



Fakultetet for helse- og sosialvitenskap

Inger Støle

Masterstudium

Erfaringer med egenbehandling innen
psykomotorisk fysioterapi

Experiences with personal therapeutic treatment in psychomotor physiotherapy

4PM791 Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Mai 2021

FORORD

En lang prosess med videreutdanning går mot slutten. Det startet med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi så fikk jeg innpass på master i psykisk helsearbeid. Skriveprosessen med en masteroppgave har vært slitsomt men veldig lærerikt og inspirerende. Jeg har fått et bredere perspektiv på psykisk helse og eget fagområde.

For at dette skulle være mulig å gjennomføre, må jeg først og fremst takke mine informanter som tok seg tid til å stille til disposisjon.

Tusen takk til min dyktige veileder, Sigrid Helene Kjørven Haug, som har gitt meg råd og oppmuntring på veien.

Takk til Norsk fysioterapiforbund for økonomisk støtte gjennom fondet.

Takk til Steinar som har måtte bidra ekstra på hjemmefronten i lengre tid.

Takk til kollegaer som hjalp meg med data og korrekturlesing samt takk til medstudenter for uvurderlig samarbeid. Ikke minst takk til venner og familie som har holdt ut med en litt fraværende holdning den siste tiden.

En stor takk til alle dere andre som har heiet fra sidelinjen, det har betydd mer enn dere aner.

Sist men ikke minst, takk til mine flotte barn, Kristian, Henning og Hanna – gleder meg til å bruke masse mer tid sammen med dere fremover.

Mandal, 25.04.2021

SAMMENDRAG

Bakgrunn:

Psykomotorisk fysioterapi er en videreutdanning for fysioterapeuter. I denne utdanningen inngår det et krav om å ta 20 egenbehandlinger for å få takst kompetanse. En takst kompetanse vil si at en fysioterapeut med en videreutdanning kan benytte egne spesifikke takster ved behandling av pasienter. Det finnes lite kunnskap om hvordan denne egenbehandlingen erfarer, derfor ønsker jeg å bidra med økt forståelse på dette området.

Hensikt og problemstilling:

I denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid var hensikten å finne ut hvilken betydning egenbehandling har personlig og terapeutisk. Problemstillingen var følgende:

Hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter egenbehandling, og hvilken betydning har disse erfaringene for deres arbeid som terapeuter?

Metode:

Metoden var kvalitativ basert på en hermeneutisk og pragmatisk tilnærming. I alt ble fem psykomotoriske fysioterapeuter intervjuet med en semistrukturert guide. Systematisk tekstkondensering, som er utviklet av Malterud, ble benyttet som analysestrategi.

Resultater:

Det var fire følgende hovedfunn: Terapeutens væremåte var sentral for utbyttet.

Egenbehandling gav stor mening. Erfaring av utfordrende hendelser i egenbehandling og

Terapeuten som modell for egen praksis i psykomotorisk fysioterapi.

Konklusjon:

Informantene formidlet flest positive erfaringer og opplevelser med egenbehandling, men det kom også frem nyanser av det å kjenne på egne grenser og ubehag. De la merke til terapeutens væremåte, hvordan terapeuten ordla seg og hvor oppmerksomme de var til det som skjedde under behandlingen. Informantene fikk innsikt i egen helse, og kunne utfra disse erfaringene reflektere rundt egen terapeutrolle. Denne formen for erfaringsbasert kunnskap bidro til å gi større bevissthet til egen kropp og følelsesliv. For psykomotoriske fysioterapeuter vil egenbehandling kunne styrke både egen psykiske helse, samt mulighet til å hjelpe andre.

Nøkkelord:

Egenbehandling, psykomotorisk fysioterapi, egenutvikling, kommunikasjon, veiledningsteorier, selvinnsikt.

ABSTRACT

Background:

Psychomotoric therapy is an in-service education course for physiotherapists. The course requires a total of 20 self-treatments to qualify the physiotherapist to charge for the treatment. There is little knowledge about how self-treatment works, and the aim of this study is to improve our understanding and knowledge of this particular area.

Purpose and thesis-question:

In this Master`s thesis in mental healthcare, the aim was to investigate the utility of self-treatment in a personal and therapeutic perspective. The these- question that is to be addressed in this thesis is: How do psychomotoric therapists experience self-treatment, and how do their experiences impact on their work as therapists?

Method:

The research design was qualitative, drawing on a hermeneutic and pragmatic approach. Five Psychomotoric therapists are interviewed using semi-structured guide. The analysis uses Malterud`s systematic text condensing approach.

Results:

There were four main findings: The therapist`s behavior was central to the outcome, Personal treatment had great meaning, Challenging experiences with self-treatments and the therapist as a model for his own practice in psychomotor therapy.

Conclusion:

In sum, the interviews provided mostly positive experiences with self-treatment, but there were also some nuances, first and foremost with experiencing one's own limitations and the discomfort with the treatment. They noticed the therapist`s behaviour, as to how the therapist worded himself or herself, and to what extent they were actively aware of what happened during the treatment. This kind of experience-based knowledge contributed to the informants gaining greater insight into their own health, which in turn enabled them to reflect on their own role as a therapist. For psychomotor therapists this means that self-treatment can improve their own mental health, and in turn their ability to help others as well.

Keywords:

Self-treatment, psychomotor physical therapy, self-treatment, communication, guidance theories, self-insight.

Innholdsfortegnelse

1.0. INNLEDNING	3
1.1. Tema	3
1.2. Bakgrunn for tema	3
1.3. Oppgavens problemstilling	5
1.4. Avgrensning av oppgaven	5
1.5. Begrepsavklaring	6
1.6. Introduksjon av fagfeltet norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF forkortes til PMF)	6
1.6.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi fra starten	6
1.6.2 Hva er PMF som behandlingsform	7
1.6.3. Plassering av psykomotorisk fysioterapi i psykisk helsearbeid	8
1.6.4. Utdanning psykomotorisk fysioterapi	9
1.7. Oppgavens relevans for psykisk helsearbeid	9
1.8. Oppbygging av oppgaven	10
2.0. TEORETISK RAMME	11
2.1. Kommunikasjon	13
2.2. Bli bedre kjent med seg selv på innsiden – selvinnsikt	16
2.3. Negative erfaringer med EB	19
2.4. Tilgang til kunnskap– veiledningsteorier	20
3.0. METODE	23
3.1 Valg av metode og forskningsdesign	23
3.2 Vitenskapsteoretisk forankring	23
3.2.1 En hermeneutisk – pragmatisk studie	24
3.3 Forforståelse	25
3.4 Strategisk utvalg og rekruttering	25
3.4.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	26
3.5 Kvalitativt forskningsintervju	27
3.6 Gjennomføring av intervjuene	28
3.7 Dokumentering	29
3.8 Transkribering	30
3.9 Analyse – koding	30
3.10 Systematisk tekstkondensering (STK)	31
3.11 Forskningsetiske overveielser	34

3.12 Drøfting av metode	35
3.12.1 Egen forskerrolle – refleksivitet	35
3.12.2 Studiens gyldighet – validitet.....	36
3.12.3 Oppgavens overførbarhet – relevans.....	37
4.0. PRESENTASJON AV FUNN	39
4.1 Terapeutens væremåte var sentral for utbyttet	39
4.2. Egenbehandling gav stor mening	41
4.3. Erfaring av utfordrende hendelser i egenbehandling.....	42
4.4. Terapeuten som modell for egen praksis i PMF	43
5.0. DRØFTING RESULTATER	45
5.1 Terapeutens væremåte var sentral for utbyttet.	46
5.2 EB gav stor mening.....	49
5.3 Erfaring av utfordrende hendelser i EB	51
5.4 Terapeuten som modell for egen praksis i PMF	53
5.5 Relevans for psykisk helsearbeid	54
6.0. KONKLUSJON	57
<i>Litteraturliste</i>	58
<i>Vedlegg 1: Vurdering NSD</i>	63
<i>Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema</i>	66
<i>Vedlegg 3: Intervjuguide</i>	69

1.0. INNLEDNING

1.1. Tema

Psykomotorisk fysioterapi (heretter forkortet til PMF) er en videreutdanning for fysioterapeuter. For å få en egen takst kompetanse inngår det et krav om 20 timers egenbehandling (Helsedirektoratet, 2020). En takst kompetanse vil si at en fysioterapeut med en videreutdanning kan benytte egne spesifikke takster ved behandling av pasienter, som vil utgjøre mer enn vanlig takst. PMF bygger på et grunnlag om at kroppen er senter for opplevelse og erfaring, derfor sees kropp og psyke som deler av helheten til et individ. Det at problematiske erfaringer og følelser setter seg i kroppen vår som egne uttrykk blir sentralt i en behandling (UIT, 2021). Egenbehandling formuleres som følger av fagseksjonen i Norsk Fysioterapeutforbund: *«Egenbehandling er en del av utdanningen og kan foregå parallelt eller etter utført psykomotorisk utdanning. Gjennom egenbehandling skal studenten bli bevisstgjort på egen helse. Denne behandlingen må være utført av en psykomotoriker med takst kompetanse»*, skriver fagseksjonen i Norsk Fysioterapiforbund (Aars, 2014). Utover det fagseksjonen skriver, er det ikke satt noen flere krav til hva denne egenbehandlingen skal inneholde eller i hvilken kontekst den skal foregå i.

1.2. Bakgrunn for tema

For egen del hadde jeg flere enn 20 egenbehandlinger (heretter forkortet til EB), fordelt på ulike terapeuter for da å kunne oppleve ulike tilnærminger hos terapeutene. Mitt personlige utbytte av disse behandlingene var svært avgjørende for mitt engasjement i faget. Det å få den personlige erfaringen med å være en sårbar pasient i møte med en dreven behandler gav mye rom for refleksjoner. Jeg er usikker på om jeg er blitt en bedre terapeut som følge av EB, da dette er vanskelig å måle. Personlig utvikling og en dypere innsikt i faget vil jeg likevel tilegne min erfaring med EB. Læren om kommunikasjon i teori og grep som ble innøvd i samarbeid med medstudenter, var en helt annen situasjon enn å selv oppleve på kroppen hva dette gjorde med meg. Dette var grunnen til at jeg ønsket å få vite mer om hva andre studenter har erfart gjennom sin EB. Mitt ønske var å få vite om personlig utvikling var en viktig del av utdannelsen vår, og hva som ble tatt med av erfaringer og lærdom over i terapeutrollen. Min forforståelse blir utdypet i metodekapittelet, punkt 3.2.1.

Ifølge Berit Heir Bunkan (2008, s. 222) er pasienter sensitive for terapeutens sinnsstemninger. Bunkan er en sentral skikkelse i oppbygging av PMF, og har vært lærer ved utdanningen OsloMet i flere år. Hun skriver om å jobbe for at pasienten skal få kontakt med egen kropp og følelser og at de ikke alltid klarer å gi uttrykk for dette (Bunkan, 2008, s. 221). Terapeuten er det aller viktigste instrumentet i denne behandlingen skriver hun videre. Hun mener at for å kunne utnytte dette bør terapeuten selv være i stand til egenutvikling og kjenne egne ressurser og begrensninger.

Så langt jeg vet er det lite forskning innen PMF og EB. Det dukket opp en masteroppgave på samme tema fra 2013 (Weideborg, 2013). Det ble søkt frem hva psykoterapeuter og psykologer hadde funnet når det gjaldt egenbehandlinger. Det er ikke noe krav hos psykologstudentene med EB, men det oppfordres til dette gjennom studiet for økt innsikt i faget (samtale med psykolog Christina Salthaug 31.05.20). I en artikkel i Tidsskrift for norsk Psykologforening gjennomgikk de forskning som er gjort de siste årene på betydning av EB og innvirkning på terapeutrollen for psykologer (Paulsen & Peel, 2013). En av de siste studiene de viste til sier at omtrent 90 prosent opplevde sin EB som nyttig. De rapporterte om opplevelser som økt selvverd, kognitiv innsikt og emosjonell lindring. Det som ble trukket frem som negativt hos de resterende 10 prosentene var forhøyelse i depressive symptomer, relasjonelle utfordringer og en følelse av å bli for reflektert. Artikkelen oppsummerte at det ikke kunne evalueres med at egenerapi hadde direkte innvirkning på utfall av egne pasienter. Når det gjelder forskning innen PMF foreligger mest kvalitative studier. Det er gjort forskning på erfaringer med opplevelser og undersøkelser (Dragesund & Råheim, 2008) innen faget. Det er gjort empiriske studier på hvordan og hvem som får hjelp av PMF (Øien, Råheim, Iversen & Steihaug, 2009). Det er også forskning på epistemologiske forhold og begrepsavklaringer (Thornquist, 2001a, 2001b), og innen spesifikke sykdomsbilder og PMF (Kolnes, 2012). I 2010 ble det publisert en studie knyttet til hvilke pasientgrupper som oppsøker PMF (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2010). Den sistnevnte viser til at det er flest kvinner som står på venteliste til behandling, og plagene var sammensatt av emosjonelle symptomer og helseplager. Noen år senere kom den første klinisk randomiserte studien med et kvantitativt design (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018). Den tar for seg nytteeffekten av PMF og viser til at denne behandlingen så ut til å ha effekt hos pasientene allerede etter noen måneder.

1.3. Oppgavens problemstilling

Hensikten med oppgaven var å få en dypere innsikt i hvilken betydning EB har for psykomotoriske fysioterapeuters måte å jobbe på. Problemstillingen var todelt, og som følger:

Hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter egenbehandling og hvilken betydning har disse erfaringene for deres arbeid som terapeuter?

Erfaringene er gjort av psykomotoriske fysioterapeuter under utdanning eller rett i etterkant, av fullført utdanning, og disse kalles «informanter» i oppgaven. EB er et av kravene som må gjennomføres for å få en egen takst kompetanse i faget, det er da en del av utdannelsen. Disse behandlingene skal gjennomføres av en annen psykomotoriker som allerede innehar en slik takst kompetanse. Ordet *erfaring* kommer fra det greske ordet *empeiria*, og er en betegnelse på informasjonen vi får gjennom sansing og handling ("Erfaring," 2021, 23.mars). Som et ledd i en kunnskapsbasert praksis, er det viktig med både forskningsbasert kunnskap, brukermedvirkning og erfaringsbasert kunnskap ("Kunnskapsbasert praksis," 2021). Det overordnede perspektivet i denne oppgaven oppfatter jeg som en del av kunnskapsformen *erfaringsbasert kunnskap*. Denne formen for å tilegne seg kunnskap var todelt i min studie; å være pasient og student. Det er denne type data denne oppgaven omhandler, erfaringer som er gjort av psykomotorikere gjennom det å ta EB. Med erfaring ønsket jeg å få vite mer om hva som ble oppfattet som vesentlig i behandlingsrommet når det gjaldt kommunikasjon, holdninger og terapeutens væremåte, men også hva informantene merket av endringer på egen kropp. PMF er en kropporientert behandlingsform, og her er det Merleau-Ponty sin kroppsfenomenologi som ligger til grunn, se pkt.2.0.

1.4. Avgrensning av oppgaven

Denne oppgaven handler primært om PMF som behandlingsform, da det er sentralt i problemstillingen samt at PMF danner et utgangspunkt for egen erfaring med praksis. Det benyttes tverrfaglige perspektiver når det kommer til teori for å få svar på problemstillingen. Eksempler på dette er psykoterapi, sykepleieteori og psykologi. Det finnes også andre kropporienterte behandlingsformer, som for eksempel karakteranalyse ("Karakteranalyse," 2021). Oppgaven tar ikke for seg disse da det ville blitt for omfattende. For å oppnå kunnskapsbasert praksis ("Kunnskapsbasert praksis," 2021) bør de tre elementene forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap være inkludert i praksisen. Det overordnede perspektivet i denne oppgaven oppfatter jeg som en del av

kunnskapsformen *erfaringsbasert kunnskap*. I tillegg er forskningsbasert kunnskap forsøkt redegjort for i teorikapittelet. Brukerkunnskap er ikke en del av denne masteroppgaven.

1.5. Begrepsavklaring

Under defineres begreper som er sentrale i oppgaven. Psykisk helsearbeid og psykisk helse blir definert i punkt 1.5.3.

Psykomotorisk fysioterapi (PMF): *Psyko* betegner det som har med psyke å gjøre og *motorisk* har å gjøre med å sette noe i bevegelse (Møyner, 2020). Det er altså en behandlingsmetode som retter seg mot bevisstgjøring av kroppen og dens spenningstilstander. Både pust og spenninger i musklene våre endrer seg med hvordan vi har det med oss selv. Vanskelige perioder i livet, smertetilstander, stress eller traumer påvirker kroppen vår og det psykiske. PMF har som mål å være en hjelp til selvhjelp, det foregår enten individuelt eller i grupper (NFF). Dette blir utdypet mer om PMF i punkt 1.5.

Egenbehandling (EB): Dette ordet benyttes av psykomotoriske fysioterapeuter som selv tar behandling i PMF. Det benyttes andre begreper for det samme hos andre profesjoner, som egenerapi eller personlig terapi. Norsk fysioterapi forbund skriver:

«For å få rett til takstkompetanse A9: Psykomotorisk behandling, må studiekravet på 120 studiepoengknyttet til fagfeltet, være innfridd. I tillegg må man ha 20 behandlinger med psykomotorisk fysioterapi – kalt egenbehandling» (Aars, 2014).

1.6. Introduksjon av fagfeltet norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF forkortes til PMF)

1.6.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi fra starten

Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utviklet i 1940-årene av Aadel Bulow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy (Bunkan, 2001). Bulow-Hansen spredte sin kunnskap gjennom at fysioterapeutene gikk i egenbehandling hos henne, og ved at de observerte hvordan hun jobbet med sine pasienter. En fysioterapeut som har vært en frontfigur innen PMF i en årrekke, Gudrun Øvreberg, har selv gått i lære hos Bulow-Hansen. Gudrun Øvreberg har vært en aktiv kursleder i Norsk Fysioterapiforbund i en årrekke, og hun har i tillegg undervist både medisinstudenter og fysioterapeuter i muskellære (Tvedten, 2016, s. 2). Øvreberg forteller om

sine refleksjoner rundt dette og mener at det å kjenne på egen kropp og så reflektere over faget var den eneste måten å lære faget på. Da hun møtte Bulow-Hansen for første gang ble hun fortalt at den eneste måten å lære på var å bli behandlet selv. «*så får vi se hva du vil spørre om i etterkant*», ble hun fortalt (Ianssen, Andersen & Bülow-Hansen, 1997, s. 15). Først kroppen, så ordene og til slutt tankene, sa Bulow-Hansen til henne. Øvreberg fikk behandling den ene uken med litt forklaring, neste uke fikk hun spørre og reflektere over det hun hadde opplevd. Hun fikk høre: «*Kan du kjenne på det selv, kan du lettere hjelpe pasientene*» (Ianssen et al., 1997, s. 15).

Bunkan, forteller i et intervju hvordan hun gikk i lære hos Bulow-Hansen. Hun observerte hvordan hun behandlet pasientene sine og fikk fra henne med seg kunnskap om det som etter hvert ble kalt psykomotorisk fysioterapi (Galåen, 2019). Den nå over 90 år gamle Bunkan fikk også spørsmål og hvordan faget står i Norge i dag. Hun svarte at i Norge har man 20 egenbehandlinger, mens i England kreves 150 og Hellas 200 egenbehandlinger, så her i Norge er kravet bare en dråpe i havet. «*De norske studentene trenger flere behandlinger under veiledning*», understreker Bunkan (Galåen, 2019). I en telefonsamtale (desember 2020) forteller Bunkan meg hva hun mener om viktigheten av EB i faget. Hun påpekte, «*Det er helt vesentlig å kjenne seg selv for å kunne gi behandling til pasienter*». Dette har hun sett tydelig over flere år som egenbehandler selv for studenter. «*Forsviner kravet til EB vil dette unike faget vårt bli mer som vanlig fysioterapi*», oppsummerer hun.

1.6.2 Hva er PMF som behandlingsform

I en behandling med PMF er det kroppen som står i sentrum. Det dynamiske samspillet mellom kropp og følelser blir kartlagt og undersøkt. Det benyttes først en lang samtale (anamnese) for å kartlegge pasientens ressurser, plager og spenningsmønster. Deretter foretas en funksjonsundersøkelse av kroppen. Ut ifra dette ser man hvor starten med behandling blir, hvor mye man kan dosere en behandling og hvor sårbar pasienten er.

