes situasjon og tilstand slik at det bygges opp under hans/hennes mestringsevne og ressurser
- fange opp og vurdere reaksjoner og virkninger av behandling/tiltak og prosesser over tid og foreta nødvendige tilpasninger og endringer evt i samarbeid med kollegaer eller andre fagfolk
- formidle sine observasjoner og refleksjoner, vurderinger og valg til pasienter underveis, samtale om hva som skjer og drøfte videre opplegg
- redegjøre for og drøfte innhold og forløp av en behandlingsprosess med kolleger og samarbeidspartnere i den hensikt å samarbeide mot et felles mål og koordinere innsatsen fra forskjellige faggrupper og instanser
- kritisk å vurdere eget bidrag til pasienters utvikling og til virkninger og konsekvenser av fysioterapeutisk (be)handling i ulike perspektiv
- drøfte muligheter og begrensninger ved bruk av kroppslige innfallsvinkler og fysioterapeutiske metoder innen psykisk helsearbeid /hvordan fysioterapi kan utfylle andre faglige tilnæringsmåter ut fra et teoretisk grunnlag
- redegjøre for hovedtrekk innenfor sentrale fagtradisjoner i tilgrensende fagområder/psykologi og psykiatri med hensyn til teori og terapi
- utarbeide individuell plan for pasienter med psykiske og psykosomatiske lidelser
- inngå i teamarbeid og fremme samarbeid om felles utfordringer
- utvikle egen praksis gjennom systematisk og kritisk bearbeiding av kliniske erfaringer

**Spesielle læringsmål for individuell behandling** er at studentene etter endt utdanning skal ha kompetanse til å

- påvirke lokale og spesielle kroppslige forhold og funksjoner (skader og somatisk/organisk sykdom) innenfor en helhetlig behandling
- anvende spenningsregulerende metoder på en nyansert måte der kontakt- og kontrollaspektet eller en dypere avspenning tilstrebes
- anvende massasje og ulike former for direkte og indirekte stimulering med ulike siktemål (kontaktskapende og samlende, kroppsavgrensende og jeg-støttende, avspennende og beroligende)
- arbeide med bevegelser på en nyansert måte og utprøve ulike bevegelseskvaliteter, og stimulere innarbeiding av funksjonelle bevegelser
- tilpasse forskjellige former for behandling utfra pasientens/brukerens reaksjoner og situasjon

- integrere verbal og kroppslig samhandling på en nyansert og integritetsstøttende måte
- utøve omstillende og inngripende behandling via løsgjøring av muskulatur, frigjøring av respirasjon og strekkstimulering
- utøve ikke-inngripende spenningsregulerende behandling via bevegelser og fysisk aktivitet

**Spesielle læringsmål for gruppebaserte tiltak** er at studentene skal etter gjennomført utdanning skal ha kompetanse til å:

- instruere, veilede og lede ulike former for bevegelsesgrupper og aktiviteter der det arbeides med dagligdagse og oppgaveorienterte bevegelser og med uvante, utforskende og ekspressive bevegelser.
- bruke erfarings- og opplevelsesorienterte samtaler knyttet til ulike former for bevegelser og aktiviteter
- ta i bruk musikk til bevegelse på ulike måter
- tilrettelegge for ulike former for aktiviteter, lek og bevegelse
- utnytte gruppers sosiale potensialer og spille på deltakernes ressurser

**Læring og arbeidsformer:** Forelesninger, seminarer, ferdighetstrening, klinisk undervisning med pasienter, praksisstudier.

**Plassering og varighet:** 3.-6. semester.

#### **Evaluering:**

##### Arbeidskrav som vurderes av veileder i praksisstudiene:

- Praksis med voksne innenfor ulike diagnosegrupper knyttet til eget arbeidssted.
- Utføre og dokumentere undersøkelse, funksjonsvurderinger og behandling av minimum 3 pasienter med ulike tilstander.

##### Arbeidskrav som vurderes av studieledelsen:

- Praksis tilknyttet annet helsetjenestenivå: Føre logg fra praksisperioden og levere et oppsummering/refleksjonsnotat.

##### Eksamener:

Emnet har to deksamener:

- 1) Mappeeksamen basert på logg fra egen praksis med bevegelsesgruppe. Denne deksamenen tilsvarer 10 STP, og avvikles i femte semester. Denne eksamenen må være bestått før studenten får gå opp til
- 2) Klinisk eksamen med pasient avvikles i 6. semester. Denne deksamenen uteksaminerer 15 STP, og gjennomføres i sjette semester. Eksamenen går over 2 dager med pasient.
  1. dag: undersøkelse og funksjonsvurdering, skrive journal
  2. dag: levere journal, og vise behandling med pasienten. Eksamen inneholder også muntlig høring.

For begge eksamener benyttes en ekstern og en intern sensor.



