

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Oda Bentzrød

## Masteroppgave i psykisk helsearbeid

### **Sammen om helheten**

- Erfaringer med et tverrfaglig samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten

#### **Together about the whole**

- Experiences with an interprofessional collaboration between psychomotor physiotherapists and professionals in the school health service

Master i psykiskhelsearbeid

2020 – antall ord: 22 045

# Forord

Denne oppgaven har vært en del av mitt liv i over et år, og det føles rart å skulle slippe den fra meg. Samtidig er det gøy å kunne vise frem det jeg har jobbet med i denne tiden. Arbeidet med oppgaven er historien om den psykomotoriske fysioterapeuten som møtte seg selv i døren i det stresset før innlevering nesten tok overhånd. Det har vært prokastinering og frustrasjon, men også glede over å kunne dykke ned i et fagfeltet jeg virkelig brenner for.

Det er mange jeg vil takke som har hjulpet meg i arbeidet med denne oppgaven. Aller først vil jeg takke informantene som stilte opp og delte sine erfaringer, og viste et smittende engasjement for jobben sin og arbeid med ungdom. Jeg lærte utrolig mye av å snakke med dere.

Takk til veilederen min, Anne Mari Steigen, som med sin kunnskap på vennlig vis har dyttet meg videre i skriveprosessen, støttet og motivert meg, og holdt meg igjen de gangene jeg var i ferd med å skrive meg langt ut på viddene.

Familie, kjæreste og venner fortjener en stor takk for tålmodighet, omsorg, og hjelp til korrekturlesing.

Takk også til min arbeidsplass, som har tilrettelagt for at jeg kunne skrive denne oppgaven.

Oslo, 14.11.20

Oda



---

# Innhold

<b>INNHOOLD .....</b>	<b>4</b>
<b>NORSK SAMMENDRAG.....</b>	<b>7</b>
<b>ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT) .....</b>	<b>8</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>9</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	9
1.2 LITTERATURSØK OG TIDLIGERE FORSKNING .....	11
1.3 FORMÅL OG HENSIKT MED PROSJEKTET .....	12
1.4 PROBLEMSTILLING .....	12
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING .....	13
1.6 BEGREPSAVKLARINGER.....	13
1.6.1 <i>Psykomotorisk fysioterapi</i> .....	13
1.6.2 <i>Ungdom</i> .....	13
1.6.3 <i>Profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten</i> .....	14
1.6.4 <i>Psykisk helsearbeid og psykiatri</i> .....	14
1.7 FORFORSTÅELSE.....	14
<b>2. TEORETISKE PERSPEKTIVER .....</b>	<b>16</b>
2.1 TVERRFAGLIGHET OG TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	16
2.1.1 <i>Viktig i arbeid med ungdom</i> .....	16
2.1.2 <i>Ikke nødvendigvis en suksess</i> .....	17
2.1.3 <i>En jungel av begreper</i> .....	18
2.2 PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI OG KROPPENS Plass PSYKISK HELSEARBEID .....	19
2.2.1 <i>Hva er psykomotorisk fysioterapi?</i> .....	19
2.2.2 <i>Tradisjonelt en behandling med langtidsperspektiv</i> .....	20

2.2.3	<i>Fra dualisme til kroppen som en del av psykisk helsearbeid – Skal forkortes betraktelig</i>	21
2.2.4	<i>Psyke, kropp og fysioterapi i styringsdokumenter</i>	24
2.3	UNGDOMSHELSE	26
2.4	SKOLEHELSETJENESTEN	27
2.4.1	<i>Regjeringen satser på skolehelsetjenesten</i>	27
2.4.2	<i>Samhandling og tverrfaglighet i skolehelsetjenesten</i>	28
2.4.3	<i>Psykomotorisk fysioterapi, fysioterapi og skolehelsetjenesten</i>	30
<b>3.</b>	<b>METODE</b>	<b>31</b>
3.1	VITENSKAPELIG FORANKRING, OG DESIGN FOR INNHENTING AV DATA	31
3.2	INFORMANTENE OG REKRUTTERING AV INFORMANTER	31
3.3	BESKRIVELSE AV INFORMANTER OG TJENESTESTEDENE INTERVJUENE FORETATT PÅ	33
3.3.1	<i>Intervju 1</i>	33
3.3.2	<i>Intervju 3</i>	34
3.4	GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE OG TRANSKRIBERING	34
3.5	BESKRIVELSE AV ANALYSEN	36
3.6	ETISKE REFLEKSJONER	37
<b>4.</b>	<b>RESULTATER</b>	<b>41</b>
4.1	«DET BLIR FOR PERSONAVHENGIG AT MAN FÅR TIL SLIKE SAMARBEID, SAVNER RESSURSER OG FØRINGER OVENFRA»	42
4.1.1	<i>På toppen av en allerede overfylt jobb</i>	42
4.1.2	<i>Det må forankres på systemnivå – at vi har dette samarbeidet er for personavhengig</i>	43
4.2	«SÅ SAMMENSATT AT JEG IKKE HAR MULIGHET TIL Å FORSTÅ DET ALENE»	45
4.2.1	<i>Avgjørende for å se hele mennesket</i>	45
4.2.2	<i>Å ha kjennskap til hverandres fagfelt, og stille seg til disposisjon</i>	46
4.2.3	<i>Helsesykepleier som katalysator og koordinator</i>	47

---

4.2.4	<i>Viktig med faste møtepunkter, gjensidig initiativ, og tilbakemeldinger .....</i>	47
4.2.5	<i>Gruppe som tverrfaglig og meningsfylt forebygging.....</i>	48
4.3	<b>ET BIDRAG TIL HELHETEN, SAMTIDIG SOM KROPPEN ER VELDIG KONKRET.....</b>	50
4.3.1	<i>Får jobbet på en annen måte når man er tilknyttet skolehelsetjenesten.....</i>	50
4.3.2	<i>Å skape bevisstgjøring om egen kropp.....</i>	50
4.3.3	<i>En måte å nå de som ikke vil prate.....</i>	51
4.3.4	<i>Ønsket om en fast tilknytning til skolehelsetjenesten.....</i>	52
<b>5.</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>55</b>
5.1	<b>ET SAVN ETTER LEDELSE, MER RESSURSER, OG EN FAST STRUKTUR PÅ SAMARBEIDET.....</b>	<b>55</b>
5.2	<b>DET TVERRFAGLIGE SAMARBEIDET PÅVIRKES AV MANGE FAKTORER .....</b>	<b>56</b>
5.3	<b>PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI I SKOLEHELSETJENESTEN .....</b>	<b>61</b>
5.4	<b>PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI SIN Plass I FOREBYGGENDE (PSYKISK) HELSEARBEID.....</b>	<b>66</b>
5.5	<b>METODEDISKUSJON.....</b>	<b>68</b>
5.5.1	<i>Metodisk tilnærming.....</i>	68
5.5.2	<i>Datainnsamling.....</i>	69
5.5.3	<i>Analyse.....</i>	70
5.5.4	<i>Validitet, reabilitet og refleksivitet.....</i>	70
<b>6.</b>	<b>AVSLUTNING: .....</b>	<b>72</b>
<b>7.</b>	<b>REFERANSER .....</b>	<b>FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.</b>
<b>8.</b>	<b>.....</b>	<b>80</b>
	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>81</b>

---

## Norsk sammendrag

Dette er en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet.

Hensikten med prosjektet var å utforske hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter og profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten har med et tverrfaglig samarbeid i møte med ungdom.

Som metode har jeg brukt en kvalitativ fenomenologisk tilnærming, med fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. Datamaterialet er basert på to fokusgruppeintervjuer med henholdsvis tre informanter i hvert intervju, bestående av helsesykepleiere, psykomotoriske fysioterapeuter og en psykiatrisk sykepleier. Som analysemetode har jeg brukt Malteruds systematiske tekstkondensering (STC).

Resultatet fra min undersøkelse er delt opp i tre hovedkategorier: «Samarbeid blir for personavhengig», «Så sammensatt at jeg ikke har mulighet til å forstå det alene» og «Et viktig bidrag til helheten, samtidig som kroppen er veldig konkret». Informantene beskrev gode erfaringer med et samarbeid på tvers av profesjoner i arbeidet med ungdom, men at samarbeidet ble utfordret av avstand mellom tjenestene, lite ressurser, og mangel på føringer fra ledelsen.

Et tilbud som kan møte ungdom på en helhetlig måte, hvor både fysiske og psykiske aspekter, og sammenhengen mellom dem er i varetatt blir trukket frem som viktig i styringsdokumenter for forebyggende psykisk helsearbeid, og resultatene fra denne studien tyder på at psykomotorisk fysioterapi kan være et viktig bidrag i forebyggende arbeid med ungdom, og at den psykomotoriske kompetansen bør inn i skolehelsetjenesten.

Nøkkelbegreper:

«Psykomotorisk fysioterapi», «ungdom», «forebygging», «skolehelsetjeneste», «Tverrfaglig samarbeid», «psykisk helse»

## Engelsk sammendrag (abstract)

This is a thesis on the Master Programme in Mental Health Care at Høgskolen i innlandet

The aim of this project was to explore the experiences of psychomotor physiotherapists and professionals in the school health service with an interprofessional collaboration in meeting adolescents.

As a method, I used a qualitative phenomenological approach, with focus group interviews as a method for data collection. The data material is based on two focus group interviews with three participants in each interview, consisting of health nurses, psychomotor physiotherapists and a psychiatric nurse. As a method for analysis, I have used Malterud's systematic text condensation (STC).

The results of my research are divided into three main categories: "cooperation becomes too dependent on individuals", "So complex that I do not have the opportunity to understand it alone", and "An important contribution to the whole, while the body is very concrete". The participants in the interviews described good experiences with a collaboration across professions in the work among young people, but that the collaboration was challenged by the distance between the services, little resources, and lack of guidance from the management.

A service that can meet young people in a holistic way, where both physical and mental aspects, and the connection between them is taken care of, is highlighted as important in management documents for preventive mental health work, and the results from this study suggests that psychomotor physiotherapy can be an important contribution in preventive work with young people, and that the psychomotor competence should be a part of the school health service.

Keywords:

"Psychomotor physiotherapy", "adolescents", "preventive work", "school health services", "interprofessional collaboration", "mental health"



# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ungdommers psykiske og fysiske helse har vært et aktuelt tema de siste årene. En fjerdedel av jenter på videregående skole beskriver å ha daglige fysiske plager som hodepine og nakkesmerter, det sammen gjør en noe lavere andel av guttene, og antallet er i gradvis økning. Siden begynnelsen av 2010-tallet har omfanget av selvrapporterte psykiske plager økt blant jenter, og fra 2015 også blant gutter. Mest utbredt er typiske stressymptomer (Bakken, 2019, s. 77 og 81). I media har den oppvoksende generasjonen fått navnet «generasjon prestasjon», og det menes mye om den tilsynelatende økningen i helseplager skyldes. Samtidig satser regjeringen på forebyggende tjenester for barn og unge, og økt bevilgningene til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De ønsker å gjøre tjenesten mer tverrfaglig, for kunne hjelpe ungdom på flere måter. Tverrfaglighet og samhandling nevnes som en nøkkel til møte sammensatte utfordringer på en god måte, og bidra til god ressursutnyttelse i et helsevesen som er preget av stadige nedskjæringer og utfordringer med bemanning.

Psykomotoriske fysioterapeuter jobber i skjæringspunktet mellom psykisk og fysisk helse, og mange har en økende andel ungdommer på behandlingslisten som beskriver symptomer som muskelsmerter, hodepine, utmattelse, angst, depresjoner og spiseforstyrrelser (Ottesen & Øyenhaug, 2015). Fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter mener at denne type behandling må inn tidligere, og etterspør flere stillinger for fysioterapeuter i skolehelsetjenesten. De mener at kompetansen de sitter på kan styrke det tverrfaglige teamet i skolehelsetjenesten, og anvendes både i forebyggende og helsefremmende virksomhet for ungdom (Ottesen, Øyenhaug, & Bjorbækmo, Fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom - perspektiver og praksis, 2016).

Bakgrunnen for denne oppgaven ligger i mine egne arbeidserfaringer som psykomotorisk fysioterapeut i skolehelsetjenesten, og møte med ungdom i privat praksis. Jeg har opplevd både hvordan man kan bli sett på som en naturlig del av en tverrfaglig gruppe, og hvordan det bidrar til gode resultater for ungdommers helse, og å sitte på et behandlingsrom og jobbe mer

alene. Jeg har erfart at den psykomotoriske kompetansen har vært nyttig i møtet med ungdom, og at mange ungdommer har så uttalte symptomer at det er til hinder i deres skolehverdag. De erfaringene jeg har gjort meg, og diskusjonen blant fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter om vår rolle i arbeid med ungdom, har vekket min nysgjerrighet på hva slags erfaringer andre psykomotoriske fysioterapeuter har med å jobbe med ungdom.

Etter å ha gjort et litteratursøk, ble det tydelig at det ikke var gjort mye forskning på akkurat dette, med få unntak. Et av dem var en masteroppgave publisert ved Høgskolen i Hedmark. Her var nettopp psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med å jobbe med ungdom undersøkt gjennom spørreskjema. Respondentene som var psykomotoriske fysioterapeuter mente at det både var fordeler og utfordringer med å jobbe med ungdom, men at behandlingsformen var nyttig og relevant i møte med ungdoms selvrapporterte plager. Her kom det også frem at psykomotoriske fysioterapeuter erfarer at de ikke blir sett på som en naturlig del av det tverrfaglige samarbeidet rundt ungdom, og at det kan skyldes at potensielle samarbeidspartnere har lite kjennskap til behandlingstilbudet. Opaas selv mener at psykomotorisk fysioterapi bør være en naturlig del av et tverrfaglig samarbeidet innen arbeid med psykiske lidelser, og at psykomotoriske fysioterapeuter må bli mer synlige for potensielle samarbeidspartnere (Opaas, 2012).

Denne oppgaven brakte fokuset mitt over på dette tverrfaglige samarbeidet, og jeg bestemte meg for at det skal være mitt tema. Jeg har selv hatt en stilling hvor jeg er ansatt i skolehelsetjenesten, og dermed en naturlig del av dette samarbeidet, samtidig som jeg har erfart at samarbeidspartnere ikke nødvendigvis har kunnskap om hva psykomotorisk fysioterapi er, eller når det er aktuelt å henvise til denne behandlingen. Dette svarer til det Opaas (2012) fant i sin oppgave. Jeg er nysgjerrig både på psykomotoriske fysioterapeuters og aktuelle samarbeidspartneres tanker om dette, og hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter og aktuelle samarbeidspartnere har med et slikt samarbeid. I og med at ansatte i skolehelsetjenesten ofte er de som møter ungdom tidlig, og har et ansvar for å kartlegge risiko for psykiske og fysiske vansker (Helsedirektoratet, 2017), valgte jeg å fokusere på dem som samarbeidspartnere. Med bakgrunn i at det ikke er noen offentlig oversikt over hvilke psykomotoriske fysioterapeuter som har ungdom på sin pasientliste, valgte jeg å fokusere på

---

erfaringer fra steder der det allerede eksisterer et samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og skolehelsetjenesten, og dermed er blitt gjort erfaringer.

## 1.2 Litteratursøk og tidligere forskning

Det har blitt foretatt litteratursøk ved utarbeidelse av prosjektplan, og ved flere anledninger gjennom prosjektet. Bibliotekjentesten ved Høgskolen i Innlandet har bistått med søkerveiledning.

Det er søkt i AMED, PEDro, SweMed+ Oria og Google. Søkord som er benyttet, er psychomotor physiotherapy, physiotherapist, physical therapy modalities, public health nurse, school nurse, school health services, interprofessional relations, interprofessional collaboration, interdisciplinary, work team, patient care teams og body awareness. Norske søkeord som er brukt er psykomotorisk fysioterapi, helsesøster, skolehelsetjenesten, tverrfaglig (samarbeid) og basal kroppskjennskap.

At psykomotorisk fysioterapi er en norsk behandlingsform, gjorde at muligheten for å søke på internasjonale studier av dette begrenset. Men det var gjennomgående få treff på kombinasjon av søkeord som dekker temaene fysioterapi, tverrfaglig samarbeid og skolehelsetjeneste. Mye av forskningen på tverrfaglig samarbeid med skolehelsetjenesten ser ut til å være gjort på samarbeidet mellom skole og skolehelsetjenesten/helsesykepleier. I de artiklene hvor et slik samarbeid med fysioterapeuter beskrevet, var fokuset ivaretagelse av barn med astma eller overvekt. Et unntak var et prosjekt i Ski hvor det ble prøvd ut en avspenning-/kroppsbevissthetsgruppe på videregående skole ledet av en fysioterapeut, og hvor mange av øvelsene baserte seg på psykomotorisk fysioterapi, og både terapeutenes og ungdommers erfaringer med prosjektet ble beskrevet. Det er så langt jeg vet ikke gjort noen studier på et tverrfaglig samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og skolehelsetjenesten. Ettersom et slikt samarbeid er etterspurt av psykomotoriske fysioterapeuter, og regjeringen ønsker å styrke det tverrfaglige tilbudet i skolehelsetjenesten, ser jeg på det som viktig å vite mer om dette.

## 1.3 Formål og hensikt med prosjektet

Formålet med studiet er å vite mer om erfaringer fra et tverrfaglig samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og skolehelsetjenesten i arbeid med ungdom, og belyse eventuelle positive erfaringer og utfordringer ved et slikt samarbeid. Jeg ønsker og å vite hva som skal til for at et slikt samarbeid skal oppstå og fungere.

Jeg håper at oppgaven kan være et nyttig bidrag i debatten om hvordan vi i helsevesenet på kommunenivå kan utnytte de ressursene vi har til å møte ungdoms utfordringer, og i størst mulig grad oppnå god samhandling i arbeidet rundt ungdom. Jeg håper at den også vil føre til mer kunnskap om hvordan psykomotorisk fysioterapi kan bidra i en forebyggende tjeneste, og utfordre måtene kommuner organiserer sine psykomotoriske fysioterapeuter.

Hvordan er det for psykomotoriske fysioterapeuter som tradisjonelt har en behandlende rolle å jobbe med unge pasienter, og samarbeide med skolehelsetjenesten og helsesykepleiere, som har forebygging som sin forse? Og hvordan er det for de som jobber i skolehelsetjenesten å jobbe sammen med psykomotoriske fysioterapeuter, som har sin forståelse av kroppslige plager og utfordringer? I denne masteroppgaven ønsker jeg å utforske slike tverrfaglige samarbeid, og få økt kunnskap om erfaringer, tanker og ønsker hos de fagpersoner som jobber på denne måten. Med utgangspunkt i disse undringene, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

## 1.4 Problemstilling

**Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter og profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten med et tverrfaglig samarbeid rundt ungdom?**

Erfaring brukes i mange sammenhenger, og kan bety ulike ting. I denne sammenheng mener jeg erfaringen profesjonsutøverne har opparbeidet seg gjennom et tverrfaglig samarbeid med hverandre. Denne erfaringen handler også om deres tanker rundt samarbeidet, om det er nyttig, og hva som gjør at det fungerer og ikke.

## 1.5 Oppgavens oppbygning

Det andre kapittelet utgjør oppgavens teoridel, der teoretiske perspektiver presenteres. I kapittel tre redegjør jeg for metode og metodevalg, og hvordan jeg har innhentet, bearbeidet og analysert data. I kapittel fire presenterer jeg funnene fra studien, og i kapittel fem diskuterer jeg disse i lys av teori og forskning. Kapittel seks sammenfatter funnene, og sier noe om hva som kan være aktuelle for videre forskning.

## 1.6 Begrepsavklaringer

### 1.6.1 Psykomotorisk fysioterapi

Med psykomotorisk fysioterapi menes Norsk Psykomotorisk Fysioterapi, nærmere beskrevet i teorikapittelet. Jeg har også brukt forkortelsen PMF.

### 1.6.2 Ungdom

Jeg har i denne oppgaven valgt å definere ungdom til å være aldersgruppen 12-20 år, ettersom det inkluderer elever på ungdomsskole- og videregående trinnet, samt aldersgruppen som er dekket av tjenesten Helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017, s. 272)

### 1.6.3 Profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke betegnelsen profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten, ettersom det ikke kun er helsesykepleiere jeg har intervjuet. En profesjon kjennetegnes ved at man har tatt en bestemt utdanning, og i prinsippet har monopol på yrkestittelen, samt at samfunnet anerkjenner yrket som en profesjon. Å ha en profesjon innebærer også en høy grad av selvstendighet i yrkesutøvelsen, ettersom man «kan noe ikke alle kan» (Thornquist, 2009, s. 328 - 329).

### 1.6.4 Psykisk helsearbeid

Redaktørene i Tidsskrift for psykisk helsearbeid definerer begrepet slik:

*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, s. 102)*

Begrepet brukes gjerne i sammenhenger hvor man tidligere brukte ordet psykiatri, som er benevnelsen på spesialiteten innenfor medisinen som gjelder psykiske lidelser, samt fag og teorier som lå bak tilnærmingen. Mens *psykiatri* kanskje assosieres med kun psykologer og leger, inkluderer psykisk helsearbeid tverrfaglighet, og at flere yrkesgrupper kan være med å forme fag og praksis (Bøe & Thomassen, 2007). I denne oppgaven benyttes både *psykiatri* og *psykisk helsearbeid*, ettersom faget også settes i en historisk kontekst.