Det benyttes ikke diagnostiske diagnoser til å bestemme behandling, men spenningsmønsteret i kroppen, pusten og holdning avgjør hvilken type behandling som skal utføres. Såkalt stress i kroppen, uansett årsak, innvirker på hele personen og synes i kroppsuttrykket, noe er bevisst og noe er ubevisst (Bunkan, 2008). Behandlingen går ut på bevisstgjøring av eget spenningsmønster, da gjennom samtaler og massasjeregrep. Målet er å skape en omstillende behandling, som skal gi pasienten følelse av at noe for eksempel slipper i kroppen. Er det en

sårbar og belastet pasient må man være oppmerksom på at en omstillende behandling kan være for krevende og gi en overdosering i form av for eksempel angst. Dette vil da være for inngripende for denne pasienten å kjenne på, og behandlingen må endres til å være støttende og stabiliserende eller så er ikke denne typen behandling riktig for denne pasienten og opplegget avsluttes.

Kroppen vår er ikke taus og uttrykksløs, den er full av mening som gir andre forståelse av hvem vi er (Thornquist, 2018, s. 136). I PMF er nettopp dette blikket på en annens kropp essensiell, vi prøver gjennom pasientens kropp og forstå individet bedre. Filosofisk sett er fenomenologien sentral i dette, og da kroppsfenomenologi utviklet av Merleau-Ponty. Dette beskrives slik av Thornquist: «*Mennesket er ikke å forstå som et tenkende og intensjonalt vesen løsrevet fra kroppen. Det er derimot som kroppslig subjekt mennesket eksisterer og deltar i verden; kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse*» (2018, s. 136).

1.6.3. Plassering av psykomotorisk fysioterapi i psykisk helsearbeid

Hummelvoll med kolleger (2008, s. 35-53) skriver i sin artikkel om forskning på psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Psykisk helse oppfattes i artikkelen som dynamisk (noe man ikke har konstant) og subjektivt (opplevelsen varierer). Hummelvoll påpeker videre at det å ha psykisk helse innebærer at vi har «*tilgang på glede og lyst, evne til å møte motgang og mestre livsutfordringer, opplevelse av fellesskap, være verdsatt og at man har meningsfulle oppgaver*» (2008, s. 53). Det er en god ting å ha håp og ønsker for fremtiden. Har man ikke dette som Hummelvoll beskriver innehar man en psykisk uhelse, noe som kan begrense vårt sosiale liv (2008, s. 53). Det kan ved uhelse være nødvendig med hjelp, og det er her psykisk helsearbeid kommer inn. Uhelse som oppstår kan komme i form av å føle seg nedtrykt, følelse av angst eller lav selvaktelse. Sentralt i dette arbeidet er å hjelpe brukeren til å klare hverdagen bedre og støtte opp så hver enkelt kan finne sin måte å mestre hverdagslivet (Hummelvoll, 2008). Forfatteren legger vekt på at skal dette arbeidet fungere, så kreves: «*oppmerksomhet på samspillet mellom sjel, kropp og omgivelser*» (Hummelvoll, 2008, s. 53). Psykomotorisk fysioterapi dreier seg om kropp, og hva som setter seg i kroppen av blant annet følelser. Vi holder pusten eller biter tennene sammen i hverdagen, dette gjør noe med kroppen over tid. For å mestre hverdagen bedre kan en psykomotorisk fysioterapeut gi lærdom om bedre kjennskap til egen kropp og hvilke følelser som setter seg i kroppen, dette så en selv kan regulere bedre i hverdagen. PMF jobber for den enkeltes psykiske helse ved å

bli kjent med kropp og psyke. Det er vanlig å tenke at kropp hører til vår fysiske helse, og det blir heller lite tematisert at kroppen vår er kilde for «*erfaringer, mestring, endring og erkjennelse*», hevder Ottesen (2011, s. 4). Kropp beskrives i mindre grad i psykisk helsearbeid skriver Ottesen, hun trekker frem refleksjoner rundt forståelse av kroppen og bruker da metaforen «*bærekraftig kropp*». Ettersom vi gjennom egen kropp får kontakt med våre følelser og erfaringer, er ikke kroppen bare noe vi ser og identifiserer oss med. «*Å drive helsearbeid uten fokus på kroppen, tenker jeg er som om en saksofonist skal spille en tone uten å være i kontakt med instrumentet sitt*» (Ottesen, 2011, s. 86).

1.6.4. Utdanning psykomotorisk fysioterapi

Utdanningen er en videreutdanning for fysioterapeuter. Denne utdannelsen har endret seg fra den startet i 1940 årene til i dag. Det ble dannet en formell faggruppe i 1973, som besto av fysioterapeuter som hadde generell interesse for psykiatri eller lettere psykiske plager. Fra 1973-1994 hadde norsk fysioterapiforbund (NFF) et utdanningsforløp med undervisning, veiledning, hospitering, egenbehandling og eksamen (NFF, 2018). Utdanningen ble offentlig fra 1994, som videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved høgskolen i Oslo. I 1997 kom den nye rammeplanen for alle videreutdanninger. Dette gikk på bekostning av PMF sin faglige dybde og det ble mer bredde i studiet (Thornquist, 2014, s. 168).

Faggruppen ønsket en utdanning på høgskolenivå, men det ble veldig viktig for fagmiljøet at tradisjoner og faglighet ble ivaretatt (Thornquist, 2014, s. 167-168). Det har etterhvert blitt en større bredde på profesjonsstudiet, dette var noe som endret seg da flere enn faggruppen var ansvarlige for utdannelsen (Thornquist, 2014, s. 172). Nå ligger altså videreutdanningen på masternivå. Høgskolen i Oslo har fra 2021 ikke lenger videreutdanning i dette faget, men det er kommet nytt studietilbud som har navnet: Psykomotorisk fysioterapi, master i helsevitenskap som er et deltids studium over 3 år. Universitetet i Tromsø har allerede samme tilbud.

1.7. Oppgavens relevans for psykisk helsearbeid

Jeg håper denne oppgaven kan ha nytteverdi for andre studenter som vurderer nytten av egenbehandling, og at de får erfare PMF som kilde til utvikling. Selv om EB ikke er nødvendig i utdanningsforløpet blir det ofte anbefalt. Det at *det ikke er nødvendig* betyr at

dersom ikke takstbruk er aktuelt eller ikke er av interesse er det ingen krav med EB for å bli PMF. Målet var å finne ulike spennende erfaringer hos mine informanter, for i neste omgang å spre interessen for å ta EB. I tillegg vil denne oppgaven også muligens ha en nytteverdi for egenbehandleren selv og undervisningsinformasjon som kommer fra utdanningsinstitusjonen. Ettersom det er få kriterier satt til EB fra vår fagforening (se punkt 1.1.), er det et ønske at denne oppgaven kan belyse mer hva konkret man får igjen av EB som vi ikke får av kunnskap under studietiden. Funnene i oppgaven vil kanskje motivere studentene til å komme med egne ønsker til behandling, før de starter på sine 20 timer hos en terapeut.

Et stort spørsmål er om *kravet* til EB vil falle bort i 2021, da vår videreutdanning går inn i et masterforløp. I så fall tenker jeg det blir enda viktigere å forsøke å tydeliggjøre erfaringer som er gjort gjennom EB frem til nå.

«Det psykiske, det sosiale og det kroppslige henger sammen og kan ikke adskilles», skriver Eriksson & Hummelvoll (2015, s. 11) i sin artikkel som omhandler kjennetegn på psykisk helsearbeid. Ettersom denne oppgaven omhandler PMF og EB, var hovedvekten på kroppslige erfaringer, men også opplevelser ved både det sosiale og det psykiske av betydning. Oppgaven kan dermed sies å beskrive en behandlingsmetode hvor man kan jobbe med psykisk helsearbeid som dreier seg om bevisstgjøring av det indre via kroppen.

1.8. Oppbygging av oppgaven

Denne oppgaven deles inn i 6 hovedkapitler. Neste kapitel omhandler teoretisk perspektiver basert på det som er hovedfunn i oppgaven. I kapittel 3 beskrives metoden som er gjennomført. Fjerde kapittel tar for seg hovedfunn i analysen som er gjort. Neste kapittel blir disse funnene drøftet mot teori og tidligere forskning. Til slutt kommer konklusjonskapittel med oppsummering.

2.0. TEORETISK RAMME

I dette kapittelet vil jeg presentere teori som videre vil fungere som ramme for de funn som presenteres i kapittel 4. Innledningsvis tar jeg for meg perspektiv rundt kommunikasjon og hvordan helseaktører bruker kropp og ord for å skape en god relasjon (terapeutisk perspektiv). Videre tar jeg for meg selvinnsikt, og hvorfor det er viktig å kjenne seg selv når man er terapeut overfor andre (sosiologisk perspektiv). Neste tema er former for dosering i PMF, og hvordan kan dette bli til en overdosering i en behandling. Siste temaet omhandler hvordan vi tar til oss læring (pedagogisk perspektiv). Informanten er selv pasient under EB og ser en ekspert jobbe. Hva sier teorien om å lære ved å se andre utføre eget fag? Jeg kommer inn på forholdet mellom å lese teori og oppleve teorien på egen kropp.

Opprinnelsen av ordet teori kommer fra greske *theoria* som kan oversettes til *en måte å si ting på* (Anker, 2020, s. 44). I dette kapittelet redegjøres det for teorier, empiri og forskning som gjør problemstillingen tydeligere for egen del og leserens del. Hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter EB og hvilken betydning har disse erfaringene for deres arbeid som terapeuter? Gjennomføring og krav til å ta egenbehandling er lite beskrevet fra norsk fysioterapeuters forbund (NFF). Dette er det eneste kravet fra NFF: «*Egenbehandlingen må utføres av fysioterapeut som praktiserer psykomotorisk fysioterapi til daglig og har takst kompetanse A9. I egenbehandlingen skal studenten bli bevisstgjort på egen helse.*» (Aars, 2014). Meningen bak kravet til de 20 EB er beskrevet som en del av utdannelsen som skal gå på bevisstgjøring av den enkeltes helse. Taksten A9 ble innført i 1974, som en tilleggs takst for fysioterapeuten med videreutdanning i PMF. Dette ble gjort for å fremme lyst til å ta videreutdanning og på denne måten kompensere økonomisk for dette (NFF, 2018).

Det er viktig å få med det fenomenologiske perspektivet for å gi en forståelse av kroppens biologiske og sosiale funksjon (Moe, 2009, s. 18). Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) er en fenomenologisk orientert filosof som er sentral for PMF på grunn av sin forståelse av kroppen som det primære erfarende ved mennesket (Thornquist, 2018, s. 137). Han kritiserer tankegangen om å se på kroppen som et objekt, og han argumenterer for at kroppen er et subjekt som er preget av sin erfaring i verden. «*Kroppen kan ikke sammenlignes med en fysisk genstand, men snarere et kunstverk*», mener Merleau-Ponty (1994, s. 107). Filosofen påpeker at vi *har* en kropp og vi *er* en kropp. Kroppen er både subjekt ved vår bevisste personlighet og

levd liv, på den andre siden objekt siden kroppen kan gi uttrykk til omverdenen om hvordan vi har det. Kroppen er altså viktig i vårt sosialt liv (Gretland, 1999, s. 9). Et eksempel på at kroppen sees på som både objekt og et subjekt kan være følgende (Moe, 2009, s. 18): Dersom du rødmer i huden er dette en biologisk reaksjon og uttrykk for et ubehag. Det er situasjonen og omverdenen som igjen forteller om rødmingen kommer av ubehag eller om ubehaget er en konsekvens av rødmingen. Dette er viktig for kliniske møter, særlig for helsepersonell (Thornquist, 2018, s. 154). Det betyr at helsepersonell må kjenne til kroppens fenomenologiske forståelsesramme og kroppens sammensatte karakter som beskrevet over ved subjekt og objekt. Med det menes at det skal bevissthet til ved hvordan vi forholder oss til de som er syke og har funksjonsproblemer, man må se disse menneskene som subjekter og i et innsideperspektiv (Thornquist, 2018, s. 160).

Det er gjort noe forskning innen psykomotorisk fysioterapi de siste årene. Sviland publiserte i 2014 sin doktorgrad (Sviland, 2014) hvor hun beskriver grunnlagsforståelsen for PMF ved hjelp av Braatøys tenkning. Annen viktig forskning de siste årene er studien som viser til om PMF kan dempe smerter (Bergland et al., 2018). Forskerne gjorde en randomisert effektstudie av 105 pasienter fra hele landet som slet med bl.a. mye muskelsmerter. Studiene viste til at PMF gav mindre smerter og bedre livskvalitet. For å kunne vise til lignende studier når det gjelder EB i PMF er det lite forskning, som tidligere nevnt. Fagområdet er blitt mer akademisk de siste årene, og det er da mulig det vil bli mer forskningsbasert kunnskap i årene som kommer (Smeby & Skumsrud, 2019, s. 88). Jeg benyttet derfor andre yrkesgrupper som hadde lignende kvaliteter som PMF når jeg søkte etter forskning og litteratur i dette kapittelet.

Psykoterapeuter har forsket på egenbehandling, og dette feltet finner jeg nært til PMF når det gjelder kommunikasjon (Se pkt: 2.1 og 2.2). Læren om det praktiske i faget har jeg hentet fra sykepleiefeltet som også har både teori og praksis som sitt fagfelt (2.4).

Som nevnt i innledningen har Paulsen gjort forskning på egenbehandling og dens effekt hos psykoterapeuter (Paulsen & Peel, 2013). Mats Hamreby (2006, s. 25) skriver en artikkel om psykoterapeuters egenerapi. Han mener at ved forskning som er gjort på egenbehandling hos terapeuter så bør man skille mellom tre ulike perspektiver. Det første er det terapeutiske perspektivet, som innebærer at terapeuten selv skal få tilstrekkelig terapi, men her savner han mer empirisk forskning. Det andre er det pedagogiske perspektivet som handler om å tilegne seg kunnskap gjennom profesjonstiden vi har. Sist trekker han frem det han selv skriver om i sin artikkel, det sosiologiske perspektivet. Han hevder at dersom man spør etter egenerapiens

effekt, får man mange ulike svar ut ifra hvilke perspektiv man innehar (Hamreby, 2006). Videre i oppgaven beskrives alle disse tre perspektivene, men grunnet en masteroppgaves begrensninger på tid og omfang kan jeg ikke utdype alle perspektivene like grundig. Størst plass vies sosiologiske perspektiv siden dette går igjen i min problemstilling.

Jeg valgte å utforske databasene Orio, Pubmed, SweMed, CINAHL og google scholar. Jeg brukte søkeord både på norsk og engelsk. Egenbehandling gav få treff, så her måtte jeg også bruke egenerapi eller personlig terapi for å få flere treff. Andre søkeord som ble benyttet var: Psykomotorisk fysioterapi, egenutvikling, kommunikasjon, veiledningsteorier og selvinnsikt.

2.1. Kommunikasjon

Det finnes mye dokumentasjon på at vi kan kommunisere med hverandre fra øyeblikket vi kommer til verden. Først med samspill og ansiktsmimikk som spebarnet gjenkjenner, så med ulike bevegelser som blir gjenkjent ved speilnevroner (Stern, 2007, s. 15). Dette er også noe som man kan kjenne igjen i voksen alder, og som vi gjerne opplever i timer med psykoterapi påpeker den kjente barnepsykiateren Daniel Stern.

«Ordet kommunikasjon betyr formidling og det å dele informasjon» (Allott, 2019). Denne evnen til å melde eller uttrykke oss har vi med oss fra vi blir født og gjennom hele livet. Vi vil alltid være oppmerksom på den andre vi har en samtale med, både verbalt, men også gjennom hva som formidles av kroppsspråk (Bråten, 2004, s. 131-132). Kroppsspråk kan dreie seg om kroppsbegivelse, stemmeleie, blick og ansiktsuttrykk. Bak dette språket ligger gjerne sanseintrykk som kommuniserer følelser og holdninger, forklarer Bråten. Eide og Eide (2017, s. 136) skriver i sin bok om kommunikasjon at den nonverbale kommunikasjonsdel tar større del i samtalen enn vi tror. Dette fordi vi ved det nonverbale uttrykker overfor klienten hvor vi er i relasjonen. Dette blir igjen avgjørende for om pasienten føler seg trygg i behandlingssettingen. De belyser det de kaller gode nonverbale ferdigheter, her nevnes bl.a. øyekontakt, åpen kroppsholdning, være avslappet å uttrykke ro (Eide & Eide, 2017, s. 136). Bjørn Killingmo (1999, s. 56-59) skriver i sin artikkel om den åpne samtalen, han trekker frem det han mener er vesentlig for en god klinisk kommunikasjon. Han understreker forskjellen på mellom kommunikasjon og samtale. Ved en samtale dreier det seg om et gjensidig forhold mellom begge parter, og det er derfor viktig å være bevisst forskjellen (Killingmo, 1999, s. 56). Det å ha en bekreftende holdning til pasienten som åpner seg er av

stor betydning. Han legger vekt på at det da er viktig at hjelperen er klar over sitt eget følelsesliv og dets begrensninger.

Vi bringer med oss noe når vi møter andre, nærmere bestemt de psykodynamiske mekanismene samt overføring og motoverføring. Det vil si at møte mellom pasient og terapeut er en toveis relasjon hvor det utveksles følelser (Zachrisson, 2008). Terapeutisk holdning innebærer en balanse av tilstedeværelse til pasienten når det gjelder avstand/ nærhet og det å finne sin egen måte å være profesjonell på sammen med pasienten (Zachrisson, 2008). Overføring fra pasienten skjer i møte med holdning, og følelser skal kunne overføres fra pasient til terapeut og skape en grobunn for utforskning. Her må terapeuten være sterk nok til å tåle å ta imot de følelsene som kommer og ikke reagere med ubearbeidede motoverføringsreaksjoner som kan ha mer med terapeuten å gjøre enn pasienten (Zachrisson, 2008).

I PMF leter terapeuten ikke etter det som «ligger bak» det som blir fortalt, men vi lytter til det som blir sagt og så må vi prøve å forstå det. Vi skal være i begges perspektiv (Ianssen et al., 1997, s. 22). Helt fra oppstarten av PMF har samtalebiten vært at fysioterapeuten mest skal lytte, være pasientens klagemur og slik skape en egenrefleksjon (Thornquist, 2006a, s. 33). Dette har utviklet seg i seinere tid. I dag er psykomotoriske fysioterapeuter mer aktive i samtalen som går begge veier (Thornquist, 2006a, s. 33). Når pasientene får snakke gir det en frigjørende følelse som kan redusere kroppslige spenninger, hevder Anne Gretland (2007, s. 129). Det er enighet innen fagmiljøet om at samtalen handler om her og nå situasjonen, og har pasienten sin kropp som utgangspunkt for samtale (Thornquist, 2006a, s. 33). I psykomotorisk behandling trekker Bunkan frem samtalen i tre faser (2008, s. 234-235). De tre fasene kalles *innledningssamtale*, *underveissamtale* og *avslutningssamtale*. Den første kjennetegnes ved den samtalen som finner sted i starten på en behandlingstime. Her er det viktig å høre hvordan forrige behandling var og ellers hvordan livet har vært siden forrige møte. I underveissamtalen er fokuset ofte på det som skjer underveis i kroppen under behandling. Den siste, Avslutningssamtalen, innebærer å avrunde timen på en god måte, her kan gjerne ting fra behandlingen bli tatt opp som tema til refleksjon. Bunkan (2008, s. 234-235). fremhever viktigheten av en profesjonell samtale for å få til en optimal tilnærming til pasienten De tre fasene hun beskriver skal bidra til å hjelpe pasienten til å få innsikt i egne problemer og gi bedre selvinnsett. Fysioterapeut Gunnari beskriver den innledende samtalen som en meningsfull del fordi den tydeliggjør tiden mellom behandlingene og på denne måten

kan få frem hverdagens hendelser i samtalen (Gretland, 2007, s. 146). En samtale kunne vært følgende:

Terapeuten berører pasientens rygg og spør: «*Kjenner du noe her?*»

Pasienten svarer: «*Det er der jeg alltid føler meg trøtt.*»

Terapeut: «*Jeg så du fikk vondt men du sa ikke noe*»

Pasienten: «*Nei, jeg pleier gjerne bite i meg ting, det er slik jeg er*»

Dette kunne vært en underveis samtale som mot slutten av behandlingen kunne vært tatt opp med et spørsmål fra terapeuten: *Hvorfor tror du at du stadig biter i deg ting?* Da kunne det kanskje kommet i gang en diskusjon rundt det å ta hensyn til egne behov. Utgangspunktet er å se problemer som dukker opp i sammenheng, for å få til en vellykket behandling (Thornquist, 2009b, s. 6). Det er viktig å rette oppmerksomheten mot pasientens sammensatte lidelser og uheldige vaner eller mønstre, ikke bare se ett problem av gangen.

