

# **Psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid**

Psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner

## **Psychomotor physiotherapy and mental health care**

Psychomotor physiotherapists reflections

**Nils Harald Haugli**



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag  
Master i psykisk helsearbeid (MMHC)  
Mastergradsoppgave

**HØGSKOLEN I HEDMARK**

2012

## Innholdsfortegnelse

<b><u>Innholdsfortegnelse</u></b> .....	2
<b><u>Forord</u></b> .....	5
<b><u>Sammendrag</u></b> .....	7
<b><u>Abstract</u></b> .....	9
<b><u>1. Innledning</u></b> .....	11
1.1 <u>Oppgavens bakgrunn og tema</u> .....	11
1.2 <u>Hensikt og forskningsspørsmål</u> .....	12
1.3 <u>Begrepsavklaring</u> .....	12
1.4 <u>PMF innen psykisk helsearbeid</u> .....	14
1.5 <u>Oppgavens oppbygging</u> .....	15
<b><u>2. Psykomotorisk fysioterapi</u></b> .....	16
2.1 <u>Tenke og handle annerledes</u> .....	16
2.2 <u>Hva kjennetegner PMF</u> .....	16
2.3 <u>Ønskede egenskaper hos en psykomotorisk fysioterapeut</u> .....	18
2.4 <u>Utdanning</u> .....	19
2.5 <u>Tidligere forskning</u> .....	19
<b><u>3. Teori</u></b> .....	21
3.1 <u>Empoverment</u> .....	21
3.2 <u>Salutogenese</u> .....	22
3.3 <u>Terapeutrollen</u> .....	24
3.4 <u>Samtalen i terapien</u> .....	25
3.5 <u>Utfordringer i terapien</u> .....	27
<b><u>4. Metode</u></b> .....	29
4.1 <u>Vitenskapsteoretiske utgangspunkter og valg av metode</u> .....	29

---

4.2	<u>Utvalg, informasjon og forespørsel om intervju</u> .....	32
4.3	<u>Datainnsamling</u> .....	34
4.4	<u>Analyse</u> .....	35
4.5	<u>Datakvalitet</u> .....	36
4.5.1	<u>Validitet</u> .....	36
4.5.2	<u>Reliabilitet</u> .....	37
4.5.3	<u>Generaliserbarhet</u> .....	38
4.6	<u>Forskningsetikk</u> .....	39
<b>5.</b>	<b><u>Presentasjon av resultater</u></b> .....	<b>41</b>
5.1	<u>Kategori 1: Hva kan PMF bidra med</u> .....	42
5.2	<u>Kategori 2: Viktige egenskaper hos en psykomotorisk fysioterapeut</u> .....	47
5.3	<u>Kategori 3: Samtalens i terapien</u> .....	52
5.4	<u>Kategori 4: Dagens utfordringer i terapien</u> .....	56
<b>6.</b>	<b><u>Diskusjon</u></b> .....	<b>60</b>
<b>6.1</b>	<b><u>Metoderefleksjoner</u></b> .....	<b>60</b>
6.1.1	<u>Valg av metode for datainnsamling og rekruttering av informanter</u> .....	60
6.1.2	<u>Datainnsamling og analyse</u> .....	61
6.1.3	<u>Etikk</u> .....	62
<b>6.2</b>	<b><u>Diskusjon</u></b> .....	<b>63</b>
6.2.1	<u>Hva kan PMF bidra med</u> .....	63
	Empowerment .....	64
	Salutogenese.....	66
6.2.2	<u>Viktige egenskaper hos en psykomotorisk fysioterapeut</u> .....	69
6.2.3	<u>Samtalen i terapien</u> .....	72
6.2.4	<u>Dagens utfordringer i terapien</u> .....	74
6.2.5	<u>PMF innenfor psykisk helsearbeid</u> .....	76
<b>7.</b>	<b><u>Konklusjon</u></b> .....	<b>79</b>

---

<b><u>Litteraturliste</u></b> .....	81
-------------------------------------	----

## VEDLEGG:

1. Godkjenning fra NSD
2. Informasjon og forespørsel om intervju
3. Innledning før jeg starter intervjuet og intervjuguiden

## TABELL:

1. Oversikt over sammenhengen mellom analysen og empirien ..... 46

## Forord

Denne masteroppgaven innenfor psykisk helsearbeid er tatt ved Høgskolen i Hedmark. Som psykomotorisk fysioterapeut har jeg ofte latt meg undre. Undre meg over ulike ting i min arbeidshverdag. Det kan være undringer over de ulike lengdene på behandlingsforløpene til pasientene. Det kan være opplevelsen av kontakten med pasienten i terapirommet. Det kan være betydningen av samtalen i terapitimen. Hva er det med disse pasientmøtene? Hva er det jeg gjør i min praksis? Hva opplever og gjør andre psykomotorikere i sin praksis? Ja, dette og mere til har jeg ofte undret meg over. Tankene har vært mange, spørsmålene likeså.

Det er ikke mye forskning om psykomotoriske fysioterapeuter tanker og erfaringer, fra deres egen praksishverdag. Derfor ønsket jeg nettopp å se nærmere på dette. Refleksjonene i en terapeuts arbeidshverdag.

Hensikten med denne masteroppgaven var å få en fordypet kunnskap om psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid, gjennom psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner. Jeg håper naturligvis at denne masteroppgaven kan gi litt tilbake i forhold til dette temaet, først og fremst til psykomotoriske fysioterapeuter. Håpet er også at andre som arbeider innenfor psykisk helsearbeid kan finne noe meningsbærende i denne masteroppgaven.

I dette forskningsprosjektet, som nå har pågått i 1 år, er det mange som bør få en takk. Først en takk til de psykomotoriske fysioterapeutene/informantene som velvillig delte av sin erfaring og sine tanker, uten dere - ingen masteroppgave. Takk til min veileder ved Høgskolen i Hedmark, avdeling Elverum, professor Bengt G. Eriksson, for svært god og inspirerende veiledning igjennom hele forskningsprosessen. Andre lærere og medstudenter ved Høgskolen i Hedmark, er heller ikke glemt. Takk til dere alle for å ha bidratt med deres kunnskap og livserfaring. Takk også til Norsk Fysioterapiforbund, Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter, for økonomisk støtte. De som ikke er nevnt her, er ikke glemt. Dere vet selv hvem det er – takk.

Tålmodigheten har sikkert blitt satt på prøve for mange når det gjelder meg i denne studieperioden. Takk til venner, pasienter og kollegaer. En stor takk til familien min for god støtte og uvurderlig hjelp. En spesiell takk til deg Håkon, - du vet nok hvorfor.

Det har vært en lærerik og interessant tid. Jeg har lært mye om mitt fag, psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid. Det har vært en krevende prosess.

Nordahl Grieg

«17.mai 1940»

Det fødtes i oss en visshet:

Frihet og liv er ett,  
så enkelt og så uundværlig  
som menneskets åndedrett.

(Lillebo, 2002).

Røn, august 2012

Nils Harald Haugli

---

## Sammendrag

**Hensikt:** Få en fordypet kunnskap om psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid, gjennom psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner. Forskningsspørsmålene var:

1. Hva kan psykomotorisk fysioterapi bidra med, for pasienter med kroppslig uhelse?
2. Hva kjennetegner terapirollen, innenfor psykomotorisk fysioterapi?
3. Hva bidrar samtalen med, innenfor psykomotorisk fysioterapi?
4. Hva bidrar psykomotorisk fysioterapi med, innenfor psykisk helsearbeid?

**Metode:** Det ble foretatt 10 kvalitative individuelle dyptgående intervju, av psykomotoriske fysioterapeuter. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide. Analysen i studien var datastyrt (Malterud, 2011). Den var inspirert av og følger hovedtrekkene til Malteruds Systematisk tekstkondensering, som igjen er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse.

**Funn:** Hovedtemaer: *Hva kjennetegner PMF, Terapeutens rolle, Samtalens betydning og Utfordringer i terapien.* Under temaene kom det kategorier og underkategorier.

Kategori: *Hva kan PMF bidra med.* Underkategorier: *Hva kan pasienten selv bidra med i PMF og Hva kan PMF bidra med for pasienten.* Sentralt: Salutogenese og empowerment.

Kategori: *Viktige egenskaper hos en psykomotorisk fysioterapeut.* Underkategorier: *Å være tilstede for pasienten og Egen ivaretagelse som terapeut.* Sentralt: Empati, motoverføring og egenomsorg.

Kategori: *Samtalen i terapien.* Underkategorier: *Samtalen for å klargjøre og trygge og Samtalen i forhold til kroppen.* Sentralt: Utforske, bevisstgjøre, reflektere og samtalens plass i terapien.

Kategori: *Dagens utfordringer i terapien.* Underkategorier: *Lang ventetid skaper utfordringer, Avslutning av terapien og Samarbeid med andre fagpersoner.* Sentralt: Tidkrevende prosess, avslutning og samarbeid.

**Konklusjon:** Informantene forteller at det kan synes som om PMF kan være med å bidra til at pasientene får bedre kontakt med de kroppslige ressursene og tydeliggjøre disse. Dette vil igjen kunne være med på å gjøre det lettere for den enkelte pasient, der pasienten mer

effektivt kan styre sitt liv mot egne mål og behov. Når en pasient forstår sammenhengen mellom kroppslig belastning og kroppslige plager, er dette med på å ufarliggjøre de kroppslige plagene. De pasientene som har en høyere grad av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, vil kunne oppleve en høyere grad av sammenheng og ut fra dette en høyere grad av helse. Psykomotorikere bidrar med sitt nærvær til at pasienten og historien hans, får en støtte som kan føre til at pasienten opplever seg sett og hørt. Dette krever gode empatiske egenskaper hos terapeuten. Samtalen bidrar til at pasienten og terapeut kan utforske, bevisstgjøre og reflektere sammen i terapien. Fokuset på samtalens plass synes som om den har endret seg noe fra starten av psykomotorisk fysioterapi til utøvelsen av faget i dag. Det kan synes som om samtalen har fått større plass i dagens behandling. Kanskje samtalens plass innenfor psykomotorisk fysioterapi har vært noe underkjent fra starten av? Avslutning av behandlingen er generelt vanskelig, sier mange av informantene. Avslutningen skal planlegges og den bør løftes frem på et tidlig stadium. Brukerperspektivet er svært viktig når en skal vurdere hva som ikke er psykisk helsearbeid. Pasientene er de som best kan si noe om hva det er som fremmer eller hemmer deres fysiske eller psykiske helse/uhelse. PMF synes å være en naturlig og viktig del av det fysiske og psykiske helsearbeid. Hvilke andre retninger enn PMF setter brukervedvirkningen høyere innenfor psykisk helsearbeid?

**Nøkkelord:** Psykomotorisk fysioterapi, psykomotoriske fysioterapeuter, psykisk helse, psykisk helsearbeid, salutogenese, empowerment.



## Abstract

**Purpose:** To gain a deeper knowledge of psychomotor physiotherapy and mental health care, through clinical reflections from psychomotor physiotherapists. The research questions were:

1. What contributions can psychomotor physiotherapy bring for patients with physical illness?
2. What characterizes the role of the therapist in psychomotor physiotherapy?
3. What is the role of the conversation with, within psychomotor physiotherapy?
4. Which are the contributions from psychomotor physiotherapy, within mental health care?

**Method:** Ten qualitative in-depth individual interviews with psychomotor therapists were carried out, following a semi-structured interview guide. The analysis was governed by the empirical data (Malterud 2011). It was inspired by and followed the main features to Malterud systematic text condensation, which is inspired by Giorgi's phenomenological analysis.

**Findings:** Main topics: What characterizes PMF, the therapist's role, the role of the conversation and challenges in therapy. Under these themes came categories and subcategories.

Category: Contributions from PMF. Subcategories: What can patients themselves contribute to PMF and What can PMF contribute to the patient. Main concepts: salutogenesis and empowerment.

Category: Important qualities of a psychomotor therapist. Subcategories: Being present for the patient and Self safeguarding as a therapist. Main concepts: Empathy, countertransference, and self-care.

Category: The conversation within therapy. Subcategories: Conversation to make things clear and create safety and Conversation in relation to the body. Main concepts: Exploring, awareness, reflection and the conversation's place in therapy.

Category: Current challenges in the therapy. Subcategories: Long waiting times create challenges, Ending of therapy, and Co-operation with other professionals. Main concepts: Time-consuming process, termination and cooperation.

**Conclusion:** The informants said that it would appear that PMF can help to ensure that patients get a better contact with their bodily resources and clarify them. This in turn may help to make it easier for the individual patient, the patients can more effectively manage their lives towards their own goals and needs. When a patient understands the relationship between physical stress and physical ailments, this will neutralize the bodily pain. The patients who have a higher degree of understandability, manageability, and meaningfulness, may experience a higher degree of sense of coherence and a higher level of health.

Psychomotor therapists help with their presence to the patient and his story, get a support that can cause the patient to feel they have seen and heard the story. This requires good properties of empathic therapists. The conversation helps the patient and therapist so they can explore, raise awareness and reflect together in therapy. The focus of the conversation space seems as if it has changed somewhat from the start of psychomotor physiotherapy to practicing the discipline today. It may seem as if the conversation has arisen in the present treatment. Maybe the conversation space in psychomotor physiotherapy has been somewhat rejected from the start? Termination of treatment is generally difficult, say many of the informants. The termination should be planned and should be focussed at an early stage. The user perspective is very important when assessing what is mental health work. Patients are those who can best tell what it is that facilitate or inhibit their physical or mental health / illness. PMF seems to be a natural and important part of the physical and mental health work. What other directions than PMF focusses more on user involvement in mental health work?

**Keywords:** Psychomotor physiotherapy, psychomotor physiotherapists, mental health, mental health work, salutogenesis, empowerment.

## **1. Innledning**

Jeg er relativt nyutdannet psykomotorisk fysioterapeut fra 2009. Min opplevelse er at de pasientene som kommer til psykomotorisk fysioterapi, har gått med sine plager over lang tid og de er ofte svært belastet. De har gjerne forsøkt mange andre typer behandlinger. De fleste av pasientene bærer med seg alvorlige livshistorier som på ulike måter har satt seg i kroppen hos den enkelte.

### **1.1 Oppgavens bakgrunn og tema**

Internasjonale undersøkelser viser at 30-50 prosent av befolkningen i løpet av livet, rammes av en psykisk lidelse. Omlag 20-30 prosent av den voksne befolkning, har hatt en slik lidelse (med lidelse menes her en psykiatrisk diagnose), det siste året (Folkehelseinstituttet, 2008). Hyppigheten er noe høyere blant kvinner enn menn, unntaket her er alkohol- og stoffmisbruk. Personer født de siste 50 årene er mer utsatt for psykiske problemer sammenlignet med de som vart født først på 1900-tallet. Tallene gjelder også for Norge, da en undersøkelse fra Oslo bekrefter dette (ibid.).

Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er stabil, og er svært vanlig i befolkningen. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år, mens 8 % av barn og unge til en hver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser og depresjon, den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge (etter puberteten) og voksne. Det har funnet sted en sterk økning i behandling for psykiske lidelser, og samtidig blir stadig flere uføretrygdet for en psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet, 2011).

Jeg ønsket gjennom min masteroppgave å få fordypet kunnskap om psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid, gjennom tanker og erfaringer fra deres egen praksis - refleksjoner fra egen praksishverdag. Min problemstilling var:

#### **Psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid**

##### **Psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner**

Denne masteroppgaven inneholder mange utsagn om psykomotorisk fysioterapi, hva terapien kan bidra med, hvordan terapien kan hjelpe pasienter osv. Jeg vil presisere at det

kun er den ene parten, den psykomotoriske fysioterapeuten, som i denne masteroppgaven kommer til tale. Ingenting kommer fra pasientene.

## 1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Det er ikke mye forskning om psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner, fra deres egen praksishverdag.

Hensikten med denne masteroppgaven var å få en fordypet kunnskap om psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid, gjennom de psykomotoriske fysioterapeutenes refleksjoner. Forskningsspørsmålene mine var:

1. Hva kan psykomotorisk fysioterapi bidra med, for pasienter med kroppslig uhelse?
2. Hva kjennetegner terapirollen, innenfor psykomotorisk fysioterapi?
3. Hva bidrar samtalen med, innenfor psykomotorisk fysioterapi?
4. Hva bidrar psykomotorisk fysioterapi med, innenfor psykisk helsearbeid?

## 1.3 Begrepsavklaring

**Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF):** I de senere år har flere andre behandlingsformer i Europa og USA knyttet seg til begrepet psykomotorikk. For å skille den norske formen fra disse, benyttes nå begrepet Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Psykomotorisk fysioterapi er en behandlingsform som er mer dyptgripende enn den tradisjonelle symptomrettede fysioterapien. Norsk psykomotorisk fysioterapi har hatt egen takst i Rikstrygdeverket siden 1974 (Thornquist & Bunkan, 1986). Når jeg heretter skriver PMF er det psykomotorisk fysioterapi eller Norsk psykomotorisk fysioterapi jeg omtaler.

**Psykomotoriske fysioterapeuter:** Er utdannet fysioterapeut med videreutdanning i Norsk psykomotorisk fysioterapi. Refereres ofte til som psykomotorikere, men denne tittelen er ubeskyttet (Thornquist & Bunkan, 1995). Innenfor Norsk Fysioterapiforbund (NFF), har psykomotoriske fysioterapeutene sin egen faggruppe, *Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi*. Når jeg heretter skriver terapeut eller informant er det terapeuter som arbeider som psykomotorisk fysioterapeut jeg omtaler.

**Helse:** Helse ble definert av Verdens helseorganisasjon i 1946 og er ikke endret siden 1948.

«Helse er en tilstand av fullstendig fysiske, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet» (WHO, 2012).

Hummelvoll (2004) skriver at slik denne definisjonen er formulert, er det mer som å se på helse som en idealtilstand, som det neppe er noen som befinner seg i. Denne forståelsen er noe statisk da helse blir betraktet som en tilstand. Han påpeker at helse bør sees på som en prosess, det vil si at vi må arbeide for å beholde eller bedre denne. Han skriver videre at vi muligens ville komme nærmere en realistisk helseoppfatning dersom definisjonen ble modifisert til: «Helse er en tilstand og en prosess av best mulig fysisk, psykisk, åndelig og sosialt velvære – og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet» (s.38). Fordi om vi ikke er fri for symptomer og plager kan vi oppleve å ha en rimelig god helse (ibid.). Hummelvoll viser til Lønnings definisjon av helse: «Helse er et menneskes evne til å mestre de påkjenninger livet gir» (2004).

**Psykisk helse:** Dette er tett knyttet til levekår, livskvalitet og sosiale forhold i samfunnet, slik som nettverk og kvaliteter i lokalmiljøet. Kulturelle og sosiale omgivelser påvirker mulighetene for at individet kan utvikle trygghet, tilhørighet, mestring og egenkontroll (Almvik & Borge, 2000). De med dårligste levekår er mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Fellesnevnerne for de er dårlig økonomi, vanskelig for å skaffe seg eller beholde bolig, arbeid og venner. Mange av disse har lite kontakt utover hjelpeapparatet og de lever sosialt isolert. Psykiske lidelser er svært utbredt og de er den nest største diagnosegruppen både ved langtidssykemelding og uførepensjon (Sosial- og helsedepartementet, 1996; 1997).

Innenfor humanistisk psykologi er det tre hovedområder som er grunnleggende for å forstå psykisk helse og uhelse. Personbegrepet, metodesynet og forklaringsbegrepet. Ser vi på det første, personbegrepet, omfatter dette helheten og forholdet mellom kropp og sjel. Dette sammensatte samspillet mellom kropp og sjel finner sitt uttrykk i personens opplevde verden (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2002).

I denne oppgaven vil personbegrepet stå sentralt. Denne masteroppgaven tar for seg de pasientene som blir henvist fra sin fastlege eller fra spesialisthelsetjenesten, til psykomotorisk fysioterapi. Dette er pasienter som blir henvist på grunn av sin uhelse. Ikke på grunn av sin fysiske eller psykiske uhelse, men sin uhelse som ytrer seg i kroppslige plager. På henvisningen står det ofte hva symptomene er, dette kan ofte være; myalgi,

uspesifiserte muskel og skjelettplager, søvnevansker, smerter i hode, nakke, skuldre, bryst og mage.

**Psykisk helsearbeid:** I Sosial- og helsedirektoratets veileder; Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (2005), defineres psykisk helsearbeid på følgende måte:

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering (s. 7).

Psykisk helsearbeid er både et nytt og gammelt arbeidsfelt. Begrepet ble skapt på midten av 1990-tallet da utformingen av opptrappingsplanen for psykisk helse ble startet. Gammelt felt, fordi det fokuserer på fenomener og tilnærminger fra fag som filosofi, religion, medisin, psykologi, jus, fysioterapi, historie m.fl. (Andersen & Karlsson, 2011).

En relasjonsbyggende virksomhet som er rettet mot å fremme helse og redusere konsekvensene av psykisk uhelse, sykdom og lidelse i befolkningen. Det er et tverrfaglig arbeid som foregår både på individ-, gruppe- og lokalsamfunnsnivå. Kunnskapsgrunnlaget er flerfaglig og tverrfaglig med fokus på faktorer og prosesser som henholdsvis fremmer og hemmer menneskers opplevelse av helse og sosial tilhørighet for individer og grupper, hvilke tiltak som lindrer lidelse og motvirker funksjonshindringer - og hvilke tjenester som samsvarer med behov hos de som søker/ trenger hjelp. Arbeidet forutsetter tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, samarbeid på tvers av tjenestenivåer - og fremfor alt samarbeid med brukere og deres sosiale nettverk (Høgskolen i Hedmark, 2012, s. 4).

#### 1.4 PMF innen psykisk helsearbeid

I studieplanen for Master i psykisk helsearbeid står det:

Helse kan betraktes som en prosess. Psykisk helse innebærer at emosjoner, interesser, motivasjoner, holdninger og verdier hos personen fortsetter å modnes gjennom livet etter som personen: 1) engasjerer seg i samhandling med andre mennesker og omgivelsene, 2) viser fleksibilitet og stabilitet i tilpasnings- og mestringsevner, 3) utfører de utviklingsoppgaver som møtes i ulike livsfaser og aldre og 4) oppfyller (evt. fornyer) sosiale roller. Helsen er dermed en multidimensjonal og integrerende prosess og inkluderer fysiske, intellektuelle, utviklingsmessige, emosjonelle, åndelige og sosiokulturelle aspekter som er avhengige av tid, sted og situasjon (Høgskolen i Hedmark, 2012, s. 3).

Bunkan (2001) skriver at antikkens forståelse av mennesket omfatter legeme, sjel og ånd. Symbolsk ble dette fremstilt i en likesidet trekant, der grunnlinjen knyttet sammen legeme og

sjelen. Trekantens sider knyttet legeme og sjel til ånden. For å forstå mennesket i en større sammenheng er det viktig å se på miljøet og samfunnet vi lever i.

Thornquist og Bunkan skriver:

Når vi i psykomotorisk behandling inkluderer hele kroppen – når vi tilstreber en kroppslig omstilling - skjer det samtidig en følelsesmessig omstilling der forholdet til egen kropp så vel som til problemer, situasjoner og medmennesker endres (1986, s. 22).

I studieplanen for psykisk helsearbeid, vektlegges det flerfaglig og tverrfaglighet, med fokus på de ulike delene som fremmer og hemmer menneskers opplevelse av helse og sosial tilhørighet (Høgskolen i Hedmark, 2012). På bakgrunn av det som er omtalt ovenfor, ser jeg psykomotorisk fysioterapi som et godt bidrag, inn i dette tverrfaglige fellesskapet.

## **1.5 Oppgavens oppbygging**

Videre i denne oppgaven, har jeg i kapittel 2; Psykomotorisk fysioterapi, der jeg har valgt å skrive litt om hva denne terapien går ut på. Kapittel 3; Teorikapittelet vil løfte frem aktuell teori for denne oppgaven som er; Empoverment, salutogenese, terapeutrollen, samtalen i terapien og utfordringer i terapien. Kapittel 4; Metodekapittelet, beskriver vitenskapsteoretiske utgangspunkter og valg av metode, utvalget, datainnsamling, analyse, datakvalitet og sist i kapittelet forskningsetikk. Kapittel 5; Presentasjon av resultater. Kapittel 6; Diskusjon der jeg starter med metoderefleksjoner. Kapittel 7; Konklusjonen. Deretter finnes litteraturlisten og vedleggene.

---

## 2. Psykomotorisk fysioterapi <sup>1</sup>

Jeg vil i dette kapittelet presentere oppstarten av PMF, hva som kjennetegner PMF, egenskaper hos en psykomotoriker, utdanning og til slutt presentasjon av tidligere forskning.

### 2.1 Tenke og handle annerledes

PMF brakte med seg et helhetssyn på mennesket, da retningen ble utarbeidet på slutten av 1940-tallet. Symptomer ble sett på som en ubalanse i kroppen, noe var galt i helheten. PMF er derfor ikke rettet mot symptomer eller mot diagnoser. Behandlingen rettes mot en generell omstilling av kroppen. Den er en mer dyptgripende behandlingsform enn den tradisjonelle symptomrettede fysioterapien. Hele kroppen ble gjennomarbeidet og smertefulle symptomer ble borte av seg selv (Thornquist & Bunkan, 1986).

For mange mennesker var det en ny erkjennelse at kropp og følelser påvirket hverandre gjensidig. Pust og følelser ble sett på som avhengige faktorer. Som eksempel når vi bremser følelsene ved å bremse pusten (ibid.).

Thornquist og Bunkan (1986) skriver at ideologien og tilnæringsmåten i PMF, var fremmed og uforståelig for de fleste fysioterapeuter og leger. Først på begynnelsen av 1970-tallet økte forståelsen for en mer helhetstenking i forbindelse med kropp. De skriver videre:

Parallelt med – og umulig å løsrive fra den kroppslige omstillingsprosessen, - gjennomgikk pasientene en psykisk omstilling. Dermed kom psykomotorisk behandling til å representere en utvidelse også av det psykoterapeutiske tilbud (1986, s. 15).

### 2.2 Hva kjennetegner PMF

Thornquist og Bunkan (1986) skriver følgende:

Pasienten henvises til psykomotorisk behandling for sine kroppslige plager og det er kroppen som først og fremst står i sentrum i psykomotorisk behandling. Selve navnet psykomotorisk behandling kan derfor virke forvirrende ved å indikere at det psykiske kommer først. Det er kroppen som gjøres til gjenstand for behandling, men alt psykomotorikeren gjør er basert på en forståelse av kroppen som et

---

<sup>1</sup> Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utarbeidet fra slutten av 1940-årene av psykiater Trygve Braatøy (1904 - 1953), i samarbeid med fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (1906-2001). Nærmere bestemt etter deres møte i nevrologisk forening i 1947 (Bunkan, Radøy, & Thornquist, 1982).