## 1.7 Forforståelse

Fordi jeg selv har jobbet i en stilling som psykomotorisk fysioterapeut ansatt i et tverrfaglig team i skolehelsetjenesten, er min forforståelse ganske betydningsfull, og vil naturligvis farge utformingen og gjennomføringen av prosjektet. Jeg har erfaringer med et samarbeid lignende

det jeg undersøker, og har tanker og forventninger rundt nytteverdi og utfordringer. Min egen erfaring er at den psykomotoriske kompetansen er nyttig i møtet med ungdom, og at det å være ansatt som en del av, og lokalisert på samme sted som skolehelsetjenesten muliggjør samarbeid i en helt annen grad enn å jobbe på institutt. I tillegg er jeg selv psykomotorisk fysioterapeut, og min forståelse av dette faget, vil derfor ha en mer personlig karakter enn forståelsen av for eksempel helsesøster- eller sykepleierfaget. Utfordringen knyttet til forforståelsen min ved gjennomføring av prosjektet vil være å beholde en mest mulig nøytral og utforskende rolle.

## 2. Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet blir det gjort rede for teoretiske perspektiver knyttet til problemstilling og konteksten studien gjennomføres i. Jeg begynner med å redegjøre for hva tverrfaglig samarbeid innebærer, og hvorfor det er viktig. Videre beskrives psykomotorisk fysioterapi som fag og filosofien det er tuftet på. Innunder det blir forståelsen av kropp og sinn gjennom tidene tematisert, samt kroppens plass i styringsdokumenter for forebyggende arbeid og psykisk helsearbeid. Ungdoms subjektive helseplager presenteres i et eget underkapittel, før det blir gjort rede for skolehelsetjenestens funksjon og formål, samt krav til tverrfaglighet, og en utdypning av hvordan psykomotoriske fysioterapeuter argumenterer for at de bør være en del av tjenesten.

### 2.1 Tverrfaglighet og tverrfaglig samarbeid

#### 2.1.1 Viktig i arbeid med ungdom

Samarbeid på tvers av tjenester trekkes frem som avgjørende for å møte dagens og fremtidens helseutfordringer, og for å utnytte ressursene i helsevesenet godt nok, og gi innbyggere den helsehjelpen de trenger. WHO oppfordrer helsemyndighetene til å implementere strategier for å øke det tverrfaglige samarbeidet i sitt område, og at helsemyndigheter og utdanningssystemer må samarbeide for å legge til rett for tverrfaglig samarbeid. Politikere bør implementere tverrfaglighet i allerede eksisterende systemer, og heier frem suksessfulle initiativer og team (World Health Organization Department of Human Resources for Health, 2010, ss. 9-10 og 13).

Studieinstitusjoner oppfordres det også til å ha et stort fokus på tverrfaglig samarbeid i de ulike studietreningene innenfor helsefag, slik at ferdigutdannede helsearbeidere er klare til å samarbeide med andre profesjoner (World Health Organization Department of Human Resources for Health, 2010). I samhandlingsreformen trekkes dårlig samhandling kanskje er den største utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor, og dårlig koordinerte tjenester pekes på som og lite effektiv ressursbruk (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s. 13).

Kommunene har et lovmessig krav om å samordne sine tjenester og tjenesteytere, men hvordan de velger å organisere det er opp til kommunen selv. (Regjeringen, 2017, s. 50).



Særlig i arbeid barn og ungdom, påpekes viktigheten av tverrfaglighet av flere, for å få til tidlig innsats og forebygging. Galvin og Erdal skriver at samarbeid mellom de ulike tjenestene som arbeider med barn og unge, vil kunne gi bedre kvalitet i tilbudet, og at man er avhengig av et slikt samarbeid for å få frem et helhetlig bilde av situasjonen, og hvordan barnet har det (Galvin & Erdal, 2017, ss. 21-24). Van Roy og Larsen beskriver viktigheten av tverrfaglighet for å kunne møte og forstå ungdom med sammensatte plager (Van Roy & Larsen, 2014). I styringsdokumenter for psykisk helsearbeid, understrekes viktigheten av tverrfaglighet for å møte de utfordringene barn og ungdom har, og det uttrykkes et behov også her for en bedre samordning av tjenestene. Problematikken kan være sammensatt, noe som kan kreve ulike tiltak, men som settes inn samtidig, og da blir koordinering mellom tjenestene viktig. Barn og ungdom foretrekker også tjenester som kan hjelpe på flere områder, slik at de slipper å fortelle sin historie gang på gang, til ulike tjenester - de ønsker én dør inn til hjelpeapparatet. Ettersom symptomer på psykiske problemer kan være diffuse, kreves det en helhetlig vurdering av situasjonen, både fysisk psykisk og sosialt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019, s. 48 og 51; Regjeringen, 2017, s. 50). De kommunene som har lyktes med å gi barn og unge et godt hjelpetilbud, er de som har etablert gode rutiner for samhandling og koordinering av hjelpetilbudet på tvers av sektorer og forvaltningsnivå, og hvor tjenestene er kjent med hverandres ansvarsområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019, s. 49).

### **2.1.2 Ikke nødvendigvis en suksess**

Men ikke all forskning peker i retning av at tverrfaglig arbeid alltid gir suksess. Cameron, Lart og Bostock (2016) har gjort to systematiske gjennomganger av forskning på tverrfaglig samarbeid i Storbritannia. De fant lite påviselig effekt av en slik felles innsats, og mener at regjeringens strategi for å forbedre samarbeidet mellom helse- og sosialtjenester kun har medført svært få påviste forbedringer. Imidlertid peker de på at det kan være vanskelig å vurdere effekten av slike tiltak, og etterspør bedre metoder for å evaluere resultatet av ulike samarbeidsmodeller. Willumsen & Ødegård mener at man i Norge ikke har lyktes med å utvikle et godt tverrfaglig samarbeid, til tross for at det fremheves i styringsdokumenter og lovverk. De mener at det ikke er nok med politiske intensjoner, og at det trengs utvikling av både teori og praksis om samarbeid som kan gi bedre tjenester (2016, ss. 35-36).

### 2.1.3 En jungel av begreper

Det er mange begreper som blir brukt for å beskrive et samarbeid på tvers av fag og profesjoner, og det kan gjelde samarbeid både på individnivå og på strukturnivå. På individnivå snakkes det blant annet om «tverrprofesjonelt-», «flerfaglig-» og «tverrfaglig arbeid». Internasjonalt brukes ulike begreper som «interprofessional collaboration», «inter-disciplinary collaboration», «multi-disciplinary collaboration», «collaborative care» og «joint working». På systemnivå snakkes det blant annet om «tverrstrukturelt-» og «tverretatlig samarbeid» (Willumsen, Sirnes, & Ødegård, 2016, s. 20; Willumsen, 2016, s. 38). Ødegård peker på at mens samarbeid trekkes frem som svaret på mange problemstillinger, og noe myndighetene legger mye vekt på, er det innen forskning vanskelig å finne klare sammenhenger mellom samarbeid og ulike konsekvenser for brukerne, og få metaanalyser gjort på temaet tverrprofesjonell samarbeidsforskning. Han stiller spørsmål ved om det skyldes at fenomenet «samarbeid» er vanskelig å gripe, og at det er så mange ulike begreper som brukes, og at analysearbeidet derfor blir vanskelig. Kanskje er samarbeid noe vi vet vi bør gjøre, men vet helt hva er (Ødegård, 2016, ss. 113-114). Dette støttes av D'Amour, Ferrada-Videla, Rodriguez, & Beaulieu (2009) som har gjort en litteraturanalyse innenfor temaet tverrfaglig samarbeid, for å finne rammeverk som kunne øke forståelsen av dette. De konkluderte med at «samarbeid» er brukt på mange måter, og finnes mange rammevekt for tverrfaglig arbeid, men at de fleste kun gir retningslinjer for det strukturelle ved samarbeidet, og hvem som skal samarbeide, og ikke for hvordan samarbeidet skal foregå. De mener at samarbeid innenfor helsevesenet er så komplekst, at vi trenger mer forskning for å forstå det, ikke bare som et profesjonelt foretagende, men også en menneskelig prosess.

I min oppgave utforsker jeg erfaringene ulike profesjonsutøvere har med å jobbe sammen om ungdom. Willumsen & Ødegård (2016, s. 39), har valgt å bruke begrepet «tverrprofesjonelt» om et slikt samarbeid fordi det ligger tett opp mot det som brukes internasjonalt, «interprofessional collaboration», og fordi det kan være vanskelig å avgrense fag. Jeg har imidlertid valgt å bruke «tverrfaglig» fordi jeg tror det er et mer allment kjent begrep, og forholder meg til Galvin og Erdals definisjon:

---

«Tverrfaglig samarbeid er når flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål» (Galvin & Erdal, 2017, s. 25)

Nyansene i ulike begreper innenfor samarbeid på tvers av fag er spennende, men blir for omfattende å skille mellom i denne oppgaven. Det jeg er opptatt av, er informantene jeg skal intervjuer sine erfaringer med samarbeid seg imellom i møte med ungdom.

## 2.2 Psykomotorisk fysioterapi og kroppens plass psykisk helsearbeid

### 2.2.1 Hva er psykomotorisk fysioterapi?

Psykomotoriske fysioterapi (Norsk psykomotorisk fysioterapi) er en behandlingsmetode som inkluderer både det fysiske og det mentale aspektet, og er basert på en forståelse av at kropp og sinn er udelelig. Det er ikke den diagnosespesifikk behandling, men symptomer ses i sammenheng med kroppen som helhet, og hvordan endringer ett sted skaper ringvirkninger i andre kroppsdelene og funksjoner. Behandlingsformen har et kroppsfenomenologisk utgangspunkt, hvor kroppen ses på som bærer av liv og historie, og kropp og følelser er sammenvevd – kroppen både uttrykker og regulerer følelser, for eksempel ved å spenne muskler holder tilbake følelsesuttrykk som gråt, skrik og sinne. Den grunnleggende forståelsen er at stress, bekymringer, konflikter, traumatiske opplevelser og livsbelastninger virker inn på kroppen, og kan gi utslag i form av smerter, slitenhet, og endret respirasjon og bevegelsesmønstre. Målet er en generell omstilling av kroppen, og oppnå en stabil kropp uten unødige spenninger som hemmer respirasjon og bevegelser. Omstilling av respirasjon er et av de viktigste momentene i behandlingen, og dette skjer indirekte, ikke via aktive pusteøvelser. Behandlingen begynner med en kroppsundersøkelse, og virkemidler som brukes i behandlingen kan være bevegelser, øvelser, og ulike former for massasje og sansestimulering. Behandlingen har også fokus på hjelp til selvhjelp, og sikter mot at pasienten skal få økt kontakt med kroppen, og bli bevisst på, og reflektere rundt sine kroppslige reaksjoner og reaksjonsmønstre, og hvordan kropp og følelser henger sammen. Samtalen har en viktig plass i psykomotorisk fysioterapi. Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utarbeidet fra sluttet av 1940-årene av psykiater Trygve Braatøy (1904 – 53) i samarbeid med fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (1906-2001). Kompetansen til å utøve psykomotorisk fysioterapi kan nå

oppnås en videreutdanning på OsloMet med påfølgende mastergrad innenfor psykisk helsearbeid, eller via masterutdanning ved Universitetet i Tromsø eller Høgskolen på Vestlandet (Thornquist, 2006; Norsk fysioterapeutforbund, u.d.; Bunkan, 2001).

### **2.2.2 Tradisjonelt en behandling med langtidsperspektiv**

Tradisjonelt har de fleste henvisninger til psykomotorisk fysioterapi kommet fra allmennpraktiserende leger (Bunkan, 2001). Siden januar 2018 har pasienter ikke lenger trengt henvisning til lege for å komme til fysioterapeuter med driftstilskudd, men kunnet ta kontakt selv. Pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi er i hovedsak kvinner som rapporterer langvarige betydelige plager på områdene subjektive helseplager, depressive symptomer, tilbøyelighet til angst, og lav livskvalitet. Svært mange er også plaget av søvnvansker (Breitve, Hynninen, & Kvåle, 2008).

Tradisjonelt har også behandlingen et langtidsperspektiv, ettersom det tar tid å skape endringer i kroppslige vaner og spenningsmønstre som har vart i årevis. Det begrunnes også med at omstillingen i kroppen blir mindre smertefull, og mer varig, ettersom pasienten får tid til å bearbeide de følelsesmessige endringene, og øve seg på nye handlingsmåter. Akutte kroppslige problemer som skyldes stress eller lignende, kan imidlertid bedres på kort tid (Bunkan, 2001). Jeg har som sagt funnet lite forskning på psykomotoriske fysioterapi rettet mot barn og unge, selv om det utgjør en viss andel av pasientene som går til psykomotorisk behandling. I 2017 fikk 3437 barn og unge mellom 0 og 25 år behandling hos psykomotorisk fysioterapeut (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019). Gudrun Øverberg, som er et svært kjent navn innenfor psykomotorikken, skriver om psykomotorisk fysioterapi til barn, og reflekterer rundt at det er vanskelig å tenke seg at barn kan være plaget av muskelsmerter og stivhet, og at det er lett å si at det går over. Hun påpeker at barn sjelden undersøkes med tanke på ansenhet som bakgrunn for plagene, både fordi det underkjennes, og fordi helsevesenet ikke vet hvordan (Øverberg, 2014, s. 149).

Trygve Braatøy var opptatt av at det skulle være et nært samarbeid med andre profesjoner under behandlingen av pasienter, og de fleste psykomotorikere ønsker fortsatt å ha et slikt

---

samarbeid enten med psykolog eller psykiater (Thornquist, 2006; Bunkan, 2001). Breitve, Hynninen & Kvåle (2008) mener at det i tråd med Braatøy og Bülow-Hansens intensjon kan være nyttig for psykomotoriske fysioterapeuter å arbeide i tverrfaglige team med yrkesgrupper som også har kompetanse på psykisk helse. Dette både på grunn av potensiell erfaringsutveksling mellom profesjonene, og for sikrere vurdering av alvorlig depresjon og eventuell selvmordsrisiko.

### **2.2.3 Fra dualisme til kroppen som en del av psykisk helsearbeid**

Filosofen René Descartes (1596-1650) regnes som grunnleggeren av den nyere filosofien, og den første som formulerte skillet mellom kropp og sinn. Han mente at det fysiske og det mentale må være to grunnleggende ulike substanser – det fysiske har utstrekning i rommet, mens det mentale karakteriseres ved at det tenker. Denne tankegangen får under betegnelsen substansdualisme (Karlsen, u.d.; Tranøy & Ore, u.d.). Denne tankegangen har lagt grunnlaget for mye av vår forståelse av sykdom, med somatikken på den ene siden, og psykiatrien på den andre (Engel, 1977, s. 131).

Mens Descartes gikk så langt at han betvilte eksistensen av sin egen kropp (Karlsen, u.d.), møter hans tankegang motstand, særlig hos Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) som mener at det er gjennom kroppen at vi eksisterer og lever våre liv. I følge Merleau-Ponty er kroppen fundamentet for forståelsen av verden, og det er gjennom kroppen vi er i verden, handler, erfarer, kommuniserer, uttrykker oss, lærer, og skaper mening. Han sier blant annet at «Vi har ikke en kropp, vi *er* vår kropp» (Merleau-Ponty, 1994, s. 169). Og «Kroppen er den transcendentale betingelse for intersubjektivitet» Merleau-Ponty, gjengitt i (Stubberud, 1972, s. 120), det er gjennom den vi har kontakt med omverdenen og medmennesker.

Denne tankegangen legger han også til grunn for forståelse av sykdom, og hvordan sykdom påvirker mennesket (Merleau-Ponty, 1994).

I senere tid har sammenhengen mellom kropp og sinn fått ytterligere oppmerksomhet, og hvordan vi forstår sykdom har endret seg. I 1977 skrev George Engel om begrensningene i den biomedisinske modellen, og presenterte den biopsykososiale modellen som ikke kun tar hensyn til biologiske faktorer, men også tar hensyn til psykososiale og miljømessige faktorer.

(Engel, 1977, s. 132). Modellen har siden blitt brukt som rammeverk for forståelse av sykdom, og da særlig psykisk sykdom, men har også fått kritikk for å ikke ha godt nok vitenskapelig grunnlag, og for å ikke ta hensyn til pasienters subjektive opplevelse av egen sykdom (Malt, u.d.).

I norsk kontekst er to av de som er særlig opptatt av sammenhengen og sammenvevningen mellom kropp og psyke, og det kunstige skillet mellom de to, legene Kirsti Malterud og Anna Luise Kirkengen. Kirkengen og Næss (2015) skriver om hvordan forskere nå kan bevise at psykososiale fenomener som krenkelser, traumer, stress og andre livsbelastninger påvirker celler, hormoner og nervesentre, og kan settes i sterk sammenheng med utvikling av kroniske smertetilstander og andre langvarige kroppslige plager, og at «skillet mellom fysiske og psykiske stressfaktorer er kunstig». (Kirkengen & Næss, 2015, ss. 18-19). (Getz, Kirkengen, & Ulvestad, 2007) skriver at langvarig overbelastning av menneskets fysiologiske tilpasningsevne kan lede til helseskade, og at det som blir ansett som henholdsvis psykiske og fysiske belastninger, kan resultere i de samme fysiologiske forstyrrelsene, som smertetilstander, kronisk utmattethet, angst og depresjon m.m. De poengterer at det som blir oppfattet som en samtidighet av slike sykdommer, som depresjon og smerte, ikke bør ses på som en samtidighet, men at det kan bunne i samme type overbelastning. De mener at kunnskapen om hvordan erfaring påvirker menneskets biologi må påvirke hvordan det jobbes med helsefremmende og forebyggende arbeid.

Malterud (2010) reflekterer rundt praksisen/trangen til en del leger har med å plassere pasienters plager enten i den psykiske båsen, eller den fysiske, og hvordan kroppslige symptomer som ikke lar seg forklare ved objektive funn, antas å skyldes psykiske problemer. Hun peker på hvordan det fenomenologiske perspektivet med fokus på menneskelivet, erfaringer og hvordan pasientene selv forstår årsakene til sine plager, er viktig for å forstå hjelpe pasienter med kroniske smerter.

Særlig innenfor det psykomotoriske fagfeltet, er det publisert flere studier som ser på sammenhengene mellom livserfaring, livsbelastninger og utvikling av langvarig kroppslig smerte hos voksne. Wanvik (2011) har intervjuet kvinner med diagnosen fibromyalgi, og fant en sammenheng mellom langvarig fysisk og psykisk stress og utvikling av tilstanden, og at for

---

flere av informantene en objektivisering av kroppen, med manglende evne til å forstå kroppens signaler og dermed ignorering av disse. For flere av informantene presenterte de kroppslige symptomene seg allerede i ungdomsårene.

Også hos ungdom ses sammenheng mellom/samtidighet av kroppslige og psykiske symptomer. Av ungdommer på 13-18 år som gikk til behandling for psykiske lidelser på BUP i Trondheim i 2009-2011, rapporterte 70 % å ha kroniske smerter, og av dem 35 % å ha kroniske smerter flere steder i kroppen (Manglerud, Bjerkeset, Lydersen, & Indredavik, 2013). Van Roy og Larsen (2014) beskriver møter med ungdom med sammensatte plager, og hvordan fysiske symptomer hos kan være uttrykk vanskelige opplevelser og tanker. De mener at problematikken må forstås utfra et helhetlig og perspektiv som erkjenner interaksjonene mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold. De understreker at det er «avgjørende at helsetjenesten bruker to ører for å lytte til kroppens budskap», og at helsepersonell som jobber innenfor somatikken har en «portvaktfunksjon» for å avsløre bakenforliggende årsaker til kroppslige symptomer.

Sammenhengen psyke i og kropp i form av fysisk aktivitet, har blitt etablert innen forskning. Historisk har fysisk aktivitet vært koblet til mental helse, og spesielt depresjon. (Martinsen, 2018, ss. 24-26) De siste årene har fysisk aktivitet og trening fått stor oppmerksomhet, særlig innen forebygging og behandling av depresjon og angst. Fysisk aktivitet og trening ser ut til å kunne ha like god effekt på slike plager som samtalerapi og medisiner (Martinsen, 2009), og ungdommer som er fysisk aktive, rapporterer i mindre grad symptomer på angst og depresjon enn de som ikke er aktive (Kleppang, Hartz, Thurston, & Hagquist, 2018; Eime, Young, Harvey, Charity, & Payne, 2013). Martinsen (2009) nevner at erfaringer fra trening og fysisk aktivitet an gi økt forståelse for kroppslige symptomer, og at refleksjoner rundt dette kan brukes videre inn i terapeutiske samtaler. Utfra dette kan det sies at kroppen plass innen psykisk helsearbeid er etablert.

## 2.2.4 Psyke, kropp og fysioterapi i styringsdokumenter

Endringen av synet på kropp og sinn som to adskilte deler, til å se dem i sammenheng, finner vi spor av i styringsdokumenter for helsetjenestene. Ottesen og Thornquist (2015) har sett på hvordan kroppen blir fremstilt i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid (blant annet opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2006 og veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunen fra 2005, samt utdanningsplaner i psykisk helsearbeid på videreutdannings- og masternivå fra mellom 2011-2014), og konkluderer med at sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse også her er lite tematisert. Blant annet finner de at ordet «kropp» nesten er fraværende i opptrappingsplanen for psykisk helse noe som er i utakt med dokumentasjonen som finnes. De etterlyser økt oppmerksomhet på kroppen og sammenhenger mellom psykisk og somatisk helse i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid.