Det å sette ord på ting gjør at pasienten selv får klarere tanker og mindre trykk innvendig sier Bunkan (2008, s. 234), en hjelp til selvforståelse. I alle tre fasene nevnt over, er det viktig å få fram pasientens egne behov. Bunkan trekker også frem terapeuten egen evne til å tåle å bli sett. Hun mener at pasienten trenger å bli anerkjent for den pasienten er, og da er det viktig at terapeuten mestrer både verbal og nonverbal kommunikasjon. Terapeuten må gi trygghet og vise at pasienten blir forstått. Da er det viktig at terapeuten selv er mentalt mottakelig og har fått god veiledning selv gjennom samarbeid med kollegaer og egenbehandling (Bunkan, 2008, s. 235).

Thornquist (2009a, s. 125) belyser hvordan vi speiler hverandre under samtaler. Vi forstår oss selv i lyset av samtalepartnerens reaksjoner på det vi forteller. Disse reaksjonene er viktige i en behandling for å få frem et bilde på hvem vi er og kjenne selvrespekt. Det er i en behandlingssetting et asymmetrisk forhold hvor det er spesielt viktig at terapeuten *lytter* og forsøker å forstå hva pasienten virkelig mener (Thornquist, 2009a). Det er spesielt viktig at terapeuten lytter og forsøker å forstå pasienten siden behandlingssettingen er i et asymmetrisk forhold.

Under første pasientkonsultasjon i PMF, forteller pasienten sin historie om hvorfor de ønsker behandling, plager de har nå og tidligere og ellers om sitt hverdagsliv. Terapeuten trenger ikke vite noe om diagnoser, men prøver å finne ut noe om belastninger og spenninger og lage en logisk sammenheng sammen med pasienten (Ianssen et al., 1997, s. 132).

Som nevnt i starten på dette kapittelet er kroppen meningsbærende og uttrykksfull overfor omverdenen. Måten vi bruker kroppen vår på er med på å uttrykke våre holdninger og meninger, som er sentralt å være bevisst i en behandlingssetting. Terapeuten må være bevisst på pasienten og fange opp det som kommer frem av ord og kroppslige uttrykk, for så å kunne få pasienten til å få bedre selvinnsikt og dermed kunne hjelpe seg selv. Terapeuten må på sin side være bevisst sin holdning for å få en god relasjon til pasienten. For å gjøre asymmetrien i relasjonen mindre kan terapeuten vise innlevelse i pasientens verden (Hanstvedt, 2016, s. 36). Dette kan blant annet gjøres ved å bekrefte det pasienten selv gjør av tiltak for å bedre sine plager.

Det er gjort studie på samhandling i praksis hos psykomotoriske fysioterapeuter (Thornquist & Gretland, 2003a, 2003b). En pasient ble filmet under behandling av to ulike fysioterapeuter, her beskrives store ulikheter. Det rettes fokus på samspillet mellom pasient og terapeut, hvordan terapeuten gir pasienten mulighet til å utvikle tillit til egen kropp og pasientens deltakelse i kommunikasjonen (Thornquist & Gretland, 2003b, s. 18).

Oppmerksom tilstedeværelse (Gretland, 2007, s. 91-92), beskrives som en evne til å regulere samspillet ut ifra det pasienten trenger. Terapeuten må variere mellom det å lytte og gi respons. Pasientens respons vil være avgjørende for den videre dialog og behandling.

I 2011 ble det gjort en kvalitativ studie av elleve behandlingsopplegg med langvarig og krevende fysioterapibehandling (Øien, Steihaug, Iversen & Råheim, 2011). Det ble gjort intervjuer og filmopptak av kommunikasjonen mellom terapeut og pasient for å se på dynamikk, ord og kroppsholdning. Forskerne konkluderer her med at det viktigste var å forstå episodene som åpne og dynamiske, og ikke se pasienten som krevende (Øien et al., 2011). Et annet forskningsprosjekt tok 1000 terapisesjoner av psykoterapi opp på bånd. Disse ble kartlagt og det ble lagt merke til hva terapeut og pasient snakker om og reaksjoner rundt dette (Ulvenes et al., 2012). Her mener forskeren at terapeutene ikke må være for opptatt av å bli likt. Pasienten blir ikke bedre hvis vanskelige ting unngås i timene. Forskerne råder etter studien terapeuter til ikke å være redde for å gå inn i ubehagelige temaer, det bør ikke legges for stor vekt på god allianse forteller Ulvenes.

2.2. Bli bedre kjent med seg selv på innsiden – selvinnsikt.

Selve substantivet selvinnsikt vil si «innsikt» i egen psyke og atferd (det norske akademis ordbok, naob.no). Forfatterne Haugen og Kvello innleder sin bok med å definere selvet slik:

«De evner, mål og verdier og preferanser som skiller et individ fra et annet»(Haugan & Kvello, 2019, s. 11). De har gjennomgått flere ulike definisjoner av ordet, og det finnes forskjellige betydninger i ulike kontekster. De trekker frem Leary og Tangey som mener selvet omfatter tre ting:

1)«Menneskers erfaringer med seg selv

2)Deres persepsjoner, tanker og følelser om seg selv

3)Deres intensjoner om å regulere sin egen atferd»(Haugan & Kvello, 2019, s. 12)

De mener ut ifra dette at denne unike egenskapen vi mennesker har til å reflektere over selvet igjen gir oss mulighet til å utvikle kunnskap om egen person – selvinnsikt (Haugan & Kvello, 2019, s. 12). Forfatterne skriver videre om selvinnsikt, en mulighet vi har til å til å lære oss selv å kjenne i ulike dimensjoner. Ved å være og tenke refleksivt kan vi bli bevisste våre tanker og handlinger og deretter regulere egne følelser. På denne måten kan vi oppnå ny kunnskap om oss selv som mestring (Haugan & Kvello, 2019, s. 14).

Utviklingen av begrepet *selvinnsikt* har hatt ulik betydning i samfunnet gjennom tiden vi har levd. Det ble en veldig interesse for dette ved inngangen til 1980-årene, da ble det laget en masse populærvitenskapelig selvhjelpslitteratur. I denne litteraturen forklares det at økt kunnskap om selvinnsikt vil gi oss bedre evne til å fungere (Haugan & Kvello, 2019, s. 17). Et motangrep på denne bølgen har kommet de siste årene fra blant andre forfatter Svend Brinkmann (2016) som skriver boken: *Stå imot – si nei til selvutvikling*. Denne motstanden eller hans parodi på selvhjelpsbøker har vært for å få mennesker til også å fokusere utover – selvutsikt. Kritikerne vil få oss til å tenke at kanskje ikke alt handler om å finne seg selv, men heller bekrefte den vi er i verden (Haugan & Kvello, 2019, s. 18).

Relasjon er den viktigste arena for å utvikle og erkjenne innsikt i seg selv (Haugan & Kvello, 2019, s. 185). De beskriver at selvinnsikt og relasjoner er i en dynamisk prosess ved at vi blir til og forstått i møtet med andre og motsatt. Dersom vi står fast i en vanskelig prosess kan vi oppleve å ikke se andre muligheter, men i møte med andres refleksjoner kan vi på ny revurdere vår prosess og kanskje finne en ny utvei. I PMF må terapeut og pasient lage en trygg og god relasjon, vi *blir til* i denne relasjonen. Å ha selvinnsikt som terapeut her kan være viktig for å tolke egne følelser i møte med pasienten (Haugan & Kvello, 2019, s. 192). Det å vite hvorfor terapeuten plutselig kjenner at han er lei seg, en motoverføring i dette pasientmøte, gir terapeuten en følelse som det kan være fint å finne ut hvor kommer fra. Denne selvinnsikten vil da gi terapeuten et bedre grunnlag til å skape en god relasjon.

Begrepet mentalisering handler om å forstå andre mennesker og ha selvinnsett til å skjønne hva som blir sagt. (Haugan & Kvello, 2019, s. 279). Dette begrepet er mye brukt iblant annet mentaliseringsbasert psykoterapi. Kvello beskriver begrepet i tre deler: 1) Selvinnsett på det vi føler om oss selv, selvbildet. 2) Det å leve seg inn i andres verden for å forstå dem bedre. 3) Betrakte egen person med andres øyne, det å se seg selv utenfra som andre ser det. Forfatteren skriver videre at ofte er personer med god selvinnsett er de beste til å ha et nyansert bilde av andre. Dette kan ha med evne og interesse til å forstå andre mennesker. (Haugan & Kvello, 2019, s. 280).

Psykiater Irvin D. Yalom skriver dette om viktigheten av terapeutens selvinnsett:

«Egenterapi er en god begynnelse – men bare en begynnelse. Selvutforskning er en livslang prosess, og jeg anbefaler en så dyp og langvarig terapi som mulig på forskjellige stadier i livet» (Yalom, 2003, s. 51). Han er opptatt av å formidle hva som er oppskriften på god terapi, og at det ikke må være for stor distanse mellom terapeut og pasient. Han mener den beste måten vi kan lære dette er selv å være i pasientrollen og være selvgranskende.

Det er gjort endel forskning på hvordan egenterapi påvirker psykoterapeuters måte å jobbe på. Petzold & Steffan gjorde en undersøkelse som viste at yngre studenter hadde mer utbytte av egenutvikling gjennom terapi enn eldre studenter. Dette viser logisk nok at livserfaring også gir økt selvinnsett. Aldersforskjell var likevel ikke viktig når man så på om de hadde utbytte av dette (Petzold & Steffan, 1999).

Artikler som omhandler forskning på hvordan psykoterapeuter oppnår en bedre profesjonalitet, viser at arbeid med sårbare pasienter krever kjennskap til også egen styrke og svakheter. Rønnestad og Orlinsky konkluderte blant annet med at veiledning og egenterapi for studentene var det viktigste for å oppnå bedre selvinnsett (Rønnestad & Orlinsky, 2006, s. 6). Egenterapi var en av de viktigste erfaringene som utviklet terapeuter, etter direkte klientarbeid og veiledning konkluderte en annen studie, også fra psykoterapeuter (Geller, Norcross & Orlinsky, 2005, s. 3).

En norsk studie av 250 pasienter og 70 psykoterapeuter ble gjennomført for å forske på terapeutens personlige egenskaper opp mot utfallet i terapi (Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010). De konkluderte med at personlige egenskaper kunne ha mer å si på utfallet av terapien enn valg av metoder og mye skoling. De trakk frem viktigheten av at terapeuten burde være ydmyk, ha troen på egne ferdigheter, tåle å høre om pasientens plager for å kunne skape en god relasjon i terapirummet (Nissen-Lie et al., 2010)

2.3. Negative erfaringer med EB

Som beskrevet i innledning gjøres det en vurdering av pasientens ressurser før behandlingen starter opp. Her kommer et utdrag fra en behandlingsprosess i PMF utført av Kirsten Ekerholt:

«Pasienten erfarte ved slutten av timen at kroppskontakten var økt. Hun hadde bedre kontakt med føttene og deres forankring til underlaget. Dette tolker jeg dithen at opplevelsen var positiv for pasienten. Hadde opplevelsen vært ytterligere nedsatt kroppskontakt og en følelse av at underlaget hadde forsvunnet, ville jeg trukket den konklusjon at den type kroppsbehandling som jeg kan tilby, stiller krav som ikke passer for pasienten på dette tidspunkt»(Ekerholt, 1995, s. 39).

Her beskriver Ekerholt om dosering under behandling. I hennes tilfelle fikk pasienten kjenne en endring som var positiv, dette gir seg til kjenne i kroppen og det pasienten forteller. Hun beskriver også et annet utfall som ville være tegn på overdosering. Dersom endringer blir for store og truende for pasienten kan dette komme til å utløse angst (Bunkan, 1995, s. 108), dette vil da hindre pasienten å komme seg videre. Bunkan forklarer dette med at impulsen til å slappe av kan bli blokkert eller at det oppstår en muskulær forsvarsmekanisme som vanskeliggjør avspenning og emosjoner blir holdt tilbake (Bunkan, 1995). Psykiater og professor Finn Skårderud forklarer forsvarsmekanismer som en samlebetegnelse på eksempelvis fortrenning og benekting, som er motstandsmekanismer for endring hos noen mennesker (Skårderud, 2010). Det er normalt å oppleve en reaksjon etter en behandling med PMF. Små eller store spenningsendringer i kroppen kan gi fornemmelse av stølhet eller tretthet (Bunkan, 1995, s. 109). Dette sees på som helt naturlig når belastningen endres i forhold til skjelett/muskelsystem, det er også naturlig at lettere autonome reaksjoner oppstår (f.eks. rødme eller svette). Dersom det oppstår større autonome reaksjoner som plutselig gråt eller at pasienten dissosierer, er det et tegn på en for høy dosering i hva pasienten er klar for. Terapeuten kan da gjerne stoppe opp og trygge og roe pasienten samt vise omsorg. Videre i behandlingen er det viktig å ha snakket med pasienten om hva som skjedde og om de ønsker å jobbe videre. I noen tilfeller vil det også være lurt å samarbeide med en psykoterapeut så pasienten får bearbeidet sine innerste tanker og problemer. En skal i PMF ikke slippe frem mer følelser enn det man kan klare å «bære» (Bunkan, 2008, s. 110). Dette tas hensyn til i hva behandleren velger av øvelser og metoder. Sees for eksempel ekstreme avvik i respirasjonsbevegelser som tyder på engstelse, vil terapien være rolig og støttende for å bekrefte pasientens følelse (Bunkan, 2008).

Ikke bare pasienter med bakgrunn i psykiatrien kan kjenne på overdosering eller ubehag under behandling i PMF. Spenningstilstander endrer seg fra dag til dag og i noen perioder av livet kan vi alle ha mye stress i kroppen. En behandling som tar bort forsvaret kan virke overveldende for noen. Ser vi på egenerapi blant studenter i psykoterapi sees også her at noen får en negativ opplevelse. Forskning som viser til hva som er negative konsekvenser med egenbehandling hos psykoterapeuter, sier at ca. 10 % opplever mer eller mindre tyngende effekt av EB og 30% opplever forbigående og mildere former for negativ effekt (Laireiter, 2000). Tyngre konsekvenser kan være å kjenne på redsel og angst som igjen gir mindre tiltro til egne ferdigheter som terapeut.

2.4. Tilgang til kunnskap– veiledningsteorier

Gudrunn Øvreberg forteller dette om sin start i faget PMF (Bunkan, Bülow-Hansen, Thornquist & Radøy, 1982, s. 15). Hun traff Adel Bulow-hanssen som fortalte henne at den eneste måten hun kunne lære dette faget på var å bli behandlet selv. «*Kroppen først, så ordene og tankene*» refererte Bulow-Hanssen til henne (Bunkan et al., 1982, s. 15). Øvreberg tok den ene uken behandling selv og uken etter fikk hun spørre og få svar. Hun forteller at hun kjente først hva som skjedde med egen kropp dette gjorde at hun fikk tanker og ideer til spørsmål hun kunne stille. Dette var starten på hvordan man fikk lære seg PMF helt fra starten rundt 1960, en mester -svenn-modell. I dag er utdanningen både teori og praksis, og EB som er litt likt som det Øvreberg beskriver om mester-svenn. Man lærer gjennom selv å være pasient, kjenner hva som skjer med kroppen og kan etter hvert diskutere funn og metode med den erfarne terapeuten. Endringen i disse årene, til at utdanningen i dag er på høyskole og universitetsnivå, har gjort at fokuset på teoridelen har økt betraktelig (Ianssen et al., 1997, s. 9). Det stilles i denne boken spørsmål om det teoretiske i dette faget har gått ut over det praktiske håndverket, forfatterne mener da at det genuine i fysioterapien kan forsvinne.

I sin avhandling skriver I.K. Hatlevik om sammenhenger mellom læring og utvikling ved profesjonell kompetanse hos sykepleiestudenter (Hatlevik, 2014). Hun stiller spørsmål ved teori- praksisproblematikken og avstanden mellom disse to læringsformene. Det trekkes frem at gode læringsformer trenger å gi studentene forståelse og mening for det de skal utføre i sin profesjon. De trenger først teoretisk kunnskap som grunnfundament, deretter en meningsfull og trygg praksistid som kan gi refleksjonsgrunnlag videre (Hatlevik, 2014, s. 10-11).

Studentene må få en positiv tilrettelagt kompetansehevelse for å kunne oppnå en god utvikling av kompetanse. Det bør være sammenheng mellom teori og det som læres i praksis. Hvordan vi som mennesker tilegner oss lærdom kan forklares ut ifra flere teoretiske syn. Dreyfusmodellen bygger på at kunnskapen vår først er intellektuell og blir etter en stund til en kroppslig kunnskap. Vi lærer faget ved å være ute i praksis og ved sosial deltakelse (Thomassen, 2006, s. 26-28). Modellen er inspirert av Merleau -Pontys filosofi om at kroppen er et lærende subjekt. Modellen består av fem ulike nivåer (Benner, 1982).

Nybegynner: Et stadie hvor du er helt fersk og ikke har noe særlig bakgrunns erfaring, samt at du må bare følge regler du får. Som sykepleier kan du da gjøre ting som ikke krever egne vurderinger, som f.eks. å måle temperatur og ta blodtrykk på pasientene.

Avansert begynner: På dette nivået begynner du å tolke situasjoner selv og kan gjøre egne handlinger. På dette nivået har du lært av erfaring og denne læringen er mye bedre enn bare å føle regler.

Kompetent utøver: På dette nivået trenger ikke sykepleieren å ha prosedyrer for alt som skal gjøres, men de kan ta vurderinger underveis når det trengs.

Kyndig utøver: En sykepleier på dette nivået vil oppfattes som rask og mer beslutningsdyktig i faget. Alle situasjoner er ikke helt automatisert fordi de ennå ikke har nok erfaring.

Ekspert: På dette nivået er all kunnskapen og ferdighetene blitt en del av personligheten. Erfaring sitter nå i kroppen og den trenger ikke verbaliseres. Hos eksperten ser vi kunnskapen i det som blir gjort, det som kalles taus kunnskap (Thomassen, 2006, s. 29). Det handler her om hva vi oppfatter og forstår som en helhet, selv om vi ikke er det bevisst.

Psykoterapeuter deler sin erfaring inn i en lignende modell etter arbeidserfaring (Rønnestad & Orlinsky, 2006, s. 3-4) i en artikkel om terapeutisk arbeid. Det nevnes 6 nivåer, fra noviser som har jobbet mindre enn 1,5 år til seniorterapeuter med 25 til 50 års erfaring fra klinikk. I denne studien viser de til ulike former for å tilegne seg profesjonell kunnskap. Det viser at de med minst erfaring trenger mer veiledning enn de erfarne, men at det kan oppstå negativ effekt ved autoritetsforskjell.

Disse modellene viser at man begynner læresituasjonen med instruksjoner og at oppgaver deles opp i mindre biter. Etter hvert får man rutine og erfaring og kan handle mer intuitivt. Er vi blitt ekspert eller seniorterapeut har vi fått kunnskapen også i kroppen. Dette er noe som kan overføres til EB i PMF. Man lærer først ny teori og øver i praksis på hverandre og i klinikken. Deretter sees kunnskapen på en ny måte og man blir bedre kjent med teorien på

kroppen. Gjennom flere år med jobb, kurs og veiledning vil vi kanskje oppleve og bli en ekspert/ seniorterapeut i egen profesjon.

Noen typer ferdigheter kan lettest utvikles gjennom veiledning eller fra en «mentor»(Kirkevold, 1996, s. 43). Trenger vi å kunne høre bestemte lyder eller kjenne spesielle lukter i arbeidet vårt, må disse ferdighetene trenes opp i praksis, men veiledning med en erfaren. En annen viktig måte å utvikle kunnskap er å bruke diskusjoner eller ideer som kommer opp til videre refleksjon og kanskje finne nye veier til utvikling (Kirkevold, 1996, s. 83).

3.0. METODE

Denne delen vil presentere den forskningsmetodiske tilnærming som har blitt benyttet i studien. Metode betyr opprinnelig *veien til målet* (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 217). Metodevalg velges for å finne svar på problemstillingen som skal belyses, og er knyttet til forskningsspørsmålet. Det skal være en forskningsbasert virksomhet, som vil si at det skal påses at materialet er innhentet og systematisert etter gjeldene krav til vitenskapelig metode (Malterud, 2017, s. 16). Jeg har valgt å anvende STK fra Malterud (2017) som analysestrategi, og anvendte derfor særlig hennes metodebok fra 2017 som kilde.

