



**Høgskolen
i Innlandet**

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap

Inger- Berit Haugen

Masteroppgave

Via foten inn i kroppen- En kvalitativ studie av psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med foten

Through the foot into the body-
A qualitative study of psychomotor
physiotherapists experiences with the foot

Master i psykisk helsearbeid

4PM791

2023

Antall ord: 17751

Forord

En lang og krevende prosess er i slutfasen. Videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi vekket nysgjerrigheten min for masterutdanning. Jeg fikk innpass på master i psykisk helsearbeid og er glad for denne utfordringen. Den har gitt meg et større perspektiv på eget fagområde og gitt dypere forståelse og innsikt i hva psykisk helsearbeid innebærer.

Jeg vil først og fremst takke deltagerne mine som stilte opp og gjorde det mulig å gjennomføre dette studiet. Så vil jeg takke min kunnskapsrike og tålmodige veileder Børge Baklien. Takk til biblioteket på HINN som har vært behjelpelig med å sende litteratur og hjulpet meg over nett.

Takk til Norsk fysioterapeutforbund for økonomisk støtte gjennom fondet. Takk til fantastiske kollegaer som utrettelig har hørt på, lest, diskutert og kommet med kritiske refleksjoner. Takk til venner som har stilt opp, lest korrektur, og trådt til når det var nødvendig. Det har vært uvurderlig.

Takk til mine flotte studievenner, og for alle de fine stundene fremfor leirbålet. Det er minner jeg tar med for alltid. Å være sammen om noe som har opplevdes så viktig, setter spor etter seg.

Takk til familie for god støtte og vennlige ord underveis. Det har vært mye viktigere enn noen tror. Det blir fint å ta opp tråden igjen, under normale betingelser.

Så vil jeg trekke frem min kjære ektemann Fredrik, som ubetinget har støttet meg i hele prosessen. Du har vært raus, vennlig, sterk, og imøtekommende når jeg har trengt deg mest.

Til slutt vil jeg takke mine flotte tålmodige barn som og har bidratt fra hver sin kant. Det har vært fint.

Takk!

Inger- Berit Haugen

Askvoll, 01.05. 23

Sammendrag

Bakgrunn:

I psykomotorisk fysioterapi er det et prinsipp som vektlegger å bygge kroppen nedenfra. Et godt fundament kan gi rom for frie bevegelser og fri pust. Egenerfaring har gjort meg nysgjerrig på fotens rolle i kroppen. Det finnes lite eksplisitt forskning på akkurat dette temaet, noe jeg med min forskning forsøker å bidra med inn til Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF).

Hensikt og problemstilling:

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan psykomotoriske fysioterapeuter erfarer foten, i psykomotorisk behandling av pasienter med langvarige helse utfordringer. Dermed lyder problemstillingen: *På hvilken måte erfarer psykomotoriske fysioterapeuter at de ser, møter og forstår pasientene via foten?*

Metode:

Kvalitativ design er valgt i denne oppgaven og systematisk tekstkondensering (STC) utviklet av Malterud er valgt som analyse metode. Den er basert på pragmatisk filosofi og tilnærming. Det er gjennomført fem semistrukturerte dybdeintervju.

Resultat:

Det var tre tydelige hovedfunn i resultatet av forskningen min: Gjennom den fysiske foten kan vi komme inn til det følelsesmessige ved mennesket. Kontakt med føttene kan roe tankekaoset. Retningen i livet kan komme fra føttene.

Konklusjon:

Føttene kan avsløre kroppslig belastning og være en viktig inngang til menneskers følelsesliv. Føttene kan være startstedet for en terapeutisk allianse. Sansemessige erfaringer fra føttene kan være starten på en samtale som kan lede til positive endringer for pasienter med langvarige helseutfordringer. Noen ganger kan man ikke begynne behandlingen i føttene, det er en motsetning til det postulatet i NPMF hevder om å bygge kroppen nedenfra. Da er belastningene for store og føttene er ikke tilgjengelig for pasienten.

Abstract

Background:

In Norwegian psychomotor physiotherapy a central principle is building the body from the bottom up. A well-built foundation gives opportunity for movement and breathing. Experiences from my own practice made me curious about what role the feet play as a foundation for the rest of the body. There is very limited information on this idea explicitly, therefore the intent of the study is to contribute towards increasing knowledge in this research area.

Purpose and question:

The purpose of this paper is to figure out how psychomotor physiotherapists experience the influence of the foot, especially in long term treatment of health problems. The thesis-question to be addressed: *In what way do psychomotor physiotherapists experience that they see, meet, and understand the patient through the foot?*

Method:

This Master is of qualitative design and uses systematically text condensation (STC) composed by the Malterud method, based on pragmatic philosophy and approach. Five semi-structured depth interviews were conducted.

Results:

Three main results were identified: Through the foot we can reach the emotional element of individuals. Contact through the foot can ease the thought chaos. Guidance/direction in life can come via the feet.

Conclusion:

The feet can uncover bodily load and will be an important gate to the emotional life of an individual. The feet can be the starting point for the formation of a therapeutic alliance. A sensory experience from the feet can lead to the initiation of conversation this bringing about positive changes for long term health problems. On some occasions, treatment cannot start in the feet, even though this is a significant principle of NPMF. This is because the load is too large, and the feet are inaccessible for the patient.

Forkortelser

NPMF: Norsk psykomotorisk fysioterapi

ROK: Ressursorientert kropps undersøkelse

STC: Systematiske tekst kondensering, analyse metode, engelsk forkortelse.

NSD: Norsk senter for forskingsdata

LEKF: Lokal etisk komite for forskning

HINN: Høyskolen i Innlandet

Innhold

1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Tema.....	1
1.2 Bakgrunn.....	1
1.3 Avgrensninger ved denne oppgaven	3
1.4 Litteratursøk og gjennomgang av litteratur	3
1.5 Forforståelse	5
1.6 Hensikt og problemstilling	5
1.7 Begrepsavklaringer.....	6
1.7.1 Psykisk helse	6
1.7.2 Psykisk helsearbeid	6
1.7.3 Psykomotorisk fysioterapi	7
1.7.4 Kroppen	7
1.7.5 Foten.....	8
1.8 Plassering av NPMF i psykisk helsearbeid	8
1.9 Kroppsfenomenologi som vitenskapelig ståsted	9
2.0 Masteroppgavens disposisjon.....	9
2.0 Teoretisk ramme.....	10
2.1 Stress	10
2.2 Terapeutisk allianse.....	11
2.3 Psykoedukasjon.....	11
2.4 Empati	13
3.0 Metode.....	13
3.1 Metodedesign	14
3.2 Hermeneutikk	14
3.3 Metode.....	15
3.4 Utvalg og rekruttering	15
3.5 Datainnsamling.....	16
3.5.1 Gjennomføring	17
3.5.2 Innblikk i intervjuene	17
3.6 Transkribering	19
3.7 Etikk	19
3.7.1 Personvern.....	20
3.7.2 Datalagring	21
3.8 Analyse.....	21

4.0 Resultater.....	25
4.1 Gjennom den fysiske foten kan vi komme inn til det følelsesmessige ved mennesket.....	25
4.2 Kontakt med føttene kan roe tankekaoset.....	27
4.3 Retningen i livet kan komme fra føttene	30
5.0 Diskusjon.....	32
5.1 Diskusjon av resultater	33
5.1.1 Stress kan gi kroppslige uttrykk som kommer til syne i foten.....	33
5.1.2 Gjennom foten kan terapeutisk allianse og annerkjennelse skapes	36
5.1.3 Trygghet og forståelse gjennom psykoedukasjon	37
5.1.4 Overlasten og bein som ikke bærer i møte med empati	39
5.2 Metodediskusjon	41
5.2.1 Forskerrollen og refleksivitet	41
5.2.2 Validitet.....	42
5.2.3 Implikasjon for praksis og relevans.....	44
6.0 Konklusjon	45
Referanseliste	46

Tabell 1

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Datalagringsplan

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Vedlegg 4: Informert samtykke

Vedlegg 5: Vurdering NSD

1.0 Introduksjon

1.1 Tema

Å miste fotfeste er som å falle. Kroppen aktiveres. Det er nok en erfaring mange kan kjenne seg igjen i. Kroppslig aktivering kan muligens endre opplevelsen av kontakten med underlaget. Foten som møter underlaget og bærer kroppen er noe denne oppgaven forsøker å kaste lys over. I norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er hele mennesket i senter for behandling, det gjelder både kropp og sjel. For å komme inn til det hele mennesket er kroppen utgangspunktet (Thornquist, 2005, p. 30; Thornquist & Bunkan, 1986, p. 16). Min opplevelse er at foten kan være denne inngangen til hele mennesket. Den er både følsom og sterk samtidig, og kan slik sett være et gunstig sted å starte behandlingen på, noe som også er i tråd med det psykomotoriske prinsippet om å bygge kroppen nedenfra (Thornquist & Bunkan, 1986, pp. 96-97)

1.2 Bakgrunn

I egenbehandling ble jeg oppmerksom på fotens viktige betydning i min kropp. Det å stå godt på føttene, kjenne spenninger slippe taket og at pusten kunne flyte fritt, var en sterk fornemmelse i egen kropp. Det la grunnlaget for min nysgjerrighet, og ble utgangspunktet til denne oppgaven.

I NPMF er et prinsipp at all behandling starter med føttene. Fundamentet og forankring er sentralt for at bevegelsene og pusten kan bli fri (Thornquist & Bunkan, 1986, p. 96). I møte med egne pasienter opplever jeg ofte at de har lite kontakt med føttene sine og at beina ikke bærer dem godt nok på grunn av langvarige helseutfordringer. Pasientene jeg treffer i behandlingsrommet kjennetegnes ofte ved en tydelig overfladisk og anstrengt pust, der pustestøttende muskulatur er aktivert. Kroppen kan virke oppheist og anspent, eller sammensunken og tung (Bunkan, 2014, pp. 79-80; Thornquist, 2006, p. 31). Noen ganger synes dette tydelig, andre ganger bare så vidt. Jeg opplever ofte at «tyngdepunktet i kroppen sitter høyt», som en kjegle satt på hodet. Sett fra et biomedisinsk perspektiv er ikke menneskekroppen laget for vertikal balanse, grunnet vårt høye tyngdepunkt og lille understøttelsesflate (Brodal, 2004, p. 25). Det har gjort meg veldig nysgjerrig på foten, som er i kontakt med underlaget og holder oss oppreist.

I behandling oppmuntrer jeg ofte pasientene mine til å opprette tettere kontakt med føttene og kroppen. Ved hjelp av ulike underlag, knotteball og stokk stimuleres foten. Undringen over hva pasientene kjenner kan starte. Oppmerksomheten rettes mot en selv og pasienten kan øke bevisstheten om egen person (Bunkan, 2014, p. 23). Å være syk og ha sykdom kan derfor oppfattes som en ubalanse og danne utgangspunktet for psykisk uhelse. Svenaeus benevner dette som «unhomelike being-in-the-world», og vektlegger at den syke kroppen får andre og fremmede egenskaper (Svenaeus, 2011, p. 337).

Ved å starte behandlingen i føttene, i utgangspunktet et «ufarlig» sted på kroppen, kan sanselige fornemmelser bli tema for motiverende samtaler og andre intervensjoner uten å være for provoserende. Slik sett har denne oppgaven som formål å styrke kunnskapen vi allerede har og muligens stille flere spørsmål omkring foten og føtter i NPMF.

Foten kan gi verdifull informasjon som kan utvide bevisstheten om hva kroppen er bærer av (Møyner, 2009, pp. 147-159). Det er lett å trå feil når man som terapeut ikke kjenner historikken til pasienten. Mange i vår pasientgruppe er vant å holde ut ubehag. Påkjenninger kan være språkløse og kommer til uttrykk gjennom kroppsspråket (Anstorp & Benum, 2014, p. 88). Felles for dem er at opplevelser og hendelser i livet kan ha gitt dem livserfaringer som gjør at «hands on» tilnærming kan virke skummel og truende (Sviland et al., 2012, p. 813). Pasienter som ikke kjenner egne grenser, kan være grenseløse. Gretland (2007, p. 47) skriver at når forskjeller og grenser trækkes på, blir det vanskelig å bygge opp en trygg identitet og finne ut av hvem man selv er. Dermed kan man i terapeutrollen lett «gå over» pasientenes grenser. Ved å ivareta pasientens grenser kan alliansen styrkes og den relasjonelle kontakten trygges (Gretland, 2007, p. 183). Mange av pasientene som henvender seg til oss har kroppslige utfordringer av en slik karakter at berøring og nærvær ikke aksepteres. Kroppen er sentral i psykomotorisk fysioterapi og «utgangspunktet for den terapeutiske samtalen i fysioterapi er alltid kroppen og kroppslige forhold» noe som vektlegges i behandling (Gretland, 2007, pp. 47, 183).

Ofte hører jeg pasienten si, «jeg tenker at jeg kjenner». At pasienten tenker at de kjenner er i seg selv interessant, og vitner kanskje om at det persiperende mennesket med alle sine sanser er avskrudd til fordel for det tenkende mennesket. Måten vi sanser virkeligheten på uttrykkes i språket. Vi kan si «vi tenker gjennom språket» (Thornquist, 2018, p. 43).

Det tenkende og det sansende mennesket, eller kropp-sjel dualismen, har sitt opphav i den kartesianske filosofien, og er inkorporert i språket vårt. Todelingen fører til oppsplitting

mellom kroppen som objekt og kroppen som subjekt. Biomedisinsk sett er kroppen ansett som et objekt, ren fysikk som passer i Descartes filosofi. Mangelen på dualisme i menneskesynet kan virke reduserende på mennesket (Thornquist, 2018, pp. 40, 141). Tradisjonell fysioterapi hviler i den biomedisinske, positivistiske vitenskapen. Denne grunnforståelsen ligger til grunn i NPMF. Den helhetlige forståelsen av mennesket legger seg oppå denne grunnforståelsen og til sammen skaper det et styrket og unikt verktøy når det gjelder å se og forstå hele mennesket i menneskekroppen. Det bygger bro mellom den biomedisinske tradisjonen og NPMF som en del av psykisk helsearbeid (Rake & Ahlsen, 2022, p. 37). I denne oppgaven skal vi videre følge NPMF og holde et helhetlige blikk på mennesket.

1.3 Avgrensninger ved denne oppgaven

Det finns flere andre kropporienterte tilnæringer. Basal kroppskjennskap (BK) er et eksempel på en slik metode (Skatteboe, 2000, p. 10). Dette blir ikke belyst nærmere da fokuset i denne oppgaven er NPMF. Traume blir nevnt i oppgaven ved flere anledninger. Det blir ikke utdypet inngående grunnet oppgavens omfang. Informantene blir i denne oppgaven benevnt som deltagere.

1.4 Litteratursøk og gjennomgang av litteratur

Ved overfladisk søk får jeg veldig mange treff ved søk på fot. Ved å koble søket til psykisk helse reduseres treffene noe. Ved strategisk søk fikk jeg hjelp av bibliotekar og brukte PICO skjema med problemstillingen som utgangspunkt. Jeg søkte på norsk og deretter på engelsk, med ulike kombinasjoner og ved bruk av trunkering. Søkeordene er psykomotorisk fysioterapi, fot, norsk psykomotorisk behandling, sammensatte lidelser, langvarige smerter og stress ble benyttet i søkemotorene Oria, Google Scholar, SportDiscus og Cinahl etter anbefaling. Ordet psykomotorisk fysioterapi alene ga flere treff i Oria. Jeg har brukt fire av disse artiklene i min oppgave.

Artikkelen «Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling- En kaustikk fra Psykomotorisk fysioterapi», gir innsikt i kroppen der livshistorien har satt dype spor. Den vektlegger et narrativt blikk på hvordan PMF påvirker kroppen og hvordan økt kroppslig innsikt kan være utgangspunktet for samtale. Thornquist (2005). «Hvis ikke kropp og psyke- hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse», er et vitenskapelig essay skrevet av Sviland, Martinsen og Råheim (2007). Den vektlegger hvordan holdningen endrer

seg i kroppen ved sykdom og økt belastning, og ser på kompleksiteten mellom holdning og bevegelse. Når disse ikke er forent oppstår konflikt i individet som kan gi sykdom (Sviland et al., 2007). «Psykomotorisk fysioterapi, prinsipper og retningslinjer.» Er en kronikk skrevet av Bunkan (2001). Den beskriver utviklingen av NPMF, hva metoden går ut på og hvilke retningslinjer som ligger til grunn for behandlingen. Knutsen (2022) har i en masteroppgave gjennomført en case studie. Den viser til en psykomotorisk behandlings prosess med en pasient der det vektlegges godt fotfeste og god forankring i tråd med NPMF. Noe som motsetningsvis resulterer i økt fysisk og mental aktivering grunnet traumehistorikk. Gjennom tverrfaglig samarbeid får pasienten større innsikt i egen traumehistorie, og dermed fremmet helsegevinst.

Det er bred enighet om at man bygger kroppen nedenfra for å få kunne bevege seg fritt. Det skaper et trygt fundament kroppen kan hvile i, noe som også kommer frem i «Basisbog i fysioterapi» i kapittelet, «Fysioterapi til mennesker med psykomotoriske problemer» (Lund, 2016, p. 556). Brodal skiver om hvordan «menneskekroppen er dårlig tilpasset vertikal balanse» og legger vekt på det høye tyngdepunktet på en liten understøttelsesflate. Her vektlegges posturalkontoll og balanse i et positivistisk perspektiv. Videre sier han at det er påfallende at nettverkene for kroppsbilde og balanse til dels sammenfaller med nettverk for smerte, motivasjon og affekt (Brodal, 2004). Dette er av interesse for psykomotorisk fysioterapi og noe Fadnes og Leira har skrevet flere bøker om, «Balanserkoden» (2006) og «Læringsnøkkelen» (2010). Den siste boken, «Læringsorientert fysioterapi» (2013), er skrevet sammen med Brodal. Den er rettet mot muskel-skjelett plager og psykiske lidelser hos pasienter, og tar for seg hele kroppen. En kropp som har et forstyrret kroppsbilde vil også ha utfordringer med dagligdagse oppgaver, som igjen kan lede til psykiske helseutfordringer (Fadnes et al., 2013, p. 13).

