

Håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi i møte med pasienter med psykosomatiske lidelser.

En case studie basert på

Gudrun Øvrebergs kunnskaper og erfaringer.

Trudi Henden



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Master i psykisk helsearbeid (MMHC)

Mastergradsoppgave

HØGSKOLEN I HEDMARK

2013

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNHOLDSFORTEGNELSE	2
FORORD	5
SAMMENDRAG.....	7
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	8
1. INNLEDNING	9
1.1 STUDIENS HENSIKT	12
1.2 FORSKNINGSPØRSMÅL.....	12
1.3 TIDLIGERE FORSKNING.....	12
2. PSYKISK HELSE VERSUS HELHETLIG HELSE.....	14
2.1 PSYKISK HELSEARBEID.....	16
2.2 PSYKISKE, SOMATISKE OG PSYKOSOMATISKE LIDELSER.....	18
2.3 SALUTOGENESE.....	20
2.4 EMPOWERMENT.....	22
3. FYSIOTERAPI I PSYKISK HELSEARBEID	23
3.1 PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI	24
3.2 KROPPEN SOM KILDE TIL ERFARING OG OPPLEVELSE.....	26
3.2.1 <i>Kroppens kunnskap</i>	27
3.3 KUNNSKAP, KOMPETANSE OG LÆRING	28
3.3.1 <i>Praksisteori</i>	29
3.3.2 <i>Personlig kompetanse</i>	30
3.3.3 <i>Mesterlære</i>	31
4. METODE	33
4.1 KVALITATIV FORSKNINGSMETODE	33
4.2 CASE STUDIE	34

4.2.1	<i>Valg av informant</i>	35
4.3	DATAPRODUKSJON/ DATAINNSAMLING	36
4.3.1	<i>Intervju</i>	36
4.3.2	<i>Forberedelse og gjennomføring av intervjuet</i>	37
4.3.3	<i>Observasjon/ dokumentanalyse</i>	38
4.3.4	<i>Forberedelse og gjennomføring av observasjonen</i>	38
4.4	ANALYSE	39
4.5	VALIDITET OG RELIABILITET	41
4.6	FORSKNINGSETIKK	42
4.7	PRESENTASJON AV INFORMANT.....	43
5.	PRESENTASJON AV RESULTAT	44
5.1	Å VÆRE ÅPEN FOR Å TA INN HELHETEN	44
5.2	Å FÅ PASIENTEN TIL Å SLIPPE PUSTEN OG SLIPPE LIVET TIL	46
5.3	Å «SAMTALE» MED PASIENTENS KROPP	47
5.4	Å SETTE KUNNSKAPSPARAPLYEN BAK PASIENTEN	48
5.5	Å BEVISSTGJØRE VED HJELP AV BILDER	49
6.	DISKUSJON	51
6.1	HÅNDVERK OG HENDER	51
6.1.1	<i>Håndverket i bred betydning</i>	51
6.1.2	<i>Hender og berøring</i>	53
6.2	PRAKSISTEORI.....	56
6.2.1	<i>Praksisteori</i>	56
6.2.2	<i>Helhet</i>	58
6.2.3	<i>Salutogenese</i>	62

6.2.4	<i>Empowerment</i>	64
7.	OPPSUMMERING	66
	LITTERATURLISTE	68

Vedlegg:

1. Godkjennelse fra NSD
2. Informasjonsskriv. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt
3. Samtykkeerklæring
4. Intervjuguide

Forord

Denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid er tatt ved Høgskolen i Hedmark. Arbeidet med masteroppgaven har vært en krevende men også svært lærerik og interessant prosess. I forkant og gjennom hele studietiden har det vært mange som har bidratt og støttet meg slik at jeg har kommet i mål og jeg ønsker å rette en stor takk til alle.

Først og fremst vil jeg takke informanten Gudrun Øvreberg som sa seg villig til å delta i denne spennende masteroppgaven. Ditt brennende engasjement for psykomotorisk fysioterapi som håndverk har gitt meg et nytt syn på faget og hva som ligger i helse og helhet.

Til min veileder ved Høgskolen i Hedmark, avdeling Elverum, professor Kari Kvigne: Tusen takk for god og inspirerende hjelp og støtte gjennom hele prosessen. Jeg har hatt stor nytte og glede av din fagkunnskap samt kritiske og nysgjerrige tilbakemeldinger som har ført til refleksjon og ny kunnskap. Jeg kom til mål. TAKK.

Takk til Norsk Fysioterapiforbund ved Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte. Bibliotekpersonalet ved Høgskolen, avdeling Elverum, Kongsvinger og Eidskog har vært svært hjelpsomme med anskaffelser av litteratur- Takk til dere. En takk til medstudenter for inspirerende tilbakemeldinger og nyttige innspill. Takk til kollegaer for oppbacking og forståelse i innspurten. Therese: takk for dine gode bidrag og innspill i prosessen, det har vært til god hjelp. Takk til alle andre som ikke er nevnt, dere er ikke glemt.

Det er ikke å komme utenom at det har vært mange tunge og vanskelige stunder i løpet av denne prosessen. Takk til min datter Helene, mamma, pappa, søstre og venner som har vært positive og holdt meg oppe de dagene jeg har hatt det tøft. En spesiell takk til deg Ole Johan for all hjelp og støtte slik at jeg holdt motet oppe.

Jeg har lært utrolig mye nytt om faget psykomotorisk fysioterapi og om psykisk helsearbeid.

Magnor, 18. august 2013

Trudi Henden

Du lever

*Du rusler gjennom skogen,
med sol på hendene dine
som varmen av blyge kjærtegn.
Da trår du på en kongle på stien,
kjenner det mjuke trykket av den
gjennom sålen på skoen din.
En liten hendelse, så liten at
den nesten er ingenting.
Men vær hos den
med hele ditt menneske.*

For det hender deg på jorden dette. Du lever. Lever

Hans Børli.

Sammendrag

Hensikten med denne masteroppgaven har vært å få frem Gudrun Øvrebergs erfaringer og meninger om psykomotorisk fysioterapi som håndverk samt hvordan hun bruker hendene i møte med mennesker med psykosomatiske lidelser.

Dette er en casestudie der det er benyttet en kvalitativ metode i form av et dybdeintervju med informanten samt en observasjon/ dokumentanalyse av Øvreberg i utførelse av pasientbehandling. For å analysere data ble Malteruds (2011) systematiske tekstkondensering, inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse benyttet.

Resultatet viser at informanten har en bred forståelse av håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi der sanser og intuisjon som sammen med håndlag, blikk, stemme, adferd og kontakt med pasienten er viktig. Hendene benyttes som et samspill i form av kroppslig samtale med pasienten. Informantens praksisteori hviler på en kombinasjon av kunnskap, erfaringer, verdier og holdninger som settes sammen og skaper en balanse mellom liv og lære. Å få faget i fingrene samt å kjenne på egen kropp for bedre å forstå pasientene er av betydning.

For Øvreberg handler et helhetlig syn på psykisk helsearbeid om hele livet og hele vår fungering, uten et skille mellom det mentale og det kroppslige. Det er viktig at pasienten forstår og kjenner sammenhengen mellom plagene og smertene for å skape mening og begripelighet slik at de lettere kan håndtere sine kroppslige smerter. Pasienten oppfordres til å kjenne etter og si fra når noe er ubehagelig og hjelp til selvhjelp er sentralt i behandlingen.

Informantens meninger om håndverket i psykomotorisk fysioterapi er av betydning i møte med mennesker som av ulike årsaker sliter med det vi kaller sin psykiske helse. En målsetning med psykisk helsearbeid er å styrke den enkeltes evne til å mestre eget liv for å tåle de påkjenninger man utsettes for. Med sine holdninger og verdier i møte med pasienter mener jeg informanten evner å balansere den kroppslige tilnærmingen slik at det blir håndterlig og begripelig for pasienten.

Nøkkelord: Håndverk, hender, erfaringer, psykomotorisk fysioterapi, praksisteori, psykisk helsearbeid, helhetlig helse, salutogenese, empowerment.

Engelsk sammendrag (abstract)

The purpose of this thesis has been to bring out Gudrun Øvreberg's experiences and opinions on psychomotor physiotherapy handwork (crafts) and how she uses her hands when meeting people with psychosomatic disorders.

This is a case study where it was used a qualitative approach in the form of an interview with the informant and an observation / analysis of documents of Øvreberg in performing patient treatment. To analyze the data was Malteruds (2011) systematic text condensation inspired by Giorgi's phenomenological analysis used.

The result shows that the informant has a broad understanding of the handwork (crafts) importance in psychomotor physiotherapy which senses and intuition with their hands, eyes, voice, behavior and contact with the patient is important. The hands are used as an interaction in terms of physical conversation with the patient. The informant practice theory rests on a combination of knowledge, experience, values and attitudes that are put together and creates a balance between theory and practice. To get the subject in your fingers and to feel your own body in order to better understand patients is important.

For Øvreberg is a holistic view of mental health care about all life and all our functioning, without a distinction between the mental and the physical. It is important that the patient understands and knows the connection between the symptoms and the pain to create meaningful and comprehend so that they can easily manage their physical pains. Patients are encouraged to feel for and tell when something is uncomfortable and self-help is central to the treatment.

The informant opinion about the handwork (crafts) in psychomotor therapy is important when meeting people who for various reasons are struggling with what we call their mental health. One objective of mental health care is to improve the individual's ability to cope with life to endure the stresses they are exposed to. With their attitudes and values when meeting patients, I believe the informant is able to balance actual physical approach to make it manageable and comprehensible for the patient.

Keywords: Handwork (crafts), hands, experiences, psychomotor physiotherapy, practice theory, mental health, holistic health, salutogenesis, empowerment.

1. Innledning

Som tema for denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid ligger Gudrun Øvrebergs erfaringer og meninger om psykomotorisk fysioterapi som håndverk samt hvordan hendene brukes i møte med mennesker med psykosomatiske lidelser.

En av de viktigste utfordringer som helsevesenet står overfor i vår tid er langvarig sykdom med påfølgende funksjonssvikt. Antall mennesker med vedvarende helseplager øker og kommer til å fortsette å øke i årene fremover. Hjerte- og karsykdommer er i dag den viktigste dødsårsaken på verdensbasis. I 2020 kommer psykiske lidelser (spesielt depresjon) til å være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i følge Verdens helseorganisasjon (St.meld. nr.16, 2002-2003). Det er mange som lever med kroniske helseplager og en av fire oppgir å ha muskel- og skjelettlidelser. Omtrent 15 % av befolkningen har psykiske lidelser og ca 10 % av disse er alvorlig syke (ibid).

Psykiske lidelser og problemer er i ferd med å bli den nye store helseutfordringen blant annet i Norge. Det nevnes også utfordringer knyttet til livsstil og fysisk helse (St.meld.nr 16, 2002-2003). Psykisk helse trekkes frem som et satsningsområde i *Opptappingsplanen for psykisk helse* (1998 – 2006) der arbeidet for å løfte frem psykisk helse er prioritert. Fokuset er rettet mot forebyggende tiltak for å styrke den enkeltes opplevelse av egen mestring. I St. meld nr 37 (1992 – 1993) ble blant annet forebygging av belastningslidelser og psykososiale problemer prioritert som viktige områder. Begrunnelsen for dette var at disse sykdomsgruppene rammet flest og kostet samfunnet mest (ibid). I dag, 20 år senere «topper» fremdeles disse sykdomsgruppene enkelte statistikker og er blant de vanligste årsaker til sykemeldinger og uførepensjonering (Mæland 2010).

Det synes også å være en økning av «diffuse» smertetilstander, som for eksempel fibromyalgi og kronisk utmattelsessyndrom. Disse tilstandene kan oppfattes som et resultat at langvarige fysiske og/eller mentale påkjenninger sett i forhold til de ressurser den enkelte person har til rådighet (Mæland, 2010). I følge Hummelvoll (2005) er det en glidende overgang fra psykisk helse til psykisk uhelse. Den psykiske uhelsen kan være et resultat av angst og dårlig selvtillit, som en følge av sårbarhet (ibid). Økningen kan også være et uttrykk for økende psykososiale belastninger og vi ser at folks toleranse for stress er lavere nå enn før, noe som fører til at enkelte lettere reagerer på motgang med symptomer og derfor søker hjelp (Mæland, 2010).

Sliter man med psykiske problemer kan det bli vanskelig å planlegge livet da det blir uforutsigbart påpeker Hummelvoll (2005). Psykisk uhelse kan innebære en livsfølelse som er preget av å være annerledes samt opplevelse av en indre smerte. Psykisk uhelse kan også gi kroppslig smerte. Dette kan oppstå når man ikke opplever å mestre eller ha kontroll i hverdagen og i livet ellers (ibid).

Pasienter oppsøker fysioterapeuter når de har kroppslige plager og kroppen er fysioterapeutens innfallsvinkel til pasienten, både når det gjelder undersøkelse og behandling (Thornquist og Bunkan, 1995). Som fysioterapeut møter jeg mange mennesker som med forskjellige historier og plager oppsøker meg for å få hjelp for sine kroppslige smerter. Fysioterapeuter er blant de faggrupper som er sentrale i folkehelsearbeidet, gjerne med en eller annen form for videreutdanning i psykisk helsearbeid (Folkehelseinstituttet; rapport 2011:1). Psykomotorisk fysioterapi er en videreutdanning i fysioterapifaget. En studie av Breitve et.al (2008) viser at pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi (PMF) i de fleste helseregioner i Norge har en stor andel langvarige og klinisk betydelige emosjonelle symptomer og subjektive helseplager.

I psykomotorisk fysioterapi er det hele mennesket som er utgangspunktet for behandlingen og innfallsporten er kroppen. Livet leves i og er i kroppen og kroppen beskrives som forutsetningen til livet (Engelsrud, 2006). Vi erobrer verden med kroppen og livet setter seg i kroppen. Det har en avgjørende betydning for det livet vi lever. Uansett hvor og hvordan vi beveger oss så er det med kroppen. Kroppen kan både huske og den kan glemme (Thornquist og Bunkan, 1995). Gretland (2007) påpeker at selvutvikling og identitet ikke er noe i seg selv. Det er et forhold mellom kroppen og verden samt mellom oss selv og andre. Vi lærer gjennom kroppen som kroppslige vesen helt fra livets begynnelse.

Da jeg utdannet meg til psykomotorisk fysioterapeut fikk jeg et nytt syn på fysioterapifaget og betydningen av en helhetlig tankegang i møte med pasienter. Jeg husker spesielt godt det fokuset hendene fikk i behandlingen; hendenes plassering på kroppen til pasienten og også måten hendene jobbet på. Det var like mye hendene som «lyttet» til pasienten som det sagte ord. I følge Bunkan (2008) er fysioterapeuter profesjonelle berørere da det er en grense mellom profesjonell og privat berøring. Videre mener Bunkan (2008) at terapeutisk berøring først og fremst gjelder kontakten mellom terapeutens hender og en annen kropp (ibid). I denne sammenhengen er terapeutisk berøring ensbetydende med profesjonell berøring, da det utføres av fysioterapeuter i behandlingsøyemed.

Hendene er også nødvendig i andre arbeidsoppgaver i hverdagslivet, som for eksempel å kna en deig eller å løfte en planke. Dette er arbeidsoppgaver som hverken krever innlevelse eller empati. Men legger vi litt omtanke i oppgaven, blir resultatet mest sannsynlig bedre. Måten vi arbeider med hendene på har en sammenheng med vår egen oppfatning av berøring, hevder Aardeby (2003). Den oppfatningen overfører vi, helt ubevisst, til den vi er i kontakt med. Å øke bevisstheten om hvordan vi faktisk benytter hendene, kan gi oss en frihet til å bestemme hva slags budskap vi ønsker å kommunisere. Vi kan si det er første skritt mot en større følsomhet. For en snekker vil jobben gå lettere dersom redskapen er skarp. Kontakten øker når hendene er åpne, lydhøre og forsiktige. Det er mange yrkesutøvere som benytter hendene som sitt viktigste arbeidsredskap; keramikere, skulptører, felespillere med flere. Forskning viser at i disse grupper finnes en økt følsomhet i hendene. Følsomheten kan trenes opp, det er aldri for seint, uansett alder. Helen Keller er et godt eksempel på hvor viktig hendene er som kommunikasjonsorgan (i Aardeby, 2003). I fravær av syn og hørsel utviklet Keller andre sanser og lærte seg å kommunisere ved å forme ulike tegn i håndflatene.

For mennesker med alle sanseorgan intakt, ser vi at hendene er svært betydningsfulle som kommunikasjonsorgan. Hendenes bevegelser, gester og berøring gjenspeiler hva vi kjenner, hva vi opplever og det vil ønske å uttrykke. Vi skaper kontakt med omverdenen gjennom hendenes følsomhet og blikket vårt bekrefter kontakten (Aardeby, 2003).

Psykomotoriske fysioterapeuter berører både i undersøkelsen og behandling. Berøringen foregår, som regel, på huden som er vårt største sanseorgan. Det er ikke likegyldig hvem som berører, hvorfor eller når berøringen skjer. Som helsepersonell må vi vise respekt for pasienten i behandlingsøyemed (Bunkan, 2008). Roxendal og Wahlberg (1995) mener at menneskets hender er unikt i verdenssammenheng. Ingen andre enn mennesket har et handlingsredskap som hendene er. Mulighetene er mange; vi kan blant annet kjærtegne, klype, stryke både med løst og hardt grep (ibid). Hos helsepersonell kan vi se dette som en måte å være oppmerksom på i forhold til pasienter, da viktig informasjon oppfattes gjennom hendene. Vi kan kjenne om pasienten er kald eller varm, svett eller tørr. Hendene uttrykker mye om vår egen situasjon, de forteller våre omgivelser om hvordan vi har det. Roxendal og Wahlberg (1995) trekker frem at berøring har til hensikt å skape kontakt med pasienten som et ledd i kommunikasjonen. Vi kan si at berøringen er et ledd i et møte mellom mennesker og kan oppfattes som et værende mellom likemenn (ibid).

Blant psykomotoriske fysioterapeuter har Gudrun Øvreberg gjort et sterkt inntrykk på meg. Hun har mer enn 50 års erfaring i faget. Hennes undervisningsmetoder viser en tilstedeværelse i pasientsammenheng som imponerer meg. Øvreberg sier at for å bli en god fysioterapeut må man øve på å bli god på å undersøke, slik at man kjenner det i fingrene. Gudrun Øvreberg er opptatt av hånden, blikket, stemmen, adferden og kontakten mellom terapeut og pasient. Videre uttrykker hun sin bekymring for håndverket i fysioterapi og fysioterapeutens hender (Johansen, 2011).

1.1 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om og innsikt i Gudrun Øvrebergs forståelse av håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi og hvordan hun bruker hendene i møte med mennesker med psykosomatiske lidelser. Tema for masteroppgaven ble derfor:

«Håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi i møte med pasienter med psykosomatiske lidelser, basert på Gudrun Øvrebergs kunnskaper og erfaringer».

1.2 Forskningsspørsmål

Hva forstår Øvreberg med håndverket i psykomotorisk fysioterapi og hvilken betydning har hendene i pasientbehandling?

Hva vektlegger Øvreberg i møte med pasienter med psykosomatiske lidelser?

1.3 Tidligere forskning

Blant de søk jeg foretok om håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi, fikk jeg ingen spesifikke treff på tema. Søkene ble utført i Bibsys, Pub Med, Helsebiblioteket, legeföreningen, idunn, rådet for psykisk helse og databasen til www.fysioterapeuten.no. Jeg fikk flere treff som omhandler relasjoner mellom pasient og terapeut, kommunikasjon og samhandling. Av de studiene jeg fant interessante, valgte jeg å se nærmere på to hovedfagsoppgaver som tar for seg et behandlingsforløp og behandling og samhandling mellom pasient og terapeut.

Blant funnene Ekerholt (2002) kom frem til i sin oppgave, vil jeg trekke frem at flere av informantene mente de fikk økt innsikt i egne reaksjonsmønstre og derigjennom økt sin mulighet for egen grensesetting. For mange ble kontakten med egne kroppslige fornemmelser begynnelsen til økt kontakt med egne følelser. Pasientene opplevde at tillitten til terapeuten var av avgjørende betydning i behandlingsprosessen. Gunnari (1994) har skrevet en case studie om et behandlingsforløp der hun følger en pasient i behandling over tid. Samhandling er sentralt i oppgaven.

Av andre treff valgte jeg ut 8 artikler som jeg så nærmere på. Det som kom frem i artiklene var psykomotorisk fysioterapi rettet mot ryggplager, kroppen som kilde til erfaring og innsikt, hva som kjennetegner psykomotorisk fysioterapi, håndverk som gestaltforståelse, samtale, kommunikasjon og berøring i terapi.

Det har vært nyttig å lese gjennom det valgte stoffet. Det har gitt meg innsikt og tanker jeg har tatt med i masteroppgaven.

2. Psykisk helse versus helhetlig helse

I dette kapittelet ønsker jeg å belyse helse som et helhetlig begrep, der fysisk og psykisk helse er to sider av samme sak og påvirker hverandre gjensidig.