3.1 Valg av metode og forskningsdesign

For å besvare min problemstilling ble det valgt et kvalitativt studiedesign. Kvalitativ metode retter seg mot å forstå og beskrive data vi får inn, mens en kvantitativ metode vil forklare og predikere materialet (Malterud, 2017, s. 39). De kvalitative metodene er godt egnet til å presentere mangfold og nyanser, samhandling og personlige erfaringer. Man prøver å få fatt i informantens personlige opplevelse og virkelighetsoppfatning (Malterud, 2017, s. 32). Kvalitativ metode bidrar til å utdype mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30). I denne oppgaven handlet problemstilling om det å utdype psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer fra egenbehandling. Derfor var intervjuer en hensiktsmessig måte å samle inn data på. Intervjuene hadde et retroperspektivt design som skulle beskrive det informantene hadde opplevd av tidligere erfaringer ved egenbehandling.

3.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Malterud (2017, s. 18) skriver at *kunnskap er makt og skal deles med andre*. Det vil si at det jeg vil formidle i min studie skal gi en forståelse til andre og samtidig kanskje løfte frem nye spørsmål innen fagfeltet. Det *fortolkende paradigme* brukes mye innen helsefag fordi det representerer en grunnforståelse av hvordan vi kan forstå mennesker (Malterud, 2017, s. 26). Malterud skriver videre at i kvalitative forskningsmetoder bruker vi ofte en *induktiv* tilnærming, det vil si at vi trekker slutninger fra den enkelte ut til det allmenne. Dette er grunnleggende tankegang jeg tar med meg i oppgaven for å forstå kunnskap, sannhet og vitenskapelig tenking (Malterud, 2017, s. 27).

Malterud (2017, s. 18) sammenfatter det hun kaller grunnlaget for vitenskapelig kunnskap i tre punkter. *Refleksivitet*, som omhandler forskerens mulighet for å tolke. Med dette menes at jeg som forsker skal være bevisst min rolle og mine meninger under innhenting av data, og bevissthet under transkribering så ikke egne tolkninger kommer frem. *Relevans* som sier noe om hva forskningen kan brukes til. Med dette menes at det skal komme tydelig frem hva som er relevant for omverdenen å vite om mine funn, og om det er tilført noe nytt. *Validitet* vil si noe om gyldigheten av forskningsresultatet. Med dette menes at jeg skal få frem hva som under prosessen har påvirket mine resultater, har mine valg vært relevante for resultatet? Dette vil i praksis si at jeg må være bevisst mine holdninger til faget så jeg ikke konkluderer for fort i mine refleksjoner. Videre må jeg være bevisst at formålet ikke er å gjenta det andre har gjort, men å se nye sider. Overførbarheten av resultatene mine skal vurderes i den grad de kan være gjeldene for andre, generaliserbarhet (Malterud, 2017, s. 23-24).

3.2.1 En hermeneutisk – pragmatisk studie

Innen kvalitativ forskning har vi ulike tilnærminger til metodetradisjon. Min problemstilling omhandler hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har gjort under sine egenbehandlinger. Rent filosofisk er fysioterapifaget forankret i Merleau-Ponty sin kroppsfenomenologi (omtalt under 1.6.2. og 2.0.).

Jeg benyttet meg av systematisk tekstkondensering som analysestrategi til å analysere mine data. Malterud beskriver dette som en hermeneutisk og *pragmatisk* metode. Pragmatisk betyr at den ikke tilhører en spesifikk filosofisk tradisjon, «selv om det fortolkende paradigme er en tydelig forutsetning» (Malterud, 2017, s. 37). I dette inngår bevissthet om egen forforståelse og begrepet den hermeneutiske sirkel. Ordet pragmatisk viser her både til pragmatisk filosofi og til dagligtale med vekt på «praktiske overveielser» (Malterud, 2017, s. 37-38).

Pragmatismen har i den postmoderne tid kommet frem som en filosofisk posisjon. Den har en oppfatning om at språk og kunnskap ikke kopierer virkeligheten, men at den skal fokusere på en verden som er i forandring (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 74). Det vil si at jeg som forsker kan legge vekt på selve intervjuene og spørsmål og svar som dukker opp som bruksmateriale i min studie. Jeg forholder meg derfor til at min studie er en hermeneutisk - pragmatisk studie. Hermeneutikken er sentral ved at jeg som forsker tolker tekster fra intervjuer, som handler om meninger og tolkninger. Dette er en erkjennelsesteori som oppstod på 1700-tallet, med filosofer som Friedrich Schleiermacher (1768-1834) og Wilhelm Dilthey (1833-1911) (Malterud, 2017, s. 28). Det at studien er hermeneutisk vil si at forskerens fortolkning og

refleksivitet settes i søkelyset for å søke inn i personers livserfaringer. Jeg som forsker måtte være bevisst min egen forforståelse i tolkning av mine tekster. Hele fortolkningsprosessen av denne oppgaven foregikk i en prosess som kalles den *hermeneutiske sirkel*. Jeg prøvde hele tiden å forstå deler jeg jobbet med utfra helheten, og helheten igjen ut fra delene. Det handlet om å forstå litt og litt hele tiden og så sette dette sammen igjen til en ny forståelse (Thornquist, 2018, s. 171). Jeg har en forforståelse og lærer hele tiden noe nytt fra informantene, dette bringer frem ny kunnskap av min forståelse rundt problemstillingen min.

3.3 Forforståelse

Egen forforståelse i dette prosjektet er min utdanning som fysioterapeut og videreutdanning til psykomotorisk fysioterapeut og samtidig egne erfaringer fra egenbehandling (EB). Videreutdannelsen gav meg et nytt perspektiv på psykisk helsearbeid med mine pasienter. Prosessen med masteroppgave og gjennomgang av litteratur har vært av betydning i prosessen med å tilegne seg ny kunnskap. Det å selv gå i egenbehandling i den tiden gav meg stort personlig utbytte, jeg oppdaget mange nye sider av meg selv og det gav refleksjoner til terapeutrollen som ble vesentlig i arbeidshverdagen. I forkant av dette har jeg 20 års arbeidserfaring i kommunehelsetjeneste og som selvstendig næringsdrivende med drifttilskudd. Jeg har dermed et innsideperspektiv ved gjennomføring av intervjuer med andre psykomotoriske fysioterapeuter. Forforståelsen av egen rolle er viktig å være bevisst i møte med informantene og som nevnt over i møte med transkribering og analyse. Som psykomotoriker benytter jeg egne fornemmelser som oppstår i egen kropp, som en egen veiledning i behandling av pasientene. Dette er utviklet gjennom selv å ha tatt EB.

3.4 Strategisk utvalg og rekruttering

Jeg valgte et strategisk utvalg i min studie, for å gi svar på problemstillingen. Det vil si at jeg har valgt en målgruppe for å innhente tilstrekkelig data, deretter har jeg valgt ut personer i målgruppen som jeg tenker er hensiktsmessig for å få utført studien. Utgangspunktet er altså ikke representativitet men hensiktsmessighet (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 115). I kvalitativt arbeid er det viktig med mye data fra et begrenset antall informanter. Utvalget bør være så stort at jeg får innhentet nok relevant data (Johannessen et al., 2016, s. 112). Hvor stort utvalget bør være beskrives ulikt i litteraturen, men det er en enighet om at det er kvaliteten på informasjonen som er avgjørende for innhenting av data. Malterud (2017,

s. 58) skriver om *et strategisk utvalg*. Hun mener at vi først skal finne en retning vi skal sette søkelyset mot og så innhente informanter som gir god informasjon til vårt prosjekt. Det bør legges vekt på mangfold og variasjon for å få en bre informasjon. I min prosjektbeskrivelse ble det nevnt et ønske om 5-7 informanter og gjerne av begge kjønn. Informantene burde også være geografisk spredt for et bredere utgangspunkt. Dette var et utgangspunkt for å innhente mangfoldig informasjon.

I utgangspunktet var tanken å spørre mitt utvalg på en kullsamling for videreutdanningen ved psykomotorisk fysioterapi i Oslo våren 2020. Her ville det bli mulighet til å velge begge kjønn og geografisk spredning på informantene. Grunnet korona situasjonen endret dette seg og seminaret ble avlyst. Da treffet ble avlyst tok jeg kontakt med fire stykker fra denne gruppen, en medstudent fra masterstudiet ble også spurt om å delta. Deltakere ble valgt ut ifra det som ville være mest hensiktsmessig geografisk med tanke på å kunne utføre et intervju ansikt til ansikt.

3.4.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg ønsket et utvalg av ferdig utdannede psykomotorikere som hadde gjennomført minst ti egenbehandlinger. Det var viktig å ikke vite noe på forhånd hva informantene hadde av opplevelser fra egenbehandling, siden det var flere fra mitt kull fra videreutdanningen som ble spurt om å delta. Dette utgangspunktet ble valgt for at jeg som forsker skulle velge et nøytralt utvalg til studien.

Jeg startet med å spørre de som bodde i nærheten av meg først, deretter ble andre kjente kontaktet hvor det var en mulighet om å få til å møtes for et intervju. Samtlige stilte seg villige til å delta, men det gikk ikke som planlagt, (se punkt 3.5.).

Det var satt opp eksklusjonskriterier for utvalg ved at det ikke skulle være mer enn tre år siden siste egenbehandling var gjennomført. Dette for at informantene skulle sitte igjen med ferskest mulig informasjon om opplevelsen de hadde ved å være i egenbehandling. Tid og sted ble avtalt i forkant av intervjuet, samtidig ble de bedt om å lese gjennom loggen de hadde ført fra tiden i egenbehandling. Det ble informerte om ønsket rundt min studie og at det kun var deres erfaringer jeg var ute etter. Informasjonsskriv og samtykkeskjema hadde de fått tilsendt i god tid før intervjuet. Intervjuene ble ikke gjennomført før samtykkeskjema og informasjon rundt retningslinjer ble underskrevet og gjennomgått. Det ble gitt informasjon om lydopptak og på forhånd var bruken av lydopptaket testet ut. Det var viktig å sjekke ut

lydstyrke og avstand så kvaliteten på intervjuene ble best mulig. Dette var testet ut i god tid så det ikke ble brukt tid på dette i møtet med informantene.

3.5 Kvalitativt forskningsintervju

Det kvalitative intervjuet som ble benyttet var semistrukturert oppbygd. Det vil si at gjennomføringen av intervjuet var mer i form av samtale som følger opp det informanten forteller, samtidig som fokuset i samtalen var målrettet mot spesifikke tema. Denne formen ligger nær en vanlig samtaleform men har et profesjonelt intervju som formål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). En annen mulighet kunne være et strukturert intervju hvor jeg da fulgte spørsmålene slavisk. Dette ble valgt bort til fordel for et ønske om en mer naturlig samtale. Individuelle intervjuer ble valgt i dette prosjektet, fremfor fokusgruppe- intervju. Det kunne også være aktuelt med fokusgrupper for å få frem livlig interpersonlig dynamikk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 325). Sistnevnte ble valgt bort grunnet korona-restriksjoner.

Den semistrukturerte intervjuguiden bestod av fem hovedtemaer og undertema. Dette ble utarbeidet under arbeidet med prosjektbeskrivelsen. Det ble benyttet faglitteratur fra Kvale og Brinkmann kapittel 6-7 for oppsett av intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg fulgte deres oppsett av de syv stadiene de beskriver. Det var god dialog med veileder for å finne frem til gode formuleringer av spørsmål. Det ble viktig å stille spørsmål på en måte som kunne gi meg mest mulig informasjon. «Kan du fortelle litt om dette» eller «kan du gi noen eksempler» ble mye brukt for å få informanten til å komme med detaljerte beskrivelser. Hovedspørsmålene i intervjuguiden gjaldt følgende tema: Kommunikasjonen i behandlingsrommet, personlig utvikling, praktisk utvikling av faget PMF og antall egenbehandlinger og lærerrollen (vedlegg 3).

Før intervjuene startet var det viktig med forberedelser. Det ble skrevet ned egne tanker rundt eget forskningsspørsmål og lest litteratur rundt tema. I møtet med informantene skulle jeg ta med meg min kunnskap i bakgrunnen, samtidig som «forståelsesbriller» ble tatt på til de menneskene jeg møtte (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 170). Målet var å forstå mitt eget tolkningsmønster og dermed være bevisst på hva informanten virkelig mente. Det at alle var bekjente, preget selvsagt intervjuet. Likevel ble det etter beste evne forsøkt og være bevisst i rollen som forsker, og på det innsideperspektiv jeg hadde med meg. Det som ble sagt under intervjuene ble gjentatt, for så å spørre om det ble oppfattet riktig.

Etter at fem intervjuer var gjennomført sendte jeg transkripsjoner av intervjuene til min veileder. Der fikk jeg en bekreftelse på om jeg hadde nok relevant data og jobbe videre med innenfor rammen av en masteroppgave. Vi mente begge det var rike beskrivelser i disse fem, derfor ble det ikke til at jeg tok flere intervjuer. Malterud (2017, s. 112) skriver at en kvalitativ dataanalyse fungerer best når vi har rikelig med informasjon og samtidig ulike variasjoner.

3.6 Gjennomføring av intervjuene

I min prosjektbeskrivelse var det skrevet at jeg ønsket å møte mine informanter ansikt til ansikt. Dette var viktig for forberedelser til en god samtale, en naturlig setting og skape en god stemning. Første og siste intervju startet på denne måten. Jeg tok med meg litt mat og drikke og vi kunne småprate litt før selve intervjuet startet. Stemningen var god, og vi hadde en avslappet og hyggelig tone. I etterkant fikk også tilbakemelding fra den ene på at det hadde vært en positiv opplevelse å være deltaker.

De tre neste intervjuene gikk ikke som planlagt, grunnet koronasituasjonen som blusset opp rundt om i landet. Det ble en nødvendighet å endre planene og det ble derfor tre intervjuer som ble gjennomført digitalt. Informantene fikk beskjed om dette før de underskrev samtykkeerklæring. Jeg var litt mer nervøs før disse intervjuene, ettersom dette var en ukjent setting for egen del. Det å snakke med noen via en skjerm minsker kontakten med informanten, avstanden ble så tydelig og det var ikke samme mulighet til å lage en god setting. Det måtte skrives en endringsmelding til NSD om situasjonen som oppstod og de hadde heldigvis forståelse for dette. Gjennomføringen av disse tre intervjuene gikk bedre enn ventet, vi fikk likevel en god tone og praten gikk lett. Et problem var at nettet ikke var helt stabilt gjennom intervjuene og lyd og bilde ble utydelig enkelte ganger. Jeg måtte dermed noen ganger be informanten gjenta det som ble sagt for å være sikker på at det ble riktig, dette var selvsagt ikke det mest optimale.

Jeg hadde i forkant gjort et prøveintervju på en kollega som tok ca. 45 minutter, dette uten opptaker og utenom studien. Dette viste seg å stemme bra med intervjuene, det tok mellom 40-50 minutter. Det var ikke noe forskjell i tiden på intervjuene med direkte møte og digitalt møte. Jeg fikk testet ut spørsmålene mine og fikk tilbakemelding på at det var gode overganger mellom temaer som var satt opp. Det var også en nyttig erfaring og øve seg på intervjuteknikk, lese kroppsspråk og være bevisst sin egen rolle.

Intervjuene ble gjennomført i løpet av en fire ukers periode. Etter hvert intervju ble det hørt gjennom opptakene flere ganger før transkriberingen startet. På denne måten fikk jeg bearbeidet hvert intervju og fikk mulighet til å få en dypere innsikt i det som faktisk ble formidlet. Jeg opplevde et par ganger at ved å høre intervjuet i etterkant, var det en annen oppfatning av det som ble formidlet. Helhetsinntrykket ble bedre på denne måten.

3.7 Dokumentering

For å dokumentere data brukte jeg lydopptak under intervjuene. Det ble brukt en diktafon-app på mobilen for å sikre at jeg fikk med intervjuene i sin helhet. For å kunne benytte denne appen måtte jeg registrere et nettskjema via TSD (tjeneste for sensitive data). Alle mine intervjuer ble dermed lastet ned i mitt nettskjema til TSD som lagrer sensitive data på en sikker måte. Etter intervjuene sendes intervjuet til nettskjema og jeg kan logge meg inn for å høre intervjuene i etterkant.

Det var enkelt å greit å bruke appen på mobiltelefonen da den endelig ble installert, alt dette var nemlig en lang prosess for min del (fordi jeg ikke er så teknisk anlagt).

Som nevnt ble noen av mine intervjuer digitale over zoom, også her brukte jeg diktafonen. Det at det ble gjort opptak av intervjuene ble det informert om i samtykkeskjema, men også muntlig før vi startet. Det var ikke noe problem med lydopptak, og det virket ikke som det sjenerte intervjuobjektene. Ved å benytte lydopptak kunne jeg konsentrere meg om alt som ble sagt og tenke på dynamikk og oppfølgingsspørsmål. Videoopptak kunne også vært benyttet som opptak, og da hadde jeg også fått med meg ansiktsuttrykk og kroppsspråk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). Jeg valgte lydopptak og gjorde heller små notater underveis og i etterkant for å huske inntrykk fra intervjuene. Viktigste for meg var hva som ble sagt, og videoopptak tenker jeg også ville bli for krevende for både meg og informantene. Det ble en god trygghet å kunne høre gjennom opptakene i etterkant og forsikre seg om at all data var lagret på en sikker måte.

3.8 Transkribering

Jeg transkriberte intervjuene mine selv. Etter at et intervju var gjennomført og gått gjennom noen ganger, skulle alt som var sagt skrives ned. Når materialer ble strukturert på denne måten var det lettere å få oversikt og seinere analysere teksten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). Denne prosessen synes jeg var viktig å gjennomføre selv, så jeg kunne bearbeide all informasjonen til seinere. Forskere som transkriberer selv lærer mye om sin egen intervjustil skriver Kvale (2015, s. 206). Jeg la godt merke til min egen rolle, men gjorde meg også flere nye tanker underveis i dette arbeidet om det som ble sagt av informantene. Jeg tok med meg alt som ble sagt, men skrev også notater om ansiktsuttrykk, latter eller tenkepauser. Dette for å ha et mest mulig levende materiale til jeg skulle starte på analysedelen. Samtlige informanter var konkrete og reflekterte når de svarte, det var lite av det som ble sagt som ikke var av betydning for min oppgave. Det var fint å kunne stoppe og spole tilbake for å høre hvert avsnitt flere ganger. Det var en tidskrevende prosess, men det gav meg likevel mange tanker til videre refleksjon.

3.9 Analyse – koding

Å analysere betyr å dele opp noe i deler eller elementer skriver Kvale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 219). Jeg skulle omforme og rekonstruere fortellingen fra de ulike informantene til en samlet og helhetlig tekst, som skal være så representativ som mulig for publikum (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 219-220). For å klare dette arbeidet trenger man en analyseteknikk, et verktøy å jobbe ut ifra.

Allerede i prosjektbeskrivelsen bestemte jeg analysestrategi, og hadde dette i bakhodet når intervjuguiden ble utformet. Jeg ville bruke systematisk tekstkondensering (STK) som er en analysemetode som er utviklet av Kirsti Malterud. Her var en nøye beskrevet oppskrift over fremgangsmåte og hvor mange koder jeg trengte. Malterud (2017, s. 91) skriver at det er viktig å følge en fastlagt vei for å oppnå et godt resultat, du må ha fotfeste og vite hvor du går. Valget ble å følge denne veien og oppskriften hun har laget, den var kanskje ikke den enkleste men for meg virket den systematisk og ryddig. STK er en tverrgående analyse, det vil si at jeg leste data på tvers og sammenfattet informasjonen fra informantene på denne måten (Malterud, 2017, s. 93).

3.10 Systematisk tekstkondensering (STK)

I en analyse skulle det skaffes rom for å kunne stille spørsmål man ikke visste kunne vært stilt (Malterud, 2017, s. 114). Jeg skulle altså prøve å være fleksibel og legge merke til mønstre som ikke var opplagte. Malterud mener også det er en fordel for den uerfarne forsker å velge en analysestrategi som kan følges av leseren. Vi bør ikke lage egne versjoner fra ulike analysemodeller (Malterud, 2017, s. 115). Hun sier om sin metode at den er en induktiv og iterativ prosess. Vi skal altså si noe om empiriske data vi finner hos den enkelte og gjøre funnene til noe som sier noe om» det allmenne. At denne prosessen er irriativ preges av bevegelse – «*tre skritt frem og to tilbake* (Malterud, 2017, s. 113). Vi beveger oss altså fremover i prosessen, men stopper stadig opp for å tenke.

Her beskrives min fremgangsmåte jeg brukte i mitt analysearbeid.

Den bestod av følgende 4 hovedtrinn hentet fra Malterud sin bok kapittel 11 (2017, s. 98).

1. Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige tema.
2. Meningsbærende enheter identifiseres
3. Kondensering – fra kode til abstrakt meningsinnhold.
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.