---

integreert fysisk-psykisk-sosialt fenomen. Utgangspunktet for psykomotorisk behandling er det hele mennesket; innfallsporten er kroppen (1986, s.16).

Øvreberg og Andersen (2002) skriver at PMF omfatter hele mennesket. Om metoden skriver de:

... metoden går ut på å assistere pasienten til å blåse liv i sitt gamle og avstengte jeg. Det gjøres ved å tine opp og skape liv i forfrosne reflekser og bevegelser. Det fører til at vedkommende puster friere, strekker seg mer og slipper mer. Når en slipper mer, slipper en både mer fra seg og mer til seg. Det ideelle er å strekke seg ut av den smerten og angsten en utsettes for i stedet for å krype inn i og holde seg til den (2002, s. 34-35).

Thornquist og Bunkan (1986) skriver at innfallsporten er kroppen, uansett pasientens symptomer og plager. Både undersøkelse og behandling omfatter hele mennesket. I kroppsundersøkelsen vurderer terapeuten kroppsholdning, respirasjon, bevegelser og muskulatur. Ved betydelige avvik fra det som er forventet, - normene, anbefales annen type fysioterapi. Når pusten holdes og musklene spennes, fortrenger stress, redsel og uro midlertidig. Spenninger som holdes over tid påvirker balansen, pusten og tilgangen til tanker og følelser. Når spenninger ikke reguleres med avspenning utvikles vanespenninger. Denne vanespenningen kan utvikles til kroniske smerter som endrer kroppsopplevelsen, påvirker selvfølelsen og kroppsbildet. Pasientenes *omstillingsevne* er først og fremst fokuset. Det er *potensialene* i den enkelte pasient som først og fremst er viktige. Er det vesentlige funn hos pasientene, vedrørende kroppslige belastninger, bør han heller motta en støttende form for fysioterapi, eller ingen fysioterapi, fremfor en omstillende behandling (ibid.).

Thornquist og Bunkan (1986) skriver videre:

Psykomotorisk behandling er basert på erkjennelsen av at kroppen er en funksjonell og samspillende enhet med psyke og soma som uatskillelige enheter.... Vi opererer ikke med skarpe skiller mellom følelsesmessige, psykologiske og kroppslige reaksjoner. Mennesket er ikke delt i to. Mennesket er ikke både psyke og soma, men alltid begge deler på samme gang.... Alt vi utsettes for som mennesker, nedfeller seg i kroppen. Alt vi utsettes for som sosiale vesener, det vil si alt vi utsettes for også av ikke-fysisk natur, nedfeller seg i kroppen og kommer fysisk til uttrykk (1986, s. 19).

I en behandlingsprosess kan kroppsholdning og bevegelsesmønster endre seg spontant, uten å bli direkte eller vilkårlig korrigeret. En normalisering av f.eks. autonome og hormonelle funksjoner og en bedring av fordøyelsen kan finne sted (ibid.).

PMF er strukturert, lett gjenkjennelig fra gang til gang, og den foregår i enerom. Metoden omfatter massasje, spesifikke kroppsbevegelser og noe samtale. Timen er relativt likt fordelt på bevegelser og massasje. Respirasjonsforholdene bestemmer doseringen. For å få i gang en omstillingsprosess og forhindre forflytninger av ”spenninger” bearbeides kroppen fra alle kanter, noe som bidrar til at psykomotorisk fysioterapi hevdes å virke på en rekke tilstander. Indikasjonsområdet er først og fremst økte eller reduserte muskelspenninger og myofacial smerte med bakgrunn i ergonomi, uheldige vaner og lettere emosjonelle problemer. Andre treninger/kroppsbehandlinger som påvirker kroppen systematisk, frarådes i begynnelsen av et behandlingsopplegg (ibid.).

Det finnes ingen aldersbegrensning for å kunne ha nytte av behandlingen. Pasientens helsetilstand, symptomer, vurderinger, livssituasjon og livshistorie vil ha avgjørende betydning for behandlingsmål og valg av metode. Målet er å bli bedre kjent med kroppens signaler og hva de kan være uttrykk for. Kontakt med egne behov og grenser øker og kan bidra til at pasienten utvikler et mer hensiktsmessig kroppslig og psykologisk forsvar. Behandlingen kan være krevende, men gir gevinst i større kroppslig og følelsesmessig trygghet. Når respirasjon og bevegelser blir mindre hindret av muskelspenninger og holdningen får økt stabilitet, reduseres eller forsvinner ofte symptomene. Forholdet til andre endres ofte (Thornquist & Bunkan, 1986).

I telefonsamtale med Norsk Fysioterapeutforbund (NFF), fortalte de at det var 498 psykomotoriske fysioterapeuter registrert med takstkompetanse i Norge. Av disse er det ca. 10 % menn. De fleste psykomotoriske fysioterapeuter arbeider i kommunene på driftstilskudd. Noen arbeider også innenfor spesialisthelsetjenesten. Pasientene blir i hovedsak henvist fra fastleger (personlig kommunikasjon, 12. mars 2012).<sup>2</sup>

### **2.3 Ønskede egenskaper hos en psykomotorisk fysioterapeut**

Øvreberg og Andersen skriver følgende om ønskede egenskaper hos terapeuten: Terapeuten skal opptre respektfullt og diskret, bestemt og myndig. Oppmerksomheten er alltid rettet mot pasienten. Avstanden til pasienten er ikke tilfeldig. Være en interessert tilhører men tilbakeholden med å gi råd. Oppfordre pasienten til å gjøre mer av det pasienten er tilbakeholden med. Snakke for å stimulere pasienten til å bli mindre taus. Bevisste valg av ord og uttrykk, alt ettersom det er aktive eller passive bevegelser som fremmes. Å bruke sine

---

<sup>2</sup> For oversikt over psykomotorikere i Norge, se Norsk Fysioterapiforbund, 2012.

hender med omtanke, la disse være et ekstra par øyne. Hånden bør være åpen og mottakelig for inntrykk. Åpne øyne, åpner hendene. Å være der og sanse med hele seg (Øvreberg & Andersen, 2002).

## 2.4 Utdanning

Tilfanget av psykomotorikere per år stipuleres til ca. 40. PMF er en videreutdanning, innenfor fysioterapifaget og i 1997 ble PMF, en høyskoleutdanning. Studiet i dag går over 3 semester, ved Høgskolen i Oslo, den gir 60 studiepoeng (Bunkan, 2001, s. 2845 ). Høsten 2010 startet det en 3-årig Mastergrad innenfor PMF ved Universitetet i Tromsø, UiT (Universitetet i Tromsø, 2012).

## 2.5 Tidligere forskning

Jeg brukte SveMed+ som database når jeg søkte etter tidligere forskning om psykomotorisk fysioterapi. På søkeordet *psykomotorisk fysioterapi*, fikk jeg opp 93 treff. Av disse valgte jeg ut 8 artikler. Disse omhandler blant annet hva som kjennetegner psykomotorisk fysioterapi, hva PMF kan bidra med, nærhet og distanse, følelser, respirasjonen, erkjennelse og annerkjennelse, samtalen, samarbeid med andre profesjoner m.m. Disse artiklene er brukt innenfor teorikapittelet og i min diskusjonsdel i oppgaven.

I tillegg søkte jeg i databasen til [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no). Denne databasen inneholder fagartikler fra 1999-2012. Her fant jeg ikke flere relevante artikler, enn de jeg hadde funnet i SveMed+.

På sidene til; [www.fysio.no](http://www.fysio.no), fant jeg; 6 Doktorgradsavhandlinger og 42 Hovedfag- og mastergradsoppgaver fra perioden 1993-2008 (Norsk Fysioterapeutforbund, 2012). Av disse valgte jeg å se nærmere på 4 av Hovedfagsoppgavene. De tar for seg behandlingen, behandlingsforløpet, samhandlingen og kommunikasjonen, innen psykomotorisk fysioterapibehandling. I disse oppgavene er søkelyset rettet mot både pasient og fysioterapeut gjennom behandlingsprosesser.

Ekerholt (2002) skriver om informantenes vektlegging av samtalens betydning, som noe av det viktigste i hele terapien. Hun stiller spørsmålet hvilken betydning dette kan få for den psykomotoriske fagutøvelsen? Etter Ekerholts vurdering bør samhandlingen i behandlingsprosessen utdypes og tydeliggjøres i den metodiske tilnærmingen. Gunnari,

(1994) skriver om psykomotorisk fysioterapi og denne tilnæringsmåtes spesielle egnethet for mennesker med kroppslige smerter og plager. Stokkenes (1997) skriver at gjensidig anerkjennelse av hverandre har stor betydning for kvaliteten i behandlingsrelasjonen. Et klima for utvikling og positive erfaringer skapes der kommunikasjonen er god. Partene opplever en gjensidig akseptering. Dette skaper igjen grobunn for ny erkjennelse. En erkjennelse som inneholder tillit til en selv og egne ressurser. På den måten kan en hanskes med både belastninger og kroppslige plager. Øien (1999) skriver om den psykomotoriske behandlingsprosessen og hva den innebærer for muligheter for *kunnskapsutvikling*. Først og fremst for pasienten men også for fysioterapeuten.

Disse har jeg henvist til i oppgavens diskusjonsdel. I tillegg til det jeg har omtalt ovenfor, finnes det litteratur som omtaler psykomotorisk fysioterapi, noe av denne litteraturen har jeg brukt som kilder og henvist til i min masteroppgave.

### 3. Teori

Ulike relevante teoretiske perspektiver og begreper for PMF vil bli presentert i dette kapittelet. Jeg starter med teori innenfor empowerment og salutogenese. Deretter teori om terapeutrollen, terapisaamtalen og helt til slutt utfordringer innen PMF. Grunnen til at disse områdene er valgt er fordi resultatene i datamaterialet dreier seg om disse temaene.

#### 3.1 Empowerment

I NOU 1998: 18, Det er bruk for alle, er empowerment omtalt på denne måten:

Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi. Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en indirekte forbindelse mellom empowerment og frigjøring (Sosial- og helsedepartementet, 1998, s. 274).

Nærvær og samarbeid med et annet menneske er viktig for å utvikle og opprettholde en terapeutisk relasjon. Dette skal føre til utvikling av mål og planer, som igjen bidrar til myndiggjøring (empowerment) og til en helhetlig helingsprosess (Hummelvoll, 2004). Empowerment vil si folks evne til å utvikle forståelse for å kontrollere personlige, sosiale, økonomiske og politiske krefter. Med denne innsikten skal individet kunne handle målrettet for å forbedre sin livssituasjon (ibid.).

Hummelvoll (2004) og Almvik og Borge (2000), relaterer empowerment til tre nivåer, disse er;

- Individuell eller psykologisk empowerment.
- Organisasjons – empowerment.
- Lokalsamfunns – empowerment.

Jeg ønsker her å løfte frem; Individuell eller psykologisk empowerment: Dette handler om individets evne til å ta beslutninger og til å ta kontroll over eget liv. Empowerment på dette nivået relateres til organisasjons - og lokalsamfunnsnivå gjennom utvikling av personlig

kontroll og kompetanse til å handle. Dette i tillegg til å gi sosial støtte, utvikle interpersonlige, sosiale og politiske ferdigheter (Hummelvoll, 2004; Almvik & Borge, 2000).

Almvik og Borge (2000) og Askheim og Starrin (2010), skriver at empowerment handler om makt, avmakt, myndiggjøring, bemyndigelse og mestring. Tenkningen rundt empowerment bygger på en holdning der alle mennesker har ressurser og muligheter til å finne egne handlingsstrategier, ha innflytelse, medbestemmelse og oppleve autonomi.

### **3.2 Salutogenese**

Salutogenese handler om de faktorer/forhold som styrker og fremmer helse. Patogenese fokuserer på de faktorer/forhold som fremkaller sykdom. Psykiatrisk praksis er primært relatert til patogenesen. Psykisk helsearbeid har hovedfokus på salutogenesen (Hummelvoll, 2004). Han skriver videre at psykisk helsearbeid kan sees på som et paraplybegrep. Dette dekker flere yrkesgrupper med deres respektive faglige perspektiver (ibid.).

Å se mening og oppleve sammenheng i tilværelsen er av vesentlig betydning for helsen. De som arbeider innenfor helsefremmende virksomhet, må være opptatt av personen (Antonovsky, 1996; 2000). Antonovskys utgangspunkt for helse, er som et kontinuum som spenner seg fra meget god til veldig dårlig helse. Han mener at alle i løpet av livet, er å finne på et eller annet sted på dette kontinuumet. På denne måten vil en kunne si at alle har en psykisk helse og at vi gjennom livet beveger oss opp eller ned på dette kontinuumet. Vi kan på denne måten oppleve høy grad av helse selv om vi lever med sykdom.

Begrepene generelle motstandsressurser og opplevelsen av meningssammenheng (sense of coherence – SOC) er sentralt i Antonovskys tenkning. I livet utsettes vi for indre og ytre stimuli. Dette kan føre til stress dersom vi ikke vet hvordan vi skal håndtere det. Dette vil kunne gi oss dårligere helse. I motsatt fall kan dette føre oss til bedre helse dersom vi oppfatter stimuliene som begripelige og håndterbare. De ressursene en person har for mestring kalles, de generelle motstandsressursene. Dette er ressurser som består av indre og ytre faktorer. Der de indre er; selvtillit, trygghet, kunnskap og ferdigheter. De ytre er; sosialt nettverk, bolig og økonomi. For å mestre belastninger er det opp til individet og omgivelsene å aktualisere motstandsressursene. Sterke motstandsressurser vil gi personen som besitter

---

disse en høyere grad av sammenheng og ut fra det en høyere grad av helse (Antonovsky, 1996, 2000).

Sense Of Coherence (SOC) eller Opplevelse Av Sammenheng (OAC), inneholder disse tre komponentene:

- **Begripelighet:** Hvordan vi oppfatter de stimuli vi konfronteres med i det indre og det ytre miljøet, dette er et kognitivt element. Hvordan vi oppfatter utfordringer og vanskeligheter i livet som begripelige. Dersom disse er begripelige kan vi forstå og sette det inn i en sammenheng. Dette vil da beskytte mot dårlig helse. På samme tid får vi tillit til at vi også i fremtiden vil forstå de belastninger vi utsettes for. Det som oppleves som ubegripelig, kaotisk og tilfeldig kan på sin side føre til dårligere helse (Antonovsky, 1996; 2000).
- **Håndterbarhet:** Dette handler om atferdskomponenten og dreier seg om på hvilken måte vi har tilgang til motstandsressurser for å takle de utfordringene vi stilles overfor. Dersom utfordringene er uhåndterbare er dette en større risiko for at det kan føre til dårligere helse (ibid.).
- **Meningsfullhet:** Dette er motivasjonen. Dreier seg om vi opplever mening i livet. Ved opplevelse av mening vil dette bidra til at vi engasjerer oss i de utfordringene vi stilles overfor. Dette vil igjen motivere oss til å overvinne problemene (ibid.).

Klarer jeg å forstå vanskelige situasjoner og forstå hvordan det livet jeg har levd og er mitt oppe i påvirker min kropp og de kroppslige plagene som jeg har, er muligheten for bedre helse til stede. Opplever vi dette meningsfullt vil vi på en lettere måte kunne engasjere oss i de utfordringene som finnes og motivere oss til å overvinne problemene. Innenfor PMF arbeides det bl.a. med å forstå sammenhengen mellom hvordan en muskelspenning i kroppen, kan virke som en respirasjonsbrems, hos pasienten (Thornquist & Bunkan, 1986).

PMF ser ut til å redusere symptomer av subjektive helseplager, depresjon, angst, insomnia, fatigue og bedrer livskvaliteten, men prosessen tar tid (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2010, s. 212).

PMF kan hjelpe pasienten til å utvikle en forbedret opplevelse av kroppen sin ved å integrere en fysisk og en verbal terapi tilnærming (Øien, Iversen & Stensland, 2007, s. 31).

---

Ekerholt og Bergland (2008) skriver at pasientene trakk frem økt forståelse av sitt eget pustemønster, som en faktor for behandlingen av sine fysiske smerter.

### 3.3 Terapeutrollen

«Det er aldri noe vi alltid gjør», svarte Bülow-Hansen på spørsmål om det finnes oppskrifter eller fasit svar. «Det hele dreier seg om, er å ta hensyn til respirasjonen», «tenk med hendene». Dette vil si at terapeutene oppfordres til å skjerpe sansene og ta i bruk intuisjonen (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 94).

Thornquist og Bunkan (1986) skriver at en av oppgavene til psykomotorikeren er å hjelpe pasienten til innsikt i egne symptomer og hvordan dette kan reageres på. En annen er å hjelpe pasienten med å kjenne på følelsene og sette ord på dem. Tilstedeværelse, innlevelse og deltakelse kan stå som en rettesnor for hele behandlingen. Å være til stede, å være i og med seg selv i den enkelte situasjon, det er hva vi tilstreber. Å gi rom for følelser i PMF er svært viktig. Pasientens problemer kan nettopp ha blitt utviklet ved at han tidligere har blitt avvist vedrørende sine følelser. For at dette skal kunne skje på en trygg måte, er det viktig at psykomotorikeren selv har et aksepterende forhold til det pasienten formidler. Ord bevisstgjør følelser. Molander (1997) forteller nettopp om «oppmerksomhet i handling», om det å lytte til seg selv på samme tid som til den andre. Dette er utfordrende og krever flyt og fokus i oppmerksomheten. Monsen (1989) hevder at som terapeut er kunsten å avgrense seg slik at pasienten ikke utsettes for mer enn han selv kan føle, forstå og integrere. Terapeuter som selv er i en eller annen avhengighetsproblematikk vil uten å være klar over det, overføre håpløshet til sine pasienter, som sliter med det samme.

Kringelen og Finset (2008) hevder at tillitsforholdet i seg selv er av en emosjonell karakter, mellom pasienten og behandleren. Tillit handler om å føle trygghet og da gjerne gjensidig. Ved formidling av følelsesmessige budskap bør behandleren merke seg det og forholde seg deretter. Det er viktig å være sensitiv for det som pasienten opplever som betydningsfullt. Bae og Waastad (1992) skriver at kjerneelementet i intersubjektivitet er anerkjennelse. Å anerkjenne en pasient kan være å anerkjenne den retten han har til å være i sin situasjon uten at dette blir kommentert eller at han blir forsøkt avledet.

Bergland og Øien (1998) mener at statusen som vi gir kroppen, avgjør hvordan mennesket forstår seg selv og sin erkjennelsesevne. Denne forståelsen formidler at kroppen er et forhold



og ikke en ting. De skriver videre at en nybegynnerfeil ofte er å sette en diagnosemerkelapp på kroppen. Der drøftingen av klientens sosiale historie underordnes og at vi lar være og bekrefter den erfarte kroppen. Hummelvoll (2004) hevder at i det terapeutiske nærværet er kommunikasjon viktig, dette vil si mer enn ord. Dette inkluderer empatisk nærvær, å stå i situasjonen med pasienten, ta imot og tolke personens smertefulle tanker og følelser Skjervheim (1976) beskriver deltagelse som det å gi kraft til den andre personens opplevelse.

Skau (2011) mener at det ikke er noe fasitsvar på hva det er som gjør møtene med mennesker betydningsfulle eller betydningsløse, konstruktive eller destruktive. En av kildene er menneskene vi møter. Vi kan lytte mer til dem, være oppmerksom på nonverbale signaler og handlinger. Vi kan også spørre dem direkte hva de tenker, ønsker og erfarer. En annen kilde til kunnskap er oss selv. Vi kan øke vår forståelse for det menneskelige og for nyanser i samspill, ved å være oppmerksomme og reflekterende overfor våre erfaringer. Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) påstår at det grunnleggende for all klinisk virksomhet er empatien. Det å oppleve å bli forstått og støttet er det som klientene selv oppgir som viktigst for resultatet i terapien. Empati bidrar også til økt belastning for terapeuten. Når vi ikke blir redde hverken pasientens eller våre egne reaksjoner, blir vi bedre terapeuter. Å ivareta personlig livskvalitet og eget liv er helt avgjørende for terapeutene. De trekker også frem faglig veiledning og fellesskap som isolasjonsbrytende vedrørende det å sitte med uønsket kunnskap. Fellesskapet blir da en ventil for å få tatt opp egne reaksjoner.

### **3.4 Samtalen i terapien**

Rønnestad og Lippe (2003) skriver at den kliniske kommunikasjonen skiller seg på mange måter ut fra dagligsamtalet. Samhandling ansikt til ansikt påvirker og berører oss mennesker i stor grad. I møtene med andre mennesker kommer vi i kontakt med områder der følelser ofte utløses. Den emosjonelle kvaliteten i relasjonen er av stor betydning. Det er ikke bare innholdet i samtalen som er viktig, men helsearbeiderens sensitivitet overfor pasientens følelser og hvordan budskapet blir kommunisert.

Hummelvoll (2004) skriver at svært mye av det psykiatriske arbeidet er basert på samtaler, det være seg spontane eller avtalte. Det er syv områder som karakteriserer hjelpere som kommuniserer godt og som referansepunkter når vi skal vurdere egne ferdigheter som samtalepartnere. Disse er: selvforståelse, våkenhet for andres behov, enkle og klare budskap, budskapet er tilpasset, kommunikasjonen er fleksibel, passende «timing» og validering.

---

Alle behandlinger har en integrert samtaledel. Utgangspunktet er de kroppslige forholdene til pasienten og den er her og nå fokusert. Respirasjonssvarene til pasienten er veiviseren (Thornquist, 2010, s. 4). Bunkan (1997) beskriver dialogen som en vesentlig del av samspillet mellom terapeut og pasient. Dialogens hensikt er å hindre at pasienten distanserer seg fra behandlingen og på den måten reduserer muligheten fra å være i opplevelsen. Samtalen bør være uanstrengt og fri fra forventninger om at noe skal skje, fra terapeutens side. Thornquist og Bunkan (1986) løfter frem de kroppslige reaksjonene underveis i undersøkelsen eller i behandlingen og at de bør bli tema for spørsmål og samtalen i terapirommet. På denne måten er det kroppen som er innfallsvinkelen til den informasjonen som oftest knyttes til anamnesen. Dette vil si at kroppen er inngangsporten til kontakten med pasienten. Samtalen kommer i annen rekke. Terapeuten er vanligvis tilbakeholden med spørsmål av personlig art. Gretland (2007) poengterer at fysioterapeuten kan bli bedre kjent med pasientens forståelse, tanker og vurderingen, nettopp gjennom samtalen. Ordene kommer når pasienten er klar og situasjonen er trygg. Hansson (1982) mener at en av funksjonene til terapeuten er å være en gråte eller klagemur for pasienten. Vi avholder oss fra å komme med gode råd. Spørsmål blir gjerne sent tilbake og pasienten selv finner da ofte svaret. Det er ikke terapeutens oppgave å fritte pasienten ut, de kommer selv når de er klare for det. Når spenninger slipper, slipper også tungebåndet.

Stensland skriver at de observasjoner som Braatøy gjorde vedrørende sammenhengen mellom kroppslig og verbal samhandling, gir et grunnlag for å inkludere kroppen i samtalen. Dette fører frem mot begrepet kroppslige dialoger. Kroppens holdning og bevegelsesmønster er førspråklige forutsetninger. Dette gjør at ytringer som gjøres verbalt, blir forståelige i en sammenheng (2000, s. 120). Andersen (2005) hevder at når spenningene reduseres i kroppen, vil det som først kommer tilbake være bevegelsene, deretter stemmen, så kommer ord og historiene. Øvreberg (1997) fortalte at professor Tom Andersen sa at samtale, - å tale sammen, er å dele pust. Pusten bærer ordene frem, betydningen av ordene gis fra pusten. Hun skriver videre at terapeutens hånd mot pasientens hud, også er en samtale. Utfordringen til terapeuten er å være i den «samtalen», på den måten kan pasienten påvirkes på en hensiktsmessig måte.

Solheim (2012) skriver at gjennom nærværsperspektivet kan den terapeutiske samtalen bidra til at pasientene lettere kan fortelle om seg selv. Når de opplever sammenhenger i livet de har levd og lever, blir det også lettere å forstå og akseptere livet nå. Aksepten fører til at det blir lettere å uttrykke erfaringer og å kunne frigjøre seg.

### **3.5 utfordringer i terapien**

#### **Lang ventetid skaper utfordringer**

Behandlingsprosessen strekker seg ofte over lang tid. Alt etter hvor dårlig pasienten er og hvilken livssituasjon vedkommende befinner seg i, vil behandlingsprosessen gå over måneder og år (Thornquist & Bunkan, 1986).

#### **Avslutning av terapien**

Terapeutens mål er å gjøre behandlingen overflødig. Behandlinger er derfor ikke fullført før pasienten kan være sin egen behandler. Hjelp til selvhjelp får på denne måten mening og behandlingen blir en selvberende prosess (Thornquist & Bunkan, 1986).

#### **Samarbeid**

Lege må være innstilt på og tre støttende til, for å undersøke og vurdere somatiske eller psykiske symptomer, dersom dette oppstår i løpet av behandlingen (Øvreberg & Andersen, 2002).

#### **PMF innenfor psykisk helsearbeid**

Utsagnet «det er bare psykisk» forteller oss at kroppen sees på som et objekt og et nedslagsfelt for det psykiske. Det medisinske og psykiske skillet i klassifiseringen, ender i situasjoner som er vanskelige for pasientene. Pasienter som opplever seg som syke, men som blir avvist som syke (Bergland & Øien, 1998).

Innenfor psykisk helsearbeid vil det være viktig å undersøke hva yrkesutøveren har som sin kjernekompetanse. I tillegg til å klargjøre hvilken rolle og funksjon brukere og andre samarbeidspartnere forventer og ønsker at psykisk helsearbeidere skal kunne dekke. Disse to perspektivene bør samordnes (Hummelvoll, 2004).