**Vurderingsuttrykk:** Bokstavkarakterskala fra A til E benyttes for begge deleksamener. for bestått og F for ikke bestått. En samlekarakter for deleksamenene blir innført i vitnesbyrd for fullført studium. Denne baseres på vektning av resultat fra deleksamenenes omfang i studiepoeng, og en omregning der A=5, E=1. Karaktersnittet avrundes til helt tall etter ordinære avrundingsregler.

**Kontinuasjonsadgang:** For begge deleksamener arrangeres kontinuasjonseksamen i påfølgende semester.

## Pensum

- Anstorp T (2006). Hvordan skape trygghet hos klienter med alvorlige disosiative lidelser? I Anstorp T, Benum K, Jacobsen M (red). Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 8, 122-136 14
- Axelsen ED, Hartmann E (2008). Psykoterapi i en tid, kultur og tradisjon. I Axelsen ED, Hartmann E (red). Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi. Oslo: Cappelen akademisk forlag 2008. Kap. 1, s. 13-17. 4
- \*\*Sørdsahl AB, Vågstøl U (2001). Men han vi jo bare leke. I Fysioterapi på terskelen. 13 perspektiver på fysioterapi. Red.: Stokkenes G, Sudman T, Sæbøe G. Kristiansand: Høyskoleforlaget. s.211-229 18
- Braatøy T (1948). Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevrose. Respirasjon, affekt og ord. Nord Med, 38: 971-6. 5
- Binder P-E (2006). At the verge of unthinkable anxiety: On the relevance of a neurophysiologically informed relational perspective on meaning-making in psychosis. International Forum of Psychoanalysis,15:4,201 — 211 10
- Bloch I, Møller G (1990). Rehabilitation of torture victims: Physiotherapy as a part of the treatment. I: Hegna T, Sveram M (red). Psychological and psychosomatic problems. International perspectives in physical therapy. New York: Churchill Livingstone. s. 124-143 20
- Bruusgaard P, Smedbråten B, Natvig B, Bruusgaard D (2000). Fysisk aktivitet og kroppssmerter hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 120:3173—5. 2
- Bülow-Hansen Aa, Houge N (1990). Samarbeid mellom fysioterapeut og lege i forhold til psykomotorisk fysioterapi. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 110: 3,498-500. 3
- Bunkan HB, Radøy L, Thornquist E (1982). Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bülow-Hansen. Oslo: Universitetsforlaget. s. 3-21, 92-94, 108-115. 30
- Denstad K (1990). Schultz' autogenic training as an individual or group approach in physical therapy: technique or treatment? I: Hegna T, Sveram M (red). Psychological and psychosomatic problems. International perspectives in physical therapy. New York: Churchill Livingstone, s.19-43. 24
- Dragesund T, Råheim M (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. Physiotherapy Theory and Practice 24(4):243-54. 11
- Eide-Midsand N (2007). Boltrelek og lekeslåsing: Lekens funksjon i psykoterapi og i barns normale utvikling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44(12):1459-1466 15
- Ekerholt K, Bergland A (2006) Massage as interaction and a source of information. Advances in Physiotherapy 8 (3):137 — 144. 7
- Engelsrud, G (1990):Kjærlighet og bevegelse SIFF Rapport nr1/1990  
Del 1 Konteksten for yrkesutøvelsen s. 1-26 26  
Del 3 Analyse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse s.147-179 32
- Dropsy J (1996). Den harmoniske krop, en usynlig øvelse. København: Hans Reitzels forlag. 135