Ekerholt har skrevet boken, «Fotfeste», utgitt i 1995. Hun beskriver et behandlingsforløp med pasienten Mia Falck. Kroppsfenomenologien vektlegges, og man ser på hele mennesket som en funksjonell enhet og bærer av en historie som i dette tilfellet har satt dype spor i kroppen. Hun skriver om «å la beina gjøre jobben, bære kroppen til fordel for økte spenninger i ryggen», (Ekerholt, 1995, p. 111). Det er gjort og det gjøres forskning i NPMF. Sviland disputerte i (2014) med sin doktorgrad som belyser kroppslig omstilling med vekt på holdning, muskulatur og pust gjennom Braatøys tenkning. Dragesund og Øien (2022) har sett på 93 psykomotoriske artikler. I denne artikkelen kommer det frem at det er noen kunnskapshull og at det mangler kunnskap i fagfeltet, men at det har økt de siste 20 årene

(Dragesund & Øien, 2022). Det er gjort mange kvalitative studier som omhandler ressursorientert kroppundersøkelse (ROK) der behandlingsperspektivet av både terapeut og pasient er belyst. Det kan se ut som det er lite spesifikk litteratur på min problemstilling som omhandler fot og føtter i fagfeltet, dermed kan min studie være et bidrag til å tette kunnskapshullet vi har i NPMF.

1.5 Forforståelse

Som fysioterapeut utdannet i 1999 har jeg lang erfaring i og forståelse om hvordan kroppen fungerer fra et biomedisinsk positivistisk perspektiv. Utdanningen som kognitiv terapeut har gitt meg innsikt i samtalens viktige funksjon. Psykomotorisk fysioterapi trekker en større forståelsesmodell og har gitt meg en enda dypere forståelse av mennesker som lever med ulike helseplager. Kombinasjonen av at mennesker både er subjekt og objekt samtidig gir en helhetlig forståelse som jeg opplever meningsfull i møte med pasientene. Under masterutdanningen fikk jeg plass på et kurs i neuroaffektiv tilnærming. Det ga meg en dypere innsikt i hva et traume kan forårsake av plager hos et menneske. Kurset vektla hvor viktig møteøyeblikket er for normal utvikling i samspill med den viktig andre trygge personen. Det styrket nysgjerrigheten min på problemstillingen i denne oppgaven. Foten neglisjeres ofte. Den er langt borte fra hodet og kan av den grunn muligens oppfattes som en mindre viktig kroppsdel, noe jeg opplever i møte med pasientene. Noen pasienter opplever det rart å kjenne etter med føttene, og noen blir mer urolig av det. De fleste overraskes over hvor mye informasjon de kan få ved å skru oppmerksomheten på det de kjenner under fotsålene og i føttene. Mange ser forundret ut, og opplever det spennende. Personlig er jeg et menneske som bruker føttene mine på tur i skog og mark og på fjellet med hundene våre. Jakt og friluftsliv ligger meg nært, noe jeg alltid har vært opptatt av. Jeg verdsetter fysisk aktivitet som innlemmer bruk av hele kroppen. Som et hvert menneske er jeg farget av livets opp og nedturer. Det vil alltid bevisst og ubevisst prege mitt perspektiv på omgivelsene i møte med andre mennesker på jobb og i privat sammenheng.

1.6 Hensikt og problemstilling

I denne oppgaven vektlegger jeg erfaringsbasert kunnskap som sammen med forskningsbasert kunnskap og brukermedvirkning utgjør kunnskapsbasert praksis. (Bøe & Thomassen, 2017, pp. 93-97). Denne oppgaven tilfører erfaringsbasert kunnskap fra NPMF til

kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsearbeid. Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har med foten i psykomotorisk behandling. På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

På hvilken måte erfarer psykomotoriske fysioterapeuter at de ser, møter og forstår pasientene via foten?

1.7 Begrepsavklaringer

For å løfte frem hva jeg vil forske på har jeg tatt med noen viktige begreper jeg mener hører hjemme i denne oppgaven.

1.7.1 Psykisk helse

Psykisk helse beskrives i Store medisinske leksikon av Andersen (2021) som: «En opplevelse av å ha det bra, med muligheter til å virkeliggjøre sine talenter, mestre vanlige belastninger i livet, finne glede i arbeid og aktivitet samt delta og bidra i samfunnet» (Andersen, 2021).

Psykisk helse i NPMF handler i stor grad om å ta i bruk iboende ressurser som finns i mennesket. Den ressursorienterte kroppsundersøkelse (ROK), bygger på forståelsen av at det er et spill mellom kropp og sjel, der man leter etter ressurser mennesket kan ta i bruk i undersøkelsen (Bunkan, 2014, p. 69).

1.7.2 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid dekker et mangfold av faggrupper som jobber for at mennesker kan få en bedre psykisk helse (Bøe & Thomassen, 2017, p. 24). NPMF inngår i dette mangfoldet der det jobbes ut fra et helhetlig syn på mennesket i forståelsesrammen av at, «kroppen er et biologisk og psykososialt fenomen, og derfor bærer av den enkeltes historie» (Thornquist, 2016, p. 10). Psykisk helsearbeid kan sees på som en paraply som dekker de ulike tilbudene som tilbys for å endre den psykisk helsen, og kan slik sett forstås som et supplement til psykoterapi og psykiatri (Bøe & Thomassen, 2017, pp. 24-25).

Definisjonen på psykisk helsearbeid er hentet fra Tidsskriftet for psykisk helse arbeid (2008, p. 102). Samme definisjon er å finne i boken til Bøe og Thomasen (2017, p. 25).

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (Andersen et al., 2008).

1.7.3 Psykomotorisk fysioterapi

«Psykomotorisk fysioterapi er en norsk behandlingstradisjon som retter seg mot bevisstgjøring og endring av spenningstilstandene i kroppen, og gir økt fortrolighet og kontakt med egen kropp» (Norsk fysioterapeutforbund, 2023). Den vektlegger samspillet mellom kropp, pust og følelser (Thornquist & Bunkan, 1986, p. 25). NPMF er en videreutdanning i fysioterapifaget der, «grunnlaget er den psykomotoriske metoden som ble utviklet gjennom et nært samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow Hansen» (Thornquist, 2006, p. 28). Faget baserer seg på «erkjennelsen av at kroppen er en funksjonell og samspillende enhet», der psyke og soma er representert på samme tid (Thornquist & Bunkan, 1986, p. 19). Psykomotorisk fysioterapi hviler i kroppsfilosofien, og begrepet å være i verden som kropp er et kjent begrep som stammer fra filosofen Merleau-Ponty (Thornquist, 2018, p. 138). Vi er både et subjekt og objekt samtidig (Thornquist, 2018, pp. 140-141). Det gir mening at sykdom som skaper endringer i kroppen også kan endre måten vi ser verden på (Råheim, 2003, p. 15).

1.7.4 Kroppen

Kroppen er ifølge Engelsrud (2015, p. 9) relasjonell og individuell samtidig, da den er avhengig av forholdet til den andre. Det er gjennom kroppene at livet leves. Den «kan verken reduseres til et fysisk objekt eller til en sosial konstruksjon». Vi er og har en kropp samtidig som påvirkes av hverandre og preges av samfunnet vi lever i. Kroppen kan uttrykke mer enn ord gjennom kroppsspråket (Engelsrud, 2015, p. 9). Merleau-Ponty regnes for å være kroppsfilosofiens far, og bruker ordene den «levde kroppen» når han sier at det er først og fremst som kropp vi lever og erfarer livet. I kroppene våre lever vi og uttrykker oss og er

tvetydige, de er «synlige og seende, berørt og berørende». Det innebærer ifølge Engelsrud (2015, p. 31) at «kroppene våre er rettet mot verden og rettes av verden».

1.7.5 Foten

Foten er en del av kroppen og et fintfølende organ, med mange ulike reseptorer som setter den i særstilling sammen med hendene og leppene. Disse tre kroppsdelene er sterkt representert i den sanselige og den motorisk delen hjernen (Brodal, 2017, pp. 195, 224). Holck (2022) beskriver i Store medisinske leksikon at foten er den nederste delen på kroppen og overfører vekt og kraft fra kroppen mot underlaget. Grovt sett består den av fotrygg, fotsåle og tær. Føttene og hendene våre er i prinsippet likt bygd, og har i utgangspunktet like egenskaper. Over tid har føttene sin funksjon vært å bære kroppen vår oppreist, vi er slik sett såle-gående. Den registrerer underlaget og sørger for tilpasset stabilitet, styrke og balanse til enhver tid når vi står, går og løper. Den består av 26 bein, 33 ledd og over 100 muskler, sener og leddbånd og deles inn i forfot, mellomfot og fotrot (Biel, 2017, pp. 346, 469; Holth, 2020). Foten festes til leggen og leggbeinene med sterke sener og muskler. Musklene i fot og legg sørger for allsidige bevegelser slik at vi kan forflytte oss. Foten har unike egenskaper når det kommer til å fordele belastningen den jevnlig utsettes for (Holck, 2022).

1.8 Plassering av NPMF i psykisk helsearbeid

Hovedsakelig handler denne oppgaven om NPMF som en del av psykisk helsearbeid. Fagutøvelsen plasserer seg slik sett under «paraplyen», jamført med andre faginstanser som forsøker å ivareta mennesket ut fra en større forståelsesmodell (Bøe & Thomassen, 2017, p. 25; Ottensen & Mengshoel, 2016, p. 30; Rake & Ahlsen, 2022, p. 40). NPMF forsøker å skape forbindelse mellom kropp og psyke, og støtter opp om at kroppen både er sansende og erfarende og samtidig bærer av en historie. Dette kommer til uttrykk i muskulatur, bevegelser og pust. Særegenheten med faget er det solide positivistiske kunnskapsnivået som ligger i bunnen, med et utvidet menneskesyn som legger seg oppå. Det gir et styrket og unikt blikk på mennesket og kommer psykisk helsearbeid til gode da kroppslige symptom kan vurderes faglig opp mot belastninger fra det levde livet (Ottensen & Mengshoel, 2016, p. 30; Rake & Ahlsen, 2022, p. 40).

1.9 Kroppsfenomenologi som vitenskapelig ståsted

I fenomenologien er man opptatt av menneskets subjektive erfaringer og bevissthet (Malterud, 2018, p. 28). I NPMF refereres det ofte til Merleau-Ponty sin kroppsfilosofi. Ifølge han er kroppen som jeg har nevnt «synlig og seende, berørt og berørende.» Merleau-Ponty (1994, p.35) kaller dette dobbelsansninger når han snakker om hånden som berører den andre hånden og da samtidig er den berørende hånd (Merleau-Ponty, 1994, p. 35). Kroppen er alltid i en intensjon og «rettes mot verden og rettes av verden» (Engelsrud, 2006, p. 31). Den forstår og er også utgangspunktet for forståelsen av konteksten den er plassert i. Thornquist skriver at det er selve grunntrekket ved å være menneske, man er en kropp og man har en kropp (Thornquist, 2018, p. 141). Kroppen kan dermed ikke reduseres til enten noe fysisk eller psykisk. Den er begge deler samtidig (Engelsrud, 2006, pp. 31, 34). Det innebærer at vi som kropp kan reflektere over det den gjør. Etterhvert kan disse forholdene mellom refleksjoner og handling lede til en bevegelse og skape en persepsjon som oppleves magisk (Merleau-Ponty, 1994, pp. 35, 37). Oppmerksomheten rettes mot individet og dets livsverden (Malterud, 2018, pp. 28-29).

Menneskene lever i en felles verden, hver og en på sin måte. De levde erfaringene skapes i kommunikasjon med andre (Engelsrud, 2006, p. 33). Vi er avhengige av hverandre for å sanse og oppleve verden vi befinner oss i og lever i. Denne oppgaven har et perspektiv fra NPMF som deler denne forståelsen.

Psykomotorisk fysioterapi støtter seg i det humanistiske vitenskapssynet, og baserer seg på kroppen som en deltagende og aktiv enhet der psyke og soma er representert på samme tid (Thornquist & Bunkan, 1986, p. 138). NPMF hviler i kroppsfenomenologien og essensielt i denne behandlingen er sammenhengen mellom pust, følelser og muskulatur. I tillegg er en anerkjennende holdning til livshistorien sentralt. Slik sett bygges en bro mellom kropp og psyke og gir en grunnlagsforståelse av at kroppen er et reservoar for sansemessige erfaringer som også består av biologi og mekanikk (Ottensen & Mengshoel, 2016, pp. 31-32; Ottesen & Thornquist, 2015, p. 133).

2.0 Masteroppgavens disposisjon

Oppgaven deles inn i seks hovedkapitler. Det neste kapittelet handler om det teoretiske perspektivet brukt for å belyse hovedfunnene i denne oppgaven. Kapittel tre beskriver metoden. Fjerde kapittel presenterer resultatene. Femte kapittel drøfter og diskuterer

resultatene og metoden. Sjette kapitlet favner konklusjonen. Deretter presenteres referanselisten og til slutt vedleggene tilhørende oppgaven.

2.0 Teoretisk ramme

I dette kapitlet vil jeg presentere teori jeg har brukt for å diskutere og drøfte funnene fra analysen. Teori er brillene man har på for å skjerpe blikket for klarere se hva det empiriske datamaterialet forteller og forstå det i en større sammenheng (Malterud, 2018, p. 47). Som jeg vil komme tilbake til i drøftingen gikk mine funn i retning av stress, terapeutisk anerkjennelse, psykoedukasjon og empati. Disse temaene vil derfor utdypes under. Kroppsfenomenologi er gjort rede for i innledningen og er oppgavens overordnede teoretiske ramme.

2.1 Stress

Stress er aktivering av «kamp og flukt systemet» i kroppen ved opplevd fare. Hele kroppen settes i full beredskap (Nordanger & Braarud, 2017, p. 60; Skårderud et al., 2018, p. 113; Skårderud & Sommerfeldt, 2008, p. 1067). Over lang tid kan stress lede til fysisk og psykisk sykdom (Sviland et al., 2007, p. 23). Stress deles inn i tre kategorier. Kortvarig stress, stress med varighet over en viss tid og langvarig stress. Kortvarig stress som ved eksamen kan gi økt årvåkenhet og styrke til å holde ut. Ved langvarig stress som ikke går over, kan kroppen påvirkes negativt og på sikt kan det skape helseproblemer og sykdom (Skårderud et al., 2018, pp. 113-114).

Stress uttrykkes i kroppen og NPMF betraktes mennesket ut fra en helhetlig forståelsesmodell, som vekter mennesket som biologi og psykologi, påvirket av sosiale faktorer. Vi er både kropp og sjel samtidig, som lever og samspiller med omgivelsene. Alt vi opplever og utsettes for nedfelles i kroppene våre, og kommer til uttrykk der (Merleau-Ponty, 2004, p. 35). Vi opplever og sanser, det aktiverer våre følelser som uttrykkes i kroppen. Pusten er et barometer som tydelig påvirkes av den kroppslige aktiveringen. Vi kan få en begrenset pust, grunnet muskulære spenninger som påvirker kroppsholdningen vår (Sviland et al., 2012, p. 818; Thornquist & Bunkan, 1986, pp. 12-15).

Kirkengen med flere (Kirkengen, 2017, pp. 56-57; Kirkengen & Ulvestad, 2007, pp. 3228-3229; McEwen, 1998, pp. 171,172; Perry et al., 2011, pp. 11, 81) løfter frem at stress kan gi kroppslige reaksjoner som merker hver celle i kroppen. Allostase er et begrep på dette.

Kirkengen og Næss (2005, s. 208, 216) hevder at krenkelseserfaringer aktiverer alarmresponsen i kroppen noe som kan komme til uttrykk i fysiske plager. Stress responsen er individuell og ulike personer kan oppleve belastninger på forskjellige måter, og noen ganger kan det gi alvorlig sykdom. (Thornquist & Kirkengen, 2020, pp. 119-120). Dette viser at psykiske lidelser også handler om biologi (Skårderud et al., 2018, p. 97).

2.2 Terapeutisk allianse

Terapeutisk allianse handler i første omgang om å nærme seg og møte det andre mennesket (Nordanger & Braarud, 2017, p. 13). Dette vektlegges i NPMF, og handler om å skape et trygt klima for behandling basert på gjenkjennbar terapi, noe som er avgjørende for god behandling (Bunkan, 2001, p. 2846). Schibbye (2012, p. 73) beskriver at det handler om å «stemme seg inn» og bygge broer mellom menneskers indre verdener. Når terapeuten toner seg inn på pasientens emosjonelle uttrykk og besvarer det, skapes et øyeblikk av felles forståelse. Begge parter er deltakende i den intersubjektive prosessen og bidrar til å styrke alliansen. Det kan forstås som en subjekt-subjekt-holdning og er i tråd med en dialektisk og fenomenologisk forståelse (Schibbye, 2012, p. 73).

Terapeutisk allianse styrker fellesskapsfølelsen ved at terapeut og pasient er enige om felles målsetning. I stor grad handler dette om en avgrensning der terapeuten fremstår som et særegent subjekt med egen bevissthet, tydelige grenser og holdninger. Pasienten som utfordrer seg i denne rammen kan bli i stand til å finne tilbake eller styrke sitt eget ståsted og perspektiv (Schibbye, 2012, pp. 253-255). Dette springer ut fra en grunntanke om at forsvaret dempes i kroppen hvis vi blir møtt på en meningsfull måte av den andre, som gjør pasienten i stand til å ta del i eget liv og utfolde seg (Gretland, 2007, p. 206).