Ottesen (2011) sammenligner det å drive helsearbeid uten kroppslig fokus, med saxofonisten som skal spille en tone uten å være i kontakt med sitt instrument. Opaas (2012) skriver at det blant tenåringer som blir henvist til PMF ofte er en sammenheng mellom psykiske og kroppslige plager. Han skriver videre:

Psykomotorisk fysioterapi baserer seg på en forståelse av at psykiske, fysiske og sosiale forhold påvirker hverandre. Dette går igjen i psykisk helsearbeid som inkluderer både det fysiske og psykiske

aspektet når det gjelder helse. Psykomotoriske fysioterapeuter ivaretar begge disse aspektene i sitt virke; for det første har de en grunnleggende kompetanse om kroppen, og i tillegg har de en spesialkompetanse på samspillet mellom kropp, psyke og følelser. I psykisk helsearbeid vektlegges viktigheten av et tverrfaglig samarbeid når det gjelder å fremme helse og å redusere konsekvensen av psykisk uhelse, sykdom og lidelse (s. 79).

Brukermedvirkning er en viktig del av psykisk helsearbeid, på alle nivåer (Schjøth, 2007, s. 210). Brukerperspektivet er svært viktig når en skal vurdere hva som ikke er psykisk helsearbeidet. Det er brukeren selv som har retten til å definere hva det er som fremmer deres psykiske helse og hva det er som skaper psykisk uhelse (Andersen, 2006, s. 310).

## 4. Metode

I dette kapitlet vil jeg starte med vitenskapsteoretiske utgangspunkter og valg av metode, så beskrives utvalget, det kvalitative intervjuet og den praktiske gjennomføringen. Deretter vil analysen bli omtalt, den systematiske tekstkondenseringen og datakvaliteten. Avslutningsvis ser jeg på forskningsetikken.

### 4.1 Vitenskapsteoretiske utgangspunkter og valg av metode

Epistemologi handler om hva som er vitenskapelig viten, hva er sannhet, gyldighet og objektivitet. Ontologi, vil si hva som finns i verden, hva er virkelig, hva er til, hva er et menneske, hva er en kropp? Dette er sentrale begreper i forskningen og ligger under eller bak valg av konkrete metoder og design (Thornquist, 2003).

Kvalitative undersøkelser kan karakteriseres som holistiske. Dette kjennetegnes ved at menneskelig erfaring er kompleks. En kan si at helheten ikke forstås bare ved å analysere delene, for helheten er mer enn summen av delene. Inn i de holistiske filosofiene har vi for eksempel fenomenologi og hermeneutikk (Olsson & Sørensen, 2003).

Malterud (2011) skriver at kvalitative metoder er forskningsstrategier for å kunne beskrivelse og analysere karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som vi ønsker å studere. Her er det snakk om et materiale som består av tekst, fra samtaler eller observasjoner. Kvalitative metoder bygger på teoriene om menneskelige erfaringer, den erfaringsorienterte tradisjon – som er fenomenologien. Fortolkningene eller fortolkningslæren – som er hermeneutikken (ibid.).

Et grunnleggende kjennetegn på enhver fenomenologisk fremgangsmåte er at opplevelsen knyttes til nåtid. Har vi en tanke om noe som har hent, så foregår opplevelsen med å huske det, - nå. Gjenopplever vi noe, foregår det nå. Når vi forteller om noe som nettopp hendte, skjer det faktisk nå. Vi har forventninger til fremtiden, men de oppleves også nå (Stern, 2007).

”Fenomenologiens mål er å komme frem til utvetydig kunnskap om opplevd erfaring” mener Olsson og Sørensen (2003, s. 102). De skriver videre at oppmerksomheten her er de menneskelige fenomenene og hvordan menneskene opplever fenomenene rundt seg. Fenomenologien forsøker å beskrive en opplevelse direkte uten hensynstagning til opphavet

---

eller årsak til opplevelsen. Her dreier det seg om å gjøre det usynlige synlig. Det fenomenologiske perspektivet handler om å sette fokuset på livsverdenen, være åpen for opplevelsene til den som blir intervjuet.

Kvale og Brinkmann (2009), skriver om den fenomenologiske reduksjon. Her må en se bort fra at et bestemt opplevelsesinnhold eksisterer eller ikke. Dette kaller de for «å sette i parentes», sette den fornuftsbaserte og vitenskapelige forhåndskunnskapen om de ulike fenomenene vi forsker på, - i parentes. Dette for å få frem en så fordomsfri beskrivelse av fenomenene som mulig.

Malterud (2011) skriver at menneskelige erfaringer ansees som gyldig kunnskap. Videre skriver hun at vi leter etter det viktigste eller mest sentrale kjennetegn på de fenomenene vi forsker på. I denne prosessen forsøker vi som forskere å sette vår egen forforståelse til side i møtet med empirien "*bracketing*".

Edmund Husserl (1859-1938) regnes som grunnleggeren av fenomenologien. Jeg vil spesielt trekke frem filosofen Maurice Merleau-Ponty (1907-1961) som er kjent for nettopp å knytte menneskelige subjektivitet til kroppen. Hans bidrag har i dag en spesiell relevans for helsefagene (Thornquist, 2003).

Merleau-Ponty (2009) poengterer at vi både *har* og *er* en kropp. På samme måte som kroppen nødvendigvis er "her", eksisterer den nødvendigvis "nå" den kan aldri bli "fortid". Kroppsfenomenologiens utgangspunkt er at vi som mennesker eksisterer som kropp. Merleau-Ponty fremhevet at det er som kropp vi mennesker er rettet mot omverdenen. Skårderud (2005) skriver at kroppen er erfarende og handlende. Kroppen er i verden og da kommer verden inn i kroppen. Gretland (2007) skriver at det er som kropp vi persiperer og beveger oss, søker mening, snakker og utvikler bevissthet.

I en hermeneutisk tilnærming, blir erfaringene til respondentene brukt som det verktøyet det er til å få en bedre forståelse av fenomenet. Den hermeneutiske tilnærmingen vil si at det ikke er en sannhet, men at fenomenene kan forstås på flere måter (Kvale & Brinkmann, 2009).

Sentrale begreper i hermeneutikken er vår forståelseshorisont, fordom og den hermeneutiske sirkel (Olsson & Sörensen, 2003). Med den hermeneutiske sirkel menses det at en i analysearbeidet går frem og tilbake mellom deler og helhet i teksten. Tekstens ulike deler

---

fortolkes og ut fra disse settes delene inn på nytt, i relasjon til tekstens helhet. Dette kan gi en dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Olsson og Sørensen (2003) kaller den hermeneutiske sirkel for den hermeneutiske spiral. De mener at analysen fører frem til en gradvis større forståelse av innholdet i datamaterialet. De skriver videre at forståelseshorisonten er den ytre grensen for hva vi som mennesker kan oppdage ut fra det stedet som vi som individer befinner oss. Innenfor horisonten har vi alt som vi som mennesker kan oppfatte med de fordommene vi har. For-dom beskrives som noe vi bærer med oss når vi forsøker å forstå. For-dommer er forventninger som noen ganger stemmer og andre ganger ikke. Først når vi som mennesker er klar over hvilke fordommer vi selv har, kan vi forstå andres.

Olsson og Sørensen (2003) skriver videre at den hermeneutiske tradisjon, beskriver arbeidsmåten innen rammen av en tolkningsteori, hvor forforståelsen, fortolkning og mening utgjør sentrale begreper. Hermeneutikk er å fortolke, klarlegging av mulige forståelser av tekster og handlinger. Metodens fordel er blant annet fleksibiliteten i den.

Valg av metode i klinisk forskning skal bestemmes av problemstillingen (Friis & Vaglum, 1999). Med kvalitative metoder menes forskningsprosedyrer som gir beskrivende data og som undersøker hvor fenomener oppstår. Dette vil si menneskers egne skrevne og talte ord eller observerbare atferd. I kvalitative studier fokuserer man ofte på et innenifra-perspektiv. Ambisjonen er å fange betydning og tolkninger i dyptgående intervjuer, observasjoner eller tekster. Her er det ofte snakk om et stort antall variabler på et lite antall individer, og et fokus på det unike snarere enn det generelle (Olsson & Sørensen, 2003; Dalland, 2001).

Prosjekter basert på kvalitativ metode skiller seg fra kvantitative i synet på forhåndskunnskap, forforståelse. Ved å klargjøre forforståelsen angir en utgangspunktet for tolkningen (Olsson & Sørensen, 2003). Malterud (2011) skriver at i kvalitative forskningsmetoder skal ikke jeg som forsker prøve å utslette meg selv. Tvert imot, arbeide aktivt, slik at jeg kan bli kjent med min egen rolle. Betydningen av egen forforståelse og den teoretiske referanserammen som er valgt, er særlig viktig.

PMF er en behandlingsmetode der kroppen er innfallsporten. Det opereres ikke med skarpe skiller mellom følelsesmessige, psykologiske og kroppslige reaksjoner. Mennesket er ikke delt i to. Mennesket er ikke både psyke og soma, men alltid begge deler på samme gang (Thornquist & Bunkan, 1986). Innenfor dette området har det vært mer vanlig å forske på

hvordan de ulike fenomenene oppleves for mennesket. På bakgrunn av dette mener jeg at det vil være naturlig å velge en kvalitativ metode med et fenomenologisk og hermeneutisk utgangspunkt.

Ved å bruke denne metoden håpet jeg på å få frem kunnskap basert på egenerfaring i terapien, hos den enkelte terapeut. Jeg mente at individuelle dyperegående intervjuer ville gi meg muligheten til å kunne få frem ettertenksomhetens tanke, gjennom refleksjoner fra psykomotoriske fysioterapeuters praksishverdag. På denne måten ville jeg sannsynligvis komme lenger inn i nettopp dette området. Dette fordi den enkelte ikke blir sittende å forsvare seg og sitt arbeid eller få diskuterte løsninger og svar, som jeg mente en kunne få ved å foreta intervju med flere på samme tid, - som f.eks. ved fokusgrupper.

Informantene var psykomotoriske fysioterapeuter som ga meg innblikk i deres tanker og erfaringer - fra deres egne arbeidshverdager. Dette vil si en deskriptiv studie, - fordypende deskriptiv, da jeg allerede hadde noe kunnskap om temaet, men ønsker å få en mer grundig og detaljert kunnskap om:

### **Psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid**

#### Psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner

#### **4.2 Utvalg, informasjon og forespørsel om intervju**

Jeg foretok dyptgående intervju av 10 fysioterapeuter som hadde videreutdanning innen psykomotorisk fysioterapi. De arbeidet i praksis der de hadde kontakt med pasienter. Dette ble i hovedsak terapeuter som bor og arbeider på Østlandet. Jeg valgte terapeuter ut fra geografisk spredning, de skulle ha en så bred erfaringsbakgrunn og alderssammensetning som mulig. Informantene var i alderen fra 30 år og til over 60 år. Begge kjønn var representert.

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) er en av flere organisasjoner for fysioterapeuter i Norge, og de er også den største. I telefonsamtale med Norsk Fysioterapeutforbund 12. mars 2012 fortalte de at det var 498 psykomotoriske fysioterapeuter registrert med takstkompetanse i Norge. Takstkompetanse vil si at de har godkjent videreutdanning og kan heve A9 takst fra Helseforvaltningen (HELFO). På hjemmesiden til Norsk Fysioterapiforbund; [www.fysio.no](http://www.fysio.no), ligger det oversikt over medlemmer med bl.a. videreutdanning innen psykomotorisk fysioterapi. Disse har samtykket i å ligge ute med navn, e-postadresse, arbeidssted og



---

telefon. På disse sidene fant jeg 371 terapeuter og av disse var 37 menn (Norsk Fysioterapeutforbund, 2012).

Informantene arbeidet innenfor kommunene, i privat praksis på driftstilskudd og i spesialisthelsetjenesten. Ikke alle psykomotoriske fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten er registrerte under Norsk Fysioterapeutforbunds hjemmesider. Jeg brukte derfor nettsidene til: [www.gulesider.no](http://www.gulesider.no). Dette vil si at jeg fikk tilgang til telefonnumrene til informantene gjennom nettsidene til: [www.fysio.no](http://www.fysio.no) og [www.gulesider.no](http://www.gulesider.no) (Norsk Fysioterapiforbund, 2012; Gule sider, 2012). Jeg ringte til arbeidsplasser i spesialisthelsetjenesten og fikk kontakt med noen av informantene på denne måten. De fleste informantene er å finne i gruppen som arbeider i privat praksis. Av 14 personer som fikk forespørselen om å delta som informant ble 10 intervjuet.

I Kvale og Brinkmann (2009) står det at informert samtykke betyr at informantene blir gitt informasjon om det overordnede målet for undersøkelsen, fellestrekk i designen og eventuelle risiko eller fordeler ved å delta. Informert samtykket innebærer også at informantene deltar frivillig og at de har mulighet til å trekke seg ut om de selv måtte ønske det.

Jeg utformet et dokument, som skulle sendes til informantene; "Informasjon og forespørsel om intervju", som også inneholdt en samtykkeerklæring (vedlegg 2).

Deretter ringer jeg og fortalte de hvem jeg var og hvorfor jeg ringte. Jeg spurte om de ønsket å motta et informasjonsskriv, "Informasjon og forespørsel om intervju". De som takket ja til dette fikk informasjonen tilsendt på e-post. I samtalen på telefonen sa jeg også at de som etter å ha lest informasjonen som ble sendt, ønsket å være med som informant, vennligst måtte ta kontakt igjen snarest mulig. Dette kunne de gjøre på telefon eller e-post. På forhånd hadde jeg bestemt at de jeg ikke hørte fra, etter første kontakten, tok jeg heller ikke kontakt med igjen. Jeg ringte i alt 14 personer. 1 ønsket ikke å få tilsendt informasjonen og takket nei. 2 takket nei etter at de fikk tilsendt informasjonen. 1 ringte og sa seg interessert i å delta som informant etter at datainnsamlingen var avsluttet. 10 takket ja.

### 4.3 Datainnsamling

I henhold til Kvale og Brinkmann (2009), er det kvalitative intervjuet som en inter-personlig situasjon. Der to parter møtes og samtaler om et tema som begge parter har interesse for. Kunnskapen skapes da i skjæringspunktet mellom intervjuerens og intervjuedes synspunkter.

Intervjuet er en dialog mellom minst to personer. Å skape et samarbeidsvillig klima er viktig, la personen føle seg viktig. La personen få snakke ut (Olsson & Sörensen, 2003).

Jeg utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 3) som inneholdt 6 spørsmål med mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene var utarbeidet med bakgrunn i erfaringer fra egen praksis, samtaler med kolleger, lesing av teori og tidligere forskning. Disse spørsmålene skulle være av åpen karakter.

Jeg foretok 2 prøveintervjuer. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at en kan ta informanter med på råd for å se om spørsmålene vill fungere i en intervjusituasjon. Jeg fikk gode tilbakemeldinger som førte til at jeg endret noe på rekkefølgen i spørsmålene.

Informantene valgte selv hvor intervjuet skulle være. Intervjuet foregikk på arbeidsplassen til 9 av dem, mens 1 intervju ble holdt hjemme hos informanten. På telefon ble intervjuenes tidspunkt bestemt. Før intervjuet ble startet skrev informanten under det informerte samtykke. Dette var sendt til den enkelte informant i forkant. Jeg brukte diktafon under intervjuet. Intervjuene foregikk uforstyrret, helt uten avbrudd fra telefoner eller henvendelser fra kollegaer eller andre. Intervjuene tok fra 1 time og opp til bortimot 2 timer.

Etter at jeg hadde foretatt mitt første intervju ble det foretatt ytterligere justeringer. Dette ga i de neste intervjuene en bedre sammenheng. Jeg så også at for hvert enkelt intervju som ble tatt økte fleksibiliteten i intervjuet og samspillet mellom informant og forsker ble stadig endret, stort sett til det bedre. Intervjuene ble gjennomført i perioden 17. mars til 28. mars 2012.

I intervjuene må jeg som intervjuer fininnstille min evne til å lytte til intervjupersonens forestillingsverden. Til dette trenger jeg kunnskap om temaet og evnen til å sette denne kunnskapen i parentes. Å møte intervjupersonens fortelling naivt og undrende. Ihht. Hummelvoll og da Silva (1996), er dette viktige forutsetninger for å skape ny kunnskap, - som gjør en forskjell og som er verdt å lese for andre.

Transkripsjonen ble gjort verbatim. Jeg transkriberte intervjuene selv etter hvert som de ble foretatt. Jeg skrev så langt det lot seg gjøre, talen rett av, i bokmålsform, uten dialektuttrykk. Der det var tenkepauser satte jeg dette inn som tekst i transkriptet. Var det enkelte ord som ble spesielt vektlagt med forsterket trykk, så ble dette understreket i teksten. Noen få steder var det vanskelig å få tak i det som ble sagt, dette ble merket med ord i teksten.

#### 4.4 Analyse

I analysearbeidet lot jeg meg inspirere og fulgte i hovedtrekk Malteruds, Systematisk tekstkondensering, som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. Jeg har foretatt en datastyrt analyse. I den datastyrte analysen blir enheter i teksten identifisert som igjen gir grunnlaget for dannelsen av kategorier. Dette danner grunnlaget for reorganisering av teksten og som fører til at meningsinnholdet kommer frem på en god måte (Malterud, 2011). Resultatene er drøftet mot den teoretiske referansen i diskusjonsdelen av oppgaven.

Nedenfor er analysens fire punkter, innenfor systematisk tekstkondensering, disse er hentet fra Malterud (2011).

- 1) I første analysetrinn startet jeg med å lese de transkriberte intervjuene for å få et bedre sammenhengende bilde. Det å være åpen for informantene, meg selv og min forforståelse var viktig også her (ibid.). Jeg startet med å finne temaer disse ble: Hva kan PMF bidra med. / Terapeutens rolle. / Samtalens betydning. / utfordringer i terapien.
- 2) I andre analysetrinn gikk jeg inn og fant de meningsbærende enhetene (ibid.). Som eksempel noterte jeg: K.1. Side X foran hver meningsbærende enhet (som står for nummeret som det enkelte intervjuet hadde fått tildelt i analyseprosessen og jeg noterte ned fra hvilken side i intervjuet jeg hentet den meningsbærende enheten fra.) Dette satte jeg opp i tabeller på dataen og forsøkte å sortere de opp mot temaene i første analysetrinn (ibid.).
- 3) I tredje analysetrinn ble kodegruppene delt inn i subgrupper. Så abstraherte jeg innholdet i hver kodegruppe ved å lage et kondensat av de meningsbærende enhetene. Kunstig sitat ble dannet, forankret i data for å fortette innholdet fra subgruppene. "Gullsitater" ble valgt ut for å illustrere det som er abstrahert (ibid.).

- 4) I fjerde analysetrinn sammenfattes kunnskapen fra kodegruppene og subgruppene. De kondenserte tekstene og utvalgte sitatene blir for hver kodegruppe omdannet til en analytisk tekst. Hver enkelt subgruppe får sitt eget avsnitt. Resultatene fra forskningsprosjektet er da kommet fra den analytiske teksten. "Gullsitatene" vurderes om de utdyper innholdet i den analytiske teksten. Deretter lages det en overskrift som beskriver hva dette handler om. Avslutningsvis skal funnene som er de analytiske tekstene og eventuelt de nye begrepene igjen valideres opp mot den teksten de ble tatt ut ifra, - datamaterialet (ibid.).

## **4.5 Datakvalitet**

I henhold til Kvale og Brinkmann (2009) samt Olsson og Sørensen (2003) er det flere viktige områder innenfor metode og metodevalg. De tar for seg validitet, reliabilitet, generaliserbarhet og presisjon som betingelser for vitenskapelig kunnskap. Jeg vil nedenfor ta for meg de tre første begrepene.

### **4.5.1 Validitet**

Kvale og Brinkmann (2009) sier at valideringen går igjennom hele forskningsprosessen. Dette handler om undersøkelsens fokus, mitt valg av informanter, datainnsamlingen og analysen. Måler jeg det som skal måles. Er metoden jeg bruker egnet for å undersøke det den skal undersøke. Dette handler om kunnskapens gyldighet. At det ikke finnes systematiske målefeil. Kan mine kvalitative individuelle intervju, undersøke det som skal undersøkes. Er spørsmålene i min semistrukturerte intervjuguide, dekkende for å få frem den erfaringen og kunnskapen som mine informanter er i besittelse av.

Mine informanter var av begge kjønn. De hadde ulik erfaringsbakgrunn da de var i ulike aldre. Informantgruppen har med sin felles yrkesbakgrunn også en sannsynlighet for sammenfall i sin forforståelse. Jeg som psykomotorisk fysioterapeut og være i rollen som forsker og skulle gjennomføre intervjuene, fører til at informant og forsker lettere kan forstå hverandre. Gjennom hele prosessen har jeg ført en prosjektlogg som jeg stadig vender tilbake til. Alt dette bidrar til intersubjektivitet, i denne masteroppgaven, mener jeg.

En annen side ved validiteten er metoden for datainnsamlingen og den mengden av data som jeg fikk. De 10 intervjuene jeg hadde ga meg et rikt materiale, 297 transkriberte sider, noe

---

som jeg opplevde var tilstrekkelig for å få belyst min problemstilling. Jeg opplevde at materialet var stort, men ikke for stort. Etter gjentatte lyttinger på lydopptaket og påfølgende transkribering opplevde jeg det enklere å gå i gang med analysen. Jeg hadde under intervjuene notert meg på et eget ark i stikkordsform, hva som ble vektlagt av informanten under de ulike spørsmålene. I tillegg noterte jeg ned kroppslige reaksjoner som informanten hadde, som kunne være med på å presisere viktigheten av det som ble sagt. Jeg forsøkte også i intervjusituasjonen, å foreta en oppsummering etter hvert enkelt hovedspørsmål, før vi gikk videre til neste spørsmål.

#### **4.5.2 Reliabilitet**

Får jeg samme resultat hver gang jeg foretar et intervju. Ville informanten endre svaret i intervjuet med en annen forsker. God validitet forutsetter god reliabilitet. God reliabilitet er ingen garanti for god validitet (Kvale & Brinkmann, 2009).

At jeg som forsker er mitt eget forskningsinstrument kan også ha påvirket informantene. At jeg som de, har samme utdanning som psykomotorisk fysioterapeut, vil kunne ha påvirket de i deres svar. Eller som Malterud (2011) skriver så kan det være viktig å undre seg over hvilken påvirkning forskeren har for hvordan informanten svarer. Alle intervjuene jeg foretok ble holdt på arbeidsstedet til den enkelte informant, unntatt 1 intervju som ble holdt hjemme hos informanten. I hvilken grad dette påvirket informantene er uvisst men de valgte selv stedet og en kan tenke at de følte seg trygge ved å være på kjent sted.

Forforståelsen blir beskrevet av Malterud (2011) som ryggsekken vi tar med oss inn i forskningprosjektet, før prosjektet starter. Fallgruven kan være at jeg lar min forforståelse overskygge den kunnskapen som dataene fra intervjuene har gitt meg. Min yrkesfaglige bakgrunn er med på å skape noen premisser og en tolkningsramme som jeg hele veien i forskningsprosessen må være meg bevisst. Faren for å påvirke respondenten er kjent gjennom forskningseffekten (Olsson & Sörensen, 2003). Malterud (2011) skriver at det ikke er snakk *om* hvorvidt forskeren påvirker prosessen, - men *hvordan*.

Jeg gjennomførte to prøveintervjuer, før jeg startet intervjuene. Ett med en psykomotorisk fysioterapeut og ett med en fysioterapeut. Der fikk jeg tilbakemelding på spørsmålene i den semisrukturerte intervjuguiden og på min rolle som intervjuer. Jeg justerte intervjuguiden etter begge prøveintervjuene og forsøkte å la informanten få mer tid til å utdype svarene på de ulike spørsmålene ved bl.a. å stille flere oppfølgingsspørsmål.

---

Kvale og Brinkmann (2009) skriver om asymmetriske maktforhold i kvalitative forskningsintervjuer. Intervjusituasjonen er ikke en dagligdags samtale. Det er jeg som definerer intervjusituasjonen, bestemmer temaet for intervjuet, stiller spørsmål, bestemmer hvilke svar som skal følges opp og avslutter intervjuet. Selv om jeg i intervjusituasjonen fokuserte på å være tilstede så kan informanten ha blitt påvirket av mitt verbale eller nonverbale språk. Jeg fikk tilbakemelding fra mer enn en informant om at de opplevde det inspirerende og meningsfylt, å reflektere over egen arbeidspraksis, i en intervjusammenheng.

Gruppen av informanter var ikke en homogen gruppe. Det var forskjell i erfaringsbakgrunnen, alder, kjønn, noen arbeidet på driftstilskudd i privat praksis, noen i spesialisthelsetjenesten, noen av informantene hadde tatt sin videreutdanning tilbake på 1980 tallet, mens noen var utdannet etter 2000. Dette kan ha gjort noe med reliabiliteten. På samme tid er dette med på å gi informantene en enda bredere erfaringsbakgrunn som igjen vil kunne gjenspeiles i dataene.

#### **4.5.3 Generaliserbarhet**

Kvale og Brinkmann (2009) og Malterud (2011) skriver at forskning bare i helt sjeldne tilfeller kan gi allmenngyldige resultater. Malterud (2011) skriver at dette ikke fritar oss fra å stille spørsmål om overførbarhet. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at en vanlig innvending mot intervjuforskning er at generaliserbarheten er vanskelig, da det er for få informanter. De skriver at svaret kan være: Hvorfor generalisere?

Jeg kan si noe om den gruppen av psykomotoriske fysioterapeuter som jeg intervjuet. Jeg kan si noe generelt om et fenomen, innenfor den gruppen. Risikoen ved dette er at utvalget avviker systematisk fra hele populasjonen med hensyn til hva jeg registrerer og observerer. Utvalget kan bli skjeft og muligheten for å generalisere blir av den grunn mindre. På bakgrunn av dette kan jeg ikke dra noen slutninger om at dette gjelder for hele gruppen av psykomotoriske fysioterapeuter i Norge.

Det jeg derimot kan si er at masteroppgaven forhåpentlig kan ha en overførbarhet. Malterud (2011) skriver at funnene på en eller annen måte kan bidra til en forståelse som andre personer kan dra nytte av. Å stille spørsmålet om overførbarhet er også en måte å utforme den eksterne validitet. Gir funnene i denne masteroppgave mening utover seg selv, da taler det for overførbarhet. Håpet er at resultatene fra denne oppgaven kan bidra til å opplyse en annen problemstilling i en annen sammenheng.

## 4.6 Forskningsetikk

All forskning krever at vi som forskere holder oss til etiske prinsipper. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora har utarbeidet retningslinjer for forskerens etiske ansvar (NESH, 2006).