Fangel AK og Thornquist E (2009). Tårer i behandlingen: Hvordan forstår vi pasientens tårer, og hvordan reagerer vi på dem? <i>Fysioterapeuten (DK)</i> 1:4-12.	8
Gretland A (2007). <i>Den relasjonelle kroppen</i> . Bergen: Fagbokforlaget. Innledning: En sykehistorie og noen spørsmål s. 11-14	4
Fysioterapi i psykisk helsearbeid , s. 86-170.	84
Fra kropp til person – muligheter i fysioterapi s. 171-209	38
Gretland A (2001). Analyse av et bevegelsessystem i et sosialt perspektiv. <i>Fysioterapeuten</i> 68(6):10-16.	7
Gullestad S (1997). Samspill. Et psykoanalytisk synspunkt. <i>Sosiologi idag</i> ; 2:51-64.	14
Hagen T, Skatteboe UB (1999) <i>Gruppebehandling i basal kroppskjennskap</i> . Videofilm med Ulla-Britt Skatteboe. Oslo: Trond Hagen.	
Hansen BR (2001). Psykoterapi som utviklingsprosess: Sentrale bidrag fra to kunnskapsteoretiske utviklingsfelt. I: Holtet A (red) <i>Psykoterapi og psykoterapeutisk veiledningsteori, empiri og praksis</i> . Oslo: Gyldendal Akademiske. s 91-111.	20
Hartmann E (2008). Pasienten som veiviser i det terapeutiske terrenget. I <i>Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi</i> . Oslo: Cappelen Akademisk forlag 2008. Kap. 9, s. 175-195	20
Holte KA, Vasseljen O, Westgaard RH (2003) Exploring perceived tension as a response to psychosocial work stress. <i>Scand J Work Environ Health</i> 2003;29(2):124–133	9
Heggen K (2007) Rammer for meistring. Kap. 4 i Ekeland TJ, Heggen K (red) <i>Meistring og myndiggjøring. Reform eller retorikk?</i> Oslo: Gyldendal akademis s. 64-82	18
Honkasalo ML (2000). Chronic pain as a posture towards the world. <i>Scandinavian Journal of Psychology</i> , 41(3): 197-208.	11
Henriksson J, Sundberg CJ (2009.) Generelle effekter av fysisk aktivitet. Kap 1 i <i>Helsedirektoratet: Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling</i> . s11-37.	26
Gunnari B (1994): Et behandlingsforløp. En case-studie med psykomotorisk fysioterapi. Hovedfagsoppgave. Oslo: Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, s 99-114.	15
Hafsahl E (2000). Undersøkelse av kvinner etter incest. Erfaringer fra psykomotorisk fysioterapi. <i>Fysioterapeuten</i> 4: 8-11.	3
Hafsahl E (2000). Behandling av kvinner utsatt for incest. <i>Fysioterapeuten</i> 4:13-18.	5
Hansen, BR (1991). Betydningen av oppmerksomhet og samspill i psykoterapi for barn. <i>Tidsskrift for Norsk Psykologforening</i> , vol.28, s.779 -788	9
Hansen BR (2000). Psykoterapi som utviklingsprosess: Sentrale bidrag fra to utviklingspsykologiske kunnskapsfelt. I Holte A, Rønnestad HM, Nielsen GH (red) <i>Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis</i> . Oslo: Gyldendal . Kap. 4, s. 91-111	20
Hokland H (2006): Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? <i>Tidsskrift for Norsk Psykologforening</i> , 43(11): 1150-1158.	8
International Feldenkreis Federation: <i>The Feldenkreis Method. Exerpts from the works og Moshe Feldenkreis</i> . URL-kilde: <a href="http://feldenkreis-method.org/en/node/338">http://feldenkreis-method.org/en/node/338</a>	4
Jensen MF (2006) Samija kunne ikke kramme sine barn. <i>Fysioterapeuten (DK)</i> 14:16-23	5
Johnsen L (1990). Integrated Respiration therapy: A function of wholeness. I: Hegna T, Sveram M (red). <i>Psychological and psychosomatic problems. International perspectives in physical therapy</i> . New York: Churchill Livingstone, s.153-187.	35
Karterud S (1999). <i>Gruppeanalyse og interaksjonell gruppepsykoterapi</i> . Irvin D. Yalom og interaksjonell gruppepsykoterapi. s. 183-199 Oslo: Pax forlag.	15

Kirkengen AL, Ulvestad E (2007) Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv Tidsskr Nor Lægeforen 127:3228-31	3
Loeser JD, Melzack R (1999). Pain; an overview. The Lancet 353: 1607-1609	3
Malmgren-Olsson E, Armelius B, Armelius K (2001) A comparative outcome study of Body Awareness Therapy Feldenkrais and conventional physiotherapy for patients with nonspecific, musculoskeletal disorders: change in psychological symptoms, pain and self-image. Physiotherapy Theory and Practice 17: 77-95.	18
Mohr BS, Mattsson M, Thornquist E (2005). Balanse og likevekt - integrering av ulike perspektiver. Nordisk Fysioterapi 9(1):9-16.	7
Moltu C, Veseth M (2008). Fra det fastlåste til det forløsende - om å skape rom for endring i terapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45 (8): 932-938	6
Monsen K, Monsen JT (2000). Chronic pain and Psychodynamic Body Therapy: A controlled outcome study. Psychotherapy 37: 257-269.	12
Møyner E (2009). Opp fra benken – gå ut i livet. I Ekerholt K (red) Festskrift til Berit Bunkan. Hio-rapport 2009 nr10, s. 147-159.	12
Rasmussen TH (1996): Orden og kaos: elementære grunnkrefter i lek. Stokke, Forsythia. s.67-74, 31-56	32
Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatrica Scandinavia 112: 330–350.	20
Salmon P, Hall GM (2004). Patient empowerment or the emperor's new clothes. J. R. Soc.; 97:53-56	4
Sherborne V (1997). Utvikling gjennom bevegelse. For barn i alle aldre med ulike og spesielle behov. Oslo: Cappelen akademisk forlag. Kap. 1 Å utvikle forhold, relasjoner 18-55 Kap. 2 Å utvikle kroppsbevissthet 56-74	37 18
Smedbråten BK, Råheim M, Heiberg E (2000): “Alle musklene og tankene roet seg...” – et kroppsfenomenologisk perspektiv som kilde til innsikt i unges livsverden. Fysioterapeuten 6:25-30.	5
Skatteboe UB (1990). Å være i samspill. En kroppsorientert gruppeterapi for pasienter med kroniske nevrososer og personlighetsforstyrrelser. Hovedfagsoppgave. Statens Spesiallærerhøgskole, Hosle. s:18-47 og 63-85.	52
Skårderud F, Sommerfeldt B (2008) Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. Tidsskr Nor Legeforen 128:1066-9.	3
Skårderud F, Rosenvinge JH, Gøtestam KG (2004). Spiseforstyrrelser–en oversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 124 (15): 1938–42.	4
Stern DN (1999). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy Infant Mental Health Journal 19 (3):300-308.	8
Sternberg S, Bohen R (2009). Fysioterapeutisk intervention ved personlighetsforstyrrelser. I Ekerholt K(red) Festskrift til Berit Bunkan. Hio-rapport 2009 nr10, s 239-245.	6
Søreboe JI (2007) Reparasjon eller kommunikasjon? Pasient og behandlar i filosofisk perspektiv. I Ekeland TJ, Heggen K (red.) Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk? Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 53- 62.	9
Terkelsen T (2006). Å bli overvåket gjennom en radiosender - hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres i en psykiatrisk avdeling. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, 4: 89-110.	21
Terkelsen T, Blystad A, Hydle I (2005). Transforming Extraordinary Experiences Into the Concept of Schizophrenia: A Case Study of a Norwegian Psychiatric Unit. Ethical Human Psychology and Psychiatry, 7 (3): 229-252.	24