I første fase ble alle sidene som er transkribert gjennomlest, for å få et helhetsinntrykk. Her var det fugleperspektivet som gjaldt, og jeg måtte legge til side min forforståelse rundt problemstillingen. Teksten ble gjennomlest flere ganger, og etter hvert kunne noen foreløpige temaer skimtes. Jeg endte opp med 6 forslag på fellestrekk jeg fant. Deretter ble disse diskutert med veileder, som også hadde lest transkriberingen fra intervjuene. Vi fant mye likt, og vi landet altså på seks temaer.

I andre fase gikk jeg tilbake til empirien og fant meningsbærende enheter i teksten. De foreløpige temaene ble benyttet og det ble plukket ut relevant tekst til hver av dem. Her var metoden tekst-nær og det ble brukt sitater på hva som ble sagt. Etterpå så jeg at mye av temaene gikk i hverandre og jeg kunne kutte ned til fire hovedtema. Det ble laget en tabell med fargekoder til hvert tema og lagt inn passende meningsbærende enheter til hvert tema, eller koder som det heter. Først ble det laget en lang utskrift av det som var essensen i intervjuene, deretter ble de farget sammen til hver kode. Til slutt ble dette klippet ut, for så og igjen å sette delene sammen, der de passet inn under hver kode.

I tredje fase så jeg tilbake på det som ble gjort i trinn to. Kodene og deres enheter ble på nytt gjennomgått, for nok en gang å dele teksten opp. Jeg fant 2-4 subgrupper til hver kode. De tilhørende meningsbærende enhetene ble funnet. Her skulle teksten skrives om, jeg laget et kondensat dvs et kunstig sitat. Dette ble skrevet i «jeg-form» som skulle være som om jeg representerte hver av deltakerne. Kondensatet skulle være en sum av alle deltakernes stemme under den spesielle subgruppen (Malterud, 2017, s. 107). Det skulle gjenfortelles det som ble sagt om hver av disse. Det velges også ut et gullsitat til hver, som skulle illustrere meningen til subgruppen. Dette trinnet brukte jeg mye tid på, og fikk heldigvis god hjelp fra min veileder til diskusjon av navn på subgruppene.

Siste og fjerde trinn skulle jeg sette bitene sammen igjen. Gruppene ble sammenfattet og det ble laget en analytisk tekst for hver av disse (Malterud, 2017, s. 108). Her skrev jeg teksten i tredjepersonsform, teksten som var blitt fortalt, ble gjenfortalt. Jeg prøvde å få frem resultater og fellestrekk fra hver subgruppe. Det ble beholdt gullsitatet i teksten der jeg fant det relevant. I et par grupper ble gullsitat og byttet det ut, da bedre sitat dukket frem. Til slutt ble alle intervjuene lest på nytt for å minnes det som var blitt sagt, for så å se om det var dekkende resultat.

Teksten under viser et eksempel på arbeidet med de fire fasene i STK:

Tema 3 – Erfaring av utfordrende hendelser i EB

Tekstbit	Kondensat	Subgrupper	Utkast til resultatkapittel
<p>«Helt i starten kunne jeg kjenne på det. Jeg husker liksom undersøkelsen og sånn da, det var en mann da. En gang måtte jeg ut, rommet blei for trangt og jeg fikk ikke luft. Det var nok fordi det tok en stund å bli vant til dette da».</p> <p>«Det kunne liksom bli for mye med full behandling først, løse opp og så tilbake til min hverdag. Det blei for mye så da trengte jeg liksom litt av den aktiveringa før jeg gikk ut igjen».</p> <p>«Jeg kjente litt på det å bli litt usikker på seg selv».</p> <p>«En øvelse vi hadde med pust tenkte jeg at dette er en dissosiasjon, det var nok noe under behandlingen som trigga. Det at jeg mista kontakten med kroppen istedenfor det å føle at en har en samla kropp. Det var en overdosering, da sa hun bare at jeg måtte legge meg ned</p>	<p>Det kunne liksom bli for mye med full behandling først, løse opp og så tilbake til hverdagen. Jeg trengte liksom litt aktivering før jeg gikk ut fra behandlingstimen. En øvelse vi hadde med pust gjorde at noe ble trigget i meg. Jeg mista kontakten med kroppen istedenfor å føle at jeg hadde en samlet kropp. Det var en overdosering, og hun ba meg legge meg ned.</p>	<p><u>Det ble for mye i form av overdosering</u></p>	<p>Noen av informantene fortalte at de kunne kjenne på at behandlingen i etterkant kunne bli litt mye. De fikk kjenne på reaksjoner som var tegn på overdosering.</p> <p>En av informantene fortalte at en øvelse med pusten trigget noe i kroppen hennes og hun fikk en følelse av at kroppen ikke var samlet. Da roet terapeuten henne og ba henne legge seg ned.</p> <p><i>«Det at jeg mista kontakten med kroppen istedenfor det å føle at en har en samla kropp. Det var en overdosering»</i></p>

3.11 Forskningsetiske overveielser

Studien var på forhånd godkjent av norsk senter for forskningsdata (NSD) (se vedlegg 1). Oppgaven falt ikke inn under Helseforsikringsloven, det vil si at den ikke omhandlet medisinsk og helsefaglig forskning.

Prinsippene fra Helsinkideklarasjonen ble fulgt (Førde, 2014). Disse omfattet blant annet respekt for informantenes integritet, prinsippet om frivillighet, at forskningen skulle være til nytte og vurdering av fordeler og ulemper ved deltagelse. Ettersom fagmiljøet til psykomotorisk fysioterapi er ganske lite, var det viktig at jeg ikke gjorde deltakerne eller deres egenbehandlere identifiserbar i teksten. Informantene fortalte meg om deres privatliv og personlige ting de hadde opplevd, dette måtte det også vises respekt for og ta hensyn til. For eksempel valgte jeg å kutte ut deler der det ble fortalt om familiære hendelser. Sensitiv data som kom frem under særlig et intervju måtte jeg tone ned for at personen ikke skulle bli gjenkjent, dette gjorde at jeg mistet endel data. Teksten ble for eksempel anonymisert med tanke på hvor i landet både informanter og egenbehandlere befant seg. Jeg tenkte særlig på at egenbehandlerne ikke kunne bli gjenkjent i teksten, og utelot detaljerte personbeskrivelser. I teksten ble det observert at alle deltakerne ble representert omtrent like mye, for å skape riktig balanse.

Personidentifiserende opplysninger kunne forekomme i lydfile, slik som navn og stedsnavn. Disse ble anonymisert i den transkriberte teksten (Førde, 2014). Den transkriberte teksten og lydfile ble lagret i Tjenester for Sensitive Data (TSD) via HINN. Lydfile ble kryptert ved lagring. På denne måten ble data lagret på en forsvarlig måte. Dette for å unngå spredning av sensitive opplysninger og for at data ikke skal gå tapt (Førde, 2014).

Prinsippet om frivillighet ble fulgt gjennom innhenting av individuelt skriftlig samtykke (se vedlegg 2). Informantene skrev under på dette før intervjuene starter. Informasjonen her skal ivareta informantens velferd og integritet på en tilfredsstillende måte (Førde, 2014). Det ble opplyst om at jeg har taushetsplikt og at utenforstående ikke har noe tilgang til informasjon jeg innhenter (Johannessen et al., 2016, s. 90). Det skulle videre opplyses om hva mitt prosjekt skulle innebære, hvem som var ansvarlig (Høgskolen i Innlandet v/veileder) og at informantene når som helst kunne trekke seg fra studien (Johannessen et al., 2016, s. 90). Det ble fortalt til informantene at de kunne kontakte meg i etterkant av intervjuet dersom de hadde noe å tilføye, ville ha innsyn eller hadde andre spørsmål. Jeg fikk ingen henvendelser.

3.12 Drøfting av metode

For et kvalitativt design var dybdeintervjuer egnet (se pkt 3.1.). Ut ifra valgt problemstilling mener jeg design og metode er ivaretatt på en god måte. Det er relativt få informanter i denne studien (fem stykker), men et rikt og innholdsrikt materiale av delte opplevelser og erfaringer. Malterud trekker i sin bok frem tre grunnleggende kunnskaper i vitenskapelig kunnskap; refleksivitet, relevans og validitet (Malterud, 2017, s. 18). Disse punktene er med videre for å diskutere og redegjøre for egen gjennomføring av dette studiet.

3.12.1 Egen forskerrolle – refleksivitet

Min forskerrolle står ganske nært til de som intervjues, da både informantene og jeg hadde bakgrunn i PMF og erfaring fra EB. De fleste er også selv studenter og jobber med egne forskningsprosjekter. Jeg har en ekstra nærhet til dette tema ettersom dette er et emne jeg har satt meg ekstra godt inn i, og det er jeg som har utarbeidet intervjuguide og styrer samtalen. Jeg har prøvd å være bevisst på egen forforståelse (se 3.3). Det å ha nærhet til faget kan være en fordel som gjør at samtalen flyter lettere og den som stiller spørsmålene kan lettere kjenne seg igjen i svarene som kommer. På den andre side er det lett å være forutinntatt, og tenke at en selv har tenkt gjennom svarene som vil komme. Det kreves bevissthet og åpenhet i møtet med informanten (Malterud, 2017, s. 21). Dette gjorde jeg ved å være bevisst mine spørsmål, som skulle være åpne og ikke lukket. Jeg kunne spørre: «*Kan du fortelle litt mer om dette?*» eller «*Hvordan opplevde du den situasjonen?*». Selvfølgelig hadde jeg mine egne tanker på utfallet av studien ut ifra egne erfaringer, disse måtte jeg være bevisst og holde for meg selv. Fra starten var mine tanker at de fleste hadde bare positive erfaringer å dele, men underveis dukket det opp også negative erfaringer og jeg måtte være mer åpen for dette under intervjuene.

Korona situasjonen gjorde at flere av intervjuene ble gjennomført digitalt, dette gjorde at viktige detaljer som kroppsspråk og forberedelsesprosess før intervju ble redusert i møte med informantene. Det var lettere å få til en god stemning i møtene ansikt til ansikt. Intervjuene som ble utført gjorde at ny kunnskap ble til. Jeg brukte min forforståelse da intervjuguiden ble laget, og i møte med informantene tilførte samtalen meg ny viten. På samme måte ble transkripsjon gjennomført, jeg forstår teksten ut ifra min forforståelse. Dette er det som beskrives som den hermeneutiske sirkel ved at teksten blir tolket av meg og at jeg er bevisst

konteksten og egen forforståelse som etter hvert bringer frem et resultat (Malterud, 2017, s. 28).

I tillegg måtte jeg ha en utforskende holdning som gjorde at de forklarte grundig sine erfaringer, og ikke tok for gitt at jeg forstod hva de snakket om. Dette med at min rolle var så nær til informantene var noe jeg måtte være bevisst, vi var «kollegaer» og «studiebekjente». Dette med nærhet og distanse var viktig å ta med seg. Selvfølgelig preget dette forholdet intervjuene, men jeg føler vi fikk løst dette på en fin måte ved å ta dette opp i forkant av intervjuet og da avklare våre roller i intervjuet. Jeg måtte være bevisst på ikke å komme inne med egne erfaringer, men ha søkelys på den andres opplevelser. Det at de var kjente personer for meg gjorde det nok lettere for meg at de takket ja for å hjelpe meg med studiene, men for ikke å ødelegge for egen studie valgte jeg informanter som ikke kjente erfaringene til. Jeg kunne med fordel valgt informanter som var helt ukjente for å få enda større avstand til dem. Det er samtidig vanskelig å vite hvordan det hadde påvirket intervjuene og funnene. På forhånd ble det informert om egen rolle som skulle etterstrebes, en åpen og tilbakelemt holdning under intervjuet. Det hadde også vært ønskelig å ha med noen menn på studien, for bedre å kunne generalisere. Dette ble rett og slett droppet grunnet geografiske rammer.

Resultatet ble at 5 informanter ble inkludert, og disse intervjuene ble innholdsrike og varierte. Jeg fant ut at det da var hensiktsmessig å stoppe for å få gjennomført denne masteroppgaven innen normert tid. Alle informanter i studien var kvinner i alder mellom 30 – 45 år, spredt over ulike deler av landet.

3.12.2 Studiens gyldighet – validitet

Begrepet *validitet* kommer av det engelske ordet *validity* som betyr *gyldighet* (Johannessen et al., 2016, s. 66). Malterud skriver om både intern og ekstern validitet (2017, s. 23-24). Intern validitet vil si at forskeren skal si noe om sannhet, hva er relevant i sammenhengen det forskes på.

Prosessen med en ferdigstilt problemstilling var lang. Underveis i dette prosjektet har jeg lagt fram oppgaven tre ganger for medstudenter og lærere. Her fikk jeg god tilbakemelding som gjorde at ordlyden på problemstillingen endret seg flere ganger. Dette var en fin prosess og en god måte å forstå egen arbeidsmåte på, ved å høre på tilbakemeldinger så jeg da problemstillingen i et nytt lys. Dette gikk ut på at funnene som ble gjort var mer omfattende enn hva den første problemstillingen gikk ut på. Det var først skrevet hvordan informantene

opplevde *kommunikasjonen* i rommet, men dette ble endret til hvordan de *erfarte* EB. Veiledningen underveis av tildelt veileder var stor hjelp på veien, det gjorde oppgaven overkommelig og tilbakemeldinger gjorde at refleksjonene ble klarere. I egen studie sees problemstillingen som innhenting av data i et retrospektivt design. Det at det var en stund siden noen hadde tatt EB kunne gjøre det vanskelig å huske detaljer. Jeg skrev derfor til dem i forkant og ba dem finne frem og lese gjennom loggbok fra denne tiden med EB. Jeg vet ikke om alle hadde en slik logg eller om de hadde forberedt seg til intervjuet. Meningen fra min side var at de skulle huske noen hendelser som var viktige for dem i forkant av intervjuet. Analysen av materialet gav ulike utfordringer. I selve prosessen med å sette materialet i system var jeg helt avhengig av samarbeid med min veileder, og etter mye jobb ble den ferdig. En annen krevende ting under videre arbeid med teksten var å gjøre den mest mulig troverdig, men samtidig forholde meg til informantenes anonymitet. Dette gjorde at teksten måtte gjøres om et par ganger, og konsekvensen av dette var at innholdsrike data måtte utelates. Årsaken til dette var respekt for informanten og behandleren og samtidig mitt etiske ansvar i arbeidet med studien.

3.12.3 Oppgavens overførbarhet – relevans

Dette er den eksterne validiteten, som skal si noe om hva studien sier noe om (Malterud, 2017, s. 23). Hvilken relevans har min studie for andre? Kan studien gi betydning til andre, overført til for eksempel begge kjønn? Hvem er denne kunnskapen relevant for? Det er tatt et strategisk utvalg i denne studien, som er bevisst for å få informanter som har tatt EB og dermed få svar på min problemstilling. Resultatene kan være overførbare til andre psykomotorikere som har gått i EB, men spørsmålet om det er overførbart til andre profesjoner er høyst usikkert. Kunnskapen er relevant for de som ønsker mer kunnskap om PMF og kanskje særlig dem som vurderer nytteverdien av å ta EB under utdanning (se også 1.4).

Jeg kunne med fordel hatt et større utvalg av informanter for å få frem mer bredde, og gjerne begge kjønn. Grunnet tiden som er til rådighet ved denne oppgaven, ble det ikke mulig å få til. Jeg kan derfor ikke si noe om opplevelsen er ulike når det gjelder kjønn. Dette hadde vært interessant å vite noe om, men det kommer dessverre ikke frem i denne studien.

Jeg har trukket inn andre studier som er gjort på EB hos psykoterapeuter, og ut ifra studien (Paulsen & Peel, 2013) kan mine resultater tolkes i samme retning, men antallet er for lavt til å kunne si noe bestemt om det. Paulsen skriver at ca 90 prosent av de som hadde tatt EB var

fornøyde med valget sitt. Sees dette opp mot min studie er det samme mønsteret som går igjen. De fleste er fornøyde, men det er også erfaringer som peker i motsatt retning.

4.0. PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet blir resultatene fra den kvalitative undersøkelsen presentert.

Problemstillingen var følgende: Hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter

egenbehandling og hvilken betydning har disse erfaringene for deres arbeid som terapeuter?

Fra arbeidet med analysen kom jeg frem til fire kodegrupper som dermed ble identifisert som funnene i oppgaven. Under disse hovedfunnene har jeg igjen delt hver kodegruppe inn i undergrupper. Disse subgruppene skal si noe mer utfyllende om kodegruppens tittel. Disse har hvert sitt avsnitt som presenterer sammendrag og «gullsitat». Her kommer overskriftene som ble laget til de fire kodegruppene: **1. Terapeutens væremåte var sentral for utbyttet.** Gruppe **2, EB gav stor mening.** Gruppe **3, Erfaring av utfordrende hendelser i EB** og nummer **4, Terapeuten som modell for egen praksis i PMF.** Alle fire har to subgrupper hver.

Fire kodegrupper			
1. Terapeutens væremåte var sentral for utbyttet	2. EB gav stor mening	3. Erfaring av utfordrende hendelser i EB	4. Terapeuten som modell for egen praksis i PMF

Åtte subgrupper			
Betydning av terapeutens tilstedeværelse og kroppsspråk	To roller i rommet som påvirker utøvelsen av PMF	Det ble for mye i form av overdosering	«Less is more» og fin flyt i bevegelsene.
Samtalen som hjelp til å forstå seg selv bedre	Kjennskap til egne ressurser og kroppsmønster	Tidsrommet EB foregår i var stressende	Bli inspirert av praktiske øvelser

4.1 Terapeutens væremåte var sentral for utbyttet

Betydning av terapeutens tilstedeværelse og kroppsspråk

Flere av informantene fortalte om viktigheten av å bli satt i fokus som pasient, det å bli virkelig sett, men samtidig kjenne på en sårbarhet. Det at man får mye søkelys på egen person var noe som fikk deltakerne til å reflektere mer over sitt eget liv. Terapeuten hadde god tid og

var oppriktig interessert i å høre hvordan de hadde det. Dette gav dem trygghet til å slappe av og reflektere sammen med terapeuten. Det kom også frem at det å kjenne på sårbarhet i denne settingen kunne være både uvant og litt ubehagelig. En sa at hun ble møtt med åpenhet, og følte dermed hun ble møtt med forståelse rundt sine bekymringer. Det gav henne en god opplevelse. En annen kvinne fortalte at terapeuten så hva hun trengte og dermed kunne gi henne akkurat det hun hadde behov for av behandling. Hun følte seg virkelig sett i behandlingssettingen. Hun sa: «*De fanget fort opp hvem jeg var liksom, du blir forstått da*».

Et viktig element i behandlingen var altså hvordan de ble møtt i behandling, terapeutens væremåte og kommunikasjon. Kommunikasjon er ikke bare hva som blir sagt, men også kroppsspråk og tonefall ble lagt merke til hos deltakerne i studien.

De fleste av informantene beskrev sin terapeut som en person som utstrålte ro og trygghet. Disse deltakerne fortalte om viktigheten av terapeutens væremåte, og at det påvirket dem. En av dem beskrev at terapeuten hadde så tydelige hender og slikt et tydelig blikk. Hun opplevde da og bli sett og hørt på en god måte. Hun følte trygghet i behandlingen ut ifra terapeutens kroppsspråk.

Det blir også nevnt at det kan oppleves som ubehagelig å bli sett så tydelig. Da terapeuten viste slik tydelig interesse for pasienten, kunne det føles som terapeuten kom for nær innpå privatlivet deres. De fleste informantene følte de ble møtt med omsorg og at dette gav dem en god trygghet til åpenhet i møte med terapeuten. De klarte lettere å dele dine erfaringer. En av kvinnene fortalte om sin egenbehandler at måten hun var på ble vesentlig for henne: «*Hun snakket med kroppsspråk og gav en sånn omsorg*»

Samtalen som hjelp til å forstå seg selv bedre

Flere av informantene beskrev viktigheten av at terapeuten tok seg tid til å høre på dem. En fortalte at det var nytt og rart at noen bare var der og ville høre på henne, uten at hun trengte gi noe særlig selv. Det ble en ny erfaring å snakke med en terapeut i motsetning til samtale med venner og familie.

En annen informant sa hun ble møtt med litt skarphet og tydelighet, men hun følte seg likevel trygg sammen med terapeuten sin. Måten terapeuten brukte stemmen sin på ble sentral, for henne gav det en ny dimensjon av en annen måte å snakke på. Det var også en som fortalte at hennes terapeut var *for* skarp og direkte i måten han snakket på, dette skapte da utrygghet og unødvendig refleksjon hos henne. Hun følte ikke hun ble møtt slik hun ønsket og hadde behov for.

En kvinne hadde en terapeut som delte eksempler fra eget liv, og fortalte at hun dermed normaliserte tingene for henne. Hun følte at terapeuten kom henne i møte ved å bli litt personlig.