For medisinsk og helsefaglig forskning er det særlig Helsinkideklarasjonen, vedtatt i 1964, revidert sist i 2010, som er det sentrale dokumentet (WMA, 2012). Denne bygger igjen på Nürnbergkoden av 1946 (Dalland, 2001). Følgende fire grunnleggende etiske prinsipper gjelder i alle relasjoner mellom mennesker: Autonomiprinsippet, godhetsprinsippet, prinsipper om ikke å skade og til slutt rettferdighetsprinsippet (Olsson & Sörensen, 2003). Kunnskapskravet og beskyttelseskravet er verdier som er allment akseptert. Disse er bakgrunnen for de etiske reglene for humanforskning. I en forskningsprosess blir det tatt etiske avgjørelser gjennom hele forskningsprosessen (ibid.).

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD), ble informert om min masteroppgave. Dette fordi alle forsknings- og student-FoU-prosjekter som forutsetter elektronisk behandling av opplysninger om personer og/eller manuell behandling av sensitive personopplysninger skal meldes til NSD (ibid.). Jeg meldte inn mitt prosjekt den 4. februar 2012. Jeg mottok brev fra de datert 8. mars 2012, om at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Det kom frem i brevet at behandlingen tilfredsstillte kravene i personopplysningsloven (vedlegg 1).

Det første prinsippet er autonomiprinsippet. Dette vil si at forskeren skal ha respekt for informantens integritet og verdighet. De skal selv velge om de vil delta som informanter i prosjektet. Frivilligheten til og delta er sentralt. Det skal ikke brukes overtalelse, press eller tvang overfor disse potensielle informantene. De må signere på et informert samtykke før forskningen kan starte med disse. Etter den første kontakten på telefonen, sendte jeg til de som ønsket mer informasjon, en e-post der jeg gjorde rede for at dette var en invitasjon til å delta, studiens hensikt, frivillighet til å delta, muligheten til å trekke seg underveis, at opplysningene ville bli behandlet konfidensielt og at datamaterialet ville bli anonymisert og slettet etter prosjektets slutt. De som ville delta ble oppfordret til å ta kontakt med meg på telefon eller e-post. Samtykkeerklæringen ble undertegnet før intervjuet ble igangsatt.

Det andre prinsippet er godhetsprinsippet (WMA, 2012). Forskningen skal være til nytte for den eller de som forskningen inviterer til å bli med. At de som deltar skal kunne oppleve

nytte av resultatene. Min forskning går på psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid, psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner. Dette vil si refleksjoner fra sin egen praksishverdag. Noen av informantene ga allerede etter intervjuet, tilbakemelding på at de opplevde deltagelsen som meningsfylt og positivt. Jeg får også håpe at både informantene og eventuelle andre lesere kan finne noe av verdi når masteroppgaven er ferdigstilt. I den ytterste hensikten kan også pasientene få nytte av min studie.

Det tredje prinsippet er prinsipper om ikke å skade (ibid.). Dette vil si at forskningen ikke skal skade de som ble med som informanter. Informantene og deres bidrag vil være ukjent for andre. Ingen vet hvem som har deltatt som informanter med mindre de selv har snakket sammen og fortalt dette selv. Informasjon om tredjeperson har blitt løftet frem ved eksempler under intervjuet, uten at dennes navn eller identitet er gjort kjent for forskeren. Datamaterialet har hele veien vært oppbevart på en forsvarlig måte i hele prosjektperioden.

Det fjerde prinsippet, er rettferdighetsprinsippet (WMA, 2012). Forskeren plikter seg til å verne om svake grupper og sørge for at disse ikke blir utnyttet på noen måte i forskningen. Ingen informasjon er gitt som kunne identifisere tredje person. Informantene i min studie er ikke å se som en svak gruppe. De har heller ikke blitt utnyttet på noen måte.

Det var viktig at jeg var tydelig på min rolle i disse kvalitative intervjuene. Jeg skulle være intervjueren og ikke en kollega som tar del i intervjuet, i menings eller erfaringsutvekslingen. Hermeneutikken fokuserer på hvordan jeg kan forstå og tolke mine omgivelser. På bakgrunn av den forståelsen jeg har oppnådd, - hvordan skal jeg handle? Dette er etikkens hovedspørsmål, ihht. (Aadland, 2002).



## 5. Presentasjon av resultater

I dette avsnitt presenteres resultatene fra analysen av intervjuene. Avsnittet innledes med en sammenfattende tabell. Dette for å gi en oversikt og for ytterligere å tydeliggjøre sammenhengen mellom analysen og empirien.

Tabell 1. I tabellen nedenfor gis en oversikt over de 4 temaene som analysen resulterte i, eksempel på meningsbærende enheter (1 fra hver subkategori), 9 subkategorier og 4 kategorier, fra analyse av intervjuer med psykomotoriske fysioterapeuter. Som det har fremgått i metodekapitlet kom hver og et av temaene til å samsvare med en kategori, i den videre analysen. På de påfølgende sidene presenteres resultatene.

Temaer	Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
Hva kjenner tegner PMF	"... det krever litt mot av pasienten hvis en skal få til et god, godt samarbeid ... pasienten får ikke til noen ting hvis han ikke tørr, men vi kan være med på å bidra til å dra frem det motet som pasienten ...".	Hva kan pasienten selv bidra med i PMF	Hva kan PMF bidra med
	"Jeg tenker at kroppen, det kroppslige, alle forhold er kroppslige, sånn at jeg møter folk på den måten. Og for meg er det like naturlig å være opptatt av deres psykiske helse som av deres fysiske helse. Og når man snakker med folk om det, ... sier jo alle; ja men det henger jo sammen, det henger jo sammen, det kjenner vi jo. Det er jo sånn".	Hva kan PMF bidra med for pasienten	
Terapeutens rolle	"En ting er det rent sånn terapeutiske men jeg vet at jeg bruker, mer av min side ... i forhold til å være pedagog. For meg er det viktig å få med det pedagogiske inn i det terapeutiske. Altså hvis man tar ..., en pedagogisk bit så må vi tilbake til kroppen ... og prøve å få, å gi vedkommende en forståelse om hvordan dette rent praktisk fungerer i din kropp".	Å være tilstede for pasienten	Viktige egen-skaper hos en psykomotorisk fysioterapeut
	"Jeg prøver bestandig før timen å ta noen minutter å rydde bort, det som har vært opp i hodet mitt, og samle meg om den som kommer".	Egen ivaretagelse som terapeut	
Samtalens betydning	"Altså, hva vet du om PMF? At det ofte kan være et litt avvæpnende spørsmål. At jeg kan si litt rundt det først, hvis de ikke vet så mye. Ææ, jeg klargjør veldig på at jeg spør men du må ikke, jeg bruker faktisk ordene; du må ikke vrenge sjelen din for meg. Du kan fortelle meg akkurat så mye eller så lite du vill, og det er helt greit for meg at du sier; Det har jeg ikke noe lyst til å snakke om. Ææ, men jeg sier at jeg har noen sånne standard spørsmål og bare la være å si noe hvis du ikke føler for det. Jeg må ikke vite alt".	Samtalen for å klargjøre og trygge	Samtalen i terapien
	"De bare svarer, ja det går bra. Og så kan jeg si sånn ja, det tror jeg. For det er noe du har vært utrolig flink til bestandig. Du mestrer jo og du tåler og du holder ut. Og, og det er jo en god strategi i noen sammenhenger. Men når du nå skal jobbe med endring så er det kjempeviktig at, ja det går bra, men hva er det du egentlig merker deg. Hva sier kroppen din, hva ville, hvis kroppen kunne snakke hva ville den ha sagt til deg"?"	Samtalen i forhold til kroppen	
Utfordringer i terapien	"Men jeg tenker at vi kanskje skulle si at det er litt mer kortvarig behandlingsforløp. Også kanskje ta en pause og eventuelt komme tilbake, for jeg ser at det er veldig ressurskrevende, for jeg tenker samfunnsøkonomisk ... når vi bruker så lang tid på hver, hver pasient vi får. Så vil det hele tiden oppmagsinere seg en venteliste da".	Lang ventetid skaper utfordringer	Dagens utfordringer i terapien
	"Avhengigheten som kan komme i et pasient terapeut forhold, og at en del kan lene seg for mye på terapeuten ..., det synes jeg hele tiden er en utfordring som både er spennende og som er vanskelig ...".	Avslutning av terapien	
	"... ser man veldig stor forskjell på hvilke leger som bruker oss mye og hvilken leger som ikke bruker oss i det hele tatt. Ææ, å det er stor forskjell på hvor ivrige de er på samarbeid. Jeg synes kanskje legene de, det ser ikke ut som om de har fått noe mere tid til samarbeid. Kanskje nesten tvert i mot. ... jeg skulle nok kunne tenke meg et mye mere samarbeid med legene, med henvisende leger. Vi får det jo til, men det krever en del og det krever, ... i første rekke initiativ fra meg".	Samarbeid med andre fagpersoner	

## 5.1 Kategori 1: Hva kan PMF bidra med

I denne delen av oppgaven, bruker jeg betegnelsen informantene om terapeutene. Er teksten direkte tilknyttet en behandlingsprosess, har jeg valgt å bruke terapeut/terapeutene som betegnelse.

Psykomotorisk fysioterapi er en metode som tar utgangspunkt i hele kroppen, pasientens levde liv og hvordan dette kan sette seg i kroppen. Symptomer opprettholdes og forsterkes gjennom år og blir etter hvert oppfattet som kroniske. Psykomotorikere forsøker å sette enkeltdelene i kroppen der pasienten beskriver plagene sine, - inn i en større sammenheng, inn i en kroppslig forståelse. Følgende sitater kan illustrere dette:

*”En forståelse og tilnærming til folk som tar utgangspunkt i der folk er. Og at det er folk selv som er ekspert på sin egen kropp og sin helse. Men vi har kunnskap, ... om kropp og helse. Og har på en måte et sett av tilnærminger som kan utforskes, for den enkelte da”.*

*”Det er ikke en metode jeg lærte som jeg har brukt på samme måten fra jeg lærte den til i dag. Det er en utvikling i meg i forhold til hva jeg, jeg tenker og hvordan jeg forstår både meg selv og de som kommer hit”.*

En informant sa at psykomotorisk fysioterapi har en viktig plass innenfor området psykisk helse:

*”Vi har en viktig rolle innenfor det med psykiske helse fordi jeg tenker jo at vi er kanskje den yrkesgruppen som tar med seg kroppen og følelsene. På en god måte, jeg kan ikke si at andre ikke gjør det, men jeg vet at vi gjør det og at vi der har mye å bidra med. Både når det gjeld de med lettere psykiske lidelser og de med litt alvorlige psykiske lidelser”.*

### Hva kan pasienten selv bidra med i PMF

Før pasientene kommer til psykomotorisk fysioterapi har de gått med plagene sine lenge og de har ofte forsøkt ulike typer behandlinger. Mange av dem har opplevd krenkelser og traumer. Etter hvert har de utviklet angst. Når pasientene begynner i terapi og terapeuten kommer litt bakenfor angsten, er det stress og manglende grensesetting, de ofte finner. Pasientene skal være flinke. Flink pike eller gutt syndromet, er ikke uvanlig. Pasientene skal strekke til i alle bauger og kanter, forteller informantene.

*”Jeg tenker dette er et utslag av den tiden vi lever i ... og kanskje sånn kjønnsrollemønster greier, som henger igjen litt i at det har vært mye kvinner som har blitt dobbeltarbeidende, fordi man tok med seg for mye av husmor rollen videre inn i det å likevel skulle ha fulle jobber. Rollemønstrene og hvordan takle de nye krava til livet, hvordan forandre på sine egne holdninger til sine formødre og forfedre. Dette gjelder også menn. Jeg tenker i forhold til rollene man er forventet å stille opp i, og hvordan skal vi få til å endre våre tanker om roller i forhold til at samfunnet endrer seg”.*

Informantene mener at pasientene er nødt til å bidra selv i terapiprosessen. De må selv ønske en endring og være motivert for nettopp dette. Å erkjenne at situasjonen er slik som den er nå, er et viktig utgangspunkt for å arbeide seg ut av den uønskede situasjonen. Informantene sier at det ikke er sikkert at terapien endrer noe. Men ved at terapeutene stiller spørsmål som får pasienten til å bli mer bevisst sine egne, både mentale og fysiske mønstre, kan behandlingen være med på å gjøre en forskjell.

*”Jeg kan ikke bidra med noe dersom de ikke vil selv, eller klarer selv”.*

*”Det handler om at de har kjørt seg fast, i måten de har håndtert ting på i livet sitt”.*

*”Ikke bare prestere, også å oppleve”.*

*”... det krever litt mot av pasienten hvis en skal få til et god, godt samarbeid ... pasienten får ikke til noen ting hvis han ikke tørr, men vi kan være med på å bidra til å dra frem det motet som pasienten ...”.*

Pasienten som kommer skal føle seg trygge. Dette er viktig for at de skal kunne fortelle om sin egen situasjon, sitt behov og ikke minst oppleve kroppslige endringer.

*”Det å komme med, å kunne presentere egne behov er jo veldig fremmed for særlig mange av de som kommer til oss”.*

Informantene sier at før en kan kreve at pasienten er motivert for behandling må pasienten vite hva han går til. Det at pasienten kan åpne opp for sin egen nysgjerrighet og ha et ønske om å kunne erfare og lære noe, trekkes frem som viktig.

*”... om du ikke vet hva denne behandlingsformen innebærer så kommer du langt hvis du nå prøver å åpne opp for din egen nysgjerrighet og blir litt engasjert og stille deg en del spørsmål, undring, undring, undring, undring. Du og jeg skal ikke finne opp kruttet sammen men svarene ligger i deg og din kropp. Jo mer du undrer deg og tar med deg undringen hit, jo mer kan vi to undre oss sammen. Og så tror jeg at du finner frem”.*

*”Hva vi opplever om dagen..., hva slags tanker vi har, hva slags følelser vi har og hva slags reaksjoner vi får i kroppen, ... og så forstå at det er slik”.*

Noen av informantene beskriver psykomotorisk fysioterapi som et verktøy eller en metode der pasienten selv får ansvaret for å bedre egen helse. De opplever dette positivt da det gir muligheter for å møte pasientene på en annen måte.

*”Et verktøy der jeg faktisk får oppleve at jeg har mindre ansvar å hjelpe pasienten videre, mens pasienten på en måte får et større ansvar for å bedre sin egen helse. Samtidig som jeg opplever at selv om jeg tar mindre ansvar, ikke det at jeg tar mindre ansvar, men det er ikke jeg som skal bære ansvaret. Så opplever jeg at jeg har fått mer tid og en kunnskap som gjør at jeg kan møte pasienten med de plagene han har, på en helt annen måte enn tidligere”.*

Mange av informantene gir pasientene øvelser de kan bruke hjemme mellom hver time. Dette gir pasientene en opplevelse av å gjøre noe som er godt for dem selv.

*”Det er forskjell på det å spenne og slippe og blir de veldig raskt oppmerksomme på kjeven sin. De alle fleste, ... blir obs på at de faktisk har kjevespenninger, uten at de har tenkt over det før. Å da sier jeg at det er en enkel hjemmeoppgave å lea litt på kjeften innimellom da, he, he”.*

Det er noen pasienter som vanskelig lar seg endre i en terapiprosess, forteller informantene. Det kan være ulike årsaker til dette. Det som oppleves som en felles utfordring hos disse pasientene er ofte forbundet med pasientens opplevelse av at det må være noe somatisk galt.

*”De du ikke kommer noen vei med, det er de som ... forneker denne sammenhengen mellom kropp og sjel og som tvholder på at det er noe somatisk. Så det er noe galt med meg, somatisk galt da. Som åpner veldig lite opp for den psykologiske biten ...”.*

*”Folk har ikke tilgang ... til når de skal si ja og når de skal si nei, for det er nemlig noe man må lytte innover for å vite. Så jeg tror, jeg tror ikke alltid det hjelper å bare snakke om det”.*

### **Hva kan PMF bidra med for pasienten**

Informantene forteller at pasienten selv er eksperten på egen kropp. Selv om pasienten opplever sin kropp som før, vedrørende kroppslige plager, så kan pasientene takle sine utfordringer bedre, da de føler seg roligere og tryggere. De forteller videre at pasientene etter hvert forstår, at ulike spenninger eller smerter, kan være forårsaket av hvordan de som mennesker påvirkes av den hverdagen og det livet de har levd og lever. PMF kan være med å øke forståelsen, bevisstheten og innsikten, hos pasientene. På den måten kan de se og kjenne sine kroppslige plager og håndterer disse bedre. Stress i hverdagen setter seg på ulike måter, alt etter hvem de er og hvilket kroppslig forsvar den enkelte har.

*”Jeg tenker at kroppen, det kroppslige, alle forhold er kroppslige, sånn at jeg møter folk på den måten. Og for meg er det like naturlig å være opptatt av deres psykiske helse som av deres fysiske helse. Og når man snakker med folk om det, ... sier jo alle; ja men det henger jo sammen, det henger jo sammen, det kjenner vi jo. Det er jo sånn”.*

*”Nå er jo kroppen ikke bare den vi har, men også den vi er”.*

*”Vi skal tilbake til kroppen, og kroppen er her og nå”.*

*”... bidra med alt i fra bedre ren kroppsbevissthet, til bedre innsikt i hvordan de ulike symptomene henger sammen med historien. Til det å få mer trygghet og ro i kroppen .... Jeg tenker jo at vi har noe å bidra med hos de fleste nesten, hvis de vil selv”.*

*”At du kan reflektere mer over egne signaler som kroppen har der. Større trygghet, at du da gjennom det også lettere kan akseptere at kroppen reagerer slik som den gjør”.*

Det er av informantene trukket frem flere faktorer av betydning innenfor PMF. Det de kjenner og registrerer gjennom sine fingre og hender, det som pasienten formidler gjennom kropp og ord og ikke minst sammen med respirasjonens betydning. Terapien kan bidra til å være en døråpner til det indre hos den enkelte.

*”Mye handler om ... å være oppmerksom tilstede”.*

*”... fordi du nå blir romsligere i pusten så, så får du mindre angst. Man kan hverken love sånn eller si at sånn er det. Men det skjer noe med det følsomme. Kroppen er følsom”.*

*”Få større refleksjon og nyansering i hvordan kroppen reagerer og at du ikke får panikk fordi om at du kjenner symptomer som virker litt, kan virke litt rare og uforståelige og skremmende”.*

*”Så tenker jeg at når vi jobber med kroppen og det blir andre erfaringer i kroppen så endres følelser, æ tanker, forestillinger”.*

*”Respekten for kroppen som talende, uttrykkende ... pustende og spenningsregulerende”.*

I oppstarten på en terapiprosess kan det synes som om det er vanskelig for pasienten å skjønne sammenhengen mellom kropp, tanker og plager. Det er en ny måte å tenke på for pasientene, forteller informantene. Det blir fortalt at terapeutene kan bidra med kroppslig og mental bevisstgjøring, på ugunstige mønster og vaner som pasientene befinner seg i. Deretter kan terapeutene hjelpe dem til å forholde seg til, dette på nye måter.

*”Vi prøver å sette litt ord på og konkretisere, for nettopp da å se og vise sammenhenger mellom tanker, følelsesliv og kropp”.*

*”Jeg har inntrykk av at det er et eller annet som klenger hos dem som gjør dem nysgjerrig, ja det her forstår jeg ikke noe særlig av, men likevel så, så skaper det en slags nysgjerrighet som gjør at dem, det er ikke så uforståelig likevel. Kanskje det er noe sånn gjenklang i noe som ligger som spor i, i oss ... på et eller annet vis likevel”.*

Informantene forteller om viktigheten av at de tror på sine pasienter og deres historier. I tillegg er det også svært viktig at noen er interessert, har tid til å lytte til pasienten og lar han få snakke ut.

*”At jeg tror på dem, ... tørr ikke vise seg ute nesten ..., det er så skam når de føler at folk ikke tror på dem”.*

*”At noen faktisk er interessert i dem, og jeg tror jo at nettopp det handler om faget vårt. At vi faktisk er interessert i dem”.*

*”Det bærende elementet videre, at du har tro på at du kommer videre med ting. Ha tillit”.*

*”... jeg tror jeg er veldig interessert i folks historier. Og da tenker jeg også kroppshistorier...”.*

Informantene forteller at det å øke den kroppslige kontakten er et av de områdene som PMF kan bidra til, i bevisstgjøringsarbeidet. Dette bidrar til at følelsene og selvfølelsen til pasientene, blir berørte.

*”Kjenne kroppen, ...at de trenger den for å kjenne sin egen kroppsvarme”.*

*”Jeg tenker jo at det å jobbe med kroppen er jo å jobbe med følelsene og selvfølelsen og hele mennesket. ... synes på noen så kan se tydelig at de blir sikrere på hvem de er, på en måte ... etter hvert”.*

Å ufarliggjøre de kroppslige plagene gjennom det å gjøre de forståelige og håndterbare, er sentrale områder innenfor PMF, sier informantene. Gjennom terapien øker pasientenes innsikt og forståelse av egen kropp og de kroppslige plagene de plages med.

*”Det er viktig for pasientene å kunne se meningen med, eller at de klarer å se historien sin og symptomene sine i lys av historien sin. At de ser en sammenheng i livshistorien sin og symptomene og at det på den måten blir forståelig hvordan ting har blitt slik som det har blitt”.*

*”Forstå og håndtere, plagene sine. For det er jo ikke alle som blir kvitt plagene. Men hvis man ikke blir redd når ryggen blir vond eller angsten kommer, eller man får noen måter å, du kan jo si at kroppen kan brukes som et slags redskap til å håndtere, ææ og det å forstå. Og i mange tilfeller så er det liksom, når det gjelder angst f.eks. angst for angsten, så det å bli trygg på at jeg har noen muligheter når den angsten kommer”.*

*”Jeg tenker jo at det å jobbe med kroppen er jo å jobbe med følelsene og selvfølelsen og hele mennesket, ... på noen så kan se tydelig at de blir sikrere på hvem de er på en måte ...”.*

*”... der jeg klare å stille spørsmål som er meningsfulle eller og være der de er på en måte, at det blir forståelig og meningsfullt for de, tenker jeg jo er et poeng”.*

Berøring i terapien blir omtalt av flere av informantene. Det er mange måter å berøre et annet menneske på. Berøring kan dreie seg om noe som blir formidlet verbalt eller kroppslig. Berøring gjennom mandatet som terapeuter har til å berøre. Denne berøringen kan eksempelvis være massasjen, som kan gjøres i terapien. De omtaler kraften som ligger i nettopp dette i terapien.

*”Så berøring i seg selv er et veldig følsomt instrument og som er like viktig som veiledning, tenker jeg, i den behandlingsformen vi driver... Det er jo det fine med denne her behandlingsformen, tenker jeg, med at her er det tillatt å ta på, å pasientene er inneforstått med at når de går til fysioterapeut, så gjelder det og berøring...”.*

*”Jeg tror det er mye mer kraft i det enn det vi fysioterapeuter aner. Og det synes jeg har mye erfaring for i forhold til, til det med psykisk uhelse eller psykiske lidelser. For man er så vandt med at psykiske lidelser behandles med samtaler og eventuelt medikamenter da. Æ, og så tenker jeg at veldig mange av de jeg får, som har psykiske lidelser de har jo pratet veldig mye. Og mange av dem har et veldig intellektuelt forhold til å snakke om seg selv. Mens det med kroppen, den har sitt språk som er umiddelbart og utilsørt, altså på en annen. Så det er mye kraftigere tror jeg i mange tilfeller. At det rører, det rører og berører, altså ved å berøre berører man, på en annen måte”.*

*”Det kan være en, en voldsom berøring på kroppen som ikke berører de i det hele tatt. I forhold til sånne følelser, minner eller hva det er. Ææ, og så kan en ha samme berøring neste time, som åpner opp for noe”.*

## **5.2 Kategori 2: Viktige egenskaper hos en psykomotorisk fysioterapeut**

Det ble trukket frem ulike egenskaper i terapeutrollen, som ansees som viktige i terapien. En av disse og som en overbyggende egenskap var det å være til stede med hele seg. Det å være trygg på seg selv, lyttende, nysgjerrig og undrende. I tillegg til det å skape tillit, trygghet, være aksepterende og respekterende i sin terapeutrolle, i forhold til pasienten.

*”... jeg tenker som så at i åpenheten ligger jo også mye tillitt, tillitt og trygghet og jeg tror den må være gjensidig. Det blir jo vanskelig å, å gå inn ehh som pasient hvis du ikke kan føle at du kan ha en åpenhet og trygghet overfor terapeuten”.*

*”... en person som pasienten kan støtte seg til, som en kan føle, oppleve trygghet til, ... psykomotorikere kan være en person som stiller spørsmål, stille avklarende spørsmål, som får... den personen ... til å bli mer bevisst på de problemene han har, at han får ryddet mer opp, litt mer struktur i plagene sine, i livet sitt, i mestringsen sin”.*

### **Å være tilstede for pasienten**

Informantene forteller at det er viktig å legge premissene for terapien tidlig i prosessen. Selv om pasientene er opplært til å mene at det er fysioterapeuten som vet best. Det er derfor viktig at terapeutene er tydelige på sin rolle og sine grenser.

*”Jeg kan ikke kjenne hvordan du har det. Sånn legger noen premisser, eller hva skal jeg si første gangen. Ganske tidlig i møtet med folk ... Synes folk er veldig oppdratt til å tro at vi fysioterapeuter vet best. Og de tror faktisk mange at vi kan kjenne hvordan de har det. At vi kan se og kjenne og at vi kan, er sånne som ser tvers igjennom dem og ... det synes jeg er viktig å si noe om, at jeg sitter ikke å tolker men forholder meg faktisk til det de sier og de vet og de kjenner”.*

Informantene fortalte at det er viktig å være tydelig på hva de som terapeuter kan bidra med. Det å vise i ord og handlinger at de bryr seg om pasienten. Det å opptre respektfullt bidrar til å skape trygghet og tillitt til pasienten.

*”Forsøker å være tydelig med å beskrive hensikten med det jeg gjør. Det tenker jeg er både avklarende for pasienten, i tillegg til at det krever at jeg, at jeg er målrettet med det, med de tiltaka som jeg, som jeg gjør, ja”.*

*”Jeg prøver i hvert fall å formidle at jeg respekterer de der de er, akkurat nå”.*

*”At den andre kan etter hvert stole på med å få tillit til meg og at vi møter hverandre. At ikke jeg prater om noe som er mer på en annen plass enn der pasienten er. Det må bli meningsfylt for den andre”.*

Informantene ser på seg selv som terapeut, da som både fysioterapeut og psykomotorisk fysioterapeut. En del av informantene sier også at de i tillegg til dette ser på seg selv som en veileder og pedagog. De bruker ulike deler av sin kompetanse, alt etter hva den enkelte pasient krever av tilnærming. Mange av pasientene er ute etter veiledning og råd, forteller de.