2.3 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er kunnskapen om sykdom, hvordan den inntreffer og forløper. Kunnskapen kan gjøre det lettere å forholde seg til plagene, godta dem og forholde seg til dem på en hensiktsmessig måte (Skårderud et al., 2018, pp. 182-183). Informasjonen gis både til pasient og pårørende ved behov. Dette gjelder hvordan behandlingen forløper, gjenkjennelige signal på tilbakevendende symptomer og hvordan unngå det som trigger symptom (Skårderud et al., 2018, p. 376). Det handler om å normalisere det pasienten opplever og gi tilbakemeldinger forankret i fakta innenfor pasientenes gitte forståelsesramme. Psykoedukasjon er blant annet

mye brukt i kognitiv terapi (Fors & Lunde, 2015, p. 341). Det handler i stor grad om å lære å forstå seg selv og egen situasjon. Det kan gjøre det enklere å tilrettelegge for bedring hos pasienter som sliter med psykisk og fysisk sykdom. Ansvarliggjøring og mestringsperspektivet vektlegges innenfor adekvate rammer, og målet er at pasienten skal ta i bruk egen ressurs i forsøket på å påvirke sin egen bedringsprosess (Skårderud et al., 2018, pp. 183-184). Dette avhenger i stor grad av alliansen og tryggheten som oppleves i relasjonen til den andre, som i seg selv kan være helenende på tross av metode (Nordanger & Braarud, 2017, pp. 170-173, 185).

Sykdom som skaper endringer i kroppen, endrer ofte hvordan man ser på seg selv og verden. Derfor er felles forståelse så viktig. NPMF har mulighet til kroppslig tilnærming og kan via kroppens sanser og uttrykk skape rom for undring. Samtale, forståelse, sansing og utforskning av følelser som lagres i kroppen og uttrykkes der kan utforskes sammen med en trygg terapeut (Råheim, 2003, p. 15; Sviland et al., 2007, p. 27). Det forstås ofte gjennom begrepet mentalisering.

Å mentalisere er å reflektere over seg selv, egne følelser og tanker med en forståelse av at det også finns andre løsninger på samme sak. Selvet er ansvarlig for egne tanker, følelser og handlinger og i samhandling kan refleksjoner som løftes frem balanseres i samspill med en terapeut. Reorganisering av intervensjoner og samhandling kan virke styrkende i subjekt-subjekt relasjonen (Fonagy & Bateman, 2006, pp. 2-3; Holbæk, 2014, pp. 138-139).

Forståelse kan skape trygghet. Trygghet springer ut fra samhandling med trygge voksne som barn. Det handler om grunnleggende behov for beskyttelse og omsorg, som fører til normal og refleksiv utvikling av selvet (Holbæk, 2014, pp. 138-139; Schibbye, 2012, pp. 102-103).

Støtte fra en trygg terapeut kan ha samme verdi. Det handler om brobygging mellom bevissthetene til terapeut og pasient og mellom kropp og sjel innad i pasienten. Dette defineres i relasjon og sammen med den andre kan tryggheten oppleves (Schibbye, 2012, p. 161). Det trekker inn Kierkegaard og det han sier om kunsten å hjelpe: «For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han - men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere- Forstaaen han slet ikke» (Kierkegaard et al., 1964, p. 97). Utrygghet derimot kan ha røtter i utrygg tilknytning. Sensivering for stress skaper sykdom både fysisk og psykisk og kan vanskeliggjøre relasjoner til andre mennesker (Kirkengen, 2017, p. 20; Kirkengen & Næss, 2005, p. 216).

2.4 Empati

Empati er ifølge Skårderud med flere (2018, pp. 95-96, 112) menneskets evne til innlevelse og forståelse av den andre. Ved å nærme seg det andre mennesket empatisk, regulerer man seg følelsesmessig inn på den andre. Det kalles affektregulering og nevnes så vidt i diskusjonsdelen (p. 112). Barn lærer empati av omsorgsfulle og imøtekommende voksne som ikke straffer når feil begås. Det utvikles over lang tid og hører til den bevisste delen av hjernen (p. 112). Det styrker mentaliserings evnen. Det handler om å regulere reaksjonsmønsteret fornuftig selv om følelsene er sterke. På den måten utvikles en reflekterende holdning som går på å være seg selv bevisst i møte med den andre (Gretland, 2007, p. 46; Skårderud et al., 2018, pp. 95-96, 112; Skårderud & Sommerfeldt, 2008, p. 1068).

Å være seg selv skaper trygghet, og gjenspeiler at trygge rammer gir trygge kropp. Det er en helsegevinst forenelig med kroppsfenomenologi og det Merleau-Ponty beskriver om mennesket som sanser ut fra eget perspektiv (Merleau-Ponty, 1994, p. 1). I NPMF handler dette om den empatiske terapeuten, som gjennom sin kliniske erfaring og menneskelige evner, tuner seg inn og kommer på bølgelengde med pasienten. Gjennom veiledning i et trygt felleskap kan god helsegevinst oppnås (Gretland, 2007, p. 210; Thornquist, 2005, p. 42).

Maté (2019, pp. 20-25) trekker frem betydningen av å se hele mennesket, og bruker begrepet sinnskroppen. Det er forenelig med NPMF og kropps fenomenologien, der hele mennesket må tas i betraktning i behandling. Å bli møtt empatisk utvikler menneskets autonomi, i motsetning til å være redusert til et objekt som handler om tingliggjøring av et menneske, også kalt reifisering (Schibbye, 2012, pp. 25-27, 31, 35, 38).

3.0 Metode

I dette kapitlet vektlegger jeg valg av metodedesign, hermeneutikk, metode, utvalg, innsamling av data, transkribering, etiske overveielser og analysen av det empiriske datamaterialet. Jeg beskriver hvordan jeg har gått frem i forskningsprosessen og hva hensikten med forskningen er.

3.1 Metodedesign

I denne kvalitative oppgaven forsøker jeg å frembringe erfaringer fra erfarne psykomotoriske fysioterapeuter for å få en større innsikt i hvordan foten kan virke inn på psykisk helse i psykomotorisk fysioterapi. Problemstillingen lyder som tidligere nevnt:

Hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter at de ser, møter og forstår pasientene gjennom foten?

I denne oppgaven har jeg valgt STC som analysemetode. Denne tilnærmingen er forankret i det fortolkende paradigmet og det humanistiske vitenskapssynet, der individets subjektivitet settes i sentrum (Malterud, 2018, p. 27). I det fortolkende paradigmet antar man at fenomener kan fremtre ulikt alt etter hvilket lys eller perspektiv de sees i. Derfor spiller kontekst og beskrivelse av kontekst en stor rolle i kvalitativ forskning (p. 33).

Det vil si at virkeligheten alltid vil være påvirket av hvilket lys den sees i (Malterud, 2018, p. 30). Det handler om ontologi som er forståelsen og læren vi har om verden og virkeligheten, og om epistemologi som handler om hvordan vi kan få kunnskap om virkeligheten (Malterud, 2018, pp. 27-28; Thornquist, 2018, p. 16). I kvalitativ forskning fortolkes virkeligheten og forskerens forforståelse av det som studeres endrer seg med at hun/han lærer mer om fenomenet som studeres. Gjennom samhandling og refleksjon kan ny forståelse komme frem og danne grunnlaget for at nye spørsmål reiser seg i det som kalles den hermeneutiske spiral som jeg skal komme tilbake til. Malterud sammenligner det med en turist som har vært på reise og forteller sin versjon av virkeligheten basert på egne perspektiv ved hjemkomst (Malterud, 2018, pp. 27-28).

En slik tilnærming er også i tråd med NPMF som forankret i det fortolkende paradigmet, og i det humanistiske vitenskapssynet. Det har slik sett røtter fra hermeneutisk filosofi, fenomenologisk filosofi og sosialkonstruktivisme (Malterud, 2018, p. 35) Fenomenologi og kroppsfenomenologi er forklart i innledningen. Hermeneutikk forklares under.

3.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk stammer fra det greske ordet hermeneuein, som betyr å uttrykke, utlegge eller oversette (Wifstad, 2018, p. 126). I kvalitativ forskning handler det om å fortolke menneskelige uttrykk for å forstå menneskelige handlinger og meningen med det vi gjør (Malterud, 2018, p. 28). Hermeneutikk vektlegges i denne oppgaven ved at jeg forsøker å

tolke hvordan psykomotoriske fysioterapeuter erfarer foten i behandling. Når man benytter seg av intervju i kvalitativ forskning slik jeg gjør, handler det om å lytte til det som sies og så forstå og tolke gjennom analysearbeidet det som blir sagt av deltageren. Gadamer (2012, p. 432) vektlegger at vi kontinuerlig i en slik prosess vil få ny forståelse. Det vil si en ny forståelse som legger seg oppå det man allerede har en forståelse av, og slik sett forstår vi «helheten ut fra delen og delen ut fra en helheten» (Gadamer et al., 2012, p. 329). Ny forståelse stiger frem som en ny helhetsforståelse i det som kalles den hermeneutiske sirkelen eller spiral. Det legges et grunnlag for en dypere meningsforståelse av det man allerede har forstått, og gir slik sett en dypere innsikt i det man retter oppmerksomheten mot (Thornquist, 2018, p. 171). Forståelseshorizonten utvikler seg, og forskningen vil alltid være preget av forskerens perspektiv og deltagelse. Kunnskapsutviklingen kan dermed aldri helt bli fullstendig, den vil alltid være i bevegelse (Malterud, 2002, p. 2469).

3.3 Metode

Jeg har gjennomført semistrukturerte dybdeintervju og analysert dem ved hjelp av STC. Det er en induktiv og refleksiv metode som får frem erfaringene og meningsaspekteret til de psykomotoriske fysioterapeutene som deltok. Ved å analysere få intervju i flere omganger kan resultatene overføres til allmennheten, så lenge prosessene har vært gjort rede for og vært gjennomsluttig hele veien. Metoden tar sikte på å få frem nye mønstre og nye måter å se ting på, og som forsker har jeg beveget meg frem og tilbake med stram systematikk i analysen (Malterud, 2018, p. 113). Malterud beskriver at den passer for nybegynnere da den er pragmatisk og slik sett gjennomførbar for forskere som meg selv med manglende erfaring innen forskning (p. 97). Siden det kan være flere alternative tolkninger av et resultat vektlegges en refleksiv holdning, noe jeg har forsøkt å være tro til i hele forskningsprosessen.

3.4 Utvalg og rekruttering

Strategisk utvalg kan være hensiktsmessig når man vil innhente verdifull informasjon som kan sikre god kunnskap og rike beskrivelser om det fenomenet man studerer (Johannessen et al., 2016, p. 115; Malterud, 2018, p. 58) . Det er noe jeg har vektlagt i min forskning. Gjennom strategiske utvalg har jeg funnet deltagere som har erfaring med foten i NPMF og som kan belyse problemstillingen min på en adekvat måte.

Inklusjonskriteriene var psykomotoriske fysioterapeuter med mer enn fem års praksis. De skulle helst jobbe klinisk eller ha klinisk erfaring fra psykomotorisk behandling i kommunehelsetjenesten.

Rekrutteringen kom i gang da jeg fikk godkjenningen fra NSD (vedlegg 5). Tre psykomotoriske fysioterapeuter med lang erfaring i fagfeltet ble kontaktet på SMS og e-post med forespørsel om å være med i min studie. Etter ulike forsøk på å få tak i mailadresser til psykomotoriske fysioterapeuter i Vestland fylke fikk jeg til slutt kontakt med kollegaer som både ga positive tilbakemeldinger og anbefalte andre kollegaer. Totalt ble ni deltager kontaktet på SMS og e-post, det ga fem positive svar.

Deltagerne var i aldersgruppen 40-90 år, og hadde mer enn 13 års erfaring i faget. De fem deltagerne var spredt i Norge, fra fire ulike kommuner og tre ulike fylker. Det innebar en del reising å intervju dem, siden jeg vektla personlige møter som gjorde meg bedre kjent med alle deltagerne. Jeg møtte dem på jobb og hjemme. Vi avtalte i god tid på forhånd og hadde kontakt via SMS eller e-post dagen før. Dette for å bekrefte at intervjuet kunne gjøres som avtalt. Deltagerne fikk informasjon om prosjektet på telefonsamtale, SMS og på e-post. De fikk informasjonsskriv i forkant av intervjuet til gjennomlesning og til å beholde (vedlegg 3).

3.5 Datainnsamling

Jeg har valgt å bruke semistrukturerte individualintervju for å få tak erfaringer fra deltagerne (Malterud, 2018, p. 69). Det ble gjort et prøveintervju med kollega både for å teste spørsmålene, intervjuteknikk og det tekniske som ligger i å gjennomføre et intervju.

Et semistrukturert intervju tar utgangspunkt i en intervjuguide, der tema, spørsmål og rekkefølge kan variere (vedlegg 1). Jeg fulgte temaene og brukte åpne underspørsmål der det var nødvendig. Det skapte en struktur som ble gjennomgående i alle intervjuene (Johannessen et al., 2016, p. 146). Underspørsmålene var i første omgang tenkt som en støtte i intervjuet hvis samtalen ikke kom i gang eller stoppet opp. Hensikten var å fremskaffe rikelig informasjon fra hver deltager (Leseth, 2021, p. 35; Malterud, 2018, p. 69).

Det tekniske ved intervjuene var knyttet til opptak av intervjuene ved hjelp av Nettskjema-diktafon mobilapp (Universitetet i Oslo, 2017). Intervjuene ble tatt opp, kryptert og lagret i Nettskjema på OneDrive, en to trinns innlogging på HINN. I Nettskjema var det mulig å hente frem intervjuene og høre dem. I tillegg brukte jeg en ekstern mobiltelefon som lydopptaker.

Den var uten SIM kort og dermed ikke koblet til nettet. Den fungerte som back-up. Disse opptakene ble fjernet straks overføringen fra diktafon app til nettskjema var på plass. Alle lydopptakene ble gode.

3.5.1 Gjennomføring

Intervjuene ble gjort i tidsrammen august til november 2022. To intervju ble gjort hjemme hos deltagerne. Tre intervju på deres respektive jobber. Et av disse ble gjort på et pauserom og to på behandlingsrommet til terapeutene. Alle intervjuene varte i overkant av en time bortsett fra det ene, det ble langt og varte i 105 minutter. Det lange intervjuet ga et historisk tilbakeblikk som var uhøflig å avvise. Alle intervjuene hadde en fin ramme og gav god erfaringsutveksling i kunnskapsfeltet. Dette er i tråd med det Malterud (2018, p. 70) løfter frem om å skape fortrolighet mellom personene i intervjusituasjonen.

3.5.2 Innblikk i intervjuene

STC vektlegger gjennomsiktighet og jeg har derfor tatt meg frihet til å ta med beskrivelsen av konteksten fra hvert intervju. Dette for å vise at jeg var en aktiv part i intervjuet og hvordan jeg sammen med deltagerne utforsket fotens plass i PMF. Denne beskrivelsen ble gjort rett etter intervjuene var ferdig, etter anbefaling fra veileder.

Det ene intervjuet foregikk hjemme i spisestuen i et hjemlig innredet, lyst rom med vakker utsikt. Vi satt overfor hverandre med et spisebord mellom oss. Lydopptakerne ble liggende mellom oss med mikrofonen rettet mot deltageren. Jeg hadde min stol litt skrått plassert ut i rommet slik at jeg både kunne se på deltageren og litt ut i stuen som var i den andre delen av rommet. Jeg opplevde at plasseringen ga fin dynamikk der kroppsspråket fikk fritt spillerom. Avstanden erfart trygg for min del, noe jeg hos oppfattet hos deltageren også. Det var mulig for deltager å lene seg frem, se vekk, dunke i bordet og reise seg opp for å demonstrere synspunktene, noe som ga en fyldig fagutveksling. Intervjuet var preget av en deltager med genuin interesse for faget, kroppen og den viktige foten.

Det andre intervjuet ble gjort hjemme hos deltageren på et lyst rom med to like stoler plassert skrått mot hverandre ut i rommet. Et lite bord var plassert mellom oss. Hun demonstrerte noen grep på meg. Da satte hun seg lavere enn meg og jobbet med mine føtter. Hun hadde deilige varme, store hender som ga meg en intens opplevelse av trygghet og omsorg. Det var spennende å kjenne det hun snakket om i praksis. Jeg opplevde at hun hadde et sterkt engasjement for faget. Jeg ble litt forbauset over virkningen de lette håndtrykkene hadde på

meg, noe jeg opplevde veldig fint og fortrolig. Hun var engasjert under hele intervjuet. Ved flere anledninger satt latteren løst.

Det tredje intervjuet ble gjort på et institutt med lyse vegger. Jeg satt i pasientstolen. Rommet hadde dempet belysning. Deltageren satt med god avstand på sin kontorstol foran meg, vent vekk fra skrivebordet sitt. Mellom oss var behandlingsbenken, der lydopptakerne lå. Det ga en naturlig litt stor distanse mellom oss i begynnelsen, men etter hvert rullet hun kontorstolen nærmere. Atmosfæren ble lunere, og intervjuet fikk fin flyt. Deltageren understrekte ved flere anledninger det hun sa ved å demonstrere i egen kropp det hun formidlet. Det fikk oss til å le og ga en lett stemning i intervjusituasjonen, som tidvis rommet alvorlige tema. Jeg opplevde en trygg terapeut med mye kunnskap og et dypt engasjement for faget.

Det fjerde intervjuet ble gjort i et stort behandlingsrom. Jeg satt i et hjørne i en behagelig pasientstol, og hun satt litt skrått overfor meg slik at jeg kunne se ut i rommet. Ved siden av meg var det et lite bord og mellom oss hadde vi en krakk som opptaksutstyret lå på. Hun hadde mye informasjon å dele og utstrålte vennlighet og ro. Stemmen var mild, og hun fikk meg til å føle meg vel. Tonen var lett, hun var interessert i problemstillingen og hadde mange fine refleksjoner å dele. Samtalen hadde god flyt.