Deres studie ble gjort på dokumenter som nå er relativt gamle, og i dokumenter av nyere dato kan man finne noe av det samme, men også en tendens til noe av det de etterspør. I samhandlingsreformen fra 2012 er ordet «kropp» kun benyttet i forbindelse med temaene overvekt, rehabilitering av skade på kroppsdel og kroppsøving, og ikke innenfor temaene knyttet til psykisk helsearbeid (St.meld. nr. 47, 2008-2009), og i folkehelseinstituttets, rapport/kunnskapsoversikt om forebyggende tiltak for barn og unges helse, er ordet kropp først og fremst brukt ved omtale av kroppsbygge og kroppsideal i forbindelse med spiseforstyrrelser. Likevel er forfatterne i sistnevnte rapport også tydelige på at den fysiske og psykiske helsen er uløselig knyttet sammen, og at vi trenger mer kunnskap om sammenhengene mellom fysisk og psykisk helse for å i større grad kunne forebygge uhelse mer effektivt. Her nevnes eksempler på sammenhenger som at fysisk sykdom øker risikoen for angst og depresjon, og at psykiske vansker kan føre til bruk av avhengighetsskapende stoffer, som kan skade den fysiske helsen (Skogen, Smith, Aarø, Siqveland, & Øverland, 2018, s. 17). Også i regjeringens strategi for god psykisk helse, understrekes det at fysisk og psykisk helse skal ses i sammenheng (Regjeringen, 2017, s. 13). Fokuset i denne planen kan dog sies å være særlig på hvordan livsstil og fysisk aktivitet henger sammen med den psykiske helsen (Regjeringen, 2017). En tydelig endring sees imidlertid i regjeringens proposisjon til ny opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse, som i februar 2020 ble vedtatt av Stortinget. Også der nevnes riktignok «kropp» stort sett i forbindelse med kroppspress og selvfølelse, og utvikling av



---

spiseforstyrrelse, men i ulike deler av planen, legges det fokus på sammenhengene mellom kropp og sinn, og det er også et avsnitt med tittelen «Psykisk og somatisk helse – en helhet». Der tydeliggjøres det at man ikke kan ha et kun fysisk eller psykisk fokus i møte med ungdommers plager, og at mange av symptomene som barn og unge sliter med ikke kan eller bør kategoriseres som enten psykiske eller somatiske, men ses under ett. Derfor vil det være behov for en helhetlig tilnærming fra helsepersonell som har kunnskap om sammenhenger mellom psykisk og somatisk helse. Videre nevnes det hvordan psykiske problemer kan gi søvnforstyrrelser, spenninger og smerter i kroppen, og at det som starter som stress etter hvert kan gi utslag i somatiske symptomer. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019, ss. 50-51). Det understrekes også hvordan dette stiller krav til hjelpetjenestene om tverrfaglighet og en helhetlig vurdering av kropp, sinn og sosiale forhold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019, s. 49). I denne proposisjonen er også psykomotorisk nevnt. Det er dog ikke nevnt som en aktuell tjeneste for samarbeid rundt ungdom, men som en av helsetjenestene ungdom har brukt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019, s. 11).

Noe av det samme ser vi i veilederen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som kom i 2017. Der vektlegges fysioterapeuters kompetanse på betydningen av fysisk aktivitet hos barn og ungdom, og de anbefales trukket inn i samarbeidet for å unngå mye sittestilling, og ved høyt fravær i gym (Helsedirektoratet, 2017, s. 183 og 196). Men det understrekes også at fysioterapeuter har kompetanse på vurderinger knyttet til bevegelsesapparatet og kroppslige uttrykk for psykiske problemer, og at skolehelsetjenesten bør samarbeide med og vurdere henvisning til fysioterapeut om barn og ungdom som ved gjentatte ganger oppsøker skolehelsetjenesten med fysiske «vondter» med bakgrunn i mistanke om bakenforliggende årsaker. Videre skrives det at de kan bidra til å undersøke og vurdere sammenheng mellom kroppslige og psykiske plager, og er relevante ressurser i oppfølging av ungdom med psykiske plager (Helsedirektoratet, 2010, ss. 105, 236, 260 og 303).

Også innenfor oppbygningen av sykehus kan det se ut til at det skjer endringer. I regjeringens strategi for god psykisk helse, forutsettes det at nærheten mellom somatiske og psykiske helsetjenester styrkes, og at ved utvikling av nye tjenester eller ny organisering, bør samlokalisering av sykehusfunksjoner vurderes (Regjeringen, 2017, s. 31). Et eksempel på

dette er Haukeland universitetssykehus i Bergen, hvor de er i ferd med å samle alle behandling av barn og unge, fra 0-18 år, både psykiatri og somatikk under ett tak, kalt Barne- og ungdomssjukehuset i Bergen. Her er tanken at «ekspertene skal komme til barnet», og at de skal få hele sitt tilbud, både utredning, behandling, opphold, skolegang og behandling på ett sted (helse-bergen.no, 2020).

## 2.3 Ungdomshelse

Ungdataundersøkelsen har siden 2014 kartlagt ungdommers subjektive opplevelse av helse, og helseplager. Andelen ungdommer som er fornøyd med egen helse, har gått gradvis ned de siste årene, og det snakkes mye om at dagens ungdom kjenner mye på stress og press. Omfanget av fysiske helseplager har økt de årene det har vært kartlagt gjennom Ungdata, men mest for jenter. Blant jenter ser også plagene ut til å øke gjennom ungdomsårene. På videregående rapporterer omtrent 25 prosent av jentene å ha daglige fysiske plager, det samme gjelder rundt 10 prosent av guttene. Plagene som er mest utbredt er hodepine og smerter i nakke og skuldre, tett fulgt av magesmerter. Noen færre opplever ledd- og muskelsmerter, kvalme og hjertebank. Også bruken av smertestillende medikamenter som ibux, og paracet er utbredt, 19 prosent av videregåendelevende og 16 prosent av elevene på ungdomsskolen rapporterer å bruke slike medikamenter daglig, flere ganger i uken, eller ukentlig. Av det som i undersøkelsen defineres som psykiske plager, er stressymptomer det mest utbredte. I 2019 beskrev 16 prosent av jentene og 6 prosent av guttene å ofte den siste uken ha kjent på så mye stress at de har problemer med å takle det. Prosentandelen som har kjent på dette *noen ganger* er henholdsvis 39 og 23 (s.75). Skolen er det området flest unge opplever press på, med det å se bra ut eller ha en fin kropp som nummer to. Andre psykiske plager er heller ikke uvanlig - Så mye som en av fire jenter fra ungdomsskolen til videregående oppgir å være ganske eller svært mye plaget. Slike plager innebærer å bekymre seg mye for ting, føle at alt er et slit, ha søvnproblemer, føle seg ulykkelig, trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på framtida, eller å føle seg stiv og ansent. For gutter er tallene en del lavere (Bakken, 2019, ss. 76-80).

---

## 2.4 Skolehelsetjenesten

### 2.4.1 Regjeringen satser på skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste, og hjemlet i lov om helse- og omsorgstjenester og forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (Helse- og omsorgstjenesteloven -hol, 2011). Formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdom og skader, bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). Regjeringen vurderer også å utvide formålet med tjenesten ytterligere til også å inkludere behandling og oppfølging av barn og unge for både psykiske og somatiske tilstander, for å skape et lettere tilgjengelig behandlingstilbud for barn og unge, og ha en mer effektiv ressursbruk. I denne sammenheng nevnes et tettere samarbeid med lege (Regjeringen, 2017, s. 50). Helsestasjon- og skolehelsetjenesten har en sentral rolle i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid, og følger over 95% av barna i Norge fra fødselen av (Helsetilsynet, 2014, s. 7). Skolehelsetjenesten er et tilbud for barn på 5-20 år. Alle skoleelever skal i utgangspunktet komme i kontakt med skolehelsetjenesten, blant annet gjennom helsesamtaler med helsesykepleier på 1. og 8. trinn (Helsedirektoratet, 2017, s 208-209). Helsestasjon for ungdom (HFU) er et gratis helsestasjonstilbud for ungdom opp til 20 år, som også er tilgjengelig for de som ikke går på skole. Det skal være et supplement til, og ikke istedenfor skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017, s. 272).

Regjeringen har de siste årene ønsket å styrke det forebyggende arbeidet for barn og unge, og helsestasjons- og skolehelsetjenesten i særdeleshet, og har satt av midler til det. I 2017 var det totalt bevilget 1 mrd. kroner til tjenesten. Helsesykepleiere er den største gruppen i helsestasjons- og skolehelsetjenestene, rundt 60 prosent av årsverkene var i 2016 helsesykepleiere. Formålet med de økonomiske midlene har vært å øke antall årsverk for helsesykepleiere, men også styrke tjenesten med andre yrkesgrupper for å få til et bredere tverrfaglig samarbeid, for eksempel jordmor, fysioterapeut, psykolog og lege. Fra 2013-2016 økte antall årsverk i skolehelsetjenesten med 648 (Regjeringen.no, 2016; Regjeringen, 2017, s. 49; Haugan & Hartvedt, 2016, s. 8).

I UngData-tallene fra 2019 oppgir 39% av ungdomsskoleelevene, og 35% av elevene på videregående skole å ha brukt helsesykepleier på skolen det siste året. For HFU er tallene henholdsvis 9 og 21 prosent (Bakken, 2019, s. 67). En undersøkelse gjennomført i blant ungdomsskoleelever i Oslo i 2015 45 prosent av elevene hadde brukt skolehelsetjenesten én gang det siste året, mens 10 prosent hadde brukt den tre ganger eller mer. Her kom det også frem en tydelig kjønnsforskjell i bruken av tjenesten, særlig blant de som hadde brukt den tre ganger eller mer, hvor det gjaldt 12 prosent av jentene, og syv prosent av guttene. Guttene var generelt mer tilfreds med egen helse enn jentene (Gammelsrud, Kvarme, & Misvær, 2017). Det samme finner vi igjen i Ungdata-tallene fra 2019 (Bakken, 2019, s. 65). Gammelsrud et al. (2017) fant også at det å ha høy grad av helseplager, og da særlig depressive plager, angstplager, eller en fysisk plage, øker sannsynligheten for å ha brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer. Det kunne også se ut som fysiske plager er viktigere for gutters bruk av skolehelsetjenesten enn for jenter.

## **2.4.2 Samhandling og tverrfaglighet i skolehelsetjenesten**

Skolehelsetjenesten skal jobbe tverrfaglig, og ha et helhetlig perspektiv på forebygging (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s. 29). De er også pliktet til å ha et systemrettet samarbeid med andre tjenester i kommunen, og de skal samarbeide med andre relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle vansker. Instansene som er nevnt er skole, koordinerende enhet i kommunen, barnevernet, den ansvarlige for kommunens folkehelsearbeid, psykolog og øvrige psykiske helsetjenester og den offentlige tannhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017, s. 145). På samme måte som kommunen skal tilby helsestasjonstjenester, skal det også være tilknyttet fysioterapeut til kommunen. Det kan gjøres enten ved at kommunen ansetter fysioterapeuter, eller at de inngår avtaler med private tjenesteyter (Helse- og omsorgstjenesteloven -hol, 2011). Helsestasjon- og skolehelsetjenesten bemanning skal bestå av helsesykepleier og lege, og bør knytte til seg fysioterapeut (Helsedirektoratet, 2017, s. 8). En kartlegging av årsverk i skolehelsetjenesten fra 2010 viser at denne tjenesten rundt om i landet er svært lite tverrfaglig sammensatt, og at både lege og fysioterapeut er delvis fraværende, og i liten grad blir trukket inn i tverrfaglige møter. I motsetning til helsesøsterressursene, har antall årsverk for fysioterapeuter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten sunket med 35 årsverk (til 202) fra 1994-2008, og de fleste jobber med barn på 0-5 år. Det ble da vurdert behov før å øke med

---

439. I snitt var det 0,01 fysioterapeut tilknyttet skolehelsetjenesten pr 100 barn på 6-19 år (Helsedirektoratet, 2010, ss. 42-66). I 2016 var det i snitt 3,5 prosent av årsverkene innen skolehelsetjenesten tilknyttet ungdomsskolen som var fysioterapeuter, og 2,1 prosent på videregående. På helsestasjon for ungdom var tallet kun 0,4. Det var kun noen få fylker som hadde fysioterapeut tilknyttet videregående skole og HFU. Det er i denne kartleggingen ingen oversikt over eventuell videreutdanning hos disse fysioterapeutene (Haugan & Hartvedt, 2016, ss. 15-17). Kostra-tall fra 2019 viser at det var 273,9 årsverk for fysioterapeuter tilknyttet «forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste (Norsk fysioterapiforbund, 2020). Om dette er en økning fra 2010 er vanskelig å si ettersom tallene er presentert ulikt, men trolig er det en økning i hvilken del av helsestasjons- og skolehelsetjenesten denne økningen har skjedd, sier tallene ingenting om. Nasjonal minstenorm for normering tilsier at en fysioterapeut i 7 prosent stilling kan følge opp 100 barn på ungdomsskole og videregående, noe som tilsier at det trengs 56 prosent fysioterapeut for å følge opp 880 ungdommer (Helsedirektoratet, 2010, s. 49).

Det er i de nasjonale faglige retningslinjene lagt stor vekt på at skolehelsetjenesten skal samarbeide med skolen, blant annet med å bidra i undervisning i grupper eller klasser. Temaer som er nevnt som aktuelle, er blant annet psykisk helse, søvn og pubertet, kropp og seksuell helse (Helsedirektoratet, 2017, s. 150). Samhandling er også nevnt i anbefalingene for helsestasjon for ungdom (HFU), som er et helsestasjonstilbud til ungdom opp til 20 år. De bør ha et samarbeid med ulike instanser for å sikre helhetlige tilbud på hjelpen som ungdommene tilbys. Tjenesten bør også ha oversikt over aktuelle tilbud og tjenester for ungdom. Her nevnes ikke fysioterapitjenesten i kommunen eller psykomotorisk fysioterapi. (Helsedirektoratet, 2017, ss. 277-278). Heller ikke under anbefalingen om at skolehelsetjenesten bør bidra til at barn og ungdom kan være fysisk aktive, er fysioterapeuter nevnt som en aktuell samarbeidspartner, til tross for at henvisning både ergoterapeut og frisklivssentralen er nevnt som aktuelle tiltak (Helsedirektoratet, 2017, ss. 181-183).

Det er opp til ledelsen av tjenesten å kartlegge kompetansebehovet i tjenesten i forhold til lokale utfordringer, utenom det som er nevnt spesifikt i lovverket. Det er også opp til ledelsen å vurdere hvem som er aktuelle samarbeidspartnere å knytte til seg (Helsedirektoratet, 2017,

ss. 5-6). Det nevnes at forutsetningene for et godt samarbeid er at samarbeidende aktører har kunnskap og bevissthet om egen og andre aktørers rolle og kompetanse, en klar forståelse av hvilket ansvar som følger rollene, og en ledelse som legger til rette for flerfaglighet og har kjennskap til hva de enkelte aktørene kan bidra med i samarbeidet (Helsedirektoratet, 2017, s. 184). Det vil si at det er opp til den enkelte leder å ha eventuell kjennskap til psykomotorisk fysioterapi, og vurdere om det er en aktuell samarbeidspartner skolehelsetjenesten, og legge til rette for et slikt samarbeid. Men også at psykomotorikere har kunnskap om skolehelsetjenestens.

### **2.4.3 Psykomotorisk fysioterapi, fysioterapi og skolehelsetjenesten**

Jeg har som nevnt ikke funnet at det er gjort noen studier på samarbeidet mellom psykomotoriske fysioterapeuter og andre helsetjenester. Derimot har psykomotoriske fysioterapeuter etterlyst flere stillinger rettet mot ungdom, og påpekt at mange ungdommer har behov for en slik behandlingstilnærming. Ottesen, Øyenhaug og Bjorbækmo (2016) mener at fysioterapi i skolehelsetjenesten ikke bare skal dreie seg om vekt og fysisk aktivitet, men at fysioterapeuters kompetanse om kropp og bevegelse knyttet til erfaringer, og samspillet mellom kropp, følelser og psyke også er nødvendig i denne tjenesten. De merker seg at det er få fysioterapeuter knyttet til ungdomsskolen, videregående skole og helsestasjon for ungdom, og stiller spørsmål ved om tjenesten har tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse til å møte deres komplekse helseutfordring. De mener at ungdom har behov for å forstå sine kroppslige uttrykk og plager, skille det fra sykdom, og lære hvordan de selv kan ivareta sin psykiske helse, håndtere stress og forholde seg til vanskelige følelser. Hvor mange psykomotoriske fysioterapeuter som er tilknyttet denne tjenesten, har jeg ikke funnet noen oversikt over. I en annen kronikk skriver Ottesen og Øyenhaug (2015) igjen at den tverrfaglige kompetansen i skolehelsetjenesten bør utvides, da med fokus på psykomotorisk fysioterapi, og at byråkrater og politikere bør tenke bredere, slik at skolehelsetjenesten bedre tilpasser seg «generasjon prestasjon» og deres stressrelaterte og psykiske helseplager. De mener at psykomotoriske fysioterapeuters spisskompetanse med helsefaglig kroppslig tilnærming vil styrke teamet i skolehelsetjenesten, og at det kan forhindre mange legebesøk og MR-undersøkelser, og dermed være pengebesparende.

---

## 3. Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for bakgrunnen for valg av metode for innsamling og analyse av data, gjennomføring av prosjektet, og metodiske overveielser underveis.

### 3.1 Vitenskapelig forankring, og design for innhenting av data.

I denne oppgaven har jeg forsøkt å få frem erfaringene og tankene psykomotoriske fysioterapeuter og ansatte i skolehelsetjenesten har rundt et tverrfaglig samarbeid rundt ungdom, og deres synspunkter og opplevelser, gjennom en kvalitativ tilnærming. Den vitenskapsteoretiske forankringen i oppgaven ligger derfor i hermeneutikk og fenomenologi. Hermeneutikken går ut på å forstå fenomener, ikke gjennom logisk analyse, men ved å leve seg inn i det man studerer. Hermeneutikken innebærer å bruke empati som kilde til kunnskap, og for å tolke og forstå, og hermeneutisk teori oppfattes som den vitenskapelige begrunnelsen for kvalitative metoder (Thurén, 2009, s. 104 og 172). Fenomenologien er en beskrivende metode, og det er den menneskelige erfaring man bestreber seg på å beskrive. I fenomenologisk utforskning av praksisfeltet studeres fenomener fra et innenfra-perspektiv og nedenfra-perspektiv. Vi prøver å forstå utfra et subjektivt perspektiv hvordan det er å oppleve noe, og hvordan det erfares, og hvilken betydning det har for personen. Samtidig etterstrebes det å bygge opp en teori nedenfra gjennom å studere hva praktikere gjør, fremfor å analysere praksisutøvelsen i lys av bestemte teorier, (ovenfra og ned symbolsk sett) (Thomassen, 2006, ss. 83 og 170-171). Designet jeg har brukt for innhenting av data er fokusgruppeintervju, som gjerne brukes når man ønsker å få frem mange forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179)

### 3.2 Informantene og rekruttering av informanter

I kvalitative undersøkelser er det sjelden aktuelt å rekruttere informantene tilfeldig, ettersom jeg jo ønsket informanter med erfaring med fenomenet jeg undersøkte, og det var derfor en strategisk utvelgelse av informanter (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016, ss. 116-117). Jeg ønsket i utgangspunktet å samle psykomotoriske fysioterapeuter som jobbet på

institutt, aktører i skolehelsetjenesten, og fastlege til to felles fokusgruppeintervjuer fordi også fastlege er involvert i arbeidet med ungdom, og regjeringen vil ha fokus på et tettere samarbeid mellom fastlege og skolehelsetjenesten. Det ble etter hvert tydelig at det var vanskelig å få til dette, på grunn av travle hverdager og ulik timeplan. Jeg valgte derfor å fokusere på skolehelsetjenesten og psykomotoriske fysioterapeuter, som jo også var det jeg var aller mest interessert i å vite mer om. Jeg bestemte meg også for å velge informanter fra tjenestesteder hvor det allerede var et visst samarbeid, og dermed var gjort erfaringer med det. Jeg tok kontakt på epost og telefon til flere ledere for skolehelsetjenester i østlandsområdet for å vite mer om de hadde noe samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter, og om det eventuelt var interesse for å bli med i studien, men fikk lite svar på henvendelsene. Det finnes så langt jeg vet ikke noen oversikt over psykomotoriske fysioterapeuter har et samarbeid med skolehelsetjenesten, så jeg søkte derfor rett og slett på google etter «psykomotorisk fysioterapi, skolehelsetjeneste», og «psykomotorisk fysioterapi, videregående skole». En del interessante artikler kom opp, og jeg tok direkte kontakt med noen av kontaktpersonene som var oppført i skolehelsetjenesten, også for å høre mer om hva slags samarbeid det var med psykomotorisk fysioterapeut, om det var relevant for oppgaven min, og om de i så fall ville vært interessert i å delta. Gjennomgående ga de jeg snakket med uttrykk for at de syntes temaet mitt var svært spennende, og at de gjerne skulle hatt mer ressurser i form av psykomotorisk fysioterapi, men at de også hadde det svært travelt, og derfor så det som vanskelig å få tid til å delta i et slik intervju. Noen pekte på de nært forestående kommunesammenslåingene som årsak til manglende tid, ettersom det var mange møter i forbindelse med dette. Det å finne en tid som passet både for skolehelsetjenesten og psykomotorisk fysioterapeut på institutt var enda vanskeligere, ettersom de psykomotoriske fysioterapeuter gjerne var lokalisert på et annet sted enn skolehelsetjenesten, og hadde en svært travel hverdag. Etter hvert fikk jeg imidlertid napp hos en skolehelsetjeneste hvor en helsesykeleier forhørte seg med kollegaer (også den psykomotoriske fysioterapeuten de samarbeidet med), og vi fant en dato som passet.