*”En ting er det rent sånn terapeutiske men jeg vet at jeg bruker, mer av min side ... i forhold til å være pedagog. For meg er det viktig å få med det pedagogiske inn i det terapeutiske. Altså hvis man tar ..., en pedagogisk bit så må vi tilbake til kroppen ... og prøve å få, å gi vedkommende en forståelse om hvordan dette rent praktisk fungerer i din kropp”.*



*”... men da slo det meg ofte at det blir på en måte å veilede. Så det blir egentlig mange roller her ... I veiledningen ligger jo pedagogikken ..., og i veiledningen ligger undringen. Og så skal du ha med deg terapi, terapeutrollen i tillegg”.*

De informantene som ikke definerer seg inn i veilederrollen forteller at de ser seg som terapeut og har det som sitt utgangspunkt.

*”Terapeut ... jeg liker å bruke det ordet, tenke på meg selv som terapeut. Ææ, men i det så ligger det jo veiledning, hvis en skal smake på det ordet. Så er det på en måte at jeg vet veien på en måte og skal lede dem, æ ja det er litt, litt i den, i det terapeutiske rommet jeg vil være ... Jeg liker ikke, jeg synes hele fysioterapistoltheten i hvert fall min identitet, blir litt borte ... Men terapeuttradisjonen vår med å kunne få til forandring, ikke bare forandring i mere styrke og utholdenhet men bli, bli mer kritisk”.*

*”Instruktør er, er retningen definert. Veileder er nesten definert mens i terapeut er det åpent, sånn som jeg ser det. Der vil jeg være, der trives jeg best”.*

Det å være trygg på egen rolle, følelser og ansvar trekkes frem av informantene som viktig. De er opptatt av mennesker og prosesser. Ingen pasient er lik og ingen prosesser er like. Prosesser som er fylt med forventninger.

*”Det er jo det at jeg er tryggere. Jeg er tryggere på meg og metoden vår, ... tryggere i møtet med pasienten. Og trygg på ansvaret på en måte, at jeg har ikke ansvar for alt ”.*

*”... det er også en utfylling i det å akseptere meg selv som ... levende i terapirommet. Ikke sant. Jeg godtar mer. I dag fungerte det dårlig fordi jeg lot henne prate for mye eller han for mye, eller jeg pratet for mye, eller jeg var ikke var nok ... Eller at jeg var stresset og ville bli fort ferdig, så jeg bare duret gjennom denne kroppen”.*

*”... jeg prøver jo hele tiden å jobbe med meg selv og mine egne følelser og forstå meg selv best mulig, å jobber mye med det med ansvar, hva det er i en behandlingssituasjon hva det er som er mitt ansvar og hva det er som er pasientens sitt, ja”.*

Informantene forteller om å møte pasientene på en respektfull måte. Å møte pasienten med åpne øyne og et åpent sinn i terapirommet. At behandlingen skal oppleves som meningsfull, der både pasient og terapeut opplever at det skjer noe i terapiprosessen.

*”Absolutt at de pasientene som kommer føler de blir møtt på en verdig og ordentlig måte ... at behandlingen oppleves på en eller annen måte som meningsfull. Noen ganger kan de jo oppleve at de får det vanskeligere i en periode, men at det er en viktig del av veien det også. Så det behøver ikke nødvendigvis være at de føler seg bedre slik veldig fort, men at det viktigste for ... meg er at det skjer noe, at de synes det skjer noe, og at jeg også synes det skjer noe da”.*

Å være følsom for pasientens reaksjoner, trekkes frem fra informantene som en viktig egenskap. I tillegg er det viktig å kunne observere, registrere og vurdere de ulike reaksjonene og funnene, som blir gjort kroppslig og lytte til det verbale som blir formidlet.

*”... en må være veldig var og lydhør på hva responsene er, på det vi gjør”.*

*”Jeg sier ofte hvis det da er en heftig hulkegråt f.eks. ... så kan jeg ofte si etter en stund, fint om du bare lar det få kulminere. Merker jeg at det kan bli noe engstelse, så sier jeg noe om det. Dette er ikke farlig. Og så forklarer jeg litt det som skjer nå er sånn og sånn. Kjenn om du kan tillate deg å bare være her. Jeg kan spørre når det roer seg noe. Bare la det være. Og så kjenn etter, er det noe du vil jeg skal gjøre”.*

Informantene forteller at det er viktig å skape en terapisisituasjon der det ikke er om å gjøre for pasienten å skulle prestere hele veien. Gjøre pasienten trygg på at han ikke er i terapien for å finne seg i, eller ha svar på alt. Det er lov å ikke vite, eller ha svar på alt. Det å forklare og oppleve at pasientene forstår, er en annen viktig del av prosessen. De mener at terapeutene kan hjelpe best i de therapeuticsituasjonene der de klarer å ha avstand til pasienten.

*”Den går jeg også mye igjennom i forkant. De er ikke her for å tåle å være flinke. Og vi skal bare kartlegge. Jeg skal ikke finne feil og mangler på deg nå, vi skal kartlegge situasjonen. Og jeg vil du skal kjenne etter hvordan dette er for deg”.*

*”Jeg synes at holdningen kan si ganske mye, men så er jeg obs på at jeg sier at det er ikke noen holdning som er feil, riktig eller gal, det er din holdning uansett”.*

De forteller at timens innhold fylles etter hvert som timen går. Det handler om å være her og nå, også når det gjelder hva innholdet i timen skal romme. Tørre å stole på seg selv, sin erfaring og faglighet. Det fokuseres på det som er det relevante for pasienten i terapirummet.

*”... mens det psykomotoriske trente øye er en kontinuerlig tilpasning der og da. Jeg går ikke inn døra og vet hva jeg skal gjøre med pasienten. Eller vi skal drive med, det blir til i samspillet i det øye på reaksjonene hele tiden”.*

Informantene forteller om faren for å krenke folk i sin kraft av å være helsearbeider, dette fordi sårbare pasienter lett lar seg overkjøre.

*”Kanskje lar de seg slå. De lar seg kjeft på hjemme. De lar seg hundse med og de kan lett gå inn i den rollen her og. Så det, det er noe som er veldig viktig å være oppmerksom på, tenker jeg altså”.*

## Egen ivaretagelse som terapeut

Informantene forteller at det å være tilstede i terapitimen, krever mye av den enkelte terapeut. Det å arbeide med det empatiske sliter i lengden. De strekker seg som terapeuter langt, hele veien og opplever utfordringene i det. Da er det viktig for terapeuten å fokusere på egen ivaretagelse, egenomsorg i terapien, i terapirummet men også i sin egen fritid.

*”Men jeg jobber med at hvordan sitter jeg, hvordan er beina mine, eh og ikke minst ryggstøtten. Nå kjenner jeg at jeg trenger å hente litt støtte. Hvor er støtten hen der jeg sitter. Åh, nå må jeg hjem til meg selv. Nå må jeg lytte litt til pusten min, kjenne om jeg kan hente den støtten fra stolens sete og rygg. Flytte meg ofte når jeg kjenner at nå er jeg litt for mye frempå. Nå er jeg i ferd med å gå inn i historien. Nå må jeg hjem, hjem til meg selv. Og gjerne da stoppe dialogen, og ber pasienten bare stopp litt nå. Kjenn etter hvor er du hen nå, hvordan sitter du. Ta noen sekunder og bare lytt innover i deg selv og da kan jeg gjøre det samme”.*

*”Å, jeg kan også være litt sånn kontakttrøtt ... At jeg kjenner at jeg ikke alltid har så lyst til å være sammen med folk. At jeg kanskje er litt mindre sosial enn jeg var før, uten at jeg synes det gjør noen ting. Og det kan være mange faktorer som spiller inn til det”.*

Informantene forteller om motoverføringer i terapien. Det er mange eksempler på dette, i fra terapirommene. De må arbeide med å ta vare på seg selv og sine reaksjoner, hele veien. Slik at de ikke tar inn og gjør pasientenes utfordringer og affekter, om til sine.

*”Dette her med på å være til stede, hjemme hos seg selv. ... Han hadde hatt så mye, ja han har opplevd ting som han ikke skulle oppleve. Og det kommer frem i første timen. ... jeg kjenner og han viser veldig lite affekt på det. Så jeg tenkte at jeg overtar, den affekten, den overfører han til meg. For jeg kjenner at jeg blir veldig, nesten så jeg kjenner autonome reaksjonene, blir sint og ... at jeg må roe meg ned”.*

*”... jeg vart da i timen sittende med den samme håpløshetsfølelsen... som han satt med og så sa jeg i slutten av timen noe om at jeg kjente ... lurte på om det var lignende slik han hadde det ..., han opplevde jo at det var slik han hadde det, men at det var godt for han at jeg da kjente det og at jeg tok det opp, ... vart da meningsfylt for han”.*

Det å gjøre seg klar for neste konsultasjon, er noe som informantene forteller om. Tidsaspektet i hverdagen er en av faktorene som kan være med på å gjøre dette utfordrende. En pasient hver time krever at terapeuten tar seg tid til å gjøre seg klar. Forberede seg på den nye pasienten, før han kommer inn til timen.

*”Jeg prøver bestandig før timen å ta noen minutter å rydde bort, det som har vært opp i hodet mitt, og samle meg om den som kommer”.*

*”Man må jo sørge for, for pusterom og hente seg inn igjen. Bruke dette med nær, nærvær og forankring selv, i, i timen og underveis. Og så kjenne etter at plutselig kan jeg merke at jeg har sittet å holdt pusten selv, sammen med pasienten, og hvis man da kjenner at (puster kraftig ut), nå må vi forankre oss her igjen”.*

*”... tar meg et lite minutt på bakrommet med en slurk kaffe eller blir, blir stående eller sittende inne på kontoret og bare se ut av vinduet. Prøver å tømme ut og stenge den døra, etter den som gikk, for å åpne den døra til den som kommer. Å, det synes jeg jo, det er jo helt nødvendig, men det er jo ikke alltid at den døren jeg stenger er steng for resten av dagen. Det hender at jeg må ta å åpne den igjen, når, hvis jeg har en ledig stund, eller på slutten av dagen, fordi jeg ikke fikk avsluttet den helt. Det er litt, det er ikke, det er ikke noen ønsket situasjon. Det er, det beste er å kunne liksom gjøre seg helt ferdig. For det med den timen. ... Ja, ja jeg er ikke god nok på det å ha, gi meg ... selv nok tid til den rensen”.*

Å gå til veiledning eller kollegaveiledning løftes også frem av informantene, som viktig. Flere av dem, sier også at det skulle stilles større krav til terapeuter, med å gå i veiledning.

*”Det burde være mye større krav til oss som terapeuter å gå i veiledning, ... for jeg tror at terapeutens ståsted er viktig i forhold til hvor langt vi kan hjelpe pasientene videre. ... og da tror jeg faktisk at vi har ganske mye å bidra med”.*

*”Jeg synes det er utrolig viktig å gå i veiledning. ... jeg opplever det er en krevende behandlingsform vi holder på med. Og det er det å ha møtested hvor man kan, kollegaveiledning, eller, eller mer profesjonell veileder”.*

### **5.3 Kategori 3: Samtalens i terapien**

Informantene forteller om samtalen eller dialogens betydning, som en vesentlig del av det samspillet eller fellesskapet som utvikles i terapirommet, mellom terapeut og pasient. Gjennom samtalen, den lange eller korte terapisamtalen, kan de kroppslige reaksjonene bevisstgjøres hos pasienten i terapien. Samtalen eller dialogen skal oppleves som forståelig og meningsfullt. Informantene opplever at samtalen har fått mer plass i løpet av årene.

*”Jeg ser at jeg bruker mer tid til den nå enn det jeg gjorde de første årene da jeg var ferdig utdannet. Igjen, så synes jeg at samtalen må få plass. Og jeg merker at pasienten har et stort behov for å snakke og for å formidle, og for å stille spørsmål. Ikke for å få svar. De godtar undringen, synes jeg”.*

*”... så er det en bit i de småsamtalene som kanskje er mer fruktbar en om de skal sette seg ned å fortelle livshistorien sin på en måte og, tenker jeg. At det er den viktigste terapeutiske samtalen som vi som psykomotorikere gjør, det er de der småsamtalene som foregår underveis, som, som forståelse av hva som skjer her og nå. ... som kan gi mening for pasientene og som gir litte grann tanke for at en*

*kanskje da kan, ... forståelse for hvorfor man har lagt seg til en del ugunstige bevegelsesmønster og måter å beskytte seg på da”.*

*”Fordi, i sin tid så var ikke samtalen så veldig, fikk ikke så mye plass ...”.*

### **Samtalen for å klargjøre og trygge**

Informantene forteller at første time som oftest en ren samtaletime, der anamnesen blir tatt. De benytter ofte denne timen bl.a. til å fortelle pasienten, hva PMF går ut på. Dette er med på å trygge den enkelte i f.eks. en undersøkelsessituasjon.

*”Altså, hva vet du om PMF? At det ofte kan være et litt avvæpnende spørsmål. At jeg kan si litt rundt det først, hvis de ikke vet så mye. Ææ, jeg klargjør veldig på at jeg spør men du må ikke, jeg bruker faktisk ordene; du må ikke vrenge sjelen din for meg. Du kan fortelle meg akkurat så mye eller så lite du vill, og det er helt greit for meg at du sier; Det har jeg ikke noe lyst til å snakke om. Ææ, men jeg sier at jeg har noen sånne standard spørsmål og bare la være å si noe hvis du ikke føler for det. Jeg må ikke vite alt”.*

*”... lar jeg dem få komme med så mye historie som de har behov for. Ja, ja det hender at en stopper dem og da, hvis at det går over alle støvelskaft... For jeg vil veldig gjerne, første timen presentere litt av hva PMF er, selv om dem kanskje da nesten bare har behov for at noen skal høre på dem. Så vil jeg at de skal gå ut herifra med ... liten forståelse av at det er noen som er samarbeidende i det... her. Og at det ikke bare er dem som skal øse ut, men at jeg vil presentere hva jeg kan by på i forhold til at dette her er også er en kroppslig tilnærming, og at det også er fysioterapi”.*

Samtalen kan brukes til å fokusere på å være tilstede her og nå. Terapeuten kan stille spørsmål til pasienten, som får han til å bekrefte sitt nærvær med sin egen stemme. Terapeuten kan si hva han kjenner i sin kropp for å tydeliggjøre hvordan dette kan gjøre.

*”Dersom det er noen som dissosierer, ikke sant, sjekke at de er i rommet, kan være andre måter å jobbe på da, hører du stemmen min, kjenner du at du sitter, ser du klokken? ”.*

*”... hvis jeg da sier noe som vedkommende kjenner seg godt att i, så på en måte få vedkommende til å reflektere, da synes jeg at vi har kommet godt i gang”.*

*”... der jeg klarer å stille spørsmål som er meningsfulle, eller og være der de er på en måte, at det blir forståelig og meningsfullt for de, tenker jeg jo er et poeng”.*

*”... det hender at jeg sier det og, at nå kjenner jeg at jeg blir sint”.*

De fleste pasientene er svært meddelssomme, forteller informantene. Dette kan være fordi pasienten opplever det godt at noen lytter til historien hans. For terapeuten er det viktig i forhold til prosessen terapeuten og pasienten skal ha sammen.

*”Jeg synes faktisk pasienten åpner seg ganske tidlig. Jeg er ofte veldig overrasket hvor mye informasjon og mye de forteller, allerede første gangen”.*

*”Jeg er nok en behandler som, jeg spør mye. Jeg kjenner at det er viktig for meg. ... jeg er sugen på informasjon fra pasienten. ... men jeg har og lært meg til at jeg må formidle det i forkant og si, vet du hva nå kommer jeg til å spørre deg, kanskje syns du det er veldig mye, men det er lov å si; jeg vet ikke, jeg kjenner ingen ting, aner ikke. Det er helt greit”.*

Samtalen er også viktig i forhold til å avdekke ønsker og forventninger vedrørende behandlingen. Hva målet med terapiprosessen er, kan tydeliggjøres i en muntlig behandlingsavtale. I neste omgang kan disse muntlige avtalen omgjøres til skriftlige avtaler.

*”Jeg, ... har tenkt mye på at jeg skulle være mere konsekvent på å gjøre, kanskje skriftlig gjøre disse behandlingsavtalene, ... men jeg er ikke der enda. Men det jeg gjør er at vi, ... en av de, ... første gangene, ..., diskuterer det. Hva ønsker pasienten med behandlingen og hva er målet. Å at vi, at jeg noterer det i journalen. Også at vi har evaluering underveis”.*

*”Fordi det jeg savnet mest da jeg var ferdig med PMF videreutdanning, var dette med samtale, hvordan legge opp en samtale og føre en samtale. Hvordan bruke samtalen terapeutisk”.*

### **Samtalen i forhold til kroppen**

Samtalen har ofte kroppen og de kroppslige reaksjonene som fokus. Når terapeutene stiller spørsmål så åpner pasienten opp og forteller om det som de kjenner. I terapiprosessen er samtalen en medvirkende faktor for at pasienten skal bli bevisst på og kjenne sammenhengen, mellom de kroppslige plagene og de kroppslige spenningene.

*”Fordi jeg bruker nok veldig mye mer tid i dialogmøtet, men hele tiden tilbake til kroppen. Og det krever jo at jeg er obs på hva som skjer i pasienten, hva er det jeg ser, hva er det jeg hører og hva er det jeg værer. Slik at jeg kan stoppe og si; stopp litt der, merk deg kroppen din nå, hva skjer. Nei, det skjer ingen ting. Ja, men jeg ser nå at det skjer noe. Prøv bare å lytt. Vær litt stille, kjenn. Og ofte er det noe som løsner. Og det skjer kanskje ikke det store, men neste gang igjen, eller neste gang eller de kan komme tilbake og si; vet du hva jeg kjente noe av det en forleden dag, jeg satt og snakket med en... At det kan være en likeså nyttig måte å nærme seg på”.*

*”Det jeg i hvert fall opplever at, at ord kan skjule så mye, eller at man kan lære seg til en talemåte, mens kroppen den har en utilslørt talemåte. Så også ved berøring så svarer jo kroppen, med at vi kan se at pusten låser seg, ..., hvis det virkelig berører, så synes det også i kroppen at det berører. Eller hvis man har en god dialog, kan man jo spørre, hva kjenner du, æ får du klump i halsen, sug i magen, prikker det i tærne dine, får du hjertebank, blir du svimmel så er det også kroppslige uttrykk for at det berører da. Og det er liksom å gå forbi, gå forbi ordene, til det før ordene”.*

Det å være med å tydeliggjøre og bekrefte pasientens plager gjennom samtalen kan gjøres på mange forskjellige måter. Hva slags følelse er det du sitter med nå? Hvordan kjennes denne følelsen ut for deg? Hvor i kroppen er den og hvordan kjennes den ut? Få pasienten til å beskrive det de kjenner.

*”... når en blir tydeligere i kroppen, så blir man tydeligere i talen og tydeligere i hva jeg vil og hva jeg ikke vil ... Så da tenker jeg motsatt og at ved å jobbe med å tydeliggjøre kroppen uten å selvskade eller disiplinere, tydeliggjøre kroppen så kan følelser bli tydeligere”.*

*”Jeg kan si at jeg synes ikke det er rart at du har sånne problemer med svimmelheten når du har så massive spenninger”.*

*”... hvordan kjennes det ut å prate om dette, dersom de prater om en følelse da, hvor hen i kroppen kjenner du, hvordan kjennes det ut...er det form eller farge på den ... Synes jo noen får veldig utbytte av at de ser eller noen føler ting som rom inni seg eller klumper eller pigger eller hva som helst ... Synes noen har utbytte av å formulere det slik, mens andre må gjøre det annerledes, ... ”.*

Informantene forteller at de stopper opp og spør pasientene underveis i terapien. Dette for at pasientene skal kunne registrere de kroppslige opplevelse av situasjonen, her og nå. Spørsmål som får den enkelte pasient til å reflektere over egen situasjon. Dette kan være spørsmål som: Hva har skjedd, kjenner du dette, hva kjenner du, hva forteller dette deg osv. Hvilken opplevelse og tanker vekker dette hos pasienten?

*”Jeg tenker at det kanskje handler mye om at her går samtalen parallelt med den kroppslige tilnærmingen. Om ikke nødvendigvis hands on, det kan gjerne være hands off. Men at dialogen, så stopper jeg pasienten og igjen tilbake til det vi snakket om tidligere, denne her forankringen. Hva skjer med deg nå, nå ser jeg at det skjer noe, kan du kjenne noe nå”?*

*”Og da tenker jeg at da er samtalen, kan utfylle etter hvert, det pasienten kjenner og da blir kanskje det de kjenner ikke så truende. Vi kan lure litt på, sette ord på det som kjennes. Og trene på det å sette ord på, det du kjenner. Det er også en viktig bit på veien videre”.*

*”De bare svarer, ja det går bra. Og så kan jeg si sånn ja, det tror jeg. For det er noe du har vært utrolig flink til bestandig. Du mestrer jo og du tåler og du holder ut. Og, og det er jo en god strategi i noen sammenhenger. Men når du nå skal jobbe med*

*endring så er det kjempeviktig at, ja det går bra, men hva er det du egentlig merker deg. Hva sier kroppen din, hva ville, hvis kroppen kunne snakke hva ville den ha sagt til deg”?*

#### **5.4 Kategori 4: Dagens utfordringer i terapien**

Informantene omtaler flere utfordringer innenfor terapien. Dette er blant annet; Behandlingens lengde, avslutning av pasientbehandlinger og samarbeid med andre faggrupper.

*”PMF sånn som jeg har lært det og praktisert det, så er det en langtidsbehandling. Men jeg har blitt litt mere skeptisk til det etter hvert, for du opptar veldig mye ressurser ... så tenker jeg at dette med å jobbe her og nå. Så er det noe med å overlate kanskje mere til pasienten og jobbe med seg selv, her og nå. Kanskje i litt kortere forløp da, og mere egeninnsats”.*

#### **Lang ventetid skaper utfordringer**

De lange ventelistene som er hos de fleste terapeutene er en utfordring som berører både pasientene og terapeutene. Ventelistene er fra 3-4 måneder og opp til langt over 1 år. Informantene forteller at pasienter som kunne dratt fordeler av PMF, blir stående på ventelister, med sine kroppslige plager og alt som kommer som en følge av det. De lange ventelistene er også en belastning for terapeutene selv. Dette berører arbeidsmengden og det berører egne og andres forventninger til effektivitet.

*”Ting tar tid og det er ikke like mye forståelse for det utenifra, ... ressurskrevende metode som tar tid...”.*

Mange av behandlingsforløpene innenfor psykomotorisk fysioterapi er en tidkrevende prosess, sier informantene. Prosessen pasienten går inn i krever tålmodighet, erkjennelse og aksept i forhold til egen helsesituasjon.

*”... for det dreier seg om å endre vaner og det dreier seg om å gjøre ting på andre måter, ... snu om på mønster, fastlåste vaner er ikke så fort gjort”.*

*”... det er viktigere å gi dem tid enn å gi dem en hel haug med behandlinger”.*

*”Kroppen den i seg selv er en treg materie, så og få til endring da, det tar tid og da føler jeg det kræsjer veldig mye mot de forventningene ute i samfunnet”.*



Noen av informantene opplever at de gjør mye av det samme i terapirommet, hver dag. Men er det samme hver dag - det samme?

*”Å det tror jeg også det er en utfordring for, for tenkningen innenfor PMF at mange kan begynne å kjede seg eller begynne å lære mye annet, å folk må gjøre som de vill altså, men det er noe med mulighetene i det samme. For det er jo, det er jo aldri det samme, he, he. Ja, for mennesket er aldri det samme og samme menneske er heller ikke det samme fra time til time”.*

Lange ventelister er ikke uvanlig grunnet lange behandlingsforløp og få terapeuter, forteller informantene. De lange ventelistene kan bl.a. føre til at enkelte terapeuter tar inn mange pasienter i løpet av dagen. Dette er en krevende oppgave. Etter en arbeidsdag med mange pasienter, kjenner terapeutene seg ofte slitne.

*”Det er jo en utfordring det med langtidsbehandlinger og lite omløp på pasientene og lange, ... ventelister. Det er vel det vi sliter med de fleste, psykomotorikere”.*

*”Det hender at ganske ofte har jeg 7 pasienter, noen sjeldne ganger har jeg 8, da er jeg helt skutt. Helt ferdig etterpå. Og da er det ikke noen 8 timers dag, ikke sant. Da blir det gjerne 9 og 10 timer. Det er kjempeslitsomt. Kjempeslitsomt”.*

### **Avslutning av terapien**

Avslutninger er generelt vanskelig, sier informantene. Avslutningen av behandlingen kan oppleves vanskelig i mange av behandlingsprosessene. Det er ikke uvanlig at det oppstår et avhengighetsforhold til terapeuten. Det å støtte pasienten i at nå er det viktig at du selv forsøker deg alene, uten behandlingen, og at du alltid kan ta kontakt igjen.

*”Avhengigheten som kan komme i et pasient terapeut forhold, og at en del kan lene seg for mye på terapeuten ..., det synes jeg hele tiden er en utfordring som både er spennende og som er vanskelig ...”.*

*”At noen har lyst til å gå her lenger enn det jeg tenker de bør og at noen holder jeg lenger fordi jeg synes det er ok å arbeide med de. Men jeg synes avslutning til rett tid er et viktig spørsmål, at vi ikke, at når de kan stå på egne føtter så bør de kanskje det ...”.*

Forutsigbarhet i behandlingsprosessen er av betydning. Avslutningen skal planlegges og den bør løftes frem på et tidlig stadium. På denne måten kan både pasient og terapeut forberede seg på den og håndtere avslutningen bedre.

*”... pasientene får klar beskjed, du får 3 måneders behandlingstid her hos oss, eller 4 måneder eller ikke sant, og da er det slutt. Og det ja, burde vi jobbe mere sann? Æ,*

*og hva gjør det med vår behandlingsform. ... 4 måneder er forferdelig kort tid i vår sammenheng, når vi kanskje har mange som går i flere år”.*

*”Tydeligere rammer og en behandlingsplan med, med tydeligere rammer. Det ser jeg ... ville vært er forbedring. Og det er noe jeg ønsker å jobbe med”.*

Utfordringen vedrørende avslutninger av et behandlingsforløp, er det hos den enkelte terapeut denne finnes? Kanskje ikke pasientene reagerer slik som terapeuten frykter, når de får vite om nedtrapping og avslutning av et behandlingsforløp.