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver psykisk helse som «*en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet*» (Folkehelseinstituttet; rapport 2011:1, s.15). I dette ligger utvikling av følelser, tanker, atferd og sosial evner, samt evne til selvstendighet, tilknytning, fleksibilitet og vitalitet. Psykisk helse er langt mer enn fravær av sykdom, det er avgjørende for livskvalitet, mellommenneskelige forhold og produktivitet (ibid). I følge Gadamer (sitert i Skårderud et.al, 2010) vet vi ikke hva psykisk helse er, for når den er der skjuler den seg og vi merker den ikke. Men den psykiske uhelsen kjenner vi godt, for når den kommer blir vi opptatt av helsen som noe vi savner og har mistet (ibid). Et spørsmål som reiser seg ved WHO's definisjon er om den bygger på en forståelse av kropp og psyke som to adskilte ting eller som et integrert hele som påvirker hverandre?

I den vestlige del av verden er den rådende medisinske oppfatning av sykdom hvor sykdomsforståelsen er basert på et biomedisinsk menneskesyn, også inne psykiatrien. Dette er et naturvitenskapelig menneskesyn som definerer sykdom som en kroppslig defekt, dysfunksjon eller skade (Barbosa da Silva, 2011). I følge Gretland (2007) er hovedtendensen i psykiatrisk litteratur at «kroppen fremstilles som en biologisk organisme, uavhengig av menneskers erfarings- og meningsverden. Kroppen skilles fra kulturen, liksom den skilles fra følelser eller det psykiske» (s 16-17). Å finne en slik grunnleggende dualistisk og reduksjonistisk kroppsforståelse er ikke uventet mener Gretland (2007). I dagens helsevesen står kropp og sjel som en dominerende bærebjelke i vestlig tenkning. Vi er sosialisert til å tenke kropp og sjel som separate og uavhengig eksisterende. En slik dikotom forståelse har blitt en del av vår virkelighetsoppfatning påstår Gretland (2007). Denne tenkemåten kommer til uttrykk i helsevesenet ved adskilte somatiske og psykiatriske helsetjenester (ibid). I følge Barbosa da Silva (2011) tas ikke pasientens egen opplevelse av sin sykdom på alvor. Pasienter med psykiske sykdommer opplever at det bortforklares eller det reduseres til skader i kroppen eller somatiske dysfunksjoner. Dette kjenner jeg igjen fra egen praksis. Pasientene opplever ikke å bli trodd av leger og andre behandlere fordi det ikke kan påvises

objektive funn på blodprøver eller røntgen bilder. Dette gir dem en følelse av at plagene er noe de innbiller seg. Engelsrud (2009) mener at de smertefulle kroppene kan romme mange sykdommer. Hun kaller det «skakede kropp» som er forstyrret i sin balanse, de kan ha blitt overbelastet, opplevd ikke å bli hørt, respektert og elsket men utsatt for ydmykelse, blitt oversett, mobbet, såret, misbrukt for å nevne noe (ibid).

I St.meld. nr 16 (2002-2003) «Resept for et sunnere Norge», er kunnskapsbasert folkehelsepolitikk viet et eget kapittel. Her trekkes muskel- og skjelettlidelser og psykiske problemer frem som noen av de viktigste folkehelseproblemene der årsaksforholdene er komplekse og til dels ukjente. Det nevnes at veiene til psykiske helseproblemer er mange. Betydningen av folkehelsearbeid løftes fram i stortingsmeldingen «*Folkehelsearbeid handler om å satse i forhold til den fysiske helsen, blant annet gjennom påvirkning av levevaner og levekår. Men det handler også om å satse på den psykiske helsen, gjennom å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet*» (St.meld nr 16, 2002-2003 s. 6). Her nevnes den fysiske og den psykiske helsen hver for seg. Det kan reises spørsmålsteget ved å skille mellom den fysiske og psykiske helsen da det er grunn til å tro at den fysiske og psykiske påvirker hverandre. I følge Engelsrud (2006) har delingen av kroppen i en fysisk og psykisk del sitt opphav i dualismen. Hun mener helsepersonell kan få et mekanistisk syn på menneskers kropp ved en forankring av sin fagforståelse i en dualistisk teori. Engelsrud (2006) henter et godt eksempel på dette fra sin tid som student ved fysioterapeututdanningen da de lærte mange ulike teknikker for å undersøke kropp. Dersom man ikke fant noe unormalt og pasientene like fullt hadde smerter, ble tolkninger basert på psykologi tatt i bruk «*Hvis det psykiske er i kroppen, hvordan kan en da operere med det som en egen kategori? Finnes det da i det hele tatt en kropp som ikke er psykisk? Hvor skulle følelser befinne seg hvis det ikke var i kroppen?*» (Engelsrud, 2006 s. 28).

Stortingsmeldingen (nr 16. 2002 - 2003) vektlegger at vi skal stå sammen om folkehelsen der «*Målet er et systematisk, forpliktende og helhetlig folkehelsearbeid. Skal vi lykkes må mange aktører i samfunnet mobiliseres*» (s. 73). For å forebygge psykiske problemer og lidelser samt fremme sunn helse, vektlegges det å styrke den enkeltes opplevelse av egen mestring, gi sosial støtte og en følelse av tilhørighet. I tillegg er det viktig at den enkelte opplever å være til nytte, har evne til å ta ansvar for seg selv og videre en evne til å ta i bruke sine egne ressurser (St.meld. nr. 16. 2002-2003, s 53). I psykomotorisk fysioterapi er

pasienten aktivt med i hele behandlingsprosessen. Pasienten har et medansvar og hjelp til selvhjelp kan sies å være et dekkende uttrykk for denne behandlingsformen. Terapeutens ansvar er å hjelpe pasienten til å få innsikt i egne symptomer og egne måter å reagere på. I behandlingen er det viktig å hjelpe pasienten til å se sammenheng mellom sin totale livssituasjon og reaksjonsmåter på den ene siden og symptomer på den andre siden. Vi lever alle i et samspill med våre omgivelser, med andre mennesker og miljø (Thornquist og Bunkan, 1995). Det er svært forskjellig hva vi hver og en av oss opplever som belastende i sitt liv. Det livet vi lever og alt vi utsettes for av påkjenninger og erfaringer er med og påvirker vår psykiske utvikling, sosiale funksjon samt kroppen vår (ibid).

2.1 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid beskrives som et relativt nytt begrep som oppstod som et svar på helsepolitiske reformtiltak i forhold til arbeid for å fremme psykisk helse. Psykisk helsearbeid omfatter mer enn den profesjonelle virksomhet på feltet. Arbeid for å fremme psykisk helse er en oppgave den enkelte har i sitt eget liv, det er en oppgave for folk flest i deres ulike sosiale sammenhenger og det er en oppgave for alle offentlige etater i en kommune (Studieplan, 2011-2012).

I studieplanen for videreutdanningen (2011-2012) legges en stipulativ definisjon av psykisk helsefremmende arbeid som grunnlag for studiet:

Psykisk helsefremmende arbeid sikter mot å sette folk i stand til å makte livshendelser, både de forutsigbare og de uforutsigbare, gjennom å øke selvaktelse og opplevelse av velvære. Det innebærer å arbeide direkte med individer, grupper og lokalsamfunn, og søke å influere på de sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer som kan ha betydning for psykisk helse. (s. 4).

Noen av målsetningene med psykisk helsearbeid er å bidra til å fremme selvstendighet samt styrke evnen til å mestre sitt eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Vi kan si det er et forandringsarbeid der det legges vekt på leve et godt liv og ikke bare se på symptombedring (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I psykisk helsearbeid ligger tanken om å styrke individet til å tåle stresset man utsettes for, både i hverdagslivet og i samfunnet (Hummelvoll, 2012).

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak som er rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser samt de konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, familiene deres og nettverket (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Gjennom psykisk helsearbeid tar vi sikte på å sette folk i

stand til å ta vare på egen helse, slik at de makter ulike livshendelser ved økt selvaktelse (Studieplan, 2011-2012).

I psykisk helsearbeid er mestring en sentral verdi der målsettingen for mennesker med psykiske lidelser er å fremme økt selvstendighet, tilhørighet samt styrke evnen til den enkelte for å mestre sitt eget liv (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dette er ganske sammenfallende med Empowerment som innebærer myndiggjøring og et syn på mennesket som eksperten på eget liv og som derfor best vet hva som er nyttig, bra og viktig for seg (ibid).

Sammenfattet kan *psykisk helsearbeid* beskrives som en relasjonsbyggende virksomhet som er rettet mot å fremme helse og redusere konsekvensene av psykisk uhelse, sykdom og lidelse i befolkningen (Studieplan, 2011-2012).

I psykomotorisk tradisjon ligger tanken om at fysioterapeuter alltid skal ta utgangspunktet i pasientens kroppslige plager da det er derfor vedkommende oppsøker fysioterapi. Kroppslig samhandling vil kunne gi en annen informasjon enn ren samtale, samtidig som samtale er en viktig del i en kroppslig tilnærming i følge Gretland (2007). Bunkan (2008) sier at kroppen som omfatter muskelspenninger, bevegelser, pust og indre organer er i et samspill med vårt psykiske liv og psykologiske forsvar. Når påkjenningene blir større enn den enkeltes kapasitet, kan vedkommende bli syk (ibid). Dette kan for eksempel være når vi utsettes for stress over tid. Vi spenner musklene, «glemmer» å puste, haster av sted og for noen setter plagene seg i magen, hjerte eller andre organer. Det er kjent at høyt blodtrykk og stress kan ha en sammenheng. Over tid vil jeg tro det går utover nattesøvn og fører til andre plager. Slikt sett går det utover helsa og vil kunne gi uhelse/ psykisk uhelse dersom det ikke gjøres noe med årsaken til problemet. Dette viser at kroppen er en sammenhengende organisme der alt påvirker hverandre.

I dette avsnittet har jeg kort beskrevet psykisk helse versus helhetlig helse samt folkehelsearbeid versus psykisk helsearbeid. Jeg stiller meg spørrende til om det er hensiktsmessig å dele menneske inn i psyke og soma da disse har en gjensidig innvirkning på hverandre. Dette vil jeg diskutere videre i neste avsnitt.

2.2 Psykiske, somatiske og psykosomatiske lidelser

For å få en oversikt over de ulike hovedgruppene av psykiske lidelser ble det utarbeidet et klassifikasjonssystem fra Verdens helseorganisasjon som tar sikte på å skape en viss orden i de ulike symptomer, lidelser og syndromer som finnes (Malt et.al, 2009). Mange har en eller flere psykiske symptomer og en diagnose blir satt utfra de symptomer som er mest fremtredende (ibid).

Psykiske lidelser: «Med en psykisk lidelse forstås et klinisk betydningsfullt atferdsmessig eller psykologisk syndrom eller mønster som opptrer hos et individ og som er ledsaget av nåværende ubehag eller funksjonssvikt eller vesentlig økt risiko for død, smerte, invaliditet eller tap av frihet» (Malt et.al, 2009 s. 9). Psykiske lidelser omfatter blant annet schizofreni, stemningslidelser, personlighets- forstyrrelser, angst og stressrelaterte lidelser.

Psykosomatiske lidelser: «psykosomatiske lidelser brukes for å beskrive mer omfattende plagsomme subjektive kroppslige symptomer uten at legen finner sikre biologiske forandringer som kan forklare symptomene som uttrykk for en allmenn akseptert og veldefinert sykdom» (Malt et.al, 2009 s. 405). Psykosomatiske lidelser omfatter flere ulike syndromer og tilstander. Det kan være smertetilstander hvor psykologiske forhold antas å ha en vesentlig betydning. Eksempler her er ulike typer smertetilstander som blant annet fibromyalgi.

Psykosomatiske symptomer kan være kroppslige symptomer som antas å uttrykke psykologiske forhold; tanker og følelser. Eksempler på dette er svimmelhet, hodepine og magesmerter. Det er som regel en klar sammenheng mellom belastende livspåkjenninger og symptomene (Malt et.al, 2009). Balansen mellom belastninger, personens ressurser og sosial støtte kan være avgjørende for om det utvikler seg en vedvarende lidelse eller sykdom (Mæland, 2010). Psykosomatiske sykdommer benyttes om de tilstander hvor påviselige vevsforandringer foreligger, noe man antar skyldes en primær psykologisk reaksjon. Blant eksempler her nevnes; revmatoid artritt og ulcerøs kolitt. I den kliniske hverdagen brukes begrepet «psykosomatisk» oftest som en betegnelse for at psykologiske forhold har en sentral betydning for et symptombylde og funksjonsnivå. Dette uavhengig av om grunntilstanden er funksjonell eller en veldefinert sykdom (Malt et.al, 2009).

Det er mye som tyder på at oppvekstvilkårene, spesielt de første leveår, kan ligge til grunn for en generell sårbarhet mot forskjellige belastninger seinere i livet (Mæland, 2010). Som årsak til psykosomatiske lidelser og symptomer, spiller både individuelle biologiske og psykologiske faktorer en rolle. Familiære, arbeidsmessige og kulturelle faktorer anses også for å ha betydning for sykdomsbekymring og atferd. Ekman & Arnetz (sitert av Malt et.al, 2009) mener «*psykosomatiske symptomer og lidelser kan uttrykke aktiveringsutløste kroppslige reaksjoner på stress og belastninger uten at det skyldes en bakenforliggende psykisk lidelse eller stort ytre traume*». Dette innebærer at stress kan spille en sentral etiologisk rolle for flertallet av psykosomatiske symptomer og lidelser. Det kan være en sammenheng mellom følelser, konflikter og hendelser i pasientens liv (Malt et.al, 2009 og Mæland, 2010).

I følge Bunkan (2008) kan problemer som fremtrer fysisk, ikke nødvendigvis ha et fysisk årsaksforhold. Mange pasienter opplever at symptomer kan forsvinne ved behandling, men at nye oppstår etter kort tid (ibid). Forskning viser at personer med kroniske smertesyndromer har såkalte «overlappende smerter», som favner flere kroppsdeler og organsystemer (Kirkengen, 2009). Denne form for smerter har vist seg å ha en direkte sammenheng med vonde og vanskelige livserfaringer og spesielt med negative barndomserfaringer. Her finner vi personer med diagnoser som for eksempel fibromyalgi, kronisk tretthet og kjeve/ ansiktssmerter. Det har vist seg mange som har fått diagnostisert en kronisk smertelidelse også har fått diagnostisert minst en annen smertelidelse. Smerte i magen sees ofte i sammenheng med kronisk tretthet og generell smerte. Angst og hjerte- kar sykdommer har også vist seg å ha en sammenheng (ibid). Det er viktig å kjenne til diagnosen pasienten har, da det kan si noe om forventninger og muligheter for endring i behandlingen. Schizofreni er et eksempel som ikke kan kureres men lindres. Posttraumatiske belastningstilstander har derimot en bedre og mer optimistisk prognose (Gretland, 2007).

Vi ser at det er mange ulike årsaker til at enkelte opplever smerter og plager som gir seg utslag kroppslig. Vi formes av det liv vi lever og hva vi utsettes for fra vi kommer til verden. Alt er med på å prege oss som mennesker og den vi er som person. For noen vil smertene sette seg i kroppen og føre til sykdom som blant annet fibromyalgi, smertelidelser, ME med mer. Det har blitt for mye påkjenninger slik at personen ikke makter/ evner å håndtere det på en hensiktsmessig måte.

Blant behandlingsmuligheter for pasienter med psykosomatiske lidelser er mulighetene mange. Det kan være ulike former for avspenningsteknikker, musikkterapi og hypnose, for å nevne noen. Fysioterapi kan være til hjelp og psykomotorisk fysioterapi kan hjelpe enkelte, spesielt pasienter med muskel-skjelett lidelser sekundært til somatiserte følelser i følge Bunkan (Malt et.al, 2009).

2.3 Salutogenese

Begrepet «salutogen» er opprinnelig gresk og satt sammen av «salus» som betyr helse og «genesis» som er opprinnelse. Det kan oversettes til «helsens opprinnelse» (Bunkan, 2008). «Salutogenese omhandler læren om hva som gir god helse» (Antonovsky, 2007).

I følge Antonovsky (2007) kan man enten rette oppmerksomheten ved å ha fokus på å holde mennesker friske eller konsentrere seg om å behandle de som er syke. Han mener et slikt to delt syn er en mindre anvendelig måte enn å se dimensjonen helse – uhelse som et kontinuum, en dimensjon fra syk – frisk. Det salutogene perspektivet har fokus på hvilke faktorer som bidrar til å opprettholde helsen og ikke på hva som fører til sykdom. Vi vet alle at vi kommer til å dø. Og vi er til dels friske så lenge det finnes det minste liv i oss (ibid). En salutogenestisk innfallsvinkel betyr at vi undersøker hvor enhver person befinner seg på dette kontinuumet, til enhver tid (Antonovsky, 2007).

Videre er Antonovsky (2007) opptatt av at vi som mennesker har forskjellig motstandskraft. Antonovsky kom frem til at flere faktorer har betydning for helsen; slik som fysiske karakteristika, intelligens og mestringsstrategier (Bunkan, 2008). Noe kan forklares ved at vi har forskjellig motstandskraft og at vi har ulike forutsetninger i vår arv og vårt miljø.

Heggdal (2008) påpeker at Antonovsky mener menneskets omgivelser er stressfremkallende. Med omgivelser mener Antonovsky både de menneskelige og miljømessige faktorer som genetiske, mikrobiologiske, personlige, sosiale, kulturelle, økonomiske og andre faktorer vi omgis av (ibid). Stress er noe som forekommer overalt i verden (Bunkan, 2008). Livssituasjonen kan innebære stress hvis vedkommende ikke har strategier for å mestre den (Heggdal, 2008). Det som betyr noe i den sammenheng er hvordan vi som mennesker forholder oss til stresset. Antonovsky skiller mellom stress og spenning, og mener at spenning og uro er en normaltilstand. Hvis spenningen ikke utløses kan den føre til stress som igjen kan føre til sykdom (ibid). Det er med andre ord ikke hvordan du har det, men

hvordan du tar det som betyr noe. Peter F. Hjort (sitert av Mæland, 2010) setter ord på dette i sin definisjon av helse slik; «*Helse er å ha overskudd til hverdagens krav*» (s 24). Han setter det i sammenheng med de varierende livsbetingelser som mennesker utsettes for. På denne måten mener Hjort (ibid) at helse kan forstås som en ressurs fordi det gir mennesker styrke til å fungere og videre en motstandskraft for å stå imot ulike påkjenninger som man utsettes for gjennom livet (Mæland, 2010 og Heggdal, 2008).

I følge Antonovsky (2000) er en persons muligheter for å mestre og fremme egen helse knyttet til en *opplevelse av sammenheng*, der kjernekomponentene i begrepet er *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*. Det innebærer menneskets evne til å forstå, håndtere og finne mening med de utfordringer livet gir (ibid).

- *Begripelighet*: dette innebærer hvordan vi oppfatter de stimuli i det indre eller ytre miljø som vi konfronteres med, en kognitiv forståelse. Den som har en sterk opplevelse av begripelighet har en forventning til at stimuli man møter i fremtiden, er forutsigbare og kan forklares og passe inn i en sammenheng (Antonovsky, 2000).
- *Håndterbarhet*: handler om de ressurser man har til rådighet som er tilstrekkelig for å mestre krav man utsettes for. Ressurser kan i denne sammenheng være en god venn, kollega eller ektefelle man har tillit til. Har man en sterk opplevelse av håndterbarhet står man sterkere rustet for å takle og håndtere utfordringer (ibid).
- *Meningsfullhet*: her finner vi motivasjonen og at livet oppleves forståelig rent følelsesmessig. Når vi utsettes for alvorlige hendelser, vil vi engasjere oss og ta utfordringene på en måte som gir en opplevelse av mening (ibid).

I tråd med Antonovsky mener Bunkan (2008) at en av terapeutenes oppgaver er å få pasientens oppmerksomhet bort fra det sykelige, være handlende og finne muligheter i livet som av ulike årsaker er blitt borte fra pasientens livsverden. Hun nevner også at mennesker skal ikke trekke seg vekk fra livet, men heller definere og skape seg selv i en relasjon til verden og andre mennesker (Bunkan, 2008).

2.4 Empowerment

Empowerment som begrep oversettes ofte til brukermedvirkning eller myndiggjøring. Vi kan si at Empowerment innebærer at mennesker som er i en avmaktsposisjon opparbeider seg styrke, kraft og makt til å komme ut av denne avmakten. Videre handler det om å få i gang aktiviteter og prosesser som kan styrke individets selvkontroll, selvfølelse, kunnskaper og ferdigheter (Heggdal, 2008 og Barbosa da Silva, 2011). Empowerment er sentralt i det helsefremmende arbeidet. Å ha kontroll over og å kunne styre sitt eget liv er sentralt både for selvbilde og individets mestringsevne. Selvstendighet og mestring av sin egen hverdag ilegges også stor vekt (Mæland, 2010). Gjennom å øke myndiggjøring kan den enkeltes livskvalitet bedres mener Wormnes og Manger (2008) som definerer det slik: «En prosess som øker individuell eller politisk makt slik at individet kan gjøre forordninger som bedrer deres livssituasjon» (s. 58).

Hummelvoll (2005) presenterer self-empowermentmodellen der betydningen av verdighet og hvert menneskes verdi samt rett til privatliv understrekes. Empowerment relateres til disse tre nivåer:

- *Individuell eller psykologisk empowerment*: individets evne til å fatte beslutninger og til å ha kontroll over sitt personlige liv. På dette nivået er empowerment relatert til organisasjons- og lokalsamfunnsnivå gjennom utvikling av personlig kontroll og kompetanse til å handle. Å utvikle interpersonlige, sosiale og politiske ferdigheter samt gi sosial støtte kommer i tillegg (Hummelvoll, 2012).
- *Organisasjons-empowerment*: en myndiggjort organisasjon skaper bånd og forbindelser mellom medlemmer.
- *Lokalsamfunns-empowerment*: et myndiggjort lokalsamfunn bærer preg av at individer og organisasjoner bruker deres ressurser og ferdigheter for å møte deres respektive behov.