Informantene beskrev at gjennom samtale med terapeuten så fikk de en bedre forståelse av seg selv som person. De kunne selv reflektere over det de tenkte, og lærte dermed mye om sin egen personlighet. En av dem fortalte: «*Gjennom samtalen med henne så jeg dette selv*».

4.2. Egenbehandling gav stor mening

To roller i rommet som påvirket utøvelsen av PMF

Samtlige informanter fortalte at de hadde to ulike roller hos terapeuten. De var i hovedsak pasient, men hadde også en rolle som student. Det ble mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål. De forteller i intervjuene både om erfaringer som pasient, men også hva de fikk mulighet til å lære selv i egen terapeutrolle.

Den ene informanten sa at hun ønsket seg en annen rolle enn det som var i skole - sammenheng. Hun ønsket å være en ekte pasient og dermed få mer kjennskap til seg selv.

I skolesammenheng blir det mer testing av ulike teknikker og mindre tid til refleksjoner.

En annen fortalte at samtidig som hun var pasient fikk hun lært og forklart ting. Dermed fikk hun en veiledning selv som terapeut. Det er en unik mulighet ved å gå til egenbehandling at man kan reflektere sammen og stille spørsmål til en erfaren terapeut. Samtlige informanter hadde fått erfare begge roller, med hovedvekt på at de selv fikk være pasient. En av dem sa det slik: «*Jeg kom inn som pasient, etter hvert endret vi det så jeg også ble litt student*».

Samtlige informanter mente at EB er et nødvendig krav i vår utdanning. De fleste sa antallet burde være minst på 20 EB. Disse behandlingene var viktig for å kunne utvikle seg selv og bli en bedre terapeut. Denne type læring er ikke noe man kunne erfare gjennom videreutdanningen, og ble derfor trukket frem som en vesentlig del av utdanningsforløpet.

Noen fortalte at det var kostbart og tidkrevende og at derfor antallet ikke burde være for stort.

En annen sa det burde være mange flere, og sammenligner oss med psykologspesialister som trenger 200 EB. En informant fortalte hun fikk mer igjen av EB enn hun gjorde av veiledning på skolen. Veiledning på skolen innebærer at man deles inn i mindre grupper og har en erfaren psykomotoriker som lærer og veileder. Her er mulighet til å spørre om råd og øve på praktiske elementer. En annen mente det absolutt burde være et krav til EB og ikke en

oppfordring. En beskrivelse av om dette var som følger: *«Det er veldig nyttig at det er et krav om EB. Jeg tror mange hadde droppet det hvis det ikke var et krav. EB er alfa omega».*

Kjennskap til kroppsmønster og egne ressurser

Samtlige informanter hadde fått nye erfaringer når det gjaldt eget kroppsmønster og tilgang til egne ressurser. De la merke til kroppen på en ny måte, også i overført betydning.

Flere beskrev opplevelsen av å kjenne på stress i kroppen. De kunne under behandling få mer kontakt med denne følelsen og legge merke til hvordan dette satte seg i kroppen. De måtte imidlertid først føle tryggheten i relasjonen for å få dette til.

En fortalte også at hun helt plutselig ble veldig klar over sin styrke i kroppen, hun følte seg så psykisk sterk. Ved kun små justeringer og instruksjoner fra terapeuten kjente hun at kroppen hennes ble annerledes enn før.

En annen kvinne fortalte om opplevelsen hun fikk rundt det å sette grenser for seg selv.

Gjennom behandlingen ble hun klar over at hun generelt brukte for mye krefter på ting hun gjorde i hverdagen. Hun konkluderte da med dette: *«Jeg legger energi i alt for mye, jeg kjenner ikke hvor grensene går».*

De fleste fortalte noe om en mulighet til å se egne ressurser og ikke kun begrensninger.

De beskrev videre at de ble bedre kjent med seg selv og fikk en bedre forståelse for eget mønster. Følelser dukket opp under behandling som de måtte bearbeide og reflektere over.

En kvinne sier at hun synes EB var en fin måte å kunne slippe kontroll-ansvaret. Hun trengte ikke være opptatt av fremgangsmåter og riktige oppskrifter i den settingen. Hun følte en ro ved å kunne gi bort noe av ansvaret til terapeuten.

En av informantene fortalte at det gav henne tilgang til ukjente følelser. Hun ble sårbar i møte med terapeuten. Kanskje dette var følelser hun ikke hadde turt kjenne på tidligere, og hun gjengav følgende sitat denne samtalen: *«Det gav meg tilgang til følelser jeg ikke hadde kjent på før».*

4.3. Erfaring av utfordrende hendelser i egenbehandling

Det ble for mye i form av overdosering

Noen av informantene fortalte at de kunne kjenne på at behandlingen i etterkant kunne bli litt mye. De fikk kjenne på reaksjoner som var tegn på overdosering. Dette kunne både være lærerikt, men det kunne også merke at det var krevende.

Det med overdosering kunne være et utfall av hva som ble gjort eller sagt under EB. Det var ulike grader av dette, alt fra mindre ubehag under selve behandlingen, til større ting som måtte bearbeides over tid. Asymmetrisk relasjon ble også nevnt som noe som opplevdes vanskelig, det gjorde at åpenhet til terapeuten ikke fungerte så bra. Dette skapte usikkerhet hos informanten og hun fant ingen trygghet. En av informantene fortalte at en øvelse med pusten trigget noe i kroppen hennes og hun fikk en følelse av at kroppen ikke var samlet. Da roet terapeuten henne og ba henne legge seg ned. Hun fortalte følgende om episoden:

«Det at jeg mista kontakten med kroppen istedenfor det å føle at en har en samla kropp. Det var en overdosering»

Tidsrommet egenbehandling foregikk i var stressende

En annen ting som ble reflektert over som krevende var i hvilken livsperiode denne behandling foregikk i, en svært stressende tid for alle fem. Samtlige informanter sa at tidsrommet som egenbehandling foregikk i var krevende. Studier, jobb og familie samtidig var i utgangspunktet mer enn nok. Det å måtte ta seg tid til EB i denne tiden opplevdes særlig belastende for dem. Det var kostbart med EB og det kunne også være lang reisevei for å finne en egenbehandler. Et par av dem nevnte også at det kunne være interessant å oppleve forskjellen på kroppen i EB, når ting nå hadde roet seg i deres liv.

En av dem sa at hun trengte litt aktivering etter behandling før hun skulle tilbake til sin hverdag. Hun ble så avslappet og rolig under behandling, så hun trengte å få tilbake litt energi i kroppen før timen ble avsluttet. Hun fortalte følgende: *«Det kunne liksom bli for mye med full behandling først, løse opp og så tilbake til min hverdag».*

4.4. Terapeuten som modell for egen praksis i PMF

«Less is more» og fin flyt I bevegelsen

Samtlige informanter trakk frem eksempler på små ting terapeuten kunne gjøre, men at det samtidig gav stor virkning. De fikk et bilde på at ting kan gjøres enkelt med stor effekt på kroppen. Det kunne enten være ord som «kjenn etter hva som sitter her», eller det kunne være små justeringer på hvordan man utfører en øvelse. En av informantene nevnte at de små endringene i kroppsholdning som egenbehandler påpekte, gjorde at hun i etterkant så ting bedre og fikk et skjerpet blikk. Hun erfarte først på egen kropp og det gav henne en større dimensjon av at kun små justeringer kan gjøre noe for pasienten. En annen ble mer bevisst

kroppen sin bare ved å stå og kjenne etter. Det å virkelig ta seg tid til å kjenne etter i kroppen gav henne en ny erfaring av det hun hadde lært på skolen. Hun sa følgende:

«Jeg erfarte det jeg har lært på videreutdanninga. Det med at less is more er viktig».

De fortalte at alle disse små men viktige erfaringene de fikk kjenne på selv, var ting de tok med seg videre inn i terapeutrollen.

Informantene fortalte at de gjerne sammenlignet seg med sin egenbehandler, og reflekterte over egen terapeutrolle. En sa at hun var mer utålmodig enn sin egenbehandler og så at hun burde jobbe mer med dette. En annen fortalte at hun ble mer bevisst sin egen måte å kommunisere på. Det at man kunne være mer direkte mot pasienten hvis man hadde et godt fundament. Det var viktig å se hvor pasienten var og hva som må til for å skape endringer og trygghet i behandlingsforløpet. En av dem beskrev terapeutens hender som kjentes så velkomne på kroppen hennes. Dette tenkte hun på selv som behandler i etterkant. Det at man bare ved måten man bruker hendene, tempo og tilstedeværelse i grepene kan gi effekt på pasienten. Informanten kom med følgende utsagn: *«Hun var liksom som en maler som malte. Hadde en fin trygg flyt i det hun gjorde».*

Ble inspirert av praktiske øvelser

Flere av informantene fortalte om praktiske øvelser de hadde erfart på egen kropp. De la merke til de tydelige hendene og effekten dette gav. De ble inspirert av nye øvelser, samtidig merket de seg utførelsen av kjente grep. Dette gjorde at informantene kunne reflektere over egen behandlingsteknikk. En fortalte at hun hadde lyst til å bli enda bedre på det hennes egenbehandler gjorde, men at det vil kreve øvelse. De snakket om egne erfaringer fra spesifikke øvelser og at utførelsen og teknikken ble en viktig læring i tiden med egenbehandling. En av dem sa følgende: *«De ulike teknikkene hun brukte har jeg testa ut og sett at pasientene opplevde som veldig godt».*

5.0. DRØFTING RESULTATER

I denne masteroppgaven var det følgende problemstilling:

Hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter egenbehandling, og hvilken betydning har disse erfaringene for deres arbeid som terapeuter?

Det var fire følgende hovedfunn: Terapeutens væremåte var sentral for utbyttet.

Egenbehandling gav stor mening. Erfaring av utfordrende hendelser i egenbehandling.

Terapeuten som modell for egen praksis i psykomotorisk fysioterapi. Det var stort sett positive erfaringer og opplevelser som ble formidlet, men det kom også frem nyanser av det å kjenne på egne grenser og ubehag. Informantene la merke til terapeutens væremåte, hvordan de ordla seg og hvor oppmerksomme de var til det som skjedde under behandlingen. Alle fikk på en eller annen måte innsikt i egen helse, og kunne utfra disse erfaringene reflektere rundt egen terapeutrolle. Denne formen for erfaringsbasert kunnskap var todelt; å være pasient og student. Det er denne type kunnskap denne oppgaven omhandler, erfaringer som er gjort av psykomotorikere gjennom det å ta EB. Denne informasjonen gjennom dialog med informantene og all teori fra fagfeltet, handler om prosessen i den hermeneutiske sirkel. Dette skaper en økt forståelse for egen masteroppgave.

I dette kapittelet diskuteres de erfaringene som er kommet frem i denne studien. Jeg vil utdype resultatene mine og se dette opp mot teorien jeg har valgt i kapittel 2. Det knyttes sammen opplevelser fra EB til teoretisk kunnskap og tidligere forskning, deretter egne erfaringer rundt temaet.

Første hovedpunkt (5.1) presenterer informantenes erfaringer av terapeutens væremåte i terapien og kommunikasjonen i rommet. Med kommunikasjon menes her det verbale, kroppsspråk og holdning terapeuten viser overfor den som får behandling. Deretter trekkes det frem personlige erfaringer som gav informantene viktig læring om egen person. Det å bli bedre kjent med egen kropp og sitt indre, vil det gjøre noe med egen holdning i terapirollen? Neste hovedpunkt (5.2) handler om hvordan EB for noen kan oppleves utfordrende. Det at egenbehandling oppfattes som vanskelig, vil det ha noe å si for måten man jobber på? Siste hovedpunkt (5.3) dreier seg om hvordan man tilegner seg kunnskap, gjennom teori og praksis. Hvordan lærer man best faget PMF, hvordan har det vært og hvor står det i dag? Samtlige forteller om viktigheten av at EB er et krav og at antallet minimum bør ligge der det gjør i dag, på 20. De fikk alle kjenne på det å være pasient og samtidig ha en rolle som student

i settingen ved EB. Informantene formidlet at denne formen for læring gav mening og at flere så på sin terapeut som en slags modell i faget.

5.1 Terapeutens væremåte var sentral for utbyttet.

«De fanger fort opp hvem jeg var liksom, du blir forstått da».

Alle fem informantene fortalte at de følte seg sett. De beskriver at terapeuten så dem så tydelig og var til stede for dem gjennom hele timen. Det med å få full oppmerksomhet av en fagperson tenker jeg er med på å gi pasienten tillit og fortrolighet. Et par av informantene nevnte at det også kunne kjøennes ubehagelig å bli sett så tydelig, det var uvant med så mye fokus på egen person. Bak kroppsspråket vårt, toneleie det snakkes i, måten vi beveger oss på eller ansikts uttrykk, med dette kommuniserer vi våre holdninger og følelser (Bråten, 2004). Det vil si at når terapeuten møter pasienten med rolige bevegelser og stemning som gir ro, vil dette kommunisere til pasienten at i dette rommet kan du slappe av og ta deg tid. Det å få full oppmerksomhet og fokus på egen person var for noen uvant, men likevel en trygghet. Killingmo (1999) beskriver viktigheten av å bekrefte den andres følelser og dermed vise respekt. Dette kan gjøres verbalt men også nonverbalt gjennom bekræftende lyder som: «mmm».... Flere av informantene trakk ordet *forståelse* frem som noe de husket godt. Det var behagelig å komme inn i rommet og føle seg forstått, de ønsket å ta med seg denne holdningen selv. Det verbale ble også trukket inn som en vesentlig del av behandlingen de fikk. Dette er nok for flere fysioterapeuter en annen måte å jobbe på fordi spørsmålene og samtalen i PMF vektlegger andre sider enn de man ofte tar frem i vanlig fysioterapi. I PMF blir spørsmålene gjerne mer utdypende og følelseslivet blir brakt på bane. Samtalen er viktig for å få til en bevisstgjøringsprosess hos pasienten, både når det gjelder kroppslige oppdagelser, men også omkring det som fortelles av pasienten. For at denne prosessen skal være mulig er nettopp samspillet mellom pasient og terapeut så viktig, ellers vil denne sentrale delen av behandlingen gå tapt. Jeg tenker at terapeutens væremåte både nonverbalt og verbalt er avgjørende for å skape en god relasjon til pasienten.

Jeg tenker at sårbarheten som kommer frem hos pasienten i en behandling fortjener respekt. Små ting i pasientens fremtoning som blir oversett fra terapeutens side kan skape usikkerhet hos pasienten. En rolig atmosfære er smittende og kan oppleves trygg dersom kjemien er god i utgangspunktet. I PMF er det å være til stede og bare lytte til pasienten en sentral del av behandlingen. Vi skal ikke alltid lete etter hva som ligger bak det som blir sagt (Ianssen et al.,

1997). Denne holdningen om at det kun er psykiatere og psykologer som skal ha samtaler med pasienten, er de siste årene endret seg. PMF er nå integrert i et masterstudie og det vektlegges kanskje også da en mer kvalitetssikrede, reflekterende og utviklende vinkling på faget (Smeby & Skumsrud, 2019, s. 88). Det at vi stadig er i en samfunnsutvikling tenker jeg er med på å gi det verbale en viktig rolle i behandling. Thornquist mener også den verbale kommunikasjon er mer vektlagt i seinere år (Thornquist, 2006a, s. 33) Hun mener det kan ha sammenheng med mer vekt på kunnskapsbasert praksis. Selve samtalen i en time med PMF skal i seg selv være en del av behandlingen. Det blir gjerne en samtale i starten av timen om hva som har skjedd siden sist, både av ting som er skjedd i livet generelt og hvordan forrige behandlingstime var. Noen av informantene forteller om gode erfaringer fra det å høre seg selv sette ord på ting. «*Gjennom samtalen med henne så jeg dette selv*», sa en av kvinnene. Med dette mente hun at hun hørte seg selv fortelle om hverdagen sin og kunne se at det var en altfor hektisk tid. Hun hadde bare stått på og ikke sett at helheten av hverdagsaktivitetene hennes var en altfor stor belastning, og gav henne smerter. Samtalen hadde effekt for å få innsikt i sin personlighet, noen fortalte at de ble mer selvreflekterende etter samtalen med terapeuten. Dette gjorde at de reflekterte både over egen person men også over eget fagområde. Bunkan (2008, s. 235) skriver at det å sette ord på ting gjør at vi tenker klarere, vi forstår oss selv bedre.

En av informantene sa: «*Hun snakket med kroppsspråk og gav en sånn omsorg*». Dette beskriver at selve væremåten og kroppsspråket var viktig for det å føle seg trygg i behandlingssettingen. Det at terapeuten utstrålte trygghet og kunnskap både i væremåte, og hvordan behandlingen ble gjennomført med tilstedeværelse ble vesentlig for å tørre å være åpen. Terapeuten utstrålte selvsikkerhet, det gav for flere en følelse av trygghet og omsorg. Det vi signaliserer med kroppen som terapeuter er viktig for pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 136), en åpen kroppsholdning skaper en avslappet atmosfære. I PMF er det viktig å få pasienten til å føle seg trygg og avslappet, så det blir lettere å åpne seg og fortelle og vise sårbarhet. Informantene beskriver innstillingen og holdningen til terapeuten som en god lærdom, det å ta seg tid og bare være til stede for personen som kommer til timen. Dette gjorde dem avslappet og trygge og igjen klare for å dele sine tanker. Det er et asymmetrisk forhold i behandling, det er derfor spesielt viktig at terapeuten *lytter* og prøver å forstå meningen bak ordene (Thornquist, 2009a, s. 125). En av informantene fortalte at denne settingen med asymmetri, ble veldig tydelig for henne. Det er terapeuten som har mest makt i relasjonen og må være seg bevisst sin rolle som hjelper både overfor pasienten, men også

overfor helsevesenet ved sin profesjon. Pasienten på sin side må være bevisst på å kunne ta imot råd ettersom det er pasienten som har plagene og oppsøkt terapeuten for hjelp. Begge roller bør avklares før behandlingen starter, for å unngå misforståelser. En måte å komme pasienten i møte kan være å bekrefte at det som blir gjort er bra (Hanstvedt, 2016, s. 36). Det at pasienten kan fortelle at når smerter oppstår brukes en bestemt tøyøvelse, kan benyttes for å gi anerkjennelse og vise empati fra terapeutens side. Ved å si at det var en helt riktig ting å gjøre, møtes pasienten med anerkjennelse og bekreftelse. Deretter kan samtalen gå nærmere inn på flere muligheter for å fjerne smerter. På denne måten kan tillitt bygges opp i relasjonen og terapeuten forteller at det pasienten allerede gjør er viktig og kan bygges videre på (Hanstvedt, 2016). Denne gjensidige åpenhet og tillit bygges gjerne opp over tid, og det er godt mulig dette kunne vært endret hos informantene som så tydelig kjente på asymmetri. I kapittel 2.1 viser jeg til en kvalitativ studie som tar for seg hvordan kommunikasjonen foregår i langvarig og krevende fysioterapibehandling (Øien et al., 2011). I denne studien kom viktigheten av terapeutens evne til å se pasienten fram. Det viste seg at både kroppsspråk og samtale endret seg når en behandlingssetting var krevende. Det ble viktig at terapeuten var åpen og innstilt på at samtalen ikke ble preget av at pasienten var vanskelig og krevende. Jeg tenker det er viktig å forberede seg på møtet med pasienten mentalt først, før det fysiske møte finner sted. Da kan man prøve å innta pasientens perspektiv på situasjonen og være litt mentalt forberedt på hva som kommer til å skje og hva man ønsker skal skje i rommet. Funnene mine viste til en sammenheng mellom terapeutens væremåte og hva informantene fikk av nyttige erfaringer fra timene. For at en terapitime skal fungere optimalt må samspillet mellom terapeut og pasient fungere best mulig. Da er det viktig å se på hvordan kommunikasjon utveksles. Her kommer også dette med overføring og motoverføring inn. Det at terapeuten skal kunne romme det pasienten kommer med av negative eller vanskelige fortellinger, kalles overføring (Zachrisson, 2008). Er ikke terapeuten i stand til å ta imot skjer en negativ motoverføring, som kan vekke vanskelige følelser. Denne dynamikken tenker jeg er en viktig erfaring man kan få av EB. Det å se og oppleve på egen kropp gir grobunn for refleksjoner som kan tas med videre til egen terapeutrolle. Dette gir noen svar på oppgavens problemstilling om hvordan ulike former av kommunikasjon i rommet var viktig for dem under behandlingen. De forteller samtlige at terapeutens væremåte og stemningen som ble skapt dem imellom ble viktig for å skape en god relasjon og trygghet til å tørre å åpne seg og være ærlig. Dette skapte for flere av dem gode opplevelser rundt samtalebiten og det å være i en behandlingssetting. Det var også negative erfaringer som kom frem rundt dette temaet, det beskrives i 5.3. Neste punkt diskuteres mer

rundt viktige erfaringer som ble gjort fra den som var i pasientrollen, og hvordan det kunne gi bedre innsikt i egen indre verden.