Det siste intervjuet ble gjort på et pauserom i en bygning der flere helseaktører var samlet. Rommet hadde lyse vegger og god belysning. Lydopptakerne lå på bordet mellom oss og mikrofonen var vendt mot henne. Vi hadde spisebordet mellom oss og begge satt på skrå slik at vi kunne se litt ut i rommet og ut av vinduene. Intervjuet hadde fin flyt, men stoppet opp litt da to kollegaer måtte passere. Hun demonstrerte ved flere anledninger det hun sa. Noen ganger lo vi, og andre ganger var stemningen preget av alvor i samtalen. Hun fremsto nysgjerrig, blid og imøtekommende og delte kunnskapen sin på en troverdig og lettfattelig måte. Jeg fikk følelsen av at hun bryr seg og er en viktig person for sine pasienter.

Generelt sett var samspillet og atmosfæren god i alle møtesituasjonene. Resultatet i intervjuet er avhengig av konteksten, atmosfæren og samspillet mellom personene som deltar (Kvale et al., 2015, pp. 335-336; Malterud, 2018, pp. 133-135). Deltagerne virket avslappet og delte villig sine opplevelser. De tok meg vel imot, var nysgjerrige og kunnskapsrike. De demonstrerte sine ytringer kroppslig. Det var fint og ga en følelse av at vi var kollega som delte kunnskap. Atmosfæren var trygg. En av deltagerne sa: «Jeg er ingen ekspert, men en kjenning.» Det ga en følelse av trygghet, og raushet. Jeg opplevde alle deltagerne hjemme og på jobb, trygge og til stede i seg selv. Deres imøtekommenhet ga meg refleksjoner om at de er

mennesker som verdsetter jobben med mennesker. Jeg opplevde at intervjuene som fortrolige samtaler som gjenspeilete vennlighet. De ulike rommene jeg var i virket ikke til å farge menneskemøtene. Det fikk meg til å tenke at disse terapeutene er genuint interessert i mennesket og opptatte av at andre skal føle seg vel i deres nærvær.

3.6 Transkribering

Transkribering handler om å bringe talen til tekst, og om å skriftliggjøre det deltagerne uttrykker på en mest mulig ekte og ærlig måte (Malterud, 2018, p. 78). Alle intervjuene ble transkribert av meg i dagene rett etter de fant sted. De ble samtidig anonymisert. Det å lytte til intervjuene ga meg en nærhet til datainnsamlingen ved at jeg ble bedre kjent med hva og hvordan ting ble sagt. Det ga meg drahjelp i analysearbeid. Transkriberingen var både en tidkrevende og lærerik prosess.

Det ble det brukt mye start og stopp, lyttet, også på nytt igjen. Jeg forsøkte også å senke farten på lydfilene. Det ga noen ganger et skjevt bilde av hva og hvordan ting ble sagt. Særlig med tanke på hvilken kraftuttrykkene ble uttrykt eller poengtert. Jeg foretrakk å lytte flere ganger og gå tilbake og skrive. Det ble føyd inn (sukk), (latter), (ehhh) og andre lyder deltagerne brukte. Lange stopper ble kommentert i parentes.

Hovedspørsmålene ble merket med tid, slik at det var lett å finne igjen på lydfilen. Intervjuene ble skrevet på bokmål da flere deltagere hadde dialekt. Alle intervjuene varte i overkant av en time og var gjennomsnittlig 9000 ord hver, bortsett fra det ene. Det skilte seg ut med et tilbakeblikk der søkelyset på fagutvikling var sentralt. Ved å transkribere selv, fikk jeg inntrykk av meg selv som intervjuer og dermed muligheten til å forbedre meg til neste intervju (Kvale et al., 2015, p. 207; Malterud, 2018, p. 80). Jeg har transkribert så tett opp til lydfilen som mulig, for å bevare det deltageren uttrykte. Det bør ikke gjøres helt autentisk da det kan virke fornærmende på deltagerne. En slik tekst kalles «slightly modified verbatim mode», og ligger nært opp til det som ble sagt på lydfilen (Malterud, 2018, p. 78).

3.7 Etikk

Etikk og personvern er særlig viktig å ta hensyn til i kvalitative oppgaver innenfor samfunnsfag og humaniora. Denne oppgaven har et slikt design og kommer derfor inn under forskningsetiske retningslinjer utarbeidet av nasjonale forskningsetiske komité (NESH). Her

vektlegges det tre hensyn som må ivaretas. Hensyn til deltageres rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere deltagerens privatliv og forskeren skal ikke påføre skade (Johannessen et al., 2016, p. 85). Dette blir inngående beskrevet under.

Selvbestemmelse og autonomi, betyr i dette prosjektet at deltageren selv må kunne velge om de ville delta i forskningen. Ved henvendelse på e-post eller på SMS fikk deltagerne kort beskrivelse av prosjektet. De som deltok, fikk informasjonsskriv (vedlegg 3) og måtte i tillegg skrive under på informert samtykke, som lagres nedlåst i arkivskap på jobb og i Nettskjema-bilde på OneDrive hos HINN (Universitetet i Oslo, 2020).

Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om prosjektet, ansvarlig institusjon og ansvarlige personer for prosjektet og at det var søkt godkjenning hos NSD. Det inneholdt også informasjon om prosjektets formål og hvor dataene er lagret, hvordan de oppbevares og når prosjektet avsluttes. I informasjonsskrivet gikk det særlig frem at deltagerne når som helst har mulighet til å trekke seg fra forskningen. Da destrueres opptak og transkriberte intervju.

Når det gjelder å respektere deltageres private liv, er det deltageren selv som bestemmer hvem som kan ta del i deres liv, og hva de slipper ut av det (Johannessen et al., 2016, p. 86). Under transkriberingen ble intervjuene anonymisert, slik at deltagerne ikke er gjenkjennelig. Eksempler deltagerne løftet frem omtales på en måte som gjør at meningsinnholdet holder mål og uten å være gjenkjennbart og fordreid. Tilliten deltagerne har vist meg, ivaretas og bearbeides på en respektfull måte (Malterud, 2018, pp. 212, 214).

Forskerens ansvar for å unngå å skade gjelder i mindre grad mitt prosjekt, men blir vurdert. Da tenker jeg særlig på om det skulle dukke opp noe betimelig i intervjusituasjonen som kan vekke følelser hos deltagerne og skape ubehag. Intervjuguiden min tilsier ikke at det skal skje, men kan ikke ukritisk utelukkes (Johannessen et al., 2016, p. 86). I henhold til det Malterud (2018, p. 212) beskriver, kan kvalitativ forskning implisere sterke inntrykk noe som må forvaltes på en adekvat måte for å være valid kunnskap. Her har jeg som forsker et ansvar for å ivareta informasjonen edruelig og respektfullt.

3.7.1 Personvern

Når det gjelder å innhente opplysninger fra personer er det ifølge personvernloven personen selv som bestemmer over egne personopplysninger (Johannessen et al., 2016, p. 88). I dette prosjekt ble det søkt NSD og gitt tillatelse til at

forskningen basert på psykomotorisk fysioterapeuters erfaringer med foten i psykomotorisk behandling, kunne gjennomføres i tidsrommet 23.05.22- 01.07.23. Av hensyn til de involverte ble det vektlagt at taushetsplikten må overholdes, siden faggruppen arbeider innenfor et taushetsbelagt yrke. Noe det må informeres om i forkant av intervjuene. Det ble sendt e-post til LEKF for eventuell vurdering av prosjektet, (A. Lofthus, personlig kommunikasjon, 20.05.22). Min oppgave falt utenfor deres rammer

3.7.2 Datalagring

I forbindelse med prosjektskissen ble det utarbeidet en datalagringsplan (vedlegg 2). Det innebærer at all lagring av data gjøres i tråd med retningslinjene til HINN. Det går ut på å lagre data gjennom to trinns innlogging på OneDrive. Ved hjelp av nettskjema app for bilde og lyd på mobil, ble krypterte filer overført til Nettskjema på OneDrive (Universitetet i Oslo, 2017, 2020). Her kunne jeg i ettertid lytte til lydfilene ved transkribering og anonymisering av intervjuene. Programvaren ved transkribering og alt skriftlig arbeid benytter Office 365 og skrives i Word. Oppgaven leveres inn i PDF- format. Originale samtykkeskjema oppbevares i arkivskap på jobb frem til prosjektet ferdigstilles i juli 2022. All korrespondanse via e-post med veileder som har om befattet intervjuene har vært i en dekontekstualisert form for å ivareta personvernet til deltagerne.

3.8 Analyse

Til å analysere datamaterialet fra intervjuene valgte jeg å bruke STC beskrevet av Malterud. Denne metoden er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode som vektlegger subjektive erfaringer og deler forståelsen av at erfaringer fra livsverdenen er gyldig kunnskap (Malterud, 2018, pp. 115-116).

Analysen forsøker å bygge bro mellom rådata fra transkriberte intervju til ferdige resultat gjennom en fortolkende prosess som finner sted i fire trinn (Malterud, 2002, p. 2470; 2018, p. 98). I dette avsnittet gjør jeg rede for de ulike trinnene, og viser avslutningsvis en skjematisk fremstilling av analysen i en tabell.

1. Helhetsinntrykk, finne tema.
2. Meningsbærende enheter plukkes ut.
3. Abstrahere meningsinnholdet fra meningsbærende enheter.

4. Sammenfatning av hele analysen.

Første trinn i analysen handlet om å få et helhetsinntrykk og finne tema. Malterud beskriver dette som å gå fra et villnis til foreløpige temaer (Malterud, 2018, p. 99). Jeg leste gjennom intervjuene flere ganger, løftet blikket og kom frem til åtte tema ved å se etter likheter og forskjeller (p. 99, 112). Temaene var: Kroppsbevissthet, bevegelsesglede, bevisstgjøring, fundament, det levde livet, relasjon, erfaringer og respekt. På dette trinnet fikk jeg veiledning i hvordan jeg kunne dele inn alle intervjuene på en fornuftig måte for å bevare verdifull data (Malterud, 2018, pp. 99-100).

Andre trinnet handlet om å dele aktuell tekst inn i tekstbiter som hver får sin kode eller merkelapp og danner grunnlaget for kodegruppene. Teksten ble plukket fra hverandre på dette tidspunktet, det benevnes som dekontekstualisering (Malterud, 2018, pp. 104, 112). Jeg delte inn intervjuene i meningsbærende enheter med relevant tekst. Merket de med tall som indikerer hvilket intervju de stammer fra. Alle meningsbærende enheter som fortalte noe om fot, føtter, bein og lignende ble samlet. Jeg så at teksten grupperte seg i noen fellestrekk. Det formet seg grupper, kalt kodegrupper (p. 101). Jeg fulgte tre av disse. Den fysiske foten, fundamentet og forankringen. Disse kodegruppene er reviderte tema fra analysens første trinn, som kan bestå av sammenslåtte eller enkeltstående tema, i tråd med Malterud (p. 101). Jeg markerte de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe med en fargekode, og forholdt meg til en kodegruppe om gangen. Det hjalp meg å holde oversikt. Meningsbærende enheter som ikke var relevant ble lagret nederst i dokumentet. Det gjorde at alle meningsbærende enheter var tilgjengelig i analysen under hele prosessen. Jeg brukte både data og manuelt arbeid på dette trinnet. I prosjektloggen dokumenter jeg hva jeg gjorde og på hvilket grunnlag. Gradvis begynte dataene å tale for seg selv (Malterud, 2018, pp. 100-105). Analysen ble på dette tidspunktet samlet og tematisk, og behandles som et dokument.

Tredje trinnet handlet om å dele kodegruppene inn i to til tre subgrupper med tilhørende kondensert tekst. For hver meningsbærende enhet ble det laget et «kunstig sitat» i «jeg» form. Det ble satt sammen til et kondensat som gjengir hva denne opprinnelige teksten handlet om. Dette trinnet betegner analysemetoden, STC (Malterud, 2018, pp. 106, 112). Den fysiske foten fikk flere subgrupper sammenlignet med anbefalingen til Malterud, som er to til tre. De endelige subgruppene som gikk videre i analysen dannet grunnlaget for kondensatene som kjennetegner STC (p. 107). Jeg lagde kondensater og diskuterte med veileder hvordan skrive de. Kondensatene er oppsummert det deltagerne uttalte om fenomenet for den aktuelle subgruppen (p. 106). Essensen av det den aktuelle teksten representerer fremstår som

«gullsitater» og oppsummerer hva den kondenserte teksten handler om (p. 107). Jeg lagde kondensert tekst og plukket ut gullsitater for alle subgruppene som dukket opp. Det var tidkrevende. Prosjektloggen ble aktivt benyttet i hele prosessen. (Malterud, 2018, pp. 105-108).

I analysens fjerde og siste trinn ble det utviklet ny tekst basert på meningsinnholdet fra kondensatene fra hver subgruppe. Dette kalles en kategori og er en analytisk tekst presentert i tredje person (Malterud, 2018, p. 112). Jeg har gått frem og tilbake i det empiriske datamaterialet for å påse at ny tekst gjenfortelles i riktig sammenheng slik at deltageres stemme opprettholdes i den nye teksten. Malterud kaller dette for rekontekstualisering (p. 108). Noen gullsitater ble beholdt, andre ble byttet ut da sitater fra opprinnelig tekst var mer relevant å bruke. Kategoriene har fått nytt navn på grunnlag av tema, koder og hele analysen. Veileder har støttet meg i at denne delen av analysen er rotete, man går frem og tilbake. Det gjenspeiler at det er en tematisk tverrgående analyse (Malterud, 2018, pp. 108-111).

Tabell 1

Meningsbærende enhet:	Kode:	Kodegruppe:	Kategori:
Så derfor, det å se på foten, vurdere foten, gangen, avviklingen av foten. Altså ikke bare foten, men se på foten i funksjon. Det er en kjempeviktig del av behandlingen. Det er der du liksom begynner, og har hele tiden med deg.	Se på foten i funksjon.	Fotens plassering mot underlaget.	
For det første spør jeg om det er okay. Så holder jeg bare på foten. Også sier jeg hvordan det er å ta foten vekk. «Nei det var egentlig deilig». Hva kjenner du? Så er det bare hva de kjenner. Så er det bedre at jeg holder på hælen eller er det bedre å holde på forfoten? Og du nå tar jeg bort hendene mine. Hvordan er det at jeg har tatt bort hendene mine. Er det nok?	Nærme seg den andre gjennom forsiktig berøring	Psykomotoriske tiltak	Via den fysiske foten kan vi komme inn til det følsomme mennesket.

Tabellen illustrerer et utsnitt av analysen.

4.0 Resultater

I dette kapittelet blir resultatene fra den kvalitative analysen presentert og utdypet.

Resultatene består av tre kategorier.

- Gjennom den fysiske foten kan vi komme i kontakt med det følelsesmessige ved mennesket.
- Kontakt med føttene kan roe tankekaoset.
- Retning i livet kan komme fra føttene.

4.1 Gjennom den fysiske foten kan vi komme inn til det følelsesmessige ved mennesket.

Deltagerne i denne studien så på foten som et sentralt bindeledd i kroppen. Den forbinder pasientene til underlaget og kan ha betydning for det kroppslige uttrykket som kommer til syne i psykomotorisk behandling. Måten pasientene belaster føttene sine på kan si noe om deres kroppslige og psykiske belastning. Deltagerne bruker et metaforisk språk for å beskrive dette. Det ble vektlagt to kjennetegn. *Kroppsholdningen uttrykkes i føttene. Frasparket og retningen i livet.*

Et fellestrekk deltagerne løftet frem var at foten er grunnflaten resten av kroppen bygges på, som kan gi støtte og stabilitet. Hvis belastningspunktet endres så forskyves stabiliteten og kroppsholdningen. Deltakerne var opptatte av å vurdere fotens plassering mot underlaget og hvordan den fungerer i funksjon. Ved å analysere foten, kunne flere av deltagerne anta hvordan det sto til videre oppover i kroppen til pasientene. De trakk frem at pasientene som står frempå foten kjennetegnes som å være av de som står på, som er på alerten, stressaktiverte og i alarmberedskap. Det innebærer at disse pasienten strammer baksiden av kroppen slik at de ikke tipper fremover, og aktiverer den overfladiske muskulaturen i større grad enn holdningsmuskulaturen. Når kroppsdelene med vekt bærende flater ikke kommer naturlig oppå hverandre, fører det til anspent muskulatur, låst pust og vanskeligheter med å finne hvile. Aktivering i kroppen kommer også til syne ved at pasienter griper tak og klorer seg fast i underlaget med tærne. Dette er ubevisst og noe pasientene ikke er oppmerksom på. Deltagerne observerer også om pasientene som står bakpå hælen og skyver nakken frem for å finne likevekt. Deltagerne trakk frem at disse pasientene endrer måten de bærer kroppen på fordi belastningen i livet og livshistorien tvinger dem til det. Som en deltager uttrykte:

Hvis du står og krøller tærne og glir ned i lengdebuen, så er du ikke i balanse. Ingen ting over kan være i balanse. Hvis du tenker kroppen som et reisverk. Hvis grunnmuren er skeiv blir det du prøver å rette opp, oppover anspent.

Deltagerne fortalte at hos disse pasientene sitter spenningen høyt i kroppen. De spenner nakken, biter tennene sammen, presser tunga opp i ganen, og legger ikke merke til foten som berører underlaget. Noen pasienter gjør det for å holde vekke følelsesmessige reaksjoner som er for smertefulle for bevisstheten, og det kom frem at det er dypt menneskelig og en veldig vanlig måte å reagere på. I slike tilfeller endres balansepunktet og midtpunktet på foten. Pasientene blir stående og vippe fra foran til bak. De vingler, uttalte flere deltagere. Videre uttrykte de at det påvirker tryggheten i kroppen, stabiliteten og balansen som i stor grad har innvirkning på den mentale tryggheten til pasientene. Det handler ikke om å finne riktig holdning eller ergonomi, men om å finne en stilling pasientene kan hvile mest mulig i. Deltagerne uttalte at det handler jo ikke kun om å være gode til å stå på et bein, eller å ha god balanse, men også om å lære å stå i vanskelige situasjoner. For både det psykiske og det fysiske er like viktige. Da blir mennesket med foten forankret i fundamentet, og i livet. Foten gir livsbalanse og retning i livet, uttrykte flere deltagere.