Innenfor empowerment er det å oppnå kontroll over eget liv selve nøkkelen til det gode liv og til god helse. Empowerment innebærer folks evne til å utvikle forståelse for å kunne kontrollere de personlige, økonomiske, sosiale og politiske krefter. Individet skal med denne innsikten kunne handle målrettet for å forbedre sin livssituasjon (Hummelvoll, 2005).

3. Fysioterapi i psykisk helsearbeid

Fysioterapeuter har blitt mer involvert i psykisk helsearbeid og utfyller andre faggrupper i møte med og i behandling av pasienter. I fysioterapi har kroppen hovedfokus og det finnes mange ulike måter å tilnærme seg pasienter på. I min praksis har jeg hatt flere pasienter med forskjellige diagnoser som for eksempel angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser, fibromyalgi, og utbrenthet. Det som slår meg er årsaken de oppgir når de oppsøker meg som psykomotorisk fysioterapeut; alle kommer på grunn av kroppslige smerter og plager. Ingen av pasientene har oppsøkt meg på grunn av sin psykiske diagnose.

I dagens fysioterapifag brukes begrepet psykosomatiske lidelser uavhengig av om plagene sitter i muskel- skjelettsystemet eller i indre organer. Det viser til sammenhengen mellom psyke og soma mener Bunkan (2008). I psykomotorisk fysioterapi sees mennesket på som et samspillende og funksjonell enhet med psyke og soma som uatskillelig (Thornquist og Bunkan, 1995). Gretland (2007) sier at pasienter kommer til fysioterapeut med sine kroppslige plager og kroppen er fysioterapeutens innfallsvinkel til pasienten, både når det gjelder undersøkelse og behandling. Både kroppssanser, erfaringer og mestringsmuligheter fremheves gjennom et bevisst arbeid av variert behandling der berøring, bevegelse og aktiviteter står sentralt. Dette er svært forskjellig fra annen behandling innen psykiatrien, der man som oftest sitter og snakker sammen, lytter til pasienten og forteller. I fysioterapi benyttes samtalen på en annen måte, der hovedfokus er på kroppslige forhold og erfaringer (Gretland, 2007). «Kroppen er en funksjonell og samspillende enhet der dens enkeltdeler står i et innbyrdes avhengig forhold til hverandre» hevder Thornquist og Bunkan (1995, s 13). I dette ligger det en forståelse om at kropp og følelser påvirker hverandre gjensidig (ibid). Slikt sett mener jeg kroppen er av betydning for den psykiske helsen og viser seg ved at for eksempel aldring og funksjonssvikt kan føre til ensomhet, angst og depresjon.

Et viktig element for de som jobber innen helse- og sosialtjenesten er etikk og menneskesynet i møte med pasienter og brukere. Hver og en av oss har gjennom vår oppdragelse og påvirkninger vi utsettes for dannet oss et bestemt menneskesyn. Dette menneskesynet vil alltid være knyttet til den kulturen det har oppstått i og det vil alltid være relatert til en moralsk oppfatning og et livssyn (Barbosa da Silva, 2011). All fysioterapi har i følge Bunkan (2008) gitt økt oppmerksomhet til et fenomenologisk og eksistensielt kroppssyn de siste tiårene.

3.1 Psykomotorisk fysioterapi

I psykomotorisk fysioterapi er behandlingen basert på erkjennelsen av at kroppen er en funksjonell enhet med psyke og soma som uatskillelige enheter (Thornquist og Bunkan, 1995). Psykomotorisk fysioterapi var blant de første innen fysioterapi som så på sammenhengen mellom kropp og følelser der målet blant annet er å omstille (forandre) for høy eller for lav stivhetsgrad i muskulaturen. Til dette benyttes psykomotoriske grep; et lite (smerte)knip i muskelen som åpner for en emosjonell utladning. I behandlingen inngår også massasje, palpasjon av muskler, hud og bindevev samt øvelser (Thornquist og Bunkan, 1995). Bunkan (2008) mener kroppens muskelspenninger, pust, bevegelser og indre organer er i et samspill med vårt psykiske liv og psykologiske forsvar. Hos personer som kommer til psykomotorisk behandling er hovedsymptomet som oftest ømhet og smerter i muskulaturen (ibid). I dette perspektivet er forståelsen av pust og muskelspenninger som uløselig knyttet sammen med følelser og affekter det sentrale. Vi kan si at pusten er bindeleddet mellom kropp og psyke (Steinsvik, 2008).

Gunnari (1994) refererer til Bülow-Hansen og Houges uttalelser om indikasjoner for psykomotorisk fysioterapi: «Psykomotorisk fysioterapi har vist seg å være særlig anvendbar i allmennpraksis. Det er ikke en behandling spesielt for psykiatriske pasienter. Disse utgjør bare en liten del av de pasienter denne fysioterapien er blitt anvendt overfor» (s. 84). I utgangspunktet var det pasienter med såkalt «yrkesnevrose» som fikk denne form for behandling. Alle pasienter med smerter i skuldre, nakke og armer fikk denne diagnosen når ingen patologiske forandringer kunne påvises (Bunkan et.al, 1995). Psykomotorisk fysioterapi passer ved relativt mange tilstander, som for eksempel muskulære spenningstilstander, nakke- og skuldersmerter (myalgier), hodepine og migrene, ryggsmarter, generell anspenhet og ved tretthet. I tillegg kan det hjelpe pasienter med mage-tarmproblemer, luftveisplager med mer (Gunnari, 1994). I dagens samfunn vil jeg tro at disse pasientene går under betegnelsen belastningslidelser eller psykosomatiske lidelser.

Bülow-Hansen (referert i Bunkan, 2008) erfarte at mange faktorer gjorde seg gjeldende når det gjaldt yrkesnevrose. Hun ble oppmerksom på at menneskers nervøse legning og reaksjonsmåte i både arbeids- og livssituasjoner spilte en avgjørende rolle. Det som var nytt med denne behandlingsformen, var at den representerte et helhetssyn på mennesket. Det var knyttet til kroppen som en integrert og samspillende hele. Man så på symptomet som en

ubalanse i kroppen og dette var et tegn på at noe var galt i helheten (ibid). Kroppslig væremåte er meningsbærende på flere enn det emosjonelle plan. Alt fra vår livshistorie og vår identitet til hva vi er opptatt av og vil samt våre holdninger, verdier og normer uttrykkes kroppslige i hvordan vi ter oss (Gretland, 2007). Steinsvik (2008) gir et godt eksempel på det hun opplever som mening mellom kropp, psyke og miljø «du klarer ikke å slippe spenningen i skuldermuskulaturen, noe som kan tyde på at du er i konstant psykisk beredskap. Kanskje det er noe du går rundt og engster deg for?» (ibid s. 40).

At kropp og følelser stod i et nært forhold og påvirket hverandre gjensidig var også ny og fremmed for de fleste. Vi opplever følelser i og med kroppen og pust og følelser ble sett på som avhengige faktorer. I dag er sammenhengen mellom respirasjon, muskelspenninger og følelser et mer akseptert faktum. «Alt hva vi utsettes for- som mennesker, som kropp- alle erfaringer er bestemmende for vårt følelsesliv og vår personlighetsutvikling» (Thornquist og Bunkan, 1995 s. 21). I dag vet vi at mangelfull hudkontakt og fysisk nærhet i barndommen kan skape dype emosjonelle sår (ibid).

Bunkan (2008) gir en svært god beskrivelse av hva psykomotorisk behandling der «Behandlingen tar utgangspunkt i at individets karaktertrekk og følelser sammen med miljømessig stress avspeiler seg i kroppsholdning, pust og muskulatur. I tillegg til de genetiske faktorer kommer således individets historie til uttrykk i kroppen». I selve behandlingen betraktes kroppen som en funksjonell enhet og hele kroppen gjennomgås i hver behandling. Pasientene må kunne «stå på beina», det vil si; ha et trygt og godt fundament. Det er slik at kroppen bygges opp nedenfra, slik at kroppsdelene kan beveges fritt i forhold til hverandre (ibid).

Bülow-Hansen (Øvreberg og Andersen, 2002) påpeker at som mennesker henger vi sammen fra øverst til nederst og at det derfor ikke nytter å behandle mennesket bitevis. Erfaring i faget er viktig mener Bülow-Hansen, samt intuisjonen som må trenes opp ved å lytte, se og føle. Som terapeut skal man være på vakt for pasientens reaksjoner ved å se, lytte og ikke minst føle (Gretland, 2007). Øvreberg opplevde faget som noe helt annerledes enn det hun tidligere hadde lært. Forståelse av menneskets væren var en helt annen, det samme var massasjen og instruksjonen samt forståelsen av kroppsholdning og pustens betydning. En sentral indikator på hvordan pasienten har det, er respirasjonen ettersom pust og følelser er nært knyttet til hverandre (Gretland, 2007). Steinsvik (2008) beskriver faget som å beherske

en verktøykasse som består av en teoretisk forståelse av helhet og sammenheng som skulle realiseres ved hjelp av et nytt og annerledes håndverk. Som det viktigste redskapet i dette håndverket er terapeutens håndgrep, et håndgrep som inngangsport fra kropp til psyke (ibid). Øvreberg og Andersen (2002) oppsummerer psykomotorisk fysioterapi som en metode der det går ut på:

«å assistere pasienten til å blåse liv i sitt gamle jeg og avstengte jeg. Det gjøres ved å tine opp og skape liv i forfrosne reflekser og bevegelser. Det fører til at vedkommende puster firere, 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» (s. 34 og 35).

3.2 Kroppen som kilde til erfaring og opplevelse

«Livet leves gjennom kroppen... Vi både *er* og *har* en kropp. Kroppen er vår måte å være i verden på og er noe vi aldri kan flytte ut av» (Engelsrud 2006, s. 9 og s. 20). Uansett hvor og hvordan vi beveger oss så er det med kroppen. Kroppen kan både huske og den kan glemme. Når det snakkes om kropp, så gjøres det alltid ut fra en bestemt forståelse, mener Engelsrud (2006).

«En ny dimensjon legges til kropp og kroppslige erfaringer når vi erkjenner at det liv vi lever, alle typer påvirkninger og erfaringer vi utsettes for, er med på å påvirke ikke bare vår psykiske utvikling og sosiale funksjon, men også kroppen» (Thornquist & Bunkan 1995, s.21).

Fenomenologi er læren om hvordan noe kommer til syne og viser seg. Den tar utgangspunkt i den opplevde virkelighet, der levd liv og levd erfaring har en kroppslig forankring (Thornquist, 2010). I et fenomenologisk perspektiv er fokuset rettet mot livsverdenen. Maurice Merleau-Ponty regnes som «kroppens filosof» og «Den levde kroppen» er et sentralt begrep og i denne sammenheng viser «levd» til at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen (Engelsrud, 2006). Maurice Merleau-Ponty bryter radikalt med dualismen og forsøker å sette mennesket sammen igjen, med kropp og sinn som sider av samme erfaring (Skårderud et.al, 2010). «Følelser er ikke noe inne i personens psyke forstått som en avgrenset indre kategori, men følelser er i kroppen som igjen er i verden» (Engelsrud, 2006 s. 31).

Merleau-Ponty gir en svært god beskrivelse av kropp og sinn ved å si at kroppen er vårt første redskap for å erfare og å forstå. Vi inntar verden med våre kropp. Sinnet er kropp. Mennesket er ikke å forstå som et tenkende og intensjonalt vesen løsrevet fra kroppen.

Mennesket eksisterer som kroppslig subjekt og deltar på den måte i verden der kroppen er sentrum for både erfaring og erkjennelse mener Thornquist (2010).

«Det er kroppen der «forstår», under erhvervelsen af en vane. Denne formulering ville være meningsløs....hvis kroppen er en genstand» Merleau-Ponty (1994:100). Han refererer til maskinskriving og orgelspilling for å gi et bilde av at stillinger og avstander «sitter i kroppen» (Thornquist, 2010 s. 124). Videre mener Merleau-Ponty at grunnlaget for at handlinger utføres koordinert og uten famling, ligger i personens habituelle kroppsminne, som han kaller kroppsskjema (ibid). I følge Thornquist (2010) kan vi kjenne igjen dette fra vårt eget hverdagsliv; når vi sykler eller baker brød tenker vi ikke på hvordan vi skal gjøre det, det går av seg selv når vi først har lært det. Merleau-Ponty (ibid) trekker frem disse kjente eksemplene på at kunnskap og hukommelse sitter «i hendene og i kroppen» og at det er vår kropp som vet og forstår.

Menneskets eksistens synliggjøres i fenomenologien ved kroppens tilstedeværelse i verden. Merleau-Ponty setter kroppen i sentrum for å forstå og beskrive menneskets eksistensielle grunnvilkår. Han mener at kroppens forhold til verden ikke er kun biologisk, emosjonelt eller intellektuelt. Det er eksistensielt. Det kan sammenlignes med et maleri der innholdet formidles gjennom farger, form og komposisjon. På tilsvarende måte formidler kroppen seg som en unik helhet og skal oppfattes som det (Tollefsen og Borup, 2002). Som regel kjenner vi når vi er stresset eller får vondt, men ofte vet vi ikke at vi har gått med skuldrene hevet eller holdt pusten før vi blir gjort oppmerksomme på det.

3.2.1 Kroppens kunnskap

Heggdal (2008) er opptatt av at det er personens egne erfaringer og ressurser som er grunnleggende for å bidra til mestring og helse i sitt eget liv. Pasientenes kunnskap som helsebringende ressurs etableres over tid og gjennom en grunnleggende og naturlig prosess. Denne prosessen kaller Heggdal for kroppskunnskaping. «Kroppskunnskaping er en grunnleggende prosess for utvikling av personlig kunnskap om egen kropp, mestring, helse og velvære» (Heggdal, 2008 s. 34).

Begrepet kroppskunnskaping brukes for å beskrive hvordan man kan skape noe nytt. Det er en personlig kunnskap om hvordan man kan mestre, forebygge tilbakefall og oppnå bedring. Heggdal (2008) mener det handler om å oppdage sammenhenger i eget livsløp knyttet til opplevelse av helseplager, hendelser, relasjoner og handlinger, samt ta konsekvensen av

dette. Læring og mestring er stikkord (ibid). Begrepet kroppskunnskaping består av tre deler som henger sammen i ett og samme begrep; Kropp-kunn-skaping. Det går ut på at personen opplever og erfarer kroppslig forandringer (Heggdal, 2008). Dette henger nært sammen med psykomotorisk fysioterapi, der tanken om at alle erfaringer er med på å prege oss som mennesker. Thornquist og Bunkan (1995) poengterer at alt vi utsettes for, som mennesker og som kropper er bestemmende for vår personlighetsutvikling og for vårt følelsesliv. Dette påvirker kroppen og vår psykiske utvikling og sosiale funksjon (ibid). Hvis det psykiske er i kroppen, hvordan kan man da betegne det som en egen kategori, undrer Engelsrud (2006). «Finnes det da i det hele tatt en kropp som ikke er psykisk? Hvor skulle følelsene befinne seg hvis de ikke var i kroppen?» (Engelsrud, 2006 s. 28).

Personen reflekterer over erfaringene og over tid, når opplevelsene knyttes til kroppen, får personen en forståelse av hva endringene betyr og vil deretter finne løsninger på utfordringen sykdommen gir (Heggdal, 2008). Dersom pasienter skal øke sin kunnskap med og om kroppen, må de ikke få kroppen årsaksforklart, men støttes i å bli mer erfarende hevder Engelsrud (2006). Personens tidligere erfaringer med en frisk kropp erstattes med nye erfaringer når sykdom rammer. Kunnskapen som etableres er personlig og helsefremmende og bidrar til salutogenese (Heggdal, 2008).

3.3 Kunnskap, kompetanse og læring

Psykomotorisk fysioterapi er et praktisk fag og opplæringen har foregått etter «mestersvenn» metoden der fysioterapeuter i sin tid, gikk i lære hos Bülow-Hansen. Hun mente man lærte best ved å kjenne behandlingen på egen kropp. Etter hvert ble det utarbeidet kurs gjennom Norsk Fysioterapeutforbund og deretter en videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ved Høgskolen i Oslo. I Tromsø er det nå mulig å ta master i psykomotorisk fysioterapi.

Å lære et praktisk fag innebærer en form for veiledning fra mester til lærling. Dette sees også i psykomotorisk fysioterapi, der man i utgangspunktet gikk i lære og ble veiledet i den praktiske delen av faget.

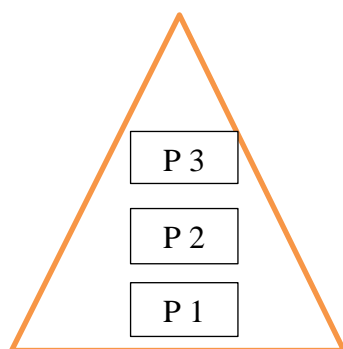
Veiledning har vært sentralt i all yrkesutdanning, og lærlinger har til alle tider blitt veiledet av mestere (Lauvås og Handal, 2000). Tveiten (2001) beskrives en veiledningsmodell der helhet i synet på mennesker og synet på læring vektlegges spesielt. Et helhetssyn på

mennesker vil si at kognitive aspekter, affektive aspekter og handlingsaspekter henger sammen og påvirker hverandre. Her trekkes tanker, fornuft, følelser og kropp frem som gode eksempler (ibid).

3.3.1 Praksisteori

I praktiske yrker som blant annet håndverksyrker, ligger det en form for kunnskap som det er vanskelig å sette ord på; det vil si taus kunnskap. Handal og Lauvås (1999) mener det er riktigere å kalle det for taus kompetanse i stedet for taus kunnskap. Dette begrunnes med innholdet som omfatter verdier og holdninger, forestillinger om virkeligheten, følelser og ferdigheter. Denne form for kunnskap er vi knapt nok bevisst at vi innehar, vi har et nært forhold til den (ibid).

Handal og Lauvås (1999) benytter begrepet praksisteori som en beskrivelse om veiledning av yrkesgrupper som en del av opplæringen. Praksisteori defineres som «*en personlig konstruksjon som omfatter egne erfaringer, andres systematiserte erfaring (teori) slik en selv har forstått den, og egne verdier*» (Lauvås og Handal, 2000 s. 163). Praksisteori omfatter en person sin kunnskap, erfaringer og verdier som er av betydning for personen i en undervisningssituasjon eller i pedagogisk praksis (Lauvås og Handal, 2000). Praksisteori er et privat og individuelt fenomen og vil alltid være i forandring etter som personen gjør nye erfaringer i yrkesutøvelsen gjennom påvirkninger fra andre eller egne tiltak. Lauvås og Handal (1999) illustrerer praksisteori ved Praksistrekanten (min illustrasjon):



Praksistrekantens tre nivåer:

P 3: Verdier. Etisk rettferdiggjøring

P 2: Erfaringer, overført kunnskap

P 1: Handlinger

Denne modellen er et bilde av hvordan grunnlaget for våre handlinger på P1 nivå er styrt av nivåene P2 og P3. Omvendt kan en si at refleksjoner over handling og mottatt veiledning i P1 nivå vil føre til at personen kan bli kjent med og utvikle sitt P2 og P3 nivå (ibid).

Lauvås og Handal (2000) sier at praksistrekanten er en teoretisk konstruksjon der vi kan anta det finnes elementer fra egen erfaring som ispes informasjon fra andres erfaringer. Dette

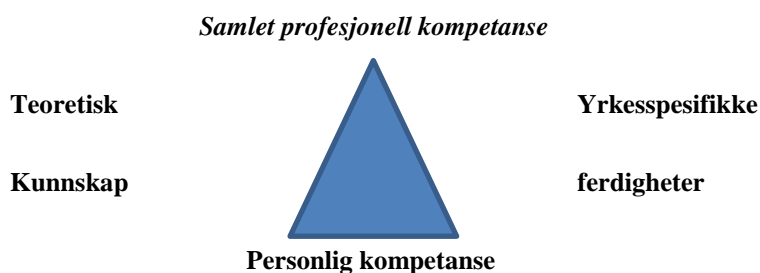
settes inn i en ramme basert på teoretisk innsikt og kunnskap som ordnes etter viktige verdier (ibid).

Teorien er i utgangspunktet beregnet i undervisningssituasjoner, men den er like anvendelig ved refleksjon over egne valg og handlinger. I følge Løvlie (sitert av Hovda, 2008) er handlingene våre basert på ytre rammer og begrensninger samt erfaringer og verdier. Hovda (2008) viser til et eksempel for å illustrere at store deler av praksisteorien er såkalt taus kompetanse, det vil si kompetanse som vanskelig lar seg uttrykke med ord. «Vi kan lese side opp og side ned om hjertelyder eller om palpasjon av abdomen, men disse ordene, denne teorien, kan aldri erstatte den praktiske kompetansen vi får ved å auskultere eller å palpere selv» (s. 21). Man kan ikke få følelsene i fingrene kun ved å lese i bøker. Det kan oppstå problemer mellom den praktiske og teoretiske kompetansen. Når vi får teoretisk kunnskap som vi hverken har erfaringer eller praktiske ferdigheter til å sette i system, kan resultatet bli at den teoretiske kompetansen lagres som verbal kompetanse som vi ikke evner å gjøre nytte av praktisk (ibid).