*”Egentlig så tror jeg det er på grunn av mine egne følelser. At jeg synes det er, er vanskelig. Det er ikke sikkert at det hadde vært så ille for ... pasienten. At det hadde vær greit for pasienten om en faktisk sa at nå, nå prøver vi å ta en pause fra behandlingen”.*

Ulike pasientgrupper blir prioritert i forhold til psykomotorisk fysioterapi. Dette er gjerne etter påtrykk fra fastleger eller andre. Dette fører til at andre må stå lenger på venteliste. Flere av informantene forteller om det å prioritere pasienter. Barn blir prioritert. En annen gruppe som prioriteres er sykmeldte. De kan ringe fra spesialisthelsetjenesten og be om å ta inn pasienter som har vært til utredning. Eller når fastlege ringer og mener at noen skal komme foran en annen.

*”Men, dette kan være litt vanskelig, fordi det er jo da noen grupper som blir stående helt bakerst hele tiden da, og er det rettfærdig”?*

*”Altså vi, nå driver, har jeg tatt inn pasienter som har stått i bortimot 2 år. Men det er også fordi at vi prioriterer så mange da. Vi prioriterer jo barn, vi får ganske mange barn. Og vi prioriterer jo når de ringer fra spesialisthelsetjenesten og ber oss om å ta inn folk som har vært til utredning og også hvis fastlege ringer og mener at noen skal komme foran en annen. Og det gjør jo at noen må stå enda lenger på den listen”.*

Noen av informantene ser også på det å avslutte et behandlingsforløp, etter et bestemt antall behandlinger, som uetisk.

*”Så, ja det der med tid er veldig vanskelig altså. Jeg har mange ganger tenkt at man skulle prøve noen prosjekter, at folk fikk 10 behandlinger og så se ... hva som hadde skjedd der, ... men av og til tenker jeg det er uetisk å avslutte”.*

*”Altså, men noen ganger tenker jeg det er uetisk å slutte. Man har satt i gang prosesser, som man ikke bare kan avslutte”.*

## Samarbeid med andre fagpersoner

Informantene forteller at det er fastlegene som står for de fleste henvisningene til psykomotorisk fysioterapi. Enkelte steder er det opprettet et samarbeid med faste møtetidspunkter mellom de psykomotoriske fysioterapeutene og andre fagpersoner som bl.a. kan være; psykiatere, psykologer og sykepleiere. Skal det gjennomføres møter er det som regel terapeutene som organiserer og ber om dette.

*”Vi får jo henvisninger fra fastlegene som regel, å da synes jeg at noen samarbeider bedre med enn andre... jo psykiatere, psykologer, sykepleiere og vernepleiere så vi har jo hver uke behandlingsmøter og alle pasienter som blir søkt opp hit skal diskuteres på de behandlingsmøtene for eksempel, ... opplever det som veldig bra”.*

*”Det er, det er tilgjengelig her i nabolaget. Vi har månedlige møter med psykiater. Ja, synes vi har god dialog med fastlegene i ... her. Det er flere av psykologkontorene her som vi kjenner ganske godt”.*

Andre steder er det mer utfordrende å få til denne type samarbeid på tvers av faggruppene. Flere av informantene opplever seg alene, eller de arbeider sammen med få andre og har et lite fagmiljø i sin nærhet. De savner fellesskapet, i et faglig samarbeid.

*”... jeg må bare si at tverrfagligheten kunne vært mye bedre. Altså, samtidig som jeg tenker at vi jobber veldig effektivt fordi vår tid brukes stort sett ansikt til ansikt med folk. Og veldig mange andre steder så er det ikke sånn. For veldig mye tid går med til møter og sånt. Samtidig så er det viktig å ha gode samarbeids, å ha de her timene hvor man er flere rundt en pasient. Og så at det blir veldig sårbart, bank i bordet, jeg har god helse og er lite borte fra jobb. Men det er og hvis jeg da skal bort eller skal på kurs, altså det er veldig sårbart når en står alene som terapeut, ja”.*

*”... ser man veldig stor forskjell på hvilke leger som bruker oss mye og hvilken leger som ikke bruker oss i det hele tatt. Ææ, å det er stor forskjell på hvor ivrige de er på samarbeid. Jeg synes kanskje legene de, det ser ikke ut som om de har fått noe mere tid til samarbeid. Kanskje nesten tvert i mot. ... jeg skulle nok kunne tenke meg et mye mere samarbeid med legene, med henvisende leger. Vi får det jo til, men det krever en del og det krever, ... i første rekke initiativ fra meg”.*

## **6. Diskusjon**

I dette kapittelet foretar jeg metoderefleksjoner før jeg går videre inn i diskusjonen av mine empiriske funn.

### **6.1 Metoderefleksjoner**

Jeg starter med noen metoderefleksjoner. Hva er gjort og hva kunne jeg gjort annerledes i forskerprosessen.

#### **6.1.1 Valg av metode for datainnsamling og rekruttering av informanter**

Jeg valgte kvalitative individuelle intervju for å samle inn data. Dette ga meg muligheten til å intervjué én og én informant. Hadde jeg valgt en annen metode, noe som jeg vurderte i starten, eksempelvis fokusgrupper eller flerstegsfokusgrupper, vil jeg tro at intervjuet ville forløpt annerledes og dataene kunne sett annerledes ut. I en gruppesammenheng mener jeg at det kan være mer utfordrende å få frem den enkeltes informant innerste tanker og erfaringer, da den enkelte lettere kan bli påvirket av en kollega i gruppen. Jeg mener jeg fikk et tilstrekkelig datamateriale fra de individuelle intervjuene. Jeg mener også at jeg fikk frem den enkelte terapeuts tanker, erfaringer og følelser, - refleksjoner fra deres egen praksis.

Jeg valgte informanter ut fra Norsk Fysioterapeutforbunds (NFF) lister, som ligger på nettet. Det er relativt få psykomotoriske fysioterapeuter i Norge. Når miljøet blir lite, er en av utfordringene at jeg vil kunne kjenne til, noe av informantene bedre enn andre. I mitt utvalg ble det en kombinasjon av noen kjente og noen ukjente informanter. Ved å henvende meg til andre terapeuter, kunne jeg fått andre svar. Jeg kan si noe om den gruppen av psykomotoriske fysioterapeuter som jeg intervjuet. Jeg kan si noe generelt om et fenomen, innenfor den gruppen. Risikoen ved dette er at utvalget avviker systematisk fra hele populasjonen med hensyn til hva jeg registrerer og observerer. Utvalget kan bli skjeft og muligheten for å generalisere blir av den grunn mindre. På bakgrunn av dette kan jeg ikke dra noen slutninger om at dette gjelder for hele gruppen av psykomotoriske fysioterapeuter i Norge.

### 6.1.2 Datainnsamling og analyse

Den enkelte informant valgte tid og sted for intervjuet. Det er nærliggende å tro at de følte seg trygge på denne arenaen, ettersom de selv valgte dette. Når det gjelder spørsmålene i intervjuguiden og svarene jeg fikk, ser jeg i ettertid at jeg kanskje kunne fått enda mer utfyllende svar, dersom informantene hadde fått tilsendt intervjuguiden på forhånd. På samme tid ønsket jeg å få ta del i den umiddelbare responsen hos informantene, uten at svar skulle planlegges.

Å være yrkeskollega og samtidig forsker er en balansegang i roller. Dette gjør det enda viktigere at jeg i intervjusammenhengen presiserte min tilstedeværelse som forsker og ikke som kollega. Samtidig ville min erfaring som psykomotorisk fysioterapeut kunne bidra til at informantene og jeg, lettere kunne forstå hverandre. Jeg har gjennom mitt yrkesaktive liv hatt mange samtaler og intervjuer med brukere, pasienter og pårørende. Dette brakte jeg med meg både bevisst, men også ubevisst i møtene med informantene, under intervjuene.

Det å være forsker, være nær og på samme tid være distansert nok, var en utfordring. Dette var spesielt merkbart i intervjusituasjonen, men det ble lettere etterhvert. At jeg som forsker er mitt eget forskningsinstrument har helt sikkert påvirket informantene og meg. Informantgruppen og jeg som forsker har med vår felles yrkesbakgrunn også en sannsynlighet for sammenfall i vår forforståelse. Dette kan naturligvis ha ført til at informantene har tatt for gitt å fortelle om enkelte temaer, da vi har en felles faglig plattform. Selv med min bakgrunn som psykomotoriker kan jeg overse viktige momenter eller være mindre mottagelig for variasjonene i intervjusituasjonen og i datamaterialet. Eller jeg kan også velge å se det slik at med nettopp min bakgrunn, i denne forskersituasjonen, kan dette hjelpe meg til å fange opp de nyanser som ellers ikke hadde blitt registrert.

Prøveintervjuene ga meg indikasjon på min rolle som intervjuer og hva som kunne endres. I tillegg ga prøveintervjuene nyttige tilbakemeldinger i forhold til justering av intervjuguiden. Faren for at misforståelser oppstår, ble redusert. Jeg kunne bruke et faglig språk som intervjuer, som også informantene forsto. Ved at jeg selv var intervjueren kunne jeg gjenta spørsmål som ikke ble oppfattet. Jeg var bevisst på å la informantene få snakke ferdig.

Det var jeg som definerte intervjusituasjonen, bestemte temaet for intervjuet, stilte spørsmålene, bestemte hvilke svar som skulle følges opp og jeg som avsluttet intervjuet. I dette ligger det et asymmetrisk forhold mellom informantene og meg som intervjuer. Selv

om jeg i intervjusituasjonen fokuserte på å være tilstede, så kan informanten ha blitt påvirket av mitt verbale eller nonverbale språk. Jeg fikk tilbakemelding fra mer enn en informant om at de opplevde det inspirerende og meningsfylt, å reflektere over eget fag og arbeidspraksis, i en intervjusammenheng. Dette ser jeg på som en positiv tilbakemelding.

Jeg ser det som et fortrinn at jeg selv gjennomførte intervjuene og at jeg selv har transkribert datamaterialet. En av flere fallgruver kan være at jeg lot min forforståelse overskygge den kunnskapen som dataene fra intervjuene har kunnet gi meg. Malterud (2011) skriver at det er ikke snakk om min utdanning som psykomotorisk fysioterapeut har påvirket meg som forsker, men hvordan dette påvirker hele forskerprosessen. Dette har jeg forsøkt å ta med meg i forskerprosessen.

Jeg har bestrebet meg på å la datamaterialet få tale for seg. Jeg vurderte ulike alternativer for dataanalyse. Gjennom analysen, den systematiske tekstkondenseringen, som jeg valgte og lot meg inspirere av, dannet det seg tydelige temaer som ble tydeliggjort med meningsbærende enheter. Dette ga meg en datastyrt analyse. Temaene fant sin videre form i subkategorier og kategorier.

### **6.1.3 Etikk**

Jeg viser til metodekapittelet for hvordan jeg gikk frem vedrørende kontakten av informanten. I stedet for å ringe først og spørre om jeg kunne sende brevet: "Informasjon og forespørsel om intervju", til terapeutene, kunne jeg sendt brevet direkte til dem. Dette mener jeg ikke hadde vært ivaretagende nok overfor de potensielle informantene, da noen kunne fått brevet som ikke ønsket å få det. Det viste seg at 1 av terapeutene takket nei til å motta brevet. Jeg kunne også ha valgt å ta kontakt med informanter i andre deler av landet, som for meg kunne vært mindre kjent. Dette valgte jeg da bort fordi tidsbruken og økonomien i dette, tilsa det.

## **6.2 Diskusjon**

I følgende avsnitt vil jeg diskutere mine empiriske funn. De blir diskutert i disse fem delene: Hva kan PMF bidra med/Viktige egenskaper hos en psykomotorisk fysioterapeut/Samtalen i terapien/Dagens utfordringer i terapien/PMF innenfor psykisk helsearbeid.

I denne delen av oppgaven, bruker jeg betegnelsen informanten/informantene om terapeutene. Er teksten direkte tilknyttet en behandlingsprosess, har jeg valgt å bruke terapeut/terapeutene som betegnelse.

### **6.2.1 Hva kan PMF bidra med**

#### **Empowerment**

I NOU 1998: 18, Det er bruk for alle, ble empowerment definert slik at det handler om å styrke den makt den enkelte/gruppen måtte være i besittelse av. Slik kan uhensiktsmessige forhold endres og påvirkes. Målet er at personene kan styre sine liv mot egne mål og behov. Hummelvoll (2004), Almvik og Borge (2000), relaterer empowerment til blant annet; Individuell eller psykologisk empowerment. Dette handler nettopp om individets evne til å ta beslutninger, til å ta kontroll over eget liv. Det er dette jeg vil løfte frem i denne delen av oppgaven. Etter det jeg har forstått av informantene, er det flere faktorer innenfor PMF som kan bidra til dette.

Noen av informantene beskriver psykomotorisk fysioterapi som et verktøy eller en metode der pasienten selv får ansvaret for å bedre egen helse. Informantene trekker frem flere faktorer av betydning innenfor PMF. De mener at terapien kan bidra til å være en døråpner til det indre hos den enkelte pasient. Å øke den kroppslige kontakten er et av de områdene som PMF kan bidra til, i bevisstgjøringsarbeidet. Dette bidrar til at følelsene og selvfølelsen til pasientene, blir berørte. Informantene forteller om betydningen av å tro på sine pasienter, at noen er interessert, har tid til å lytte til pasienten og lar dem få snakke ut. Øvreberg og Andersen (2002) skriver at psykomotorisk fysioterapi omfatter hele mennesket. Thornquist og Bunkan (1986) skriver at innfallsporten er kroppen, uansett pasientens symptomer og plager. Almvik og Borge (2000) og Askheim og Starrin (2010) løfter også frem at empowerment handler om makt og avmakt, myndiggjøring, bemyndigelse og mestring.

---

Tanken er at alle mennesker har ressurser og muligheter til å finne sine egne strategier, ha innflytelse, medbestemmelse og autonomi.

Berøring i terapien er et annet område som blir omtalt av flere av informantene. Det er mange måter å berøre et annet menneske på, det kan gjøres verbalt og/eller kroppslig. Flere informanter omtaler mandatet som terapeuter har, til å berøre og kraften som ligger i denne. Thornquist og Bunkan (1986), skriver at psykomotoriske fysioterapeuter, arbeider med å slippe pusten til. Det å holde tilbake den frie pust, er som en integrert del av å bremse og kontrollere seg selv. Andersen (2005) skriver at når spenningene reduseres i kroppen, vil det som først kommer tilbake være bevegelsene, deretter stemmen, så kommer ord og historiene. Jeg tolker informantene som at det å gå til PMF kan være med å gi pasienten en bedre evne for å uttrykke seg klart og tydelig kroppslig. Det å arbeide med kroppslige ressurser og tydeliggjøre disse, er med på å trygge pasienten i sin hverdag. Vi kan ta oss selv som eksempel og tenke at når vi frykter noe, blir vi stivere i bevegelsene. Låser vi bevegelsene påvirkes stemmen vår. Løsner vi derimot opp i denne situasjonen kommer språket og fortellingene. Jeg tenker at dersom pasienten blir friere og tydeligere i sin kropp, blir han også friere og tydeligere til å ta beslutninger.

Informantene mener at pasientene selv må bidra i terapiprosessen, ansvarliggjøring. De må selv ønske en endring og være motivert for nettopp dette. De må erkjenne sin egen situasjon, før de kan arbeide seg ut av den. Bergland og Øien (1998) skriver at statusen som vi gir kroppen, avgjør hvordan mennesket forstår seg selv og sin erkjennelsesevne. Denne forståelsen formidler at kroppen er et forhold og ikke en ting. En nybegynnerfeil er ofte å sette en diagnosemerkelapp på kroppen. Der drøftingen av klientens sosiale historie underordnes og at vi lar være å bekrefte den erfarte kroppen. Informantene sier videre at det ikke er sikkert at terapien endrer noe. Men ved at terapeutene stiller spørsmål som får pasienten til å bli mer bevisst sine egne, både mentale og fysiske mønstre, kan behandlingen være med på å gjøre en forskjell. Jeg tenker at dette kan føre til at det blir lettere for pasienten å påvirke de uhensiktsmessige kroppslige forholdene. Dette vil igjen kunne være med på å gjøre det lettere for den enkelte pasient, der pasienten mer effektivt kan styre sitt liv mot egne mål og behov. Bergland og Øien (1998) skriver videre at alle mennesker har ressurser og muligheter til å finne sine egne strategier, ha innflytelse, medbestemmelse og autonomi. Slik jeg forstår informantene kan det å være tydeligere tilstede i egen kropp føre til at det vil lette individets evne til å ta beslutninger eller ta kontroll over eget liv.



## Salutogenese

Antonovsky (1996; 2000) skriver at det å se mening og oppleve sammenheng i tilværelsen er av vesentlig betydning for helsen. De som arbeider innenfor helsefremmende virksomhet, må være opptatt av personen. Han skriver videre om begrepene generelle motstandsressurser og opplevelsen av meningssammenheng (sense of coherence – SOC). I livet utsettes vi for indre og ytre stimuli. Dette kan føre til stress og dårligere helse, dersom vi ikke vet hvordan vi skal håndtere det. I motsatt fall kan dette føre oss til bedre helse dersom vi oppfatter stimuliene som begripelige og håndterbare.

Informantene forteller at PMF og psykomotorikere, forsøker å sette enkeltdelene i kroppen der pasienten beskriver plagene sine, - inn i en større sammenheng, inn i en kroppslig forståelse. Dette vil si pasientens levde liv og hvordan dette kan sette seg i kroppen. Salutogenese handler om de faktorer/forhold som styrker og fremmer helsen. Patogenese fokuserer på de faktorer/forhold som fremkaller sykdom. Psykiatrisk praksis er primært relatert til patogenesen. Psykisk helsearbeid har hovedfokus på salutogenesen (Hummelvoll, 2004). Slik jeg tolker informantene forsøker de selv å se levd liv og kroppslige plager i sammenheng.

Informantene forteller at før en kan kreve at pasientene er motivert for behandling må pasienten vite hva han går til. Det at pasienten kan åpne opp for sin egen nysgjerrighet og ha et ønske om, å kunne erfare og lære noe, trekkes frem som viktig. Informantene forteller at gjennom terapien øker pasientens innsikt og forståelse av egen kropp og de kroppslige plagene de bærer med seg. På denne måten blir de kroppslige plagene mer håndterbare. Antonovsky (1996; 2000) skriver at de ressursene en person har for mestring kalles, de generelle motstandsressursene. Dette er ressurser som består av indre og ytre faktorer. Der de indre er; selvtillit, trygghet, kunnskap og ferdigheter. De ytre er; sosialt nettverk, bolig og økonomi. Jeg tenker at med det informantene forteller, er det først og fremst de indre faktorene psykomotorikere arbeider med, som i neste omgang kan påvirke de ytre faktorene. Når en pasient får kunnskap og forstår sammenhengen mellom kroppslig belastning og kroppslige plager, er dette med på å trygge pasienten, ufarliggjøre situasjonen. Jeg mener at på denne måten vil de generelle motstandsressursene kunne styrkes.

Informantene forteller at før pasientene kommer til psykomotorisk fysioterapi har de gått med plagene sine lenge og de har ofte forsøkt ulike typer behandlinger. Breivite, Hynninen og Kvåle (2010) skriver at PMF ser ut til å redusere symptomer av subjektive helseplager,

depresjon, angst, insomnia, fatigue og bedrer livskvaliteten, men prosessen tar tid. Dette tenker jeg er et paradoks når vi vet at PMF kan redusere symptomene på en rekke helseplager.

### *Begripelighet*

Informantene forteller at i oppstarten på en terapiprosess kan det synes som om det er vanskelig for pasienten å skjønne sammenhengen mellom kropp, tanker og plager. Det er en ny måte å tenke på for pasientene. Det blir fortalt at terapeuten kan bidra med kroppslig og mental bevisstgjøring, på ugunstige mønster og vaner som pasientene befinner seg i. Deretter kan terapeutene hjelpe dem til å forholde seg til dette på nye måter. Informantene forteller videre, at PMF kan være med å øke forståelsen, bevisstheten og innsikten, hos pasientene. Antonovsky, (1996; 2000) skriver at begripeligheten er det kognitive elementet. Hvordan vi oppfatter de stimuli vi konfronteres med i det indre og det ytre miljøet. På hvilken måte oppfatter vi utfordringer og vanskeligheter i livet, som begripelige. Er de begripelige kan de settes inn i en sammenheng, som da kan beskytte mot dårlig helse. Dette skaper tillit til at vi også i fremtiden vil forstå de belastninger vi utsettes for. Det som oppleves som ubegripelig, kaotisk og tilfeldig kan på sin side føre til dårligere helse.

Det er av informantene trukket frem flere faktorer som er viktige innenfor PMF. De forteller om det de kjenner og registrerer gjennom sine fingre og hender, det som pasienten formidler gjennom kropp og ord og ikke minst respirasjonens betydning. Terapien kan bidra til å være en døråpner til det indre hos den enkelte. Ekerholt og Bergland (2008) skriver at pasientene trakk frem økt forståelse av sitt eget pustemønster, som en faktor for behandlingen av sine fysiske smerter. Thornquist og Bunkan (1986) skriver at respirasjonen er en rød tråd i behandlingen. I dette arbeidet er pasientenes tanker, følelser, opplevelser og erfaringer viktige. Dette forutsetter at pasientene er med på utforskerarbeidet, noe som bidrar til et mye mer spennende samspill med pasientene. I Thornquist og Bunkan (1986, s. 94) sa Bülow-Hansen på spørsmål om det finnes oppskrifter eller fasit: "Det er aldri noe vi alltid gjør... Det det hele dreier seg om, er å ta hensyn til respirasjonen ....tenk med hendene". Dette vil si at terapeutene oppfordres til å skjerpe sansene og ta i bruk intuisjonen. Pasientenes *omstillingsevne* er først og fremst fokuset. Det er *potensialene* i den enkelte pasient som først og fremst er viktige.

Informantene forteller om de sentrale områdene innenfor PMF, der det handler om å ufarliggjøre de kroppslige plagene gjennom det å gjøre de forståelige og håndterbare.

Thornquist og Bunkan (1986) skriver at gjennom terapien øker pasientenes innsikt og forståelse av egen kropp og de kroppslige plagene de plages med. Klarer vi å forstå vanskelige situasjoner og forstå hvordan det livet jeg har levd og er mitt oppe i påvirker min kropp og de kroppslige plagene som jeg har, er muligheten for bedre helse, tilstede. Opplever vi dette meningsfullt vil vi på en lettere måte kunne engasjere oss, i de utfordringene som finnes og motivere oss til å overvinne problemene. Innenfor PMF arbeides det bl.a. med å forstå sammenhenger. Et eksempel er sammenhengen mellom muskelspenning og respirasjon, der muskelspenninger kan opptre som en respirasjonsbrems. Øien, Iversen og Stensland (2007, s. 31) skriver at PMF kan hjelpe pasienten til å utvikle en forbedret opplevelse av kroppen sin ved å integrere en fysisk og en verbal terapitilnærming. Jeg tenker dette er kjernen innenfor PMF. Det å få pasienten til å kjenne og lytte til egen kropp, hvordan den reagerer på ulike situasjoner. Vite at dette er en naturlig reaksjon og vite at dette er ufarlig.

#### *Håndterbarhet*

Informantene forteller at mange av pasientene har opplevd krenkelser og traumer. Etter hvert har de utviklet angst. Når pasientene begynner i terapi og terapeuten kommer litt bakenfor angsten, er det stress og manglende grensesetting, de ofte finner. Pasientene skal strekke til i alle bauger og kanter, forteller informantene. Antonovsky (1996; 2000) skriver at håndterbarhet er atferdskomponenten. På hvilken måte har vi tilgang til motstandsressurser for å takle de utfordringene vi stilles overfor. Dersom utfordringene er uhåndterbare er dette en risiko for at det kan føre til dårligere helse. Slik jeg tolker informantene, er dette pasienter som ikke håndterer hverdagen og utfordringene som den gir, noe som fører til kroppslige plager. Informantene forteller at den økte forståelsen mellom sammenhengen av levd liv og kroppslige plager, bidrar til at pasientene kan håndtere hverdagen bedre. På denne måten tenker jeg at det er disse pasientene som etter hvert får en økt grad av håndterbarhet. Disse pasientene besitter sterkere motstandsressurser og vil gi en høyere grad av sammenheng og ut fra det igjen en høyere grad av helse.

#### *Meningsfullhet*

En del av informantene forteller at de gir pasientene øvelser de kan bruke hjemme, mellom hver time. Dette gir pasientene en opplevelse av å gjøre noe som er godt for dem selv, som gir de mening. Informantene forteller at pasienten selv er eksperten på egen kropp.

---

Antonovsky (1996; 2000) skriver at meningsfullhet er motivasjonen. Meningsfullhet er den viktigste komponenten i henhold til Antonovsky. Dette handler om vi opplever mening i livet. Opplevs oppgavene meningsfulle, bidrar dette til at vi engasjerer oss i de utfordringene vi stilles overfor. Dette vil igjen motivere oss til å overvinne problemene (ibid.). Jeg tenker det er den som gir mental energi og motivasjon. Bergland og Øien (1998) skriver at en nybegynnerfeil kan være at vi ikke bekrefter den erfarte kroppen. Slik jeg tolker informantene er kroppens betydning i terapien viktig og at den ikke på noen måte blir underkjent. Informantene sier videre at selv om pasienten opplever sin kropp som før, vedrørende kroppslige plager, så kan pasientene takle sine utfordringer bedre, da de føler seg roligere og tryggere. De forteller videre at pasientene etter hvert forstår, at ulike spenninger eller smerter, kan være forårsaket av hvordan de som mennesker påvirkes av den hverdagen og det livet de har levd og lever. Jeg tolker informantene slik at forståelsen av at spenningene eller smertene til pasienten, kan være forårsaket av levd liv og det livet de i dag har, kan være både meningsfullt og motiverende. Når begripeligheten og håndterbarheten øker, tenker jeg at dette gir hverdagen og livet økt mening.