Etter at en annen skolehelsetjeneste som hadde uttrykt mulighet for å være med trakk seg på grunn av manglende tid, tok jeg kontakt med en tidligere arbeidsplass, hvor jeg jo visst at det var erfaringer fra et tverrfaglig samarbeid mellom skolehelsetjeneste og psykomotorisk fysioterapeut. Der var også en psykomotorisk fysioterapeut som jobbet i privat praksis med driftstilskudd interessert i å delta. Ettersom flere av informantene i dette intervjuet var tidligere arbeidskolleger, noe av det som kom frem til en viss grad omhandlet deres erfaringer med mitt



---

arbeid, bestemte jeg meg i samråd med veileder og eneansvarlig på studiet om å utføre et nytt intervju, med nye informanter. Dette var en tøff avgjørelse fordi mye tid gikk vekk, og det kom frem svært interessante erfaringer, både fra samarbeid innenfor samme tjeneste, og med større fysisk avstand. Samtidig ga dette intervjuet meg mange idéer til det videre arbeidet med oppgaven, og verdifull intervjutreing.

Jeg tok deretter kontakt med en psykomotorisk fysioterapeut som har uttalt seg mye i media (vedkommende er ikke brukt som kilde i denne oppgaven) om viktigheten av psykomotorisk kompetanse i møte med ungdoms helseplager, for å høre om hen visste om noen som hadde erfaring med den type arbeid jeg skriver om. Vedkommende ga meg forslag til ulike psykomotoriske fysioterapeuter, og jeg fikk kontakt med én av dem. Hun var interessert i å delta, og fikk med seg to kollegaer fra skolehelsetjenesten, en helsesykepleier, og en psykiatrisk sykepleier.

### 3.3 Beskrivelse av informanter og tjenestestedene intervjuene foretatt på

Begge intervjuene som er grunnlag for analyse ble gjennomført på tjenestestedet lokalisert i det sentrale Østlandsområdet.

#### 3.3.1 Intervju 1

I det første fokusgruppeintervjuet deltok tre informanter, alle tre kvinner. Den ene informanten var helsesykepleier. Hun jobbet 90% av tiden i skolehelsetjenesten tilknyttet videregående skole, og 10% på helsestasjon for ungdom. I tilknytning til den videregående skolen, jobbet det også en psykologspesialist. Den andre informanten var også helsesykepleier, og hadde hele sin stilling i skolehelsetjenesten tilknyttet en ungdomsskole, hvor hun jobbet sammen med en annen helsesykepleier og en psykolog. Den tredje informanten i dette intervjuet var en psykomotorisk fysioterapeut, ansatt på helsestasjonen, som innebar at hun jobbet med barn og ungdom i alderen 0-18 år. På dette tjenestestedet utførte informantene arbeidet sitt på ulike lokasjoner, men var tilknyttet samme helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tidligere hadde den psykomotoriske fysioterapeuten også vært tilknyttet helsestasjon for ungdom, men dette tilbudet var tatt vekk.

### 3.3.2 Intervju 3

Også i dette intervjuet deltok det tre informanter, også her kun kvinner. Den ene informanten var en helsesykepleier som nå jobbet i skolehelsetjenesten på 1-8. trinn. Hun hadde før det jobbet i tilknytning til ungdomsskole. Den andre informanten var psykomotorisk fysioterapeut, og jobbet med barn i alderen 0-18 år. Den tredje informanten var psykiatrisk sykepleier, men ansatt i en stilling som helsesykepleier, og jobbet på samme skole som informanten som var helsesykepleier. Hun hadde kun jobbet noen uker på tjenestestedet, men hadde erfaring fra andre deler av psykisk helsearbeid. Den psykomotoriske fysioterapeuten var ansatt i en annen tjeneste enn helsesykepleieren og den psykiatriske sykepleieren, men begge tjenestene tilhørte samme satt i ulike tjenester, men organisert under samme «familiehus».

## 3.4 Gjennomføring av intervjuene og transkribering

Jeg samlet inn data gjennom tre fokusgruppeintervjuer, men analysen og resultatene er kun basert på intervju 1 g 3. Intervjuene hadde en varighet på 1-1,5 time. Jeg brukte en semistrukturert intervjuguide som var lik i alle intervjuene. Jeg var moderator, og hadde med meg en co-moderator med utdanning innenfor adferdsvitenskap, og erfaring fra helsevesenet. Informantene valgte tid og sted for intervjuene, og de ble holdt på de respektive arbeidsstedene. I forkant av intervjuene ble kontaktpersonene på de ulike intervjulokasjonene tilsendt samtykkeskjema med informasjon om rettigheter som informant, og lagring av datamaterialet. Dette ligger som vedlegg til oppgaven. På de to første intervjuene ble det brukt en lydopptaker, og på det siste brukte jeg min egen mobiltelefon som opptaker, gjennom appen «Diktafon» som er knyttet til tjenesten «Nettskjema» på Høgskolen i Innlandet sine nettsider, og lydfilen blir kryptert ved oversendelse til profilen på nettsiden. Ved intervju 1 og 3 hadde jeg med meg en co-moderator som noterte underveis replikker og observasjoner. Etter intervjuene oppsummerte moderator og co-moderator kort hvordan opplevelsen av intervjuet var.

---

Intervjuene begynte med at moderator kort presenterte tema for oppgaven, og på nytt informerte om bruk av lydopptaker og lagring av data, samt taushetsplikt og gjensidig konfidensialitet. Informantene presenterte deretter seg selv kort, og fortalte om sin fagbakgrunn og rolle på arbeidsstedet. Selve spørsmålsstillingen begynte med åpne spørsmål knyttet til arbeidet med ungdom og tverrfaglig arbeid generelt for å få i gang samtalen. Videre ble spørsmålene stilt med utgangspunkt i hoveddelen av intervjuguiden. Jeg benyttet meg av en semistrukturert intervjuguide hvor jeg brukte intervjuguiden som utgangspunkt for spørsmålsstillingen, og som en hjelp til å komme tilbake til hovedtemaene når samtalen forsvant i retning av ting som var lite relevant for min oppgave. Intervjuguiden var også til hjelp når samtalen stoppet litt opp. I avslutningsfasen av intervjuene fikk informantene mulighet til å trekke frem det de synes var viktigst å få frem, og ta opp ting som ikke ble spurt om, men som de opplevde som viktig.

Begge intervjuene bar preg av at informantene hadde et engasjement for det de drev med, og mye kunnskap og erfaring. Intervjuene var allikevel ganske ulike. I det ene intervjuet hadde informantene svært mye på hjertet, og det var så vidt moderator fikk slippe til med spørsmål underveis. Allikevel besvarte erfaringene og tankene som ble delt i stor grad spørsmålene i intervjuguiden, så det ble vurdert som uhensiktsmessig å bryte inn i diskusjonen mer enn nødvendig. I det andre intervjuet støttet moderator seg mer til intervjuguiden, ettersom samtalen gled noe mer langsomt. I dette intervjuet uttrykte også informantene en nysgjerrighet på moderators personlige erfaring med tverrfaglig samarbeid med skolehelsetjenesten. Dette var uforutsett, og det var krevende å uten å ha tenkt gjennom scenarioet på forhånd møte dette på en god måte, og samtidig forsøke å ikke påvirke informantenes tanker rundt temaet, og beholde tråden i intervjuet.

Ettersom det gikk lang tid mellom intervju 1 og intervju 3, fikk jeg mulighet til å transkribere intervju 1 og 2 (som ikke ble benyttet i analysen). Jeg gjorde meg derfor noen erfaringer både med å gjennomføre intervjuer, og med hvordan jeg kunne stille spørsmål, som jeg dro nytte av i det tredje intervjuet. Å høre sin egen stemme og spørsmålsformulering under transkriberingsarbeidet var tidvis frustrerende, men også svært lærerikt. Problemstillingen ble endret noe og det ble utformet et nytt informasjonsskriv med små endringer. Intervjuguiden

ble ikke endret. Samhandlingsflyten (Malterud, 2012, s. 73) mellom deltakerne var noe ulik i de to intervjuene som ble brukt videre i oppgaven. I det første intervjuet diskuterte deltakerne seg imellom, og dro i stor grad intervjuet videre på egenhånd, mens moderator i det andre intervjuet henvendte seg mer til hver og en av informantene for å etterspørre deres mening og erfaring om det som ble diskutert. Utover i dette intervjuet ble imidlertid stemningen løsere, og informantene delte i større grad tanker og erfaringer på eget initiativ.

Lydfilene fra intervjuene ble transkribert av moderator, og anonymisert slik at hverken stedsnavn eller navn kunne kjennes igjen. Utenom anonymiseringen, ble materialet transkribert ordrett, og pauser, latter, mumling og lignende ble beskrevet i parentes. Det transkriberte materialet fra intervju 1 og 3 var utgangspunktet for analysen.

### 3.5 Beskrivelse av analysen

Metoden jeg har brukt for analysen er Malteruds systematiske tekstkondensering (STC). Analysemetoden består av fem punkter eller steg (Malterud, 2017). Etersom det var en stund mellom de to intervjuene som ble analysert, valgte jeg å gjøre trinn 1 og 2 av analysen på det transkriberte materialet fra intervju 1 i påvente av gjennomføringen av de neste intervjuene. Trinn 1 er gjennomlesning av materialet for å danne seg et helhetsinntrykk, og merke seg foreløpige temaer. Jeg fant først 28 foreløpige temaer, men etter å ha sett nærmere på disse og hva de omhandlet, ble de samlet i syv foreløpige temaer, som var innenfor det antallet Malterud (Malterud, 2017, s. 99) anbefaler. Punkt 2 handler om å organisere materialet og drøfte de foreløpige temaene, og videre samle det i tre til fem foreløpige temaer. Neste del av punkt 2 er å identifisere meningsbærende enheter, som er tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra trinn 1, og denne prosessen kalles koding. Hver av de foreløpige temaene hadde en farge, og jeg sorterte de meningsbærende enhetene ved å farge dem etter tema de kunne høre innunder. Ulike meningsbærende enheter ble flyttet frem og tilbake mellom temaer, og temaene endret i takt med det. Med utgangspunkt i foreløpige temaer, sto jeg etter dette punktet igjen med fem kodegrupper som de meningsbærende enhetene var organisert under. STC gir mulighet til å legge vekk materiale som ikke er relevant for problemstillingen og analysen, og jeg benyttet meg av det (Malterud, 2017). Jeg beholdt det

---

imidlertid nederst i arbeidsdokumentet slik at det var tilgjengelig ved behov. Dette dreide seg først og fremst om småprat i første del av intervjuet, og andre deler av intervjuene hvor som bar lite mening for det jeg undersøkte.

Da intervju 3 var gjennomført og transkribert, utførte jeg prosessen i punkt 1 på samme måte som ved det første intervjuet. Jeg hadde naturligvis temaene fra analysen av det første intervjuet i bakhodet, men bestrebet meg på å se på det nye materialet med et åpent sinn. Her fant jeg 6 foreløpige temaer, som jeg sammenlignet med de fem foreløpige kodegruppene fra det første intervjuet. Dette førte til at jeg sto igjen med fem foreløpige kodegrupper. Jeg fant deretter meningsbærende enheter i teksten fra intervju 3 som jeg plasserte sammen med enhetene fra intervju 1, under kodegruppene. Denne måten å gjøre et på var med utgangspunkt i beskrivelsen av påfølgende analyserunder (Malterud, 2017, s. 111).

Også i steg 4 av analysen skjedde det noen endringer av kodegrupper og subgrupper før de ble til endelige resultat kategorier og underkategorier, blant annet som et resultat av prosessen med å lese gjennom det transkriberte materialet for å vurdere validitet av analysen, som er en del av steg 4. Et eksempel er underkategorien som omhandler gruppe og undervisning. Den sto lenge som en egen resultat kategori, og «fløtet» med flere kategorier før den fant sin plass som en del av kategorien som omhandler tverrfaglig samarbeid. «Tilgjengelighet er alfa og omega» var lenge en egen kodegruppe, utsagnene de meningsbærende var tatt ut fra, ble vurdert å høre til under kategorien som omhandler organiseringen av psykomotorisk fysioterapi.

### 3.6 Etske refleksjoner

Det stilles krav til forskning for å underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer, og personvernet er regulert etter personopplysningsloven (Personopplysningsloven, 2018). Jeg har forholdt meg til forskningsetiske retningslinjer beskrevet av Johannesen et. al. (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2016, ss. 85-86), og veiledning for kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag (Den nasjonale forskningsetiske komité, 2019).

Gjennom hele forskningsprosessen har ønsket om å innhente og formidle data blitt veid opp mot anonymitet, personvern hensyn og konfidensialitet. Ettersom prosjektet innebar behandling av personopplysninger, men ikke sensitive personopplysninger, var det meldepliktig. Det ble derfor meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD), gjennom et meldeskjema på deres nettsider. Prosjektet ble vurdert å være i samsvar med personvernlovgivningen, og prosjektet kunne derfor starte. Grunnet utsatt frisk på innlevering av prosjektet, ble det meldt endringer, som igjen ble godkjent av NSD. Vurderingene fra NSD er vedlagt (Vedlegg 3).

Rekruttering av deltakere kan by på etiske utfordringer i kvalitative forskningsprosjekter, og er det området det er registrert størst uenighet mellom forskere og REK-systemet (Regional forskningsetisk komité) (Den nasjonale forskningsetiske komité, 2019). Ved rekruttering av informanter til intervjuene, ønsket jeg i utgangspunktet å gå via leder for tjenestene, for å ikke kontakte informanter direkte, og unngå at de skulle føle seg forpliktet til å delta. Da det viste seg svært vanskelig å få svar fra ledere, både på telefon og epost, tok jeg, som beskrevet over, direkte kontakt med personer tilknyttet aktuelle tjenestesteder. Jeg var imidlertid påpasselig med å informere om frivillighet, og sendte umiddelbart skriftlig informasjonsskriv. Jeg opplevde at kontaktpersonene uttrykket et genuint ønske om å bidra i denne forskningen, og selv tok initiativ til å kontakte andre aktuelle informanter.

I forkant av intervjuene ble det gitt skriftlig informasjon til informantene om hvordan prosjektet skulle gjennomføres, via et informasjonsskriv. Det ble også informert om at det var frivillig å delta, og mulighet til å trekke tilbake sitt samtykke på et hvilket som helst tidspunkt uten noen form for konsekvenser. Det ble innhentet skriftlig samtykke til deltakelsen. Grunnet lang tid mellom intervjuene, og at problemstillingen hadde endret seg noe, ble informasjonsskrivet utformet i to omganger. Begge ligger som vedlegg til oppgaven.

Taushetsplikt overfor tredjepart ble diskutert innledningsvis i intervjuene, og ettersom alle informantene jobbet innenfor helsevesenet, og dermed underlagt helsepersonelloven, var de kjent med hva det innebar. Det kom heller ikke frem informasjon som kunne identifisere elever

---

eller ungdom, og eksemplene fra konsultasjoner med ungdom som ble beskrevet under intervjuene, ble ytterligere anonymisert under analysearbeidet. Det ble også oppfordret til konfidensialitet innad i gruppen, på den måten at det som ble sagt under intervjuet skulle forbli mellom deltakerne i gruppen som var til stede. Stemningen under intervjuene fremsto som god og åpen. At informantene i hvert av intervjuene var kjent med hverandre fra før, kan ha bidratt til det.

Under transkriberingen av intervjuene ble alle personopplysninger og opplysninger om sted og arbeidsplass anonymisert. Også uttalelser som kunne være avslørende med tanke på person eller arbeidssted ble endret.

Et av de største etiske dilemmaene i løpet av forskningsprosessen, var i etterkant av gjennomføring av intervju 2, hvor noen av informantene var fra mitt tidligere arbeidssted. Det ble både under selve intervjuet og i transkriberingsprosessen tydelig at det ville bli svært vanskelig å anonymisere data herfra. I tillegg var det utfordringer knyttet til å forske på sitt eget arbeid. Dette ble diskutert med veileder og emneansvarlig på høgskolen, og ulike muligheter ble vurdert. Det ble til slutt vurdert å ikke bruke data fra dette intervjuet videre i oppgaven.

Det var også utfordringer knyttet til kryptering av lydfil fra intervju 1. Lydfilen lot seg ikke overføre til en annen digital enhet, annet enn ved å spille av intervjuet og ta det opp på en ny enhet, og deretter kryptere denne filen og slette den første umiddelbart. I tillegg hadde høgskolen problemer med opprettelse av profiler på Tjenester for Sensitive Data (TSD). I samråd med veileder ble det bestemt å oppbevare lydopptakeren i et låst skap hvor kun jeg har nøkkel. Lydfilen fra intervju 3 ble tatt opp gjennom appen «diktafon», som krypterer og overfører lydfilen direkte til en profil på «Nettskjema» som er en sikker løsning for datainnsamling levert av Universitetet i Oslo (Høgskolen i innlandet, u.d.)

Ved rapportering vil det også være etiske problemstillinger, og konsekvenser for informantene og institusjonen de representerer må reflekteres rundt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). Under beskrivelse av tjenestested og informanter har jeg anonymisert i stor grad. Kanskje er

det i overkant mye, men tatt i betraktning av at det psykomotoriske miljøet er såpass lite, vurderte jeg at behovet for anonymitet var viktigere enn en presis beskrivelse av informanter og arbeidssted. Datamaterialet i form av lydfiler og transkribert tekst vil bli slettet ved prosjektslutt.



## 4. Resultater

Hensikten med denne oppgaven har vært å vite mer om erfaringene psykomotoriske fysioterapeuter og andre profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten har med et tverrfaglig samarbeid rundt ungdom. I dette kapittelet vil jeg presentere funnene slik de trådte frem gjennom analysen, i tre resultat kategorier; «Samarbeid blir for personavhengig», «så sammensatt at jeg ikke har mulighet til å forstå det alene», og «Et bidrag til helheten, samtidig som kroppen er veldig konkret». Resultat kategoriene er igjen delt inn i underkategorier, som er illustrert med «gullsitater». Dette er sitater jeg mener belyser essensen i underkategorien, og de er satt i kursiv, og den opprinnelige ordlyden er beholdt, med unntak av enkeltord som er endret for å opprettholde informantenes anonymitet, og noen få, små endringer på setningsoppbygning, den muntlige snakkemåten hindret meningen i å komme frem.

Tabellen viser en oversikt over resultat kategorier og underkategorier:

<b>Resultat kategori</b>	<b>Underkategorier</b>
Samarbeid blir for personavhengig	På toppen av en allerede overfylt jobb
	Det må forankres på systemnivå – at vi har dette samarbeidet er for personavhengig
Så sammensatt at jeg ikke har mulighet til å forstå det alene	Avgjørende for å se hele mennesket.
	Å ha kjennskap til hverandres fagfelt
	Helsesykepleier som katalysator og koordinator
	Viktig med faste møtepunkter og tilbakemelding
	Gruppe som tverrfaglig og meningsfylt forebygging?

Et bidrag til helheten, samtidig som kroppen er veldig konkret	Får jobbet på en annen måte når man er tilknyttet skolehelsetjenesten.
	Å skape bevisstgjøring om egen kropp
	En måte å nå de som ikke vil prate
	Ønsket om en fast tilknytning til skolehelsetjenesten.

#### 4.1 «Det blir for personavhengig at man får til slike samarbeid, savner ressurser og føringer ovenfra».

Denne kategorien handler om frustrasjonen informantene beskrev over å få i gang et tilbud de virkelig tror på, men ikke tørre å markedsføre det fordi de ikke har ressurser til å hjelpe alle. I tillegg opplever de at ressurser blir tatt vekk, og at mangelen på ressurser hindrer mulighetene til å jobbe tverrfaglig. De mener at det blir for personavhengig at slike samarbeid kommer i gang og opprettholdes, og savner føringer og midler ovenfra. Kategorien omhandler også informantenes tanker om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter bør knyttes til skolehelsetjeneste, og hva som er viktig for kunne gi et godt tilbud.

##### 4.1.1 På toppen av en allerede overfylt jobb

Informantene var tydelige på at det samarbeidet det hadde fått til var noe som kom på toppen av en allerede overfylt jobb. De opplever at ressurser blir tatt vekk, og at de må kjempe for å opprettholde de ressursene de har, samtidig som ledelsen etterspør fagkompetanse uten å gjøre noe med det. Det oppleves som trått. De føler at samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og psykomotorisk fysioterapeut er svært nyttig, men de tør ikke markedsføre tilbudet i frykt for at etterspørselen skal øke ytterligere, uten at ressursene økes tilsvarende. Som en av informantene sa det:

*Vi drukner i det vi står i. Så vi ville druknet enda mer.*

---

I tillegg opplever de at de ikke får jobbet så forebyggende som de ønsker, nettopp fordi de har så mye å gjøre, og det er lite ressurser. De beskrev å drive mye «brannslukking» i arbeidet med ungdom, noe som sto i kontrast med intensjonen om å være en forebyggende tjeneste. En av informantene sa det slik, henvist til den psykomotoriske fysioterapeuten:

*«Men hvis vi hadde fått, hvis vi igjen hadde fått ryddet vekk, at dette ble lagt som en del av vår jobb, men da tok bort noe annet, så ville man jo virkelig kunne jobbet forebyggende i felleskap med deg da»*

Informantene ønsket at ledelsen skal se og være interessert i det de driver med, og gi dem tid til å jobbe med dette samarbeidet, slik at de også kan markedsføre det mer. En av informantene trakk frem at det er tungt å stadig måtte kjempe for det tilbudet de har, når de opplever det som så viktig og nyttig, og at det blir applaudert både av skolen og foreldre. Hun beskrev å ha sendt flere mailer til ledelsen om at ungdommene trenger psykomotorisk fysioterapi, og hvorfor.

Informantene tror at de måtte ha hatt flere fysioterapeuter for ivareta elevene på den måten de ønsker, både psykisk og fysisk. Samtidig er det få psykomotoriske fysioterapeuter å henvise til, selv om noen psykomotoriske fysioterapeuter på institutt jobber med ungdom. De opplever at kompetansen på kropp/psykomotorisk fysioterapi er fraværende i spesialisthelsetjenesten, og at det heller kan komme henvisninger fra BUP til psykomotorisk fysioterapi i kommunen.