3.3.2 Personlig kompetanse

Skau (2000) kaller dette for personlig kompetanse da den er vanskelig å måle og det tar tid å utvikle den. Personlig kompetanse defineres slik av Skau (2000): «I alle yrker der samspill mellom mennesker er viktig, er personlig kompetanse en betydningsfull og nødvendig del av den samlede profesjonelle kompetansen. Det er en form for kompetanse som forutsetter menneskelig modning og erfaring, og som vi kan utvikle gjennom hele livet» (s. 57).

Skau (2000) har valgt å foreta en inndeling av vår samlede kompetanse med teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse som aspekter. I alle våre yrkesrelaterte handlinger og samhandlingene mener Skau (2000) at alle aspektene uttrykkes samtidig, men med ulik tyngde. Dette fremstilles ved følgende illustrasjon (min illustrasjon):



Teoretisk kunnskap er faktakunnskap og allmenn, forskningsbasert viten, som for eksempel; økonomiske og sosiale forhold, helseproblemer i befolkningen, behandlingsmetoder, historie og etikk. Teoretisk kunnskap kan være bearbeidet eller utenat lært, overfladisk eller dyptgående, fragmentarisk eller integrert (ibid).

Yrkesspesifikke ferdigheter dekker det profesjonsspesifikke «håndverket». Det innebærer praktiske ferdigheter, metoder og teknikker som hører til bestemte yrker og som vi bruker i utøvelsen av dem. Eksempler her er å sy sammen et operasjonssår, bake en kake eller tilrettelegge en undervisningssituasjon. I de akademiske miljø er teoretisk-intellektuelle kompetanse det som gir høyest status, mens hos håndarbeidere og fagarbeidere blir yrkesspesifikke ferdigheter mest ansett (Skau, 2000).

Personlig kompetanse er sosiale relasjoner og samarbeid mennesker imellom. Det handler om hvem vi er som person, for oss selv og i møte med andre, hvem vi lar andre være i møte med oss samt hva vi kan gi på et mellommenneskelig plan (Skau, 2000). I personlig kompetanse inngår våre verdier og holdninger, vår bevissthetsgrad og vår personlige modenhet og menneskesyn. Vi finner også egenskaper som empati, engasjement, forståelse, følsomhet og en indre styrke. Personlig kompetanse er vanskelig å beskrive og tar lengst tid å utvikle. Det er en unik kompetanseform der menneskelige egenskaper, kvaliteter og ferdigheter som vi benytter i profesjonelle sammenheng (Skau, 2000).

3.3.3 Mesterlære

I mange år var det vanlig å gå i lære hos en mester og på denne måten lærte man de ferdigheter, kunnskaper og verdier som var nødvendig for å lære seg et håndverk og yrke. Mesterlære ble etter hvert erstattet med utdanning gjennom undervisning i skole. Vi ser nå en tendens til en endring og anerkjennelse av mesterlære som metode igjen (Nielsen og Kvale, 1999). Mesterlære defineres som «*læring gjennom deltakelse i et praksisfellesskap med gjensidig forpliktelser for mester og lærling i en spesifikk sosial struktur over et lengre tidsrom*» (Nielsen og Kvale, 1999 s. 243). I denne formen for læring fulgte lærlingen («novise») en kompetent person i praktisk yrkesutøvelse for å lære seg et fag og utvikle sin kompetanse (Lauvås og Handal, 2000). Vi forbinder mesterlære med håndverksyrker og opplæringen foregår i tilknytning til der læringen skal benyttes (Nielsen og Kvale, 1999). Kvale og Brinkmann (2009, s. 323) definerer håndverk på følgende måte: «Et arbeid som

krever spesielle ferdigheter og personlige kunnskaper utviklet gjennom utdanning og lang praksis».

Kvale og Nielsen (1999) trekker frem fire hovedtrekk når det gjelder mesterlære og læring. *Praksisfellesskap*; mesterlære finner sted i en sosial organisasjon. Lærlingen tilegner seg håndverkets ferdigheter, verdier og kunnskaper ved å gå fra perifer deltakelse for så å bli et fullverdig medlem av faget. *Tilegnelse av faglig identitet*; innebærer en innlæring av et fags ferdigheter på veien mot å beherske faget og oppnå en fagidentitet. *Læring gjennom handling*; lærlingen har mulighet til å observere og imitere arbeidet som utføres av mesteren, fagarbeidere og andre lærlinger. *Evaluering gjennom praksis*; Det er i arbeidssituasjonen evalueringen finner sted. Lærlingen prøver ut sine ferdigheter og mottar tilbakemelding på arbeidet sitt. Tradisjonelt sett avsluttes mesterlæren med en prøve som resulterer i et svennebrev (eller fagbrev).

4. Metode

Den opprinnelige betydningen av ordet metode er «veien til målet» og metode velges på bakgrunn av mål og problemstillinger (Kvale og Brinkmann, 2009). Hensikten med min masteroppgave har vært å få frem Gudrun Øvrebergs erfaringer og meninger om psykomotorisk fysioterapi som håndverk samt hvordan hendene brukes i møte med mennesker med psykosomatiske lidelser. Med henvisning til mine forskningsspørsmål fant jeg det naturlig å velge en kvalitativ forskningsmetode.

4.1 Kvalitativ forskningsmetode

Kvalitativ forskningsmetode er en av flere veier til vitenskapelig kunnskap. I følge Malterud (2011) er kvalitative metoder «forskingsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres». Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning. Materialet som benyttes kan omfatte tekster fra samtale, observasjoner eller skriftlig kildemateriale som tolkes. Målet er å utforske meningen i innholdet i de sosiale og kulturelle fenomener som det oppleves for den enkelte i sin naturlige sammenheng (ibid). Innenfor kvalitative metoder leter vi etter kunnskap som viser hva noe består av, hvordan det kan avgrenses og hva det kan kalles. Målet er mer en forståelse av problemet enn en forklaring på det (Malterud, 2011). Denne forståelsen dreier seg om menneskers opplevelser og meningsverden, deres sosiale og kulturelle systemer og prosesser. Målet er å få en økt forståelse for de særtrekk og mønstre som viser seg i forskningsfeltet (Thornquist, 2010).

Fenomenologiske studier beskriver den meningen som mennesker legger i en opplevelse som er knyttet til en bestemt erfaring av et fenomen (Postholm, 2005). Edmund G.A. Husserl (1859-1938) går for å være grunnleggeren av fenomenologien. Videre er Maurice Merleau-Ponty (1907-1961) den som kjennetegnes for å knytte den menneskelige subjektivitet til kroppen (Thornquist, 2010). Fenomenologien retter oppmerksomheten mot verden slik den erfares, det som viser seg. Det er vår væren-i-verden, med andre ord så er vi *i* verden og vi er en del *av* den. I fenomenologien benevnes dette for «livsverden» (ibid). Innenfor denne tradisjonen er vi opptatt av hvordan mennesker skaper sin verden, på levd erfaring, levd liv og rettferdighet. Dette vektlegges i beskrivelsene av menneskenes erfarings- og meningsverden (Thornquist, 2010).

Hermeneutikk handler om spørsmål som er knyttet til forståelse og fortolkning. I hermeneutikken er man opptatt av hva forståelse er og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2010). Fra et hermeneutisk synspunkt er fortolkningen av mening det sentrale tema i forbindelse med en spesifisering av de formene for mening som søkes, og oppmerksomhet overfor de spørsmålene som stilles til en tekst mener Kvale og Brinkmann (2010). Det er forskerens oppgave å oppdage og legge frem meningsperspektivet til de som blir studert. Dette foregår ved at talen til den som snakker eller ved språket til den som skriver, blir studert. Språket blir oppfattet som en tekst, uavhengig av om det er muntlig eller skriftlig fremstilt (Postholm, 2005). Det er først og fremst tekster og bevissthet om hvordan tekster skal tolkes som er av betydning i hermeneutikken. Skrevne tekster som har og hadde til hensikt å formidle noe var opprinnelsen for virkefeltet hermeneutikk. I dagens samfunn finner vi en utvidet forståelse på flere nivåer innenfor hermeneutikken. Det kan være menneskelige aktiviteter i seg selv, resultater eller produkter av dem (Thornquist, 2010).

I følge Kvale og Brinkmann (2010) er formålet med en hermeneutisk fortolkning å oppnå allmenn og gyldig forståelse av hva en tekst betyr. Meningen blir skapt ved en analyse av teksten og prosessen kalles den hermeneutiske sirkel eller spiral (Postholm, 2005). «En histories deler og dens helhet må så å si bringes til å leve sammen» (Bruner, sitert i Postholm, 2005 s. 178). Tekstens ulike deler fortolkes og ut fra disse fortolkningene settes delene inn på nytt, i relasjon til tekstens helhet. En kan slik sett oppnå en dypere forståelse av meningen (Kvale og Brinkmann, 2010). En dypere forståelse av enkeltdelene vil igjen påvirke forståelsen av det hele på peker Postholm (2005).

Da jeg ønsket å gå nærmere inn på en bestemt person som et enkelt tilfelle i denne masteroppgaven ble case studie den rette veien å gå.

4.2 Case studie

En case studie gir en detaljert beskrivelse av det som er studert i sin kontekst. Det er utforskning av handlinger i hverdagslivet som ligger til grunn for en case studie mener Postholm (2005). På denne måten vil man kunne studere ulike fenomen i sine naturlige omgivelser. Ordet "case" kommer fra det latinske ordet casus som betyr tilfelle, og innebærer studie av et enkelt tilfelle eller en hendelse (Ramian, 2007).

Yin (sitert i Kruuse, 1999) sier at «Et case-studium er en empirisk undersøkelse, som belyser et samtidig fænomen inden for det virkelige livs rammer, når grænserne mellom fænomenerne og rammerne ikke er helt indlysende, og hvor der er mulighed for at anvende flere kilder til belysning af vidneudsagnet» (s. 55).

Ramian (2007) mener mange undersøkelser som faller innunder denne definisjon ikke vil kalles case studier. Case studier er mer utbredt enn vi finner ved å søke i ulike databaser. Ser vi godt etter, vil vi finne case studier under evalueringer, feltstudier, etnografiske studier eller kvalitative undersøkelser (ibid). Siden 1980 tallet har case studier blitt mer anerkjent. Vi finner denne metoden innenfor mange forskjellige faggrupper og det er spesielt godt egnet ved dyptgående spørsmål som ”hvorfors” og ”hvordan” (Ramian, 2007).

Dersom man skal studere bestemte og sjeldne fenomener, er case studie den eneste muligheten man har. Som regel antar man at flere cases vil gi et sterkere resultat enn ved ett enkelt case, da dataenes pålitelighet og resultatenes gyldighet vil styrkes ved flere cases (Ramian, 2007). Det er imidlertid flere grunner for å velge single case studie. I utgangspunktet gir forskningsspørsmålene en retning om valg av metode. Case studie tar sikte på å få frem helhet, sammenheng, innsikt, forståelse og innblikk. Noen av grunnene Ramian (2007) nevner som valg av single case studie, er dersom fenomenet man ønsker å studere er enestående eller sjeldent forekommende. Et annet aspekt er tiden man har til rådighet. Innenfor den tiden jeg har til rådighet, samt interessen for fenomenet jeg skal forske på, gir det rom for å gå i dygden på ett enkelt tilfelle som jeg finner spesielt interessant. Av og til har man ikke noe valg, da det kun er en case. I mitt tilfelle kunne jeg valgt flere informanter, men da fenomenet jeg er interessert i er knyttet til en bestemt person, falt valget på single case studie.

4.2.1 Valg av informant

Etter å ha lest et intervju om Gudrun Øvreberg av Johnsen (2011) fikk jeg en ide om å skrive om henne og håndverket psykomotorisk fysioterapi. Øvreberg er en av dem som gikk i lære hos Aadel Bülow-Hansen, som for 50 år siden startet med psykomotorisk fysioterapi i Norge. Jeg var overbevist om at Øvreberg kunne ha mye interessant å bidra med. Grunnen til at valget ble Gudrun Øvreberg, var at hun er vel den eneste psykomotoriske fysioterapeuten

jeg kjenner til som er spesielt opptatt av faget som et håndverk og ikke som kun en ren behandlingsmetode.

Gudrun Øvreberg har bidratt til å videreutvikle psykomotorisk fysioterapi til det vi kjenner i dag. Hun anses for å være en «guru» i faget. Gudrun Øvreberg har også hatt bevegelsesgrupper til musikk og var en av de første psykomotoriske fysioterapeutene som startet med dette. Jeg ble veldig fasinert av Øvreberg og måten hun jobbet med hendene på, hun viste oss en helt annen tilnærming enn den vi lærte i videreutdanningen. Jeg vil si hun var mer direkte når det gjaldt bruken av hendene og hele tiden vekslet hun på grep ulike steder på kroppen til pasienten. Dette ga synlige resultater der og da, noe som fascinerte meg.

4.3 Dataproduksjon/ datainnsamling

Datainnsamlingen består av ett intervju med Gudrun Øvreberg samt observasjon av en behandlings-sekvens Øvreberg utfører. Behandlingen er hentet fra en dvd serie produsert om Gudrun Øvreberg og hennes liv som psykomotorisk fysioterapeut. I tillegg har jeg sett nærmere på et intervju foretatt av Johnsen (2011) i forbindelse med informantens 75 års dag. Når man kombinerer flere metoder i samme prosjekt, kan dette føre til at vi utvikler bredere kunnskap enn om vi bare utforsker fenomenet fra en side. En studie styrkes når ulike kilder bekrefter hverandre. Dette kalles triangulering og innebærer at forskeren kan dokumentere at den samme handlingen blir belyst fra flere kilder i selve teksten (Postholm 2005).

4.3.1 Intervju

Kvale (2009) beskriver det kvalitative intervju som «*et interview, hvis formål er at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden, så man kan fortolke meningen af de beskrevne fænomener med henblik på at forstå den interviewedes livsverden*» (ibid). Dette støttes hos Malterud (2011) og Thornquist (2010) som mener kvalitative metoder kan benyttes når vi ønsker å vite mer om menneskelige egenskaper som tanker, erfaringer, holdninger, opplevelser, forventninger og motiver. Vi kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør når vi spør etter meningen, betydningen og nyanser av hendelser og atferd (ibid).

Spørsmål av typen «Hva er...?» eller «Hva betyr...?» egner seg godt til å bli belyst i kvalitative metoder og er svært godt egnet når vi beveger oss i ukjent terreng der det i liten grad er satt ord på det som skjer. Vi leter etter kunnskap og målet er å oppnå en forståelse og ikke nødvendigvis en forklaring (Thornquist, 2010 og Malterud, 2011). Et intervju kan utføres strukturert, semistrukturert eller ustrukturert- alt etter hva man ønsker å få svar på. Jeg valgte et semistrukturert intervju da det ga rom for informanten til å komme med egne meninger og snakke til dels fritt (Kvale og Brinkmann, 2009). Hensikten er å innhente beskrivelser fra informantens livsverden for videre å kunne fortolke betydningen.

4.3.2 Forberedelse og gjennomføring av intervjuet

Som en del av forberedelsene til intervjuet så jeg gjennom hele dvd serien om Øvreberg for å få et inntrykk av måten informanten jobber med menneskene på, hvordan hun møter dem og hvordan hun faktisk bruker hendene praktisk. Jeg leste intervjuet av Johnsen (2011) for å få en økt forståelse av informantens meninger og holdninger til faget psykomotorisk fysioterapi.

I forkant av intervjuet utarbeidet jeg en intervjuguide med seks hovedspørsmål og aktuelle underpunkter (vedlegg 4). Spørsmålene var i hovedsak åpne med sikte på å få mer utdypende svar fra informanten. Intervjuguiden benyttet jeg som en sjekklister for å sikre at aktuelle og relevante emner ble dekket (Postholm, 2005). Tilleggsspørsmål ble brukt for å utdype og få frem mer detaljerte svar fra informanten. Rekkefølgen på spørsmålene ga muligheter for endring etter det som kom frem i intervjuet (ibid).

Av praktiske hensyn ble det avtalt at intervjuet skulle foregå på Høgskolen i Oslo i forbindelse med informantens undervisning på skolen. Jeg kontaktet en av lærerne fra videreutdanningen som lånte ut et klasserom til formålet. Intervjuet ble tatt opp med en lydopptaker for senere å bli transkribert. Dette ga meg som forsker rom til å konsentrere meg om selve intervjuet. Jeg fikk med alt som ble sagt og måten det ble sagt på som tonefall, ordbruk og pauser, alt ble registrert. Lydopptaket kunne jeg gå tilbake å høre på i ettertid for å kvalitetssikre intervjuet og meningen til informanten (Kvale og Brinkmann, 2009).

Målet mitt var å få informantens meninger, erfaringer og synspunkter på håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi. Intervjuet foregikk uten forstyrrelser og varte i 75 minutter. Informanten leste ikke gjennom intervjuguiden på forhånd da hun ikke hadde rukket det på grunn av flere oppdrag i Oslo.

Jeg hadde ved flere anledninger i videreutdanningen hilst på informanten slik at vi ikke fremstod som to helt ukjente da intervjuet fant sted. I en intervjusituasjon er det viktig med tillit og fortrolighet (Kvale og Brinkmann, 2010). For at informanten skulle føle seg trygg innledet jeg med å snakke litt om bakgrunnen for valg av tema og jeg forklarte hva hensikten med oppgaven var. Jeg hadde tatt med litt frukt og noe å drikke for å legge til rette så godt som mulig der vi befant oss. Informanten virket engasjert og var oppriktig interessert i tema og jeg følte at tonen fløt relativt lett oss i mellom når intervjuet kom i gang. Ved at jeg lyttet oppmerksomt og viste interesse og forståelse for informantens meninger skapte det en god kontakt (Kvale og Brinkmann, 2010). Jeg var åpen på mitt ønske om å benytte navnet hennes i oppgaven da tema er nært knyttet til henne som person. Informanten ga sitt samtykke til dette.

Jeg transkriberte intervjuet selv uken etter intervjuet fant sted. En transkripsjon er i følge Kvale og Brinkmann (2009) «en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst» (s. 192). Så langt det lot seg gjøre, beskrev jeg alt så nøyaktig som mulig. Der informanten hadde trykk på ord og setninger, ble det markert med uthevet eller understreket skrift. Av og til var det umulig å få med det som ble sagt og dette markerte jeg med prikker eller bare et oppholdsrom i teksten. Kroppsspråk, håndbevegelser og ansiktsuttrykk fanges derimot ikke opp. Men jeg noterte i parentes de gangene informanten forsterket meningene sine med å slå lett i bordet med hånden eller en pekefinger.

4.3.3 Observasjon/ dokumentanalyse

Observasjon benyttes som en av flere metoder for å samle inn data fra forskningsfeltet. Forskeren tar i bruk flere sanser som kan bidra til å påvirke opplevelsen og observasjonen (Postholm, 2005). Det er produsert en serie på fire Dvd filmer med tittelen; «Gudrun Øvreberg- et liv i bevegelse. Dokumentasjon av psykomotorisk fysioterapipraksis. Deler og helhet i samspill». Dvd serien er inndelt i ni kapitler. For å understøtte intervjuet og hennes erfaringer og meninger om psykomotorisk fysioterapi som håndverk, valgte jeg å foreta en observasjon av et par av behandlingene hun utfører.

4.3.4 Forberedelse og gjennomføring av observasjonen

Dvd observasjonen ble foretatt etter at jeg hadde sett gjennom alle filmene der informanten viser behandling samt lar seg intervju. Deretter valgte jeg ut noen deler av den ene filmen der Øvreberg viser praktisk behandling. Postholm (2005) mener observasjon innebærer å

benytte alle sansene og alle inntrykkene vil påvirke opplevelsen og observasjonen. Fokuset ble rettet mot Øvrebergs hender og hvordan hendene ble benyttet i utførelsen av behandlingen. Ved å se hvordan informanten behandlet fikk jeg samtidig observert kroppsspråket, samspillet med pasienten, håndbevegelsene og ansiktsuttrykk. Jeg valgte å kommentere dette i transkripsjonen der jeg mente det var aktuelt å ta det med.

Å foreta en observasjon uten selv å være tilstede under behandlingen var en ny og interessant opplevelse for meg som forsker. Det kunne vært spennende å overvære informanten i det hun utfører en behandling av en pasient da det sannsynligvis ville vært mer «naturtro». Men det lot seg dessverre ikke gjennomføre på det tidspunktet vi hadde til rådighet. Likevel var observasjonen interessant da jeg kunne se klippene flere ganger og notere underveis det jeg så etter. Jeg valgte å notere så nøyaktig som mulig det jeg så informanten utføre på filmene. Jeg la vekt på håndbevegelser, hendenes plassering i behandlingen, måten informanten forholdt seg til pasienten på, ord og uttrykk som ble brukt og ansiktsuttrykk der det kom tydelig frem.

4.4 Analyse

Som en del av analysearbeidet ble intervjuet og observasjonsmaterialet lest gjennom flere ganger etter transkriberingen var gjennomført. Malterud`s bok om «kvalitative metoder i medisinsk forskning» ble lest og for meg virket dette som en ryddig og god løsning i analysearbeidet; systematisk tekst kondensering, inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. Datastyrt analyse ble benyttet, hvilket innebærer at enheter i teksten identifiseres og danner grunnlag for utvikling av databaserte kategorier. Disse benyttes videre for å reorganisere teksten slik at meningsinnholdet trer tydeligere frem. Systematisk tekst kondensering deles inn i fire trinn (Malterud, 2011 s. 95).