Informantene forteller at det er noen pasienter som vanskelig lar seg endre i en terapiprosess. Dette kan det være ulike årsaker til. Det som opplevs som en felles utfordring hos disse pasientene er ofte forbundet med pasientens opplevelse av at det må være noe somatisk galt. Antonovsky (1996; 2000) skriver at dersom vi oppfatter stimuliene som begripelige og håndterbare, kan dette føre oss til bedre helse. For å mestre belastninger er det opp til individet og omgivelsene å aktualisere motstandsressursene. Sterke motstandsressurser vil gi personen som besitter disse en høyere grad av sammenheng og ut fra det en høyere grad av helse. Jeg tenker at disse pasientene har en svakere grad av motstandsressurser. De opplever ikke i samme grad en begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, som de pasientene som har en annen forståelse av sammenhengen mellom psykisk belastning og kroppslige plager. Jeg mener dette gir en mindre grad av håndterbarheten i deres hverdag og ikke minst meningen med deres situasjon. På denne måten vil pasienten oppleve mindre grad av sammenheng og ut fra dette en lavere grad av helse. Eller som jeg ser det, kroppslige plager eller uhelse.

## 6.2.2 Viktige egenskaper hos en psykomotorisk fysioterapeut

### *Terapeut, en sammensatt oppgave*

Å være terapeut er en sammensatt oppgave, forteller de intervjuede. Informantene forteller om det å være til stede med hele seg, sees på som en overbyggende egenskap. Det å bidra til at endringer kan finne sted hos pasienten, å være en type katalysator i terapiprosessen. Flere av informantene ser på seg selv som en terapeut som innbefatter både fysioterapeut og psykomotoriskfysioterapeut, i tillegg til å være en veileder. Det å forklare og oppleve at pasientene forstår, er en annen viktig del av prosessen. De terapeutene som ikke definerer seg inn i veilederrollen forteller at de ser seg som terapeut og har det som sitt utgangspunkt. For å skape tillit og trygghet hos pasienten sier informantene at det er viktig å være aksepterende og respekterende i sin terapeutrolle. Thornquist og Bunkan (1986) skriver om at tilstedeværelse, innlevelse og deltakelse kan stå som en rettesnor for hele behandlingen. Å være til stede, å være i og med seg selv i den enkelte situasjon, det er hva vi tilstreber. Slik jeg forstår informantene handler det mye om å romme seg selv, være der de er, i den rollen de har - tilstede i terapirommet.

### *Empati*

Informantene forteller at de er tydelige på hva de som terapeuter kan bidra med. Det å være trygg på seg selv, lyttende, nysgjerrig og undrende. I ord og handlinger vise at de bryr seg om pasienten. Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) skriver at det grunnleggende for all klinisk virksomhet er empatien. Det å oppleve å bli forstått og støttet er det som klientene selv oppgir som viktigst for resultatet i terapien. Stokkenes (1997) skriver at et samspill som er godt mellom terapeut og pasient bidrar til å skape ny innsikt hos begge. Jeg tenker at i rollen som terapeuter bidrar informantene med sin empati og sitt nærvær. På denne måten får pasienten og historien hans, en støtte som kan føre til at pasienten opplever seg sett og hørt. Skjervheim (1976) skriver at deltagelse er som å gi kraft til den andre personens opplevelse. Molander (1997) benytter "oppmerksomhet i handling" om det å lytte til seg selv på samme tid som til den andre. Dette er utfordrende og krever flyt og fokus i oppmerksomheten. Jeg mener at dette krever gode empatiske egenskaper hos terapeutene. Når terapeutene på samme tid lytter til seg selv og den andre, - i sine møter med pasientene, er de selv en deltager som på en eller annen måte bidrar til å skape noe som er spesielt for nettopp denne situasjonen.

Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) skriver også at empati bidrar til økt belastning for terapeuten. Hummelvoll (2004) skriver at i det terapeutiske nærværet er kommunikasjon viktig, dette vil si mer enn ord. Dette inkluderer empatisk nærvær, å stå i situasjonen med pasienten, ta imot og tolke personens smertefulle tanker og følelser. Informantene forteller at det å være tilstede i terapitimen, krever mye av de som terapeuter. Det å arbeide med det empatiske sliter i lengden. Å fokusere på egen ivaretagelse, egenomsorg i terapien både i terapirommet men også i egen fritid er viktig.

### *Egne og andres følelser*

Det å være trygg på egen rolle, følelser og ansvar trekkes frem av informantene som viktig. De er opptatt av mennesker og prosesser, prosesser som er fylt med forventninger. Ingen pasienter og ingen prosesser er like. De forteller videre om å kunne observere, registrere og vurdere de ulike reaksjonene og funnene, som blir gjort kroppslig. I tillegg til å lytte til det verbale som blir formidlet. Thornquist og Bunkan (1986) hevder at det å gi rom for følelser i PMF er svært viktig. Pasientens problemer kan nettopp ha blitt utviklet ved at han tidligere har blitt avvist vedrørende sine følelser. For at dette skal kunne skje på en trygg måte, er det viktig at psykomotorikeren selv har et aksepterende forhold til det pasienten formidler. Jeg kan utfra det informantene forteller tenke meg at dette krever mye oppmerksomhet og stiller store krav til deres nærværsevner.

Skau (2011), skriver at det ikke er noe fasitsvar på hva det er som gjør møtene med mennesker meningsfulle eller meningsløse, konstruktive eller destruktive. En av kildene er menneskene vi møter. Å lytte mer til dem, være oppmerksom på nonverbale signaler og handlinger. Å spørre dem direkte hva de tenker, ønsker og erfarer, kan vi også gjøre. Informantene forteller videre om å møte pasientene med åpne øyne og et åpent sinn i terapirommet. Faren for å krenke folk i sin kraft av å være helsearbeider, dette fordi sårbare pasienter lett lar seg overkjøre. Det å være følsom for pasientens reaksjoner og at behandlingen skal oppleves som meningsfull. Jeg tolker dette slik at dette handler om å ta pasienten på alvor og ikke tillegge han egenskaper eller tanker han ikke har. At informantene er til stedet med hele seg, i sin rolle som terapeut.

### *Trygge pasienten*

Informantene forteller at det er viktig å skape en terapisisituasjon der det ikke er om å gjøre for pasienten å skulle prestere hele veien. Gjøre pasienten trygg på at han ikke er i terapien for å finne seg i, eller ha svar på alt. Det er lov å ikke vite, eller ikke ha svar på alt. De mener at terapeutene kan hjelpe best i de therapeuticsituasjonene der de klarer å ha avstand til pasienten. Det handler om å være her og nå, også når det gjelder hva innholdet i timen skal romme. Det fokuseres på det som er det relevante for pasienten i terapierommet. Tørre å stole på seg selv, sin erfaring og faglighet. Thornquist og Bunkan (1986) skriver at en av oppgavene til psykomotorikeren er å hjelpe pasienten til innsikt i egne symptomer og hvordan dette kan reageres på. En annen er å hjelpe pasienten med å kjenne på følelsene og sette ord på dem. Ord bevisstgjør følelser. Skau (2011) skriver videre at en annen kilde til kunnskap er oss selv. Vi kan øke vår forståelse for det menneskelige og for nyanser i samspill, ved å være oppmerksomme og reflekterende overfor våre erfaringer. Jeg tolker dette slik at ved at informantene hele veien lytter til seg selv og kjenner etter hva den enkelte situasjon gjør med dem, er det også lettere å være der de er, å være der for pasienten.

### *Avgrense*

Informantene forteller om motoverføringer i terapien. Det er mange eksempler på dette, fra terapierommene. De må arbeide med å ta vare på seg selv og deres reaksjoner, - hele veien. Slik at de ikke tar inn og gjør pasientenes utfordringer og affekter, om til sine. Monsen (1989) skriver at som terapeut er kunsten å avgrense seg slik at pasienten ikke utsettes for mer enn han selv kan føle, forstå og integrere. Terapeuter som selv er i en eller annen avhengighetsproblematikk vil uten å være klar over det, overføre håpløshet til sine pasienter, som sliter med det samme. Kringelen og Finset (2008) skriver at tillitsforholdet i seg selv er av en emosjonell karakter, mellom pasienten og behandleren. Tillit handler om å føle trygghet og da gjerne gjensidig. De tar også opp motoverføring som kan være av negativ eller positiv karakter. Jeg tenker at det for informantene må være en balanseøvelse, det å være i terapierommet, som terapeut. Det å være i samtalen med fokuset i det kroppslige. På samme tid åpne opp eller skjerme seg selv, alt etter hva den enkelte situasjon krever av terapeuten. Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) skriver at overføringsreaksjoner fra pasienten kan komme der terapeuten har uløste tidligere interpersonlige temaer. Terapeutens evne til egenomsorg og personlig integritet er derfor viktig. Når vi ikke blir reddet hverken pasientens eller våre egne reaksjoner, blir vi bedre terapeuter. Å ivareta personlig livskvalitet

og eget liv er helt avgjørende for terapeutene. Jeg tenker at informantene må være følsom utover seg selv, men ikke miste eller tape seg selv av syne.

### *Egen veiledning*

Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) trekker også frem faglig veiledning og fellesskap som isolasjonsbrytende vedrørende det å sitte med uønsket kunnskap. Fellesskapet blir da en ventil for å få tatt opp egne reaksjoner. Å gå til veiledning eller kollegaveiledning løftes også frem av informantene som viktig. Mange av dem, sier også at det skulle stilles større krav til terapeuter, med å gå i veiledning. Jeg tolker informantene slik at det er individuelle variasjoner innenfor de intervjuede, i hvilken grad psykomotorikere er aktive innenfor kollegagrupper eller veiledninger. Kan det være noe å hente i dette for flere?

## **6.2.3 Samtalen i terapien**

### *Samtalens plass*

Informantene forteller at samtalens betydning, er en vesentlig del av det samspillet eller fellesskapet som utvikles i terapirommet, mellom terapeut og pasient. De opplever at samtalen har fått mer plass i løpet av årene. Hummelvoll (2010) skriver at svært mye av det psykiatriske arbeidet er basert på samtaler, det være seg spontane eller avtalte. Rønnestad og von der Lippe (2003) skriver at samhandling ansikt til ansikt påvirker og berører oss mennesker i stor grad. I møtene med andre mennesker kommer vi i kontakt med områder der følelser ofte utløses. Den emosjonelle kvaliteten i relasjonen er av stor betydning. Ikke bare innholdet i samtalen er viktig men helsearbeiderens sensitivitet overfor pasientens følelser og hvordan budskapet blir kommunisert.

Informantene forteller at gjennom samtalen, den lange eller korte terapisamtalen, kan de kroppslige reaksjonene bevisstgjøres hos pasienten i terapien. Informantene sier at samtalen også er viktig i forhold til å avdekke ønsker og forventninger vedrørende behandlingen. Hva målet med terapiprosessen er, kan tydeliggjøres i en muntlig eller skriftlig behandlingsavtale. Samtalen eller dialogen skal oppleves som forståelig og meningsfull. Thornquist og Bunkan (1986) skriver at kroppen er inngangsporten til kontakten med pasienten. Samtalen kommer i annen rekke. Terapeuten er vanligvis tilbakeholden med spørsmål av personlig art. Hansson (1982) skriver at en av funksjonene til terapeuten er å være en gråte eller klagemur for



pasienten. Vi avholder oss fra å komme med gode råd. Spørsmål blir gjerne sent tilbake og pasienten selv finner da ofte svaret. Det er ikke terapeutens oppgave å fritte pasienten ut, de kommer selv når de er klare for det. Når spenninger slipper, slipper også tungebåndet. Ekerholt (2002) skriver at samtalen i terapien er et viktig element i behandlingen. Det er dette som først og fremst skiller psykomotorisk fysioterapi fra annen fysioterapi. Gunnari (1994) tar til orde for aktiv kommunikasjon, verbalt, i fysioterapien. Gretland (2007) skriver at fysioterapeuten kan bli bedre kjent med pasientens forståelse, tanker og vurderingen, nettopp gjennom samtalen. Ordene kommer når pasienten er klar og situasjonen er trygg. Ekerholt (2002) spør om det er en misforstått tilbakeholdenhet som har gjort seg gjeldene innenfor psykomotorisk fysioterapi. Dette på bakgrunn av at hennes informanter beskriver fysioterapeuter som interesserte, lyttende og støttende, men det var opp til pasienten å ta opp tema. Slik jeg har forstått informantene er samtalen har endret seg noe fra starten av innenfor psykomotorisk fysioterapi til utøvelsen av faget i dag. Har den fått større plass i behandlingen? Kanskje samtalen har fått plass innenfor psykomotorisk fysioterapi har vært noe underkjent fra starten av?

#### *Samtalen for å klargjøre og trygge*

Informantene forteller at første time som oftest er en ren samtaletime, der anamnesen blir tatt. De benytter ofte denne timen bl.a. til å fortelle pasienten, hva PMF går ut på. Dette er med på å trygge den enkelte i f.eks. en undersøkelsessituasjon. De fleste pasientene er svært meddelssomme, forteller informantene. Dette kan være fordi pasienten opplever det godt at noen lytter til historien hans. Thornquist og Bunkan (1986) skriver om de kroppslige reaksjonene underveis i undersøkelsen eller i behandlingen kan bli tema for spørsmål og samtalen i terapirommet. På denne måten er det kroppen som er innfallsvinkelen til den informasjonen som oftest knyttes til anamnesen. Bunkan (1997) skriver at dialogen er en vesentlig del av samspillet mellom terapeut og pasient. Dialogens hensikt er å hindre at pasienten distanserer seg fra behandlingen og på den måten reduserer muligheten fra å være i opplevelsen. Samtalen bør være uanstrengt og fri fra forventninger om at noe skal skje, fra terapeutens side.

Stensland (2000) skriver at de observasjoner som Braatøy gjorde vedrørende sammenhengen mellom kroppslig og verbal samhandling, gir et grunnlag for å inkludere kroppen i samtalen. Dette fører frem mot begrepet kroppslige dialoger. Kroppens holdning og bevegelsesmønster er førspråklige forutsetninger. Dette gjør at ytringer som gjøres verbalt, blir forståelige i en

sammenheng. Informantene forteller at samtalen er viktig i forhold til prosessen terapeuten og pasienten skal ha sammen. Terapeuten kan stille spørsmål underveis til pasienten. Dette for at pasientene skal kunne registrere de kroppslige opplevelse av situasjonen, her og nå. Jeg tolker informantene slik at den terapeutiske samtalen ga pasienten og dem muligheten til å utforske og reflektere i gjennom behandlingsprosessen.

#### *Samtalen i forhold til kroppen*

Informantene forteller også at samtalen er en medvirkende faktor for at pasienten skal bli bevisst på og kjenne sammenhengen mellom de kroppslige plagene og de kroppslige spenningene. Dette kan være spørsmål som: Hva har skjedd? Hva kjenner du? Kjenner du dette? Hva forteller dette deg? Hvilken opplevelse og tanker vekker dette hos deg? Hva slags følelse er det du sitter med nå? Hvordan kjennes denne følelsen ut for deg? Hvor i kroppen er den og hvordan kjennes den ut? osv. Thornquist (2010) skriver at alle behandlinger har en integrert samtaledel. Utgangspunktet er de kroppslige forholdene til pasienten og den er her og nå fokusert. Respirasjonssvarene til pasienten er veiviseren. Solheim (2012) skriver at gjennom nærværsperspektivet kan den terapeutiske samtalen bidra til at pasientene lettere kan fortelle om seg selv. Når de opplever sammenhenger i livet de har levd og lever, blir det også lettere å forstå og akseptere livet nå. Aksepten fører til at det blir lettere å uttrykke erfaringer og å kunne frigjøre seg. Øvreberg (1997) skriver at professor Tom Andersen sa at samtale, - å tale sammen, er å dele pust. Pusten bærer ordene frem, betydningen av ordene gis fra pusten. Hun skriver videre at terapeutens hånd mot pasientens hud, også er en samtale. Utfordringen til terapeuten er å være i den "samtalen", på den måten kan pasienten påvirkes på en hensiktsmessig måte.

#### **6.2.4 Dagens utfordringer i terapien**

##### *Lang ventetid skaper utfordringer*

Informantene forteller om lange ventelistene som er en utfordring som berører både pasientene og terapeutene. Ulike pasientgrupper blir prioritert i forhold til psykomotorisk fysioterapi. Dette er gjerne etter påtrykk fra fastleger eller andre. Ventelistene er fra 3-4 måneder og opp til langt over 1 år. Informantene forteller at pasienter som kunne dratt fordeler av PMF, blir stående på ventelister. De lange ventelistene er også en belastning for terapeutene selv. Dette berører arbeidsmengden og det berører egne og andres forventninger

til effektivitet. Thornquist og Bunkan (1986) skriver at behandlingsprosessen ofte strekker seg over lang tid. Alt etter hvor dårlig pasienten er og hvilken livssituasjon vedkommende befinner seg i, vil behandlingsprosessen gå over måneder og år. Ut fra det jeg hører fra informantene tenker jeg at dette er et spørsmål om respekten for mennesket. I tillegg er det også et samfunnsøkonomisk spørsmål.

Noen av informantene forteller at de lange ventelistene bl.a. fører til at enkelte terapeuter tar inn mange pasienter i løpet av dagen. Dette er en krevende oppgave. Det å gjøre seg klar for neste konsultasjon. Tidsaspektet i hverdagen er en av faktorene som kan være med på å gjøre dette utfordrende. En pasient hver time krever at terapeuten tar seg tid til å gjøre seg klar, for neste pasient. Etter en arbeidsdag med mange pasienter, kjenner noen av informantene seg ofte slitne. Jeg tenker at det først og fremst bør være viktig for terapeuten å ivareta seg selv og sin kropp. På den måten og bare på den måten kan den enkelte terapeut stille opp for pasienten og være den fokuserte og alltid tilstedeværende terapeut, som alle pasienter er best tjent med. Konsekvensen vil kanskje være lengre venteliste og flere utålmodige pasienter. Hva med terapeuten? Informantene forteller om at mange pasienter i hverdagen, lettere kan føre til at de selv blir slitne og utbrente. Jeg mener da at terapeutens evne til å være der de er - her og nå, vil kunne svekkes.

### *Avslutning av terapien*

Avslutninger er generelt vanskelig, sier mange av informantene. At et avhengighetsforhold til terapeuten oppstår, er ikke uvanlig. Det å støtte pasienten i at nå er det viktig at du selv forsøker deg alene, uten behandlingen, og at du alltid kan ta kontakt igjen. Forutsigbarhet i behandlingsprosessen er av betydning. Avslutningen skal planlegges og den bør løftes frem på et tidlig stadium. På denne måten kan både pasient og terapeut forberede seg på den og håndtere avslutningen bedre. Thornquist og Bunkan (1986) skriver at terapeutens mål er å gjøre behandlingen overflødig. Hjelp til selvhjelp får på denne måten mening og behandlingen blir en selvberende prosess. Jeg tolker informantene slik at det å gå inn i en behandlingsprosess med en klar behandlingsavtale, som er både muntlig og skriftlig, vil kunne være mer forpliktende og bindende for begge parter.

Så er spørsmålet, når er en pasient ferdigbehandlet? Thornquist og Bunkan (1986) skriver at behandlinger er ikke fullført før pasienten kan være sin egen behandler. Spørsmål som noen av informantene spør seg er; I hvem sitt hode sitter utfordringen, vedrørende avslutninger av

behandlingsløp. Er det hos terapeuten eller pasienten? Noen av informantene ser også på det å avslutte et behandlingsforløp, etter et bestemt antall behandlinger, som uetisk. Dette fordi de i en behandling har satt i gang en prosess som de så avslutter, før de vurderer behandlingen som fullført. På bakgrunn av dette stiller jeg meg noen spørsmål: Hvem vurderer når pasienten selv kan være sin egen behandler? Pasienten selv, terapeuten eller begge to sammen?

### *Samarbeid med andre fagpersoner*

Informantene forteller at det er fastlegene som står for de fleste henvisningene til psykomotorisk fysioterapi. Enkelte steder er det opprettet et samarbeid med faste møtetidspunkter mellom de psykomotoriske fysioterapeutene og andre fagpersoner. Andre steder er det mer utfordrende å få til denne type samarbeid på tvers av faggruppene. Skal det gjennomføres møter er det som regel terapeutene som organiserer og ber om dette. Øvreberg og Andersen (2002) skriver at lege må være innstilt på å tre støttende til, for å undersøke og vurdere somatiske eller psykiske symptomer, dersom dette oppstår i løpet av behandlingen. På bakgrunn av dette tenker jeg at det hviler mye ansvar på den enkelte terapeut. Flere av informantene opplever seg alene, eller de arbeider sammen med få andre og har et lite fagmiljø i sin nærhet. Jeg tolker informantene slik at det å være terapeut medfører at han skal fylle mange roller i tillegg til terapeutrollen. Å være en alliansebygger, markedsfører og samarbeidspartner, er egenskaper som kan komme godt med.

### **6.2.5 PMF innenfor psykisk helsearbeid**

Somatikos kommer fra gresk og betyr kroppslig, soma betyr, kropp, legeme (Lindskog, 1998). I studieplanen for Master i psykisk helsearbeid står det at:

Helsen er dermed en multidimensjonal og integrerende prosess og inkluderer fysiske, intellektuelle, utviklingsmessige, emosjonelle, åndelige og sosiokulturelle aspekter som er avhengige av tid, sted og situasjon (Høgskolen i Hedmark, 2012).

Thornquist og Bunkan (1986) skriver følgende:

Pasienten henvises til psykomotorisk behandling for sine kroppslige plager og det er kroppen som først og fremst står i sentrum i psykomotorisk behandling. Selve navnet psykomotorisk behandling kan derfor virke forvirrende ved å indikere at det psykiske kommer først. Det er kroppen som gjøres til gjenstand for behandling, men alt psykomotorikeren gjør er basert på en forståelse som et integrert

---

fysisk-psykisk-sosialt fenomen. Utgangspunktet for psykomotorisk behandling er det hele mennesket; innfallsporten er kroppen (s.16).

Et ensidig somatisk fokus kan lett overse nettopp det som står skrevet i sitatet ovenfor, men som PMF ved sin holistiske tilnærming i høyeste grad inkluderer.

Hummelvoll (2004) skriver at innenfor psykisk helsearbeid vil det være viktig å undersøke hva yrkesutøveren har som sin kjernekompetanse. I tillegg til å klargjøre hvilken rolle og funksjon brukere og andre samarbeidspartnere forventer og ønsker at psykisk helsearbeidere skal kunne dekke. Disse to perspektivene bør samordnes, mener han. Han skriver videre at psykisk helsearbeid kan sees på som et paraplybegrep. Dette dekker flere yrkesgrupper med deres respektive faglige perspektiver (ibid.).

Det hele mennesket er innenfor medisinen inndelt i to, psyke og soma, - men like fullt som det hele mennesket. Innenfor psykisk helsearbeid og innenfor PMF er det i alle fall minst en fellesnevner; det er mennesket det arbeides med, - det hele mennesket. I PMF er innfallsport nettopp kroppen, det kroppslige, det som føles og kjennes, - her og nå. Kanskje det allikevel er mer som forener enn som skiller i de ulike retningene innenfor psykisk helsearbeid? Jeg ønsker å løfte frem sitatet fra en av informantene som sa følgende:

*”Vi har en viktig rolle innenfor det med psykiske helse fordi jeg tenker jo at vi er kanskje den yrkesgruppen som tar med seg kroppen og følelsene. På en god måte, jeg kan ikke si at andre ikke gjør det, men jeg vet at vi gjør det og at vi der har mye å bidra med. Både når det gjeld de med lettere psykiske lidelser og de med litt alvorlige psykiske lidelser”.*

Ottesen (2011) sammenligner det å drive helsearbeid uten kroppslig fokus, med saxofonisten som skal spille en tone uten å være i kontakt med sitt instrument. Bergland og Øien (1998) skriver at utsagnet ”det er bare psykisk”, forteller oss at kroppen sees på som et objekt og et nedslagsfelt for det psykiske. Det somatiske og psykiske skillet i klassifiseringen, ender i situasjoner som er vanskelige for pasientene. Pasienter som opplever seg som syke, men som blir avvist som syke.

I studieplanen for Master i psykisk helsearbeid (2012), vektlegges et kunnskapsgrunnlag som er flerfaglig og tverrfaglighet, med fokus på de ulike delene som fremmer og hemmer menneskers opplevelse av helse og sosial tilhørighet. Hvilke tiltak som lindrer lidelse og motvirker funksjonshindringer og hvilke tjenester som svarer til behovet hos de som søker og er hjelpetrengende. På bakgrunn av dette ser jeg psykomotorisk fysioterapi som et godt

bidrag, inn i dette tverrfaglige fellesskapet. PMF finnes i dag innenfor flere kommuner og noen innenfor spesialisthelsetjenesten. Jeg tenker at pasientene - brukerne er vel de som best kan si noe om hva som har hjulpet deres fysiske eller psykiske helse/uhelse.

Brukermedvirkning er en viktig del av psykisk helsearbeid, på alle nivåer (Schjøth, 2007, s. 210). Brukerperspektivet er svært viktig når en skal vurdere hva som ikke er psykisk helsearbeid. Det er brukeren selv som har retten til å definere hva det er som fremmer deres psykiske helse og hva det er som skaper psykisk uhelse (Andersen, 2006, s. 310).

Opaas (2012) skriver at PMF kan være en viktig bidragsyter i arbeidet innen psykisk helsearbeid. Dette blant annet fordi terapeutene har en kompetanse om kroppen og en spesialkompetanse på samspillet mellom kropp, psyke og soma.

Jeg tenker at også innenfor det psykiske helsearbeidet finner vi kropper med sine mange og ulike plager. PMF sammen med menneskene og deres kropper, skulle også kunne ha sin plass innenfor psykisk helsearbeid.

## 7. Konklusjon

Som jeg skrev i innledningen i denne masteroppgaven, så inneholder den mange utsagn om psykomotorisk fysioterapi, hva terapien kan bidra med, hvordan terapien kan hjelpe pasienter osv. Jeg vil gjenta følgende presisering: Det er kun den ene parten, den psykomotoriske fysioterapeuten, som i denne masteroppgaven har kommet i tale. Ingenting kommer fra pasientene.

Det kan synes som om det å gå til PMF kan være med å gi pasienten bedre kontakt med de kroppslige ressurser og tydeliggjøre disse. Dette kan være med å trygge pasienten i sin hverdag. Dette vil igjen kunne være med på å gjøre det lettere for den enkelte pasient, der pasienten mer effektivt kan styre sitt liv mot egne mål og behov.

PMF bidrar med en forståelse av at kroppslige plager eller smertene til pasienten, kan være forårsaket av det livet de har levd og lever. Når en pasient forstår sammenhengen mellom sine belastninger og kroppslige plager, er dette med på å ufarliggjøre de kroppslige plagene. De pasientene som har en høyere grad av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, vil på denne måten oppleve en høyere grad av sammenheng og ut fra dette en høyere grad av helse. At dette kan lede til mindre smerter, bør være både meningsfullt og motiverende.