#### **4.1.2 Det må forankres på systemnivå – at vi har dette samarbeidet er for personavhengig**

Informantene mener at ledelsen bør oppmuntre til tverrfaglige samarbeid, og at dette samarbeidet må festes i en arbeidsinstruks, prosedyre eller en plan. I det ene intervjuet legger informantene vekt på at tilbudet slik det er nå er noe de har fått til fordi de kjenner hverandre og vet hva hverandres kompetanse er, og dermed har hatt noen tanker om at et samarbeid ville kunne være nyttig. Hvis de ikke hadde kjent hverandre, tror de at det slikt samarbeid kanskje ikke hadde blitt satt i gang. Også idet andre intervjuet ble det lagt vekt på at om man får til et slikt samarbeid er personavhengig – blant annet av hva den enkelte tenker og er opptatt av. Det ble uttrykt frustrasjon over å noen ganger ikke få svar når man tar kontakt for å samarbeide, og at ting da lett sklir ut.

Det var enighet blant informantene om tverrfaglighet i så stor grad er personavhengighet er negativt, og de mener at det ligger for mye på dem. Den ene fysioterapeuten beskrev hvordan fysioterapitjenesten på hennes arbeidssted anser seg som en del av skolehelsetjenesten, men at det hadde vært veldig lite kontakt mellom tjenestene før hun begynte i stillingen. Hun trakk frem at det er forskjellig fra bydel til bydel hvilken informasjon foreldre får om hvilke tjenester skolehelsetjenesten består av, og var tydelig på at fysioterapeuter skulle nevnes der.

Informantene beskrev gjennomgående å ha holdt på med samarbeid uten at det har blitt satt i system, og de ønsker regelmessighet for samarbeidet, og at det forankres på ledelsesnivå, og legges til rette for det. En informant sa det slik:

*Men jeg tror kanskje at det bør forankres enda mer i ledelsen, at ledelsen oppmuntrer til den type samarbeid, og legger til rette for det. For hvis ikke det blir gjort, så blir det bare på at vi må på eget initiativ ordne opp i disse tingene, ikke sant*

Samtidig opplever de at det er mye større sannsynlighet for at de får til et slikt samarbeid hvis de selv tenker at det er viktig, og setter av tid til det, enn hvis de venter på at instruksjonen skal komme ovenfra. De peker på at det er de som ser brukerne, og hva som kan være bra.

Informantene mener at det er viktig å synliggjøre den jobben de gjør, og hvor flott det de driver med er, men samtidig forteller noen av dem at det føles som skryt. En av de psykomotoriske fysioterapeutene sier at det er bedre at ønsket om flere ressurser med psykomotorisk kompetanse kommer fra helsesykepleiere som ser det fra et annet fagperspektiv. Det ble uttrykt et ønske om at lederne for de ulike faggruppene hadde pratet sammen, fått en oversikt over kapasiteten hos de ulike faggruppene, og minnet dem på å bruke hverandre. Noen av informantene mener at det er lett å glemme hvis det ikke kommer fra leder, og at ledere kanskje tar mest vare på sitt. Det trekkes imidlertid frem at det er forskjell på ledere når det gjelder å ta imot tilbakemeldinger, og en av de psykomotoriske fysioterapeutene har fått i oppgave fra leder å skriftliggjøre de oppgavene hun har, og hva hun tenker er viktig.

---

## 4.2 «Så sammensatt at jeg ikke har mulighet til å forstå det alene»

Denne kategorien omhandler tverrfaglig samarbeid, med et ekstra fokus på samarbeidet mellom psykomotoriske fysioterapeuter og profesjonsutøverne i skolehelsetjenesten. Her presenterer jeg først informantenes tanker om tverrfaglighet og hvorfor det er viktig. Videre presenterer jeg hvilke faktorer informantene beskrev som viktige faktorer og utfordringer for et tverrfaglig samarbeid, og hvordan helsesykepleier har en nøkkelrolle i et slikt samarbeid i skolehelsetjenesten.

### 4.2.1 Avgjørende for å se hele mennesket.

*Og det er jo fantastisk å se synes jeg når vi virkelig er sammen alle sammen – ergoterapeut, fysioterapeut, helsesykepleier, skolepsykolog, hvor fin hjelp brukeren faktisk får, og hvor ivaretatt de føler seg, hele familien*

Sitatet er fra en av informantene, men tverrfaglighet ble gjennomgående beskrevet som den beste måten å jobbe på, og avgjørende for å se hele mennesket, forstå det elevene sliter med helt, og komme i mål der problematikken er sammensatt. De beskrev hvordan enkelte elever gikk til både psykolog, helsesykepleier og fysioterapeut, og hvordan de hadde samarbeidsmøter rundt eleven. Et poeng som ble nevnt var at noen tiltak eller innfallsvinkler fungerer for noen, og andre for andre, og at det derfor var en styrke å ha flere profesjoner tilgjengelig. De trakk også frem at det er morsomt når de er flere profesjoner og kan spille på hverandre, og hvilken hjelp de da kan gi.

Informantene var også tydelig på at det tar tid å få til et godt tverrfaglig samarbeid, (og nå de målgruppene de ønsker). Det var et kollektivt ønske om at de prosjektene og samarbeidet som var etablert, kunne vare over år, og at det blir satt i system, slik at det er mindre ressurskrevende. De opplevde seg som heldige som har fått muligheten til å samarbeide på den måten de har gjort, her beskrevet av en helsesykepleier:

*Nei, jeg synes vi er veldig heldige som på en måte har fått muligheten til å ha gjort det vi har gjort da, og kan fortsette med det. Og at det er i utvikling. Det er bare å håpe at ja, kanskje vi kan bli enda et sterkere team etter hvert, det synes jeg i hvert fall er veldig positivt.*

#### **4.2.2 Å ha kjennskap til hverandres fagfelt, og stille seg til disposisjon**

Det å kjenne til hverandres fagfelt, og være nysgjerrige på hva den andre driver med, ble trukket frem som viktige faktorer for å få til et godt tverrfaglig samarbeid, men også for å etablere et samarbeid. Også det å signalisere hva man driver med og at man har kapasitet, og stiller seg til disposisjon, ble nevnt, i sammenheng med at det er lett å tenke at de andre faggruppene har det for travelt, og derfor la være å henvise videre.

Informantene i det ene intervjuet pekte på at det ikke er alle som vet hva en fysioterapeut gjør, og at det er fordi de kjenner hverandre fra før, og at de er flinke til å snakke om hva de driver med, at samarbeidet ble opprettet. En gjensidig interesse for feltet psykisk helse fremheves også som en årsak, i tillegg til personlig erfaring med PMF, og at informantene har gjort seg erfaringer fra ungdommene de jobber med om hva som er utfordringer. En av fysioterapeutene beskrev at det å ha jobbet en del år på helsestasjonen har gjort henne kjent med funksjonene der, hadde gjort det mer naturlig for henne å ta initiativ til samarbeid. Samtidig formidlet flere av informantene hvordan det tverrfaglige samarbeidet i seg selv bidro til at de ble kjent mer hverandre og hverandres fagfelt.

Særlig i det ene intervjuet beskrev informantene en praksis med å ha fellestimer, være i hverandres miljø, hospitere hos hverandre, og undervise hverandre, og hvordan de opplevde det som nyttig for å få en dypere forståelse for hva den andre gjør. I tillegg fortalte de at ved å tilbringe tid i hverandres miljø, lærer de av hverandre, og kan ta med nye verktøy inn i sine egne konsultasjoner. En av helsesykepleierne på den lokasjonen fortalte hvordan det gjorde at hun kan forberede elevene på hva de kan forvente hos den psykomotoriske fysioterapeuten:

*Og da prøver jeg liksom at det ikke skal være så veldig stor terskel fra meg til henne da, så det har jeg gjort, og «Andre gang, da begynner hun å ta på deg», pleier jeg å si «For da begynner hun å rulle ned hodet, og helt ned til tærne, og hun skal sjekke spenninger og alt det her». Så jeg vet jo litt. Og det er jo fordi hun har fortalt meg, og jeg har vært nysgjerrig og spurt og litt sånt.*

Informantene på den andre intervjulokasjonen hadde ikke erfaring med å ha konsultasjoner sammen.

---

### 4.2.3 Helsesykepleier som katalysator og koordinator

Gjennomgående i de to intervjuene var helsesøsters rolle som nøkkelforrollen i det tverrfaglige samarbeidet. Informantene pekte på hvordan de har en unik rolle som de første som møter ungdommer, og hvordan de har mulighet til å observere kroppen når de for eksempel setter vaksiner eller legger inn p-stav. Samtidig ble det av flere nevnt hvordan det stiller krav til helsesykepleier:

*Jeg tenker jo at de som møter de som møter de daglig, som er helsesykepleiere, er nysgjerrige på brukeren, og på en måte får en oversikt over hva det rører seg, og hva det eventuelt er, og kartlegge litt, og vet hvem man har å spille på med i bydelen da*

For fysioterapeutene ble helsesykepleiere nevnt som svært viktig, fordi det er de som henviser og tar kontakt, men også på grunn av kjennskapet de har til skolen. Det ble også et tema at hvorvidt helsesykepleier samarbeider med andre eller ikke er personavhengig, og at det er forskjellig hva den enkelte tenker er viktig. En av informanter opplevde at denne faggruppen også kunne være opptatt av å passe på sitt, og ønske å gjøre oppgaver selv, og at det kunne være til hinder for et samarbeid.

### 4.2.4 Viktig med faste møtepunkter, gjensidig initiativ, og tilbakemeldinger

Kjemi, og det at man trives i hverandres selskap, og har en god relasjon, ble beskrevet som viktig for et godt tverrfaglig samarbeid. Og det ble fremhevet at for å bygge en slik relasjon, og få tillit til hverandre, kreves det regelmessighet og forutsigbarhet. Et annet element som ble uthevet, er det å ha en synlig tverrfaglig gruppe, hvor man ser hverandre, har faste møtepunkter, og mulighet til å ta opp saker. En av informantene sa det slik:

*Og det er viktig at man har synlig tverrfaglig gruppe og, ikke sant. Ser hverandre litt, har noen felles møtepunkter «du, jeg har forresten en jeg har lyst til å diskutere med deg, jeg», ikke sant, sånne ting, det er også veldig viktig. At ikke avstanden blir for stor, at ikke vi bare sitter her på skolen, men at vi også har felles muligheter. Og det er fint med tverrfaglige møter.*

Det ble beskrevet som en utfordring at de ulike faggruppene sitter på forskjellige steder, og at det er lett å glemme å bruke hverandre når man ikke har den daglige tilgjengeligheten:

*Kanskje det at man sitter på forskjellig sted. Altså jeg har nesten ikke visst om dere (psykomotorisk fysioterapeuter).*

En helsesykepleier nevnte at når de er stasjonert på skolen, blir det mye samarbeid med de som jobber der. Men også det å være ansatt i samme «hus», gjorde det naturlig å samarbeide med andre helseprofesjoner. Det ble understreket at for å få til samarbeidet, må begge sider være aktive og ta initiativ, og få i gang samarbeidet kjapt etter at kontakten er tatt, ble nevnt som viktig for å unngå at ting sklir ut.

I et av intervjuene ble det beskrevet få muligheter til å treffe hverandre for å diskutere saker. Blant informantene her ble det uttrykt et savn etter tilbakemelding på hvordan det har gått med ungdommer som er henvist videre til kollegaer, men også en usikkerhet rundt hvor mye informasjon som skulle utveksles angående ungdommen. Felles journalsystem ble trukket frem som et viktig verktøy til samarbeid når den fysiske avstanden var stor, og i den forbindelse hvor viktig det er å journalføre. Men også epost, felles kalender og telefon ble nevnt som verktøy for tilbakemelding.

#### **4.2.5 Gruppe som tverrfaglig og meningsfylt forebygging**

*Hvert fall i forhold til, som jeg sa, henvisninger og det å få i stand forebyggende prosjekter da, sånn som vi har jobbet med, den undervisningen i psykisk helse, det er jo det jeg synes egentlig har vært det mest vellykkede, er veldig fornøyd med det vi har fått til der. Et veldig sånn fint samarbeid og når mange.*

Felles for begge intervjulokasjonene, var erfaringene med gruppe og undervisning som en måte å komme inn tidlig, og nå flere, et tilbud de var stolte av. Det var noe ulikt akkurat hvordan gruppene hadde oppstått, men fellestrekket var en intensjon om å jobbe mer forebyggende, og få ned antall henvisninger. På den ene intervjulokasjonen beskrev helsesykepleiere og psykomotoriske fysioterapeuter å på eget initiativ opprette et frivillig



---

gruppetilbud på bakgrunn av at de møtte de samme ungdommene, og pratet om det samme, og ønsket å møte dem tidligere. På den andre lokasjonen ble helsesykepleiernes fastsatte undervisning på ungdomsskolen beskrevet som utgangspunktet. Det ble understreket at til tross for at det er føringer ovenfra om at det skal være undervisning i psykisk helse på ungdomsskolene, var samarbeidet rundt gruppene noe informantene selv hadde satt i gang med, og at det også krevde mye tid. Det var enighet blant informantene som hadde deltatt i disse gruppeoppleggene i at arbeidet med gruppene også var en god mulighet for de ulike faggruppene til å etablere kontakt, bli kjent og lære av hverandre.

Temaet for gruppene var sammenhengen mellom kropp og hode, normalisering av psykisk helse og stressmestring, og inneholdt både undervisning og øvelser. De ble fremstilt som en måte å komme inn tidlig og forebygge, og gi ungdommene verktøy for resten av livet, men også som en måte å fange opp de som har behov for mer hjelp. Informantene hadde flere ganger opplevd at elever tok kontakt i etterkant av gruppene, og på den måten blitt sluset videre.

En av informantene var tydelig i sin sak:

*Alle på videregående skulle hatt det. Det er jo livshjelp videre. Livsmestring. Og du får noen verktøy til å tåle resten av livet ditt også. Ikke bare komme deg gjennom skolen, men du skal jo i militæret, og du skal på folkehøyskole, eller du skal ikke sant, ut å reise. Så du trenger disse verktøyene her.*

Begge steder var det et ønske om at disse gruppene kunne bli noe fast, og noe som alle elevene kunne få tilbud om, gjerne tidligere. Informantene opplevde generelt arbeidet med disse gruppene som veldig meningsfylt, nyttig og viktig, og fortalte at også skolene tok svært godt imot dette tilbudet, og at det ble etterspurt også på andre klassetrinn. Behovet et godt samarbeid med skolen for å få til slike grupper ble fremhevet, for eksempel ved at skolen legger til rette for at gruppene kan foregå i rolige perioder, og at lærere kan markedsføre tilbudet og motivere elevene. At elevene visste at det var greit for læreren at de deltok i gruppen, ble også som viktig for at de turte å gå glipp av undervisning.

## 4.3 Et bidrag til helheten, samtidig som kroppen er veldig konkret

Denne kategorien presenterer jeg erfaringene informantene har med psykomotorisk fysioterapi som en del av skolehelsetjenesten. Her tematiseres behovet for et psykomotorisk tilbud til ungdom, og hvordan et slikt tilbud kan bidra til å nå flere av de som trenger hjelp.

### 4.3.1 Får jobbet på en annen måte når man er tilknyttet skolehelsetjenesten.

Fysioterapeutene trakk frem at det å være ansatt i bydel eller kommune, gir andre muligheter enn det å jobbe på institutt, og at det ga anledning til å jobbe mer helhetlig, og integrere det de jobber med i elevens hverdag. Det ble formidlet at å bli invitert på møter, gjør det lettere å samarbeide med andre hjelpere og pårørende, og beskrevet hvordan det å vite at ungdommene har en god relasjon med helsesykepleier, og blir ivaretatt på skolen, gjør at man kan konsentrere seg om den kroppslige biten. De ga eksempler som illustrerte hvordan muligheten til å kommunisere med hverandre og lærere, gjorde at det som kom frem i konsultasjoner hos dem, lett kunne videreformidles til de andre som var i kontakt med eleven, og motsatt.

*Ja, og da tror jeg at du... bare er ansatt på helsestasjonen, og jobber liksom i førstelinjetjenesten i et sånt miljø som dette her. Så blir du jo på en måte integrert i disse møtene, og noe med at man sier det veldig tydelig med en gang til foreldre og brukerne, at vi deltar veldig gjerne på møter, inviter oss, så vi på en måte selger det inn. Fort dette er jo en helhet. Og det synes jeg jo igjen er en styrke da, for det å bare jobbe liksom på et institutt, det er vel og bra, men.*

### 4.3.2 Å skape bevisstgjøring om egen kropp

Flere av informantene, fra flere profesjoner, var tydelig på at mange av ungdommene de møtte, hadde stort behov for psykomotorisk fysioterapi. De beskrev travle ungdommer med smerter, psykiske plager, anspenthet og spenninger, og hvordan dette satte seg kroppslig. De beskrev også elever med traumer, og hvordan den type problematikk krever både tid og en tverrfaglig tilnærming. Det kom frem at psykomotoriske fysioterapeuter også ble involvert i saker omhandlende skolevegning og autisme. Psykomotorisk fysioterapi ble presentert som en vei til bevisstgjøring om egen kropp og kroppslige reaksjoner, hjelp til selvhjelp, og til å ta mer

---

del i eget liv. Informantene beskrev at ungdom forteller at å forstå hvordan kroppen og hodet henger sammen er til hjelp for dem, beskrevet av en informant:

*det er nok den bevisstheten der, at hvordan ting henger sammen oppi hodet vårt og i kroppen vår som de ungdommene som forteller om hjelp hos deg som forteller om tilbake til meg. Og refererer til, så nå har jeg lært for eksempel hvordan man kan slappe av for å finne søvn om kvelden eller. Jeg har forstått at jeg egentlig sitter og biter tennene sammen helen tiden eller, at det ikke går an å sitte sånn, eller sitteknuter eller, sant at det blir en bevissthet rundt kropp da eller, ja dere ler dere, å ja det er tommel opp ja. Jo og hva er vanestilling? Og alle disse tingene når vi snakker med ungdommene, så ser du jo at de erfarer noe.*

At ungdom får gjøre seg slike erfaringer, få noen aha-opplevelser, og muligheten til å gå inn og løse litt opp i spenningene ble fremstilt som en måte å bruke psykomotorisk fysioterapi i et forebyggende perspektiv. Det ble også bemerket at «ting ikke sitter så hardt som hos eldre». Allikevel opplevde informantene at det ble mye «brannslukking», særlig ved oppfølging av ungdom med traumer.

Til tross for gode erfaringer med et slikt tilbud til ungdommene, hadde den ene lokasjonen opplevd at noen av de psykomotoriske ressursene ble tatt vekk, og det ble uttrykt stor frustrasjon rundt dette.

### **4.3.3 En måte å nå de som ikke vil prate**

Informantene presenterte psykomotorisk fysioterapi som en måte å nå de som vegrer seg for å søke hjelp til å prate, og det ofte er lettere å begynne hos en fysioterapeut enn en psykolog. På den måten kunne de få dem inn i hjelpesystemet. Elever med «vondter», og de som er «diffuse» i kroppen, og hvor det er mistanke om at de sliter litt psykisk ved siden av, ble trukket frem som eksempler på elever helsesykepleiere gjerne henviser til psykomotorisk fysioterapi. En helsesykepleier fortalte:

*skjønner vi jo erfaringsmessig at det ville vært lurt om du fikk noen å prate med. Men mange vegrer seg for psykolog. «Nei, nei, nei – jeg skal ikke det». Men når du lister frempå en sånn «tror du en fysioterapeut kunne hjulpet deg litt med disse ømme, vonde, klumpene her og der?»*

*Ja det er jo noe folk flest synes er okei å gå til, en fysioterapeut, det er jo liksom litt legitimt og innafor, du kan si det til kompisene dine, og at alle har vært hos fysioterapeut. Så jeg føler jo sånn sett at du er en veldig enkel måte å snike, eller ikke snike da, men hjelpe folk til første – ja første step i forhold til hjelpelinja her*

Det ble også poengtert at man gjennom å jobbe med kroppen kan jobbe på en annen måte, og få frem andre ting enn det man får ved kun samtale, slik en av psykomotorikerne beskrev det:

*Og det er jo noe man kan øve på, ikke sant, på en veldig sånn trygg måte i den settingen der, sa har man noen sånn veldig konkrete verktøy, det er det som er så kult da med kroppen også – den er så konkret. Så kan man gå inn i sånne, ikke sant og jobbe veldig konkret. Og det er kjempeinteressant, for da kan man også få fram ting som man i samtale veldig vanskelig får fram.*

#### **4.3.4 Ønsket om en fast tilknytning til skolehelsetjenesten**

På begge arbeidssteder hvor det ble gjennomført intervjuer, var fysioterapeutene ansatt i kommunen eller bydelen, og det var enighet blant informantene om at dette var viktig for å få til et tverrfaglig samarbeid. Informantene nevnte ved flere anledninger at det bør være minst én fysioterapeut med psykomotorisk kompetanse i alle bydeler og kommuner, i og med at man får noen andre briller. Samtidig mente de at det ikke er nødvendig med psykomotorisk videreutdanning for å jobbe opp mot skole.