Trinn 1 «Å få et helhetsinntrykk» (fra villniss til temaer).

I følge Malterud (2011 s. 98) benyttes det første trinnet til å bli kjent med materialet ved gjennomlesning for å gi et helhetsbilde samt vurdere mulige temaer som fremkommer i teksten. Det er viktig å prøve å sette forforståelsen og teori til side på dette trinnet, og være åpen for de inntrykk som materialet kan formidle (ibid).

Både intervju- og observasjonsmaterialet ble lest på nytt og jeg markerte i teksten der jeg fant noe av betydning. Ved neste lesning skrev jeg stikkord i margen som mulige og foreløpige temaer. Etter gjentatte lesninger stoppet det litt opp og jeg tenkte at «nå må jeg se på dette med andre øyne. Hva handler dette egentlig om?» Etter flere lesninger oppdaget jeg andre ting som trådte frem i teksten og som jeg tidligere hadde «avskrevet» som ubetydelige og uinteressante. Nå fant jeg det spennende og veldig interessant å lese teksten på nytt og jeg skrev ned ord som kunne være aktuelle temaer. Temaene ble; sanser/ hender/ håndverk/ kommunikasjon, erfaring/ kunnskap/fag, psykisk helsearbeid/ diagnoser/ plager og kropp/ psykomotorisk fysioterapi/ slippe til/ pust.

I følge Giorgier er formålet med en fenomenologisk analyse «å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og *livsverden* innenfor et bestemt felt. Vi leter etter *essenser* eller de vesentlige kjennetegn ved de fenomenene vi studerer, og forsøker å sette vår egen forforståelse i parentes i møtet med data («*bracketing*») (Malterud, 2011).

Trinn 2 «Å identifisere meningsdannende enheter» (fra temaer til koder).

I andre trinn av analysen skal det aktuelle materialet organiseres. Relevant tekst skilles fra det som er irrelevant og tekst som kan belyse problemstillingen skal sorteres (Malterud, 2011). Jeg gjennomgikk materialet for å finne de meningsbærende enheter. Temaene jeg kom frem til i trinn 1, fikk hvert sitt nummer. I trinn 2 merket jeg av i teksten med et nummer i margen der jeg fant noe som passet inn i temaene. Da alt materialet var gjennomgått, noterte jeg ned på hvilken side de ulike nummer passet inn, for eksempel tema 1, side 4, 7 og 8 osv. På dette trinnet sorterte jeg de meningsbærende enhetene inn i temaer. Dette ble satt opp i en egen tabell på dataen.

Trinn 3 «Kondensering- fra koder til mening»

Kunnskapen etablert fra forrige trinn skal i dette trinnet abstraheres. Mening skal hentes ut og kondenseres fra innholdet i de meningsbærende enhetene (Malterud, 2011). På dette trinnet delte jeg kodegruppene inn i subgrupper. Deretter ble innholdet abstrahert i hver enkelt kodegruppe og lagde et kondensat av de meningsbærende enhetene. Jeg valgte ut såkalte «gull-sitat» for å synliggjøre det som ble abstrahert. Flere av temaene gikk i hverandre og jeg lagde en ny inndeling slik at 8 temaer nå ble til fire.

Trinn 4 «Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper».

Kunnskapen fra kodegruppene og subgruppene sammenfattes i det fjerde analysetrinnet. Ut fra den kondenserte teksten og utvalgte sitater, lages det lages en analytisk tekst for hver kodegruppe. Hver subgruppe får et eget avsnitt. «Gull-sitat» vurderes om de representerer innholdet i den analytiske teksten. Det lages så en overskrift som gir en beskrivelse av hva dette handler om. Til slutt skal funnene valideres, dette gjøres ved å se de analytiske tekstene og de nye begrepene i forhold til den sammenhengen de er hentet ut i fra (Malterud, 2011).

4.5 Validitet og reliabilitet

Kort forklart handler validitet om gyldighet og reliabilitet handler om pålitelighet og troverdighet i forskningsresultatet.

I følge Kvale og Brinkmann (2009) går valideringen gjennom alle fasene i forskningsprosessen, fra starten med tematisering til den endelige rapporteringen. Validering sier noe om vi måler det vi tror vi måler. Videre har valideringen med forskerens troverdighet og kvalitet på intervjuet å gjøre (ibid). Er metoden jeg benytter egnet til å undersøke det som skal undersøkes? Får jeg svar på det jeg ønsker ved bruk av denne metoden? Fra starten av denne masteroppgaven ble intervjuguiden utarbeidet og gjennomgått sammen med veileder. Spørsmålene ble satt opp med tanke på å få svar på problemstillingen min. Selve intervjuguiden ble endret og spisset etter hvert som oppgaven skred frem og det nærmet seg intervjuet. Spørsmålene ble grundig gjennomgått i forkant for å sikre at jeg fikk svar på aktuelle forskningsspørsmål. I og med at dette er en case studie følte jeg det svært betydningsfullt å sikre meg den informasjonen jeg trengte ved dette ene intervjuet. Etter gjennomført og ferdig transkribert intervju, leste veileder og jeg gjennom materialet hver for oss før vi møttes og diskuterte funn og mulige løsninger i analysearbeidet. I etterkant ble materialet lest gjentatte ganger for å være sikker på å huske hva informanten la spesielt vekt på i samtalen.

Reliabilitet knyttes til hvor pålitelig resultatene er. Kan resultatet reproduseres i ettertid av andre forskere? Vil informanten endre svarene sine dersom en annen stiller de samme spørsmålene? Kvale og Brinkmann (2009) sier det er gunstig for intervjueren å benytte sin egen intervjustil og tillate seg å improvisere underveis i intervjuet. De mener at ved for sterk fokus på reliabiliteten kan noe av den kreative tenkningen og variasjonen motvirkes.

Jeg prøvde så godt som mulig å stille åpne spørsmål underveis i intervjuet med tanke på å få utdypende svar fra informanten. I følge Postholm (2005) vil det være vanskelig å reprodusere resultatene i kvalitative intervju. Dette begrunner hun med at informanten mest sannsynlig ikke kommer til å huske eller kan gjenta hva som ble sagt. Videre mener hun det er en styrke om intervjuerens sensitivitet varierer (ibid). Jeg tror det vil være vanskelig å oppnå akkurat de samme svar ved en gjentakelse av intervjuet. Dette fordi jeg som intervjuer sitter med ny kunnskap om emnet og slikt sett trolig stiller spørsmålene på en annen måte.

4.6 Forskningsetikk

Det er flere viktige hensyn å ta ved et forskningsprosjekt; blant annet å ivareta forsøkspersonene ved å informere om at det er frivillig å delta samt at vedkommende når som helst kan trekke seg ut av prosjektet (Friis og Vaglum, 1999). Deltakerne skal være trygge på at hensikten med forskningen er den som uttrykkes, at det ikke ligger en skjult agenda bak. Et annet viktig prinsipp i forskning er prinsippet om konfidensialitet. Det innebærer at materialet som kommer frem, kan være sensitiv og krever finfølelse fra forskerens side når fortrolige opplysninger mottas. Å oppbevare forskningsmaterialet forsvarlig slik at ikke uvedkommende får adgang til det og avklare hvem som skal få innsyn er derfor viktig (Hummelvoll, 2010). Materialet i denne oppgaven har vært oppbevart innelåst og utilgjengelig for andre underveis. Når oppgaven er ferdig og resultatet foreligger vil lydopptaket slettes. Det samme gjelder det transkriberte materialet fra intervju og observasjon.

Informert samtykke innebærer at deltakeren informeres om formålet med intervjuet, overordnede formål og hovedtrekk i designet. Informasjonen gis skriftlig. Ved et informert samtykke sikrer man at informanten deltar frivillig og vedkommende gis informasjon om muligheten til å trekke seg (Kvale og Brinkmann, 2009). I møte med Gudrun Øvreberg er det hennes meninger og erfaringer jeg er interessert i. Da jeg ønsker å skrive om henne avhenger det av at hun gir sitt samtykke til at navnet hennes brukes i denne oppgaven. Dersom det er ønskelig fra informantens side, sendes en sammenfatning av intervjuet til henne for gjennomlesing. Jeg vil imidlertid vektlegge at det er min oppfatning og beskrivelse av henne som kommer frem i oppgaven til slutt. Som forsker må jeg vise henne respekt og forståelse.

Denne studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (vedlegg 1). Etter å ha kontaktet informanten på telefon sendte jeg informasjonsskriv og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt, intervjuguide og samtykkeerklæring (vedlegg 2) på mail. Informanten fikk beskjed om at hun deltok frivillig og at hun når som helst kunne trekke seg fra deltagelsen i prosjektet. Samtykkeerklæringen (vedlegg 3) ble signert av begge parter i forkant av intervjuet den 23.04.12.

4.7 Presentasjon av informant

Guðrun Øvreberg er i dag 76 år og har nærmere 50 års praksis som psykomotorisk fysioterapeut, et fag hun elsker og som har gjort henne til en guru i fagmiljøet. Hun har drevet fysikalsk institutt i Harstad og tatt imot hospitanter i lære gjennom mange år. Som 70 åring sa hun fra seg avtalen med kommunen og avsluttet også bevegelsesgruppene hun i sin tid var med å starte (Johnsen, 2011).

Som nyutdannet fysioterapeut jobbet Guðrun Øvreberg ved et institutt og senere på Lillehammer sykehus og i annen praksis. Dette ga ikke den ferske fysioterapeuten de meningsfulle utfordringene hun ønsket og hun var nær ved å finne seg noe annet å gjøre. Et tips førte henne i kontakt med Aadel Bülow-Hansen og Guðrun begynte som hospitant ved hennes praksis, noe som også innbar at hun fikk behandling av Bülow-Hansen selv. Behandlingen fikk Guðrun for at hun lettere skulle forstå sammenhengen i egen kropp og hun ble oppfordret til å være delaktig. Bülow-Hansen var av den oppfatning at skulle man lære, måtte man kjenne behandlingen på kroppen for å forstå sammenhengen (Johnsen, 2011). «Det er av pasientene vi lærer» var Bülow-Hansen læresetning nummer en.

For Øvreberg innebar hospiteringen behandling den ene uken og uken etter fikk hun stille spørsmål. I denne tiden noterte Guðrun spørsmål, tanker og undringer i en liten notisbok som hun har den dag i dag. Guðrun tok i mot studenter i sin praksis og mange kom til Harstad for å videreutdanne seg under veiledet praksis hos henne (Johnsen, 2011). Guðrun mener «mester-svenn» metoden er høyst nødvendig for å få inn den rette fagforståelsen (Øvreberg og Andersen, 2002).

5. Presentasjon av resultat

Gudrun Øvreberg har en vid definisjon av håndverket. Slik hun beskriver det omfatter det en utvikling av å bruke sanser i kombinasjon med bevegelser, lære å kjenne etter med egen kropp, hendenes følsomhet og magien i faget. Hennes praksisteori eller forståelse av psykomotorisk fysioterapi beskrives i følgende tema.

5.1 Å være åpen for å ta inn helheten

For å beskrive hva hun legger i begrepet *håndverket* trekker Gudrun fram kombinasjonen av flere sanser i behandlingen «*Det er ikke bare hånden, det er kombinasjonen av syn og hørsel og intuisjon, hva man senser som det heter og håndens bruk*». Det er viktig å være åpen og ikke ha et fastlagt mønster å jobbe etter mener hun videre. I et intervju i Fysioterapeuten understreker informantene viktigheten av å øve og øve og reflektere over det man gjør for å bli en god behandler. Ved å sammenligne det med musikere som Leif Ove Andnes og Arve Tellefsen gir hun et godt bilde på at skal man bli god i sitt fag, må man øve på det. Teknikken vil ikke bli like god ved å lese teori om emnet, sier hun i intervjuet i fagbladet Fysioterapeuten i forbindelse med sin 75 års dag. Hun mener «*for mye teori gir avstand til fagutøvelse i praksis. Det du har i hender, blick og kontakt, får du ved å øve, øve og øve*».

Da Gudrun gikk i lære hos Aadel Bülow-Hansen var egenbehandling det mest sentrale. «*Skulle du lære, måtte du kjenne behandlingen på kroppen og forstå sammenhengen*» forteller informantene til Fysioterapeuten. Videre sier hun «*Det å lære med egen kropp har en helt annen tyngde. Akkurat som du må bevege deg for å lære om egne bevegelser*». Gudrun mener det er viktig å jobbe med sine egne bevegelser som fysioterapeut for bedre å forstå pasientene. Dette kommer frem i Fysioterapeuten der hun trekker frem at man ikke kan få andre til å bevege seg funksjonelt hvis man ikke har jobbet med egne bevegelser. «*Det er vanskelig å sette ord på bevegelser hvis du ikke er i bevegelse selv*» mener hun.

Når Gudrun møter pasienter er hun svært lite opptatt av diagnoser og sier man «*Kan ikke dele mennesker inn i kategorier*». I intervjuet trekker hun frem at hun ser et mønster og ikke diagnoser hos pasienter. «*Etter mange tusen pasienter ser jeg det er lett å få en oversikt over mønstre. Det er noen typer mønstre som for meg er tydelige med en gang*» (intervjuet i Fysioterapeuten). Her nevner hun at i behandlingen vet hun når det er en fordel å vente og

når hun skal velge hva slags type behandling. Informanten forteller i intervjuet at det er ikke noen diagnose- gruppe som ikke har bruk for eller som kan dra nytte av psykomotorisk behandling. Hun tenker at folk i alle aldre og med forskjellige plager i bevegelses/funksjons-skalaen kan ha nytte av denne behandlingsformen.

Når vi kommer inn på tema «helhet» i intervjuet mener Gudrun at det er mye som henger sammen og at helhet er kolossalt mye. *«Vi sier vi behandler helhetlig, så har vi jo selvfølgelig kappet av mye av helheten. For helheten til et menneske er jo også mennesket i forhold til dets sosiale liv og relasjoner. Og i det, det samfunnet du lever, i kulturen, i det landet, i det klima du lever. Alt dette former oss jo. Så når vi sier vi behandler en helhet, så er det hele det vi ser foran oss»*. I observasjon av Gudrun i et videoopptak der hun viser behandling, syns jeg det fremkommer tydelig den respekt og varhet hun viser i møte med pasienten i behandlingen. Å møte pasientens opplevelse av sine plager han har der og da danner grunnlaget for den kommende behandling. Begge hendene er på pasientens kropp, der den ene hånda holdes rolig for å ta inn pasientens signaler, mens den andre hånda arbeider med muskulaturen til pasienten for å oppnå en reaksjon. Slikt sett observerer hun ved å se på pasienten, hører hva som blir sagt, kjenner med sin hånd på pasientens kropp og reagerer spontant når pasienten uttrykker noe verbalt eller beveger på kroppen sin.

Informanten mener det å utvikle hånden, utvikle sanseapparatet og utvikle sansningen i alle disse tingene, det er kunsten. På den måten har man passert det rent praktiske og da er du som terapeut over på DITT. Det vil si DIN måte å jobbe på for å frigjøre og for å få frem akkurat denne pasienten. For å oppnå dette må man gjennom en opplæringsfase hvor man gjør det som er såkalt riktig. Så vet man at målet ligger et eller annet sted langt der borte. *«Da står det på at DU må slippe deg litt fri»* sier Øvreberg.

Videre i intervjuet nevner hun at det er så få som fatter sammenheng og helhet. *«Og psykisk helsearbeid, jeg kan ikke se at psykisk, det er jo hele vår fungering. Det er å gå, stå, skite og spise og elske og føde og være syk og være oppegående og- det er jo, altså det er jo hele livet. Og hvordan de kan isolere det til noe man sitter og prater om individuelt eller i grupper, ehm, det blir for snevert for meg. For jeg er jo med på å påvirke folkets psykiske helse ved at jeg setter de i bevegelse»*. Hun hører når pasienten holder pusten og når de har tungen i ganen for da blir det en egen form for stillhet hevder hun. *«Bevegelse gir tale og refleksjon»*. Mulig hun har noen talenter for dette sier hun.

«Noe av magien i psykomotorisk fysioterapi er, ikke bare å tenke helhet, men å oppleve at når for eksempel en fot får større understøttelsesflate, en hamstrings blir lengere, en brystkasse faller ned. Og det faller på plass. Da er du mere, ikke sant, magien i det at du uten at du på en måte har lært noe som du har sittet hjemme og pugget eller gjort ti ganger ti eller den type ting».

5.2 Å få pasienten til å slippe pusten og slippe livet til

I intervjuet (foretatt av Johnsen, 2011) sier Gudrun at *«psykomotorisk fysioterapi er å lete etter bevegelse og pust som har stilnet og stivnet»*. Hun sammenligner det med toppidrettsutøvere som står på startstreken og slipper ut pusten og dermed frir seg fra spenninger før startskuddet går.

Pusten er også veldig sentral i egenbehandlingen. Det som overrasket meg mest da jeg gikk i egenbehandling var hvor mye pusten hadde å si for kroppens spenninger. Jeg kjente ikke hvordan det var å holde pusten før jeg ble det bevisst ved å slippe pusten til. Først da fikk jeg en opplevelse at pusten hadde vært holdt.

I psykomotorisk fysioterapi er pusten noe av det mest sentrale. Det handler om å slippe pusten og å slippe spenninger. Under intervjuet kommer Gudrun inn på pusten og dens betydning ved at man skal slippe pusten til. Hun uttrykker det på følgende måte *«Det å så slippe det til, det er basalt å slippe livet til. Og folk tør, altså de som kommer til oss de har jo på en måte unndratt deler av, eller funksjoner, til ikke å leve sitt eget liv»*. I møte med pasienter sier Gudrun at hun fort legger merke til om de holder pusten for å stoppe tarmene eller for å unngå buldring i magen. Hun er ikke redd for å si til pasientene at det romler i magen, noe som betyr at tarmene slapper av og det er bra mener hun. Som regel fremkaller det en liten latter hos pasienten og dermed så har det stimulert til å slippe pusten til. Mange tror de skal kontrollere magen og pusten, noe som fører til at de binder seg ytterligere. Kroppsfunksjonene skal «tulle» og gå av seg selv mener informanten.

I sin læretid hos Bülow-Hansen lærte Gudrun hvordan pusten påvirket muskulaturen ved tøyning. Å forlenge en muskulatur samtidig som man holdt pusten og brukte makt ga ingen effekt. *«Men hvis du slapp pusten og lot kroppsvekten gi strekket, så ga du etter. Og det ble en strekk som ble varig»*. Det nytter ikke å tøye samtidig som pusten holdes, det er som å trå på gass og brems samtidig mener hun. *«Men å slippe pusten, enten det er det ene eller det andre du strekker, da får du en effekt»*. Dette erfarte og opplevde Gudrun etter behandlingene hos Bülow-Hansen ved at hun måtte stoppe på hjemveien og heve sykkelsetet

for beina kjentes så mye lengre ut. Hun forteller videre at hun kjente det var noe som virket uten at hun i det hele tatt hadde gjort noe. Det ble sånn ved at musklene slapp. *«Når muskelanspente bevegelser ga etter og fant, på en måte, utgangspunktet, kom til null da, så var jeg myk og ledig og mye mer trenbar, mye mere restitusjonsbar, og mye mer nyansert og mye mer bevisst. Jeg fikk jo kontakt med alle delene. Det var ikke et bein som var støl eller et bein som var kort eller et bein som fikk krampe, det var MEG».*

For Gudrun er det viktig med respekt for individualiteten når hun møter pasienter. Det finnes ikke en mal som sier hvor langt bak på ryggen du skal kunne legge armen eller at alle skal kunne bøye seg ned med hodet mot knærne. *«Men, at det slipper av seg selv, og da er du deg».* Det at når du slipper det du kan og når du kan, så er det suverent mener hun.

5.3 Å «samtale» med pasientens kropp

I intervjuet sier Gudrun at: *«med dine fingre, når du begynner å palpere, det er din kroppslige samtale med pasienten».* I behandlingene Gudrun viser på filmene, ser vi gjentatte ganger at hun holder en hånd på pasienten mens den andre beveger, rigger, kniper eller masserer en muskel eller et område. Vi ser tydelig at pasienten reagerer med å bevege på seg og Gudrun slipper taket og det fører til en tydelig pustebevegelse hos pasienten. Hun jobber med lette hender og har et bestemt grep når hun jobber med pasienten. Hendene hennes er en del av samspillet og kontakten med pasienten, hun «snakker» via hendene sine og lar kroppen til pasienten svare før hun snakker med pasienten. Gjennom hele behandlingen har Gudrun oppmerksomheten rettet mot pasienten for å observere eventuelle reaksjoner som kommer. *«Man må arbeide med sine egne bevegelser for å kunne fange opp andres bevegelser»* forteller informanten i intervjuet og sier man må *«Lære med kroppen og ikke om kroppen».*

I sitt møte med pasienter er Gudrun videre opptatt av å avdramatisere for pasienten at det ikke er alvorlige sykdommer som for eksempel kreft, hjerteproblematikk, nevrologisk lidelse med mer, og uttrykker at som regel henger plager pasienten opplever sammen med spenningsmønsteret i form av ansenthet. Under behandlingen viser det seg om hun er på rett vei ved at det vevet som blir behandlet svarer. *«Hvis du får mer hodepine ved at jeg masserer deg der du er spent, så vet vi at hodepinen henger sammen med ansentheten. Det er ikke en svulst inne i hodet som blir verre eller bedre ved at jeg masserer muskulaturen, veldig viktig».* På denne måten får pasienten en forklaring på plagene sine og en større

forståelse av sammenhengen mellom anspenthet og smerter. «*Har du avdramatisert det, så har du gjort den viktigste behandlingen for da kan de gå videre i livet*» forklarer Gudrun.