Thornquist E (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. Oslo, Universitetsforlaget: Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2;1:30-44.	14
Thornquist E, Bunkan BH (1986). Hva er psykomotorisk behandling? Oslo: Universitetsforlaget.	100
Urnes Ø (2009). Selvskading og personlighetsforstyrrelser. Tidsskr Nor Legeforen 129:872-6	4
Vøllestad J (2007): Oppmerksomt nærvær: Meditative teknikker som utgangspunkt for psykologisk behandling Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44 (7): 860-867.	17
Wrangsjø B (red) (1987). Kroppsorientert psykoterapi. Lund: Natur och Kultur. s.19-32, 79-85, 85-91, 206-215.	28
Zachrisson A (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 45 (8): 939-948.	7
**Ytterhus B (2002). Sosialt samvær mellom barn: inklusjon og eksklusjon i barnehagen. Oslo 2002: Abstrakt forlag. Kap 6. Kropp	15
Aadnanes PM (2007) Den uavhengige avhengige. Empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren. I: Ekeland TJ, Heggen K (red.) Meistring og myndiggjøring. Reform eller retorikk? Oslo: Gyldendal Akademisk s. 223-244.	21

Totalt 1246 sider.

### **Anbefalt:**

- Braatøy T (1947). De nervøse sinn. Medisinsk psykologi og psykoterapi del I og II. Pensumtjenesten. (Original: Oslo: Cappelen Forlag, 1947.)
- Ekerholt K, Falck M (1995). Fotfeste. Oslo: Pax.
- Heap, K (1990 og senere) Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere. Oslo: Universitetsforlaget
- Ianssen B (red) (1998). Bevegelse, liv og forandring. I Aadel Bülow-Hansens spor. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Monsen K (1989). Psykodynamisk kroppsterapi. Oslo: Tano.
- Perry BD, Szalavitz M (2006). The boy who was raised like a dog - and other stories from a child psychiatrists notebook. What traumatized children can teach us about loss, love and healing. New York: Basic Books.
- Roxendal G (1987). Et helhetsperspektiv. Sjukgymnastik för fremtiden. Lund: Studentlitteratur.
- Scheff T (2009) A social theory and treatment of depression. Ethical human psychology and psychiatry 11;1;37-49.

## **HEL-3120 Metoder, metodologi og forskningsetikk**

**Ansvarlig:** Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

**Sist revidert:** 10.august 2011

**Undervisningspråk:** Norsk

**Arbeidsmengde:** 10 studiepoeng

**Forkunnskapskrav:** Som for opptak til studiet samt HEL-3110 og HEL-3001. Det forutsettes at studentene har kunnskap i metode tilsvarende HEL-1001.

## **Innhold**

Emnet utdyper grunnleggende forutsetninger for ulike metodiske tilnærminger. I undervisningen presenteres forskningsmetoder og forskningsdesign av kvalitativ og kvantitativ karakter. Det legges vekt på de ulike metodenes anvendelsesområder. Forholdet mellom teori, empiri og praksis blir tematisert. Videre vektlegges forskningsetiske vurderinger, inkludert kunnskap om lover og retningslinjer på området. Undervisningen omfatter de ulike instanser som i hvert konkret tilfelle bør godkjenne forskningsprosjektet, og betydningen av disse instansers arbeid (Regionale etiske komiteer, Datatilsynet, Statens Helsetilsyn og lokale instanser). Emnet omfatter også et kurs i edb-basert analyseverktøy (SPSS), samt et skrivekurs.