Det ble trukket frem at det er en anbefaling i veilederen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er anbefalt å ha en fysioterapeut ansatt i skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom. En helsesykepleier beskrev at savn etter en fysioterapeut fast tilknyttet skolehelsetjenesten på videregående skole:

*Jeg tenker at å ha psykomotorisk fysioterapi i alle bydeler, alle kommuner, det ville vært kjempeflott. Da tror jeg vi sammen kunne ivaretatt mye. Det er en forankring i veilederen hvor det står ganske tydelig at det bør være en anbefalt fysioterapeut. Det står ikke psykomotorisk, men jeg tenker at «bør» er en ganske sterk anbefaling. Så fysioterapeut er liksom ikke helt inn i skolehelsetjenesten i stillingsprosent da, som jeg tror er et savn. For jeg tror jet hadde vært lettere å vite hvordan man da kan utnytte den fysioterapeuten. Hva den kan gjøre, hvordan den kan jobbe. Jeg har savnet fysioterapeut mer inn i skolehelsetjenesten på videregående.*

---

Informantene var gjennomgående opptatt av at forutsigbarhet er en viktig faktor for å få til det tverrfaglige samarbeidet med psykomotorisk fysioterapeut. En helsesøster uttalte at dersom det hadde vært forutsigbarhet i ressursene, ville de også kunne tilpasset samarbeidet til andre psykomotoriske fysioterapeuter, slik at tilbudet ikke var så personavhengig. De mente at for å få til det, må psykomotorisk fysioterapi legges inn som et fast tilbud på skolene. Dette var et ønske fra flere av informantene, og det ble nevnt at det var et drop-in tilbud på skolen med psykomotorisk fysioterapi som ellers i skolehelsetjenesten, ville man få hjulpet enda flere. En helsesykepleier trakk frem at ettersom den psykomotoriske fysioterapeuten hadde vært mye på skolen hennes, ble hun også etterspurt av elevene, og etterspørselen økte. Det ble poengtert at hvis helsesykepleierne visste hvilken dag fysioterapeuten kom til skolen, ville det være lettere å foreslå tilbudet til elever med behov, eller foreldre. Begge de to psykomotoriske fysioterapeutene var ansatt i kommune eller bydel, og hadde derfor andre oppgaver i tillegg til arbeidet med ungdom.

En av dem fortalte at hun i stor grad kunne lage rammene for stillingen selv, og beskrev det som positivt, men at hun på noen områder ønsket seg mer tydelige rammer, blant annet for hvem som skulle henvises videre til psykomotorikere på institutt. Forutsigbarhet og en fast tilknytning til skolehelsetjenesten ble uttrykt som et ønske fra begge fysioterapeutene. En av dem sa det slik:

*Altså det er noe jeg, hvis jeg kunne valgt sånn helt fritt frem, så hadde jeg ønsket med en dag på skolene. Alle ungdomsskolene, og alle videregående skolene. Det skulle jeg ideelt sett, så skulle jeg ønske meg det. Så hadde jeg jobbet mye mere sånn, og vært til stede der, og den dagen er jeg der.*

Informantene trakk frem viktigheten av at det var kort vei til psykomotorisk fysioterapi, både geografisk og i overført betydning. De beskrev hvordan elevene allerede er stresset på fravær fra undervisning, og at det å forlate skolen for å dra til fysioterapeuten og dermed miste skoletimer, var noe det ikke orket. På en av intervjulokasjonene hadde de tidligere hatt tilbud om psykomotorisk fysioterapeut på helsestasjon for ungdom hvor elevene kunne komme på kveldstid, og det var nå et savn. Viktighetene av at hjelpen er tilgjengelig når det er behov for den og symptomtrykket er høyt, ble fremhevet, og at det også gir mer mening for ungdommen da. Det ble uttrykt frustrasjon over at mye tid går vekk når helsesykepleier må

spørre foreldre og sende henvisning til fysioterapi, en helsesykepleier mener de hadde hatt mye å tjene på å ha psykomotorisk fysioterapeut lettere tilgjengelig. Hun forteller:

*For når de er hos meg nå, så nevner jeg det tidlig, så sier noen «Jaa, jo, kanskje jeg kunne gått til en fysioterapeut», og så sier noen «kan du ringe og spørre mamma?» På grunn av alder, så må du ringe og spørre mamma, så skrive henvisning til deg, så må du få lest den. Så her går det jo fort litt tid ja, og fort uker. Og når vi da kommer på banen, så er kanskje de tentamener unnagjort, symptomtrykket litt lavere.*

---

## 5. Diskusjon

Hensikten med oppgaven var å få frem erfaringer med et tverrfaglig samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og skolehelsetjenesten. Hva skal til for at et slikt samarbeid skal fungere, hvilken nytteverdi har et slikt samarbeid, og hva kan være utfordringer for det samarbeidet? Nedenfor vil jeg diskutere funn fra undersøkelsen i lys av teori. Jeg har under inndelingen av dette kapitlet tatt utgangspunkt i kategoriene fra resultatkapitlet. Jeg vil begynne med å drøfte utfordringene informantene beskrev med at ansvaret for samarbeidet lå så mye på deres skuldre. Deretter drøfter jeg tverrfaglig samarbeid, og hva som skal til for å få det til å fungere. Videre drøftes den psykomotorisk fysioterapi sin plass i skolehelsetjenesten. Til sist vil jeg drøfte resultatene i lys av rammene for og forståelsen av behandling av kroppslige og somatiske plager på samfunnsnivå, og psykomotoriske fysioterapeuters plass innenfor dette.

### 5.1 Et savn etter ledelse, mer ressurser, og en fast struktur på samarbeidet.

Ordet «personavhengig» var gjennomgående i begge intervjuer, og ble særlig brukt for å illustrere at det var personlig engasjement som hadde sørget for både at det tverrfaglige samarbeidet de har kom i gang, og at det opprettholdes. De savner at ledelsen støtter opp om det de har satt i gang, og at de det legges føringer for samarbeidet, slik at det kan settes i system. Galvin & Erdal (2017, s. 44) skriver om hvordan et uformelt samarbeid med bakgrunn i personlig engasjement er sårbart, og at for at et samarbeidssystem skal overleve, må det forankres i kommunens planer, og ledelsen må være involvert i samarbeidet. Informantene ytret også et ønske om at lederne fra de ulike faggruppene snakket sammen, fått oversikt over kapasiteten, og minnet dem på.

Opplevelse av manglende engasjement fra ledelsen, finner vi igjen i (Widmark, Sandahl, Piuva, & Bergman, 2011) studie på barrierer for samarbeid, hvor de fant at de ulike tjenesteyterne oppleve å skulle håndtere samarbeidet på egenhånd, med lite støtte fra toppledelsen. Slike opplevelser står stor kontrast til WHO's og regjeringens anbefalinger om at ledelsen innenfor helsesystemene og helsetjenestene bør legge til rette for tverrfaglige samarbeid, applaudere tverrfaglige initiativ. Mens tverrfaglig samarbeid pekes på som en måte å utnytte ressursene

på, opplever informantene at nettopp ressursene til samarbeidet blir tatt vekk. Både Widmark et.al (2011) og Galvin & Erdal (2017, s. 43) peker på ressursmangel som et hinder for samarbeid. Galvin og Erdal skriver at dersom oppgavene står i kø i egen etat, vil det være vanskeligere å prioritere tverrfaglig samarbeid, og man kan oppleve at samarbeidet går utover de oppgavene man allerede har. Informantene beskriver nettopp det, at det samarbeidsprosjektet de har, kommer på toppen av en allerede overfylt jobb. Når det og kom frem hvor viktig helsesøster er som «katalysator» for det tverrfaglige samarbeidet, og hvordan lite ressurser vanskeliggjør samarbeid, vil trolig mangel på helsesykepleierressurser gå utover muligheten til å oppnå et samarbeid med andre profesjoner.

I likhet med helsesykepleierne i studien til Larsen, Christiansen og Kvarnes (2016) beskrev informantene å drive mye med «brannslukking», mens de egentlig ønsket å jobbe forebyggende. Når formålet for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å jobbe forebyggende, er det betenkelig at flere rapporterer at de ikke får jobbet på denne måten. Informantene var tydelig på at de hadde behov for flere ressurser for å jobbe så forebyggende som de ønsket, og da særlig flere psykomotoriske fysioterapiressurser.

Informantene trakk frem at det å sette samarbeidet i system var viktig, også fordi ikke alle er like interessert i å samarbeide, og at det derfor blir personavhengig også om man kommer i gang med et slikt samarbeid. Men skal vi tro Galvin og Erdal (Galvin & Erdal, 2017, s. 27), er ikke nødvendigvis et system tilstrekkelig for å oppnå samarbeid – det må også være vilje til samarbeid fra den enkelte. Manglende vilje til å forplikte seg til samarbeid, kan være et hinder for å få det til (Widmark et. al., 2011). Informantene understreket at gjensidig initiativ var avgjørende for å få til et tverrfaglig samarbeid.

## 5.2 Det tverrfaglige samarbeidet påvirkes av mange faktorer

Tverrfaglig samarbeid er nasjonalt og globalt er av flere trukket frem som nødvendig for å gi den god og helhetlig helsehjelp, og forstå plagene ungdom kommer med. Informantene beskrev både viktigheten av et slikt samarbeid for å kunne hjelpe elevene tilstrekkelig, og



---

pekte på tverrfaglighet som avgjørende for å forstå og hjelpe elvene, særlig der sakene var komplekse. At man er avhengig av et slikt samarbeid for å få frem et helhetlig bilde støttes av Galvin & Erdal (2017) og Van Roy og Larsen (2014). Samtidig uttrykte informantene glede over å jobbe på den måten Informantene trakk frem at tverrfaglighet er en styrke fordi ulike innfallsvinkler treffer ulike elver, og som Galvin & Erdal skriver, vil ulike fag utfylle hverandre, og det kan skapes engasjement å jobbe med et felles prosjekt (2017, ss. 29-30).

Kjennskap til hverandres fagfelt er viktig når man skap samarbeide tverrfaglig, og for å kunne utnytte hverandres kunnskap og kompetanse, (Galvin & Erdal, 2017, s. 46 og 66; Widmark, Sandahl, Piuva, & Bergman, 2011), noe informantene også var tydelige på. Det kunne virke som det var en viss forskjell mellom de to lokasjonene når det gjaldt kjennskap til de andres arbeidsmetode. Mens de på den ene lokasjonen var opptatt av å være i hverandres miljø, og ha felles konsultasjoner og hospitere hos hverandre, var det på den andre lokasjonen lite tradisjon for dette. De som hadde erfaring med det så det som en stor styrke, blant annet fordi de kunne lære av hverandre og ta i bruk nye verktøy, få et innblikk i hva de andre møter, og for å lettere forberede elevene på det som ventet. Galvin & Erdal (2017, s. 66) skriver at hospitering kan gi økt kunnskap om andres arbeidsoppgaver og fagfelt, og ta med nye kunnskaper inn i sitt eget arbeid, slik som informantene beskriver. De mener at kommuner bør ha en plan for hospitering, slik at det ikke er den enkeltes arbeidstakers ansvar å initiere dette.

Noe som trekkes frem i litteraturen som viktig for et godt samarbeid, er samarbeidskompetanse. I det uttrykket ligger det mye, blant annet samarbeidsevne, fleksibilitet og omstillingsevne (Galvin & Erdal, 2017, ss. 39-40), men det ble lite tematisert i intervjuene, selv om det var noe snakk om den enkeltes vilje til samarbeid. At dette ikke ble tematisert, kan man tenke seg at skyldes at det det kan være et ømtålig tema, men også at det ligger en implisitt forventning om at alle har denne evnen. Galvin & Erdal (2017, s. 40) skriver derimot at samarbeid må læres, og WHO legger vekt på at samarbeid må inn i studieplanene for helsefag, slik at ferdige studenter har samarbeidskompetanse.

Av faktorer som var viktig for å få til et tverrfaglig samarbeid, fremhevet informantene en god relasjon, og det å trives i hverandres selskap. I litteraturen jeg har funnet tilsvarende beskrivelser, men det legges vekt på tillit til hverandres kompetanse, respekt for hverandre og

trygghet i samarbeidsgruppen pekes på som viktig (Galvin & Erdal, 2017, s. 38 og 44; Widmark et. al., 2011), og dette er ingredienser som kan sies å være av betydning i en relasjon.

Avstand mellom tjenesteyterne ble trukket frem som negativt på flere måter, blant annet for det tverrfaglige samarbeidet. Særlig det å ikke ha faste møtepunkter var et tema i det ene intervjuet. De beskrev å ha få muligheter til å diskutere saker med hverandre, og at kommunikasjonen i stor grad foregikk gjennom journalsystemet og telefon, og det var noe uklart hvor godt det egentlig fungerte. Det ble uttrykt noe misnøye med å ikke vite hvordan det går med eleven etter at henvisningen ble sendt. Informantene i det andre intervjuet hadde derimot både faste og mer spontane møtepunkter og understreket viktigheten både av det, og av tverrfaglige møter hvor ungdommene og familiene var med. Kommunikasjon er essensielt i alt samarbeid, og regelmessige møter eller fastsatt møteplan har vist seg å være av betydning (Galvin & Erdal, 2017, s. 47 og 66). Et av funnene Opaas (2012) fant i sin undersøkelse, var at psykomotoriske fysioterapeuter erfarte å ikke bli innkalt til ansvarsgruppemøter rundt ungdom, det samme er beskrevet i utviklingsstrategien for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010, s. 52). Når vi ser erfaringene informantene i denne studien har, blir viktigheten av slike møtepunkter tydelig. Informantene pekte også på at det var mest naturlig å samarbeide med de som var stasjonert på samme sted, og at fysisk avstand kunne gjøre at man glemmer å bruke hverandre, eller til og med ikke vet om hverandre. Helsestasjonen er ofte organisert under andre enheter enn fysioterapitjenesten (Helsetilsynet, 2014, s. 21), og de aller fleste psykomotoriske fysioterapeuter jobber som selvstendig næringsdrivende på fysikalske institutter, dog med kommunale driftsavtaler. Helsestasjonspleiere har ofte ansvar for flere skoler, som informantene i mine intervjuer var. På tjenestestedene jeg gjorde mine intervjuer var de psykomotoriske fysioterapeutene fast ansatt i samme enhet, men utførte sitt arbeid på ulikt sted. At informantene til tross for en viss felles tilhørighet, opplevde den fysiske avstanden som problematiserende, gjør det naturlig å tenke seg at samarbeidet blir ytterligere vanskeliggjort når det både er snakk om fysisk og organisatorisk avstand. I styringsdokumenter både internasjonalt oppfordrer til tiltak for å fremme samarbeid på tvers av etater og tjenester, og viktigheten av det illustreres av det informantene erfarer i sin hverdag.

---

Noe som kunne gjøre kommunikasjonen ytterligere vanskelig var usikkerhet rundt hvor mye informasjon som skulle deles med kollegaer vedrørende ungdommen og ikke. Her var det også forskjeller mellom de to tjenestestedene, hvor de på ett sted hadde en praksis med i stor grad å dele opplysninger om ungdommene, og opplevde at det ga en trygghet og var til nytte for behandlingen som skulle gis. Det andre tjenestestedet virket det å være noe ulike meninger mellom informantene om hvilken informasjon som skulle videreformidles og hvordan. Helsepersonell har taushetsplikt, som betyr at de skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til informasjon folks legems- eller sykdomsforhold, men med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell der dette er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp. Og dersom pasienten samtykker, kan opplysningene gis til andre i den utstrekning samtykke gjelder (Helsepersonelloven - hpl, 2001, § 21, 22 og 25 ). Galvin & Erdal (2017, s. 49) erfarer at taushetsplikten ikke trenger å være til hinder for å utveksle informasjon mellom de instansene som skal ivareta barn og unge, men at det trengs kunnskap om de ulike bestemmelsene for å håndtere det.

Funnene viser at helsesøster har en viktig rolle som katalysator for samarbeidet med psykomotorisk fysioterapeut. Det er de som stort sett er de første ungdommene møter når de søker hjelp, og på grunn av vaksiner og helsesamtaler som er bestemt, møter de de aller fleste ungdommer. I det ligger også et ansvar for å få oversikt over ungdommens utfordring, og å vite hvem man har å spille på. Van Roy og Larsen (2014) skriver at for å hjelpe ungdom til riktig hjelp, er det viktig at de som jobber innenfor somatikken fungerer både som portvoktere og døråpnere. Det kom i intervjuene frem at det i stor grad var helsesykepleier som trakk inn den psykomotoriske fysioterapeuten i samarbeidet.

Ikke alle informantene opplevde at helsesykepleier var like villig til å samarbeide, men at enkelte kunne være opptatt av å passe sitt, og at det kunne være et hinder for samarbeid. Et å hegne om egne domener og føle seg truet kalles en domenekonflikt, og det vil vanskeliggjøre samarbeidet (Galvin & Erdal, 2017, s. 42). Clancy (2007) skriver om hvordan helsesøsters/helsesykepleiers rolle har endret seg de siste tiårene, og har i den forbindelse undersøkt helsesykepleieres erfaringer med at andre nye profesjoner innen deres helsetjeneste. Hun fant at helsesykepleiere både følte at andre profesjoner kunne være mer til hindring enn

til hjelp, og at de tar deler av helsesykepleiers jobb. Samtidig gjorde det at de hadde færre oppgaver at de kunne konsentrere seg mer om sine andre oppgaver. Helsesykepleierne i denne studien reflekterte også rundt at de kunne lene seg for mye på andre eksperter, og ikke fremme sin egen kompetanse.

Det var gjennomgående en forskjell mellom de to tjenestestedene når det gjaldt måten de samarbeidet på. Mens det ene tjenestestedet hadde faste møtepunkter, var i hverandres miljø, og diskuterte elever seg imellom, jobbet de på det andre tjenestestedet mer parallelt, med unntak av felles undervisning og grupper, som diskuteres under. Dette illustrerer godt hvordan det kan være uklart rundt hva tverrfaglig samarbeid innebærer, som Ødegård og D'Amour et. al. skriver om. Ødegård påpeker at ulike forventinger til hva samarbeidet skal være, vil kunne ha konsekvenser blant annet for målsetninger med samarbeidet og kommunikasjonen mellom aktørene – noe man kunne se tegn til i det som ble sagt i det ene intervjuet (2016, s. 114).

Deltakerne i tverrfaglige samarbeid arbeider mot et felles mål, og er engasjert om et felles prosjekt. De skjer en integrasjon av ulike faggruppers kunnskap og ferdigheter. På den måten skapes ny viten og nye holdninger, kalt «merviten» (Willumsen, 2016, s. 39). I begge intervjuene ble det å ha grupper og undervisning sammen trukket frem som det mest vellykkede de hadde fått til sammen, og noe de var stolte av. De opplevde at de jobbet forebyggende, men også at det var en god mulighet til å etablere kontakt, bli kjent, og lære av hverandre. Særlig på det tjenestestedet hvor de hadde få møtepunkter ellers, hadde arbeidet med og gjennomføringen av vært en følelse av å virkelig jobbe tverrfaglig. At gruppene både inneholdt undervisning og øvelser, ble pekt på som positivt. Temaet for timene var blant annet stressmestring, noe som også var temaet for Eklöf-Flugstad & Øyenhaugs prosjekt (2014), hvor de hadde en avspennings- og kroppsbevissthetsgruppe, og hvor elevene rapporterte en opplevelse av avspenning underveis i timen, og at de kunne ta i bruk verktøy fra gruppetimen når de hadde behov. Nettopp det å gi elevene verktøy de kan ha med seg videre, var også intensjonen i gruppetimene fra denne studien.

---

Av det som anses som psykiske plager, er stressymptomer og følelsen av så mye stress at det blir uhåndterlig noe av det ungdommer i størst grad rapporterer om. Skolehelsetjenesten skal ifølge veilederen for tjenesten bidra i undervisning i grupper eller klasser i den utstrekning skolen ønsker det, og aktuelle temaer som nevnes er blant annet «psykisk helse», «fysisk aktivitet», og «pubertet, kropp og seksuell helse». Selv om sammenhengen mellom psyke og kropp er tematisert i veilederen, er det ikke nevnt spesifikt under temaer for undervisning. Interessant nok peker brukerne av skolehelsetjenesten på at ungdom ønsker mer kunnskap om hva som påvirker den fysiske og psykiske helse, og sammenhenger mellom disse aspektene. (Helsedirektoratet, 2017, ss. 150-151). Psykomotoriske fysioterapeuter har kompetanse nettopp på disse sammenhengene, og det er naturlig å tenke seg at det, sammen med helsesykepleiers kompetanse, kan gi et nyttig bidrag i undervisningen for ungdom, og treffe behovene ungdom har for verktøy, slik informantene også erfarte.

### 5.3 Psykomotorisk fysioterapi i skolehelsetjenesten

Det var gjennomgående positive erfaringer med å bruke psykomotorisk fysioterapi i arbeidet med ungdom, og tilknyttet skolehelsetjenesten. Helsesykepleierne opplevde at de hadde flere kort å spille på, særlig i sammensatte saker, og hvor det var mange kroppslige problemer. Også der hvor det var vanskelig å få ungdommen i tale, kunne den kroppslige tilnærmingen være en vei inn til å hjelpe. Et element som kom frem, var at det særlig for gutter var mer «innafor» å gå til fysioterapeut enn til psykolog eller helsesøster. Jenter bruker skolehelsetjenesten mer enn gutter. I veilederen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er det sterk anbefaling om å iverksette tiltak for å nå gutter i større grad (Helsedirektoratet, 2017, s. 271). Å ha fysioterapeut tilgjengelig er ikke nevnt som et tiltak, men basert på informantenes erfaringer, kan være en måte å gjøre at tjenesten appellerer mer mot gutter.

At kroppslige symptomer kan være et uttrykk for bakenforliggende problemer, støttes som sagt av Van Roy og Larsen (2014), som skriver at tilsynelatende samme symptom kan uttrykke forskjellige ting, og håndteres på forskjellige måter. De tillegger de som jobber i somatikken en «portvakt- og døråpnerrolle», for å oppdage hva som ligger bak symptomene. Det er også poengtert i veilederen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Psykomotoriske

fysioterapeuter har kroppen som inngangspunkt i undersøkelse og behandling, og kroppen som uttrykk for levd liv som grunntanke, og det er naturlig å tenke seg at denne kompetansen vil være viktig i en tjeneste som møter en stor andel av ungdommene, og er en tjeneste ungdom tar kontakt med både for psykiske og somatiske problemer. At vi vet at barn og unge foretrekker tjenester som kan hjelpe på flere områder, og at en helhetlig vurdering av situasjonen både fysisk, psykisk og sosialt er viktig, understøtter dette.