Et annet fellestrekk deltagerne trakk frem var at de iakttok pasientene når de går og står på føttene. De var nysgjerrige på om pasientene landet på hælen, belastet ytre fotrand og sparket fra med stortå. For stortåen er det siste som bør forlate underlaget ved gange, uttalte noen av deltagerne. Da tillates det frie diagonale gangmønsteret hos mennesket. Det som kommer på plass når rotasjonen i overkroppen stimuleres grunnet strekk i kne og hofte, ledet av stortåens fraspark. Presidenter i USA ble trukket frem for å billedlig gjøre dette av en deltager: «Se for deg Barak Obama som går bortover, slenger med armene, lange bein, vrir hodet lett til siden med et smil. Og så sammenligner du det med Trump.»

Hvis tærne er krøllet inntil eller under forfoten, avsluttes fot avviklingen i grunnleddet på stortåen. Da faller frasparket og kraften til å markere retning sammen og den frie pusten som er en naturlig del av menneskets diagonale gange forringes, uttalte noen deltagere. Det må være kraft i frasparket slik at det kan bli fremdrift med en ledig, fri og koordinert kropp med god balanse, det kan ifølge deltagerne sees som et bilde på en fysisk og psykisk balanse.

Motsetningsvis nevner flere deltakere at unnlater man å bruke føttene får man ikke noe skikkelig fraspark og dermed heller ikke noe retning. Det kan igjen påvirker fremdriften og retningen i livet. Disse pasientene kjennetegnes ved å være de som er trukket frem og tilbake

og er rastløse og strever med på finne et holdepunkt. Overveldet av sterke opplevelser og ting man ikke kan forholde seg til, kan disse pasientenes evne til å sparke fra være svært dårlig. Dette er pasientene som ofte har underspenninger i fotsålen og overspenninger i leggen. Det kan påvirke hvordan foten møter underlaget og kan assosieres med å minste grepet og velte overende. Det kan oppleves som å falle eller miste kontrollen. Rett og slett gå i oppløsning.

Foten forteller således deltagerne om pasienters følelsesmessige liv og er et kontaktpunkt der de kan komme inn til det følelsesmessige ved mennesket. Gjennom å utforske bevegelsen i kroppen samtidig erfarer de at pasienten kan tørre å sjekke litt innover i kroppen. Med vennlig støtte kan de på denne måten skape en trygg relasjon mellom seg og pasienten. Det er kontakt. Det er å holde slik en god mor gjør og samtidig opprettholde den terapeutiske distansen og det faglige blikket. Opplevelsen av støtte gjør at pasientene kan slippe spenningene i muskulaturen. Dette kan gi fleksibilitet i kroppen, lave skuldre slik at pusten blir uanstrengt.

4.2 Kontakt med føttene kan roe tankekaoset

Alle deltagerne uttrykte at de regner foten for å være fundamentet i kroppen. Den delen av kroppen som møter underlaget og bærer resten av kroppen normalt sett og gir bakkekontakt. Selv om foten er liten, har den stor kapasitet og er veldig fleksibel. Denne kategorien har tre fellestrekk. *Foten, pusten og følelsene. En sårbar fot aktiverer nervesystemet. Foten som hviler mot underlaget, kan skape trygghet.*

Et fellestrekk deltageren uttrykte er at et godt fundament vekker gode følelser, og noe alle forsøker å få pasientene mer bevisst på. En stødig og sterk fot, kan lede til en kroppslig god følelse og vektlegges i behandlingen. Å stå godt på foten kan gi følelse av trygghet, glede og kontroll. Pasientene kan via føttene legge merke til kroppen og opprette kontakt med den. De merker at beina bærer og at de står på dem. De kan få en følelse av å være til stede her og nå. Flere deltagere uttrykte at pasienter som kjenner seg jordet og nedpå kan oppleve oversikt og kontroll. Dette er ofte assosiert med glede. Pasienten blir nysgjerrige og glade også føler de seg mere levende. Flere deltagere uttalte at da har pasientene mer kontakt med kroppen og føttene.

Siden foten bærer et kroppslig uttrykk, guidet deltagerne pasientene til å kjenne etter hvordan det er å være i kroppene før og etter behandlingen. Dette for å øke bevisstheten omkring foten og egen person. Flere av deltagere uttrykte at det kan gi rom for refleksjoner og forstås som et sansemessig sammenligningsgrunnlag der pasientene får merke at tilstedeværelsen i kroppen

har økt. En deltager understrekte at det kroppslige opplevelsesaspektet ikke trenger å bli tolket. Det kan favne en kroppslig erfaring og være en begynnende prosess som kan motivere til en samtale der det blir mulig å luften sine tanker. Tankene kan få både luft og stemme. De kan bli tatt imot av en annen, noe som kan sette følelser i sving. Flere deltagere uttrykte at når disse pasientene får mulighet til å komme i kontakt med følelsene de holder tilbake, kan det skape sterke inntrykk og gi emosjonelle reaksjoner som noen ganger kan utløse gråt.

Flere av deltagerne fortalte at gråten kunne føre til et slipp av pust og spenninger og kan lede til en kroppslig lettelse for pasientene. Lettelsen er noe alle deltagerne observerer som noe fint som kommer til uttrykk i ansiktene og kroppene til pasientene. Deltagerne fortalte at den økte tilstedeværelsen pasientene kommer i kontakt med gjennom ulike tiltak oppleves for mange annerledes. Videre fortalte de at via veiledning av kroppen blir det mulig for pasientene å redusere spenningene, oppleve seg avspente, kjenne seg stødig og plassert midt på foten. Muskelbruken kan bli mindre, og noen pasienter kan kanskje kjenne at kneskålen blir bevegelig og at foten hviler tungt i underlaget. Deltagerne uttrykte at i samspill med pasientene kunne de få kjenne på og gi etter for pust. Det blir tydelig at foten og pusten henger sammen og at terapi er å være i kontakt.

Videre uttalte deltakerne at en sårbar fot aktiverer nervesystemet på grunn av økte belastninger hos pasientene. Da bruker de forklaringsmodeller for å forklare og skape mening på det pasientene kjenner. Forklares dette til pasienten kan det gi positive innvirkninger på det aktiverte nervesystemet og dempe uroen disse pasientene kjenner. Flere av deltagere vektla at å være bakpå hælen kan være forenelig med omgivelser som krever for mye i forhold til de kroppslige ressursene pasientene har. Hælen kan også fungere godt til å poengtere og hevde egne grenser når det er behov for det:

Hva gjør du når du setter hælen i gulvet? Da manifesterer du deg. Det er akkurat som du slår i bordet. Så, det å sette hælen ned er akkurat som du slår i bordet. Du setter ikke tærne ned og sier, stopp! Så hælen er god til å markere og til å bremse. Nå går det faktisk for fort her.

Deltagerne fortalte at endret kroppsholdning gjør at pasientene sliter med å få tyngden ned i kroppen og ned i foten. Dette er pasienter som ikke belaster foten slik de kan, dermed krymper kontaktflaten mellom fot og underlaget og de må anstrenge overkroppen for å holde seg oppreist. For overkroppen bør være løs og fleksibel. Kroppsholdningen kan fortelle mye, men motsetningsvis er det også her det er lett å ta seg sammen, uttrykte flere deltagere. Pasientene

kan bare rette seg opp og smile, selv om de føler seg annerledes i kroppene sine. Derfor er det viktig ifølge deltagerne å ha med alle barometrene i holdningsanalysen, blant annet pust og muskulatur.

Et tredje fellestrekk deltagerne løftet frem var at pasientenes føtter kan være helt avgjørende når det gjelder at pasientene legge merke til det de sanser. Kropp og følelser påvirker både pusten og kroppsholdningen og er noe deltagerne vektla. Kroppen lyver ikke, men det er ikke alltid pasientene forstår den. Det trenger noen ganger å bli forklart, slik at det blir samsvar med det som sanses, kjennes og føles i kroppen uttalte flere av deltagerne. Kroppen kan noen ganger blir forstått som en mekanisk feil, og en deltager trekker frem en beskrivelse fra klinikken av en pasient som hadde vært sykemeldt lenge og var fortvilt over egen situasjon:

«Ja, men hør her, det er jo noe som er feil. Det er noe mekanisk feil.» Så måtte vi gradvis gi [pasienten] erfaring med å legge merke til kroppen, og naturlig endre det. «Å ja, jeg var jo spent. Jeg belastet kroppen på en måte som var uheldig for meg.» Alt hang sammen med [pasientens] kropp og livshistorie. Det har gjort at [pasienten] mest sannsynlig har måtte endre sin måte å stå og bære sin kropp på. Holde pusten, løfte brystkassen og være litt bakpå foten. Alt hang sammen.

Deltagerne uttrykte at foten kan gjenspeile hvordan pasientene har det i seg selv, og gir de en forståelse av egen situasjon. Dette er noe deltagerne forsøkte å formidle til pasientene. Ubehagelige følelser som uttrykkes i pasientenes pust endrer kroppsholdningen og skaper problemer, var noe mange deltagerne så på som en mulighet til å utforske sammen med pasientene. Å fremtre empatisk løftes frem som en selvfølge og første prioritet hos deltagerne. Flere av deltagerne uttrykte at de forsøkte å lage rom for at pasientene skal kunne tørre å kjenne på uro og kroppslig ubehag. De ga en vennlig trygghet eller ei forankring slik at pasientene kan kjenne på innsikten i seg selv. Motsetningsvis uttalte noen deltagerne at behandlingstimen ikke alltid ble som forventet. Da er det viktig å rydde opp. Reparere skaden. Pasienten må få opplevelsen av at alle kan tråkke feil, også terapeuten, men da må man ordne opp etterpå.

Noen av deltagerne fortalte at når foten hviler mot underlaget, og pasientene kjenner seg stødig og forankret i fundamentet, kan det gi en god indre påvirkning. Gleden av å være i bevegelsen og i kroppen samtidig, tørre å sjekke litt innover i kroppen. En deltager trakk frem idrettsutøveren som kjente på angst, uro og presset mot seg selv da prestasjonene ikke strakk til på idrettsbanen. Det resulterte i ustødige føtter. For mye press utenfra, ga indre stress og en

ustødig fot. Det handlet om å kjenne seg stødig innenfra slik at man kan sanse, oppleve og erfare utenfra.

4.3 Retningen i livet kan komme fra føttene

Denne kategorien tar for seg foten som kroppsdel. Den delen som fester grep og holder oss på plass slik at det er mulig å knytte til seg innsikt, kroppslig ro og avspenning. Å være forankret kan skape opplevelse av trygghet og sammenlignes med noe eller noen som holder. Denne kategorien har tre fellestrekk. *Foten kan vise vei. Låste tanker og låste følelser. Terapeutisk vennlighet og empati.*

Det første fellestrekket var at alle deltagerne i intervjuene påpekte at retningen i livet kan komme fra føttene. Foten kan vise vei, fordi den er ekstremt viktig for så mye. Balanse, holdning, bevegelse, fremdrift, trygghet, støtte og ikke minst det å stå støtt i eget liv. Får pasientene kontakt med føttene og beina kan tankekaoset komme til ro, uttalte flere deltagere. Da kan pasientene legge merke til at de er plass i seg selv, og bygge opp den indre veggen. Deltagerne vektla at det handler om at pasientene kan bli bedre kjent med seg selv. Få følelsen av å stå for noe og gå for noe som er viktig for seg selv. Bli interessert, begynne å utforske og forstå egne reaksjoner. Takke kroppen for alt den har gått gjennom. Forstå at det er mange utfordringer i livet, det er normalt og alminnelig:

Det er mange mirakler i livet. Det er mange overraskelser. Det er det ingen som unngår. Det å ha mental motstand og emosjonell motstand, er en del av livet. Akkurat som du må ha styrketrening for å bli sterk i armer og bein, så du må ha emosjonell motstand for å lære å håndtere det.

Et annet fellestrekk flere av deltagere uttalte var at ved noen anledninger er ikke foten fundamentet. Da det er andre steder på kroppen. Til og med i tenkningen, den mentale delen av mennesket nevnte flere. For foten kan også uttrykke sårbarheten til pasienter som viser at de ikke har et trygt underlag for følelser og tanker. Det kan være forenelig med pasientene som kan ha låste tanker og følelser, som kan gi en låst kropp. Disse pasientene har et overlastet fundament som ikke bærer kroppen på en god måte, ifølge flere deltagere. Alle deltagerne fortalte at de har møtt pasienter som er slike strebere, flittige og flinke. Deres kropp har sendt signaler som lenge er blitt ignorert og de har kjent på svimmelhet, hodepine og kroppslige plager. Andre pasienter har kjent på stress, uro og utrygghet, eller begge deler samtidig. Disse pasientene kjennetegnes ved at de har problemer med å lytte til seg selv og

egne grenser, og en deltager uttalte: «Pasienten har strekt strikken over lang tid, og kroppen har hvasket med symptom over lengre tid. Til slutt roper den at den ikke vil bære kroppen lenger.»

Flere av deltagerne uttalte at dette er pasienter som har bein som skjelver. Andre pasienter kan ha bein med lite energi, som om de har frosset fast. For denne gruppen pasienter er ikke foten fundamentet, uttalte flere deltagere. For noen kan den være i ryggen, der har ingen gjort dem noe vondt. Det kom frem at dette er pasienter som står plantet i de ulike belastningene hverdagen bringer og holder ut ubehagelige situasjoner. Det er de som blir værende, selv om de burde gått. De mangler forståelsen av å komme seg vekk. Antageligvis er det noe de gjerne ønsker, men ikke får til. Mange vet heller ikke hvor de skal gå. Det er de pasientene som ikke får brukt energien sin. Uroen de kjenner i kroppen kan forstås som de ikke kommer seg ut av rundkjøringen, de finner ikke utgangen. Disse pasientene er ofte grenseløse. Noe bisarre pasientfortellingene stadfester: «Noen av pasientene har veldig utydelige grenser. Grenser har blitt tråkket over sånn at de tydelige grensene er blitt visket ut. Man vet jo at noen utnytter. Historiene bekrefter jo det.»

Mange av deltagerne trakk frem at det er vondt å se disse pasientene og høre deres historier. Den ene deltageren uttalte: «Barnet var premie i kortspill.» Det kan forstås som overlast av groveste sort og kan sammenlignes med et skip som overlastes: «Alle skip har en linje som sier hvor mye de kan lastes. Hvis skipet lastes for mye, fungerer det ikke så godt som skip.» Et overlattet fundament fungerer dårlig. Pasientene må lære noe nytt, det er noe alle deltagerne var opptatte av. Pasientene trenger å få kontakt med føttene og fundamentet. Kjenne den jordiske kraften som kommer nedenfra og opp i kroppen. Føttene må ned i gulvet slik at pasientene lærer seg å stole på underlaget. De må øve på å bruke kroppskompasset sitt, fremstå som å ha en kropp fremfor å være en. Tyngden må få komme ned slik at de kan kjenne seg forankret og festet til sitt eget fundament uttrykte flere av deltagerne.

Reaksjonsmønsteret på belastningene kan gi kroppslig ubehag i form av spenninger, smerter og andre autonome kroppslige reaksjoner. Mange deltagere uttalte at det har sammenheng med alt pasienten har opplevd, og legger traume til grunn. Når det blir forståelse av hvordan ting henger sammen blir det lettere å stole på underlaget. Det handler på en måte om kroppslig tilstedeværelse og å kjenne seg stødig og sterk. En deltager uttrykte: «Det handler om å bygge opp ressurser, så kan mennesket slippe spenninger.» Gjøre styrkende beinøvelser som aktiverer musklene slik at man virkelig kjenner at beina og føttene bærer. Få i gang litt sirkulasjon. En annen deltager sammenligner det med et stettglass og forsøker å lage en større

stett ved å dra i tærne. Da kan pasientene hvile tyngre mot underlaget uttalte flere deltakere. Pasientene blir stødige uten at de trenger å bruke så stor muskulær kraft. Når fundamentet er godt, kan overkroppen bevege seg smidig.

Et tredje fellestrekk mange deltagere uttrykte var at ved å rette oppmerksomheten mot foten kan pasientenes nysgjerrighet og undring på seg selv vekkes. Når pasientene er kroppslig til stede, øker tilstedeværelsen. Det kan bringe sammenheng i livsfortellingen slik at den kan innlemmes i kroppen. Slik sett kan forståelse i pasientens egen livsfortelling skapes. Dette er noe som påvirker hele mennesket og pusten kan virke mindre anstrengt uttalte mange deltagere. Pasientene kan våge å gi slipp, slippe opp spenningene i kroppen og bruke minst mulig muskulær kraft, tørre å stole på beina og oppleve at det går fint. Flere deltagere vektla betydningen av å møte pasientene på deres behov, det kan gi påvirkninger helt ned i foten: «Det er jo en slags musikalitet dette her med å møte pasienten. Det å være i samklang da. Å møte dem der de er.»

Som en motsetning til å begynne behandlingen med foten beskrev flere deltagere at man kan begynne å arbeide med hodet og nakke. Det kan være merkelig å behandle foten hvis nakken eller hodet verker, nesten litt meningsløst uttalte noen deltagere. Andre ganger kan det handle om fjernhet, da kan pasientene være i kontakt med noe som er for overveldende å ta inn over seg. Da er foten lenger ut i terapien, de er ikke der. Foten er for langt borte. Med traumatiserte folk er foten for langt borte. Disse pasientene trenger å øve på å bruke musklene i fot og legg etter hvert. Både de som er gode til å sparke fra, og de som er gode å stå med, løftet en deltager frem.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres resultatene i lys av problemstillingen sett opp mot forskning og teori som er presentert i innledningen. Funnene drøftes under fire ulike overskrifter: Stress kan gi kroppslige uttrykk som kommer til syne i foten. Gjennom foten kan terapeutisk allianse og anerkjennelse skapes. Trygghet og forståelse kan skapes gjennom psykoedukasjon. Overlasten og bein som ikke bærer i møte med empati. Metodediskusjonen kommer til slutt og trekker frem styrker og svakheter ved metode og utførelse av studiet.