## **Mål**

Studentene skal få innsikt i forskningsetiske vurderinger, samt evne til å bruke metodekunnskap i arbeidet med mastergradsoppgaven, inkludert anvendelse av edb-baserte analyseverktøy. Videre skal emnet gi forståelse for de ulike metodenes muligheter og begrensninger, samt gi en kritisk forståelse av forskerposisjonen. Studentene skal bli i stand til å forholde seg kritisk til vitenskapelig arbeid. De skal kjenne til de ulike instanser som skal godkjenne/tilrå forskningsprosjekter. Emnet skal styrke grunnlaget for gjennomføringen av de skriftlige arbeidene i studiet.

**Læring og arbeidsformer:** Forelesninger, seminarer og gruppeundervisning.

**Plassering og varighet:** 2. høst (tredje semester)

## **Evaluering**

Arbeidskrav som vurderes av studieledelsen: Seminarfremlegg

Eksamen:

Emnet avsluttes med en skriftlig hjemmeeksamen ut fra en gitt oppgavetekst som er knyttet til metode/metodologi. Det er utarbeidet utfyllende retningslinjer for oppgaven. Oppgaven bedømmes av en intern og en ekstern sensor.

Vurderingsuttrykk: Bokstavkarakterskala fra A – E for bestått og F for ikke bestått.

Kontinuasjonsadgang: Det arrangeres kontinuasjonseksamen i begynnelsen av påfølgende semester. Kontinuasjonseksamen følger samme form som ordinær eksamen, og det gis anledning til å forbedre tidligere innlevert oppgave.

## **Pensum**

- Album D (1996). Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus. Oslo: Tano. Kap. 12: Den nære fremmede observatør. s 225-249 24
- De nasjonale forskningsetiske komiteer: Forskning på mennesker. 3 artikler:
- Salbu A: Hovedpunktene i de etiske vurderingene i de regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk
  - Tapper NM: Frivillighet og samtykke
  - Halvorsen M, Lassen, BS: Forskning på personer med redusert/manglende samtykkekompetanse
- Finnes på <http://www.etikkom.no/REK>, tilsammen 18

Glaser BG, Strauss AL (1967). New Sources for Qualitative Data. I: The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research. Aldine De Gruyter, New York. s. 161-183	22
Helgeland IM (2005) "Catch 22" of research ethics: Ethical dilemmas in follow-up studies of marginal groups. Qualitative Inquiry, Vol. 11, No. 4, 549-569.	20
Kjeldstadlie K (1997). Å analysere skriftlige kilder. I Fossaskåret et al (red). Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo: Universitetsforlaget. S. 207-233	24
Kaarhus R (1999). Intervjuer i samfunnsvitenskapene. Bidrag til en videre metodologisk diskurs. Tidsskrift for samfunnsforskning 40:1	29
Olsen H (2003). "Gode" kvalitative interview med "riktige" informanter? Sosiologisk Tidsskrift; 11(2):123-153.	21
Paulgaard G (1997) Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler? I: Fossaskåret et al (red): Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo, Universitetsforlaget, 1997 s. 70-92	22
Fossaskåret E (1997). Ustruktureerte intervjuer med få informanter gir ikke i seg selv noen kvalitativ undersøkelse. I Fossaskåret et al (red). Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo: Universitetsforlaget. 11-45	34
Morgan DL (1996). Focus groups. Annual Review of Sociology 22:129-152.	33
Polit D, Beck C (2008) Nursing research. Generating and assessing evidence for nursingpractice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.	
Kap. 1 Introduction... 3-27	24
Kap. 3 Generating evidence: Key concepts 64-68	4
Kap. 4 Conceptualizing research problems... 81-104	23
Kap. 8 Planning a nursing study 195-218	13
Kap. 10 Designing quantitative studies 248-286	38
Kap. 11 Enhancing rigor in quantitative research 286-308	22
Kap. 16 Collecting structured data s 414 -448	34
Kap. 18 Developing and testing self-report scales 474-505	31
Kap. 24 Designing a quantitative analysis strategy: From data collection to interpretation. 642-663	21
Reuyster K (2003). Forskningsetikkens spede begynnelse og tilblivelse: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. I: Reuter, K. (red): Forskningsetikk, Oslo, Gyldendal.	20
Stake RE (1994/2003). Case studies. I: Denzin NK, Lincoln YS: Handbook of Qualitative Research	12
Thornquist E (2003): Kap. 6. Sammenheng: vitenskapsteori og forskningsvirksomhet. I: Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen, Fagbokforlaget, 2003	25
Verdens legeförening: Helsinkideklarasjonen ([1964]/2004). Ethiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Inkl. siste tillegg Tokyo 2004. link: <a href="http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen">http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen</a>	4
Aase TH (1997) Tolkning av kategorier. Observasjon, begrep og kategori. I Fossaskåret et al (red). Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo, Universitetsforlaget. 144-166.	22

Totalt 522 sider

#### *Anbefalt:*

Bjørndal A, Hofoss D (2004) Statistikk for helse- og sosialfagene. Oslo: Gyldendal.