5.2 EB gav stor mening

Dette temaet beskriver informantenes personlige erfaringer, hva de fikk erfare og kjenne på egen kropp da de var pasient. Både direkte kunnskaper gjennom egen kroppserfaring, men også indirekte kunnskap gjennom ulike metaforer. Disse opplevelsene benyttes videre i de neste punktene, og det drøftes opp mot teori. Alle fikk spørsmål om hvilken rolle de hadde under EB, samtlige hadde en todelt erfaring av å både være pasient, men også at de hadde mulighet til å stille spørsmål som student. De var alle samstemte på at denne unike muligheten til å være begge deler gav stort utbytte både personlig, men også som terapeut selv. Spesielt det å kjenne på pasientrollen blir trukket frem som vesentlig, som det å kjenne på sårbarhet og la andre ordne opp. En kvinne forteller at det å kjenne på hvordan det var å kle av seg var krevende i starten, det ga større forståelse for slike situasjoner i etterkant i egen terapeutrolle. Psykiater Irvin D. Yalom skriver mye om viktige elementer i terapi. Han trekker frem at den beste måten vi kan lære om terapi er selv å være i pasientrollen (Yalom, 2003). Han mener terapeuter bør gå til egenerapi hos ulike terapeuter og gjennom ulike faser av livet for å få best effekt. PMF er et teoretisk og praktisk fag, og da er det ekstra viktig å kjenne hvordan det praktiske føles på egen kropp for å kunne videreformidle kunnskap til pasienter. Bunkan (2008, s. 221) uttaler at i PMF er det helt vesentlig med egeninnsikt som terapeut. Du må lære å kjenne på egen kropp for å best mulig kunne formidle kunnskap videre. Jeg tenker det er en unik mulighet ved EB å først kjenne på egen kropp hva som skjer og så ha mulighet til å diskutere det med terapeuten neste time. Med den kunnskapen man innehar gir dette gjerne forståelse av hendelsene på egen kropp, men også mer generelt som man kan overføre til egne pasienter.

Informantene blir også spurt om hva de tenker om tallet 20, som er oppgitt som en grense for å oppnå krav til EB. *«Det er veldig nyttig at det er et krav om EB. Jeg tror at mange hadde droppa det hvis det ikke var et krav. EB er alfa omega»*. Dette sier en av kvinnene om viktigheten av kravet til EB. Det er ikke et krav fra utdanningsenheten om EB i dag, kun en oppfordring. Det er helsedirektoratet som i dag har myndighet for tildeling av takstkompetanse og dermed har krav om 20 EB (mail fra Anne Gretland 08.02.21). Er det noen studenter som ikke ønsker/ trenger takstkompetanse har de derfor til nå ikke vært nødt til

å ta EB. Ettersom det fra 2021 er blitt et masterforløp for PMF, er det et ønske fra flere om at dette kravet opprettholdes. Det er dette kravet til EB denne kvinnen snakker om i intervjuet, hun mener det lett kan forsvinne dersom det ikke er et krav. Dette kan skyldes både økonomiske grunner og at det er tidkrevende å ta EB samtidig med studier og familieliv. Alle informantene trakk frem EB som en god kilde til å erfare PMF som fag og i tillegg få påfyll av egenutvikling. Dette var en erfaring de fikk etter at de hadde tatt EB, og de visste ikke effekten av dette på forhånd. Det vil nok derfor ikke bli prioritert av enkelte dersom det bare ble en oppfordring. Dermed ville verdifull læring gå tapt.

Andre viktige erfaringer som ble gjort mer kroppslig ble ofte nevnt i metaforer. Som den ene informanten sier: *«Jeg legger energi i alt for mye, jeg kjenner ikke hvor grensene går»*. Med dette mener hun at hun gjennom mer kjennskap til egen kropp ble klar over dette med grensesetting for seg selv. Dette så hun selv gjennom behandlingen sammen med terapeuten, ved at hun kunne bruke altfor mye krefter på en enkel, lett bevegelse. Sammen med terapeuten så hun at måten hun brukte kroppen og kreftene sine på kanskje ikke var det mest optimale for henne. Denne oppdagelsen på egen kropp gjorde at hun lettere kunne kjenne igjen dette mønsteret hos egne pasienter. Dette hører inn under selvinnsikt, som videre er viktig for terapeutrollen. Økt kunnskap om oss selv, selvinnsikt, får vi i relasjoner (Haugan & Kvello, 2019). Haugan og Kvello skriver videre at det å ha selvinnsikt er viktig egenskap som terapeut, så du kan kjenne igjen og tolke egne følelser i pasientrelasjoner. En motoverføring kan oppstå i terapirommet dersom terapeuten ikke er klar over egne grenser og sårbarhet (Zachrisson, 2008). Vi vil kunne være mer åpne for å respondere på pasientens følelser dersom vi ikke lar oss rive med og blir påvirket negativt. Dette igjen kan føre til usikkerhet på egen styrke som terapeut, og det ville være en uheldig effekt.

En annen kvinne fortalte at hun fikk tilgang til ukjente følelser i møte med sin terapeut. Hun forteller at hun ble klar over sin trang til å ville ha kontroll. Dette var noe hun selv ble klar over og også tok opp til samtale med terapeuten. Dette med å kjenne seg sårbar var også en følelse noen kunne kjenne på. Det å være pasient, gi fra seg kontrollen kunne gi en følelse de måtte reflektere over. De beskriver disse erfaringene som positive og utviklende for dem selv personlig, og det var nyttig å tenke gjennom eget levd liv. Samtidig fikk de nye tanker om det å være den sårbare parten i en relasjon, noe de tok med seg inn i egen terapeutrolle. De ble kanskje mer bevisst maktfordelingen i dette samspillet. Selvinnsikt innebærer ulike faktorer på forskjellig plan (Haugan & Kvello, 2019, s. 13). Vi må ha innsikt i våre egenskaper, våre

sosiale sider og vi bør vite om våre innerste tanker om oss selv. Dette er noe vi kan se i studien om psykoterapi, terapeutens egenskaper målt opp til utfall av terapi (Nissen-Lie et al., 2010). Her kom det frem at terapeutens personlighet i møte med pasienten var viktigere enn valg av metoder og mye skolering. Terapeuten hadde god egeninnsikt ved å ta å høre om pasientens plager og skape en trygg og god atmosfære. Det å gå i egenerapi for økt selvinnsikt støttes også i annen forskning på området (Geller et al., 2005; Rønnestad & Orlinsky, 2006).

Jeg tenker at økt selvinnsikt er vesentlig i utdanningsforløpet vårt som terapeuter i PMF. Det trengs nye erfaringer som det kan reflekteres over, det behøves å tenke nytt om oss selv, dermed sees verden med andre øyne. Disse erfaringene fra EB er ikke noe vi kan lese oss til eller øve sammen med medstudenter, det må erfares å være en ekte pasient. Videre kan det leses om også negative opplevelser dukker opp ved EB.

5.3 Erfaring av utfordrende hendelser i EB

Det var ikke bare positive erfaringer ved EB hos informantene. Flere beskrev tidsrommet hvor EB skulle foregå som en krevende tid. Det var mange krav samtidig i den aktuelle perioden, og EB kunne kjennes som en stressfaktor. En av dem beskrev det slik: *«Det kunne liksom bli for mye med full behandling først, løse opp og så tilbake til min hverdag»*. Hun beskriver med dette uttrykket sin hektiske hverdag, og at en EB for henne kunne gi for mye av det vi kaller omstillende behandling. Vi ønsker å få til en endring i PMF, det er et mål. Noen ganger kan det bli en overdose av behandlingen, og det kan gi ubehag som for noen kan være vanskelig å takle. Bunkan (1995, s. 108) forklarer det som en forsvarsmekanisme i kroppen, og dette vil da sette pasienten tilbake og emosjoner kan bli utløst, f.eks. angst. Sitatet over var en overdosering hvor informanten kjente på litt ubehag i etterkant, men det var ikke vanskelig for henne å håndtere det. Behandling vil da kunne fortsette som før, med litt justeringer. Hun tenkte på dette med dosering i egen terapeutrolle i ettertid. Dersom en pasient skulle få angstanfall eller andre mer alvorlige symptomer etter en behandling, kan terapeuten avslutte og tenke at denne type behandling ikke er riktig på nåværende tidspunkt. Skårderud (2010, s. 275) skriver generelt om forsvarsmekanismer, at det er kroppens måte å fortrenge eller benekte det som skjer. Det vil si at dersom det utløses angst under en kroppslig behandling, kan kroppen stritte imot denne behandlingen som blir gjort fordi kroppen ennå ikke er sterk nok til å endre seg. Det oppstår da et forsvar som prøver å hindre det som skjer, og i verste fall kan et angstanfall utløses. I noen tilfeller vil det i disse tilfellene være fint å jobbe

tverrfaglig, ha fokus på ulike ting. Samarbeid med f.eks. psykolog eller fastlege vil kanskje gi en løsning for pasienten.

Det kan være spesielt viktig å jobbe tverrfaglig i dagens samfunn, da mange slags problemer gjøres kroppslige (Thornquist, 2006a, s. 33). Det er mye snakk om kropp og fysisk aktivitet, derfor blir gjerne kroppen fort i sentrum. For mange kan dette kropps fokuset forsterke usikkerhet og negative følelser de har rundt egen kropp. Psykomotorikere har kroppen som sentrum i sin behandling, derfor bør man være seg bevisst når kroppen blir kommentert og vurdert i undersøkelse og under behandling. En av informantene følte ubehag under behandling da det ble for mye fokus på egen kropp, og hun kjente da på usikkerhet. Hun ble i etterkant av sine EB veldig opptatt av å ordlegge seg riktig for å unngå misforståelser. Usikkerheten gjorde også noe med egen terapeutrolle, det skapte en frykt for ikke være sterk nok til å ta imot det pasienten kunne komme med. Denne formen for erfaring etter EB er ikke en god opplevelse og det kunne være vanskelig å stå i dette som kom det frem under intervjuet.

En skal ikke få frem mer følelser i en PMF behandling enn det man kan «bære» sier Bunkan (2008, s. 110). Her kommer terapeutens blikk inn, under hele behandlingen må terapeuten være innstilt til å se og føle pasientens symptombilde. Det å bli sett og møtt på sine reaksjoner vil være en trygghet for pasienten, selv om det var negative følelser som kom opp.

Fleksibilitet og omstillingsevne er to nøkkelbegrep i PMF (Thornquist, 2006b, s. 30). Dette viser til kroppens måte å være fri og ledig i bevegelsene og igjen at man kan variere og tilpasse kroppens mønster etter det vi ønsker. Mangler omstillingsevnen i kroppen, vil det være vanskelig å regulere følelser. Et eksempel på dette kan være at dersom kroppen bremses og holder, blir samtidig følelser holdt tilbake. Denne måten å bremse kroppen på kan for noen være hensiktsmessig, i alle fall i perioder. Det kan være som en emosjonell beskyttelse i en vanskelig tid (Thornquist, 2006b, s. 30). En viktig del av undersøkelse og kartlegging av behandling vil derfor være om denne pasienten tåler en omstillende behandling, og fjerne noe av forsvaret. Dersom behandlingen blir mer omstillende enn pasienten tåler vil det kunne gi negative reaksjoner. Behandling bør dermed opphøre eller endres. Et eksempel på dette kan være en mor som må passe sitt alvorlig syke barn over lengre tid som gjør at hun trenger de spenningene hun har i kroppen for å holde ut den belastende situasjonen. En omstillende behandling vil kunne gjøre at hun knekker sammen i sorg, og det ville ikke være hensiktsmessig.

Når det gjelder tidligere forskning på psykoterapeuter, er det ved sammenligning nokså lik effekt når det gjelder negative erfaringer ved EB. (Laireiter, 2000) og (Paulsen & Peel, 2013) nevner begge at ca. 10 prosent rapporterer om negative opplevelser med EB. Det ble trukket frem at noen fikk depressive symptomer, andre kjente på relasjonelle problemer og noen tok seg selv i å bli for reflekterende etter selv å ha fått terapi. Jeg tenker denne siden ved EB er viktig å vite om før man starter opp med egne behandlinger, finne ut hvor mye behandling trenger man og tåler i denne perioden av livet. Kanskje tåler man behandling dårligere i tiden som studenter. Er personen sliten og utkjørt, har han ikke et forsvarssystem på topp og vil være mer følsom. Jeg går ut ifra at dette kan være en årsak til at negative opplevelser med EB kan oppstå. Ellers vil dette med lite selvinnsikt kunne gi problematiske motoverføringsreaksjoner (se 5.2) og negativ innvirkning på oss.

5.4 Terapeuten som modell for egen praksis i PMF

Samtlige deltakere hadde fått behandling hos en godt erfaren og skolert terapeut, noe alle trakk frem som en fordel. Ingen av informantene følte seg selv klar til å ta en rolle som lærer og egenbehandler. Flere trakk frem at det var de små tingene som gav stor effekt og som gav dem nye erfaringer. En nevner at hun fikk beskjed om å kjenne etter styrken i egen kropp samtidig som det ble gjort små justeringer. Opplevelsen i etterkant av å kjenne på en psykisk styrke i hele kroppen var en god opplevelse for henne. Jeg erfarte at «*less is more*» sier en annen kvinne, som sikter til dette med at hun la merke til at små justeringer på kroppen kunne gi store kroppslige opplevelser. Samtlige kunne også fortelle om praktiske øvelser som hadde inspirert dem til å teste ut på egne pasienter. De fikk først kjenne på egen kropp, så reflektere og gjerne spørre terapeuten om teknikker før de selv prøver dem ut. De reflekterte samtidig over hvordan terapeuten deres jobbet med hendene sine og hvordan kjemien var viktig i timen. En av informantene husket sin terapeut slik: «*Hun var som en maler som malte. Hadde en fin trygg flyt i det hun gjorde*». Dette var noe som hadde gitt inntrykk på henne og hun fortalte at hun ønsket å være som sin egenbehandler. Hun ville jobbe med å forbedre egne teknikker og skape en god opplevelse for egne pasienter lik den gode opplevelsen hun hadde i pasientrollen. For å forstå meningen bak EB er det interessant å se hvordan ulike profesjoner utvikler profesjonell kompetanse. Det å lære faget gjennom å se en lærd terapeut jobbe, som EB er, ligner på mester-svenn-modellen som ble utviklet på 1960-tallet. Det var denne modellen som ble brukt i starten av PMF faget, og utøvelsen ble lært av å gå i lære hos en «mester» som den gang var Bulow-Hansen (Ianssen et al., 1997). Det var fysioterapeuter som

gikk i lære som hadde teorikunnskap om kropp, men fikk selv oppleve denne nye læringsformen via egen kropp og deretter refleksjoner med sin lærer. Når man er nyutdannet i et nytt fagområde er man gjerne spesielt ivrig i å tilegne seg ny kunnskap tenker jeg, og derfor bør EB foregå i dette tidsrommet.

Det er ikke noe krav til EB at den skal foregå hos en erfaren terapeut, men behandleren må selv inneha takstkompetanse. Det vil si at det ikke er videre krav til at det skal være en erfaren terapeut eller at terapeuten innehar ekstrakompetanse som veileder. Jeg tenker det kan gi ulike erfaringer når dette ikke er et beskrevet krav. Det er selvfølgelig ulike personligheter hos studenter og terapeuter, så det er nok også litt tilfeldig om kjemien passer.

I andre profesjoner som sykepleierfaget har de også søkelys på teori og praksis som en måte å tilegne seg kunnskap. Det er en læring av dynamisk prosess gjennom samspill.

Dreifusmodellen beskriver ulike nivåer vi befinner oss i når vi skal lære en profesjon (Thomassen, 2006). Man starter opp som nybegynnere hvor enkle ting vi får beskjed om blir gjort, f.eks. ta blodtrykk. I andre enden av denne skalaen er eksperten beskrevet. På dette nivået har man mye teorikunnskap og masse praksis bak seg, og har tilegnet seg det som kalles taus kunnskap. Det vil si man handler automatisk og kjenner igjen situasjoner og vet da automatisk hva som skal gjøres. Jeg tenker at det er på dette nivået, ekspertnivå, en som driver egenbehandling bør være, for å være en god rollemodell.

Ettersom alle informantene frem snakket EB, er det viktig å ikke glemme ut denne delen av utdanningen. Alle hadde fått EB av en som hadde jobbet veldig mange år med faget, det vil si en vi kunne kalle ekspert. Det var enighet om at det var best med en godt erfaren egenbehandler, som hadde faget i hendene og raskt kunne se hva som skulle til av grep og justeringer. Likevel er det ting som kunne dukke opp som at kjemien var dårlig eller teorigrunnet var for ulikt til å kunne gi grobunn for læring i eget felt.

5.5 Relevans for psykisk helsearbeid

Hummelvoll påpeker at det å ha psykisk helse innebærer at vi har *«tilgang på glede og lyst, evne til å møte motgang og mestre livsutfordringer, opplevelse av fellesskap, være verdsatt og at man har meningsfulle oppgaver»*(2008, s. 53). Vår helse består av både kropp og psyke, det er vanskelig å skille dem. Selv om vi har profesjonsrelaterte oppfatninger som deler dette, slik som at fysioterapi står for kropp ved opptrening og rehabilitering etter skader og

psykologen kun jobber med følelser og psykiske plager. Slik jeg ser det er en av grunnene til at PMF hører til under psykisk helsearbeid er nettopp at faget innehar både somatisk og psykisk tilnærming. Det somatiske, kroppslige fokuset er størst, men siden samtalen gradvis har tatt mere plass i faget så innebærer det at det psykiske også er relevant.

PMF er et tilbud som i dag finnes i flere kommuner og i spesialisthelsetjenesten, noe som betyr at dette tilbudet er tilgjengelig for store deler av befolkningen som en del av psykisk helsearbeid. I studieplanen for master i psykisk helsearbeid (UIT, 2021) står det: *«Du vil gjennom studiet utvikle dine kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser i et biologisk, sosialt, historisk og flerkulturelt perspektiv»* Ettersom PMF nå inngår i en master vil det øke kunnskapen om psykisk helse i ulike perspektiver, og kanskje gi økt grobunn for mer tverrfaglig samarbeid. Dermed tenker jeg faget står sterkere enn noen gang under paraplyen til psykisk helsearbeid. Økt intern fagutvikling sammen med og eksterne krav om forskningsproduksjon vil øke kunnskapsstatus for PMF (Smeby & Skumsrud, 2019, s. 88). Som er sammenfatning av psykisk helsearbeid kan man si at det er et arbeid for å fremme helse og hindre uhelse hos befolkningen. Dette arbeidet kan gjøres av den enkelte for å fremme egen helse, men det er også et arbeid som foregår på samfunnsnivå. Ved uhelse kan det være nødvendig med hjelp for å klare hverdagen bedre og gi støtte til å mestre utfordringer (Hummelvoll, 2008, s. 53). PMF omfatter det kroppslige arbeidet, ved at man gjennom kroppen bedre kan få tak i egne følelser. Det å forstå seg selv bedre er noe som igjen kan forebygge uhelse. Mine funn i oppgaven kan relateres til dette ved at økt selvinnsikt var noe som informantene fant nyttig både personlig, men også jobbrelatert. Alle mente også at EB var en viktig del av utdanningen, dette fordi de alle kunne kjenne på at det å få behandling gav dem grobunn til vekst på ulike måter. Jeg tenker derfor det ville være synd om kravet til EB forsvinner som følge av akademiseringen av utdanningen. Det er viktig med mer forskning og teoretisk kunnskap innen fagfeltet, men det kan ikke erstatte denne biten av å selv kjenne behandling på egen kropp. Vil da resultatet bli at PMF sin spesialitet blir mer lik vanlig fysioterapi? Fra starten var måten å lære dette faget gjennom mester-svenn-modellen (Bunkan et al., 1982, s. 15). Det at man lærer faget gjennom å se andre jobbe kan sammenlignes med Dreifusmodellen som er beskrevet i pkt 5.4. Gjennom erfaring skapes ny kunnskap som gjør at vi etter hvert kan utøve profesjonen som en ekspert, kunnskapen ligger i kroppen og vi handler mer automatisk. Enkelte av informantene kunne fortelle at de så på sin egenbehandler som en slags ekspert, en person som var dyktig i faget sitt og ble som et forbilde for dem. Som nevnt over trengs mer forskning i fagfeltet PMF, dette for å få mer

anerkjennelse i samfunnet. Det er i dag et større søkelys på viktigheten av psykisk helse i samfunnet og dette gjør også at fagfeltet med PMF må komme tydeligere frem med hva faget kan tilføre. Merleau-Ponty var i fronten for kroppsfilosofien, en filosofi som fremmet kroppens betydning i det å forstå et menneske. «*Kroppen kan ikke sammenlignes med en fysisk genstand, men snarere et kunstverk*», skriver han (1994, s. 107). Med dette utsagnet mener han at kroppen ikke er tilfeldig sammensatt, men at hver enkel kropp er unik i seg selv og må sees i sin helhet. Det er her faget PMF kommer inn som en kroppsorientert tilnærming og kan tilføre psykoterapien en annen fremgangsmåte. Tverrfaglig samarbeid vil derfor kunne tilføre hverandre ulike tilnærminger så både kropp og sjel blir ivaretatt i psykisk helsearbeid. Jeg undrer meg over om kroppen får for lite plass i psykisk helsearbeid?