5.1 Diskusjon av resultater

Hensikten med denne studien var å finne hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har med foten i psykomotorisk behandling. Problemstillingen er følgende: *På hvilken måte erfarer psykomotoriske fysioterapeuter at de ser, møter og forstår pasientene via foten?*

Funnene viser hvordan vi kan forstå fotens plass som en vei inn til hvordan pasientene har det både fysisk og psykisk. Det kom spesielt frem at psykomotorisk PMF anser foten som inngangen til pasientenes følelsesliv, og det å skape et fundament kan gjennom foten føre til at pasientene blir tryggere. Jeg vil diskutere hvordan den fysiske foten kan skape et trygt fundament, og hvordan man gjennom en terapeutisk allianse med pasienten kan utforske og anerkjenne pasientens følelsesliv. Det vil jeg gjøre ved å drøfte hvordan kroppslige uttrykk, terapeutisk allianse og anerkjennelse kommer til uttrykk i foten. Det er viktig fordi foten åpner opp for nye måter å skape allianse på som kan gi trygghet der det fysiske og psykiske ses i sammenheng, noe som kan være utfordrende ved bare samtaler. Dette mener jeg er et viktig bidrag til psykisk helsearbeid ved at fokuset ikke kun er på det psykiske, men også på kroppen.

5.1.1 Stress kan gi kroppslige uttrykk som kommer til syne i foten

Det kom frem i studiet at ved å analysere foten kunne flere av deltagerne anta hvordan det sto til videre oppover i kroppene til pasientene. Deltagerne trakk frem eksempler som at å stå frempå foten kan være forenelig med å være i kroppslig alarmberedskap. Noe som endrer muskelbruken og gjør at vi utvikler holdningsmønstre som følge av stresspåvirkning (Bunkan, 2014, pp. 80-82). Stress er en form for aktivering som over tid påvirker kroppene våre (Nordanger & Braarud, 2017, p. 60; Skårderud et al., 2018, pp. 106, 113; Skårderud & Sommerfeldt, 2008, p. 1067; Sviland et al., 2007, p. 23). Resultatene viser at kroppene til disse pasientene ofte har sendt symptomer som lenge har blitt ignorert. Andre derimot er de som har kjent på stress, uro og utrygghet. Måten disse pasientene bærer kroppene sine på fra føttene og opp, kan komme av belastningene i livet og at livshistoriene tvinger frem endret kroppsholdning. Det vil si at stress som setter seg i kroppen kan endre kroppsholdningen som påvirker og stopper de frie bevegelsene og svekker evnen til å uttrykke seg (Bunkan, 2014, pp. 79-81; Sviland et al., 2007, p. 25). Thornquist (2005, p. 36) vektlegger at dette er en beredskapstilstand som kan gi beskyttelse, som over tid kan utvikle strukturelle endringer i kroppen og gir helseutfordringer og lite kontakt med den frie ledige kroppen. Kroppen blir nært sagt bagatellisert av den som har den, og oppfattet som noe jeg har. Denne

tingliggjøringen splitter kropp og sjel og sammenfaller med et dualistisk menneskesyn som reduserer mennesket (Thornquist, 2018, p. 37).

Gjennom behandlingsforløpet i psykomotorisk fysioterapi er formålet at pasienten skal kunne oppleve kroppen fleksibel og stabil, og kjenne at pusten og bevegelsene slippes til. Følelser som kommer til uttrykk, kan bli ivaretatt og slik sett kan kroppsholdningen endres (Bunkan, 2001, p. 2487; Sviland et al., 2012, p. 818; Thornquist & Bunkan, 1986, pp. 72-73). Dette gjelder moderate kroppsfunn og vektlegging av en omstillende behandling. Resultatene viser at deltagerne i dette studiet legger merke til at noen pasienter står frempå foten og noen bakpå hælen. Noen står og vipper, og noen griper med tærne. Dette er informasjon de bruker for å lage seg en antagelse av hvordan det står til videre opp i kroppen, som de sjekker ut med kroppsundersøkelsen. Det vektlegges også at det de ser i føttene følger en kjede videre oppover i kroppen. Foten er utgangspunktet for både kroppsholdningen og kroppsundersøkelsen, noe som sammenfaller med prinsippet om styrke kroppen nedenfra og opp (Thornquist, 2005; Thornquist & Bunkan, 1986, p. 73). Kroppsfunn som viser for høy belastning, kan ifølge Bunkan (2001, p. 2847) få en støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi, som går over tid. Den tar sikte på å stabilisere og gi støtte i kroppen, og unnlater å skape for mye avspenning. Ledd godt plassert oppå hverandre skaper gode kroppsakser og vektlegges i PMF, både i omstillende og støttende behandling (Bunkan, 2001, p. 2847).

I studiet kom det frem at når vekt bærende flater ikke kommer naturlig oppå hverandre, fører det til anspent muskulatur og låst pust som gjør det vanskelig å finne hvile. Dette kommer til uttrykk også i tærne som klorer seg fast i underlaget. Deltagerne trekker frem at det påvirker gangmønsteret som i sin tur avsluttes for tidlig uten skikkelig fraspark. Frasparket markerer retning og kraft. Det påvirker det diagonale gangmønster som i sin tur har innflytelse på pusten (Møyner, 2009, pp. 149-151). Slik sett kan vi forstå og få et innblikk i fotens viktige funksjon i kroppen som sammenfaller med forståelsen av å starte behandlingen i føttene. Det er i tråd med det Thornquist (2005, p. 36) beskriver at godt fotfeste leder til god forankring som i sin tur fremmer frie bevegelser og fri pust.

Det kom også frem av resultatene i studiet at manglede fraspark og kontakt med underlaget kan virke inn på fremdrift og retning i livet. Uten skikkelig fraspark får man ikke noe skikkelig retning. Det kan forstås som en ambivalent følelse preget av usikkerhet og kjennetegnes ved å være trukket frem og tilbake, overveldet av for sterke opplevelser. Et eksemplet er hat som ødelegger for kjærlighet ved at personer som rommer slike motstridene følelser i kroppene samtidig ofte ender opp med en ambivalent holdning (Sviland et al., 2007,

p. 24). I slike tilfeller endres balansepunktet og midtpunktet på foten kom det frem i resultatene. Malterud (2010, p. 2358) trekker parallellen til kroppslig beredskap. Hun sammenligner det med vedvarende kroppslig aktivering som følge av å være i kontinuerlig alarmrespons. Resultatene viste at spenningen er et uttrykk for å holde borte følelsesmessige reaksjoner som er for smertefulle for bevisstheten, det er en vanlig menneskelig reaksjon. Det trekkes frem eksempler på bein som har frosset fast, som skjelver eller har lite energi. Dette er mennesker som mangler forståelse av å komme seg vekk. De blir stående og holde ut. Det samsvarer med at sterke følelser som bevisst eller ubevisst undertrykkes lagres som kroppsspenninger i kroppene. Det er i tråd med det Thornquist og Bunkan (1986, p. 15) beskriver om at alt et menneske utsettes for på godt og vondt kommer til uttrykk i kroppen. Det fungerer som en emosjonell beskyttelse i form av endret kroppsholdning, der kroppen er med å regulere følelsen våre (Thornquist, 2005, p. 34). Kirkengen og Næss (2005, p. 208) kaller dette «toksisk stress», utløst av belastninger som ikke er blitt bufret på en adekvat måte som barn. Det lagres i kroppene og leder til fysisk og psykisk sykdom og er et relativt nytt begrep, først tatt i bruk i stressforskning i 2009. De trekker frem eksempler som sosiale tabuer som ikke tåler dagens lys, og overveldende belastninger (Kirkengen & Næss, 2005, p. 208). Dette kan sammenfalle med resultatet der deltagerne trekker frem eksemplet på pasientene som sliter med å få tyngden ned i kroppen og ned i foten. De som anstrenger seg for å holde seg oppe. Noen tar seg bare sammen og smiler, til tross for at de kjenner at noe er annerledes i kroppene sine. Det kan være bilde på en opp strammet kropp som tar seg sammen (Bunkan, 2001, p. 2847; 2014, p. 81).

Deltagerne vektla å ha med alle barometrene i kroppsundersøkelsen da det er lett å ta seg sammen i kroppsholdningen. Ekstensjonsmønsteret er eksempelet på et individ som tar seg sammen og retter seg opp mot tyngdekraften. Det gir høye spenninger i holdningsmuskulatur som jobber mot tyngdekraften for å holde oss oppe (Bunkan, 2014, p. 81). Noen av deltagerne løfter frem at dette er eksempler på pasienter som har spenningene høyt i kroppen. I nakke, kjeve og i munn. De merker knapt foten mot underlaget. Noen gjør det for å holde vanskelige følelser borte fra bevisstheten, og kontrollerer både kropp og følelser som gir innvirkning og hemmer pusten (Thornquist, 2005, p. 34). Resultatene viser at dette verken handler om god balanse eller god ergonomi. Det handler om at pasientene finner en stilling å hvile i. Det kan forstås som at terapeuten ser pasienten og de kroppslige belastningene pasienten står i, noe som uttrykkes i føttene. Føttene som en del av kroppen kan dermed være senter for samspillet mellom terapeut og pasient, der felles undring kan bringe en samtale på banen om det

pasientene kjenner i føttene og i kroppen. Det kan sette pasientene i kontakt med følelsene sine. Dette er i tråd med grunnforståelsen i psykomotorisk fysioterapi som sier at vi behandler hele mennesket, som et fysisk, psykisk og sosialt vesen, med en kroppslig inngang. Det deler fellestrekket med kroppsfenomenologien som sier vi er subjekt og objekt samtidig og at det er som kropper vi opplever omgivelsene rundt oss (Merleau-Ponty, 1994, p. 35; Moe, 2009, p. 18; Thornquist & Bunkan, 1986, pp. 16, 19).

5.1.2 Gjennom foten kan terapeutisk allianse og annerkjennelse skapes

Resultatet fra studiet trekker blant annet frem et bilde av pasienter som vingler på føttene. De som verken er frempå forfoten eller på hælen. Det påvirker både balanse, trygghet og stabiliteten i kroppen. Disse pasientene trekkes frem som de som strever med å finne hvile og retning i livet. Kroppsfunnene som kommer til syne i foten brukes aktivt av terapeutene til å skape undring slik at en samtale kan komme i gang. Det vektlegges en god og trygg relasjon (Bunkan, 2001, p. 2847). Noen ganger kan alliansen bygges ved å ta på foten, andre ganger bare ved å kjenne hvor tyngdepunktet er plassert. Det å undre seg sammen om det pasienten sanser i foten løftes frem i resultatet som noe som øker kroppslig tilstedeværelse. Schibbye (2012, pp. 253-255) beskriver terapeutisk allianse som noe som handler om tillitt, opplevelsen av å ha en person på sin side. Terapeutens imøtekommenhet og ikke dømmende holdning legger grunnlaget for samarbeid og støtte. Det kan sees på som kjernen i terapeutisk arbeid. Terapeuten rommer hele seg selv, og er seg selv bevisst. Det er denne bevisstheten og de tydelige grensene pasientene kan utfordre seg på, som muligens skaper denne trygge alliansen.

Å stå godt på foten kan vekke gode følelser og en opplevelse av at beina bærer. Samtalen omkring det pasientene sanser i foten eller andre steder på kroppen hører hjemme psykomotorisk fysioterapi. Gjennom inntonning som er et begrep brukt i utviklingspsykologien handler det om å møte pasientene slik de fremstår. Det bygges en bro mellom personenes indre opplevelsesverdener (Nordanger & Braarud, 2017, p. 13; Schibbye, 2012, p. 73). Gretland (2007, p. 206) betegner det som en terapeutisk oppgave og legger vekt på at pasientene som får mulighet til å utfolde seg og delta på egne premisser styrker egen person. Slik sett blir de i stand til å hevde seg sosialt, noe som kan være grunnlag for mindre kroppslig forsvar. Dette er forenelig med det som kom frem i resultatene der deltagerne uttrykte at pasienter som kjenner foten hvilende tungt i underlaget, kan gi etter for pust, slippe opp muskulære spenninger slik at fleksibiliteten i kroppen øker. For pusten og foten henger sammen. I resultatene kom det frem at vi også har pasienter som ikke er så gode med ord og

som ikke vil snakke så mye. For dem holder det kanskje å møte en omsorgsfull terapeut (Bunkan, 2001, p. 2847). En trygg relasjon er omsorg og kontakt. Den kan også skapes gjennom føttene.

5.1.3 Trygghet og forståelse gjennom psykoedukasjon

I resultatdelen kom det frem at et godt fundament kan være forenelig med gode følelser og noe man strekker seg etter i psykomotorisk behandling. Via føttene kan pasientene bli oppmerksomme på kroppen og få følelsen av å være her og nå. Det kan skape oversikt og kontroll hos pasientene, og være assosiert med glede. Det kan trigge nysgjerrigheten deres. Noe som ytterligere kan forsterkes ved å legge merke til forskjellene i føttene og kroppen før og etter behandling. Dette ble bevisst benyttet i behandling. Den økte kroppsfornemmelsen kan gi tilgang på følelsene og pusten kan slippes til (Sviland et al., 2007, p. 27). Det kan skape undring.

Å undre seg over seg selv kan i sin tur skape refleksjoner. Å reflektere er ifølge boken til Modum Bad (2014 s. 138-139) å være nysgjerrig på seg selv. I funnene er det forenelig med å undre seg over hvorfor man gjør som man gjør, utforske og forsøke å forstå egne reaksjoner. Få følelsen av å stå og gå for noe som er viktigere enn seg selv. Dette sansemessig sammenligningsgrunnlag som kan komme fra føttene kan motivere til en samtale, noe som trekkes frem i studiet. Refleksjoner handler om tankekraft og evnen til å tenke klart. Det handler om å undersøke det som skjer inni seg uten å flykte eller slukes fullstendig av det man kjenner i kroppen, og se ting fra flere sider. Godta at det finns flere løsninger. Slik sett dannes nye perspektiv, det benevnes som mentalisering (Fonagy & Bateman, 2006, pp. 2-3; Holbæk, 2014, pp. 138-139). Noe som bygger på at tanker får luft og stemme.

Når tankene får luft og stemme, og når de blir tatt imot kan følelser settes i sving ifølge funnene i studiet. Emosjonelle reaksjoner kan utløse gråt. Da er det godt å bli tatt imot av en samspillende terapeut som utstråler trygghet. Trygghet beror på trygg tilknytning og Schibbye (2012, s. 102-103) trekker parallellen til opplevelse av støtte og omsorg fra trygghetspersonene man har rundt seg som små barn. Hun vektlegger de autentiske voksne som mener det de sier og gjør. Det skaper en trygg base. Hun sier videre at barn som opplever å finne trygghet og støtte i sine omsorgspersoner utvikler et rasjonelt bilde av seg selv. Det styrker refleksiv utvikling, det vil si å skille mellom dine og mine indre og ytre opplevelser (Schibbye, 2012, pp. 102-103). Det er trygghetspersonene som legger til rette, møter behov og

reparer forhold som kan ha fått en brist grunnet en konflikt (Kirkengen, 2017, p. 20; Kirkengen & Næss, 2005, p. 216). Dette er i samsvar med resultatet som kom frem til at samspill med pasientene kan føre til at pasienten kan slippe muskulære spenninger i kroppen og oppleve seg avspent, stødig og plassert midt på foten. Det kan virke preventivt på psykiske belastninger.

Usikker tilknytning derimot står i kontrast til trygg tilknytning, går i arv i generasjoner og kan gi ulike psykiske og fysiske utfordringer. Det kan være så enkelt som at mor eller annen omsorgsperson gjentatte ganger ikke speiler et autentisk bilde av barnet tilbake til barnet, når det tar kontakt (Schibbye, 2012, pp. 102-103, 145-146). Når refleksjonene kommer til uttrykk og plager blir satt ord på kan verbal og kroppslig tilnærming gi fruktbare endringer hos pasienten, som i sin tur kan endre sine habituelle mønstre (Thornquist, 2006, p. 30). Dette kom tydelig frem i resultatet der et stort ytre press på prestasjon ga mye indre stress, og resulterte i ustø bein. Ved å jobbe med indre og ytre stabilisering endret det seg positivt.

Ved hjelp av psykoedukasjon som betyr å gi informasjon om plagene pasientene har, kan trygghet oppnås (Skårderud et al., 2018, p. 376). Når plagene disse pasientene kjenner på blir tematisert, satt ord på og forklart, kan stressaktiveringene pasientene kjenner dempes og gi stødigere bein. Nordanger og Braarud (2017, pp. 170-173) løfter frem behovet mennesket har av å forstå seg selv, sine reaksjoner og adferd. Når forståelse skapes i en trygg relasjon, der en plan for videre oppfølging utarbeides i felleskap, kan dette rasjonale skape endringer hos mennesket på tross av metode. Det viktige her synes å være at begge forstår det samme (Kierkegaard et al., 1964, p. 97; Nordanger & Braarud, 2017, pp. 170-173). Gjennom terapeutisk støtte kan tryggheten etableres. Denne brobyggingen mellom bevissthetene til terapeut og pasient skaper en felles forståelse (Schibbye, 2012, p. 161). I forlengelsen av det bygges også en bro mellom psyke og soma til pasienten. Foten kan gjenspeile hvordan pasientene har det i seg selv og kroppen lyver ikke, men det er ikke alltid den blir forstått, den trenger noen ganger å bli forklart, ifølge resultatene. Dette faller dermed naturlig inn i den psykomotoriske forståelsen som vektlegger mennesket som subjekt og objekt samtidig. Forståelsen som bringes på bane gjør det mer håndterlig for pasienten å forholde seg til egne plager og slik sett skapes muligheter til endringer som er positive for de selv (Råheim, 2003, p. 15).