Christophersen KA (2006). Databehandling og statistisk analyse med SPSS. Oslo: Unipub

Fangen K (2004). Deltakende observasjon. Bergen: Fagbokforlaget.

- Field D (2009). Discovering statistics using SPSS. Los Angeles: Sage
- Goffman E (1967). Interaction ritual: essays in face-to-face behavior. New Brunswick, N.J.: Aldine Transaction.
- Håvind H (red.) Kjønn og fortolkende metode. Oslo: Gyldendal.
- Heath C, Hindemarsch J, Luff P (2010). Video in qualitative research. Analysis of social interaction in everyday life. London: Sage Publications.
- Kvale S, og Brinkmann S (2008). InterViews. Learning the craft of Qualitative research Interviewing. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Laake P, Hjartåker A, Thelle DS og Veierød M (red.) (2007) Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mishler EG (1986) Research Interviewing - Context and Narrative. Cambridge: Harvard University Press.

## **HEL-3260 Kunnskapsforståelse og dokumentasjon i fysioterapi**

**Ansvarlig:** Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

**Sist revidert:** 18.11.2009

**Undervisningsspråk:** Norsk

**Arbeidsmengde:** 10 studiepoeng

**Forkunnskapskrav:** Som for opptak til studiet og HEL-3100, HEL-3001 og HEL-3120

### **Innhold**

I emnet drøftes ulike sider ved kunnskapsbegrepet hvor diskusjonen relateres til helsefagene generelt og fysioterapifaget spesielt. En legger vekt på å reflektere over sammenheng mellom kunnskapssyn og teoretisk forankring av klinisk praksis i fysioterapi. En fremhever det gjensidige forholdet mellom teori og praksis og betydningen av dynamisk flerdimensjonal kunnskap. Kunnskapsbasert versus evidensbasert praksis diskuteres.

Videre rettes fokus mot å være kritisk til ulike kunnskapskilder. En vil fremme refleksjon over hvilken kunnskap som er tilgjengelig gjennom forskjellige kunnskapskilder – eksempelvis faglitteratur, bilder, video, faktisk klinisk praksis.

I emnet drøftes hva som er valid kunnskap og hvordan slik kunnskap kan utvikles i fysioterapi. Systematisering og dokumentasjon av egen praksis belyses og problematiseres. En tar opp til diskusjon hva som er meningsfullt å dokumentere og hvilke måter som er sakssvarende. Diskusjoner knyttes til ICF og ICPC-2, måling og beskrivelse, kvalitativ og kvantitativ evaluering. Det gis en introduksjon til feltarbeid, case og single subjekt design da dette er spesielt relevante vitenskapelige metoder for systematisering av kunnskap i fysioterapi. Sammenhenger mellom dokumentasjon av klinisk fysioterapi og vitenskapelig utvikling av fysioterapifaget gjøres til gjenstand for diskusjon.

**Læringsmål:** Etter gjennomgått emne skal studentene kunne:

- redegjøre for ulike kunnskapsteoretiske tradisjoner og hvordan disse kan influere på praksisforståelsen og vitenskapeliggjøring av helsefagene
- analysere relevante fag-, yrkes- og forskningsetiske problemstillinger i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi
- vurdere ulike kunnskapskilder kritisk.
- redegjøre for ”oversettelsesproblemer” mellom kroppslige fenomen og språk
- vurdere hensiktsmessige måter å dokumentere praktisk fagutøvelse og måter å evaluere effekt av fysioterapi på
- vurdere styrker og svakheter ved ulike forskningsmetoder relatert til fysioterapi
- redegjøre for problemer og muligheter knyttet til forskning i eget fag
- gjennomføre avgrensede empiriske undersøkelser med ulike forskningsmessige tilnærminger
- bidra til nytenkning og innovasjon i fagområdet

**Læring og arbeidsformer:** Forelesninger, seminarer.

**Plassering og varighet:** Forelesninger 30 timer, seminarer 30, totalt 60 timer fordelt på fellessamlinger i 4.semester (2.vår).

**Evaluerings:**

Arbeidskravsom vurderes av studieledelsen: Seminarfremlegg i gruppe.

Eksamen: Skriftlig eksamen over 4 uker i form av prosjektbeskrivelse for mastergradsoppgaven. Studenten får inntil to timer veiledning. Det benyttes en intern og en ekstern sensor.