At det å jobbe via kroppen kunne få frem andre ting enn det som kom frem i samtale, ble også trukket frem som en årsak til at en psykomotorisk fysioterapi var nyttig i møte med ungdom. Også Ottesen & Øyehaug har lignende erfaringer fra sin praksis – de beskriver at mange unge forteller dem at «fysioterapi med kroppen som innfallsvinkel gir innsikt og kunnskap om seg selv på en annen måte enn ord alene» (Ottesen & Øyehaug, 2015, s. 51). Martinsen (2018, s. 32) skriver at «Vi må lytte til pasientene og invitere dem til å snakke om sine kroppslige erfaringer med et fenomenologisk utgangspunkt. Har de ikke ord, kan vi invitere dem til å samhandle om kroppslige aktiviteter», og videre at dette kan gi nyttig livslæring, mestring og livsglede, noe som stemmer overens med det informantene beskriver, og samsvarer med funn i studier gjort på effekten av psykomotorisk fysioterapibehandling på voksne pasienter. De har vist at PMF kan ha en positiv effekt på livsmestring, sosial funksjon og livskvalitet, i tillegg til kroppssmerte, depresjonssymptomer, angstsymptomer og søvnproblemer (Breitve, Hynninen, & Kvåle, 2010; Bergland, Olsen, & Ekerholt, 2018).

Ungdoms behov for psykomotorisk fysioterapi ble bekreftet av informantene fra alle faggrupper i intervjuene. De beskrev å møte stressede og ansente ungdommer, hvor ting hadde «satt seg kroppslig», og hvordan psykomotorisk fysioterapi kunne være hjelp til selvhjelp og gi en forståelse av hvordan kropp og hode henger sammen, og en bevissthet rundt hva de gjør som påvirker deres symptomer. Martinsen (2018, s. 31) skriver basert på Antonovskys (1923 – 1994) salutogenese at menneskets opplevelse av sammenheng er avgjørende for mestring av livets belastninger og vedlikehold av helse, i tillegg til en forståelse av livssituasjonen og tro på at vi kan håndtere utfordringer. Særlig gjennom grupper og undervisning, beskrev informantene en følelse av å gi nettopp slike verktøy til ungdommen.

---

Psykomotorisk fysioterapi er tradisjonelt en behandling pasienter kommer til etter å ha gått i mange år med plagene sine. Skolehelsetjenesten har klare krav til å jobbe forebyggende, noe som står i en viss kontrast til den psykomotoriske tradisjonen. Informantene beskriver allikevel flere fordeler med å med ungdom, og i tilknytning til skolehelsetjenesten. En fordel var at de møter de elevene tidlig, og ting sitter mindre «fast», en annen er at det er lettere å integrere det de jobber med i elevens hverdag, og samtidig var det fint å vite at elevene var ivaretatt av helsesykepleier eller andre i skolehelsetjenesten. De ga også uttrykk for at de fikk jobbet på en mer helhetlig måte i tilknytning til skolehelsetjenesten, og at det som ble jobbet med i behandlingstimene, enkelt kunne videreformidles til skolen og de andre samarbeidspartnerne ettersom de ble inkludert på møter. Dette står i kontrast til det informantene i Opaas oppgave beskrev, hvor nettopp det å ikke bli inkludert på møter og være en del av den tverrfaglige gruppen ble trukket frem som utfordrende.

Men det var også utfordringer med å jobbe psykomotorisk med forebygging som utgangspunkt. Det kunne være vanskelig å vurdere hvilke elever som skulle henvises videre og ikke, og når man skulle avslutte behandlingen. Den ene fysioterapeuten etterlyste klarere rammer for hvordan hun skulle jobbe.

Hvor skillet mellom helsefremmende arbeid, forebygging i og behandling går, er vanskelig å peke helt nøyaktig på. Helsefremmende arbeid handler rettes først og fremst mot miljøet mennesker lever i (Braut, 2018). Forebygging deles inn i primærforebyggende-, sekundærforebyggende-, og tertiærforebyggende arbeid, hvor de to sistnevnte handler om å avdekke sykdomsrisiko, eller redusere følgene av sykdom, og å hindre at konsekvensene av sykdom medfører ytterligere plager. Særlig sekundærforebygging og behandling ligger tett opp mot hverandre (Braut & Larsen, 2018). Sett i lys av dette, kan det diskuteres om behandling av ungdom uansett vil være forebyggende med en forståelse av at det kan hindre at plagene blir mer uttalte med årene, og dermed vanskeligere å behandle på et senere tidspunkt. Men informantene, både helsesykepleiere og psykomotoriske fysioterapeuter, uttrykket et ønske om å komme inn tidligere, og en opplevelse av å ikke kunne jobbe så forebyggende som de ønsker. Unntaket var ved grupper og undervisning.

Blant voksne i yrkesaktiv alder er muskel- og skjelettlidelser den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd samlet sett. Smertetilstander i rygg og nakke er også den ledende årsaken til ikke-dødelig helsetap og samlet sykdomsbyrde i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 24). Rundt 30 prosent av Norges befolkning oppgir at de har langvarig smerte (smerter i muskel- og skjelettsystemet er vanligst), og det ser ut til at dette er i økning (Folkehelseinstituttet, 2018). Også innenfor psykisk helse er det ganske store tall; i løpet av et år, vil 16-22 prosent av den voksne befolkningen ha en psykisk lidelse, og vanligst er ulike former for angst og depresjon (Folkehelsedirektoratet, 2018). Til sammen er muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon årsaken til flest sykmeldinger og langvarige trygdestønader (Folkehelseinstituttet, 2017).

Noe av det samme ser vi blant ungdom, hvor mange rapporterer om like typer smerter og symptomer på angst og depresjon. Vi vet at livsbelastninger som stress, tap av kontroll, og manglende innflytelse kan føre nettopp smertetilstander og psykiske lidelser (Getz, Kirkengen, & Ulvestad, 2007). Langvarige smertetilstander som fibromyalgi settes også i sammenheng med å gjennom livet overse kroppslige uttrykk for overbelastning, og en objektivisering av kroppen, hvor symptomene kan være til stede allerede i ungdomstiden (Wanvik, 2011). Stress, anspente muskler, hodepine, magesmerter blir ofte fremstilt i et som negativt, uhelse, og som en bivirkning av et travelt ungdomsliv med mange krav til prestasjon på ulike områder. Og det fokuseres gjerne på tiltak for å forhindre slike symptomer. Ottesen et.al. (2016) peker imidlertid på at det å læres seg å ta vare på egen helse også handler om å la seg lede av det kroppen forteller. De mener at kroppslige uttrykk ikke kun kan forstås som en svakhet, men også som en ressurs og veiviser til å merke seg selv, og uttrykke egne behov og grenser. Og nettopp dette perspektivet på kroppslige symptomer, mener de er et viktig bidrag som fysioterapeuter kan ta med inn i skolehelsetjenesten. Sett i lys av salutogenetiske perspektiver, kan dette ses på som en forståelse av livssituasjonen, noe som Martinsen (2018) mener er avgjørende for å mestre livets belastninger. Getz, Kirkengen, & Ulvestad (2007) understreker viktigheten av kunnskap om hvordan erfaring påvirker kroppen innelmmes i strategier for å forebygge lidelser som er de mest kostnadskrevende i dagens samfunn.



---

Med bakgrunn i dette, er det naturlig å trekke en slutning om at psykomotorisk fysioterapi til tross for å være en tradisjonelt behandlende terapi, har en viktig rolle også innen forebyggende arbeid. Ottesen et. al (2016) påpeker også at det ikke nødvendigvis handler om fysioterapispesifikke metoder, eller behandling i så måte, men om hvilken tenkemåte og overordnet tilnærming fysioterapeuter kan tilføre skolehelsetjenesten. De tror imidlertid at de tå kan vær vanskelig å få innpass for tenkning og praksis uten en fast tilknytning til tjenesten.

Det var et ønske både fra skolehelsetjenesten og de psykomotoriske fysioterapeutene om at fysioterapeuten skulle være et fast og forutsigbart tilbud på skolene, gjerne med et drop-in-tilbud. Dette er helt i tråd med det Ottesen et. al. (2016) anbefaler, og med ungdoms ønske om én dør inn til helpetjenester som kan hjelpe på flere områder. Slik forutsigbarhet ble nevnt av informantene som viktig både for å hjelpe flere elever, og for å få til et godt tverrfaglig samarbeid. De erfarte også at når fysioterapeuten var synlig for elevene, økte etterspørselen. Det samme fant Larsen, Christiansen, & Kvarme (2016), da relatert til helsesøsters synlighet på skolen

Av utfordringer for samarbeidet mellom psykomotoriske fysioterapeuter og skolehelsetjenesten, ble også det å sitte på forskjellige steder, og ha avstand mellom hverandre både i fysisk og overført betydning særlig trukket frem. Elevene var redde for å få fravær hvis de skulle forlate skolen for å dra til fysioterapeuten, og dyrebar tid kunne gå vekk mens en henvisning ble sendt. Fysioterapeutene som ble intervjuet i denne oppgaven hadde en fast tilknytning til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og var ansatt i kommune/bydel. Men tjenesten vil også ha mulighet til å knytte til seg kompetanse ved å lage avtaler med for eksempel psykomotoriske fysioterapeuter som jobber med driftsavtale på institutt. Da er det imidlertid naturlig å tenke seg at avstanden både organisatorisk og fysisk vil påvirke mulighetene for et tett tverrfaglig samarbeid, slik Opaas (2012) fant i sin oppgave.

## 5.4 Psykomotorisk fysioterapi sin plass i forebyggende (psykisk) helsearbeid

Regjeringen satser på å styrke skolehelsetjenesten, og gjøre den mer tverrfaglig og rustet til å forebygge og behandle både psykiske og somatiske problemer. Dette blant annet med bakgrunn i at tjenesten skal være helhetlig, og at ungdommens symptomer skal forstås i lys av sammenhengene mellom kropp, sinn og livssituasjon. Nettopp denne helhetlige tilnærmingen til sykdom, hvor kropp og sinn er uadskillelig, og levd liv uttrykkes gjennom kroppen, er psykomotoriske fysioterapeuters varemerke. Allikevel glimrer psykomotorisk fysioterapi med sitt fravær i stort sett alle styringsdokumenter både innenfor psykisk helsearbeid og forebyggende tjenester. Unntaket er proposisjonen for opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, hvor det er nevnt i en oversikt over ungdoms bruk av helsetjenester. Hvorfor det er slik, er vanskelig å si sikkert, men det kan tenkes at det har sammenheng med kjennskapen til denne fysioterapiformen. Den generelle kjennskapen til psykomotorisk fysioterapi var også et tema under intervjuene. Det var enighet om at det ikke er alle som kjenner til psykomotorisk fysioterapi, og vet hva det handler om. Bekjentskap og egne erfaringer med behandlingsformen ble av noen nevnt som årsak til kjennskapen, og som utgangspunkt for etableringen av samarbeid. Mens psykomotoriske fysioterapeuter mener de har en viktig plass arbeidet rundt barn og ungdom, har jeg funnet med andre fagbakgrunner som skriver det, selv om kunnskapen på sammenhengen mellom kropp og sinn, og verktøy for ungdommen til å mestre eget liv og helse etterspørres. Til og med Van Roy og Larsen (2014), som jobber i en tjeneste som skal ivareta både det somatiske og psykiske, og har et uttalt biopsykososialt perspektiv på sykdom og helse, og legger stor vekt på sammenhengen mellom tidligere erfaringer, livet som leves, og kroppslige symptomer, nevner så vidt fysioterapi, og ikke psykomotorisk fysioterapi.

Fysioterapeuter som er tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten, har gjerne også flere oppgaver, rettet mot yngre barn og habilitering, som informantene også var inne på. Av fysioterapeuter tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten jobber flere med barn på 0-5 år enn med eldre barn og ungdom. I tillegg er det en egen videreutdanning for fysioterapeuter rettet mot barn, og mulighet for å bli spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi. Ofte har fysioterapeuter som jobber i helsestasjons- og skolehelsetjenesten eller med barn og ungdom denne spesialiteten, og representanter fra denne faggruppen var i arbeidsgruppen som

---

utarbeidet den nasjonale veilederen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017, s. 322).

Man kan også tenke seg at en årsak er at det ikke er helt lett å vite hvor psykomotorisk fysioterapi hører til. Ettersom det i fysioterapi er kroppen som er i sentrum for undersøkelse og behandling, samtidig som mange jobber innenfor psykisk helsevern. Ottesen skriver i sin masteroppgave at hun med sin bakgrunn fra sin videreutdanning og kliniske erfaring tar det for gitt at sin fysioterapipraksis handler om psykisk helse og psykisk helsearbeid til enhver tid (2011, s. 9). Gretland argumentere for fysioterapi, og da særlig psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i psykisk helsearbeid (Gretland, 2007, s. 87). I et helsevesen som gjennom historien kan sies å ha hatt et dualistisk syn på psyke og soma, har psykomotorisk fysioterapi populært blitt beskrevet å stå i «spagat» mellom de to behandlingstradisjonene – og noen som jobber med nettopp de tilfellene med samtidighet av psykiske plager som har passet helt inn i noen av «boksene» i helsevesenet. Kanskje har det også vært vanskelig for kommunene som har ansvaret for organisering av sine tjenester å vite helt hvor psykomotorikerne hører til. Men de siste årenes stadig mer etablerte erkjennelse av at psyke og soma er en helhet, og å at det trengs en helhetlig tilnærming ved utredning og behandling, har kanskje gjort at veien står mer åpen for denne kompetansen, også i arbeid med ungdom.

Gevinstene ved PMF som beskrives i tidligere forskning og denne studien, tyder på at tilnærmingen er svært nyttig i møte med ungdoms utfordringer, både de som er rapportert i Ungdataundersøkelsen, og som skolehelsetjenesten observerer, og både i forebyggende og behandlende øyemed. Dette støtter uttalelser fra psykomotoriske fysioterapeuter som mener at den fysioterapeuters kompetansen om kropp, og hvordan den henger sammen med erfaring, liv og psykisk helse trengs i skolehelsetjenesten, og vil styrke det tverrfaglige tilbudet i tjenesten. Mens særlig forebygging og helsefremmende arbeid er det det lovpålagte formålet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vurderer regjeringen å utvide formålet med til også å inkludere behandling og oppfølging av barn og unge for både psykiske og somatiske tilstander. Ansvaret for hvordan skolehelsetjenesten skal organiseres, og hvilke profesjoner og fag som skal med i tjenesten, ligger i stor grad hos ledelsen i kommunen og tjenesten. Med tanke på det psykomotoriske fysioterapeuter har å bidra med i tilbudet til ungdom, og den manglende

kjennskapen til faget det ser ut til å være blant ledere på ulike nivåer, gjelder det for psykomotorikere å kjenne sin besøkelsestid når planene for utvikling av tjenesten legges om de ønsker å være en del av denne tjenesten.

## 5.5 Metodediskusjon

### 5.5.1 Metodisk tilnærming

Jeg har valgt en kvalitativ studie med fenomenologisk metodisk tilnærming. Kvalitative metoder velges når man ønsker å forstå eller beskrive hvordan mennesker oppfatter verden, og i fenomenologisk metode ønsker man å få økt forståelse av menneskers livsverden, og man forsøker forstå dem dypere meningen med det informantene forteller. I en kvalitativ studie vil man gjennom en fenomenologisk tilnærming utforske og beskrive mennesker og deres erfaring med og forståelse av et fenomen. (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016, ss. 78, 95 og 171). Det er nettopp menneskers erfaringer med og oppfatning av et fenomen jeg ønsket å vite mer om, i dette tilfellet psykomotoriske fysioterapeuter og profesjonsutvøere i skolehelsetjenesten sin erfaring med et tverrfaglig samarbeid rundt ungdom, og derfor mener jeg at det var et riktig valg av metode. Samtidig er det har psykomotorisk fysioterapi et kroppsfenomenologisk bakteppe, hvor erfaring og livsverden spiller en essensiell rolle, og forståelsen av helse og sykdom er farget av filosofen Merleau-Pontys tanker. I følge Kvale & Brinkmann, kan det kvalitative intervjuet ses på som «virkeliggjørelsen av Merleau-Pontys program for en fenomenologisk vitenskap» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Og metoden appellerte derfor også til meg.

En svakhet med metoden og oppgaven i denne sammenheng, er at jeg ikke har noen oversikt over hvor mange psykomotoriske fysioterapeuter som er tilknyttet skolehelsetjenesten, og hva slags tilknytning dette er. For å vite mer om dette, kunne en mer kvantitativ tilnærming være aktuell.

---

## 5.5.2 Datainnsamling

Jeg ønsket som sagt å beskrive og forstå hvordan det er for profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten og psykomotoriske fysioterapeuters å samarbeide. Designet for innsamling av data var fokusgruppeintervju. Denne metoden er egnet for å utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mennesker samhandler, og kan brukes til å studere erfaringer hos helsepersonell (Malterud, 2012, s. 22). Slike gruppesamtaler er også egnet for å forstå informantenes felles forståelse av fenomenet, og ulike grupperes kultur. som er egnet for p få frem en bredde av synspunkter, holdninger og erfaringer, og for å undersøke et nytt område (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 147 og 179). I og med at det er nettopp felles erfaringer fra samhandling jeg ute etter i min oppgave, anser jeg dette som et godt valg av metode. Jeg ville nok kunne fått interessante erfaringer ved individuelle intervjuer og, men måten det ble en diskusjon under intervjuene, og informantene fulgte opp hverandres utsagn, gjorde at jeg fikk svært mye data.

Det er delte meninger om hvor detaljerte spesifikasjoner som kreves for at den gruppediskusjon skal kalles en fokusgrupper, men jeg har valgt å benytte meg av Malteruds åpne forståelse av begrepet, og forholde meg til Kvale og Brinkmanns utsagn om å «intervjue så mange personer som trengs for å finne ut det du trenger å vite» (Malterud, 2012, ss. 19-20; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Slik arbeidet med oppgaven skred fram, var det å få tak i relevante informanter, og i det hele tatt få tak i informanter viktigere enn å få mange. Johannesen et. al. understreker at relevans er viktigere enn mengde. De nevner også at det fordeler med å ha små grupper, blant annet at når deltakere er «eksperter» på sitt område, er det nyttig å høre mye fra dem, og de vil få mer snakketid i en liten gruppe (2016, ss. 114-115).

Jeg hadde kun to intervjuer som utgangspunkt for min analyse. Malterud (2012, s. 38) trekker frem begrepet *metning* som et uttrykk for når man har nok data, og dermed for hvor mange intervjuer man trenger. Metning er oppnådd når nye data ikke lenger tilfører ny kunnskap. Jeg opplevde de to intervjuene som ganske forskjellige, og det kom frem mange like erfaringer og tanker, men også ulike. I intervjuet som ikke ble brukt i analysen (intervju 2), kom det også frem andre aspekter. Jeg tror derfor at det ville vært nyttig å ha flere intervjuer, samtidig som jeg også opplever at intervjuene som ble foretatt brakte frem mye kunnskap.

I og med at jeg selv tilhører den ene faggruppen, var jeg opptatt av å ikke «ta parti» under intervjuene, og av at alle faggruppers erfaringer skulle komme frem. Mens informantene i intervju 1 hadde omtrent like mye taletid, var dette noe skjevfordelt under intervju 3. Der var det særlig én av informantene som fikk mindre taletid enn de andre, og det burde jeg vært mer oppmerksom på under intervjuet, slik at jeg kunne forsøkt å inkludere vedkommende mer.

### **5.5.3 Analyse**

Malteruds systematiske tekstkondensering springer ut fra en fenomenologisk tilnærming til analyse. Metoden er utviklet som en pragmatisk metode ettersom fenomenologiske analyser kan være for omfattende for mange studenter. Den er en beskrivende og utforskende metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data, og kan brukes ved analyse av intervjuer (Malterud, *Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis*, 2012). Dette er i samsvar med mitt forskningsnivå. Og i samråd med veileder ble den vurdert passende for min problemstilling, og mitt forskningsdesign.

Analysen ble gjennomført som beskrevet av Malterud (2017). Svakheter ved analysen var at det kun var jeg som analyserte. Malterud anbefaler at man er flere når man gjennomfører analysesteg 1-2, og kan drøfte temaer og kodegrupper. At det kun var meg, vil trolig gjøre at kun min forståelse og tolkning av teksten var utgangspunkt for videre analyse. Samtidig hadde jeg god kjennskap til feltet, som var nyttig i analysearbeidet.

### **5.5.4 Validitet, reabilitet og refleksivitet**

Validitet innenfor kvalitativ forskning handler om hvorvidt vi måler det vi måler, om metoden undersøker det den har til hensikt å undersøke, og om det vi finner avspeiler virkeligheten (intern validitet), og om funnene er overførbare (ekstern validitet). (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016, ss. 232-233). Metode er diskutert over. Min hensikt var undersøke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter og profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten har med et tverrfaglig samarbeid rundt ungdom, og det mener jeg at jeg har lyktes i å få. Om resultatene er overførbare er vanskeligere å si. Som sagt kan to intervjuer sies å være litt lite, iallfall når

det ikke oppleves tydelig metning. Jeg kan derfor ikke si sikkert om jeg ville fått de samme erfaringene i et annet intervju. Samtidig var det mange likhetstrekk i erfaringene som ble delt i de to intervjuene, og jeg kunne kjenne igjen mye av det fra egne erfaringer fra feltet. Det gir en pekepinn om at det kan være en viss grad av overførbarhet. Jeg har bestrebet meg på å beskrive forskningsprosessen presis, slik at det skal være mulig å gjennomføre tilsvarende studie for å vite mer om dette.