5.1.4 Overlasten og bein som ikke bærer i møte med empati

For noen er ikke foten fundamentet. Det kan være andre steder på kroppen, i tenkningen for eksempel, kommer det frem i studiet. Dette er pasienter som kan ha låste tanker, låste følelser og en låst kropp. Kroppen deres har sendt signaler lenge som har blitt ignorert. «Det er vondt å se disse pasientene og høre deres historier», kommer det frem i studiet. Negative opplevelser fra barndom og oppvekst trekkes frem, forenelig med barndomsforgiftninger (Kirkengen, 2017, p. 20). Dette er mennesker som har utfordringer med å lytte til egne grenser. Grensene deres har blitt tråkket på, noe historiene deres bekrefter. Sykdom utvikler seg når mennesker må bruke mer krefter, enn det har kapasitet til for å holde borte vonde opplevelser. Når integriteten skades, skades menneskeverdet og krenkende opplevelser setter spor i menneskekroppen (Kirkengen, 2017, p. 17).

I studiet trekkes overlast frem og sammenlignes med et skip som ikke fungerer så godt. Det setter spor i kroppen og traume og dissosiasjon legges til grunn. Da kan ikke behandlingen starte i føttene, fordi pasientene er ikke der. Kirkengen og flere bringer inn begrepet allostase, som betyr at overlasten preger helt ned på cellenivå og kan forårsake alvorlige sykdommer (Kirkengen & Næss, 2005, pp. 56-57; Kirkengen & Ulvestad, 2007, p. 3229; McEwen, 1998, pp. 171, 172; Thornquist & Kirkengen, 2020, pp. 119-120). Perry og Szalavitz (2011, pp. 11, 81) legger vekt på hvordan kronisk overbelastning setter spor og endrer strukturen i hjernen og gjør nervesystemet overfølsomt og overaktivt. Matè støtter seg til Kirkengen og sier at kroppen som ikke blir tatt på alvor som en enhet er et sykdomstegn i samfunnet. Det handler om det helhetlige synet på menneske, der kropp og sinn må sees som ett (Maté et al., 2020, pp. 20-25). Det er sammenfallende med PMF og det Thornquist (2005, pp. 31-32) trekker frem om at langvarig beredskap kan komme av at personer har overstrukket seg, og legger mangel på omsorg og trygghet til grunn for utvikling av helseplager. Hun setter videre søkelyset på å skape et stødig fundament fra føttene og oppover i kroppen. Da kan tyngden komme ned, noe som kan føre til ledigere bevegelser (Thornquist, 2005, pp. 31-32). Studiet viser til at styrkende beinøvelser kan komme disse pasienten til gode, men ikke alltid. Noen ganger kan stabiliserende øvelser for beina påvirke psyken negativt, noe som kom frem i mastergraden til Knutsen (2022, pp. 48, 50). Det kan forstås som at det er forstyrrelser i nettverkene i hjernen på grunn av psykisk sykdom og manglende forventning til mestring (Brodal, 2004, pp. 28-30).

Når behandlingen ikke kan starte i føttene, kan man begynne med nakke og hodet, særlig hvis det er der smertene sitter. Det handler om å møte pasientene der de er, kom det frem i studiet.

Det bringer inn viktigheten av den empatiske holdningen til terapeutene. Gretland (2007, p. 210) benevner det som klinisk skjønn. Det handler om at terapeuten bruker sine egne sanser til å tilpasse intervensjonen som settes i verk i møte med de ulike pasientene. Det avhenger av terapeuten evne til empati og innlevelse, noe som følgelig også beror på hvilken menneskelige evner og kunnskaper terapeuten bærer med seg (Gretland, 2007, p. 210). Empati avhenger av evnen til å reflektere over seg selv og egne handlinger i samspill med andre. Det har stor betydning på affektreguleringen hos den andre, som kort vil si følelsesreguleringen (Skårderud et al., 2018, pp. 95, 96, 112). Det bringer inn begrepet mentalisering som nevnes i resultatene. Skårderud og Sommerfeldt (2008, pp.1066-69) vektlegger at det handler om at vi alltid fortolker hverandres følelser, tanker og meningen bak en handling. Det er noe vi gjør for å forstå oss selv og den andre. Vi er helt avhengig av denne sosiale kompetansen, da det handler om å regulere følelsene. Å ha en utvidet forståelse av den andre, gjør det vanskeligere å behandle den som en ting, derfor er evnen til å mentalisere sterkt avhengig av følelsespåvirkningen og relasjonen til den trygge andre (Skårderud & Sommerfeldt, 2008, pp. 1066-1069). I studiet kom det frem at det kroppslige opplevelsesaspektet ikke alltid trenger å bli tolket eller forstått og er slik sett i strid med det Skårderud og Sommerfeldt (2008) trekker frem om mentalisering. Det kan noen ganger bare være så enkelt at det handler om å lufte tankene og å bli hørt.

Når samspillet oppleves trygt, kan muligens nysgjerrigheten på føttene være det som bringer sammenhengen inn i livsfortellingen, slik at den kan innlemmes i kroppen. Det gjør noe med mennesket, ifølge resultatene i studiet. Å bli sett, møtt og hørt kan se ut som å spille den viktigste rollen i pasientmøtet. Forståelsen fra den viktige andre kan hele mennesket og gjøre at mennesket kan tre frem. Komme til syne og tørre å bare være (Schibbye, 2012, pp. 25-27). For mennesket kan heles i relasjoner. Det handler om å bli kjent med seg selv og egne sansefølelser og forstå at de gjelder for seg, de er ekte. Konteksten påvirker og preger mennesket i stor grad og kan lede til sykdom, i den grad at mennesket lar seg forme av personer og omgivelsene. Mennesket har tendens til å gi slipp på egen autonomi og finner seg i at reduseringen finner sted til fordel for trygghet som sikrer overlevelse og tilhørighet (p. 31). Dette er subjekt- objekt tanken som ligger dypt forankret i vår måte å se mennesket og verden på, forenelig med positivistisk reduksjon (Schibbye, 2012, pp. 31, 35).

5.2 Metodediskusjon

For at forskningen skal være gyldig vitenskapelig kunnskap må den være systematisk gjennomført og ha en kritisk refleksjon (Malterud, 2018, p. 17). I STC benytter Malterud begrepene refleksivitet, validitet og relevans til denne vurderingen (Malterud, 2018, pp. 19-25).

5.2.1 Forskerrollen og refleksivitet

Refleksivitet handler om å stille spørsmål til forskningens fremgangsmåte og resultater, ved å ha en undrende holdning til hele forskningsprosjektet (Malterud, 2018, p. 19). Som forsker i forskerrolle har jeg forsøkt å møte forskningen uten fordommer og være åpen for nye og uventede svar, og sette forforståelsen min til side ved å stille spørsmål til den underveis i prosessen (p.19). Dette gjelder særlig eget ståsted med fagbakgrunn som psykomotorisk fysioterapeut og teorigrunnet tilhørende videreutdanninger innenfor psykisk helsearbeid, jeg har med meg inn i forskningen. Forforståelsen og eget perspektiv har dermed vært med på å prege hele forskningsprosessen fra valg av tema, problemstilling, utvalg og spørsmål i intervjuguiden. Analysen og resultatene er også tolket gjennom meg og dermed settes mitt preg på denne forskningen. Samtidig kan min forkunnskap sees på som en styrke da jeg retter søkelyset der jeg mener det er behov for mer forskning, og har gjort meg i stand til å stille relevante spørsmål til fagfeltet. Forforståelsen har gjennom hele forskningsprosessen utvidet seg i takt med ny kunnskap og større forståelse omkring eget forskningstema. Kunnskapen har i møte med de erfarne og kunnskapsrike psykomotoriske fysioterapeutene utviklet seg fra del til hel og har av den grunn blitt ledet gjennom den hermeneutiske sirkelen i prosessen for økt forståelsen og flere spørsmål om det aktuelle tema (Malterud, 2018, p. 28).

Å forske på kollegaer kan være utfordrende og en svakhet i forskningen da det er lett å være ukritisk til det som blir sagt og at man unnlater å stille kritiske spørsmål (p. 155). I intervjuene var vi preget av samme fagbakgrunn og samme «stammespråk» opplevde jeg at forforståelsen var til nytte når det gjaldt å forstå innholdet i det som ble sagt og stille relevante oppfølgende spørsmål og dermed få dypere innsikt i forskningstema. Det ble utvekslet mye erfaring og kunnskap av noe jeg hadde kjennskap til, men på et mye dypere nivå. Speiling og gjentakelse av det som var blitt sagt ble brukt for å sikre samme forståelse. Alle deltagerne fikk avslutningsvis i intervjuet mulighet til å komme med avsluttende innspill relevant til temaet, noe flere av deltagerne benyttet seg av. Det kan sees på som en styrke i informasjonsinnhenting (p. 135). Motsetningsvis kan min interesse og forforståelse

muligens ha påvirket svarene som kommer til uttrykk i intervjuene, og sees på som en mulig svakhet ved studiet (p. 46). Andre datainnsamlingsmetoder kunne gitt andre resultater. Fokusgruppe og intervju observasjonsstudier er eksempler på slike metoder (pp. 70-71). Begrensningen i intervjuene ligger på meg da jeg er en uerfaren forsker og at intervjuteknikk tar tid å lære.

Underveis i studiet har jeg søkt opp og funnet litteratur som kunne understøtte og styrke mine funn noe som kan sees på som en styrke i tråd med beskrivelsene (Malterud, 2018, p. 47). Motsetningsvis kan svakheten være at jeg har rettet blikket mitt etter det som bekrefter funnene mine.

5.2.2 Validitet

For å være vitenskapelig kunnskap vurderes forskningen ut ifra validitet. Intern validitet vektlegger om forskningen har gitt svar på det den spør etter (Malterud, 2018, pp. 23-24).

En kvalitativ metode egner seg når man vil få frem subjektive erfaringer slik de fremstår for den enkelte og passer dermed godt til denne forskningen (p. 36). Problemstillingen har vært i en dynamisk endring gjennom hele forskningsprosessen. Oppgaven har blitt lagt frem tre ganger på masterseminarer, der innspill fra medstudenter, lærere og veileder er kommet med i betraktning når problemstillingen har endret seg. Det at problemstillingen har blitt justert gjør at den er mer tilpasset oppgaven og resultatene fra analysen. En kritisk holdning til problemstillingen kan sees på som intern styrke i dette studiet (p.121).

Intervjuguiden var utarbeidet på forhånd ut fra den første problemstillingen i prosjektskissen. Den ble ikke endret underveis ved intervjuene. Sett fra dagens ståsted burde den hatt mer spissede spørsmål, noe jeg vurderer som en begrensning ved den interne validiteten. Styrken derimot er at alle intervjuene følger samme struktur og at deltagerne var opptatte av foten i samtalen, som var lett å holde i gang og ga rike intervjuer (p. 134).

STC ble brukt som analysemetode. Den egner seg til å analysere semistrukturerte individualintervju systematisk og passer for forskere som meg med lite erfaring (Malterud, 2018, p. 97). Jeg brukte lang tid på analysen og fikk av den grunn med meg nyanser i datamateriale, noe jeg i slutten av analyseprosessen ser på som en styrke ved analysen og metoden. For å styrke den interne validiteten diskuterte jeg gjennomføringen av analysen med veileder og presenterte for medstudenter for å få tilbakemeldinger. Det å diskutere med

medstudenter og en erfaren veileder med kjennskap til mitt prosjekt og kunnskap om analysemetode har vært helt avgjørende for fremdriften og kvaliteten i mitt prosjekt. Møtene med veileder har vært regelmessig på høyskolen, på zoom og via e-post. Det har fungert som rettleiding under analyse, diskusjoner som løfter opp nye argumenter og av den grunn utvider forståelsesrammen i dette prosjektet. Dette ser jeg på som svært lærerikt. Veileder har støttet meg hele veien i prosjektet og gjort meg bevisst på egne valg. Han har hjulpet meg å løfte blikket og avgrenset meg når jeg har dykket litt langt ned i materien. I hele prosessen har han stilt kritiske spørsmål til prosjektet mitt og veivalg jeg har tatt. Det har hjulpet meg til å utvide perspektivet og dermed se flere løsninger. Det å få konstruktive tilbakemeldinger særlig når prosjektet gikk helt i lås, er en nødvendig del av forskningsprosessen og det å være en del av forskersamfunnet for å frembringe ny kunnskap, noe jeg vurderer som en styrke ved denne forskningen.

Ekstern validitet handler om forskningen kan overføres til andre utover denne gruppen jeg har forsket på (Malterud, 2018, p. 24).

Utvalget i denne studien var erfarne psykomotoriske kvinnelige terapeuter med klinisk erfaring fra kommunehelsetjenesten. To av deltagerne var pensjonister noe som kan begrense utveksling av ny kunnskap. Siden dette studiet vektlegger erfaring, ser jeg på pensjonsalder forenelig med mye kunnskap og en styrke ved forskningen. Yngre nyutdannede menn og kvinner kunne muligens gitt andre svar. Det gjelder også hvis utvalget hadde vært rettet mot spesialisthelsetjenesten.

Jeg har vektlagt beskrivelse av konteksten i alle intervjuene i metode delen (3.7.1). Det kan være en styrke ved forskningen, da det gir innsikt i hvordan intervjuene foregikk og hvordan informasjonen ble til (Malterud, 2018, p. 135). Andre forskere kan gjøre den samme forskningen, men svarene vil nok variere betinget av at samtalen tolkes gjennom forsker. Når det gjelder å overføre resultatene må jeg trekke en slutning om at funnene ikke nødvendigvis kan generaliseres da utvalget er lite og at det er mitt perspektiv som har fortolket dataene. Forskningen kan muligens ha en overføringsverdi til andre psykomotoriske fysioterapeuter og andre fagfeller i psykisk helsearbeid, da den vektlegger at foten som en del av kroppen kan skape kontakt med følelseslivet og livsfortellingene. I samhandling kan det gi pasienten en større forståelse av seg selv.

5.2.3 Implikasjon for praksis og relevans

For at forskningen skal være relevant er det viktig at den representerer kunnskap andre kan dra nytte av (Malterud, 2018, p. 21). Funnene i denne oppgaven viser at foten kan være en inngangsport til noen menneskers følelsesliv og at det kan skape muligheter for samspill. Gjennom et stabilt og trygt fundament kan mennesker slippe spenning og pusten kan slippes til, noe som samsvarer med grunnprinsippet i NPMF om starte behandlingen i føttene (Thornquist & Bunkan, 1986, p. 73).

Funnene sier også at det ikke alltid er slik. Deltagerne vektla at for noen pasienter kan det å jobbe med føttene derimot være for utfordrende, og kan virke mot sin hensikt. Det samsvarer med det Knutsen (2022) fant i sin masteroppgave der blant annet økt stabilisering i føttene ledet til destabilisering psykisk (Knudsen, 2022). Ut fra mine funn kan dette tyde på at vi må vurdere nøye om behandlingen kan og bør starte i føttene, selv ved støttende behandling. Ved noen tilfeller kan det å starte i føttene være for inngripende. Dette studiet viser at dette temaet trenger videre forskning, gjerne i førstehåndsperspektiv og på et høyere nivå. Det kan også tenkes at kvantitativ metode kunne tilført dette tema noe som ikke kom godt nok frem ved en kvalitativ studie.

Sett i lys av psykisk helsearbeid der jeg opplever at kroppen noen ganger blir litt «glemt», viser denne forskningen fordelen NPMF har ved å benytte en kroppslig inngang til mennesket. Via foten, som en viktig del av kroppen, kan man komme inn til personers følelsesliv og livsfortellingene. Det kroppslige perspektivet rettet mot føttene kan åpne opp for trygghet i relasjon gjennom å bli sett, møtt og forstått av den viktige andre personen (Schibbye, 2012, p. 253). Det kan skape et behandlingsklima som kan lede til forståelse og kan muligens bringe håp og fremtidsutsikter til pasienter med langvarige helseutfordringer. Når livshistoriene deles med en empatisk, anerkjennende og trygg terapeut styrkes alliansen. I en etablert allianse kan mennesket i samspill med en psykomotorisk fysioterapeut muligens få større forståelse av seg selv gjennom forklaringer og psykoedukasjon som kan lede til større utfoldelse (Ottensen & Mengshoel, 2016, pp. 32-33). I møte med det andre menneske kan det ut fra denne forskningen se ut som at trygghet i relasjon og en anerkjennende holdning kan gjøre det mulig for pasienter med langvarige helseutfordringer å våge å se fremover og «oppleve styrket egenverd og livskraft», som også er i tråd med definisjonen av psykisk helsearbeid (Andersen, 2023). Det å investere i menneskelig kontakt og tid der subjektet og objektet kan komme frem samtidig, kan muligens være kostnadsbesparende også på samfunnsnivå (Ottensen & Mengshoel, 2016, p. 32).

6.0 Konklusjon

Denne oppgaven i psykisk helsearbeid som har et psykomotorisk blikk, har forøkt å finne svar på hvordan psykomotoriske fysioterapeuter ser, møter og forstår pasientene gjennom foten. Dette er erfaringsbasert kunnskap, som en del av kunnskapsbasert praksis og et overordnet perspektiv i oppgaven. De empiriske dataene er innhentet via intervju av erfarne psykomotoriske fysioterapeuter. Det kom ut tre hovedfunn av analysen som ble diskutert opp mot teori.

Stress påvirker og kommer til uttrykk i hele kroppen også i føttene. En erfaren terapeut kan blant annet se på føttene og få forståelse for hvordan mennesket har det i seg selv. Forståelsen kan fungere som en inngangsport til det følsomme mennesket. Undring om hvordan man belaster føttene kan skape en felles arena for ytterligere samspill.