Gudrun legger stor vekt på betydningen av å kjenne på egen kropp for bedre å kunne forstå pasienten. «*Hvis du som helsepersonell ikke forstår, får du heller ikke pasientene til å forstå hvorfor de har plagene*» sier hun i intervjuet (Johnsen, 2011). Hun mener fysioterapeuter må kunne snakke med, forklare, forstå og ikke minst få pasientene til å forstå hva og hvorfor de gjør som de gjør. Øvreberg er veldig opptatt av ikke å skille det mentale og det kroppslige; «*det er jo kroppen som uttrykker dette, det er jo kroppen man kjenner det, sansene er jo kroppen*». Informanten mener hun må være i fagutøvelsen for å kunne formidle faget på en troverdig måte. I intervjuet med henne fanges dette opp i følgende setning: «*Kjenne det i kroppen, være i kroppen, være i situasjonen, være i deg selv, være i samvær med andre. Den derre i en som er så viktig. Ikke være i psykisk helsearbeid*».

5.4 Å sette kunnskapsparaplyen bak pasienten

I intervjuet kommer det frem at Gudrun allerede i anamnesen danner seg et inntrykk av pasienten. Ved å se på pasienten, se hvordan kjeven beveges, hører hvordan vedkommende puster, registrerer hvilke ord som blir brukt samt hvordan ordene blir brukt, så får hun et samlet inntrykk. Det ligger mye informasjon i stemmen mener Gudrun. «*Stemmen som jo bare er pust og muskulatur, er det liv i det, er det dødt, er det tomme uttrykk, er det klisjeer? Hvor er det det er liv i det de sier? Og liv i det de sier, det er pust og muskulatur som presterer*». Hele hennes sanseapparat trer i kraft idet hun møter en pasient for første gang og de begynner å snakke sammen mener hun videre. For Gudrun er dette noen deler av det som ligger i begrepet håndverket, i det praktiske. Alt hun tar inn i møte med pasienten legges inn i hodet og i hennes sanseverden som et bakteppe, som bakgrunnsinformasjon. Gudrun er ikke den som konkluderer eller tolker, hun sier selv at; «*jeg bare åpen for å ta inn dette*». For å illustrere hva hun mener, referer Gudrun til Gunn Engelsrud som sa; «*pasienten skal stå rett foran deg og så skal du ha hele din kunnskap, forståelse, metode eller hva du vil kalle det som en paraply BAK pasienten. Men hvis du setter den paraplyen mellom pasienten og deg. Så ser du ikke for da flytter du blikket*». Da blir kunnskapen en form for bakgrunnsinformasjon i møte med pasientene forteller informanten. «*Den bakgrunnen den blir jo dypere og videre og bredere med årene når du ser. Du vet jo noe når du har sett hundre*

pasienter så har du fått tak i noe. Når du har sett ti tusen pasienter så har du et mye større og dypere bakteppe. Og du får mye mere variasjon».

Når Gudrun viser behandling på de forskjellige pasientene i dvd filmene, ser vi henne veksle grep og utføre forskjellige bevegelser, alt ettersom hva hun ønsker å oppnå. Hun gir den ene pasienten en forklaring på at det er lett å tro at brystsmertene kan ha en sammenheng med hjertet, men som oftest skyldes det stram muskulatur mellom ribbeina. Pasienten ser rolig og avslappet ut etter forklaringen han har fått.

*«Vår adferd, vår stemme, vår pust påvirker jo pasienten. Det er jo en gjensidighet i alle sosiale relasjoner uansett. Så måten du fremtrer på med **din** stemme med **din** pust med **dine** ord med **ditt** tempo. Med ditt tempo med i palpasjonen, i undersøkelsen, i samtalen. Alt dette herre påvirker jo, åpner eller lukker pasienten».*

5.5 Å bevisstgjøre ved hjelp av bilder

I møte med pasientene bruker Gudrun en del metaforer i form av bilder. Hun har en unik evne til å sette ord på pasientens problemer slik at det blir forståelig for pasienten. Dette kommer svært godt frem når vi ser henne utføre behandling. Et eksempel er da hun støtter pasientens hode i det pasienten legger seg ned på behandlingsbenken. Det ser ut til at pasienten hviler med hodet på puta, men Gudrun utbryter; *«Legg fra deg topplokket».* Hvilket medfører at pasienten synker lenger ned i puta med hodet sitt. I intervjuet nevner hun en kvinnelig pasient hvis store skrekk i livet var å bli som sin mor. Gudrun evner å formulere dette med et enkelt spørsmål til pasienten for å få frem essensen; *«Du føler deg antagelig stiv i maska innimellom?».* Pasienten svarer *«ja»* og i dette ligger det også at hun innrømmer å ha en maske forteller informanten videre. I behandlingen la Gudrun vekt på å behandle foten og ansiktet. Dette for at pasienten skulle få noe å stå på i forhold til sin mor, ha en balanse. Deretter kan pasienten slippe maska og være seg selv.

Videre i video filmen viser informanten behandling av en mann. Hun holder et grep rundt pasientens ene skulder og arm og beveger armen opp og ned og rigger lett på den. Så sier hun til pasienten; *«Skal løsne litt på fortøyningen mellom skulderblad og brystkassa. Hvis dette er stramt så er det som å sette lokk på en kjele. Det er ikke noe å holde på dette her, de er ikke skrudd fast vet du».* Etter å ha beveget armen til pasienten i ulike retninger utbryter hun plutselig; *«Du har det med å slå ut med vingene litte granne, kjenner du?».* Pasienten

sier seg enig i dette og vi ser klart at armen lar seg bevege med større utslag. Noe som tyder på at ansente muskler har sluppet taket og ikke lenger holder igjen bevegelsen.

I behandlingen hun viser på den ene video filmen, tydeliggjøres pusten og dens virkning ved bruk av bilder; «*Kjenner du at du blir brei om bringen? Får du nok luft?*» spør hun pasienten mens hun jobber i området rundt og på brystkassa til pasienten. Vi ser godt at pasienten puster ved at magen beveger seg. Når hun behandler ryggen til pasienten forklarer Gudrun hvorfor hun trykker setet nedover i retning føttene; «*Det er for å få pusten ned i baklomma, du har det med å puste mer her oppe*». Hendene flyttes til skuldrene og vi ser pasienten puste.

Å dokumentere hånden, blikket, stemmen og stemningen, adferden og kontakten mellom terapeut og pasient er umulig påstår Gudrun. Fra intervjuet i Fysioterapeuten uttrykker Gudrun følgende når det gjelder spørsmål om dokumentasjon på hennes fagutøvelse: «*The proof of the pudding lies en the eating*». Hun mener at hennes utførelse av faget ikke blir sannere om den kommer ut i grafer, kurver eller søyler. «*Kvaliteten på det man gjør vises hos den enkelte pasient og deltakerne i gruppene*» sier hun bestemt.

6. Diskusjon

Denne oppgaven handler om håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi. Når jeg begynte med denne masteroppgaven hadde jeg en annen oppfatning av hva begrepet håndverket innebar. Jeg var mest opptatt av hendene og hvilken betydning de hadde i psykomotorisk behandling, hendene som brukes til berøring, massasje, ulike grep og knip i muskulaturen, strykninger og for å registrere varme eller kulde. Jeg hadde ingen tanke om en slik bred og sammensatt beskrivelse av håndverket som informanten presenterer i sin beskrivelse. Det er en helt annen forståelse og langt mer omfattende enn jeg hadde sett for meg. Jeg minner om min problemstilling som er formulert slik:

«Håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi i møte med pasienter med psykosomatiske lidelser, basert på Gudrun Øvrebergs kunnskaper og erfaringer».

Diskusjonskapitlet har jeg valgt å dele i to, sett opp mot hver av forskningsspørsmålene.

6.1 Håndverk og hender

I denne delen av diskusjonen er tema håndverk og hender og er knyttet til det første forskningsspørsmålet:

«Hva forstår Øvreberg med håndverket i psykomotorisk fysioterapi og hvilken betydning har hendene i pasientbehandling?»

6.1.1 Håndverket i bred betydning

For Gudrun Øvreberg ligger det en bred forståelse av håndverket og hun beskriver det som et omfattende begrep der både hånden, blikket, stemmen, atferden og kontakten mellom terapeut og pasient er av betydning. Informanten mener denne kombinasjonen, sammen med intuisjon, er sentrale begrep i håndverket. Det å være åpen, ha et åpent sinn, å se hvordan pasientene beveger seg, hører hva og hvordan de snakker samt hvordan stemmen brukes er viktige elementer i møte med pasienter. Informanten mener man ved å jobbe med dette over tid oppnår en utvikling som etter hvert vil gi en trygghet i faget. For meg fremstår informanten som svært trygg på seg selv og faget sitt. Jeg tenker at dette er evner man utvikler gjennom lang erfaring ved å holde seg til et fag samt ved å øve mye og reflektere

over det man gjør. På sikt vil man gjøre faget til sitt og kjenne at det «sitter i fingrene», at det er automatisert slik at man ikke tenker så mye på hva og hvordan noe utføres. Dette samsvarer med Thornquist (2010) som mener dagligdagse aktiviteter, som for eksempel sykling, går av seg selv når vi først har lært det. Merleau-Ponty (i Thornquist 2010) sier det samme, men uttrykker det ved at hukommelse og kunnskap «sitter i hendene og i kroppen», der det er kroppen som forstår og vet. Når det gjelder intuisjon påpekes viktigheten av å trene opp den, noe som også Bülow-Hansen argumenterer for (Øvreberg & Andersen, 2002). Det kan foregå ved å se, lytte og ikke minst føle. Øvreberg lærte faget ved å hospitere hos Bülow-Hansen og har i kraft av sin utdanning fått med seg disse elementene og jeg tenker at dette er en av årsakene til at hennes syn på håndverket er såpass omfattende og helhetlig. Dette kan knyttes sammen med informantens tanker om håndverket der intuisjonen har en medvirkende funksjon.

Gudrun Øvreberg snakker om «magien» i psykomotorisk fysioterapi og jeg tolker det slik at informanten mener den kroppslige erfaringen pasienten opplever når de kjenner på og med egen kropp i løpet av en behandlingstid. For mange pasienter kan psykomotorisk fysioterapi gi en A-ha opplevelse i behandlingstidene. Blant de pasientene jeg selv har hatt til behandling har flere gitt uttrykk for sine kroppsupplevelser på ulike måter. En ung mann som i utgangspunktet oppsøkte meg på grunn av stivhet i nakke- og skuldre, ga uttrykk for sine opplevelser i timen ved å si «før stod jeg oppå gulvet men nå står jeg PÅ gulvet» etter å ha blitt oppmerksom på kontakten med føttene sine. En annen pasient følte at hun stod og svaiet før behandlingen startet og uttalte etterpå «herregud, nå står jeg støtt som et fjell». I behandlingen jobbet vi mye med føttene og beina hennes, noe som førte til at hun følte seg stabil og ikke ustø. Hun virket svært forundret og overrasket over opplevelsen hun erfarte. Dette og flere lignende situasjoner er svært vanlig for pasienter å oppleve i psykomotorisk behandling. Som oftest oppsøker pasientene fysioterapeut på grunn av kroppslige smerter og i løpet av behandlingstiden viser det seg at flere også sliter med angst, depresjoner, lav selvtillit, manglende mestringsfølelse og grensesetting. Det virker som de får ny kunnskap om egen kropp og videre en utvidet forståelse av egen livssituasjon. Dette støttes hos Heggdal (2008) som skriver om kropp-kunn-skaping, der personen opplever og erfarer kroppslige forandringer. Det er ikke alt som lar seg forklare slik at det oppfattes forståelig og jeg tenker at dette kan oppfattes som «magi» for pasientene. Denne opplevelsen kan ingen få ved å lese teori om menneskekroppen og bevegelsesapparatet. Dette må oppleves på og i egen kropp. Når du blir bevisst og opplever å få kontakt med føttene dine er dette signal

som oppfattes i hjernen og som kan knyttes til følelsene tenker jeg. Følelser oppleves i og med kroppen og slikt sett kan dette virke som magi for pasienter tror jeg. Kanskje det kan sies så enkelt som at magi er det samme som å bli bevisst sine kroppslige sanser og følsomhet?

I psykomotorisk fysioterapi brukes uttrykket «å stå godt på beina», noe som ikke bare viser til å ha bakkekontakt men også å ha et trygt og godt fundament overført til livet ellers. Dette samsvarer med Bunkan (2008) som mener at kroppen bygges opp nedenfra for at kroppsdelene fritt kan beveges i forhold til hverandre. Et godt bilde på dette kan være å se hvordan et hus er konstruert. Desto mer stødig grunnmuren er bygd, og på et solid fundament, jo stødigere blir etasjene over. En dårlig grunnmur med dårlig fundament vil ikke kunne tåle mange etasjer før bygget bryter sammen. Informanten viser til et godt eksempel fra en behandlingstime der hun forteller om en ung kvinne som begynte å gråte da hun forstod at hodepinen hennes kunne skyldes at hun spente seg og holdt ting inne. Grunnen til at hun holdt ting inne var fordi hun ikke ville bli som sin mor. Her valgte informanten å behandle føttene til pasienten slik at hun skulle få noe å stå på i forhold til moren sin. Har du kontakt med føttene dine og kjenner at beina er i bakken når du går, da er du stødig og muligens tryggere på deg selv slik at du kan takle flere utfordringer livet byr på. Hos Bülow-Hansen kommer dette frem i hennes syn på psykomotorisk fysioterapi som en helhetlig behandling der mennesket henger sammen fra topp til tå og derfor må hele mennesket behandles, ikke bare deler av personen (Øvreberg & Andersen 2002). Ved å oppleve og erfare en helhetlig kroppslig sammenheng, kan man lettere bidra til å foreta seg endringer av sin egen livssituasjon. En slik helhet og sammenheng sees hos informanten i form av terapeutens håndgrep som er en viktig redskap i behandlingen. Dette håndgrepet setter Steinsvik (2008) i sammenheng med inngangsporten fra kropp til psyke.

6.1.2 Hender og berøring

Som helsearbeidere brukes hendene som et arbeidsredskap og berøring er en grunnleggende komponent og for psykomotoriske fysioterapeuter benyttes berøring som en del av behandlingen og i undersøkelsen. Vi kan si det er forskjell på privat og profesjonell berøring. Dette sier også Bunkan (2008) som påpeker at berøring i møte mellom pasient og terapeut er en profesjonell berøring. Det finnes mange måter å berøre på. Pasienter kan bli kroppslig berørt men også berøres følelsesmessig. Dette er i samsvar med Bunkan (2008), Gretland

(2007) og Engelsrud (2006) som trekker frem sammenhengen mellom kropp og følelser som sentrale elementer i psykomotorisk fysioterapi.

Menneskets hender er unike i verdenssammenheng og gir oss uante muligheter. Hos helsepersonell benyttes hendene i pasientøyemed og kan gi verdifull informasjon ved den følsomheten hendene innehar. Denne betydningen av berøring støttes hos Aardeby (2003) og Roxendal & Wahlberg (1995) som er opptatt av hendenes betydning som en del av kommunikasjonen og kontakten mellom mennesker. Den oppfatningen vi har av berøring overfører vi til de menneskene vi er i kontakt med. Det pasientene kjenner, opplever og sier må bli tatt på alvor av terapeuten. En god måte å gjøre dette på kan være å utvikle et følsomt håndgrep i kontakt med pasienter og andre. Informanten vektlegger viktigheten av å øve og arbeide med egne bevegelser for bedre å kunne fange opp andres bevegelser. Jeg tenker det er en viktig sammenheng med egen erfaring og refleksjon over hendenes bruk når man jobber med pasienter. Et godt bilde på dette er å tenke på hvordan en blind bruker hendene sine kontra en seende.

Den kontakten vi oppnår, enten i privat regi eller i profesjonell sammenheng, kan sies å ha visse fellestrekk da den er kontaktskapende og kan gi blant annet gi trygghet og gode følelser. I profesjonell sammenheng er vi ute etter å oppnå et resultat, vi har et mål med bruk av hendene, enten det er i form av snekring, matlaging eller som berøring i behandlingssammenheng. Gudrun Øvreberg benytter berøring som et samspill i form av en kroppslig samtale med pasienten. I behandlingen er hendene en del av samspillet og kontakten med pasienten. Det er kroppen som er utgangspunktet for behandlingen og som knyttes til de kroppslige plager og smerter pasientene har. Den kroppslige berøringen kan åpne for pasientens kontakt med sine egne følelser. For mange kan det være lettere å sette ord på det de faktisk kjenner på kroppen. Dette kan knyttes til Bunkan (2008) som sier at for å forstå den enkelte pasient, tar vi utgangspunkt i holdning, bevegelser og pust samt det vi kjenner med hendene på hud og i muskulatur. Da jeg gikk i psykomotorisk behandling ble jeg oppmerksom på hvordan terapeuten brukte hendene sine; noe var godt og annet direkte ubehagelig. Hele tiden virket det som om terapeuten hadde en følelse for mine reaksjoner og justerte behandlingen etter det. Tanken med hendenes bruk i behandlingen er å åpne opp for innestengte følelser som kan være til hinder for personens videre utvikling. Hos Øvreberg vises det tydelig hvordan hendene brukes for å oppnå reaksjoner hos pasienten. Når informanten utførte bestemte grep og masserte pasienten førte det til at pasienten «svarte» ved å bevege på seg, puste eller å sukke. Ved å vise en kroppslig reaksjon på noe som er

ubehagelig, slipper man noe av kontrollen på seg selv og sitt eget forsvar. Dette er i samsvar med Thornquist og Bunkan (1995) som mener det er en sammenheng mellom kroppens muskelspenninger og vårt psykologiske liv og forsvar. Jeg synes informanten har en god beskrivelse av dette når hun sier at *«psykomotorisk fysioterapi er å lete etter bevegelse og pust som har stilnet og stivnet»*. I grepene Øvreberg utfører ser vi helt klart at pasienten puster når grepet slippes. Kan hende det er «et lettelsens sukk» for pasienten som har opplevd et smerteknip eller grep? Å kjenne en slik lettelse kan gi en følelse av velbehag vil jeg tro. Hva er det som forårsaker at bevegelse og pust stilner og stivner hos pasienter og hva skjer når de slipper pusten? Gretland (2007) uttrykker at *«kroppen er en funksjonell og samspillende enhet der dens enkeltdeler står i et innbyrdes avhengig forhold til hverandre»*. Vi vet at alt vi utsettes for og de erfaringer vi har med oss fra barndommen er med og påvirker oss som voksne. Kropp og følelser påvirker hverandre gjensidig og når vi holder pusten holder vi på spenningene og har kontroll på følelsene tenker jeg. Vi har kontroll på oss selv og kontroll over en bestemt situasjon eller for å avgrense oss overfor noe ukjent kanskje?

Pusten er av betydning der tanken er å kunne slippe pusten og videre slippe spenninger. Som regel uttrykkes det i behandling ved «å slippe pusten til». Det handler om å slippe kontroll og ikke kontrollere pusten med «pust inn» eller «pust ut». Øvreberg relaterer dette til å slippe livet til og det er basalt å slippe livet til. Mange av pasientene har på ulike måter unndratt deler eller funksjoner til ikke å leve sitt eget liv. Pasienter vi møter lever sitt liv på sin måte, men ved å ha kontroll på seg selv stenger de mye ute som de ikke tør slippe inn på seg tror jeg. Det er en form for selv-kontroll som bidrar til at de fungerer i hverdagen. Og hvordan de skal slippe opp for en slik kontroll har de ingen forutsetning for å vite uten å erfare det gjennom å oppleve sammenhengen ved å knytte sammen kropp og følelser. Pasientene lærer da å sette ord på hva de kjenner, opplever og erfarer kroppslig. Pusten er en sentral indikator på hvordan pasienten har det. Ved å holde pusten, holdes det også på følelser. Informanten forteller om pasienter som kontrollerer magen og holder pusten for å unngå at magen buldrer eller for å stoppe tarmene. Kan være det oppleves pinlig for pasienten som derfor holder pusten slik at magen er stille. Ved å si til pasientene at det romler i magen, noe som betyr at tarmene slapper av, så fremkaller det en latter hos pasienten som da slipper pusten og dermed slipper noe av kontrollen.

6.2 Praksisteori

Her diskuterer jeg Gudrun Øverbergs sin praksisteori, i lys av Handal & Lauvås praksistrekant (1999) og Skau sin kompetansemodell og Nielsen & Kvale (1999) sin mesterlære. Et annet viktig aspekt er hva Øvreberg vektlegger i møte med pasientene. Her trekker jeg inn helhet og helse samt salutogenese og empowerment i diskusjonen av det. Mitt andre forskningsspørsmålet er:

«Hva vektlegger Øvreberg i møte med pasienter med psykosomatiske lidelser?»