Refleksivitet handler om å erkjenne og overveie betydningen av vårt ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 19). Jeg har gjort rede for min forforståelse, og den har fulgt meg gjennom hele prosjektet. Jeg har gjennom hele prosessen vært bevisst på å være mest mulig objektiv. Under analysen hvor det kun er min tolkning av dataene som komme frem, vil trolig min forforståelse ha påvirket resultatet. Samtidig er kunnskap om emnet viktig for å vite hva man skal spørre om i intervjuet, og jeg tror at mitt kjennskap til feltet også har vært en styrke, og gjort at jeg i større grad kunne stille gode oppfølgingsspørsmål og relatere meg til det informantene fortalte, noe som jo er viktig i en fenomenologisk tilnærming.

Har jeg funnene mine bekreftet min forforståelse? Ja, til en viss grad har de det. Men det er kanskje å forvente når man undersøker et tema som ligger så nært det man selv har jobbet med. Samtidig har undersøkelsen brakt på banen tanker og erfaringer som er nye for meg, og gitt meg et mer nyansert bilde av fagfeltet enn det jeg hadde fra før.

## 6. Avslutning:

Målet for denne oppgaven var å undersøke hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter og profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten har med et tverrfaglig samarbeid rundt ungdom. Jeg har gjennom to fokusintervjuer innhentet data som jeg har analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering. Funnene som kom frem var, at både profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten og de psykomotoriske fysioterapeutene hadde gode erfaringer med et samarbeid. De opplevde at deres kunnskap utfylte hverandre, og ga mulighet til å jobbe helhetlig med elevene de møtte. Samtidig lærte de av hverandre, og fikk verktøy de kunne ta med inn i egne konsultasjoner. Det å jobbe sammen med å utvikle og holde gruppetimer og undervisning ble trukket frem som en svært god måte å jobbe både tverrfaglig og forebyggende. Viktig for det tverrfaglige arbeidet var det å ha faste møtepunkter, og kunne gi tilbakemelding til hverandre. Det samme var forutsigbarhet i ressursene for psykomotorisk fysioterapi. Det var et felles ønske om at de psykomotoriske fysioterapeutene skulle være et fast innslag i skolehelsetjenesten, gjerne med åpen dør som resten av tjenesten. Informantene opplevde at samarbeidet de hadde fått til var svært fruktbart, men savnet at ledelsen interesserte seg for deres arbeid og la til rette for at samarbeidet kunne fortsette. De beskrev at samarbeidet de har er for personavhengig slik det er nå. Det kom tydelig frem at helsesykepleier har en nøkkelrolle i det tverrfaglige samarbeidet.

Det var enighet om at psykomotorisk kompetanse er svært nyttig i møte med ungdom og deres utfordring. Det gjorde at ungdommene gjorde seg kroppslige erfaringer, og ble mer bevisst sine egne mønstre, og hvordan kroppen henger sammen med følelser. Samtidig kunne psykomotorisk fysioterapi være en måte å møte de på som ikke ville prate, og andre ting kunne komme frem når man jobbet med kroppen, og ikke kun med samtale. Det ble også trukket frem at ikke alle har kjennskap til psykomotorisk fysioterapi, eller hva det innebærer.

Funnene i undersøkelsen stemmer overens med forskning og litteratur som beskriver tverrfaglig samarbeid, og viktigheten av å se kropp og sinn i sammenheng for å forstå og hjelpe ungdom som sliter, og forebygge plager.



Denne studien er gjort på tverrfaglig samarbeid hvor fysioterapeutene har vært fast ansatt i førstelinjetjenesten, og allerede en del av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Mange av de psykomotoriske fysioterapeutene som jobber med ungdom er både fysisk og organisatorisk adskilt fra tjenesten, og forutsetningene for et tverrfaglig samarbeid vil derfor i mange sammenhenger være annerledes enn når man er ansatt i samme «hus». Allikevel kan funnene fra denne oppgaven kaste lys over nytten av å ha psykomotorisk fysioterapi tilknyttet skolehelsetjenesten, og hva som er premissene for at godt tverrfaglig samarbeid.

Regjeringen satser stort på forebygging, særlig innenfor psykisk helsearbeid, og skolehelsetjenesten omtales som hjørnesteinen i forebyggende arbeid blant ungdom. Denne oppgaven belyser hvordan en kroppsbasert tilnærming er en viktig del en del av det forebyggende arbeidet, og hvordan det å jobbe mot et felles mål på tvers av fag og profesjoner kan gi bedre helsehjelp enn kun ett faglig utgangspunkt vil gjøre. Oppgaven kan være et bidrag i debatten om hvordan skolehelsetjenesten skal utformes for å være best rustet til å møte ungdom og deres utfordringer. Samtidig beskrives kun to av mange måter å samarbeide tverrfaglig på, og det er behov for å undersøke andre samarbeidskonstellasjoner. Det er gjort lite forskning på psykomotorisk fysioterapi til ungdom, og som en del av det forebyggende helsearbeidet, og det vil være behov for utfyllende kunnskap om dette.

---

## 7. Bibliografi

- Andersen, J. W., Bøe, T. D., Fodstad, H., Ibabao, V. A., Krogsæter, O., & Norvoll, R. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol.5 (2)*, ss. 98-103.
- Bakken, A. (2019). *Ungdata 2019. Nasjonale resultater*. Oslo: NOVA, Oslomet.
- Bergland, A., Olsen, C. F., & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physiotherapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International, 23(4)*, s. e1723.
- Braut, G. S. (2018). *helsefremmende arbeid i Store medisinske leksikon*. Hentet fra 11. september 2020 [https://sml.snl.no/helsefremmende\\_arbeid](https://sml.snl.no/helsefremmende_arbeid).
- Braut, G. S., & Larsen, Ø. (2018). *forebyggende medisin i store medisinske leksikon*. Hentet fra 11. september 2020 [https://sml.snl.no/forebyggende\\_medisin](https://sml.snl.no/forebyggende_medisin).
- Breitve, M. H., Hynninen, M., & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *ysioterapeuten, Årg. 75, nr. 12*, ss. 19-26.
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International, 15(4)*, ss. 212-221.
- Brekke, Å. (2016). Profesjonsbygging og avtalt samarbeid. I E. Willumsen, & A. Ødegård, *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag (2.utg. (ss. 53-78)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening Vol. 121(24)*, ss. 2845-2848.
- Bøe, D. T., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid - om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cameron, A., Lart, R., & Bostock, L. (2016). Kapittel 11: Forskning på helse- og sosialfaglig samarbeid - en "review fra Storbritannia. I E. Willumsen, & A. Ødegård (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: Et samfunnsoppdrag, 2. utg. (ss. 200-210)*. Oslo : Universitetsforlaget.
- Clancy, A. (2007). A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *International Nursing Review, Vol.54 (2)*, ss. 197-203.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. S., & Beaulieu, M.-D. (2009). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, Vol.19 (sup1)*, ss. 116-131.
- Daidsen, K. (2014). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten på lovdata.no*. Hentet fra 30. august 2020 [https://lovdata.no/artikkel/helsestasjons-\\_og\\_skolehelsetjenesten/1290](https://lovdata.no/artikkel/helsestasjons-_og_skolehelsetjenesten/1290).
- Den nasjonale forskningsetiske komité. (2019). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra 14. september 2020 <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>.

- 
- Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, Vol.10 (1), ss. 98-98.
- Eklöf-Flugstad, A., & Øyehaug, G. A. (2014). Fysioterapi i skolehelsetjenesten; Ungdom og stressrelaterte plager. *Fysioprime*.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (American Association of the Advancement of Science)*, Vol.196 (4286), ss. 129-136.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Landgvarig smerte*. Hentet fra 5. september 2020 <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykiske lidelser hos voksne*. Hentet fra 5. september <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Arbeid og helse*. Hentet fra 5. september 2020 <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/arbeid-og-helse/>.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten - kortversjon; Helsetilstanden i Norge 2018*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR-2018-10-19-1584)*. Hentet fra 7. september 2020 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584?q=forskrift%20om%20skolehelse>.
- Galvin, K., & Erdal, B. (2017). *Tverrfaglig samarbeid i praksis - Til beste for barn og unge i Kommune-Norge (3. utg.)*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Gammelsrud, T., Kvarme, L. G., & Misvær, N. (2017). Hvem går til helsesøster. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, Vol 17 (1), ss. 54-77.
- Getz, L., Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2007). Menneskets biologi - mettet med erfaring. *tidsskrift for Den norske legeforening*, Vol.131 (7), ss. 683-687.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Haugan, L., & Hartvedt, K. (2016). *Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Helseinstituttet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018-2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024) (Prop 121 S (2018-2019))*. Hentet fra 5. september 2020 [http://tidliginnsats.forebygging.no/Global/Prop.%20121%20S%20\(2018%e2%80%932019\).pdf](http://tidliginnsats.forebygging.no/Global/Prop.%20121%20S%20(2018%e2%80%932019).pdf).
- Helse- og omsorgstjenesteloven -hol. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet fra 30. august 2020 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- helse-bergen.no. (2020). *Glassblokkene*. Hentet fra 6. september 2020 <https://helse-bergen.no/om-oss/vi-bygger-framtidas-sjukehus/glassblokkene#tal-og-fakta>.

- 
- Helsedirektoratet. (2010). *IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra 7. september 2020 [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Utviklingsstrategi%20for%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf/\\_/attachment/inline/8a58834a-8bd4-424d-b741-41d694447639:8129](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Utviklingsstrategi%20for%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/8a58834a-8bd4-424d-b741-41d694447639:8129).
- Helsedirektoratet. (2017). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Nasjonal faglig retningslinje*.
- Helsepersonelloven - hpl. (2001, § 21, 22 og 25 ). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra 8. september 2020 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Helsetilsynet. (2014). *Helsestasjonen - hjelp til rett tid? Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsestasjoner 2013*. Hentet fra 7. september 2020 [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport4\\_2014.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport4_2014.pdf).
- Høgskolen i innlandet. (u.d.). "*Nettskjema" (verktøy for datainnsamling)*. Hentet fra 14. september 2020 <https://www.inn.no/bibliotek/skrive-og-referere/nettskjema-verktoey-for-datainnsamling>.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (5.utg)*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Karlsen, G. (u.d.). *Store norske leksikon*. Hentet fra snl.no: <https://snl.no/dualisme> (Hentet 18. august 2020)
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kleppang, A. L., Hartz, I., Thurston, M., & Hagquist, C. (2018). The association between physical activity and symptoms of depression in different contexts - a cross-sectional study of Norwegian adolescents, Vol.18 (1). *BMC public health*, ss. 1368-12.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju (3.utg)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malt, U. (u.d.). *biopsykosial modell i store medisinske leksikon*. Hentet fra 22.08.20 [https://sml.snl.no/biopsykosial\\_modell](https://sml.snl.no/biopsykosial_modell)
- Malterud, K. (2010). Kroniske musklesmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening, Vol.130 (23)*, ss. 2356-2359.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health, Vol 40 (8)*.
- Malterud, K. (2017). Kapittel 11: Systematisk tekstkondensering. I K. Malterud, *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4. utg)* (ss. 97-116). Oslo: Universitetsforlaget.



- 
- St.meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen- Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet fra 28. august 2020 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>.
- Strand, S. A., Karlsen, T.-I., & Ødegård-Repål, A. (2017). Karakterpress, kroppspress og gjengpress - fokusgruppeintervju av jenter i 9. klassetrinn etter funn fra Ungdata-undersøkelsen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol.13 (2)*, ss. 109-120.
- Stubberud, T. (1972). *Det litterære uttrykk - En studie i Merleau-Pontys fenomenologi*. Oslo: Johan Grundt Tanum Forlag.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi - tenkning og tilnærming: Del 1: Kjennetegn, prinsipper, framgangsmåter. *Utposten nr 5/06*, ss. 28-32. Hentet fra 29. august 2020 <https://www.utposten.no/asset/2006/2006-06-29-33.pdf>.
- Thurén, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere (2. utg)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tranøy, K. E., & Ore, Ø. (u.d.). *René Descartes i Store Norske leksikon*. Hentet fra 23.08.20 [https://snl.no/Ren%C3%A9\\_Descartes](https://snl.no/Ren%C3%A9_Descartes).
- Van Roy, B., & Larsen, H. S. (2014). Når kroppen sladrer, bør helsestjenesten lytte med to ører. *Tidsskrift for psykiske helsearbeid, Vol.11(3)*, ss. 253-263.
- Wanvik, A. K. (2011). Sammenhengen mellom livserfaringer og utvikling av langvarige muskelpåler og fibrolmyalgi; En fenomenologisk livsverdenstudie av 5 kvinners livserfaringer i årene før de fikk diagnosen fibromyalgi. *Nordisk tidsskrift for helseforskning, Vol.7 (1)*.
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2011). Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International journal of integrated care, 11(3)*, s. E124.
- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen, & A. Ødegård, *Tverrprofesjonelt samarbeid; et samfunnsoppdrag* (ss. 33-52). Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., & Ødegård, A. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid; Et samfunnsoppdrag (2.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., Sirnes, T., & Ødegård, A. (2016). Nye samarbeidsformer - et samfunnsoppdrag. I E. Willumsen, & A. Ødegård, *Tverrprofesjonelt samarbeid; et samfunnsoppdrag (2.utg)* (ss. 17-32). Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization Department of Human Resources for Health. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: WHO.
- Ødegård, A. (2016). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid. I E. Willumsen, & A. Ødegård, *Tverrprofesjonelt samarbeid; et samfunnsoppdrag (2.utg)* (ss. 113-130). Oslo : Universitetsforlaget.
- Øverberg, G. (2014). Psykomotorisk fysioterapi til barn. I B. Ianssen, *Bevegelse, liv og forandring; Praksisnære beskrivelser av psykomotorisk fysioterapi (2.utg)* (ss. 149-158). Trondheim: Fagtrykk Trondheim AS.







---

## Litteraturliste

Vedlegg 1: Vurderingsbrev fra NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv intervju 1 og 2

Vedlegg 3: Informasjonsskriv intervju 3

Vedlegg 4: Intervjuguide

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Psykomotoriske fysioterapeuter som en naturlig del av det tverrfaglige samarbeidet

### Referansenummer

922080

### Registrert

16.07.2019 av Oda Bentzrød - 234656@stud.inn.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

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

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Mari Steigen, anne.steigen@inn.no, tlf: 62430358

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Oda Bentzrød, oda.bentzrod@gmail.com, tlf: 97968315

### Prosjektperiode

01.09.2019 - 20.09.2020

### Status

20.07.2020 - Vurdert

## Vurdering (2)

---

### 20.07.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 20.07.2020.

Vi har nå registrert 20.09.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet

Lykke til videre med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## 22.07.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 22.07.19. Behandlingen kan starte.

### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD 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://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2020.

### 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.

### HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD 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 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: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD 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**

NSD 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).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet 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.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *”Psykomotoriske fysioterapeuter som en naturlig del av et tverrfaglig samarbeid”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å vite mer om erfaringer med et tverrfaglig samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og skolehelsetjenesten ved oppfølging av ungdom, og hva som skal til for at et slikt samarbeid skal fungere godt. I dette skrevet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Prosjektet er en masteroppgave på studiet «Master i psykisk helsearbeid» ved Høgskolen i innlandet. Tidligere studier har pekt mot at det psykomotoriske fysioterapeuter som behandler ungdommer ikke opplever å bli sett på som en naturlig del av det tverrfaglige samarbeidet rundt ungdommen, og at aktuelle samarbeidspartnere ikke har kunnskap om hva psykomotorisk fysioterapi er.

Formålet med dette prosjektet er å vite mer om erfaringer fra et samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og skolehelsetjenesten, og hvilke tanker de har om hva som skal til for at et slikt samarbeid skal fungere godt.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i innlandet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvalget i prosjektet er psykomotoriske fysioterapeuter som møter ungdom i sin praksis, profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten og fastleger. Det ønskes et tverrfaglig sammensatt utvalg med deltakere fra ulike profesjoner som jobber med ungdom.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Metoden som brukes for å samle inn data er fokusgruppeintervju. Det vil si at deltakerne samles for en gruppediskusjon som varer om lag 1 - 1,5 time. Prosjektleder skal være moderator, og det vil være til stede en co-moderator som bistår i det praktiske. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil. Spørsmålene og temaene i intervjuet vil omhandle beskrivelser, tanker og refleksjoner rundt temaet tverrfaglig samarbeid rundt ungdom og psykomotorisk fysioterapi. Du vil bli spurt om dine erfaringer med dette, og dine tanker om hvordan et slikt samarbeid kan bli best mulig.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

- Det vil kun være prosjektleder og veileder som har tilgang til dataene.
- Lydfilen fra intervjuet vil bli lagret kryptert, transkribert, og analysert av prosjektleder og veileder. Samtykkeerklæringer vil bli oppbevart nedlåst. Geografisk plassering vil bli anonymisert, navn på deltakere vil ikke bli registrert, kun kjønn, alder og profesjon.

Tjenestestedet ditt vil bli kort beskrevet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes ved eventuell publisering av prosjektet.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2020. Lydfil vil da bli slettet, og samtykkeerklæring makulert.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Høgskolen i innlandet ved Anne Mari Steigen (prosjektansvarlig): anne.steigen@inn.no.
- Prosjektleder Oda Bentzrød: epost: oda.bentzrod@gmail.com, eller telefon: 979 68 315
- Vårt personvernombud: Hans Petter Nyberg, epost: hans.nyberg@inn.no, eller telefon: 64 93 00 23
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost: personverntjenester@nsd.no, eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anne Mari Steigen

Prosjektansvarlig  
(Veileder)

Oda Bentzrød

Student

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Psykomotoriske fysioterapeuter som en naturlig del av samarbeidet», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



# Vil du delta i forskningsprosjektet

## *”Psykomotoriske fysioterapeuter som en naturlig del av et tverrfaglig samarbeid”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å vite mer om erfaringer med et tverrfaglig samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og skolehelsetjenesten ved oppfølging av ungdom, og hva som skal til for at et slikt samarbeid skal fungere godt.. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Prosjektet er en masteroppgave på studiet «Master i psykisk helsearbeid» ved Høgskolen i innlandet. Tidligere studier har pekt mot at det psykomotoriske fysioterapeuter som behandler ungdommer ikke opplever å bli sett på som en naturlig del av det tverrfaglige samarbeidet rundt ungdommen, og at aktuelle samarbeidspartnere ikke har kunnskap om hva psykomotorisk fysioterapi er.

Formålet med dette prosjektet er å vite mer om erfaringer fra et samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og skolehelsetjenesten, og hvilke tanker de har om hva som skal til for at et slikt samarbeid skal fungere godt.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i innlandet er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvalget i prosjektet er psykomotoriske fysioterapeuter som møter ungdom i sin praksis, profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten og fastleger. Det ønskes et tverrfaglig sammensatt utvalg med deltakere fra ulike profesjoner som jobber med ungdom.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Metoden som brukes for å samle inn data er fokusgruppeintervju. Det vil si at deltakerne samles for en gruppediskusjon som varer om lag 1 - 1,5 time. Prosjektleder skal være moderator, og det vil være til stede en co-moderator som bistår i det praktiske. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil. Spørsmålene og temaene i intervjuet vil omhandle beskrivelser, tanker og refleksjoner rundt temaet tverrfaglig samarbeid rundt ungdom og psykomotorisk fysioterapi. Du vil bli spurt om dine erfaringer med dette, og dine tanker om hvordan et slikt samarbeid kan bli best mulig.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **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 vil kun være prosjektleder og veileder som har tilgang til dataene.
- Lydfilen fra intervjuet vil bli lagret kryptert, transkribert, og analysert av prosjektleder og veileder. Samtykkeerklæringer vil bli oppbevart nedlåst. Geografisk plassering vil bli anonymisert, navn på deltakere vil ikke bli registrert, kun kjønn, alder og profesjon.

Tjenestestedet ditt vil bli kort beskrevet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes ved eventuell publisering av prosjektet.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2020. Lydfil vil da bli slettet, og samtykkeerklæring makulert.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Høgskolen i innlandet ved Anne Mari Steigen (prosjektansvarlig): [anne.steigen@inn.no](mailto:anne.steigen@inn.no)
- Prosjektleder Oda Bentzrød: [oda.bentzrod@gmail.com](mailto:oda.bentzrod@gmail.com) eller telefon: 979 68 315
- Vårt personvernombud: Hans Petter Nyberg, epost: [hans.nyberg@inn.no](mailto:hans.nyberg@inn.no), eller telefon: 64 93 00 23
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personvertjenester@nsd.no](mailto:personvertjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anne Mari Steigen

Prosjektansvarlig  
(Veileder)

Oda Bentzrød

Student

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Psykomotoriske fysioterapeuter som en naturlig del av samarbeidet», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Intervjuguide masteroppgave

1) Presentasjon av moderator og temaet for gruppediskusjonen. Åpningsfase hvor deltakerne presenterer seg kort og forteller om sin profesjon og rolle på arbeidstedet.

## **Introduksjonsfase:**

- Hvilke samarbeidspartnere tenker dere er viktige å ha i møte med ungdom?
- Hva skal til for at et tverrfaglig samarbeid skal fungere (generelt)?

## **Hovedfase:**

- I hvilke situasjoner/saker tenker dere at det er relevant å samarbeide med eller trekke inn psykomotoriske fysioterapeuter.
- Har du noen eksempler på saker hvor et samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og skolehelsetjenesten har vært nyttig/fungert godt?
- Hva kan gjøre et slikt samarbeid utfordrende? Har du noen eksempler?
- Hva skal til for at psykomotoriske fysioterapeuter skal bli en naturlig del av det tverrfaglige samarbeidet?

## **Avslutningsfase:**

- Av alt vi har diskutert i dag, hva tenker du er det aller viktigste å få frem
- Er det noe vi ikke har snakket om som vi burde snakket om?