Føttene kan være en inngang til terapeutisk allianse og anerkjennelse gjennom sansemessige erfaringer som berøring eller bare ved å kjenne på tyngdepunktet. Refleksjoner som kommer i gang, kan danne grunnlaget for samtaler som uten fordommer bare kan handle om det som kjennes og oppleves i føttene. I møte med en trygg og empatiske terapeut kan psykoedukasjon forsøke å bringe forståelse til det som skjer i kroppen. Forståelse kan gjøre det lettere å akseptere plagene som finner sted og ta valg som kan skape endring og bedring for seg selv og helseplagene.

Alle disse temaene knyttes opp mot relasjon og det relasjonelle mennesket som trenger å bli sett, hørt, møtt og forstått. Når det skjer styrkes båndene mellom mennesker og er slik sett utviklende og kan skape bedring for psykisk og fysisk helse.

Dette studiet har vist at føttene kan være en viktig inngang til det andre mennesket, da føttene kan avsløre kroppslig belastning. Andre ganger er ikke pasientene til stede i føttene fordi tanker dominerer, noe som gjør det vanskelig å bygge kroppen nedenfra. Behandlingen kan kanskje starte et annet sted på kroppen, i samtale eller ved at noen bare er der. Det viktigste ser ut til å være relasjonen til det andre mennesket. «Å møte dem der de er», som det også ble sagt i intervjuene.

Referanseliste

- Andersen, A. J. W. (2021, 27.01.23). *Psykisk helse*. Store medisinske leksikon. Retrieved 01.05 from https://sml.snl.no/psykisk_helse
- Andersen, A. J. W. (2023, 28.03.23). *Psykisk helsearbeid*. Store medisinske leksikon. Retrieved 25.04 from http://sml.snl.no/psykisk_helsearbeid
- Andersen, A. J. W., Bøe, T. D., Fodstad, H., Ibaboa, V. A., Krogsæter, o., & Norvoll, R. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helse*, 5(2), pp 98 - 103. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01><https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01>
- Biel, A. (2017). *Anatomisk guide til bevæge-apparatet* (G. B. Fuusager, Trans.). FADL. (Trail guide to the body)
- Brodal, P. (2004). Det nevrobiologiske grunnlaget for balanse. *Fysioterapeuten*, Nr 8, 25-30.
- Brodal, P. (2017). *Sentralnervesystemet* (5 ed.). Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi : prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforsening (trykt utg.)*. 24 (121), 2845-2848.
- Bunkan, B. H. (2014). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid : å skape rom for hverandre* (3. utg. ed.). Universitetsforlaget.
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2022). Norwegian Psychomotor Physiotherapy: A scoping review. *Fysioterapeuten*, 2, 20-35. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/norwegian-psychomotor-physiotherapy-a-scoping-review/146142>
- Ekerholt, K. F., Mia. (1995). *Fotfeste En kroppsbasert behandlingsprosess*. Pax forlag.
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp* (Vol. 15). Universitetsforl.
- Fadnes, B., Brodal, P., & Leira, K. (2013). *Læringsorientert fysioterapi: teori og praksis*. Universitetsforlaget Oslo
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*, 188(1), 1-3. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012088>
- Fors, E. A., & Lunde, L.-H. (2015). *Håndbok i kognitiv terapi* (T. Berge & A. Repål, Eds. 2. utgave. ed.). Gyldendal akademisk.
- Gadamer, H.-G., Schaanning, E., & Holm-Hansen, L. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Pax.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Holbæk, I. (Ed.). (2014). *Tilbake til nåtid*. Modum Bad.
- Holck, P. (2022, 27.01.23). *Foten*. Store medisinske leksikon. Retrieved 30.04 from <https://sml.snl.no/foten>
- Holth, E. A. (2020). *Hvordan fungerer foten din*. Ullevåll kiropraktorklinikk. Retrieved 01.05 from file:///C:/Users/Acer/Downloads/last%20ned%20(1).pdf
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Abstrakt.
- Kierkegaard, S., Rohde, P. P., Lange, H. O., Heiberg, J. L., & Drachmann, A. B. (1964). *Samlede værker : B. 18 : Bladartikler, der staar i forhold til "forfatterskabet" / ved J.L. Heiberg og H.O. Lange ; Om min forfatter-virksomhed / ved A.B. Drachmann ; Synspunktet for min forfatter-virksomhed / ved A.B. Drachmann* ([3. udg.] gennemset og ajourført af Peter P. Rohde. ed., Vol. B. 18). Gyldendal.
- Kirkengen, A. L. (2017). Diagnose: barndomsforgiftning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 16-24. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-03>
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3 ed.). Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2007). Overlast og kompleks sykdom—et integrert perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 24, 3328-3331.

- Knudsen, K. A. D. (2022). *Som hånd i hanske: Psykomotorisk fysioterapi i tverrfaglig samarbeid om en behandling av en pasient med traumatiserende livserfaringer* [Høgskulen på Vestlandet]. Oria. https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_cdi_cristin_nora_11250_3017963&context=PC&vid=HH&lang=no_NO&search_scope=default_scope&adaptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any,contains,Som%20h%C3%A5nd%20i%20hanske&mode=Basic
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Leseth, A. B. T., Silje Maria. (2021). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Capelen Damm
- Lund, J. (2016). Basisbog i fysioterapi. In I. B. Bjørnlund, N. E. Sjöberg, & H. Lund (Eds.), (2 ed., pp. 547-565). Munksgaard Danmark.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning—forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 25(122), 2468-2472.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag 4. utg.* Universitetsforlaget.
- Maté, G., Jensen, C., & Maté, G. (2020). *Når kroppen sier nei : prisen vi betaler for skjult stress* (3. utgave. ed.). Flux forlag.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*, 338(3), 171-179.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax.
- Merleau-Ponty, M. (2004). *Maurice Merleau-Ponty: Basic Writings*. Psychology Press.
- Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fagartikkel i Fysioterapeuten*, 4, 17-21.
- Møyner, E. (2009). Opp fra benken - gå ut i livet. In Ekerholt Kirsten (Ed.), *Festskrift til Berit Heir Bunkan* (10 ed., pp. 147-159). HiO. <https://skriftserien.oslomet.no/index.php/skriftserien/article/view/553>
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforl.
- Norsk fysioterapeutforbund. (2023). *Psykomotorisk fysioterapi*. Norsk fysioterapeutforbund. Retrieved 25.04 from <https://fysio.no/psykomotorisk-fysioterapi>
- Ottensen, A., & Mengshoel, A. M. (2016). (U)synlig og (u)forståelig - avhengig av hva man retter blikket mot. *Fysioterapeuten*, 3/16, 30-33. https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/7497/84247/version/1/file/Kasuistikk_0316.pdf
- Ottesen, A., & Thornquist, E. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), 130-138.
- Perry, B. D., Szalavitz, M., & Silver, D. H. (2011). *Drengen, der voksede op som hund : hvad vi kan lære af traumatiserede børn om tilknytning, tab og heling*. Hans Reitzel.
- Rake, S. K., & Ahlsen, B. (2022). I spagaten - en diskursanalytisk tilnærming til hvordan psykomotorisk fysioterapi posisjonerer [Vitenskapelig artikkel]. *Fysioterapeuten*, 7/22, 36-41. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/i-spagaten-en-diskursanalytisk-tilnaerming-til-hvordan-psykomotorisk-fysioterapi-posisjonerer-seg-som-fagdisiplin-og-behandlingstilnaerming/144025>
- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi—innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 1, 14-18. https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/425/4856/version/3/file/0103_Fagartikkel.pdf
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.]. ed.). Universitetsforl.
- Skatteboe, U.-B. (2000). *Basal kroppskjennskap og bevegelseharmonier : videreutvikling av undersøkelsesmetoden Body Awareness Rating Scale, BARS - bevegelseharmonier* (Vol. 2000 nr 12). Høgskolen i Oslo, Avdeling for helsefag.

- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E., & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (2. utg. ed.). Gyldendal.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisation--a new theoretical and therapeutical concept. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 128(9), 1066-1069.
- Svenaesus, F. (2011). Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 14(3), 333-343.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke-hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity. A theory generating study*, 12, 23-28.
https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/526/5260/version/3/file/1207_Fagartikkel.pdf
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation--moved by respiration: embodied narrative identity--a treatment process. *Scand J Caring Sci*, 26(4), 811-819.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01024.x>
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling--En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 30-44.
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi; tenkning og tilnærming. *Utposten*, 5, 28-32.
- Thornquist, E. (2016). Psykisk helse, utfordringer og fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 4(16), 8-11.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapshistorie*. Fagbokforlaget.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlaget.
- Thornquist, E., & Kirkengen, A. (2020). Sammensatte lidelser: Et samfunnsspeil. In: Fagbokforlaget. Universitetet i Oslo. (2017, 20.03.2023 14:29). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. Universitetet i Oslo. Retrieved 01.05 from <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Universitetet i Oslo. (2020, 03.11.21 kl. 12:01). *Nettskjema-bilde-appen*. Universitetet i Oslo. Retrieved 01.05 from <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/fortroligedata-bilde.html>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforlaget.

Vedlegg 1

Intervjuguide

1. Innledende spørsmål:

- Hvor lenge har du jobbet med psykomotorisk fysioterapi?
- Hva er din erfaring med faget?
- Hvordan opplever du pasientmøtene nå som du har denne utdanningen til sammenligning med det å være fysioterapeut?

2. I psykomotorisk fysioterapi er det vektlagt at kroppen bygges nedenfra og opp. Vi starter med foten og skaper et solid fundament. (Tema er foten og fundamentet).

- Hva legger du i ordet fundament, hvor er fundamentet?
- Hvordan bygger du fundamentet, hva er din tilnærming?
- Hvilken fordeler er det å ha et fundament, hvordan påvirkes kroppen fysisk/psykisk?
- Hvordan kan fundamentet ha ulemper, er det noen ulemper?
- Hvorfor er det så viktig?

3. Ved noen pasient møter kan man høre at pasienten si «føttene blir slått vekk under meg», eller jeg mistet bakkekontakten (Tema er overlasten og traume)

- Hvilke pasienter uttrykker dette og er dette noe du møter i din hverdag?
- Hvordan reagerer du på det, hva får det deg til å tenke?
- Hvilke erfaringer har du i møte med disse pasientene, hvilke tiltak setter du i verk?
- På hvilken måte møter du disse pasientene, på hvilken måte spiller føtter en rolle her?
- På hvilken måte har psykomotoriske fysioterapeuter slik du ser det nok bakgrunnskunnskap for å håndtere disse pasientene, hvilke tiltak settes i verk?

4. Å miste bakkekontakten kan gi utfordringer fysisk og psykisk, hva legger du i det? (Tema er kroppslig uttrykk)

- Hvilke erfaringer har du med pasienter som har mistet bakkekontakt eller har lite kontakt med underlaget, hvilken rolle har foten og på hvilken måte uttrykkes fortiden i føttene?
- Hvordan ser du at fortiden til pasientene bæres i føttene, eller kommer til uttrykk der?
- Hvordan vet du at det de sier stemmer, hvordan ser det ut?

- Hvordan forklarer du dette til pasientene og hvordan forklares det til andre helseaktører, leger, helsesøster, NAV og lignende?
5. Å være hoppende glad kan kanskje forbindes med en kroppslig letthet eller lettelse. Har du erfaringer med at pasienter uttrykker noe lignende? (Tema er gjenopprettelse av kontakten med kroppen)
- I hvilken sammenheng opplever du det?
 - Når kommer dette til uttrykk og hvordan påvirkes du av det?
 - Kan du beskrive det kroppslige uttrykket hos disse pasientene både fysisk og psykisk?
6. Har du noe du ønsker å tilføye som du mener er viktig og må komme frem i dette intervjuet?

DATALAGRINGSPLAN

1. Sjekke om det finns eksisterende data relevant for prosjektet mitt?
Har gjort overfladiske litteratursøk, finner mye data omring kropp, slippe spenning, komme i kontakt med seg selv og psykomotorisk arbeid, lite spesifikt om foten.
2. Hvilke datatyper skal samles inn og hvordan?
Semistrukturerte intervju, basert på erfaringer fra 5-7 psykomotorisk fysioterapeuter.
Lyddoptak skal transkriberes og analyseres.
3. Er det behov for tillatelser?
Jeg må innhente tillatelse hos NSD, da dette erfaringsbaserte data.
4. Hvilke programvare vil bli tatt i bruk for å bearbeide og analysere data?
Office, Word.
5. Hvor skal dataene lagres?
Dataene skal lagres i OneDrive, sky basert lagring fra HINN.
6. Hvilke dataformat vil bli generert og gjort tilgjengelig?
PDF.
7. Organisering av data: Merking, organisering, registrering av filer i løpet av prosjektet, Ulike versjoner?
Hvert prosjekt får tittel på prosjekt, bokstav, nummer og dato.
Bokstav endres etter antall lignende prosjekt: Intervju A, Intervju B, Intervju C.
Nummer og dato endres i takt med versjonene.
Eksempel: Intervju A, 1, 08.05.22. Ny versjon: Intervju A, 2, 08.05.22.
8. Metadata: Er mine data selvforklarende?
Ja.

9. Tidsfrist for søkning til NSD og REK?

Jeg vil søke NSD, vente på godkjenning før datainnsamlingene kan begynne.

Anonymisere etter at intervjuene er transkriberte. Slette personopplysningen eller transkriberte intervju etter godkjenning av masteroppgave foreligger sommer 2023.

INFORMASJONSSKRIV

Vil du delta i forskningsprosjektet
«VIA FOTEN, INN I KROPPEN-
ET STEG MOT BEDRE PSYKISK OG FYSISK HELSE»?

Kjære kollega

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter på kommunalt nivå har med behandling av føtter hos pasienter med langvarige smerter. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er masterstudent i psykiske helsearbeid ved Høyskolen i Innlandet, og skal skrive en masteroppgave i psykisk helsearbeid rettet mot psykomotorisk fysioterapi. Jeg skal intervju 5-7 psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten som har erfaringer med behandling av pasienter med langvarige smerter. Jeg er nysgjerrig på foten og fotens påvirkning på kroppen hos denne pasientgruppen.

Formålet med prosjekter er å forsøke å finne ut om foten og fotens påvirkning kan lede til endring i den psykiske og fysiske helsen hos pasienter med langvarige smerter. Ved å intervju flere psykomotoriske fysioterapeuter med erfaring håper jeg å finne noen systematiske sammenhenger som kan gi svar på forskningsspørsmålet mitt som lyder:

«Hvordan opplever psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten at tilnærmingen via føttene påvirker den psykiske og fysiske helsen til pasienter med langvarige smerter?»

Denne masterstudien vil forsøke å belyse hvorfor tilnærmingen via føttene er så viktig også hos de pasientene som av ulike grunner har utfordringer med direkte berøring i psykomotorisk sammenheng.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen på Innlandet (HINN) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg henvender meg til deg fordi i denne studien ønsker jeg å intervju psykomotorisk fysioterapeuter med lang erfaring, og av geografiske hensyn flest som er bosatt i Sogn og Fjordane.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dette studiet benytter seg av et kvalitativt design som betyr å fremskaffe erfaringer fra psykomotoriske fysioterapeuter. Dataene blir hentet via intervju en-til-en, med en forhånds laget intervjuguide med ulike tema omkring foten og påvirkningen det har for psykisk og fysisk helse. Det blir tatt opp et lydopptak av intervjuene, som deretter skrives ordrett ned (transkribering). Intervjuet vil vare om lag en time. Du kan bestemme tid og sted, jeg kommer til deg. Hvis det er vanskelig å treffes, kan telefon benyttes.

Fordelen med å delta er at dine erfaringer og din stemme er viktig, og vil fremkomme i teksten anonymt. Du får anledning til å være med å kaste lys over hvorfor foten er så viktig i psykomotorisk fysioterapi, særlig med tanke på den psykiske og fysiske helsen hos pasienter som sliter med langvarige smerter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er bare studenten og veileder som vil ha tilgang til dine data.
- Dine data vil bli lagret i tråd med retningslinjene til HINN, og etter personvernkravene til NSD. Skybasert datalagring benyttes, der hvert av intervjuene får egen kode eller fiktivt navn, som merkes å tråd med datalagringsplan.
- Du vil bli anonymisert og ikke gjenkjennbar i skriftlig dokument i etterkant. Det er bare erfaringene dine som er interessante for studiet.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 02.05.2023, og når oppgaven blir godkjent, ca. juni/juli 2023 vil dine opplysninger blir slettet. Det gjelder lydopptak og transkriberte intervju. Inntil da vil disse opplysningen være anonymiserte og konfidensielt oppbevart.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra HINN har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Høgskolen på Innlandet ved Børge Baklien. Han er prosjektansvarlig for dette prosjektet sammen med student Inger-Berit Haugen.

- Børge Baklien, prosjektansvarlig, borge.baklien@inn.no, +4762430355.
- Student, Inger Berit Haugen, ingerha@online.no, +4790952605
- Vårt personvernombud på Høgskolen på Innlandet:
<https://www.inn.no/om-hogskolen/personvern/>

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig/veileder

Student

Børge Baklien

Inger-Berit Haugen

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Via foten, inn i kroppen- Et steg mot bedre psykisk og fysisk helse*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:


- å delta i intervju som blir tatt opp, lydopptak. Dette skal deretter skives ordrett ned og anonymiseres.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5

25.04.2023, 20:39 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

 Sikt

[Meldeskjema](#) / [Via foten inn i kroppen. Et steg mot bedre psykisk og fysisk helse.](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 367727	Vurderingstype Standard	Dato 27.05.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjektittel
Via foten, inn i kroppen. Et steg mot bedre psykisk og fysisk helse.

Behandlingsansvarlig institusjon
Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig
Berge Baklien

Student
Inger Berit Haugen

Prosjektperiode
23.05.2022 - 01.07.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.07.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar
OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET
Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2023.

LOVLIG GRUNNLAG
Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med

px://meldeskjema.sikt.no/62779f32-e236-4d60-a76f-3dc4ca6fba8/vurdering

1/2

prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaløser, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er psykomotoriske fysioterapeuter, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

Kontaktperson ved Personverntjenester: Silje Fjelberg Opsvik

Lykke til med prosjektet!