Psykomotorikere bidrar med sitt nærvær til at pasienten og historien hans, får en støtte som kan føre til at pasienten opplever seg sett og hørt. Dette krever gode empatiske egenskaper hos terapeuten. I alle møter er vi selv en deltager som på en eller annen måte bidrar til å skape noe som er spesielt for nettopp den enkelte situasjonen. Dette handler om å ta pasienten på alvor og ikke tillegge han egenskaper eller tanker han ikke har. At terapeuten er til stedet med hele seg - sin kropp. Det er en balanseøvelse og være i terapirommet, i samtalen med fokuset i det kroppslige. På samme tid åpne opp eller skjerme seg selv, alt etter hva den enkelte situasjon krever av terapeuten. Å være følsom utover seg selv, men ikke miste eller tape seg selv av syne. Det kan synes som om det er individuelle variasjoner innenfor terapeutene, i hvilken grad de selv er aktive innenfor kollegagrupper eller veiledninger.

Fokuset på samtalens plass synes som om den har endret seg noe fra oppstarten av psykomotorisk fysioterapi til utøvelsen av faget i dag. Som det fremkommer i dag kan det synes som om samtalen har fått større plass i dagens behandling. Kanskje samtalens plass

innenfor psykomotorisk fysioterapi har vært noe underkjent fra starten av? Det finnes lite forskning innenfor PMF, kan dette være tema for videre forskning?

PMF finnes i dag i flere kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Retningen er å finne innenfor stadig flere områder innenfor helsetjenesten. Brukerperspektivet er svært viktig når en skal vurdere hva som ikke er psykisk helsearbeid. Pasientene er de som best kan si noe om hva det er som fremmer eller hemmer deres fysiske eller psykiske helse/uhelse. PMF synes å kunne være en viktig del av det fysiske og psykiske helsearbeid. Innenfor det psykiske helsearbeid finner vi også kropper med sine mange og ulike plager. PMF sammen med pasientene og deres kropper, skulle også i fremtiden ha sin plass innenfor det psykiske helsearbeid. Hvilke andre retninger enn PMF setter brukermedvirkningen høyere innenfor psykisk helsearbeid?



## Litteraturliste

Almvik, A., & Borge, L. (Red.). (2000). *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. [Bergen]: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Andersen, R. (2005). *Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalene*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Andersen, A. J. W. (2006). Psykisk helsearbeid - alltid underveis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(3), 309-310.

Andersen, A. J. W., & Karlsson, B. E. (2011). *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. [Oslo]: Universitetsforlaget.

Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (Red.). (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1):11-18.

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.

Askheim, O. P., & Starrin B. (2010). *Empowerment. I teori og praksis*. [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bae, B., & Waastad, J. E. (1992). *Erkjennelse og anerkjennelse. Perspektiv på relasjoner*. [Oslo]: Universitetsforlaget AS.

Bergland, A., & Øien, I. (1998). *Fysioterapi i praksis. Et sted for oppdagelse og begrunnelse*. [Oslo]: Universitetsforlaget AS.

Breitve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International*, 15(4), 212-221.

Bunkan, B. H. (1997). *Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Tradisjonen under og delvis etter Aadel Bülow-Hansen og Tryggve Braatøy*. Oslo: Pensumtjenesten.

Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 24(10), 2845–2848. Lokalisert 17.01.2012 på <http://tidsskriftet.no/article/412339>

Bunkan, B. H. (2001). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Ressursorientert kroppsundersøkelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2001). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Ekerholt, K. (2002). *Psykomotorisk fysioterapi – behandling og samhandling*. (Hovedfagsoppgave). Universitetet i Bergen [UiB], Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet, Bergen.

Ekerholt, K., & Bergland, A. (2008). Breathing: A sign of life and a unique area for reflection and action. *Journal of the American Physical Therapy Association*. 88(7), 832-840.

Folkehelseinstituttet (2008). *Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Lokalisert 17.01.2012 på [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5631](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631) :0:15,2667:1:0:0:::0:0

Folkehelseinstituttet (2011). *Konsekvenser av psykiske lidelser*. Lokalisert 17.01.2012 på [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039) :0:15,4577:1:0:0:::0:0&MainLeft\_6039=6041:70817::1:6043:5:::0:0

Friis, S., & Vaglum, P. (1999). *Fra idé til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*. (2. utg.). [Oslo]: Tano Aschehoug A/S.

Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Gule sider, (2012). *DPS*. Lokalisert 12.03.2012 på <http://www.gulesider.no/finn:dps/p:3>

Gunnari, B. (1994): *Et behandlingsforløp. En case-studie med psykomotorisk fysioterapi.* (Hovedfagsoppgave). Universitetet i Oslo [UiO], Institutt for spesialpedagogikk, Oslo.

Hansson, H. (1982). Psykomotorisk behandling. I B. H. Bunkan, L. Radøy & E. Thornquist (Red.), *Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bülow-Hansen.* (s. 121-127). Oslo: Universitetsforlaget.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkken, J. A. (2002). *Perspektiver på psykisk lidelser, - å forstå, beskrive og behandle.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt.* Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, J. K. & Barbosa da Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, 16(2), 25-32.

Høgskolen i Hedmark. (2012). *Studieplan for Master i psykisk helsearbeid.* Lokalisert 17.01.2012 på <http://www.hihm.no/content/view/full/31238>

Kringelen, E., & Finset, A. (2008). *Den kliniske samtalen, - kommunikasjon og pasientbehandling.* (2. utg.). [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lillebo, H. (Red.). (2002). *Nordahl Grieg. Samlede dikt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindskog, B. I. (1998). *Universitetsforlagets store medisinske ordbok*. (6. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Merleau-Ponty, M. (2009). *Kroppens fænomenologi*. (1. del af «Perceptionens fænomenologi»). Viborg: DET lille FORLAG.

Molander, B. (1997). *Kunskapsmångfold och olika kunskapstradisjoner*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Monsen, K. (1989). *Psykodynamisk kroppsterapi*. Oslo. TANO A.S.

NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Lokalisert 17.01.2012 på [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf)

Norsk Fysioterapiforbund, (2012). *Oversikt over psykomotorikere i Norge*. Lokalisert 12.03.2012 på <http://www.fysio.no/fysio/fysioseach8ny/999/999/Norge/null>

Norsk Fysioterapiforbund, (2012). *Doktorgradsavhandlinger, hovedfag & masteroppgaver*. Lokalisert. 17.01.2012 på <http://www.fysio.no/ORGANISASJON/Faggrupper/Psyko>  
motorisk-fysioterapi/Doktorgradsavhandlinger-hovedfag-masteroppgaver

NSD. (2012). *Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S*. Lokalisert 17.01.2012 på <http://www.nsd.uib.no/>

Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Opaas, B. E. (2012). *Psykomotorisk fysioterapi til tenåringer – en karteleggingsstudie med fokus på mestring og utfordringer*. (Mastergradsoppgave). Høgskolen i Hedmark, [HiHm], Avdeling for folkehelsefag, Elverum.

Ottesen, A. (2011). *En bærekraftig kropp. En diskursanalytisk tilnærming til kroppen i psykisk helsearbeid*. (Mastergradsoppgave). Høgskolen i Hedmark [HiHm], Avdeling for folkehelsefag, Elverum.

Rønnestad, M. H., & von der Lippe, A. (2003). *Det kliniske intervjuet*. [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Schjøth, A. (2007). Hva skal det psykiske helsearbeidet omfatte? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(4), 204-210.

Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Skjervheim, H. (1976). *Deltaker og tilskodar*. Oslo: Tanum.

Skårderud, F. (2005). *Andre reiser*. Oslo: Aschehoug & Co.

Solheim, I. J. (2012). Nærvær i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(1), 44-53.

Sosial- og helsedepartementet. (1996). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbud*. (St.meld. nr. 25, 1996-1997). Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. (St.prp. nr. 63, 1997-1998). Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedepartementet. (1999). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 1998:18). Lokalisert 17.01.2012 på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-18.html?id=141324>

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. (Veileder IS-1332). Oslo: Direktoratet.

Stensland, P. (2000). Kroppslige dialoger - inngangsport til samtaler om fastlåste plager. *Tidsskrift for Den norske legeforsning*, 24(10), 120:2925. Lokalisert 17.01.2012 på <http://tidsskriftet.no/article/190606>

Stern, D. N. (2007). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Stokkenes, G. (1997). *Erkjennelse og anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi. En studie av verbal- og nonverbal kommunikasjon mellom pasient og fysioterapeut i to behandlingsforløp*. (Hovedfagsoppgave), Universitetet i Bergen [UiB], Det medisinske fakultet, Bergen.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2010). Pusten. *Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 27(4), 3-6.

Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* [Oslo]: Universitetsforlaget.



Universitetet i Tromsø, (2012). *Mastergradsprogram i helsefag*. Lokalisert 17.01.2012 på [http://www2.uit.no/ikbViewer/page/studiesokere/studietilbud/studieprogram?studieprogram=39586&ar=2011&p\\_d\\_i=47400&p\\_d\\_v=218388&p\\_d\\_c=&fagfelt=6&semester=H&p\\_document\\_id=218388](http://www2.uit.no/ikbViewer/page/studiesokere/studietilbud/studieprogram?studieprogram=39586&ar=2011&p_d_i=47400&p_d_v=218388&p_d_c=&fagfelt=6&semester=H&p_document_id=218388)

WHO. (2012). *Definition of health*. Lokalisert 17.01.2012 på <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

World Medical Association. (2012). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Lokalisert 17.01.2012 på: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Øien, A. M. (1999). *Å utvikle kunnskap om egen kropp. En kvalitativ studie av psykomotoriske behandlingsforløp*. (Hovedfagsoppgave). Universitetet i Bergen [UiB], Det medisinske fakultet, Bergen.

Øien, A. M., Iversen, S., & Stensland, P. (2007). *Narratives of embodied experiences – Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy*. *Advances in Physiotherapy*, (9), 31-39.

Øvreberg, G. (1997). Om psykomotorisk fysioterapi: metode-samarbeid-kommunikasjon. *Fysioterapeuten*, 6, 11-13.

Øvreberg, G., & Andersen, T. (2002). *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi. En metode til omstilling av anspent muskulatur og hemmet respirasjon*. [Skarnes]: Compendius forlag AS.

Aadland, E. (2001). *Etikk. For helse-og sosialarbeidarar*. (3. utg.). Oslo: Det Norske Samlaget.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel +47-55 58 21 17  
Fax +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Bengt Eriksson  
Avdeling for helse- og idrettsfag  
Høgskolen i Hedmark  
Postboks 400  
2418 ELVERUM

Vår dato: 08.03.2012

Vår ref:29681 / 3 / PB

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.02.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

29681	<i>Psykomotorisk fysioterapibehandling av pasienter, bevist på grunn av sin psykiske helse.</i>
	<i>Hva vet vi fungerer og hvilke utfordringer finnes.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bengt Eriksson</i>
<i>Student</i>	<i>Nils Harald Haugli</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Pernilla Bollman

Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Nils Harald Haugli, Rebne, 2960 RØN

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no  
TRONDHEIM NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim Tel: +47-73 59 19 07 kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø Tel: +47-77 64 43 36 nsdmaa@sv.uit.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29681

Hensikten med denne masteroppgaven er å få en fordypet kunnskap om psykomotorisk fysioterapibehandling, av pasienter henvist pga. sin psykiske helse. Spesielt med fokus på hva som fungerer og hvilke utfordringer som finnes.

Utvalget vil bestå av ca.10 fysioterapeuter. De som skal intervjues skal ha videreutdanning innenfor psykomotorisk fysioterapi. De skal være i praksis der de har kontakt med pasientgruppen. Datainnsamlingen vil foregå ved hjelp av personlige intervjuer som registreres på analoge lydopptak og som transkiberes. Direkte personidentifiserbare opplysninger (navn) blir ikke registrert med kobling til datamaterialet. Det kan eventuelt bli registrert indirekte personidentifiserbare opplysninger i form av diverse bakgrunnsopplysninger. Senest ved prosjektslutt 31.12.2012 vil datamaterialet slettes og/eller anonymiseres ved at eventuelle bakgrunnsopplysninger fjernes eller grovkategoriseres.

Behandlingen av personopplysninger foretas på bakgrunn av et aktivt gyldig samtykke fra deltakerne, jf. personopplysningsloven § 8 første ledd (samtykke). Personvernombudet for forskning finner den skriftlige informasjonen til utvalget godt utformet.

## Informasjon og forespørsel om intervju.

Vedlegg 2 (1)

Takk for telefonsamtalen!

Du har fått dette brevet da du ønsket mer informasjon, vedrørende det å delta som informant, i forbindelse med min mastergradsoppgave.

Jeg heter Nils Harald Haugli, er utdannet psykomotorisk fysioterapeut og er student ved Høgskolen i Hedmark, avdeling Elverum, hvor jeg tar mastergrad i psykisk helsearbeid.

Jeg tror vi som psykomotoriske fysioterapeuter har mange like men også ulike erfaringer i vår praksishverdag. Min erfaring er bl.a. den ulike lengden på behandlingsforløpene til pasientene. Dette får meg til å tenke: Hva er det jeg som psykomotorisk fysioterapeut gjør i relasjon med pasientene, der endringene lettere kommer? Hva er det som får dette til å skje? Dette er noe av det som ofte bl.a. har undret meg, i min psykomotoriske fysioterapi praksis.

Hvilke tanker, kunnskap og erfaring sitter du med fra din praksis? Hva er det som fungerer i ditt behandlingsrom? Hvilke utfordringer finnes i behandlingsprosessene?

Temaet for min mastergradsoppgave blir dermed:

*«Psykomotorisk fysioterapibehandling av pasienter, henvist på grunn av sin psykiske helse. Hva vet vi fungerer og hvilke utfordringer finnes.»*

Hensikten med denne masteroppgaven er å få en fordypet kunnskap om psykomotorisk fysioterapibehandling, av pasienter henvist pga. sin psykiske helse. Spesielt med fokus på hva som fungerer og hvilke utfordringer som finnes. Dette kan føre til at bevisstheten øker omkring hvordan psykomotoriske fysioterapeuter går inn i den enkelte pasient-terapeut relasjon. Dette vil i neste hånd også kunne komme den enkelte pasient og behandlingsløp til gode.

I denne anledningen ønsker jeg å foreta en kvalitativ undersøkelse, der jeg benytter individuelle intervju som metode for innhentning av informasjon. Jeg ønsker å intervju ca. 10 psykomotoriske fysioterapeuter. Det jeg ønsker er å ta del i er dine egne tanker, din kunnskap og dine erfaringer.

Derfor inviteres du som psykomotorisk fysioterapeut til et intervju, for å fortelle om dine tanker, kunnskap og erfaringer, relatert til egen praksis og pasienter. Hva er det som fungerer og hva er det som ikke fungerer, i din praksis opp mot denne gruppen pasienter. Intervjuet vil vare i ca. 1 time, og vil kunne foregå på din arbeidsplass, eller et annet sted du velger. Jeg ønsker å gjøre intervjuene, om mulig, i uke 11 og 12. Dersom det i ettertid vil være behov for å utdype noen av spørsmålene og svarene, vil jeg gjerne kunne ringe deg og gjøre dette over telefon.

Deltagelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg underveis i undersøkelsen.

Det blir tatt lydopptak av intervjuene og det som kommer frem blir skrevet ned etterpå. Lydopptaket vil da slettes og informasjonen blir anonymisert. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Dette betyr at du er anonym og kan snakke fritt. Opplysningene vil behandles konfidensielt og alle intervjuer vil bli makulert etter prosjektets slutt, innen utgangen av 2012.

Vedlegg 2 (2)

Informasjonen i intervjuene blir benyttet i min mastergradsoppgave. Resultatene vil også kunne bli gitt ut som artikkel i fagtidsskrift etter at mastergradsoppgaven har blitt sensurert. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Du kan ta kontakt med min veileder Bengt G. Eriksson eller meg for ytterligere informasjon. Kontaktinformasjonen finner du nedenfor.

Min veileder ved Høgskolen i Hedmark, avdeling Elverum, - Institutt for sykepleie og psykisk helse er:

Bengt G. Eriksson

Professor

Tlf: 62430308, kontor: 225 Elverum

E-post: [bengt.eriksson@hihm.no](mailto:bengt.eriksson@hihm.no)

Dersom du ønsker å delta, kan du kontakte meg på telefon eller e-post.

Samtykkeerklæringen kan skrives under når vi møtes til intervju.

Røn, 12.03.2012

Med vennlig hilsen

Nils Harald Haugli

Rebne

2960 RØN

Mobil: 976 83 226

E-post: [n.h.haugli@pmfysioterapi.no](mailto:n.h.haugli@pmfysioterapi.no)

### **Samtykkeerklæring:**

Ja, jeg ønsker å være med som informant, på studien til mastergradsoppgaven, der temaet er:

*«Psykomotorisk fysioterapibehandling av pasienter, henvist på grunn av sin psykiske helse.  
Hva vet vi fungerer og hvilke utfordringer finnes.»*

Dato: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

*(Denne svarslippen fylles ut før vi starter intervjuet, på intervjudagen).*

## Intervjuguide til individuelle dyptgående intervju med psykomotoriske fysioterapeuter.

### Innledning før jeg starter intervjuet:

Takker for at jeg får komme til intervjuet. Så kommer jeg inn på følgende områder:

- Jeg tror vi som psykomotoriske fysioterapeuter har mange like men også ulike erfaringer i vår praksishverdag. Min erfaring er bl.a. den ulike lengden på behandlingsforløpene til pasientene. Dette får meg til å tenke: Hva er det jeg som psykomotorisk fysioterapeut gjør i relasjon med pasientene, der endringene lettere kommer? Hva er det som får dette til å skje? Dette er noe av det som ofte bl.a. har undret meg, i min psykomotoriske fysioterapi praksis.
- Hvilke tanker, kunnskap og erfaring sitter du med fra din praksis? Hva er det som fungerer i ditt behandlingsrom? Hvilke utfordringer finnes i behandlingsprosessene? Problemstillingen min er:

*«Psykomotorisk fysioterapibehandling av pasienter, henvist på grunn av sin psykiske helse.*

*Hva vet vi fungerer og hvilke utfordringer finnes.»*

- Hensikten med denne masteroppgaven er å få en fordypet kunnskap om psykomotorisk fysioterapibehandling, av pasienter henvist pga. sin psykiske helse. Spesielt med fokus på hva som fungerer og hvilke utfordringer som finnes. Dette kan føre til at bevisstheten øker omkring hvordan psykomotoriske fysioterapeuter går inn i den enkelte pasient-terapeut relasjon. Dette vil i neste hånd også kunne komme den enkelte pasient og behandlingsløp til gode.
- I denne anledningen ønsker jeg å foreta en kvalitativ undersøkelse, der jeg benytter individuelle intervju som metode for innhentning av informasjon. Jeg ønsker å intervju ca. 10 psykomotoriske fysioterapeuter. Det jeg ønsker er å ta del i er dine egne tanker, din kunnskap og dine erfaringer.
- Intervjuet vil vare i ca. 1 time. Dersom det i ettertid vil være behov for å utdype noen av spørsmålene og svarene, vil jeg gjerne kunne ringe deg og gjøre dette over telefon.
- Deltagelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg underveis i undersøkelsen.
- Det blir tatt lydopptak av intervjuene og det som kommer frem blir skrevet ned etterpå. Lydopptaket vil da slettes og informasjonen blir anonymisert. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Dette betyr at du er anonym og kan snakke fritt. Opplysningene vil behandles konfidensielt og alle intervjuer vil bli makulert etter prosjektets slutt, innen utgangen av 2012.
- Informasjonen i intervjuene blir benyttet i min mastergradsoppgave. Resultatene vil også kunne bli gitt ut som artikkel i fagtidsskrift etter at mastergradsoppgaven har blitt sensurert.
- Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S, (NSD).
- Min veileder ved Høgskolen i Hedmark, avdeling Elverum, - Institutt for sykepleie og psykisk helse er: Bengt G. Eriksson, Professor, Tlf: [62430308](tel:62430308), kontor: 225 Elverum, E-post: [bengt.eriksson@hihm.no](mailto:bengt.eriksson@hihm.no)

**Spørsmål:**

Vedlegg 3(2)

**1. Kan du fortelle noe om dine erfaringer med psykomotorisk fysioterapi, for pasienter som er henvist på grunn av sin psykiske helse?***Eksempler på oppfølgingsspørsmål:*

- Hvorfor utdannet du deg til psykomotorisk fysioterapeut?
- Kan du fortelle meg om dine erfaringer som terapeut?
- Hvor lenge har du arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut?
- Hva slags utdanning/kurser har du utenom psykomotorisk fysioterapi?
- Hvor mange pasienter har du daglig?
- Hvilke pasientgrupper opplever du er mest mottagelige for psykomotorisk fysioterapi?
- Hvor lenge går pasientene til behandling?
- Hvilke endringer opplever du hos pasienten?
- Hvilke pasientgrupper er mest utfordrende?
- Hvilke diagnoser er oftest henvist?  
Hva? Hvordan? Hvorfor?

**2. Kan du fortelle noe om hva du gjør første gang, når du møter pasienter som er henvist på grunn av sin psykiske helse?***Eksempler på oppfølgingsspørsmål:*

- Hva gjør du som terapeut første gang du møter en ny pasient?
- Hva starter du med å si innledningsvis?
- Hva vektlegger du i møtet første gang?
- Hvordan vektlegger du diagnosen i ditt møte med pasienten?
- Hva er samtalens innhold?
- Hvordan formulerer du dine spørsmål?
- Hvordan organiserer du timen?
- Hvordan er din egen rolle som terapeut der og da?
- Hva skjer rent praktisk?
- Hvordan gjør du det rent praktisk?
- Hvorfor gjør du det?
- Hvordan er det å være tilstede, her og nå, i terapeut-pasient relasjonen, for deg/for pasienten?
- Hvilken undersøkelse bruker du?
- Hvilke undersøkelseskjema benytter du?
- Hvordan foretar du undersøkelsen?
- Hva vektlegger du mest i undersøkelsen; kroppsholdning, respirasjon, funksjon eller palpasjon av muskler og annet bløtvev?
- Hvilke autonome reaksjoner opplever du oftest?
- Når igangsetter du behandlingen?
- Hvordan er det for pasientene å skulle ta av seg klær?  
Hva? Hvordan? Hvorfor?



**3. Kan du fortelle noe om hva slags behandlingsavtaler du gjør med pasienter som er henvist på grunn av sin psykiske helse?**

*Eksempler på oppfølgingsspørsmål:*

- Hvilken type avtaler for behandlingen, gjør du med pasienten første gang?
- Hvor mange behandlinger utføres, før du/dere vurderer veien videre?
- Hvor hyppig møter du dine pasienter?
- Hvordan er det med øvelser hjemme for pasientene?  
Hva? Hvordan? Hvorfor?

**4. Hva mener du psykomotorisk fysioterapi kan bidra med for pasienter som er henvist på grunn av sin psykiske helse?**

*Eksempler på oppfølgingsspørsmål:*

- Hva mener du som terapeut at psykomotorisk fysioterapi kan bidra med?
- Hva kan pasienten bidra med?
- Hva kan terapeuten bidra med?
- Hva kan samtalene bidra med?
- Hva vektlegger du i behandlingene?
- Hvilke områder i behandlingen opplever du vanskelig?
- Hva kan psykomotorisk fysioterapi bidra til vedrørende bevisstgjøring av kroppen?
- Hva kan psykomotorisk fysioterapi bidra med, ved å finne kroppslige ressurser?
- Hva kan psykomotorisk fysioterapi bidra med, for at pasienten kan komme i kontakt med egne følelser og tanker?
- Hva kan psykomotorisk fysioterapi bidra til ved grensesetting i pasientens liv?
- Hvordan er det for pasientene å prioritere seg selv?
- Hvordan opplever pasientene at noen bryr seg om han?
- Hva tenker du når jeg sier; «litt er bedre enn ingen ting»?
- Hvordan oppleves det å ha en time til rådighet i terapien?  
Hva? Hvordan? Hvorfor?

**5. Hva er det som fungerer bra og mindre bra i ditt behandlingsrom, for pasienter som er henvist på grunn av sin psykiske helse?**

*Eksempler på oppfølgingsspørsmål:*

- Hva forteller pasienten deg, som er viktig i terapien?
- Hva er viktig for deg som terapeut innen psykomotorisk fysioterapi?
- Hva opplever du som terapeut, fungerer bra og mindre bra, i behandlingsrommet?
- Hvordan fungerer samtalen?
- Hvordan fungerer øvelsene?
- Hvordan fungerer massasjen?
- Hvordan fungerer hvilen?
- Hvordan fungerer kroppsbildeundersøkelsen?
- Når i terapien opplever du at pasienten åpner opp, for å fortelle om seg selv?
- Hvor viktig er respirasjonen i terapien?
- Hvordan er pasientens kroppsbevissthet?
- Hvordan fungerer tidsrammen, 1 time til behandling?
- Hva sier pasienten fungerer bra eller mindre bra i terapien?
- Hva opplever du fungerer bra eller mindre bra i terapien?  
Hva? Hvordan? Hvorfor?

**6. Hvilke utfordringer finnes i behandlingsprosessene innenfor psykomotorisk fysioterapi, for pasienter som er henvist på grunn av sin psykiske helse?**

*Eksempler på oppfølgingsspørsmål:*

- Hvilke utfordringer opplever du som terapeut, i behandlingsprosessen?
- Hvordan er det med affeksjoner i terapien?
- Hvordan møter du pasientens sinne?
- Har du opplevd deg truet i terapien?
- Har du opplevd vold i terapien?
- Hvilke utfordringer er det i samtalen?
- Hvilke utfordringer er det i øvelsene?
- Hvilke utfordringer er det i massasjen?
- Hvilke utfordringer er det i kroppsbevisstgjøringen?
- Hvilke utfordringer er det med tiden du har til rådighet?
- Hvordan kjenner du deg etter en arbeidsdag?
- Hvem gir deg påfyll i hverdagen?
- Hvordan ivaretar du deg selv i terapien?
- Hvordan er samarbeidet med henvisende instans?
- Hvordan er samarbeidet med psykiatere?
- Hvordan er samarbeidet med psykologer?
- Hvilke andre faggrupper har du samarbeid med?  
Hva? Hvordan? Hvorfor?  
Er det noe mer du ønsker å si før vi avslutter?