6.2.1 Praksisteori

Som et grunnlag i møte med pasienter ligger Gudrun Øvreberg sin praksisteori. Den omfatter hennes kunnskap og utdanning som psykomotorisk fysioterapeut fra tiden hun hospiterte hos mesteren i faget. Utdannelsen bestod av at hun selv ble behandlet og deretter fikk stille spørsmål om sine kroppslige oppdagelser og opplevelser. Denne form for praksisteori beskriver Lauvås og Handal (1999) om en person sin kunnskap, erfaringer og verdier som er av betydning for personen i en undervisningssituasjon eller i pedagogisk praksis. Informanten mener det er viktig å lære gjennom praksis for å oppleve å få faget i fingrene. Jeg forstår det slik at den praktiske læringen fører til at man får faget «innunder huden» og denne type læring kan man ikke lese seg til. Dette er i samsvar med Hovda (2008) som skriver at store deler av praksisteorien er såkalt taus kompetanse. Den tause kompetansen kan være vanskelig å uttrykke med ord og den kan man ikke lese seg til. Skal vi nyttiggjøre oss den praktiske kompetansen forutsetter det at vi har praktiske ferdigheter og erfaringer til å sette den teoretiske kunnskapen i system.

I håndverksyrker er både teori og praksis en nødvendighet for å lære faget. Informanten lærte på og via egen kropp og gjorde seg egne erfaringer som hun videreførte i møte med sine pasienter. I tillegg var det viktig å øve mye skulle man bli god i faget sitt. Disse elementene kan gjenkjennes hos Skau (2000) som den *personlige kompetansen* der menneskelig modning og erfaring er en forutsetning. Dette er noe som utvikles gjennom hele livet. Øvreberg har med sine 50 års erfaring som psykomotorisk fysioterapi slikt sett opparbeidet seg en solid erfaring som terapeut og også som menneskekjenner. Øvreberg mener mester-svenn metoden er høyst nødvendig for å oppnå en god fagforståelse. Dette sees hos Nielsen & Kvale (1999) der mesterlære er en form for læring der lærlingen følger en kompetent

person i faget for å lære det. Det å være i praksis under utdanningen gir en annen og muligens dypere forståelse enn man får ved kun å lese teori. En slik måte å lære på medfører refleksjon over egen læring. Å lære på og med egen kropp har vært svært nyttig for meg når det gjelder å forstå psykomotorisk fysioterapi som fag. Denne lærdommen gir en helt annen innsikt og forståelse for pasienters problematikk slik at man lettere kan sette seg inn i hvordan behandlingen kan føre til ulike reaksjoner og opplevelser tenker jeg. Dette beskriver Øvreberg med å si: «*Lære med kroppen, ikke om kroppen*». Den faglige kunnskapen til Øvreberg hviler på et teoretisk grunnlag og forståelse av menneskekroppen og bevegelsesapparatet. Informantens verdier er knyttet til menneskeplanet sier hun og i møte med pasienter tas informasjonen opp og legges inn i informantens sanseverden, som et bakteppe. Her viser Øvreberg til Engelsrud (2006) og illustrerer meningen slik: «*pasienten skal stå rett foran deg og så skal du ha hele din kunnskap, forståelse, metode eller hva du vil kalle det, som en paraply BAK pasienten. Men hvis du setter den paraplyen mellom pasienten og deg, så ser du ikke for da flytter du blikket*». Jeg tenker at dette kan ha en sammenheng med tolkning. Dersom vi evner å legge vår egen tolkning til side i møte med pasienter kan det være lettere å se det vi skal se og ikke forhåndsdømme eller ha gjort oss opp en mening.

Informanten sier man må øve og øve for å bli god i sitt fag og at teknikken ikke blir like god dersom man kun leser teori om emnet. Hun mener «*for mye teori gir avstand til fagutøvelse i praksis. Det du har i hender, blick og kontakt, får du ved å øve, øve og øve*». Her viser Øvreberg til musikere som Arve Tellefsen og Leif Ove Andsnes som øver på instrumentet sitt, en lærdom de ikke får inn ved kun å lese teori. Jeg ser helt klart fordelene ved å øve for å bli god i faget, men jeg tenker at fagforståelsen blir bredere og dypere om den kombineres med teori. Dette beskriver Kvale & Nielsen (1999) som tilegnelse av faglig identitet, der innlæring av de ferdigheter som kreves for å beherske faget og oppnå en fagidentitet er sentralt. Informanten uttrykker bekymring for faget ved at det går i retning av mer teori og mindre praksis. Allerede i grunnutdanningen kuttes det i antall massasjetimer, noe Øvreberg medfører at studentene ikke har grunnlaget for å ha en selvstendig mening om hva de kjenner ved palpasjon og i massasjen. Jeg tenker en balanse mellom teori og praksis kan være fornuftig. Kan hende dagens fagutvikling gir oss muligheten til å se nye veier å gå i faget?

Et annet viktig element i informantens praksisteori er det hun beskriver som «*kunnskapsparaplyen*». Jeg tenker at det handler om grunnleggende fysioterapikunnskap

som anatomi, fysiologi og bevegelseslære/ funksjon. Denne «kunnskapsrapporten» har informanten med seg i møte med pasienter men den ligger i bakgrunn og slikt sett kan pasientens kropp få «tale». Jeg tror dette også handler om informantens grunnleggende verdier og menneskesyn som hun har med seg i møte med pasienter. Det er pasienten som er i fokus og får tre frem i kraft av seg selv og ikke som en diagnose. Det er ikke «angstdamen» eller «høyt-blodtrykk-mannen» som viser seg. Terapeuten «SER» mennesket uten å la seg farge av en merkelapp eller annet. Et slikt menneskesyn samsvarer med Tollefsen & Borup (2002) som sier kroppen formidler seg som en unik enhet og at den skal oppfattes som det. Øvreberg sier hun er på menneskeplanet selv og det viser hun tydelig i møte med pasienter syns jeg. Å være på menneskeplanet handler om å være respektfull og behandle pasientene individuelt. Man kan ikke putte mennesker inn i en bestemt form eller mal da det er forskjellig hva slags forutsetninger vi har med oss i «bagasjen». Øvreberg tvinger seg ikke på pasienten men lar pasienten tre frem med sine smerter og plager. Å møte mennesker/pasienter på en slik måte innebærer å ta vedkommende på alvor tenker jeg. Dette samsvarer med Barbosa da Silva (2011) som mener pasienter opplever at sykdommen blir bortforklart eller ikke blir tatt på alvor. I slike tilfeller kan det virke som om det er sykdommen som er i fokus og at pasienten ikke blir møtt med forståelse for sine plager. Øvreberg mener det er viktig å være i fagutøvelsen for å formidle faget på en troverdig måte. Jeg syns informanten viser en måte å forstå pasienten på som indikerer en slik forståelse av faget. Dette fremkommer via hennes årelange pasienterfaring, noe som gir en trygghet både for informanten og for pasientene. I følge Skau (2000) kan dette knyttes til en *samlet profesjonell kompetanse* og i våre yrkesrelaterte handlinger og samhandlinger uttrykkes de tre samtidig men med ulik tyngde.

6.2.2 Helhet

Gudrun Øvreberg har klare meninger når det gjelder å se sammenheng og helhet. I følge informanten er helhet kolossalt mye og hun poengterer at når vi sier vi behandler helhetlig så har vi kappet av mye av helheten. Skal vi tenke helhetlig må vi se mennesket i forhold til det sosiale liv og relasjoner, i det landet og samfunnet med den kulturen vedkommende lever i. Dette argumenterer også Bunkan (2008) for når hun skriver om psykomotorisk behandling som tar utgangspunkt i individets karakter og følelser sammen med miljømessig stress. Dette avspeiler seg i kroppsholdning, pust og muskulatur og sammen med genetiske faktorer vil pasientens historie uttrykkes kroppslig. Øvreberg mener at dette er med å forme oss som

mennesker. Informanten sier vi behandler det vi ser foran oss, er det da mennesket som sitter i behandlingsrommet og det vedkommende forklarer i akkurat denne situasjonen? Eller mener informanten innen helsevesenet når det snakkes om en helhetlig tilnærming? For meg er helhetlig et omfattende og innholdsrikt begrep. Jeg tolker Øvreberg slik at hun ikke skiller mellom det fysiske og det psykiske. Hun evner å se hele mennesket og liker ikke å jobbe etter et fastlagt mønster, dele inn i kategorier eller diagnoser. Jeg syns hun viser dette i behandlingene ved sin væremåte overfor pasientene. Hun tar utgangspunkt i de problemer pasienten kommer for og forholder seg til det i behandlingen. Jeg antar at Øvreberg i anamnesen har fått ytterligere informasjon om pasientens liv for øvrig og har det med som viktig bakgrunnsinformasjon. Dette samsvarer med Malt et.al (2009) og Mæland (2010) som skriver at det kan være en sammenheng mellom følelser og hendelser i pasientens liv. For meg vitner dette om et åpent menneskesyn der helheten vektlegges sterkt. Her mener jeg informanten evner å se selve mennesket og alt det rommer av plager, smerter og hva livet har påført den enkelte. Slik jeg forstår informanten gjelder det å være lydhør og imøtekommende når pasienten viser seg sårbar og åpner seg for terapeuten. På denne måten vil terapeuten vise en tillitsskapende atmosfære som fører til trygghet hos pasienten. Tilsvarende meninger viser seg i Sosial- og helsedirektoratets (2005) plan om «Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen», der ett av målene er å styrke pasientens evne til å mestre eget liv. Skal man oppnå det kan man ikke bare se på symptombedring men tenke i retning av et mer omfattende forandringsarbeid.

Pasienter som «vandrere» rundt i helsevesenet på jakt etter et svar og en forklaring på sine plager ender som regel opp med betegnelsen psykosomatiske lidelser. Hva slags pasienter finner vi i denne kategorien? Blant de som oppsøker psykomotorisk behandling er det primært muskel- og skjelettplager som dominerer. Flere av disse har ulike tilleggdiagnoser som for eksempel angst, depresjon, tretthet, fibromyalgi, migrene med mer. Det kan skyldes at årsaken til smertene er svært sammensatt og ikke forsvinner ved kun symptombehandling. For mange oppleves dette dit hen at plagene er noe de innbiller seg. Like fullt har de smerter et eller flere steder i kroppen og det er årsaken til at de oppsøker fysioterapeuter. Dette kommer frem hos Engelsrud (2009) som smertefulle kropper som kan romme mange sykdommer. Bakenforliggende årsaker kan være mangel på respekt, ikke blitt hørt i oppveksten, utsatt for ydmykelse og krenkelser i ulik grad, mobbet eller misbrukt. Informanten gir pasientene en forklaring på plagene slik at de forstår sammenhengen mellom anspenthet og smerter. *«Har du avdramatisert det, så har du gjort den viktigste*

behandlingen for da kan de gå videre i livet» sier Øvreberg. Denne kroppslige smerten påpekes hos Hummelvoll (2012) som mener psykisk uhelse kan oppstå når man ikke opplever å mestre eller ha kontroll i hverdagen eller livet ellers. Øvreberg mener behandlingen kan passe for alle mennesker uansett alder og ved alle forskjellige plager i bevegelses/ funksjons-skalaen. Dette støttes av Gunnari (1994) som mener behandlingen passer for mange av pasientene som kommer til psykomotorisk fysioterapi. Informanten mener det finns unntak og det er de som ikke forstår da de er i en annen virkelighetsoppfatning. Jeg tenker det er viktig å se på den enkeltes livshistorie i sammenheng med behandlingen og ta utgangspunkt i det. Hos Gretland (2007) er dette av betydning da vår livshistorie, holdninger og verdier uttrykkes kroppslig.

I dagens helsevesen er psykisk helse et svært aktuelt tema når helse omtales. Like fullt finner vi et todelt syn der fysisk og psykisk helse omtales separat og ikke som to sider av samme sak. Dette viser seg i Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) hvor en satsing på den fysiske helsen og den psykiske helsen benevnes. Dette skal man oppnå ved å påvirke folks levevaner, levekår og ved å legge til rette for mestringsopplevelser, god selvfølelse, trygghet og menneskeverd. Slik jeg ser det, henger dette nært sammen. Når for eksempel levevanene påvirkes vil det sannsynligvis få positive ringvirkninger på hele mennesket. Tar man vare på helsa si vil det kunne øke selvfølelsen som igjen gir en opplevelse av mestring. Jeg har aldri tenkt på at jeg har en egen fysisk eller en egen psykisk helse. For meg kjennes det naturlig å snakke om helse som ett begrep der alt jeg er, opplever, erfarer og kjenner er involvert. Gadamer (sitat i Skårderud et.al, 2010) påpeker at vi ikke vet hva psykisk helse er, for når den er der så skjuler den seg og vi merker den ikke. Den psykiske uhelsen kjenner vi godt, for når den kommer blir vi opptatt av helsen som noe vi savner og har mistet. Øvreberg mener hun påvirker folks psykiske helse ved å sette de i bevegelse, fordi bevegelse gir tale og refleksjon. For informanten er det vanskelig å sette ord på bevegelser hvis man ikke er i bevegelse selv. Hun viser til ulike situasjoner som er preget av stillhet, men i det folk begynner å bevege på seg begynner de også å prate. Informanten mener det blir for snevert å sitte og snakke isolert om psykisk helse individuelt eller i grupper. Hun viser til en oppfatning om psykisk helsearbeid som ivaretar hele mennesket og mener selv hun er på menneskeplanet som person. I dag prøver man å se på sykdomsforståelse samlet og helhetlig i det norske helsevesen, men i praksis er det ofte et biomedisinsk og naturvitenskapelig menneskesyn som fremtrer mener jeg. Sykdom sees på som en kroppslig defekt, dysfunksjon eller skade. Dette trekkes også frem av Barbosa da Silva (2011) og Gretland (2007) som

mener hovedtendensen i psykiatrisk litteratur er å fremstille kroppen som en biologisk organisme som skilles fra kultur, følelser eller det psykiske. Det snakkes fremdeles om kropp og sjel som to uavhengige og separate deler av mennesket syns jeg. Denne tenkemåten viser også Gretland (2007) til som mener en slik dikotom forståelse er blitt en del av vår virkelighetsoppfatning. Kan det være slik at vi egentlig mener å ha et helhetlig syn på helse men ikke klarer eller makter å sette det i ett og samme system? Vi har adskilte somatiske og psykiatriske helsetjenester og slikt sett er det en vei å gå før vi eventuelt når et mål om et samlet helhetlig helsevesen tenker jeg.

Når det snakkes om kropp så gjør hver og en av oss det utfra en bestemt forståelse. Jeg syns Øvreberg viser til et helhetlig syn på kropp når hun sier at vi ikke må skille det mentale og det kroppslige. Det er jo kroppen som uttrykker dette, det er jo kroppen man kjenner det, sansene er jo kroppen. Her kommer det klart frem et syn på kroppen som en helhetlig enhet knyttet til personen slik vi ser hos Merleau-Ponty (2009) mener jeg. Merleau-Ponty setter mennesket sammen der kropp og sinn er sider av samme erfaring. «Den levde kroppen» er sentralt og viser til at livet både leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Vi forstår og gjør kroppslige erfaringer fra den dagen vi kommer til verden. Mennesket forstås ikke som et tenkende vesen som er løsrevet fra kroppen. Hos Engelsrud (2006) kan dette forstås ved at følelsene er i kroppen som igjen er i verden, det er ikke noe inne en persons psyke som kan forstås som en avgrenset indre kategori. Den forståelsen informantene viser til tar utgangspunkt i henne selv og hennes kroppslige erfaringer. Dette samsvarer med Engelsrud (2006) som sier «*Livet leves gjennom kroppen... Vi både er og har en kropp. Kroppen er vår måte å være i verden på og er noe vi aldri kan flytte ut av*». Det viser at kroppen henger sammen fra nederst til øverst og ytterst til innerst mener jeg. Disse erfaringene har informantene med seg i møte med pasienter som kommer til henne for å få behandling.

For Øvreberg innebærer psykisk helsearbeid hele vår fungering. Det er «*å gå, stå, skite og spise og elske og føde og være syk og være oppgående*». For informantene er det hele livet det dreier seg om. Jeg syns Hummelvoll (2012) viser til enkelte elementer av dette i psykisk helsearbeid der fokus er på å fremme selvstendighet og styrke evnen slik at mennesker med psykiske lidelser kan mestre å leve sitt eget liv. Grunnen til at jeg ikke har tenkt over psykisk helse som noe eget, kan være fordi jeg alltid har vært frisk, ikke opplevd skader av noe slag eller smerter. Det blir spesielt å snakke om psykisk helse som en egen kategori avstengt fra kroppen ellers. Jeg slutter meg til Engelsrud (2006) som spør: «*Hvis det psykiske er i kroppen, hvordan kan en da operere med det som en egen kategori? Finnes det da i det hele*

tatt en kropp som ikke er psykisk? Hvor skulle følelser befinne seg hvis det ikke var i kroppen?» (min utheving). Følelsessenteret sitter i hjernen, som er en del av hodet som sitter øverst på kroppen. Det er klare forbindelseslinjer fra hjernen som er kroppens «sentral». Øvreberg evner å få med det som blir sagt, observerer pasienten i bevegelser og kjenner med hendene på pasientens kropp. Samlet gir dette informasjon hun benytter i valg av type behandling og i samtalen med pasienten. Slikt sett er vi som mennesker en sammenhengende helhet tenker jeg.

Jeg syns Øvreberg ved å bruke metaforer evner å møte pasienten og gi en forklarende beskrivelse som er forståelig for pasienten. Denne metaforbruken benyttes for bedre å kunne bevisstgjøre pasientene. For å tydeliggjøre pusten og dens virkning for en pasient underveis i behandlingen spør informanten *«Kjenner du at du blir brei om bringen? Får du nok luft?»* i det hun jobber på pasientens brystkasse. Pasienten blir oppmerksom på pusten sin og medgir at han får nok luft. Kombinasjonen av lette hender som flyttes rundt på pasientens kropp sammen med trykk på kroppen og forklaringer som *«det er for å få pusten ned i baklomma, du har det med å puste mer her oppe»* utgjør tilsammen en kroppslig og verbal samtale med pasienten. Når Øvreberg velger å bruke metaforer til pasienten, kan det bidra til en kroppslig billedliggjøring og forståelse i overført betydning av uttrykket hun benytter. Pasienten kan på denne måten lettere forstå meningen i handlingen til terapeuten tenker jeg. Det kan være godt for pasienten å få en forståelig og begripelig forklaring på kroppslige erfaringer og opplevelser. I en samtale med en pasient spør Øvreberg om pasienten føler seg «stiv i maska» og når pasienten samtykker innrømmer hun også å ha en maske. For mange kan det føles som en trygghet å ha en maske, det kan være en beskyttelse og en måte å distansere seg til for eksempel ubehagelige situasjoner.

6.2.3 Salutogenese

Antonovsky (2007) skriver at opplevelse av sammenheng i tilværelsen er av betydning for å mestre og å fremme egen helse. For å oppnå dette er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet sentrale komponenter. En grunnleggende tanke i psykomotorisk fysioterapi er en erkjennelse av kroppen som en funksjonell enhet der sammenhengen mellom kropp og følelser er sentralt. Jeg forstår Øvreberg slik at hun i behandlingene oppfordrer pasienten til å reagere på det som kjennes ugreit og ubehagelig ut. I tillegg viser hun en varhet i behandlingen dersom pasienten reagerer kroppslig med å vri på seg eller holde pusten. Da slippes grepet og pasienten kan strekke seg, puste ut eller si fra. En slik holdning sees også

hos Bülow-Hansen som oppfordret pasienter til ikke å finne seg i ubehagelige grep, men å si fra eller skyve bort hendene hennes så de ble kvitt smerten (Øvreberg & Andersen 2002).

De fleste pasienter som oppsøker fysioterapeut, har som regel kroppslige smerter. Med økt innsikt i og bevissthet om smerter og problemer som knyttes sammen kan dette gi pasienten en følelse av begripelighet og slikt sett være helsefremmende. Jeg syns dette er i samsvar med Heggdal (2008) som skriver at pasienter vil reflektere over erfaringene og opplevelsene som knyttes til kroppen, noe som er med på å gi pasientene en forståelse av det de opplever og erfarer kroppslig slik at de lettere kan finne løsninger på de utfordringer sykdommen gir. Den erfaringen pasienten hadde når kroppen var frisk vil erstattes med nye erfaringer når sykdom oppstår.

Det er kjent at livet vi lever og alt vi utsettes for setter seg i kroppen på en eller annen måte og dette kan gå utover den enkeltes livskvalitet. Det er av betydning hvordan vi forholder oss og takler de påkjenninger livet medfører. Jeg tenker det er viktig hvordan vi møter pasienter som har hatt smerter og plager over lengre tid. Et viktig element er å se hvilke ressurser pasienten har og ikke ha fokus på begrensningene. Øvreberg er opptatt av individualiteten i møte med pasienter som kommer til henne med sine muligheter og forutsetninger. Informanten er opptatt av å avdramatisere for pasienten at det ikke er alvorlige sykdommer de har selv om de kjenner seg anspente. Ved å gi pasienten en forklaring på at når hun masserer på spent muskulatur og smerten øker, så er årsaken knyttet til den anspente muskulaturen. Da er det hverken kreft eller andre sykdommer som ligger til grunn for smertene. Pasienten opplever og erfarer slikt sett en ny og positiv kunnskap som gir en opplevelse av meningsfullhet og en sammenheng av kropp og smerter. Dette støttes hos Heggdal (2008) som mener den nyetablerte kunnskapen er personlig og helsefremmende og den bidrar til salutogenese. I tillegg til hendelser i individets liv, viser det seg at det også kan være en sammenheng mellom følelser, konflikter og stress som årsak til psykosomatiske lidelser. Dette er i samsvar med Malt et.al (2009) og Mæland (2010) som skriver at folks toleranse for stress er lavere nå enn før. Jeg tror man lettere påvirkes av stress dersom man ikke opplever å mestre de påkjenninger man utsettes for. Hummelvoll (2012) mener at dersom man sliter med psykiske problemer kan det bli vanskelig å planlegge livet.