**Vurderingsuttrykk:** Bestått/ikke bestått

**Kontinuasjonsadgang:** Det arrangeres kontinuasjonseksamen ved utgangen av samme semester.

**Pensum**

- \*Berg O (1987). Medisinens logikk: studier i medisinens sosiologi og politikk. Oslo: Universitetsforlaget. s 29-74. 46
- \*Dahlgren MA, Richardsson B, Kalman H (2004) Redefining the reflective practitioner. I: Higgs, J. et al: Developing Practice Knowledge for Health Professionals. Butterworth-Heinemann, 2004, s15-33 18
- Dragesund T, Råheim M (2008) Psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. Physiotherapy Theory and Practice,24:4,243-254 11
- \*\*Ekeli BV (2002).Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten? Eureka Forlag. 64
- Crossley N (2001) The social body: Habit, identity and desire. London: Sage. Kap. 7: Habit, incorporation and the corporeal schema s. 120-139. 19
- Gallagher S (2007) Moral agency, self-consciousness and practical wisdom. Journal of consciousness studies 14(5-6):199-223. 24



**Heath C (1997). The analysis of activities in face to face interaction using video. I Silverman D. (red.) <i>Qualitative Research. Theory, Method and Practice</i> . London: Sage Publications. s. 183-200.	16
**Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB (2005): Evidence-based physiotherapy: What, why and how?s.1-10 og Kap. 3: What constitutes evidence? s. 19-48. I: <i>Practical Evidence-Based Physiotherapy</i> . London. Elsevier	39
*Molander B (1996). <i>Kunnskap i handling</i> . Gøteborg: Diadalos. Kap. 1, 2, 3, 5 og 6	128
*Nortvedt P, Grimen H (2004) <i>Indeksert kunnskap – den praktiske kunnskapens problem</i> . I: <i>Sensibilitet og Refleksjon</i> , Gyldendal, s. 165-191	26
*Paulgaard G (1997). <i>Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler?</i> I: (kompendium) Fossaskåret et al (red): <i>Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data</i> . Oslo, Universitetsforlaget.	22
**Strømme H (2008). <i>Litteratursøking i evidensbasert praksis og forskning</i> . <i>Fysioterapeuten</i> 8:30-32	3
*Thornquist E (1998). <i>Kroppslig erfaring, språk og tenkning</i> . <i>Fysioterapeuten</i> 8:30-32	5
**Thornquist E (1996). <i>Dokumentasjon: Mål(ing) og mening</i> . <i>Fysioterapeuten</i> 1996;9:14-22.	9
Thornquist E (2003). <i>Vitenskapsteori for helsefag</i> . Bergen: Fagbokforlaget. Kap. 5 <i>Hermeneutikk</i> s. 139-190	51
*Tjora AH (2003) <i>Teknologisk medikalisering? Om den medisinske sosiologiens interesse for medisinsk teknologi</i> . <i>Sosiologi i dag</i> , 33(2):51-74.	23
Skjærven LH, Kristoffersen K og Gard G (2008). <i>An eye for movement quality: A phenomenological study of movement quality reflecting a group of physiotherapists' understanding of the phenomenon</i> . <i>Physiotherapy Theory and Practice</i> ,24:1,13 — 27	14
Øien AM, Råheim M, Iversen S, Steihaug S (2008) <i>Self-perception as embodied knowledge - changing processes for patients with chronic pain</i> . <i>Advances in physiotherapy</i> 8: 1-9.	8

Toltalt 526 sider

## HEL-3901 Masteroppgave

**Ansvarlig:** Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

**Sist revidert:** 18.11.2009

**Arbeidsmengde:** 40 studiepoeng

**Undervisningsspråk:** Norsk

**Forkunnskapskrav:** Som for opptak, og alle obligatoriske emner i masterstudiet. Alle eksamener i studiets tidligere emner skal være bestått før innlevering av oppgave.

### Innhold:

Det faglige innholdet vil avhenge av valgt oppgave, men skal utdype et tema relevant for klinisk praksis innen fordypningsområdet. Det skal representere et selvstendig forskningsarbeid fra studentenes side. Masteroppgaven stiller krav til systematisk og klar framstilling.

I tilknytning til arbeidet med masteroppgaven i tredje studieår arrangeres det seminarer; to i høst- og to i vårsemesteret. I seminarene legger studentene frem tanker og problemstillinger omkring eget masterarbeid. Arbeidsformen i seminarene veksler mellom presentasjon og diskusjon. Det er lagt opp til at den enkelte skal få

tilbakemelding på sitt prosjekt fra opponent (en/evt to av studentene) og øvrige deltakere. En vitenskapelig ansatt er ansvarlig for oppgaveseminarene og vil være tilstede ved studentfremleggene.