Den erfaringsbaserte kunnskapen som kom frem i oppgaven viste at EB gav mye. Mine funn er utdypet fra fem perspektiver fra PMF. Jeg måtte bruke tverrfaglige perspektiver for å belyse svar på problemstillingen. Kan derfor erfaringsbasert kunnskap i form av EB være mer sentralt for også andre som jobber i psykisk helsearbeid?

For å komme frem til kunnskapsbasert praksis bør også brukerens (pasientens) erfaring lyttes til. Det vil derfor være nyttig å forske på pasientens erfaring i behandling med PMF, og eventuelt sammenligne pasientenes erfaring fra PMF hos terapeuter med og uten EB. I tillegg bør det i lys av minefunn gjøres mer forskning på viktigheten av praktisk læring i PMF, her tenker jeg det er et kunnskapshull. Både kvantitative og kvalitative forskningsdesign bør brukes for å fange effekt og erfaring på dette området.

6.0. KONKLUSJON

I denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid var hensikten å finne ut hvilken betydning EB har personlig og terapeutisk for PMF. Det overordnende perspektivet i denne oppgaven oppfatter jeg som en del av kunnskapsformen *erfaringsbasert kunnskap*. Denne formen for å tilegne seg kunnskap var todelt; å være pasient og student. Resultatene er basert på erfaringer som er gjort av psykomotorikere i EB.

I alt ble fem psykomotoriske fysioterapeuter intervjuet. Det var fire følgende hovedfunn: Terapeutens evne til å se, Egenbehandling gav stor mening, Erfaring av utfordrende hendelser i egenbehandling og Terapeuten som modell for egen praksis i psykomotorisk fysioterapi.

Informantene formidlet mange positive erfaringer og opplevelser fra egenbehandling, men det kom også frem nyanser av det å kjenne på egne grenser og ubehag. De la merke til terapeutens væremåte, hvordan terapeuten ordla seg og hvor oppmerksomme de var til det som skjedde under behandlingen. Informantene fikk innsikt i egen helse, og kunne utfra disse erfaringene reflektere rundt egen terapeutrolle. Denne formen for erfaringsbasert kunnskap så ut til å gi kjennskap til egen kropp og følelsesliv. For psykomotoriske fysioterapeuter vil egenbehandling kunne styrke både egen psykiske helse, og muligheten til å hjelpe andre. Basert på innhentet kunnskap presentert i teorikapittelet vises sammenhengen mellom kroppen Merleau-Ponty beskriver som noe vi har og er. Gjennom bevisstgjøring av oss selv blir man klar over egne ressurser og har dermed muligheten til å utvikle oss. Det fremkommer derimot også at faget PMF de siste årene har gått mot en mer akademisk retning, noe som mulig kan påvirke dagens krav om EB.

Relevansen av funnene mine kan vise seg som en viktig del av psykisk helsearbeid. Dette gjennom at informantene fikk økt innsyn til egen person gjennom kroppen. De ble klar over sine ressurser og også sine svakheter. Ved å bli kjent med eget følelsesliv kan man både styrke sin evne til å leve det livet man ønsker, og å ivareta egen psykisk helse. Denne utvidede forståelse av kroppens betydning gjennom egen bevisstgjøring, samt muligheten til å lære av en mester i faget, er en viktig og relevant kunnskap for terapeutrollen innen PMF.

Litteraturliste

- Allott, N. (2019). Kommunikasjon I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/kommunikasjon>
- Anker, T. (2020). *Analyse i praksis : en håndbok for masterstudenter*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of nursing*, 82(3), 402-407. Hentet fra <http://www.jstor.com/stable/3462928>
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4), e1723. Hentet fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30003628/>
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J. & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International*, 15(4), 212-221. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pri.462>
- Bråten, S. (2004). *Kommunikasjon og samspill : fra fødsel til alderdom* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Bunkan, B. H. (1995). *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. *tidsskriftet*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer>
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbygge : teori og helsefremmende behandling* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Thornquist, E. & Radøy, L. (1982). *Psykomotorisk behandling : festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dragesund, T. & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy theory and practice*, 24(4), 243-254. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09593980701738400>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekerholt, K. (1995). *Fotfeste: En kroppsbasert behandlingsprosess* Pax.
- Erfaring. (2021, 23.mars). I K. H. Teigen (Red.), *Det store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/erfaring>
- Eriksson, B. & Hummelvoll, J. K. (2015). Psykisk helsearbeid som fagområde: en fremvoksende disiplin. Hentet fra https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/2430550/Psyk_helse_2015_Eriksson_Hummelvoll.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Galåen, T. E. E. (2019). Står fortsatt på barrikadene. *Fysioterapeuten*. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/berit-bunkan-psykomotorisk-fysioterapi/star-fortsatt-pa-barrikadene/119153>

- Geller, J. D., Norcross, J. C. & Orlinsky, D. E. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy : patient and clinician perspectives*. Oxford, England: Oxford University Press.
<https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.60.8.840>
- Gretland, A. (1999). *Kroppens spor-en utfordring i psykiatrien*. Tromsø: Regionspsykehuset.
Hentet fra <https://munin.uit.no/handle/10037/6938>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Hamreby, M. (2006). Bortkastad tid? Emprisk forskning om psykoterapeuters egenerapi. *Matrix: Nordisk Tidsskrift for Psykoterapi*. Hentet fra http://matrixtidsskrift.no/wp-content/uploads/2015/01/matrix_2006_1.pdf
- Hanstvedt, M. H., Løken, H.S., (2016). Kommunikasjon gir svar, 34-36. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-10-16/files/assets/basic-html/page-34.html>
- Hatlevik, I. K. R. (2014). *Meningsfulle sammenhenger. En studie av sammenhenger mellom læring på ulike arenaer og utvikling av ulike aspekter ved profesjonell kompetanse hos studenter i sykepleier-, lærer-og sosialarbeiderutdanningene* Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Haugan, J. A. & Kvello, Ø. (2019). *Selvinnsikt og profesjonalitet* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2020). *Tilleggskompetanse fysioterapeut*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/tilleggskompetanse-fysioterapeut>
- Hummelvoll, J. K. (2008). Verdifullt psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. I G. H. Beston, J.S. Eriksson, B.G., & Hummelvoll, J.K. (Red.), *Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid* (s. 35-56). Elverum: Høgskolen i Hedmark:
- Ianssen, B., Andersen, T. & Bülow-Hansen, A. (1997). *Bevegelse, liv og forandring : i Aadel Bülow-Hansens spor*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Karakteranalyse. (2021). Hentet fra <https://www.karakteranalyse.no/hva-er-karakteranalyse/>
- Killingmo, B. (1999). Den åpne samtalen. *Tidsskrift for norsk legeforening*, 119, 56-59.
Hentet fra <https://tidsskriftet.no/1999/01/artikkel/den-apnende-samtalen>
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kolnes, L.-J. (2012). Embodying the body in anorexia nervosa—a physiotherapeutic approach. *Journal of bodywork and movement therapies*, 16(3), 281-288.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2011.12.005>
- Kunnskapsbasert praksis. (2021). I. Helsebiblioteket. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/helsebiblioteket>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laireiter, A.-R. (2000). Selbsterfaring. I *Verhaltenstherapiemanual* (s. 79-84). Springer.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.

- Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fagartikkel i Fysioterapeuten, 4*, 17-21. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/et-kroppsfenomenologisk-perspektiv-pa-fysisk-aktivitet-og-bevegelse/123619>
- Møyner, E. (2020). Psykomotorisk fysioterapi, store norske leksikon. Hentet fra https://sml.snl.no/psykomotorisk_fysioterapi
- NFF. *Hva er psykomotorisk fysioterapi*. Hentet fra <https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi>
- NFF. (2018). *Historisk oversikt, psykomotorisk fysioterapi*. Hentet fra <https://fysio.no/Historie/Kapittel-4/4.2-Historisk-oversikt-over-faggruppene/Psykomotorisk-fysioterapi>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy research, 20*(6), 627-646. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.497633>.
- Ottesen, A. (2011). *En bærekraftig kropp: En diskursanalytisk tilnærming til kroppen i psykisk helsearbeid*. Hentet fra https://brage.inn.no/inn-xmloi/bitstream/handle/11250/132512/Alette_Ottesen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paulsen, J. & Peel, T. (2013). Betydningen av terapeutens egenerapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50*(11), 1074-1079. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/10/betydningen-av-terapeutens-egenterapi>
- Petzold, H. & Steffan, A. (1999). Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen-empirische Perspektiven aus der Sicht der Integrativen Therapie. *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie-Empirische Befunde*. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/316646170_Selbsterfahrung_in_der_Ausbildung_von_Psychotherapeutinnen_Empirische_Perspektiven_aus_der_Sicht_Integrativer_Therapie
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2006). Terapeutisk arbeid og profesjonell utvikling: En internasjonal studie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 43*(11), 1175-1178. Hentet fra <http://www.psykologblogg.no/wp-content/uploads/2012/03/Tidsskrift-for-Norsk-Psykologforening-Terapeutisk-arbeid-og-profesjonell-utvikling-En-internasjonalt-studie.pdf>
- Skårderud, F. (2010). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smeby, E. V. & Skumsrud, T. T. (2019). *Forskningsbasert kunnskap i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi: Intervjuer med åtte psykomotoriske fysioterapeuter* OsloMet-Storbyuniversitetet. Hentet fra https://oda.oslomet.no/bitstream/handle/10642/8081/Smeby_EvaVeronoka-Skumsrud_TrineTorkehagen.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Stern, D. N. (2007). *Her og nå : øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forl.
- Sviland, R. (2014). Norwegian Psychomotor physiotherapy and embodied narrative identity. A theory generating study. Hentet fra <https://bora.uib.no/bora-xmloi/bitstream/handle/1956/8594/dr-thesis-2014-Randi-Sviland.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Thornquist, E. (2001a). Diagnostics in Physiotherapy Á Processes, Patterns and Perspectives. Part I. *Advances in Physiotherapy*, 3(4), 140-150. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/140381901317173678>
- Thornquist, E. (2001b). Diagnostics in physiotherapy á processes, patterns and perspectives. Part II. *Advances in Physiotherapy*, 3(4), 151-162. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/140381901317173687>
- Thornquist, E. (2006a). Psykomotorisk fysioterapi - tenking og tilnærming, del 2. *Utposten*, 6, 29-33. Hentet fra <https://www.utposten.no/asset/2006/2006-06-29-33.pdf>
- Thornquist, E. (2006b). Psykomotorisk fysioterapi, tenkning og tilnærming, Del 1. *Utposten*, 5, 28-32. Hentet fra <https://www.utposten.no/asset/2006/2006-05-28-32.pdf>
- Thornquist, E. (2009a). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2009b). Livet sætter kroppslige spor : en kasustik fra psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten (København)*, 1-7. Hentet fra <https://docplayer.me/3513135-Livet-saetter-kroppslige-spor-en-kasuistik-fra-psykomotorisk-fysioterapi.html>
- Thornquist, E. (2014). *Fysioterapeutene : fra kosmologi til fagpolitikk*. I(s. 138-176). Oslo: Pax.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003a). Kropp, samtale og deltakelse, Del2. *Fysioterapeuten*, 9, 15 - 20. Hentet fra https://fysioterapeuten.no/files/archive/437/4904/version/3/file/0903_Fagartikkel.pdf
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003b). Kropp, samtale og deltakelse, Del 1. *Fysioterapeuten*, 18-24. Hentet fra <https://docplayer.me/9871044-Kropp-samtale-og-deltakelse.html>
- Tvedten, N. O., Alette (Red.). (2016). *Psykomotorisk fysioterapi – en praksis i bevegelse. Festskrift til Gudrun Øvreberg* UiT Norges Arktiske Universitet. Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/10217/book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- UIT. (2021). *Studieplan 3 årig deltidsstudium psykomotorisk fysioterapi*. Universitetet i Tromsø. Hentet fra https://uit.no/utdanning/program/607594/psykomotorisk_fysioterapi_-_fysioterapi_-_master
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L. & Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49(3), 291. <https://doi.org/doi:10.1037/a0027895>.
- Weideborg, M. (2013). *Betydningen av egenbehandling for studenter i psykomotorisk fysioterapi* (Maseroppgave). Universitetet i Tromsø. Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/5378/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Yalom, I. D. (2003). *Terapiens gave. Åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter*. Oslo, Pax Forlag A/S.
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 939-948. Hentet fra

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/08/motoverforing-og-endringer-i-synet-pa-den-psykoanalytiske-relasjonen>

Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S. & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge—changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 11(3), 121-129.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14038190802315073>

Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S. & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(1), 53-61. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x>

Aars, M. (2014). Informasjon til studenter vedrørende egenbehandling. Hentet fra <https://fysio.no/Media/Files/NFFs-holdning-egenbehandling>

Vedlegg 1: Vurdering NSD

NSD sin vurdering

Skriv ut

Prosjekttittel

Erfaring med egenbehandling innen psykomotorisk fysioterapi

Referansenummer

624333

Registrert

01.08.2020 av Inger Støle - 238485@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sigrud Helene Kjørven Haug, sigrid.haug@inn.no, tlf: 90893165

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

inger Støle, inger@sandenhelse.no, tlf: 90063092

Prosjektperiode

27.07.2020 - 27.09.2021

Status

08.12.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

08.12.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 08.12.2020.

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 den 08.12.2020. Behandlingen kan fortsette.

Zoom ble lagt til som databehandler i prosjektet.

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

Lykke til videre med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

17.08.2020 - 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 den 17.08.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. 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 Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 27.09.2021.

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 nr. 11 og art. 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 uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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 viderebehandles 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 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).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt 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!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Erfaringer ved egenbehandling innen psykomotorisk fysioterapi»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få tak i dine erfaringer du har hatt i tiden du har vært i egenbehandling hos en psykomotorisk fysioterapeut. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg ønsker å foreta 5-7 individuelle intervjuer av psykomotoriske fysioterapeuter som nylig har gått til egenbehandling. Intervjuet vil vare ca 60 minutter. Jeg ønsker å finne ut hvilke erfaringer du fikk gjennom din egenbehandling. Hvordan du opplevde kommunikasjonen med din behandler og hvordan disse erfaringene har formet deg som behandler. Disse intervjuene skal benyttes til min masteroppgave i psykisk helsearbeid. Opplysningene jeg får skal kun brukes til dette formål.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet. Min veileder i prosjektet er Sigrid Helene Kjørven Haug.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å henvende meg til psykomotoriske fysioterapeuter i mitt nærområde, og i tillegg høre med noen av mine kollegaer fra kullet mitt ved Oslo met om deltagelse i mitt prosjekt. Jeg ønsker altså først å benytte meg av kontaktopplysninger jeg allerede har. Blir dette vanskelig vil jeg høre med informantene om de vet om andre jeg kan kontakte for intervjuer.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du lar deg intervjuer av meg, det vil ta deg ca 60 minutter. Intervjuet vil inneholde spørsmål om hvor du jobber i dag, hvor mange egenbehandlinger du har hatt og dine erfaringer fra disse behandlingene. Det vil bli benyttet lydopptak og notater under intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. 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 er kun meg og min veileder ved Høgskolen i innlandet, som vil ha tilgang til opplysninger jeg får.
- For at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene vil jeg erstatte navn og kontaktopplysningene dine med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet lagres på datamaskin som er innelåst og kryptert.

Dine beskrivelser vil brukes i publiseringen, men vil ikke kunne gjenkjenne deg eller din egenbehandler.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er ca 01.08.2021. Etter dette vil alle personopplysninger og lydopptak slettes.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til 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:

- Inger Støle, Psykomotorisk fysioterapeut ved Sanden helsesenter.
inger@sandenhelse.no eller mobilnummer: 90063092

Veileder til prosjektet: Sigrid Helene Kjørven Haug ved Høgskolen i Innlandet.
Sigrid.haug@inn.no

- Vårt personvernombud: Hans Petter Nyberg er Høgskolen i Innlandet sitte personvernombud. Hans.nyberg@inn.no Tlf: 62 43 00 23

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Inger Støle

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Erfaringer fra egenbehandling i PMF*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i dette prosjektet som innebærer et intervju.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide til masteroppgave i psykisk helse.

Hvordan informantene opplever kommunikasjonen i rommet under egenbehandling, og hvordan disse erfaringene påvirker deres arbeid som terapeuter.

Innledning:

Samtykke underskrives før intervjuet starter.

- Jeg forteller om oppgaven min og hovedtemaer.
- Opplyser om taushetsplikt og oppbevaring av data både under arbeid med oppgaven og hva som skjer med materialet etter avsluttet oppgave.
- Informanten kan når som helst trekke seg fra studien.

Jeg vil oppfordre til at det svares spontant på spørsmålene mine, det er fint å komme med personlige eksempler fra egenbehandlingen.

Tema 1 (innledende spørsmål)

- Jobb i dag, utdanning/ videreutdanning, spesifikke fagområder av interesse.
- Hvor mange egenbehandlinger, hvor mange terapeuter og hvilken erfaring hadde disse. Tidsforløp på behandlinger?
- Hvilken rolle hadde du hos din behandler, var du student, pasient eller kollega?
- Var egenbehandling noe du tok av egeninteresse eller var det fordi det var et krav til studiet?
- Hvilke forventninger hadde du til egenbehandling før du startet, og svarte behandlingene til dine forventninger?

Tema 2 (hovedtema)

Kommunikasjonen i behandlingsrommet

- Kan du fortelle om hvordan du opplevde kommunikasjonen i behandlingsrommet?
Var denne kommunikasjonen viktig for deg? Følte du deg vel i settingen? Hva var nyttige erfaringer du fikk fra kommunikasjonen deres?
Kan du komme med et eksempel på noe som gjorde inntrykk på deg med tanke på kommunikasjon? Hvorfor husker du akkurat dette tror du?

Har du fått erfaringer rundt kommunikasjon som du selv kan bruke som terapeut, kom gjerne med eksempler. Er det noe du har endret på i din måte å kommunisere med egne pasienter etter du hadde egenbehandlinger?

Tema 3

Personlig utvikling

- Vil du si dine egenbehandlinger gav deg noe i forhold til personlig utvikling? Fortell og kom gjerne med eksempler.
- # Med tanke på personlig utvikling, fortell evt. hvordan du har tatt dette med deg inn i terapeutrollen og din egen praksis.
- # Følte du deg ivaretatt hos din egenbehandler? Fikk du en følelse av at terapeuten kom for tett innpå deg følelsesmessig? Var det spørsmål eller behandlingsgrep som gjorde at det ble ubehagelig for deg?
- # Hadde du noen erfaringer som fikk deg til å se nye sider av deg selv? Var dette da positive eller negative sider?
- # Hvordan kunne egenbehandling gitt deg et bedre utbytte i forhold til personlig utvikling?

Tema 4

Praktisk utvikling av faget psykomotorisk fysioterapi

- Kan du fortelle om hva du sitter igjen med av praktisk erfaring etter egenbehandlingene dine?
- # Var det noe nytt du oppdaget ved egenbehandling? kom med eksempler.
- # Oppstod det noe som ble vanskelig eller uklart for deg?
- # Opplevde du en omstillende behandling som gav deg kroppslig endring?

Tema 5

Antall egenbehandlinger og lærerrollen

- Synes du antall egenbehandlinger du fikk var tilstrekkelig?
- Kan du selv tenke deg rollen som egenbehandler av studenter etterhvert?
- # Hva tror du kan være utfordrende i en slik rolle?
- # Hva ville være viktig for deg å formidle til studenter?

Avrundning

- Har du andre ting du ønske å tilføye til det vi har snakket om.
- Du kan ta kontakt med meg i etterkant av intervjuet dersom du ønsker å komme med kommentarer til vår samtale.