Skal man som terapeut forstå pasienten er det å kjenne på egen kropp betydningsfullt. Dersom du ikke forstår selv vil du heller ikke få pasienten til å forstå mener informanten.

Slikt sett kan dette være med å bidra til at pasienten lettere opplever og ser sammenhengen i tilværelsen.

6.2.4 Empowerment

Myndiggjøring og brukermedvirkning er ofte brukt som beskrivelse av empowerment. Målet for personen er å ta kontroll over eget liv og mestre hverdagen sin på en måte som styrker og bedrer livskvaliteten mener Mæland (2010). Gudrun Øvreberg mener det er viktig å få pasientene til å forstå måten de er og handler på. Skal man oppnå dette må man være i fagutøvelsen sier informanten og forklarer det ved å «*kjenne det i kroppen, være i kroppen, være i situasjonen, være i deg selv, være i samvær med andre*». Jeg tenker at man kan finne den kraften som trengs i seg selv dersom man tør og klarer å være i ulike situasjoner med kroppen og den styrken den har. Gudrun Øvreberg benytter seg av den kroppslige erfaringen hun har kjent og opplevd på egen kropp i møte med pasientene. Informanten trekker frem denne erfaringen som svært betydningsfull i møte med pasienter. På denne måten bidrar informanten til økt bevisstgjøring dersom man ønsker å oppnå en endring hos pasienten slik at vedkommende mestrer hverdagen bedre tenker jeg.

Hjelp til selvhjelp er en god beskrivelse av psykomotorisk fysioterapi der målet er å få pasienten aktivt med i hele behandlingsprosessen. Det er terapeuten som har ansvar for å hjelpe pasienten til å få innsikt i egne reaksjonsmønstre på sine symptomer. Dette kommer frem hos Thornquist og Bunkan (2008) som påpeker at vi lever i et samspill med våre omgivelser og at det er svært forskjellig hva hver og en av oss opplever som belastende. Skal vi kunne hjelpe pasienten til å se sammenhengen mellom livssituasjon, reaksjonsmåter og sine symptomer kan dette gjøres gjennom berøring og massasje slik at pasienter får økt kroppsopplevelse ved at de erfarer kroppen og gjennom kroppen tror jeg. Fra sin læretid hos Bülow- Hansen erfarte informanten hvordan pusten påvirket muskulaturen ved tøyning. Det nyttet ikke å tøye samtidig som man holdt pusten, det er som å trå på gass og brems samtidig. For å få en effekt måtte man slippe pusten under tøyningen. Dette argumenterer også Øvreberg og Andersen (2002) for som mener at når man slipper mer, så slipper man både mer fra seg og mer til seg. Når pasienten hjelpes til å blåse liv i sitt gamle jeg fører det til friere pust og vedkommende strekker seg mer. Informanten opplevde hvordan dette kjentes på kroppen da hun etter en behandling måtte heve sykkelsetet fordi beina kjentes lengre ut. Musklene hadde sluppet og strukket seg i løpet av behandlingen. Jeg tror informanten klarte å slippe muskulaturen ved at hun ikke kontrollerte den fordi dette var noe

hun opplevde som godt og behagelig. Mulig det skyldes at hun var åpen og evnet å ta i mot og gi etter for de gode følelsene. Informanten ble oppfordret til å kjenne etter kroppslige endringer, noe som samsvarer med Bülow-Hansen (Øvreberg & Andersen, 2002) som mener man skal strekke seg ut av smerten og angsten man utsettes for og ikke holde seg til den. Informanten tror det er veldig lett for pasientene å forstå innholdet i behandlingen. For mange er det livslærdom og derfor gjenkjennelig. Pasientene oppfordres til å kjenne etter og si fra når de opplever noe som ubehagelig i behandlingen. Dette kan overføres til livet utenfor behandlingsrommet slik at pasienten lærer å sette grenser for seg selv og slikt sett tar ansvar for eget liv tenker jeg.

Øvreberg har tatt med seg oppfordringen fra Bülow-Hansen om å være delaktig, kjenne etter og se. Videre har hun brukt dette overfor sine pasienter som må involvere seg i selve behandlingen for å forstå hvorfor de utfører de ulike øvelsene. På denne måten bevisstgjøres pasienten og forståelsen av hva ulike bevegelser kan føre til av blant annet smerter og ubehag bedres. Pasienter med sammensatt smerteproblematikk har ikke fått muligheten til å utnytte sine ressurser da smerter og ubehag setter klare begrensninger. Det viser seg å være svært forskjellig hva hver enkelt opplever som belastende i sitt liv. Dette er i samsvar med Thornquist og Bunkan (1995) som mener livet vi lever og alt vi utsettes for som mennesker av påkjenninger og erfaringer er med å påvirke vår psykiske utvikling, sosiale funksjon og kroppen vår. Skal vi som helsepersonell møte og hjelpe pasienter er det avgjørende å ta hensyn til alt som angår vedkommende. Vi må, som Øvreberg sier, se på mennesket i forhold til omgivelsene tenker jeg da det i følge Mæland (2010) og Kirkengen (2009) er mye som tyder på at oppveksten kan ligge til grunn for en generell sårbarhet seinere i livet. Informanten nevner ikke spesifikke eksempler på en slik sårbarhet, men sier at enkelte terapeuter er opptatt av få frem pasientens følelsesliv ved å få de til å gråte. Jeg tolker henne slik at det ikke nødvendigvis et mål å få pasientene til å vise alt av følelser. Øvreberg mener pasienten skal ha en verdighet og ikke miste maska for mye. En slik innsikt kan bidra til at vedkommende beholder sin verdighet. Dette kan settes i sammenheng med Hummelvoll (2005) som mener empowerment innebærer å oppnå kontroll over eget liv som selve nøkkelen til det gode liv og til god helse. Ved å styrke menneskets selvfølelse og selvkontroll kan den enkelte opparbeide seg styrke til å komme ut av en avmaktssituasjon og oppleve mestring. Dette er i tråd med empowerments-tankegangen om å bedre den enkeltes livskvalitet gjennom myndiggjøring (Wormnes & Manger, 2008 og Mæland, 2010 og Heggdal, 2008 og Barbosa da Silva, 2011).

7. Oppsummering

I denne case studien har jeg sett nærmere på håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi. Jeg er klar over at man ved en case studie bare har et bidrag i forståelsen av et interessant tema. Man skal være forsiktig med å generalisere da det kun er informant (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskningsspørsmålene mine har vært: 1. Hva forstår Øvreberg med håndverket i psykomotorisk fysioterapi og hvilken betydning har hendene i pasientbehandling? og 2. Hva vektlegger Øvreberg i møte med pasienter med psykosomatiske lidelser?

Gudrun Øvreberg har en bred forståelse av håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi. Hun trekker frem sanser og intuisjon som sammen med håndlag, blikk, stemme, adferd og kontakt med pasienten som viktige elementer. Informanten stiller med et åpent sinn i møte med pasienten og hverken tolker eller gjør seg opp en mening på forhånd. På denne måten er det pasientens mønster som trer frem og diagnosen blir tilsidesatt. Psykomotorisk fysioterapi kan oppleves som magi for pasienten og jeg velger å tro dette henger sammen med den kroppslige erfaringen pasienten kjenner når de blir bevisst sine kroppslige sanser og følelser. I behandlingen benytter Øvreberg hendene som et samspill i form av kroppslig samtale med pasienten for å oppnå ulike reaksjoner som svar. Dette svaret kommer som regel når pasienten slipper pusten og dermed noe av kontrollen og spenningene.

Gudrun Øvreberg sin utdanning består av teori og praksis i form av læretid hos mesteren i faget, Bülow-Hansen etter mesterlære metoden. Informantens praksisteori hviler på en kombinasjon av kunnskap, erfaringer, verdier og holdninger slik det viser seg ved praksistrekanten. Øvreberg evner å sette disse elementene sammen og skaper en balanse mellom liv og lære. For informanten har det vært viktig å øve mye, få faget i fingrene samt å kjenne på egen kropp for bedre å forstå pasientene. Dette kan beskrives som hennes personlige kompetanse. For å bevisstgjøre og forklare for pasientene, benytter informanten metaforer i form av bilder.

Informanten gir uttrykk for et helhetlig syn i møte med pasientene ved at hun mener psykisk helsearbeid handler om hele livet og hele vår fungering. Det er ikke noe skille mellom det mentale og det kroppslige, da det er kroppen som uttrykker sansene. Et slikt menneskesyn

finner vi hos Merleau- Ponty (2009) som evner å knytte kropp og sinn sammen. Livet setter seg i kroppen og det innebærer alt av tanker og følelser, erfaringer og minner. Alt vi utsettes for fra vi kommer til verden er med å prege oss seinere i livet. For å gi dette en mening for pasientene er det viktig at de forstår og kjenner sammenhengen. Dette evner informantene ved å avdramatisere plagene og smertene pasientene har, noe som skaper mening og begripelighet for pasienten slik at de lettere kan håndtere sine kroppslige smerter. Pasienten oppfordres til å kjenne etter og si fra når noe er ubehagelig og hjelp til selvhjelp er sentralt i behandlingen. Slikt sett kan pasienten ta kontroll over eget liv og styrke evnen til å møte utfordringer de utsettes for.

Jeg tenker at informantens meninger om håndverket i psykomotorisk fysioterapi er av betydning i møte med mennesker som av ulike årsaker sliter med det vi kaller sin psykiske helse. Vi har alle et ansvar for egen helse og en målsetning med psykisk helsearbeid er å styrke den enkeltes evne til å mestre eget liv for å tåle de påkjenninger man utsettes for. Med sine holdninger og verdier i møte med pasienter mener jeg informantene evner å balansere den kroppslige tilnærmingen slik at det blir håndterlig og begripelig for pasienten.

Skal man oppnå å styrke den fysiske og psykiske helsen, kan tanken om et helhetlig syn på helse være veien å gå tenker jeg. Da vil alle sider ved mennesket ivaretas og vedkommende må selv gi uttrykk for hva som skal til for at man skal være i stand til å nå målet.

Avslutningsvis vil jeg nevne at dersom jeg skulle sett videre på håndverket i psykomotorisk fysioterapi, kunne det vært interessant å intervju flere fysioterapeuter om deres tanker og meninger om psykomotorisk fysioterapi som håndverk. Vil det være en forskjell på det som kommer frem hos de som i sin tid gikk i lære hos mesteren kontra de som i dag tar en master i psykomotorisk fysioterapi?

Litteraturliste

Aardeby, S (2003): *När orden inte räcker. Om händer, hud, nervsystem ur ett taktilt perspektiv samt bakgrunden till originalmetoden TAKTIL MASSAGE*. Trio Tryck AB. Örebro.

Alstad, E. Stiles, T C og Fladmark, A M (2007): *Engruppes oppfølgingsstudie. Kvantitativt mindre korsryggsmerter etter psykomotorisk fysioterapi*. Fysioterapeuten nr 5, 2007.

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

Barbosa da Silva (2011): *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Gyldendal Akademisk. Oslo.

Breitve, M H. Hynninen, M og Kvåle A (2008): *Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi*. Fysioterapeuten nr 12, 2008.

Bunkan, B H (2008): *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Bunkan, B H et.al (1995): *Psykomotorisk behandling*. Pensumtjeneste, Oslo.

Ekerholt, K (2002): *Psykomotorisk fysioterapi- behandling og samhandling. Psykomotoriske behandlingsprosesser belyst med pasienterfaring*». Hovedfagsoppgave. Det medisinske fakultet og det Psykologiske fakultet. Senter for etter- og videreutdanning. Universitetet i Bergen.

Engelsrud, G (2010): *Hva er kropp?* Universitetsforlaget. Oslo.

Friis, S og Vaglum, P (2002): *Fra ide til prosjekt*. Tano Aschehoug.

Gretland, A (2007): *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.

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

Handal, G og Lauvås, P (1999): *På egne vilkår. En strategi for veiledning med lærere.* Cappelen Akademisk Forlag. Oslo

Heggdal K (2008): *Kroppskunnskaping. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser.* Gyldendal Akademisk. Oslo.

Hovda, O E (2008): *Om å være i takt med seg selv.* Utposten nr. 1. 2008.

Høgskolen i Hedmark (2011/2012): *Studieplan 2011/2012. MMHC Master i psykisk helsearbeid.*

Hummelvoll, J K (2012): *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* Gyldendal Akademisk. Oslo.

Hummelvoll, J K. Andvig, E. Lyberg, A (2010): *Etiske utfordringer i praksisnær forskning.* Gyldendal Akademisk. Oslo.

Johnsen, H (2011): *Portrett av Gudrun Øvreberg. Mellom motorisk utvikling og avvikling.* Fysioterapeuten nr 10, 2011.

Kirkengen, A L (2009): *Hvordan krenkede barn blir syke voksne.* Universitetsforlaget. Oslo.

Kruuse, E (1999): *Kvalitative forskningsmetoder.* Dansk Psykologisk forening. København.

Kvale, S og Brinkmann, S (2009): *Det kvalitative forskningsintervju.* Gyldendal Akademisk. Oslo.

Lauvås, P og Handal, G (2000): *Veiledning og praktisk yrkesteori.* Cappelen Akademiske Forlag. Oslo.

Malt, F M, Retterstøl, N og Dahl, A A (2009): *Lærebok i psykiatri*. Gyldendal Akademisk. Oslo.

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

Merleau- Ponty, M (2009): *Kroppens fænomenologi*. Det lille Forlag. Danmark.

Mæland, J G (2010): *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget, Oslo.

Nielsen, K og Kvale, S (1999): *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Ad Notam Gyldendal. Oslo.

Postholm, M B (2005): *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Universitetsforlaget. Oslo

Ramian, K (2007): *Casestudiet i praksis*. Århus. Academia.

Roxendal, G (1995): *Et helhedsperspektiv. Fremtidens fysioterapi*. Hans Reitzels Forlag A/S, København.

Roxendal, G og Wahleberg, C (1995): *Behandling og håndtering i hverdagen. Hændernes formidling*. Hans Reitzeils Forlag A/S, København.

Sivland, R, Martinsen, K og Råheim, M (2007): *Hvis ikke kropp og psyke - hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse*. Fysioterapeuten nr 12, 2007.

Skau, G M (2000): *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse som utfordring*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo.

Skårderud et.al (2010): *Psykiatriboken. Sinn, kropp, samfunn*. Gyldendal Akademisk. Oslo.

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

Steinsvik, K (2008): *Kunnskap om kroppen mellom grep og begrep*. Doktorgradsavhandling. Kungliga Tekniska Högskolan. Institution för Industriell ekonomi och organisation. Stockholm.

Stortingsmelding nr 16 (2002 – 2003): *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Det kongelige helsedepartementet.

Stortingsmelding nr 37 (1992 – 1993): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Thornquist, E (2010): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget. Bergen.

Thornquist, E og Bunkan, B H (1995): *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlaget, Oslo.

Tollefsen, E og Borup, H (2002): *Berøring & dens betydning. Massage som pædagogisk redskab*. Systime. Danmark.

Tveiten, S (2001): *Veiledning- mer enn ord*. Fagbokforlaget. Bergen.

Wormnes, B og Manger, T (2008): *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Fagbokforlaget, Bergen.

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

Vedlegg 1: Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS

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

Kari Kvigne
Institutt for sykepleie og psykisk helse
Høgskolen i Hedmark
Postboks 400
2418 ELVERUM

Vår dato: 16.04.2012

Vår ref:30157 / 3 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.03.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30157

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi

Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder

Kari Kvigne

Trudi Henden

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

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


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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.04.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Trudi Henden, Nessjøvegen 128, 2240 MAGNOR



Formålet med prosjektet er å undersøke håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi.

Utvalget består av en navngitt psykomotorisk fysioterapeut.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju og gjennom analyse av en dvd-samling om fysioterapeutens metoder. Det benyttes lydopptak under intervjuet. Det registreres direkte personidentifiserende opplysninger gjennom navn. Det registreres indirekte personidentifiserende opplysninger gjennom yrke og fagspesialisering.

Det behandles sensitive personidentifiserende opplysninger om pasienters helseforhold (jf. personopplysningsloven § 2 nr 8 bokstav c), ved at pasienter er deltakere i dvd-ene som skal analyseres. Filmen er ikke offentlig tilgjengelig, men er tilgjengelig for leger, fysioterapeuter og helsepersonell (jf. telefonsamtale 13.04.2012).

Fysioterapeuten informeres muntlig og skriftlig om prosjektet og samtykker muntlig og skriftlig til deltakelse (jf. informasjonsskriv og samtykkeerklæring mottatt per e-post 17.03.2012). Jf. telefonsamtale 13.04.2012, ber vi om at det legges til dato for prosjektslutt, 01.04.2013 i informasjonsskrivet, og at revidert skriv sendes til personvernombudet@nsd.uib.no.

Det vil innhentes samtykke fra tredjeperson (fysioterapeutens pasienter som er med i filmene) til at studenten kan analysere noen filmsnutter i forbindelse med oppgaven.

Fysioterapeuten vil være identifiserbar i den ferdige oppgaven.

Datamaterialet anonymiseres senest ved prosjektslutt, 01.14.2013, ved at lydopptak og direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes/endres på en slik måte at opplysningene ikke kan tilbakeføres til en enkeltperson.



Høgskolen i **Hedmark**

Trudi Henden

Nessjøvegen 128

2240 Magnor

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT:

«Håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi».

Høgskolen i Hedmark, Elverum, avd for helse- og idrettsfag.

Master i psykisk helsearbeid.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie om psykomotorisk fysioterapi i møte med pasienter med psykosomatiske lidelser.

Med denne masteroppgaven ønsker jeg å få økt kunnskap om og fordype meg i håndverkets betydning i psykomotorisk fysioterapi. Jeg er interessert i hvilken betydning hendene har og hvordan hendene brukes i møte med mennesker med psykosomatiske lidelser. Jeg vil gjerne høre om hvilke erfaringer du har fra din praksis i møte med pasienter.

Jeg håper du er villig til å la meg intervju deg. Jeg ser for meg **ett** intervju av ca 2 timers varighet. Ber med dette om tillatelse til å ta opp intervjuet på lydbånd. Intervjuet vil bli transkribert og du vil få mulighet til å lese gjennom og kommentere materialet etterpå hvis ønskelig. Viser til vedlagte intervjuguide for aktuelle tema i intervjuet.

Det finnes dvd filmer som viser hvordan du utfører psykomotorisk behandling i praksis. Jeg ønsker å benytte en av filmene (evt en behandlingssekvens) som datamateriale i masteroppgaven min, og håper du gir meg din tillatelse til det. Materialet vil bli skrevet ned og du får mulighet til å lese gjennom og kommentere hvis du ønsker.

Datamaterialet vil bli forsvarlig oppbevart i prosjektperioden og slettes senest den 01.04.2013.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte meg eller min veileder; Kari Kvigne.

Magnor 18.02.2012

Med vennlig hilsen

Trudi Henden

Psykomotorisk fysioterapeut

Student Høgskolen i Hedmark, avd for helse- og idrettsfag, Elverum

Telefon: 97964509

trudi.henden@gmail.com

Kari Kvigne

Dr.philos. Førstemanuensis

Avd. for folkehelsefag, Institutt for sykepleie og psykisk helse,

Høgskolen i Hedmark

Telefon: 62430231/92867181

kari.kvigne@hihm.no

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring



Høgskolen i Hedmark

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

Fysiot. spes i psyk/psyk fysiot. Gudrun Foreberg 23/4.12
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Fysiot. Trudi Henden 23/4-12
(Signert, rolle i studien, dato)

Høgskolen i Hedmark, avd for helse- og idrettsfag, Elverum.

Som masterstudent forplikter jeg meg til å følge retningslinjer fra NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste). Innsamlet data vil bli oppbevart til prosjektperioden er over og slettes etterpå, senest den 1. april 2013. Som informant har du mulighet til å trekke deg når som helst.

Sted	Dato	Navn
Oslø	23/4-12	Trudi Henden



INTERVJUGUIDE:

- 1) **Kan du fortelle litt om ditt syn på psykomotorisk fysioterapi- som praksis og fag.**
Hva bygger det på?
Menneskesyn?
- 2) **Håndverket i fysioterapi. Kan du fortelle meg hva du legger i det, hvordan du benytter det og hvorfor du mener det er så viktig?**
Hva du legger i det.
Hvordan du benytter det.
Hvorfor du mener det er så viktig.
- 3) **Hvilken betydning mener du hendene har?**
I behandlingen.
Ved undersøkelse.
Grep.
Påvirke forskjellig. ANS.
Kontakt/ uttrykk.
- 4) **Hvilke pasienter mener du har nytte av psykomotorisk fysioterapi?**
Diagnoser.
Hva tenker du om de som har psykosomatiske lidelser?
Typer.
Smerte.
Hva har de nytte av og hvorfor?
- 5) **Kan du beskrive hva du vektlegger i møte med pasienter?**
Kontakten terapeut og pasient.
- 6) **Hva mener du er dagens utfordringer i faget psykomotorisk fysioterapi?**
Mester- svenn.
Teori og praksis.
Hva har det å si mener du?

Trudi Henden
Psykomotorisk fysioterapeut.