**Læringsmål:** Etter gjennomgått emne skal studentene kunne

- drøfte spørsmål og tema i eget fagfelt ut fra teoretiske perspektiv og forskning på området
- arbeide etter vitenskapelige kriterier med problemstillinger relevant for klinisk praksis innen fordypningsområdet
- drøfte teoretiske og forskningsmetodiske spørsmål
- vise evne til faglig selvstendighet
- ha kompetanse til å vurdere forskningsetiske relevante problemstillinger
- ha kompetanse til å framstille faglige spørsmål klart, presist og konsistent

**Lærings og arbeidsformer:** Seminar, individuell veiledning.

**Plassering og varighet:** 5. og 6. semester.

Studenter kan etter søknad innvilges inntil to semestre ekstra studietid. Dersom de tilmålte ressursene er tatt ut uten at studenten har avsluttet studiet, må studenten fullføre uten ytterligere ressursbruk fra universitetets side.

**Veiledning:** Det gis inntil 50 timer veiledning på oppgaven. Veileder blir tildelt etter at prosjektbeskrivelsen er godkjent. Student og veileder fastsetter så sammen plan for oppgavearbeidet i en veiledningskontrakt som bl.a. bygger på retningslinjene for arbeidet med mastergraden.

**Evaluering:**

Arbeidskrav som vurderes av studieledelsen:

- Det arrangeres to seminarer á 2-3 dager i hvert av 5. og 6. semester. Studentene må ha deltatt på tre av fire seminarer for å gå opp til eksamen.
- Ved utgangen av hvert semester skal studenten levere rapport om framdriften i arbeidet med oppgaven.

Eksamen:

- Oppgaven skal være en teoretisk drøfting og refleksjon over litteratur (publisert eller upublisert). Den kan også omfatte utvikling av eget empirisk materiale som bearbeides metodisk. Studenten kan selv velge fremstillingsform for oppgaven. anbefalt sidetall er avhengig av fremstillingsform. Oppgaven kan ha en form av en sammenhengende oppgave (monografi) eller artikkelformat. Velges artikkelform, skal oppgaven omfatte minimum en artikkel som møter kravene til publisering i anerkjent vitenskapelig tidsskrift som har relevans for det faget som studenten representerer, samt en sammenbinding som utdyper de teoretiske og metodiske overveielser som ligger til grunn for arbeidet. Artikkelen(e) skal ved innlevering av oppgaven være sendt inn for publisering eller være klargjort for innsending.

- Muntlig eksaminasjon

Bedømming: Masteroppgaven bedømmes av en oppnevnt eksamenskommissjon bestående av en ekstern og en intern sensor (som ikke er veileder). Dersom oppgaven godkjennes, vil det bli avholdt en muntlig eksaminasjon. Karakteren offentliggjøres etter muntlig eksamen. Det er utarbeidet retningslinjer for eksamen.

Vurderingsuttrykk: Bokstavkarakter A-F

**Pensum:**

Pensumramme som for studiet; 4500 sider. Av dette er 3000 sider obligatorisk og 1500 sider selvvalgt pensum. Oversikt over selvvalgt pensum leveres sammen med masteroppgaven.

## Vedlegg

### **Læringsmål for HEL-3100 Grunnlagstenkning i helsefagene spesifisert for studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi:**

Etter fullført emne skal studentene kunne

- redegjøre for ulike vitenskapsfilosofiske retninger
- kunne reflektere over kliniske situasjoner mht underliggende teoretiske antakelser
- kunne vurdere litteratur kritisk
- formidle kunnskap og forståelse for hvordan sosiokulturelle forhold legger føringer på problemforståelse, samarbeid og fysioterapifaglig virksomhet
- redegjøre for ulike teoretiske perspektiver på kropp, funksjon og sykdom
- redegjøre for sammenhenger mellom samfunnsforhold, sosiale og kulturelle prosesser og sykdomsbilder i befolkningen
- redegjøre for kroppen som sammensatt og flertydig fenomen og hva slags implikasjoner en slik forståelse har for klinisk praksis
- redegjøre for aktuelle teorier for barns utvikling, med spesiell vekt på bevegelse - utvikling, bevegelseskontroll og bevegelseslæring
- redegjøre for en fenomenologisk forståelse av gjensidigheten mellom persepsjon og bevegelse
- redegjøre for ulike perspektiver på og former for kommunikasjon og relatere dette til kroppen som sammensatt og flertydig fenomen, spesielt knyttet i kliniske sammenhenger
- redegjøre for sentralnervesystemets plastisitet og kunne relatere dette til kliniske problemstillinger og tiltak
- redegjøre for (pato-)fysiologiske prosesser knyttet til homeostase, allostase og allostatisk belastning
- kjenne den historiske utviklingen i fysioterapifaget og psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi spesielt
- redegjøre for sentrale begreper relatert til fysioterapeutiske undersøkelser – eks tegn, symptomer og funn, fleksibilitet og stabilitet, ressurser og omstillingsevne
- utføre en kroppsundersøkelse basert på prinsipper fra psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi