



**Høgskolen
i Innlandet**

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Ingrid Oldervik

Masteroppgave

Å lytte til kroppens språk

Psykomotorisk fysioterapi til innvandrere med
flyktningbakgrunn; fra et kultursensitivt perspektiv

Listening to the Language of the Body

Psychomotor physiotherapy for Immigrants with Refugee
Backgrounds: A Culturally Sensitive Approach

4PM791 Master i psykisk helsearbeid

2024

Antall ord: 22344

Bekken

Bekken svingte seg livlig gjennom skogen. Omfavnet av sine bredder lekte den seg gjennom alle typer landskap før den omsider nådde til ørkenens sand. Akkurat slik den hadde tatt seg over mange daler og danset seg rundt ethvert hinder, prøvde den nå å krysse ørkenen. Men uten skogens faste grunn forsvant den stadig inn i sanden.

Grepet av angst så den seg rundt: «Hvor blir det av meg? Jeg er en bekk, jeg må bare fosse på!» Mer vann kom til, men forsvant like fort. Panikken steg. Snart hvisket en stemme:

«Gi deg hen til meg!» Den varme ørkenvinden snakket. «La meg ta deg opp i meg», sa den. Skrekkslagen strittet bekken imot. «Gi deg hen til meg», gjentok vinden, «la meg ta deg inn i meg og bære deg over.»

Engstelsen økte. «Å bli borte i sanden eller forsvinne i luften, utfallet er det samme: Jeg mister meg selv!» Panisk strømmet mer vann til, men uten at det hjalp. Fortvilelsen vokste og til slutt ga bekken etter.

utmattet lot den vinden varme den, gjøre den om til damp. Og ble borte. Fortapt og i sorg ble den skånsomt båret over i vindens varme favn. På den andre siden av ørkenen, i den nye skogen, støtte den på fast grunn som ønsket den velkommen med sin kalde jord.

Dampen ble til regn. Bekken tok imot. Regnet ble til bekk.

*«Historien om bekken» etter Awad Afifi (d. 1870), sufi-fortelling fritt bearbeidet og
oversatt av Zemir Popovac*

Forord

Med denne masteroppgaven avrundes fire år som deltidsstudent, hvert fall i denne omgang. På mange måter er en milepæl i livet nådd. Reisen startet med toåring videreutdanning i Norsk psykomotorisk fysioterapi ved OsloMet i 2020, og avsluttes nå etter to år som masterstudent ved Høyskolen i Innlandet. Å skrive en masteroppgave innen psykisk helsearbeid har vært en travel, men spennende og lærerik periode. Det faglige og sosial miljøet på Høyskolen i Innlandet har vært inkluderende og inspirerende. Jeg føler meg privilegert som har hatt mulighet for fordypning i et tema innen psykisk helsearbeid som opptar meg mye, og er en del av min daglige arbeidshverdag. På den måten opplever jeg at studiet har vært relevant og av stor betydning for videre klinisk praksis. Jeg har under en tverrfaglig utdanning møtt mange spennende mennesker, både undervisere og medstudenter som har bidratt med sin kunnskap og engasjement for faget. Jeg vil spesielt takke min veileder Anne-Mari Steigen som har vært tålmodig, tydelig og støttende gjennom hele prosessen. Informantene i prosjektet fortjener også en stor takk, uten dem kunne ikke denne oppgaven blitt til noe. Jeg er mektig imponert over kunnskap og engasjement blant mine kollegaer. Takk til Fysiofondet for økonomisk støtte gjennom studiet. Til slutt vil jeg takke min nærmeste familie, som har hatt forståelse for mine prioriteringer i studietiden og har støttet meg gjennom krevende tider. Dere har vært en kjempe «heia gjeng» og nå gleder jeg meg til å kunne bruke litt ekstra tid med dere igjen.

Ingrid Oldervik

Fredrikstad, 1. mai 2024

Sammendrag

Bakgrunn: Innvandrere med flyktningbakgrunn er en sårbar gruppe for å utvikle fysiske og psykiske helseplager. I tillegg til traumatiske opplevelser fra hjemlandet og gjennom flukt, påvirker stress relatert migrasjonsprosessen flyktingers psykiske helse. I Norge er vi forpliktet til å tilby likeverdige helsetjenester uavhengig av språk og kulturell bakgrunn. Psykomotorisk fysioterapi kan være et viktig bidrag til ivaretagelse av flyktningepasienter, men forskning på området er mangelfull.

Hensikt: Studiet har som hensikt å utdype erfaringskunnskap fra psykomotoriske fysioterapeuter i behandling av innvandrere med flyktningbakgrunn.

Forskningsspørsmål: «Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med psykomotorisk behandling til innvandrere med flyktningbakgrunn?».

Metode: Studien er forankret i hermetisk vitenskapstradisjon og anvender kvalitativt intervju som datainnsamlingsmetode. Malteruds systematiske tekstkondensering (STK) er valgt for analyse av data.

Resultat: Studiens hovedfunn presenteres i fire resultat kategorier; Når livet setter seg i kroppen, Å skape relasjon, trygghet og tillit i behandling, Mulighet for endring eller behov for støttende tilnærming? og Krevende kommunikasjon gjennom en tredjepart.

Konklusjon: Informantene utdypet både utfordringer og muligheter knyttet til psykomotorisk behandling til innvandrere med flyktningbakgrunn. Ulik forståelse av sammenhengen mellom kropp og sinn ble adressert som utfordrende, i tillegg til kultur- og språkbarrierer. Den konkrete kroppen var nyttig for å etablere en felles forståelse. Informantene fremhevet viktigheten av å skape relasjon, trygghet og tillit i behandling, spesielt hos pasienter med traumeerfaringer. Resultatene understreker viktigheten av en kultursensitiv og helhetlig tilnærming for psykomotoriske fysioterapeuter, og annet helsepersonell som arbeider med innvandrere med flyktningbakgrunn.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), flyktning, likeverdige helsetjenester, kultursensitivitet, psykisk helse, psykisk helsearbeid.

Abstract

Background: Immigrants with refugee backgrounds have increased risk for developing physical and mental health problems. Traumatic experiences from their home countries and during flight, stress related to adaptation to a new culture and society influences refugees' mental health. Psychomotor physiotherapists have been addressed as an important contribution in treatment of refugees, yet research in this area is lacking.

Aim: The study aims to explore and describe knowledge of psychomotor physiotherapists in treating immigrants with refugee backgrounds.

Problem: «What experiences do Norwegian psychomotor physiotherapists have with psychomotor treatment for immigrants with refugee backgrounds? »

Method: The study is based on hermeneutic scientific tradition and utilizes qualitative interviews as the method of data collection. Malterud's systematic text condensation (STC) is chosen for data analysis.

Results: The main findings of the study are presented in four result categories: When life settles in the body, Establishing trusting relationship, and safety in treatment, Potential for change or need for supportive approach? and Challenging communication through a third party".

Conclusions: The study identified both challenges and opportunities associated with Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMF) treatment of immigrants with refugee backgrounds. Differences in understandings of body and mind were addressed. The concrete body proved crucial in establishing shared understanding. Respect, acknowledgment and building trusting relationships was central, particularly with patients who had experienced trauma. The study highlights the need for a culturally sensitive approach for psychomotor physiotherapists and other healthcare professionals working with immigrants with refugee backgrounds.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, migrant, refugee, cultural sensitivity, mental health.

FORKORTELSER

NPMF Norsk psykomotorisk fysioterapi

NFF Norsk Fysioterapeutforbund

PTSD Posttraumatisk stresslidelse

WHO World Health Organization

STK Systematisk tekstkondensering

REK Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	6
1.1	Bakgrunn	6
1.2	Forforståelse og egen motivasjon for prosjektet.....	8
1.3	Forskningsspørsmål	9
1.3.1	Utdypning av forskningsspørsmålet	9
1.3.2	Avgrensning	10
1.4	Begrepsavklaring	10
1.5	Oppgavens oppbygning	12
2	Teori.....	14
2.1	Norsk psykomotorisk fysioterapi	14
2.1.1	Det historiske bakteppe.....	14
2.1.2	Kroppsforståelse	15
2.1.3	Kroppen som innfallsvinkel.....	15
2.2	Kroppen og psyken	16
2.3	Helsetjenesters møte med flyktningpasienten.....	18
2.3.1	Hvem er flyktningpasienten?.....	18
2.3.2	Helsetjenesters ansvar og bruk av tolk.....	19
2.3.3	«Furor sanandi» Helbredsgalskap	20
2.3.4	Kultursensitivitet, kulturkompetanse og kulturellydmykhet	20
2.4	Tidligere forskning	23
3	Metode	27
3.1	Design	27
3.2	Kvalitativ metode.....	28
3.3	Vitenskapelig ståsted.....	28
3.4	Datainnsamling.....	29
3.4.1	Utvalg.....	29
3.4.2	Rekruttering.....	29
3.4.3	Presentasjon av informantene.....	30
3.4.4	Datainnsamling	30
3.4.5	Transkribering	32
3.4.6	Systematisk tekst kondensering	32
3.5	Etiske overveielser	36
3.6	Personvern og lagring av data	37

4	Resultat	38
4.1	Når livet setter seg i kroppen	38
4.1.1	Kroppslige plager som utrykk for tidligere traumer og vedvarende stress	39
4.1.2	Forståelse av sammenheng mellom fysisk og psykisk helse.....	40
4.1.3	Kroppen som felles utgangspunkt	41
4.2	Å bygge relasjon, trygghet og tillit i behandling	43
4.2.1	Å trå varsomt i ukjent terreng	43
4.2.2	Å møtes på halvveien, dialog fremfor monolog	44
4.2.3	“Å gå utenfor boksen”	45
4.3	Rom for endring eller behov for støttende tilnærming	46
4.3.1	Totalbelastning, utenforskap og tap av identitet	46
4.3.2	Du skal ikke vekke alle «sovende bjørner»	47
4.3.3	Bevegelser gjennom hverdagsaktivitet, grupper og dans	48
4.4	Krevende kommunikasjon gjennom en tredjepart	49
4.4.1	Bruk av tolketjenester og kompetente tolker	49
4.4.2	Tolken som tredje hjul på vogna	51
5	Diskusjon	52
5.1	Resultatdiskusjon.....	52
5.1.1	Å skape mening av kroppslige symptomer	52
5.1.2	Manglende kontakt med egen kropp	54
5.1.3	Trygghet, tillitt og anerkjennelse av pasienten.....	55
5.1.4	Kultursensitiv tilnærming	56
5.1.5	Å være en støtte i eksistensielle spørsmål.....	57
5.1.6	Et utfordrende dialektisk samspill	58
5.2	Metodediskusjon	58
5.2.1	Refleksivitet	59
5.2.2	Validitet.....	61
5.2.3	Implikasjon for praksis.....	62
5.2.4	Videre forskning.....	63
6	Konklusjon	64
	Litteraturliste	65
	Vedlegg 1. Godkjenning fra Sikt.....	73
	Vedlegg 2. Informert samtykkeerklæring	75
	Vedlegg 3. Intervjuguide.....	78

Tabeller:

Tabell 1: Skjematisk fremstilling av foreløpige tema.

Tabell 2: Skjematisk fremstilling av koder og tekstbiter

Tabell 3: Skjematisk fremstilling av hovedtema, subgrupper, og et kunstig sitat i «jeg-form».

Tabell 4: Skjematisk fremstilling av hovedtema og tilhørende subgrupper.

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Psykiske problemer blant innvandrere og flykninger har blitt sett på som en av de største utfordringene for det offentlige helsetilbudet både nasjonalt og internasjonalt (Abebe et al., 2014, s. 60). Flykninger som kommer fra krig og har opplevd traumatiske hendelser i hjemlandet, og gjennom flukt, er spesielt sårbare for å utvikle fysiske og psykiske helseplager (Lavik et al., 1997, s. 3654). Mange har behov for adekvat behandling og helsehjelp på grunn av posttraumatiske stressreaksjoner, men studier peker på at denne hjelpen er mangelfull og indikerer at stigma rundt psykisk lidelse er en barriere (Richter et al., 2018, s. 206). Lønning et al., (2021, s. 84) fant i sin studie at rehabilitering av torturofre og flykninger i Norge er fragmentert, tilfeldig og personavhengig. Dette støttes ytterligere i Røde Korsrapporten (Røde Kors, 2020, s. 4).

I tillegg til posttraumatiske opplevelser, er sosioøkonomiske, sosiale og interpersonale faktorer, asylsøknads prosessen og politiske forhold avgjørende for flykningers psykiske helse (Li et al., 2016, s. 82). De fleste innvandrere som kommer til Norge er vanligvis yngre og friskere enn den gjennomsnittlige befolkningen. Dette beskrives som den "the healthy migrant-effekten" som tyder på at det er de mest ressurssterke som våger seg ut på en slik reise. Det viser seg derimot at denne forskjellen utlignes med tid, og ved lengre botid i migrasjonslandet forverres innvandreres helse, kjent som den "the exhausted migrant-effekt" (Aambø, 2021, s. 103).

Straiton et.al (2017, s. 582) fant i sin studie mye som tyder på at flykninger har dårligere mental helse enn de som ikke er flykninger. Dette kan skyldes at flykninger har opplevd større traumer før de migrerer, i tillegg til stressfaktorer etter migrasjonen, som for eksempel en vanskelig asylperiode. Denne utviklingen er også kjent som allostatisk belastning, som oppstår som følge av stresset med å tilpasse seg en ny kultur og samfunn (Aambø, 2020, s. 510).

Samtidig som traumatiske opplevelser fra hjemlandet og under flukt har stor innvirkning på fysisk og psykisk helse, viser forskning at hvordan innvandrere og flykninger blir møtt i mottakslandet er av vel så stor betydning (Popovac, 2020, s. 277). Stress relatert til post immigrasjon er en betydningsfull faktor for utvikling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og kompleks PTSD blandt flykninger (Ipekci, 2023, s. 834). Vanligvis vil PTSD bare være en del av helhetsbildet, mange opplever kroniske depresjoner, alvorlige smertetilstander,

dissosiative tilstander, endringer i personlighetsfungering og vanskeligheter med å etablere relasjoner og forholde seg til andre (Helsedirektoratet, 2009, s. 50).

Postmigrasjonsutfordringer setter menneskers grunnleggende behov for aksept og verdsetting på prøve. Det er blitt stadig tydeligere gjennom forskning at livet etter flukt og måten flyktninger blir møtt på, har en dypere innvirkning på den psykiske helsen enn tidligere antatt. Dette understreker viktigheten av å skape et miljø preget av inkludering og støtte for å fremme trivsel og tilpasning blant flyktninger i deres nye hjemland (Popovac, 2020, s. 281–283).

Variasjonen når det gjelder levevilkår, levevaner og forekomst av helseproblemer er stor blant personer med flyktning- og innvandrerbakgrunn. Det finnes lite forskning på området og for noen grupper innvandrere finnes det svært lite data. Generelt er oversikten over innvandreres helse og bruk av helsetjenester mangelfull (Kumar et al., 2022). Forskjellige nasjonale grupper påvirkes ulikt og på individnivå varierer helsekompetansen og tilpasningen til det norske samfunnet betydelig. Dette gjør at helsepersonell møter et mangfold som kan være utfordrende å håndtere (Aambø, 2020, s. 510).

Tidligere studier tilsier at fremmed språk og annen kulturell bakgrunn kan skape utfordringer i møte med helsetjenester og i behandlingsforløp, dette blir spesielt tydelig når det er språk- og kulturelle barrierer, og når man møter ulike oppfatninger av sykdom og psykiske lidelser (Mathiesen, 2020). Grut et al.,(2006, s. 1318–1320) fant i deres studie at allmennleger føler seg usikre på hvordan de skal håndtere flyktningpasienter, spesielt når det gjaldt å snakke om traumatiske opplevelser. Studien pekte på behov for opplæring og veiledning for å bedre håndtere pasienter med annen kulturell bakgrunn. Andre utfordringer som manglende kartlegging av flyktingers psykiske helse, hindrer tidlig intervensjon og behandlingstiltak, som kan forebygge alvorlig psykiske helseplager. Konsekvensene av dette er for den enkelte og samfunnsmessig betydelig, og for å endre den økende utviklingen er det behov for kompetansehevning hos helsepersonell som arbeider med flyktninger (Gundersen, 2017).

I Norge er vi forpliktet til å gi likeverdig helsehjelp til alle uavhengig av bakgrunn, gjennom krav om kvalitet, tilgjengelighet og brukermedvirkning for alle pasienter (Helsedirektoratet, 2009, s. 35). Helsepersonell møter innvandrere i alle sektorer, og tjenestenivå uansett fagdisiplin, og kunnskap om innvandreres helse er derfor noe som angår oss alle (Popovac, 2020, s. 277). Økt kulturkompetanse og ydmykhet i møte med fremmede kulturer med ulikt

syn og forståelse av psykisk helse kan bidra til et mer likeverdig tilbud der de ulike behov i dagens mangfoldige samfunn blir ivaretatt (Harris et al., 2020, s. 142).

Forskning på området anses som relevant for å øke kunnskap rundt flyktninger og innvandreres psykiske og fysiske helse for å kunne tilby bedre tilpasset helsetjenester i alle sektorer til personer med innvandrerbakgrunn (Abebe et al., 2014, s. 60).

Varvin (2018, s. 27) beskriver hvordan de selvhevdende krefter i mennesker som har gjennomgått krig og flukt er avhengig av trygge og kompetente menneskemøter for å tre i kraft. Leder for Norsk fysioterapi forbund (NFF) Gerty Lund tok opp tematikken under Fysioterapeutkongressen 2022. Hun fremhevet psykomotorisk fysioterapeuters spesialkompetanse som et viktig bidrag for å imøtekomme innvandrere og flyktnings behov for helsetjenester i tiden fremover (Eian, 2022). I en oversiktsartikkel fra 2020 viste det seg derimot at det er svært få studier på hvilken kompetanse fysioterapeuter trenger for å tilby likeverdige helsetjenester til flyktninger (McGowan et al., 2020, s. 10).

I forbindelse med opptrappingsplanen og regjeringens satsning på psykisk helse er det innvilget 3 milliarder kroner i økte midler over de neste 10 år (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 6). Det savnes imidlertid tiltak som ivaretar tverrfaglighet og en kroppslig innfallsvinkel til psykisk helse, sier leder for Norsk Fysioterapeutforbunds faggruppe for psykomotorisk fysioterapi Kjerstin Fet Vindenes (Lossius, 2023).

Tilstrømning av flyktninger er økende, og det er lite som tyder på at dette vil endres i de kommende årene. I 2022 var det totale antall flyktninger på verdensbasis 108,4 millioner og i 2023 var antallet steget til 110 millioner. Krig, forfølgelse, politisk konflikt og alvorlig brudd på menneskerettigheter er i hovedsak årsaken til at mennesker tvinges til å forlate hjemmene sine (Flyktningshjelpen, 2023). I takt med økende innvandring til Norge og den stadig mer globaliserte verden, blir hensynet til kulturell bakgrunn stadig viktigere i helsetjenesten. I 2023 hadde omtrent 280 000 i Norge flyktningbakgrunn, det vil si 32 % av totalt antall innvandrere og 5 % av befolkningen generelt. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå antyder at dette tallet vil dobles innen 2040 (SSB, 2024).

1.2 Forforståelse og egen motivasjon for prosjektet

Som psykomotorisk fysioterapeut i privat praksis mottar jeg mange henvisninger fra innvandrere med flyktningbakgrunn, som søker hjelp for sine psykiske og fysiske helseplager. Ofte er sykdomsbildet komplekst og sammensatt og kan virke overveldende på meg som terapeut. Språk og kommunikasjonsvansker, kulturelle forskjeller, ulik sykdomsoppfattelse og

helsekompetanse, økonomiske problemer, NAV, utenforskap, smerteproblematikk og tidligere traumatiske livshendelser er gjengangere i behandlingsforløpene.

Vi vet mye om risiko og sårbarhetsfaktorer for utvikling av psykiske helseplager blant innvandrere og flyktninger, men mindre om hvilke tilpasninger som er nødvendig for gode behandlingsforløp i psykomotorisk fysioterapi. Det finnes lite forskning om psykomotorisk behandling til denne pasientgruppen. Søk gjort i ulike databaser på psykomotorisk fysioterapi til innvandrere eller flyktninger viste få treff. Jeg fant en masteroppgave som beskrev en gruppeintervensjon for kvinner med innvandrerbakgrunn (Luth-Hanssen, 2017). Et fagessey i fagbladet Fysioterapeuten fra Kvale et.al (2020, s. 40), viste til nødvendighet av kunnskap om traumebevisst omsorg i behandling av flyktninger, og etterlyste dette under fysioterapeutenes grunnutdanning. Underveis i min studie kom det også en ny artikkel som omhandlet psykomotorisk behandling til mennesker som er utsatt for tortur. Deres funn er presentert under punktet 2.4 Tidligere forskning (Baer-Olsen et al., 2024).

Jeg mener at psykomotoriske fysioterapeuter er en viktig bidragsyter for å ivareta denne pasientgruppen med tanke på vår helhetlige tilnærming til pasienten, og med vår kompetanse både innen fysisk og psykisk helse. I tilfeller hvor det er utfordringer med forståelse, språk og kommunikasjon, har jeg personlig erfaring fra at den konkrete kroppen kan være en nyttig innfallsvinkel. Det er behov for mer kunnskap om psykomotorisk fysioterapi til personer med flyktningbakgrunn. Jeg ønsker å belyse tematikken ved å innhente erfaringskunnskap fra psykomotoriske fysioterapeuter og har kommet frem til følgende forskningsspørsmål for prosjektet:

1.3 Forskningsspørsmål

«Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med psykomotorisk behandling til innvandrere med flyktningbakgrunn?».

1.3.1 Utdypning av forskningsspørsmålet

Datamaterialet i studien kommer fra semistrukturerte dybdeintervju med seks fagutøvere av Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF). De seks informantene arbeidet i spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og i privat praksis der voksne innvandrere med flyktningbakgrunn er en del av pasientgrunnlaget. Med innvandrere menes i dette studie personer som har flyttet fra sitt fødeland til et annet land med hensikt om å bosette seg der. Flyktningbakgrunn refererer til tvungen migrasjon av hensyn til egen sikkerhet og frykt for forfølgelse grunnet rase, religion, nasjonalitet, eller politisk retning. Studien omhandler

personer som har vesentlig annet språk og kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkningen i Norge. Det skilles derimot ikke på hvor lenge de har vært bosatt i Norge, eller på hvilket land, regioner eller sosiale grupperinger de kommer fra. Begrepene NPMF, psykisk helse, psykisk helsearbeid, flyktning, innvandrere, migrant, og kultur beskrives nærmere i punkt 1.4.

1.3.2 Avgrensning

Oppgaven konsentrerer seg om å belyse problemstillingen fra et overordnet kultursensitivt perspektiv, hvor prinsippet om likeverdige helsetjenester står sentralt. Grunnleggende teori om NPMF er anvendt i oppgaven for styrke forståelsen av kroppen som en betydningsfull innfallsvinkel i psykisk helsearbeid. Studiens hensikt er ikke å definere eller spesifisere enkelte gruppers behov for tilpasninger eller tiltak i behandling. Formålet er derimot å se på fellestrekk og utvikle en økt forståelse av utfordringer og muligheter i behandling på tvers av kulturelle forskjeller innen psykisk helsearbeid. Oppgaven tar sikte på å fremskaffe ny kunnskap som er aktuell og anvendelig i det daglige kliniske arbeide innen NPMF. Grunnet oppgavens størrelse og tidsramme er flere relevante fagfelt og teorier valgt bort, eller omtalt i et begrenset omfang i oppgaven. Dette gjelder spesielt utvikling- og tilknytningspsykologi, smertefysiologi, nevrobiologi, og mer spesifikt traume teori.

1.4 Begrepsavklaring

Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF): En behandlingsmetode som ble utviklet i 1950-årene gjennom et samarbeid med fysioterapeut Aadel Bulow Hansen og psykiateren Trygve Braatøy. Metoden bygger på en grunnleggende forståelse av at kroppen er et sammensatt fysisk, psykisk og sosialt fenomen. Behandling tar utgangspunkt i at psyke og soma gjensidig påvirker hverandre og integreres derfor i en helhetlig behandling. Levd liv, med alt det innebærer av erfaringer, både psykiske og fysiske belastninger, traumer og vanskelige livshendelser kan uttrykkes gjennom kroppslige plager (Møyner, 2022).

Psykisk helse: Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer mental helse som en tilstand av mentalt velvære som gjør det mulig for det enkelte menneske å håndtere livets stressorer, lære og utvikle seg, realisere sine evner og bidra i samfunnet. En rekke individuelle, familiære og samfunnsmessige faktorer kan påvirke vår psykiske helse. På tross av motstandsdyktighet blandt mennesker, er personer som er eksponert for krig, vold, fattigdom, eller andre ugunstige omstendigheter, spesielt sårbare for å utvikle psykiske helseutfordringer. Mennesker med psykiske lidelser står i fare for å oppleve stigmatisering og diskriminering. Psykiske helsetjenester kan bidra til god behandling av psykisk lidelse, men er ofte

underfinansierte og mangler tilstrekkelige ressurser på verdens basis (World health organization, 2024).

Det kan være vanskelig å finne en definisjon som er beskrivende for hva vi mener med psykisk helse. Likeledes som det vanskelig å finne en definisjon på hva somatisk helse er. Det finnes heller ikke et tydelig avgrenset skille mellom den fysiske kroppen (soma) og psykisk helse. Psykiske lidelser kan gi magesmerter, hodepine, hjertebank og annet kroppslig ubehag. Videre kan fysiske plager også påvirke den psykiske helsen vår, og på den måten er psykisk og fysisk helse to sider av samme sak og påvirker hverandre gjensidig (Nasjonal digital læringsarena, 2024).

Psykisk helsearbeid: Psykisk helsearbeid er samhandling med mål om å styrke og fremme psykisk helse både på individ og samfunnsnivå. Formålet er å bygge opp under enkeltmenneskets opplevelse av egen verdi, mening i hverdagen og livsmestring. Psykisk helsearbeid søker å identifisere og forandre samfunnsmessige faktorer som kan bidra til sosial utestengning, stigmatisering og psykisk lidelse (Andersen, 2023). Bøe og Thomassen (2017, s. 14–16) trekker frem etikk og dialogens sentrale plass i psykisk helsearbeid. Dialog som utspiller seg gjennom konkrete kroppslige møter og språk, hvor vi sammen finner ord og mening, innenfor rammen av et samfunn og våre kulturelle forestillinger. De viser til fem aspekter inne psykisk helsearbeid som er sentrale i denne oppgaven;

1. Materiell og hverdagsliv
2. Relasjon, dialog og etikk
3. Kropp bevegelse og samspill
4. Mening, tro og håp
5. Kultur og politikk

Materiell og hverdagsliv omhandler de konkrete materielle behov som et sted å bo, penger til mat på bordet m.m., men også inkludering i fellesskap og lokalmiljøet. Relasjon, dialog og etikk omhandler å legge til rette for verdige menneskemøter, hvor det blir lagt til rette for samtale, dialog og samarbeid. Der eksistensielle spørsmål kan løstes frem og skape mening, tro og håp. Kropp, bevegelse og samspill har en sentral plass i psykisk helsearbeid. Da ikke

ment som den objektive kroppen. Vi referer da til den opplevende og uttrykksfulle kroppen, eller også kalt den fenomenologiske kroppen som det er skrevet mer om i teori kapitlet 2.1.2 i denne oppgaven. Sist kan ikke psykisk helsearbeid forstås uavhengig av kultur og politikk, som former våre muligheter, begrensinger og roller i samfunnet (Bøe & Thomassen, 2017, s. 16).

Flyktning: FNs flyktningkonvensjon definerer flyktninger som «enhver person som befinner seg utenfor det land hen er borger av på grunn av velbegrunnet frykt for å bli forfulgt på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en spesiell sosial gruppe» (Leraand & Bahus, 2022).

Innvandrere: En innvandrer er en person som flytter til et annet land med sikte på å bosette seg der. Både flyktninger, asylsøkere og andre migranter er å regne som innvandrere dersom de flytter inn i landet (Tønnessen, 2023).

Migrant: UNESCO definerer en migrant som enhver som lever midlertidig eller permanent i et land hvor han eller hun ikke ble født, og som har utviklet betydningsfulle sosiale bånd til dette landet. UNESCO skiller mellom migranter, som flytter av egen fri vilje, og flyktninger eller andre som er tvunget til å forlate sine hjem (Aambø, 2021, s. 35).

Kultur: Kultur kan forstås som nedarvede ideer, forutforståelser, mønstre for atferd og samhandling som er felles for en gruppe og som den enkelte tilegner seg i sosialiseringprosessen. Fellestrekkene gir gruppens medlemmer identitet og skiller gruppen fra andre grupper (Aambø, 2021, s. 224).

1.5 Oppgavens oppbygning

Denne masteroppgaven er inndelt i seks kapitler. Kapittel 1 inneholder en introduksjon til tema med bakgrunn, for forståelse og egen motivasjon for prosjektet. Videre følger en presentasjon av forskningsspørsmålet, en avgrensning av prosjektet samt en sentral begrepsavklaring. Kapittel 2 omfatter det teoretiske grunnlaget i oppgaven, valgt ut fra oppgavens overordnede perspektiv om NPMF og helsetjenesters møte med flyktningepasienten, og med relevans for hovedfunnene. I kapittel 3 blir valg og gjennomføring av metode presentert og utdypet. I Kapittel 4 presenteres hovedfunnene som fremgikk etter analysen av datamaterialet. I kapittel 5 diskuteres funnene opp mot den anvendte teori og tidligere forskning, videre inneholder kapitlet en metodediskusjon, hvor oppgavens implikasjoner for praksis og videre forskning blir løftet frem. Til slutt, i det siste kapittel 6 oppsummeres resultatene i henhold til forskningsspørsmålet i en konklusjon.

2 Teori

I teorikapitlet redegjør jeg for det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Både NPMF og migrasjonshelse er omfattende fagfelt, og med de gitte rammene for denne masteroppgave kan de ikke beskrives i sin helhet. Av hensyn til oppgavens rammer og avgrensning har jeg valgt å konsentrere meg om sentrale teorier med utgangspunkt i oppgavens hensikt og problemstilling. Dette sett i lys av resultat, resultatdiskusjonen og med relevans for tidligere forskning. Jeg vil først skrive kort om bakgrunnen for NPMF og redegjøre for sentrale aspekter ved psykomotorisk behandling og kroppsforståelse. Videre følger et kapittel om kroppen og psyken, som tar opp viktigheten av kunnskap i dette spenningsfeltet, i forståelse og behandling av komplekse og sammensatte lidelser. Deretter vil jeg gjøre rede for teori rundt prinsippet om likeverdige helsetjenester og en kultursensitiv tilnærming med utgangspunkt i målgruppens generelle og spesielle særtrekk. Tilslutt vil jeg beskrive hva som er gjort av tidligere forskning på tema.

2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi

2.1.1 Det historiske bakteppe

NPMF er en videreutdanning innen fysioterapifaget som etablerte seg på slutten av 1940-årene. Etter år 2000 har utdanningen vært knyttet til tverrfaglig utdanning innen psykisk helsearbeid. Behandlingsformen oppstod i samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bulow-Hansen. Sentralt i behandlingsformen står sammenheng mellom kropp og følelser sett i kontekst av menneskers sosiale liv. Kroppen ses som en helhet og kroppens funksjoner ses i samspill med hverandre. Behandlingen tar derfor sikte på å behandle hele kroppen og er i den forstand ikke symptomorientert, men ressursorientert. I behandlingen veksles det mellom samtale, øvelser og massasje. En psykomotorisk fysioterapeut undersøker kroppsholdning, respirasjon, bevegelser og muskelkonsistens sett i lys av pasientens levde liv. Økt muskel tonus og bremset respirasjon anses som et forsvar, eller en måte å holde tilbake eller undertrykke følelser på. Målsettingen var opprinnelig å redusere kroppslig motstand og dermed gjøre følelser mer tilgjengelig for bearbeiding i psykoterapi. Behandlingen ble senere mye brukt for å hjelpe pasienter med økt spenningsnivå i muskulatur og smerter i bevegelsesapparatet, samt lettere former for psykiske lidelser (Bunkan, 2001, s. 2845–2848).

2.1.2 Kroppsforståelse

Forståelsen av kroppen sett fra et psykomotorisk ståsted har sammenfall med perspektiver fra kroppsfenomenologien, og den franske filosofen Merleau-Ponty (Råheim, 2003, s. 2479). Kroppsfenomenologien beskriver den tvetydige kroppen, hvordan vi både *er* og *har* en kropp, slik vi fremstår som både subjekt og objekt på samme tid. Fenomenologien bryter med en dualistisk tankegang, hvor kropp og sjel ses på som to adskilte deler løsrevet fra hverandre. Merleu-Ponty viser til den subjektive, erfarende og «levde kroppen», hvor kroppen står sentralt i all erfaring og meningsdannelse (Gretland, 2007, s. 24–26; Sviland et al., 2007, s. 23). Innenfor kroppsfenomenologien benyttes to sentrale begreper; livsverden og levde erfaring. Livsverden viser til alle de menneskelige erfaringer som vi kjenner til fra hverdagens konkrete, praktiske, og daglige gjøremål og i vår meningsgivende samhandling med omverden. Denne livsverden kan ikke ses som upåvirket av samfunnets struktur, kultur eller vår personlige historiske bakgrunn. Våre kulturelle forestillinger og våre felles meningssystemer, hvor språket står sentralt, er avgjørende for hvordan vi erfare og oppfatter virkeligheten. Den menneskelige status slik vi eksisterer i verden er ifølge Merleu-Ponty sosialt og kulturelt betinget (Råheim, 2003, s. 2480). Denne tankegangen samsvarer med en psykomotorisk behandlingstilnærming, hvor kroppen ikke utelukkende kan ses som et fysisk objekt adskilt fra subjektet. Kroppen er meningsbærende og ikke mulig å skille fra personenes tidligere erfaringer og det levde liv (Thornquist, 2006, s. 28–32). Selv om det tilsynelatende er allmennt kjent hvordan kroppen og psyken påvirker hverandre, er en integrering av en slik sykdomsmodell ikke uproblematisk i forskning og klinisk praksis (Sviland et al., 2007, s. 23). En dualistisk kropp-sjel tankegang er grunnlaget for utvikling av flere begreper og teorier innen både somatisk og psykisk helse. Dette kan gjøre det lett å snakke om og oppfatte kropp og psyke som adskilt, og bidra til å svekke denne sammenhengen (Ottesen & Thornquist, 2015, s. 130–138). Ytterligere kan denne tenkningen fremme en oppfattelse av kroppen som et instrument som kan manipuleres, påvirkes og formes uavhengig av subjektet. Denne objektive og mekaniske tenkningen om kroppen kan medvirke til tendenser som utelukker kroppens relasjonelle og sosiale aspekter (Engelsrud, 2006, s. 27). Den fenomenologiske tankegangen derimot kan åpne opp for dialog rundt pasientens egne opplevelser og livssituasjon og sette kroppslige symptomer i et relasjonelt og kulturelt perspektiv (Sviland et al., 2007, s. 23).

2.1.3 Kroppen som innfallsvinkel

NPMF har i liket med andre former for fysioterapi kroppen som innfallsvinkel, også til psykisk helse. Kropp og erfaring sees i sammenheng for å forebygge, forstå og behandle

helseplager (Ottesen & Thornquist, 2015, s. 130–138). Kroppen ses som bærer av livshistorie, og den undersøkes og behandles som en helhet uansett hvilke lokale plager eller symptomer pasienten har (Thornquist, 2006, s. 29). Muskulære spenninger og pust er sentrale både i undersøkelsen og i behandling da disse hører uløselig sammen. Behandlingen tar sikte på både en kroppslig og emosjonell omstillingsprosess (Thornquist, 2005, s. 34).

Følelsesmessige tilstander og kroppen påvirker hverandre gjensidig. Gjennom kroppen både uttrykker og regulerer vi følelser. Det er en allmenn forståelse at vi uttrykker glede og sinne gjennom kroppslige faktorer. Derimot er det muligvis mindre anerkjent at kroppen kan holde følelsesmessige uttrykk tilbake med spenningstilstander i muskulatur og bremset pust (Thornquist, 2006, s. 30). Pusten er sentral i vår måte å regulere følelser på. Spenninger i muskulatur og endring i pustemønster, er en måte å håndtere fysisk og psykisk smerte og følelser på. En overfladisk og kontrollert pust kan være et forsøk på å distansere seg fra ubehagelige kroppslige fenomener. Ved å bremse pusten, bremser vi også det kroppslige uttrykket og kan holde vonde følelser på avstand (Eielsen, 2022, s. 40). Kroppen som innfallsvinkel og kilde til levd erfaring er også kjent i andre terapiformer innen psykisk helsearbeid. Anstorp og Benum (2014, s. 114–115) beskriver pusten som en inngangsport til å få kontakt med kroppen og kroppslige erfaringer i traumebehandling. Utfordringen ligger i at den traumatiserte pasienten ofte kan ha et anstrengt forhold til pusten, da nettopp en overfladisk og kontrollert pust holder de ubehagelige opplevelser på avstand. De beskriver pusten hos den traumatiserte ofte som rask, overfladisk og stram. Videre beskriver Anstorp og Benum (2014, s. 114) til hvordan en rask og overfladisk pust er med på å opprettholde en aktivering av nervesystemets overlevelse- og forsvarsmekanismer, samt utskillelse av stresshormoner. Thornquist (2006, s. 30) forklarer at den kroppslige anspenning fungerer som et funksjonelt emosjonelt forsvar i visse situasjoner, men kan også bidra til undertrykking og uhensiktsmessig mestringsstrategier ved traumatisering eller vanskelige livssituasjoner. Hun viser til at et slik forsvar ikke kan brytes ned uten å ta hensyn til personens sosiale og psykiske liv, men må integreres i en kroppslig omstillingsprosess over tid. I psykomotorisk behandling er derfor pasientens respirasjon og autonome reaksjoner veiledende for dosering i behandling, og det må vurderes om pasienten er klar for en omstillende prosess eller har behov for en mer støttende stabiliserende tilnærming (Thornquist, 2005, s. 40).

2.2 Kroppen og psyken

Mennesket søker mening og formål i tilværelsen. Erfaringer knyttet til selvbevissthet, relasjoner og verdier påvirker helse og sykdom. Samspeillet mellom menneskets kropp og

livserfaring, med særlig vekt på opplevelsen av mening, har betydning for helse. Dette understreker betydningen av å inkludere psykologiske og sosiale faktorer i helhetlig forståelse av helse og sykdom (Getz et al., 2011, s. 683). Den biomedisinske tenkning kan føre til at kroppslige plager som ikke kan underbygges med fysiske eller objektive funn, så som langvarige smerter og utmattelse, blir neglisjert av helsepersonell. En manglende tverrfaglig og helhetlig tilnærming til denne type helseplager, kan bety at pasienten ikke får adekvat støtte, føler seg overlatt til seg selv, eller som en kasteball mellom somatiske og psykiske helsetjenester (Helgeland & Gjems, 2020). Det savnes videre et eksistensielt perspektiv i den biopsykososiale modellen. Eksistensielle spørsmål er store spørsmål om livet, døden, meningen med tilværelsen, og ens egen plass i verden. Disse spørsmålene berører grunnleggende menneskelige erfaringer og utfordringer. De er viktige i behandling av sykdom og lidelse, fordi de kan hjelpe mennesker med å finne mening og formål i livet. Det finnes ingen klare svar på eksistensielle spørsmål, men helsepersonell må tre ut av sin allvitende rolle og under seg sammen med pasienten (Lien & Malkomsen, 2024). Dezutter et al., (2016, s. 564) fant i sin studie at smertepasienter manglet sosial og eksistensiell støtte i behandling av langvarig smerte. Posttraumatisk stress lidelse (PTSD) er ofte assosiert med flere helseutfordringer. Pasienter med PTSD har ofte flere kroppslige plager som økt smerte, økt muskelspenning og begrenset pust (Nyboe et al., 2017, s. 523). Studier har påvist sammenheng mellom PTSD og kroniske smertetilstander (Fishbain et al., 2017, s. 117). Varvin (2018, s. 36–37) viser til at smertetilstander har opprinnelse i en sammensmeltning mellom fysiske og psykologiske årsaker. Forskning viser hvordan gjentatte traumer eller eksistensielle påkjenninger tidlig i livet leder til sårbarhet ovenfor utvikling av sykdom og psykiske lidelser (Cook et al., 2005, s. 2–3; Getz et al., 2011, s. 683). PTSD diagnosen har blitt kritisert for å ikke romme omfanget og kompleksiteten av senvirkning av eksponering for gjentagende traumer. Barn som utsettes for traumatiske hendelser, som for eksempel mishandling, seksuelt misbruk, familievold, etnisk rensing eller krig, kan oppleve alvorlige langsiktige konsekvenser. Eksponering for komplekse traumer resulterer i tap av grunnleggende evner til selvregulering og mellommenneskelige forhold. Dette kan inkludere vanskeligheter med å utvikle trygge tilknytninger, svekkede evner til selvregulering, økt risiko for psykiske lidelser, og kronisk sykdom over i voksenlivet (Cook et al., 2005, s. 2–3). Fysiske påkjenninger, som smerter og stress, samt psykiske belastninger som trusler og omsorgssvikt, påvirker kroppen på lignende måter. Langvarige stresspåkjenninger av både fysisk og psykisk karakter overbelaster kroppens fysiologiske tilpasningsevne og fører til sykdomsutvikling. Dette fenomenet, kjent som "allostatisk overbelastning", oppstår når

vedvarende trusler mot individets eksistens og integritet utmutter kroppens fysiologiske beskyttelsesmekanismer og skaper eller øker biologisk sårbarhet hos individet. Dette kan føre til autonom dysfunksjon, endringer i immunforsvaret, kronisk betennelse og økt risiko for sykdommer som hjerte- og karsykdommer, smertetilstander, depresjon, angst og andre lidelser (Getz et al., 2011, s. 683–684). Støtte fra omsorgspersoner spiller en vesentlig rolle på utviklingen av PTSD-symptomer og på evnen til å håndtere dem. Tre sentrale elementer er viktige i omsorgsgivers respons på traumatiske opplevelser hos barn. Det første er å tro på og anerkjenne barnets erfaringer, det andre å kunne håndtere barnets følelser, og det siste å takle sin egen emosjonelle reaksjon. Når omsorgsgiveren avviser eller benekter barnets opplevelse, kan det føre til at vedkommende undertrykker traumene og får vanskeligheter med å bearbeide dem. Det kan også føre til en følelse av mistillit til omsorgsgiveren og vanskeligheter med å uttrykke seg verbalt om opplevelsen (Cooke et al., 2005, s. 5–7). Bessel van del Kolk (2020, s. 87) skriver at å kunne føle seg trygg sammen med andre mennesker er et vesentlig aspekt ved psykisk helse. For at kroppen skal kunne håndtere stressrespons som følge av traumer, restitueres og heles, må en grunnleggende følelse av trygghet være tilstede. Videre er meningsfylte liv basert på trygge og nære relasjoner, og sosial støtte er den viktigste beskyttelsesfaktor for traumer og stresspåvirkning. Sosial støtte beskrives som noe utover å være til stede sammen med andre, men peker på viktigheten for den traumatiserte å virkelig føle seg sett og hørt, oppleve tilhørighet og være av betydning for andre i felleskapet. Varvin (2018, s. 25) understreker viktigheten av relasjon arbeide innen psykisk helse, og viser til at relasjoner er sentralt i opprettholdelse av motstandskraft for å kunne takle livets stress og påkjenninger.

2.3 Helsetjenesters møte med flyktningpasienten

2.3.1 Hvem er flyktningpasienten?

Flyktninger er en lite homogen gruppe og kommer fra svært mange forskjellige land med ulike kulturer, språk, religion, arbeid og utdanning bakgrunn. Flere er mindreårige, enslige mødre, familier og eldre. Noen er friske mens andre har både fysiske og psykiske helseplager. Da det er utallige mange variasjoner i beskrivelse av flyktningpasienten er det mer nærliggende å se på hva som er felles for dem alle. Opplevelse av å ikke kunne leve trygt i det landet de er født og oppvokst i, med fravær av de grunnleggende menneskerettigheter som finnes. Da flyktninger i bunn og grunn, i likhet med oss nordmenn er personer som lever livet i ulike sosiale situasjoner og relasjoner med drømmer og håp, glede og sorger, og innehar større

forskjeller innad som gruppe enn mellom «dem» og «oss», blir det meningsløst å sammenligne nordmenn og flyktninger som gruppe (Varvin, 2018, s. 19-21).

2.3.2 Helsetjenesters ansvar og bruk av tolk

I Norge er det et overordnet politisk mål å tilby likeverdige helse- og omsorgstjenester til alle, uavhengig av individuelle forskjeller som alder, kjønn, seksuell legning, hudfarge, religion, språk og kultur (Aambø, 2021, s. 183). Dette prinsippet er forankret i flere lover, bla. Helse- og omsorgstjeneste loven, og pasient og brukerrettighetsloven. Videre er likeverdige helsetjenester omtalt i regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse (Meld. St. 23 (2022-2023), 2022, s. 11). Her står det beskrevet at et likeverdig helse- og omsorgstjenestetilbud skal tilpasses individuelle behov, og sørge for lik mulighet og tilgjengelighet for å benytte seg av helsetjenester. Kvaliteten på selve tjenesten skal være uavhengig av brukerens norskkunnskaper, funksjonsevne, kulturelle tilhørighet, helsekompetanse og sosioøkonomiske status. Nødvendig kompetanse hos helsepersonell er en forutsetning for å møte mangfoldet i samfunnet. Formålet med loven er å sikre lik tilgang til helsetjenester uavhengig av personlige forskjeller, med fokus på kvalitet og pasientens behov og autonomi. Det legges vekt på individuelle forutsetninger og behov, samt tilrettelegging for god kommunikasjon på tvers av språk og kultur for å etablere tillitsforhold mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten.

For å imøtekomme prinsippet om likeverdige helse- og omsorgs tjenester må det i tilfeller hvor pasient og helsepersonell ikke har felles språk benyttes tolk. Helse- og omsorgspersonell på alle nivåer skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med ulik språklig bakgrunn. Dette forutsetter blant annet å ha oversikt over tolkebehov og benytte kvalifiserte tolker. Krav om tolk fremkommer i flere særlovgevinger, som for eksempel forvaltningsloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og krisesenterloven. Det finnes klare retningslinjer, og Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for bruk av tolk for helse og omsorgspersonell (Helsedirektoratet, 2024).

Varvin (2008, s. 10) beskriver tolkens viktige funksjon i arbeide med flyktningpasienter. Hvis tolken skal virke fremmende i et behandlingsforløp, er det essensielt at behandlere vet hvilken rolle og funksjon tolken innehar. Varvin (2008, s. 165) utdyper hvordan det er avgjørende innen psykoterapi å ha klare retningslinjer ovenfor hva som er tolkens oppgave og at behandleren er tydelig i sitt overordnede ansvar i terapisisuasjonen. Tolken har en sentral plass i relasjonsarbeidet, og i det dynamiske samspillet mellom behandler, tolk og pasient (Varvin, 2008, s. 164). Flyktninger kan være preget av traumatiske hendelser, som overgrep og tortur, og kan ha en grunnleggende mistillit til andre mennesker. Tap av kulturelle røtter, familie og

sosialt nettverk i kombinasjon med fremmedgjøring og diskriminering kan gjøre det ekstra vanskelig å oppnå en nødvendig arbeidsallianse mellom pasient og terapeut, men også mellom terapeut og tolk, og tolk og pasient. Tolken er en del av et dialektisk og relasjonelt samspill. Skal dette fungere må tolken ikke bare tolke ord, men også formidle den implisitte mening eller betydning bak ordene, samt det nonverbale og emosjonelle aspektet (Varvin, 2008, s. 170).

2.3.3 «Furor sanandi» Helbredsgalskap

Varvin (2018, s. 24-25) beskriver hvordan flyktnings liv kan inneholde mange, vanskelige og uløselige dilemmaer. Sorg og tap av familiemedlemmer uten en grav å gå til, bekymringer over familie eller venner som oppholder seg i flyktningeleirer eller i krigssoner uten nødvendig helsehjelp, skam og skyld over å ha overlevd eller å være ute av stand til å hjelpe de som ble igjen. En rekke av vanskelige problemstillinger som rett og slett ikke lar seg løse. Varvin peker derfor på viktigheten av helsearbeidere som kan være støttende til disse uløselige dilemmaene, uten å forsøke å fikse dem. Han viser til en innarbeidet trang fra hjelperens side til å komme med løsninger for å få vekk ubehaget av å ikke kunne gjøre noe, eller følelsen av maktesløshet. Hippokrates, legekunstens far, brukte begrepet «Furor sanandi», og skisserte hvordan dette var ødeleggende og kunne føre til økt lidelse og ensomhet hos pasienten. Videre understreker Varvin viktigheten av å se hele mennesket i relasjon til den sosiokulturelle kontekst i psykisk helsearbeid med flyktninger. Han oppfordrer til å tenke tverrfaglig og nyansert rundt hver enkelt pasient og sette realistiske mål for rehabilitering og behandling.

I følge Aambø (2021, s. 219) er anerkjennelse et annet begrep som er spesielt viktig i arbeide med fremmede kulturer. Det er i anerkjennelsen av subjektet, helsepersonell tillegger personen bak symptomer og plager, sosial verdi som er viktig for identitet og selvspekt. Han påpeker at det motsatte kan føre til ydmykelse, fremmedgjøring og opplevelse av utenforskap. Ved anerkjennelse av pasienten viser helsepersonell at vi ønsker å gi vedkommende god behandling, sette til side våre fordommer og signalisere at vi er åpne for interaksjon og samhandling.

2.3.4 Kultursensitivitet, kulturkompetanse og kulturellydmykhet

Synet på kulturkompetanse innen helse og omsorgstjenester har det siste tiåret endret seg fra å omhandle hjelperens ervervede spesialkunnskap om ulike kulturer og befolkningsgrupper, til å dreie seg om hjelperens holdning og åpenhet for å yte god helsehjelp på tvers av ulike kulturer (Aambø, 2021, s. 224). Aambø (2021, s. 224) viser til at forskningslitteratur i

vesentlig grad har dreiet seg om nødvendighet av at helsepersonell får økt kunnskap om og forståelse av ulike kulturelle verdier, oppfatninger og handlinger sett i lys av sykdom og terapeutiske intervensjoner. Selv om dette fortsatt er et sentralt tema, har kritikk på området påpekt at kulturer ikke er statiske, men dynamiske prosesser som er i stadig endring og med individuelle variasjoner. Aambø (2021, s. 225) begrunner fremveksten av det kritiske synet på viktigheten av kulturkompetanse med to hovedargumenter. Det første argument er at det er umulig for den enkelte helsearbeider å ha utvidet kompetanse på de mange hundre forskjellige kulturer som finnes i dagens flerkulturelle samfunn. Det andre er faren med en slik hovedvekt på forhåndskunnskap om enkeltgrupper, kan være stigmatisering og føre til fastlåste oppfatninger av den hjelpesøkende. Det vil igjen kunne bidra til å opprettholde, og skape et større skille mellom «dem» og «oss». Aambø (2021, s. 244) viser til at det er hjelperens oppgave å bryte ned fordommer og etablere tillit i relasjonen med den hjelpesøkende, skape en felles forståelse av problemet og veien videre.

Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst passe på å finne ham der hvor han er, og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst. Enhver der ikke kan det, er selv i innbilning, når han mener å kunne hjelpe andre. For i sannhet å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn han, men dog vel først og fremst forstå det, han forstår. Når jeg ikke gjør det, så hjelper min mer-forståelse han slett ikke. Vil jeg likevel gjøre min mer-forståelse gjeldende, så er det fordi jeg er forfengelig eller stolt, så jeg i grunnen i stede for å gagne han, egentlig vil beundres av han. Men all sann hjelpekunst begynner med en ydmykelse. Hjelperen må først ydmyke seg under den han vil hjelpe og derved forstå, at det å hjelpe ikke er å beherske, men det å tjene –at det å hjelpe ikke er å være den herskesykeste, men den tålmodigste –at det å hjelpe er villighet til inntil videre å finne seg i å ha urett og ikke å forstå, det den andre forstår.

S. Kierkegaard. Utgitt etter Kierkegaards død i 1859 (Aambø, 2021, s. 231–232).

Kierkegaard forsøker å si her slik jeg forstår det, og med støtte i Aambøs (2021, s. 232) tolkning av teksten, at hjelperen må legge sin kunnskap til side og møte den hjelpetrengende på det stedet han befinner seg slik at det kan det skapes en felles forståelse. Kierkegaard trekker frem ydmykhet i møte med den hjelpetrengende. I de senere tiårene har helsetjenester dreiet fokus fra en bedrevitende ekspertrolle ovenfor de hjelpetrengende, til i økt grad å vektlegge hjelperens evne til å inndra den hjelpesøkendes ressurser i helbredsprosessen. Dette

krever at hjelperen er bevisst sine fordommer, og kan kritisk reflektere over disse og bryte ned barrierer som skaper avstand i relasjonen mellom pasient og terapeut. Relasjon, allianse, en felles forståelse av problemet og veien vider et grunnlag i all terapi, men ekstra viktig i arbeide med mennesker med annen sosiokulturell bakgrunn enn oss selv (Aambø, 2021, s. 244). Kulturell ydmykhet handler ikke om å underordne seg den hjelpesøkende, men at hjelperen er i stand til å reflektere over egne begrensninger i sitt hjelpearbeid. Ved å anerkjenne pasientens kunnskap, erfaringer og ressurser, og gjøre pasienten bevisst på sin rolle som «ekspert i eget liv», kan hjelperen skape forutsetninger for et produktivt samarbeid (Aambø, s. 232-233). Særlig i arbeid med pasienter som har en annen kulturell bakgrunn eller befinner seg i en tilpasningsprosess som innvandrere ofte gjør, er det viktig at hjelperen, uten å bagatelliserer egen kunnskap stiller seg åpen for den hjelpesøkendes egen synspunkter. Hjelperen inntar det Aambø (2021, s. 233) omtaler som en «ikke-vitende posisjon». I denne posisjonen er det ingen forventning om at hjelperen har inngående kunnskap om den hjelpesøkendes kultur eller hvordan sosiokulturelle forhold påvirker situasjonen han eller hun befinner seg i. Posisjonen åpner derimot opp for en mer spørrende og lyttende tilnærming, slik at den den hjelpesøkende inviteres til å bidra aktivt med kunnskap om egen situasjon inn i behandling. Hjelperen utviser oppriktig nysgjerrighet og søker å få innblikk i pasientens opplevelser og synspunkter. For å fremme pasientens ressurser er det essensielt at hjelperen stiller spørsmål som bygger oppunder verdien av pasientens bidrag, slik at han eller hun føler seg kompetent til å ta del av egen helbredsprosess. Aambø (2021, s. 233-234) poengterer videre at det er viktig at hjelperen intuitivt søker å skape en felles forståelse av situasjonen for å unngå misforståelse og konflikt.

Varvin (2018, s. 45-46) skriver at ved å spørre inn til pasientens egen opplevelse av plager og hva som forårsaker dem, kan vi få verdifull innsikt i deres livsverden. Han viser til at det ofte er uoverensstemmelser mellom helsearbeiderens sykdomsmodell og pasientens forståelse av problemet også når det gjelder vestlige kulturer. Dette er av stor praktisk betydning, spesielt når det dreier seg om behovet for psykisk helsehjelp da mange kulturer mangler språk for psykisk uhelse og heller ikke har kunnskap om hvordan helseapparatet i det nye landet fungerer. Varvin peker videre på at ulike sykdomsoppfatninger i noen kulturer kan være av åndelige eller spirituelle karakterer, i tillegg til et sideløpene moderne medisinsk perspektiv på sykdom.

Verdens helseorganisasjon (WHO) og verdens psykiatriforening (WPA) arbeider for at mentalhelse og psykiske helsetjenester skal være forankret i vitenskapelig forskning og samtidig utvise kultursensitivitet. De siste tiårene har det vært økende offentlig og akademisk

bevissthet om religion, åndelig og spirituell innvirkning og relevans for mental helse. Religion og åndelighet kan påvirke pasientens helsesituasjon, og det er derfor relevant å inkludere dette i praksis i psykisk helsearbeid. Å anerkjenne og respektere pasientens åndelige dimensjon kan bidra til bedre kommunikasjon og behandlingsresultater. WPA anbefaler at man på en hensynsfull måte ivaretar pasientens religiøse tro og åndelighet som en integrert del av pasientens sykehistorie. Videre stadfester WPA at tilnærmingen bør være personorientert. Behandlere må ikke misbruke sin posisjon til å fordømme eller predikere sitt personlig livssyn over på pasient, men skal opptre respektfullt og sensitivt ovenfor pasienten, familien og andres omsorgspersoners religiøse tro og praksis (Moreira-Almeida et al., 2016, s. 87).

2.4 Tidligere forskning

Med en systematisk tilnærming ble det utført flere litteratursøk i relevante databaser rette mot NPMF og innvandrere med flyktningbakgrunn. Da det som tidligere beskrevet er gjort lite forskning på NPMF i behandlingsøyemed til flyktninger, ble søket utvidet til også å omhandle allmenn fysioterapi og andre kroppsterapi former generelt, så som Body Awareness Therapy (BAT). Andre fagdisipliner som sykepleie, sosialfag, og psykologi ble også inkludert for å favne bredde i søket. Søket ble avgrenset til primært å omhandle skandinaviske og europeiske studier, da dette synes mest relevant for oppgavens kontekst. Videre ble artikler av nyere dato prioritert, og det ble vektlagt at studiene var fagfelleurdert. De anvendte databaser var Oria, Chinal, PsycINFO, og Pubmed i tillegg til Google Scholar og Idunn. De anvendte søkeord var; NPMF, fysioterapi, BAT, flyktning, innvandrer, migrant, PTSD, og engelske søkeord; NPMF, physiotherapy, BAT, refugee, migrant, PTSD.

Nyere forskningsfelt dokumenterer at erfaringer har grunnleggende innflytelse på menneskets biologi, og at vedvarende stress og belastninger er medbestemmende for helse- og sykdomsutvikling (Felitti et al., 1998, s. 245; Getz et al., 2011, s. 683–686; Kirkengen, 2017, s. 683). En longitudinell studie av Opaas et al., (2022) indikerte at det var størst grad av kronisk sykdom hos mannlige flyktninger, hos flyktninger som hadde opplevd vold i hjemmet i barndommen, hos flyktninger som hadde opplevd tortur, og hos flyktninger med flere typer potensielt traumatiske krigsrelaterte erfaringer. Barndomserfaringer av vold og traumer kan direkte eller indirekte være knyttet til tilknytningsproblemer. Også sterkt traumatiserende mellommenneskelige opplevelser i voksen alder, som tortur, kan påvirke tillit og evnen til å opprettholde eller danne nære relasjoner, og dermed hindre sosial støtte og forverre mental helse. Studien støtter oppfatningen om at psykoterapi og andre psykososiale intervensjoner for

traumatiserte flyktninger bør være rettet mot å fremme relasjonell trygghet og kompetanse i en sammenheng med psykososial rehabilitering. Jadekar et al., (2023, s. 183) skriver i sin systematiske oversiktsartikkel at de fant en overbevisende sammenheng mellom PTSD og kroniske smerter etter skade. Studiet peker også på at klyngesyntomer som hyperarousal og nummenhet er av betydning for graden av uføre. En studie fra Danmark indikerte at individer med PTSD hadde betydelig dårligere stabilitet, balanse, fleksibilitet og koordinasjon i bevegelser, sammenlignet med friske kontroller. De rapporterte også om mer muskelspenning, økt smerte, begrenset pust og større begrensninger i dagliglivets funksjon i PTSD gruppen (Nyboe et al., 2017b, s. 523). I en RTC-studie hvor fysioterapeutisk gruppeintervensjons effekt på smertereduksjon og mental helse blant flyktninger med PTSD ble undersøkt, fant de ingen signifikant endring hos målgruppen, men studien peker på nødvendighet av å skreddersy og effektivisere helsetjenester for flyktninger som sliter med kroniske smerter (Hasha et al., 2020, s. 9479). Et annet studie som sammenlignet kroppsbevissthets terapi og blandet fysisk aktivitet som tillegg til ordinær behandling ga ingen indikasjon på større forbedring i symptomer på PTSD i noen av gruppene hos voksne, traumatiserte flyktninger (Nordbrandt et al., 2020, s. 2). Andre studier tyder på at BAT er mer egnet i behandling av flyktninger og torturofre enn alminnelig fysioterapi, og kan forbedre kroppsbevissthet, holdning til kropp, bedre kunne forholde seg til og håndtere egen sykdom (Stade et al., 2015, s. 33). Paudyal et al. (2023) fant i sin systematiske litteraturundersøkelse flere studier som hentyder til at alternative behandlinger med spirituelt preg som yoga og meditasjon, kan ha en betydning for reduksjon av mentale helseproblemer blandt flyktninger med PTSD. Et annet litteraturstudie viste at fysioterapiintervensjoner i behandling av smerte assosiert med traumer og tortur i flyktningepopulasjonen, hadde positive effekter på smerter og forbedring av livskvaliteten (Fraser, 2021, s. 190). Franklin (2001, s. 374) skriver i sin artikkel, som utforsker fysioterapeuters rolle i rehabiliteringen av tortur overlevende, at selv om behandlingen av disse pasienter krever en rekke spesielle hensyn, gir riktig omsorg potensiale for bedring av symptomer fra både fysiske og mentale traumer. Videre bekrefter Altun et al., (2022, s. 1152) at multidisiplinære intervensjoner reduserer smerteintensitet, forbedrer funksjon og lindrer andre psykososiale symptomer hos pasienter med kroniske smerter med flyktning- eller innvandrerbakgrunn. Tilpasninger i klinisk praksis er nødvendig for å bedre støtte håndteringen av kroniske smerter hos flyktning- og innvandrerpopulasjoner.

I 2024 kom en norsk kvalitativ studie som satte fokus på psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer i behandling av torturoverlevende. Dette studie konkluderte med at arbeidsalliansen

er særlig utfordrende i behandlingsforløp med personer som har vært utsatt for tortur og overgrep. Det krever tid, tålmodighet, åpenhet og respekt for å bygge trygghet og tillitt i behandlingsforløpet. Studien konkluderer med at NPMF kan bidra med økt kontakt med kroppen og opplevelse av trygghet hos pasientene under forutsetning av en kultur- og traumesensitiv tilnærming (Baer-Olsen et al., 2024). I en kvalitativ studie som undersøkte pasient erfaringer med behandling med NPMF av Kristiansen og Ekerholt (2022, s. 40–52) kom det frem at behandlingen kunne bidra til å hjelpe pasientene med økt forståelse av egen kropp og symptomer. Pasienter med komplekse og sammensatte lidelser opplevde å bli møtt på en meningskapende måte som støttet dem i å akseptere, forstå og håndtere sykdom slik at de bedre kunne ivareta seg selv og egen helse. Tidligere erfaringer fra møter med helsevesenet hadde derimot forsterket en opplevelse av indre kaos hos pasienten og forverring av plager. Studien stiller seg kritisk til biomedisinsk tenkning til kropp og sykdom, og fremhever relasjonen og en meningskapende behandlingsprosess, som en forutsetning for endring. Mathiesen (2020) beskriver hvordan følelse av frykt og utrygghet, som mange flyktninger lever med, setter alle kroppens funksjoner under stress. Psykisk stress kan skape spenninger i muskulaturen, hodeverk, opplevelse av trykk i brystregionen, pust- og fordøyelses problemer samt en rekke andre kroppslige symptomer. Sykdomsfrykt kan videre forsterke plagene og gi utslag i søvnevansker og utmattelsesproblematikk. I en ond sirkel hvor symptomer forverres kan kroppen erfares som en entydig kilde til begrensinger. Ved å fokusere på kroppen og sette kroppslige reaksjoner i sammenheng med livsbelastninger, som det gjøres psykomotorisk fysioterapi, kan derfor synes særlig relevant.

Axelsen (2014, s. 172–193) omtaler meningsskapning som en felles endringsfaktor for å lykkes i alle terapiformer. Når pasienten kan forstå meningen bak sine symptomer kan dette øke motivasjonen i behandling, skape realistiske forventninger og fremme håp om bedring. I terapiprosesser hvor det skapes en felles forståelse av problemet eller utfordringer, kan klienten selv letter ta tak og endre atferd som bidrar til økt mestring. Dette sammenfaller med en god arbeidsallianse, og er avhengig av anerkjennelse og konkret støtte fra terapeuten. En kulturelt bevisst, kompetent og ydmyk tilnærming kan støtte etableringen av tillit mellom lege og pasient, og bidra til å skape en dynamikk der pasienten blir mer åpen for å dele sine erfaringer og sin egen forståelse av sitt problem. Dette kan i sin tur hjelpe legen med å identifisere den mest hensiktsmessige behandlingen. I denne sammenhengen kan pasientsentrert kommunikasjon og adekvat bruk av tolk være til stor hjelp (Harris et al., 2020). En inngående og langsiktig undersøkelse av voksne, traumatiserte flyktningspasienters bakgrunn og livserfaringer, traumer, psykiske helse, personlighetsfungering, livskvalitet,

tilegnelse av norsk språk og deltakelse i utdanning og arbeidsliv som har pågått siden 2006 er nå i sin slutfase og forventes publisert i 2025 (NKVTS, u.å.)

3 Metode

Metode betyr fra den greske opprinnelse av ordet; «veien til målet» (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 140). I metodekapitlet vil jeg stegvis beskrive prosessen og begrunne de valg jeg har tatt underveis i prosjektet med utgangspunkt i forskningsspørsmålet «Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med psykomotorisk behandling til innvandrere med flyktningbakgrunn?». Jeg vil først gjøre rede for valg av studiedesign og vitenskapelig ståsted, deretter presenterer jeg fremgangsmåten for utvalg, rekruttering, datainnsamling og analysen. Til slutt vil jeg beskrive etiske overveielser og de hensyn som er tatt i henhold til personvern og lagring av data.

3.1 Design

For denne masteroppgaven har jeg valgt et eksplorativt og beskrivende design. Et eksplorativt og beskrivende design er velegnet for å innhente ny kunnskap på et område hvor kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt, og vi søker å få frem beskrivelser som kan føre til nye forståelser av fenomenet (Malterud, 2017, s. 31–32). Dette er gjeldene for forskningsspørsmålet i denne oppgaven, da NPMF til innvandrere med flyktningbakgrunn har et begrenset teoretisk grunnlag og empirisk forskning på fagfeltet er sparsomt. Et beskrivende design anvendt i et rikt og kontekstuellet datamateriale kan ifølge Malterud (2017, s. 86) føre til ny innsikt i fenomenet og fremheve typiske kjennetegn. I henhold til forskningsspørsmålet ønsker jeg å frembringe og utforske erfaringskunnskap fra fagfeltet for å få en utvidet beskrivelse og forståelse av fenomenet; NPMF til innvandrere med flyktningbakgrunn. I følge Kvale og Brinkmann (2015, s. 42) er formålet med kvalitative intervju å fremskaffe kunnskap fra informantens dagligdag sett fra deres perspektiv. Dette er i tråd med min hensikt og det kvalitative intervju er valgt som datainnsamlings metode og nærmere beskrevet i punkt 3.4. Teori i kvalitative oppgaver er grunnleggende for å forstå, og videreutvikle empiriske erfaringer utover det rent beskrivende nivå (Malterud, 2017, s. 188). Teorien i denne oppgaven om NPMF og heletjenesters møte med flyktningepasienten er anvendt som Malterud (2017, s. 189–191) viser til ved tematisk teori for å skjerpe fokuset, og løfte tolkningsprosessen i analysen. Videre er teorien anvendt for diskusjon av resultatene, og for å kunne sette dem inn i en forskningsmessig sammenheng. Malteruds systematiske tekstkondensering, STK, ble valgt som analysemetode av data og er nærmere beskrevet i punkt 3.4.6 (Malterud, 2017, s. 99–116).

3.2 Kvalitativ metode

«Kvalitativ forskning søker etter å forstå menneskelig virksomhet, opplevelser og menigs verden, deres sosiokulturelle systemer og prosesser, og de praksiser og relasjoner de impliserer og skaper» (Thornquist, 2003, s. 205). For best mulig å kunne svare på forsknings spørsmålet har jeg valgt kvalitativ metode. Forsknings spørsmålet forsøkes besvart ved en åpen interaksjon mellom forsker og informant utfra et fortolkende paradigme og en induktiv fremgangsmetode (Tjora, 2017, s. 24). Denne oppgaven benytter en induktiv modell. En induktiv modell tar utgangspunkt i det vi kan se og observere i virkeligheten rundt oss, og teoridannelse er bygget på systematisering av erfaringer (Thomassen, 2015, s. 49). Kvalitativ forskning egner seg når vi ønsker å vite mer om menneskelige erfaringer, opplevelser og forventninger i dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud, 2017, s. 31). Dette stemmer overens med formålet for dette prosjektet.

3.3 Vitenskapelig ståsted

Denne oppgaven er forankret i en hermeneutisk vitenskapstradisjon samtidig som Malterud plasserer STK innen pragmatisk filosofi (Malterud, 2017, s. 97). Hermeneutikk kommer fra greske *hermeneuein*, som betyr å tolke eller fortolke. H. G. Gadamer regnes som den viktigste teoretiker i vår tid innen hermeneutikk (Thomassen, 2015, s. 157). Gadamer beskriver den hermeneutiske sirkel som gjør seg gjeldende innen kvalitativ forskning. Den hermeneutiske sirkel illustrerer hvordan fortolkning består av stadig bevegelse mellom helhet og del. Vi forstår helheten ut ifra delene og delene ut ifra helheten i den konteksten det tolkes i (Johannessen et al., 2010, s. 364–365). Når vi skal forstå noe nytt starter vi ikke med blanke ark, men bruker den kunnskapen vi allerede har, vår forforståelse, til å fortolke. Gadamer kaller dette for fordom, ikke ment i negativ forstand, men som en forutsetning for å forstå. Et sosialt aspekt vil alltid være gjeldene innenfor den konteksten forståelsen utvikles fra da vi som mennesker er del av en kultur, og som forskere bruker vi den språklige og kulturelle forforståelse vår i vårt arbeide (Thomassen, 2015, s. 45). Gjennom sirkulære og dynamiske prosesser åpner vi opp for nye forståelser. Metodisk handler det om å fortolke tekst, handlinger, eller ytringer utfra den kontekst eller sammenheng den er tatt ut ifra (Thomassen, 2015, s. 157). STK er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av data uten forutsetning av tilknytning til spesifikke filosofiske røtter (Malterud, 2017, s. 97). Med pragmatisk henviser Malterud både til kvalitative metodetradisjoner innen medisin og helsefag, uten spesifikk vitenskapsfilosofisk tilhørighet, og en viss grad til pragmatisk filosofi. Pragmatisk filosofi vektlegger brukbarhet, praksis og konsekvenser, og er ofte anvendt i

pragmatiske studier hvor empirisk data fra semistrukturerte intervjuer inngår (Malterud, 2017, s. 37–38). Dette er gjeldene for denne studien da det empiriske materialet baserer seg på 6 semistrukturerte intervjuer som ble analysert ved STK.

3.4 Datainnsamling

For datainnsamling har jeg benyttet kvalitative intervju i oppgaven. Det kvalitative forskningsintervjuet søker å frembringe erfaringskunnskap om et tema sett gjennom intervjupersonens briller (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Dette stemmer overens med mitt ønske om å få frem psykomotoriske fysioterapeuters egne erfaringer og opplevelser fra deres kliniske arbeidshverdag. En semistrukturert intervjuguide (vedlegg 3) ble benyttet under intervjuene. Dybdeintervju eller semistrukturert dybde intervju har til formål og tilrettelegge for en relativ fri samtale rundt tema som forskeren har utvalgt på forhånd. Dybdeintervjuet benyttes der man vil studere menneskelige meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2017, s. 113–114), dette er i tråd med forskningsspørsmålet for oppgaven.

3.4.1 Utvalg

For å belyse problemstillingen ble det gjort et strategisk utvalg som bestod av psykomotoriske fysioterapeuter med klinisk erfaring fra psykomotorisk behandling til innvandrere med flyktningbakgrunn. Strategisk metode er egnet når man ønsker å sikre et utvalg som er sammensatt slik at det best mulig kan belyse forskningsspørsmålet (Malterud, 2017, s. 58–60). Jeg ønsket derfor å komme i kontakt med psykomotoriske fysioterapeuter som hadde denne typen kunnskap og var villige til å dele sine erfaringer med meg gjennom et intervju.

Inklusjonskriterier

- Fysioterapeut med videreutdanning innen Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF).
- Mer enn 5 års yrkeserfaring med PMF behandling individuelt, eller i grupper hvor innvandrere med flyktningbakgrunn var en del av pasientgrunnlaget.

3.4.2 Rekruttering

Rekruttering av informanter ble i første omgang gjort gjennom et åpent innlegg på Facebooksiden til faggruppen for psykomotoriske fysioterapeuter i Norsk fysioterapeutforbund (NFF). Innlegget beskrev formålet med prosjektet, studiedesign og hva deltagelse i prosjektet innebar i korte trekk. Innlegget fikk respons fra to informanter og en

trede person som tipset om en annen kollega som kunne kontaktes. For ytterligere rekruttering ble tekstmelding sendt direkte til aktuelle psykomotoriske fysioterapeuter fra eget fagnettverk. Av de fire som ble kontaktet svarte to av disse ja til å stille til intervju. En siste informant ble rekruttert via Messenger etter å ha lest en fagartikkel med relevans for tema i oppgaven som informanten var forfatter på. Alle fysioterapeutene som viste interesse for deltagelse fikk tilsendt mer utdypende informasjon om prosjektet og samtykkeerklæring på mail (vedlegg 2). Utvalget bestod til slutt av seks informanter som gav skriftlig informert samtykke til å delta i forskningsprosjektet.

3.4.3 Presentasjon av informantene

Blandt informantene var det en mann og fem kvinner i alderen 40 år til 65 år. Tre arbeidet i privat praksis med driftstilskudd i kommunen, en hadde erfaring fra sitt tidligere arbeid på en frisklivssentral, en var tilknyttet en DPS poliklinikk, og en arbeidet med rehabilitering i kommunehelsetjenesten. Alle hadde lengre arbeidserfaringer som psykomotoriske fysioterapeuter hvor innvandrere med flyktningbakgrunn var en varierende andel av pasientgrunnlaget (anslagsvis mellom 20-50%) og to av dem hadde spesifikke stillinger som innebar arbeid med migrasjonshelse. Fire av informantene hadde personlig erfaringer som hadde gjort at de hadde en spesiell interesse og motivasjon for fagfeltet.

3.4.4 Datainnsamling

3.4.4.1 Forberedelse av intervjuene

Etter rekruttering av informantene ble det skriftlig eller muntlig avtalt når og hvor intervjuet skulle foregå. Denne korrespondanse foregikk på mail og på telefon direkte mellom meg selv som intervjuer, og informant. Jeg tilstrebet å være så fleksibel som mulig og imøtekomme informantenes ønsker vedrørende tidspunkt for intervjuet. Det ble gjort avklaring i forhold til om intervjuet skulle foregå ved et fysisk møte eller gjennomføres digitalt. Grunnet store geografiske avstander og av praktiske hensyn ble fire av intervjuene gjennomført via Teams og to intervju ble gjennomført ved fysiske møter. Tre av informantene fikk tilsendt intervjuguiden på mail i forkant etter eget ønske. Det ble presisert fra intervjuers side at denne ikke ville bli fulgt slavisk under intervjuet, og at det ikke var en forventning om at informantene skulle stille forberedt. Tvert imot ble det understreket at informantene kunne dele fritt av sine erfaringer, tanker og holdninger rundt temaet under intervjuet. I følge Malterud (2017, s. 134) er det ikke nødvendig eller ønskelig å standardisere intervjusituasjonen. Under intervjuet forsøkte jeg å skape en uhøytidelig og trygg atmosfære,

slik at dialogen under intervjuet forløp mest mulig fritt, i tillegg til at jeg lyttet oppmerksomt og styrte intervjuet i henhold til intervjuguiden på en fleksibel måte. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2018, s.160) som skriver at det skapes god kontakt ved at intervjuer lytter oppmerksomt og viser interesse, forståelse og respekt, og ved at intervjueren er avslappet og klar over hva han eller hun ønsker å vite. Nettskjema- diktafon app (Universitetet i Oslo, 2024) fra intervjuers egen telefon ble advent under intervjuet, og informantene ble gjort oppmerksom på når jeg slo denne av og på.

3.4.4.2 Rammene rundt intervjuet

Intervju som foregikk digitalt, ble gjort fra intervjuers kontor i rolige omgivelser uten forstyrrelser. Av de to intervjuene ved fysisk møte, ble et av dem gjennomført på et hyggelig lunsjrom på intervjuers arbeidssted, mens det andre ble utført på informantens egen arbeidsplass. Alle intervjuene bar preg av at informanten hadde et engasjement for tema. Intervjuer lyttet oppmerksomt, og inviterte informanten til å fortelle åpent om tema med utgangspunkt i intervjuguiden. Relevante oppfølgingsspørsmål fra intervjuers side ble brukt for å oppmuntre til nærmere utdypning og nyanser i det informanten fortalte. Intervjuer tilstrebet seg på å styre samtalen innenfor de gitte rammene, med minst mulig avbrytelser. Hvis noe var uklart kunne intervjuer reformulere det informanten hadde sagt, for å få bekreftelse på at dette var riktig oppfattet eller forstått. Intervjuer satt av god tid i forkant og etterkant av intervjuene slik at det var gode betingelser for ro under intervjusituasjon og at evt. tekniske problemer kunne løses i tide. Det var mulighet for å forlenge intervjuet om ønskelig, samtidig som intervjuer i respekt overfor informantens tid tilstrebet seg på å overholde den angitte varighet på en time. Tiden etter intervjuet ble brukt til å gjøre små notater i prosjektloggen vedrørende førstehåndsintrykk og gjennomføringen av intervjuet og evt. tanker om endringer til neste intervju. Etter det første intervjuet ble det gjort små endringer i intervjuguiden. Dette i tråd med Kvale og Brinkmann (2015, s. 161) som anbefaler å sette av tid i etterkant av intervjuet til refleksjon.

3.4.4.3 Intervjuguiden

Intervjuguiden ble utarbeidet i den tidlige fasen av forskningsprosjektet i samarbeid med veileder, og sendt som vedlegg til prosjektbeskrivelsen som er godkjent av Sikt (vedlegg 1). I første del av intervjuet ble informantene minnet om sin taushetsplikt som helsepersonell, og betingelsene for personvern og datahåndtering ble repetert for informanten i tråd med anbefalinger fra Sikt. Deretter fikk informantene mulighet for å presentere seg selv og si litt

om sin type stilling, arbeidserfaring og eventuell personlig motivasjon for arbeide med målgruppen. En avklaring rundt forståelse av begrepet «innvandrere med flyktningbakgrunn» ble gjort i intervjuets innlede fase slik at intervjuer og informant hadde en felles forståelse av tematikken. Deretter gikk spørsmålene over til mer spesifiserte undertema for å få utdypet og belyst flere sider av forskningsspørsmålet. Intervjuet ble avsluttet med en debriefing, og informanten fikk mulighet for å komme med tilføyelser eller utdypninger om de følte behov for det.

3.4.5 Transkribering

For å organisere intervjuene og gjøre de tilgjengelig for analyse må tale omgjøres til tekst (Malterud, 2017, s. 77). Lydfilene fra intervjuene ble automatisk transkribert via KI-tjenesten Whisper (Autotekst) som er designet for å håndtere persondata og lagret i nettskjema. Materialet bestod av 67 sider og 34 839 ord. Den automatiske transkripsjonen inneholdt ved gjennomlesning flere feil og mangler som ble korrigert manuelt i deler av teksten der det syntes relevant. Følelsesmessige uttrykk og stemning med betydning for meningsinnholdet ble notert, samt ord på dialekt ble oversatt til bokmål. Alt dette ble gjort i kort tid i etterkant av intervjuer og i henhold til Malteruds (2017, s. 78) prinsipp om lojalitet ovenfor datamaterialet, slik at informantenes mening og erfaringer ble formidlet på en pålitelig og gyldig måte.

3.4.6 Systematisk tekst kondensering

I analysen av de seks transkriberte intervjuene ble det benyttet en tverrgående systematisk tematisk analyse. Systematisk tekstkondensering (STK) av Malterud er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, og tar utgangspunkt i å utvikle kunnskap om informantenes erfaring og livsverden innenfor et bestemt område. Dette syntes relevant for forskningsspørsmålet. Videre hensyn tok metoden min status som student, da STK ble utviklet av Malterud som en pragmatisk metode som har til hensikt å være lett anvendelig for studenter der fenomenologisk analyse ble for krevende (Malterud, 2012, s. 795–796). Med pragmatisk refererer Malterud til en metode uten spesifikk forankring i en vitenskapsfilosofisk tradisjon, men vektlegger brukbarhet og praksis (Malterud, 2017, s. 97). STK tar utgangspunkt i informantenes egne utsagn så tekstnært som mulig hvor forskeren ikke forsøker å utvinne en dypere mening eller forståelse bak fenomenet, eller å utdype fenomenet i sin helhet. Analysen slik den beskrives av Malterud (2017, s. 112) har fire hovedtrinn og er som følger;

1. Helhetsinntrykk-fra villnis til temaer
2. Identifisering av meningsbærende enheter- fra tema til koder
3. Kondensering- fra kode til mening,
4. Sammenfatning- fra kondensering til beskrivelser og begreper.

Underveis i analyse prosessen var veileder og medstudenter med i en aktiv rolle for å skape flere nyanser, synspunkter og diskusjon i tråd med Malteruds anbefalinger for analysen (2017, s. 100).

1. Helhetsinntrykk-fra villnis til temaer. I analysens første trinn skal vi ifølge Malterud (2017, s. 99) skaffe oss en oversikt av data fra et overordnet perspektiv, og komme frem til fire til åtte tema som intuitivt vekker vår oppmerksomhet. Alle de seks intervjuene ble lest igjennom for å danne et helhetsinntrykk av materialet. Gjennomlesningen ble gjort i en avslappende lenestol og åtte foreløpige tema ble notert i etterkant, og som Malterud (2017, s. 99) anbefaler forsøkte jeg i dette trinnet å holde min forforståelse og teoretiske referanseramme på avstand. De åtte foreløpige temaene var smerteproblematikk, traume, språk/kommunikasjon, kjennskap til egen kropp/ kroppslige forståelse, kulturkompetanse, relasjon, gå utenfor boksen, og bevegelse/hverdagsaktivitet/dans. Disse åtte temaene ble deretter midlertidig lagt litt til side før neste steg i analysen gikk i gang. Skjematisk fremstilling av de foreløpige tema i tabell 1.

Tabell: 1. Skjematisk fremstilling av foreløpige tema.

Foreløpige tema
Smerteproblematikk
Traume
Språk/kommunikasjon
Kjennskap til egen kropp/ kroppslige forståelse
Kulturkompetanse
Relasjon
Gå utenfor boksen
Bevegelse/hverdagsaktivitet/dans

2. Identifisering av meningsbærende enheter- fra tema til koder. I STK anser Malterud (2017, s. 101) ikke hele teksten som relevant, men vi konsentrerer oss om de tekstbitene som inneholder kunnskap om et eller flere tema fra analysens første trinn. Malterud viser til en filtrering av teksten som gjøres ved å identifisere meningsbærende enheter og videre plassere

dem i representative kodegrupper (Malterud, 2017, s. 100–105). I analysens andre trinn ble meningsbærende enheter identifisert, og løsrevet fra resten av teksten som syntes irrelevant. De meningsbærende enhetene ble videre klassifisert og organisert i ulike kodegrupper. Arbeidet foregikk på PC, og for å skape oversikt og system fikk hver kode sin egen farge. Tekstbiter med samme farge ble til slutt samlet og organisert i samme dokument. Noen tekstbiter kunne passe inn under flere koder og andre viste seg å ikke være meningsbærende likevel og ble sortert vekk. Dette var en tidkrevende og til dels strevsom prosess, med mye frem og tilbake mellom de ulike tema og koder. Noen enheter skilte seg klart ut, mens andre koder var mer vevet inn i hverandre og vanskeligere å plassere. Eksempler på koder og tekstbiter er fremstilt i tabell 2.

Tabell: 2. Skjematisk fremstilling av koder og tekstbiter.

Koder	Tekstbiter
Smerteproblematikk/traume	Og de jeg får henvist av flyktninger, det er ofte smerter. Uforståelige smerter, høyt lidelsestrykk Traume i bunnen. PTSD som gir utslag i veldige smerter
Kjennskap til egen kropp/ Kroppsforståelse	Jeg opplever ofte de har liten kjennskap til egen kropp. Forståelsesmodell som vi er vant til å bruke fungerer ikke. Om det er på grunn av den kroppslige forståelsen eller språk vet jeg ikke. Vi kan gå på tvers av språk og kulturelle barrierer, og kommunisere via kroppen.
Språk, kommunikasjon, tolk	Det er viktig med tolk spesielt i starten Det er en tredjeperson i behandlingsrommet, selv om de har taushetsplikt Det praktiske rundt tolk kan være vanskelig Hun følte seg tryggere siden det var en som snakket hennes hjemspråk
Relasjon (trygghet, tillit, anerkjennelse)	Å bygge relasjon med denne gruppen er veldig viktig. Når noen gir av seg selv, da er det lettere for dem også å gi. Å komme i kontakt, ved felles interesse er viktig.

	Gi det tid på bli kjent. Vise interesse for familien. Vise omsorg. Det med berøring også som gir trygghet.
Rom for endring/total belastning	Så er de på vei inn i en ufør søknad, så ønsker pasienten ikke å være hos meg egentlig. De har behov for et forsvar. Det er så mye de skal igjennom. Kanskje behandlingen ikke når inn til dem, manglende interesse eller forståelse.
«Gå utenfor boksen»	Jeg føler hele tiden jeg må gå «utenfor boksen». Tar en telefon til saksbehandler. Oversetter et brev.
Bevegelse gjennom hverdagsaktivitet/gruppe/dans	Det er som de blir løftet litt utenfor behandlingsrommet. Gå en tur, gjøre lett styrketrening, frisk luft. Opplevs lettere å ha dem i en gruppe. Så de fant ut de kunne ha med sin egen musikk og vise hverandre danser. De føler seg mindre alene.

3. *Kondensering- fra kode til mening.* I analysens tredje trinn skal innholdet i de felles kodede meningsbærende enhetene kondenseres (Malterud, 2017, s. 105). Hver enkelt kodegruppe ble ytterligere bearbeidet, slik at ulike nyanser og aspekter av meningsinnholdet kom frem. Disse dannet grunnlaget for ytterligere subgrupper. Ut fra hver subgruppe ble det skrevet sammen et kunstig sitat i «jeg-form». Dette gjøres ifølge Malterud (2017, s. 107) for å minne forskeren om å holde seg så tekstnært til informantenes opprinnelige utsagn som mulig. For hver kodegruppe dannet det seg 2-4 subgrupper som fikk hvert sitt kondensat, som igjen ble skrevet om til en analytisk tekst i analysens fjerde og siste trinn. Eksempel på dette fremgår i tabell 3.

Tabell: 3. Skjematisk fremstilling av hovedtema, subgrupper, og et kunstig sitat i «jeg-form»

Hovedtema	Kondensat i «jeg form»
Smerter og traumeproblematikk	«Det var mye smerteproblematikk de kom med, men når jeg gikk dypere inn i det viste seg ofte og være traumer som gav utslag i kroppslige plager, depresjon og angst. Jeg opplevde at det var lettere for dem å snakke om smertene, enn å snakke om det som hadde vært,
Subkategorier	
▪ Smerter og kroppslige plager	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kroppsførståelse ▪ Sammenheng mellom psykisk og fysisk 	<p>eller vanskelig hendelser. Psykisk lidelse var for mange veldig fremmed og ikke noe de kunne kjenne seg igjen i».</p>
---	--

4. *Sammenfatning- fra kondensering til beskrivelser og begreper.* Den analytiske teksten representere resultatene i forskningsprosjektet, og det skal tydelig fremgå at denne teksten er en samlet presentasjon av flere sammenvevde fortellinger som er de- kontekstualisert og re-kontekstualisert gjennom den systematiske analysen (Malterud, 2017, s. 108). En analytisk tekst ble forfattet med utgangspunkt i dette. Deretter ble to eller tre direkte sitat fra informantene som jeg syntes illustrerte den analytiske teksten på en god måte valgt. I følge Malterud (2017, s. 108) kan direkte sitat fra informantene brukes til å berike og illustrere nyanser i den analytiske teksten, såkalte «gullsitat». For å fremme forståelse av hva et gullsitat er vises et eksempel fra teksten her;

Ja det er jo helt sant at flukt for mennesker er helt forferdelig. Så det var mange som hadde veldig mange krevende opplevelser, som de ikke fikk bearbeidet heller, for de skulle bare komme i gang og tilpasse seg det nye landet.

Resultatene og subgruppene fremgår av tabell 4, i kapittel 4, hvor resultatene og den analytiske teksten er fremstilt.

3.5 Ethiske overveielser

Forskning må underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Etikkk dreier seg om forhold mellom mennesker, og er spesielt aktuelt i samfunnsforskning (Johannessen et al., 2010, s. 89). Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsfag og humaniora (NESH), (NESH, 2023, s. 19–21) har følgende tre hovedprinsipper; informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv, og forskerens ansvar for å unngå skade. Jeg har gjennom hele forskningsprosessen i dette prosjektet etter beste evne forsøkt å ivareta informantene. Informantene fikk grundig informasjon om hva det ville innebære å delta i prosjektet før start, og det ble innhentet skriftlig informert samtykke før deltagelse. Det var frivillig å delta i prosjektet, og informantene kunne fritt trekke seg underveis uten noen form for konsekvenser. Prinsippet om at informanten ikke skal komme til skade, eller føle ubehag ved berøring av sensitive tema

før, under eller etter intervjuet var viktig for meg som intervjuer. Intervjusituasjonen kan i seg selv være ukomfortabelt for noen, og det ble presisert i innledningen av intervjuet at det ikke var forventning om at informantene hadde en ekspertise på problematikken, men at jeg var interessert i deres erfaringer fra deres daglige praksis. Dette ble gjort for å trygge og støtte informantene til å dele åpent og ærlig om sine erfaringer. Samtidig var jeg oppmerksom på å opptre varsomt og respektfullt ovenfor informantene, især der jeg var klar over at informanten selv hadde en nær og personlig relasjon til tematikken. Et viktig etisk prinsipp i all forskning i humanvitenskapen er at nytteverdien må overgå den belastningen deltagelse i forskningsprosjektet innebærer (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 30). Mitt formål med denne oppgaven er å innsamle erfaringskunnskap som vil komme fagutøvere av NPMF til gode, men også gagne andre aktører innen helse og omsorgstjenester. Videre håper jeg økt kunnskap og oppmerksomhet på dette fagfeltet vil være til nytte for selve målgruppen. Med dette i tankene mener jeg at nytteverdien av denne oppgaven overstiger belastningen for deltagelse for informantene i prosjektet.

3.6 Personvern og lagring av data

Før datainnsamlingen gikk i gang ble prosjektet registrert og godkjent av Personvernstjenester i Sikt. Dette innebar en godkjenning av intervju som datainnsamlingsmetode, hvor personvern, taushetsplikt og anonymitet ble ivaretatt, samt sikker oppbevaring av persondata. Det ble diskutert med veileder og besluttet i fellesskap at det ikke var nødvendig med godkjenning fra Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), da prosjektet ikke omfattes av helseforskningsloven. Som beskrevet tidligere ble diktafon- app fra Nettskjema anvendt under intervjuene. Lydfilene ble umiddelbart kryptert på telefonen og sendt som sikker fil til Nettskjema hvor filene ble lagret. Nettskjema er godkjent av Sikt til å samle inn og lagre fortrolige data. De transkriberte intervjuene ble ytterligere anonymisert og lagret som datafiler i Word format i One drive Office 365 med innlogging via. Høyskolen i innlandet og videre delt med veileder i en felles mappe på Teams. I følge Malterud (2017, s. 214) er det forskers ansvar og overholde personvern og sørge for anonymitet. Alle de 6 intervjuene ble anonymisert i transkriberings prosessen. I rapportering av resultatene er det gjort omskrivninger, og anvendt nøytrale begrep slik at informanter eller pasient caser på ingen måte kan gjenkjennes. Navn, kontaktopplysninger, og samtykkes skjemaet ble oppbevart innelåst separat fra det øvrige data materialet. Alle opplysninger vil bli slettet og destruert etter godkjenning av masteroppgaven.

4 Resultat

I resultatkapitlet vil jeg presentere funnene som fremgikk etter analysen av de seks kvalitative intervjuene. Resultatene er skjematisk fremstilt i tabell 4, og besvarer med fire hovedtema forskningsspørsmålet «Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med psykomotoriskbehandling til innvandrere med flyktningbakgrunn?». Informantenes erfaringer er systematisert og oppsummert under de fire hovedfunnene; Når livet setter seg i kroppen, Å skape relasjon, trygghet og tillit i behandling, Mulighet for endring eller behov for støttende tilnærming? og Krevende kommunikasjon gjennom en tredjepart. Hvert hovedtema med tilhørende subgrupper er presentert i form av en analytisk tekst som er supplert med direkte sitat fra informantene.

Tabell: 4. Skjematisk fremstilling av hovedtema og tilhørende subgrupper.

Tema	Subgruppe
Når livet setter seg i kroppen	Kroppslige plager som uttrykk for tidligere traumer og vedvarende stress Forståelse for sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse Kroppen som felles utgangspunkt
Å skape relasjon, trygghet og tillit i behandling	Å trå varsomt i ukjent terreng Å møtes på halvveien, dialog fremfor monolog Å gå utenfor boksen
Mulighet for endring eller behov for støttende tilnærming?	Du skal ikke vekke alle «sovende bjørner» Bevegelser gjennom felleskap, hverdagsaktiviteter og dans
Krevende kommunikasjon gjennom en tredjepart	Kompetente tolker og kompetanse på bruk av tolketjenester Tolken som tredje hjul på vogna?

4.1 Når livet setter seg i kroppen

Når livet setter seg i kroppen handler om psykosomatiske plager og smerter som henvisningsårsak som viste seg å ha sammenheng med tidligere traumer og stressende livssituasjoner. Å skape en felles forståelse av denne sammenhengen opplevde informantene som utfordrende, grunnet ulik forståelse for denne sammenhengen og varierende

kunnskapsgrunnlag hos pasientene. I tillegg gjorde kulturelle forhold det vanskelig å snakke om psykisk lidelse.

4.1.1 Kroppslige plager som uttrykk for tidligere traumer og vedvarende stress

Alle informantene kunne fortelle om pasienter med komplekse og sammensatte plager med høyt symptomtrykk. Ofte dreide det seg om generaliserte smerter flere steder i kroppen og psykosomatiske plager som ubehag, fordøyelsesproblemer og søvnvansker. De fleste henvendte seg med komplekse og sammensatte lidelser som kunne være vanskelig å gjøre noe med. Rygg, nakke, skulder, og kneplager ble nevnt av flere, sammen med angst og depresjon. Plagene var ofte så alvorlige at de var begrensende for aktivitet og deltagelse i jobb og hverdagslivet hos pasienten. Deres erfaring var også at behandling hos allmenn fysioterapi ikke hadde ført frem, og at pasienten hadde forsøkt flere typer terapi eller behandlinger uten å få særlig hjelp.

Jeg fikk henvist mange flyktninger som hadde mange kroppslige plager. Det var mye smerter, generaliserte i store deler av kroppen, sammen med ubehag, søvnvansker og uro. Det er jo sammensatte plager som man ikke så ofte kommer i mål med vanlig fysioterapi.

Det var sjeldent det forelå bildediagnostikk eller prøvesvar fra fastlegen eller legespesialist som kunne forklare pasientens plager og dette kunne virke uforståelig for dem. Flere av informantene beskrev hvordan de opplevde den kroppssorienterte undersøkelsen som brukes i psykomotorisk fysioterapi, hvor kroppslige funn blir sett i lys av levd liv, som nyttig. Funn fra undersøkelsen kunne gi forklaringer som ikke hadde blitt gitt tidligere på hvorfor pasienten hadde så mange plager. Flere av informantene hadde erfaring med at pasientene ofte ble henvist eller henvendte seg med smerteproblematikk, som ved nærmere kartlegging, undersøkelse og vurdering, viste seg å ha rot i bakenforliggende ubearbeidede traumer og psykiske lidelser. Informantene fortalte at de fleste flyktninger hadde traumatiske opplevelser med seg fra hjemlandet eller under selve flukten. Det var også felles for flere av pasientene at de stod i vanskelige livssituasjoner. De bar med seg mye sorg og tap, uten at de hadde nettverk eller nødvendig støtte rundt seg. Pasienten hadde ofte mange bekymringer, vedvarende stress og høyt spenningsnivå som informantene relaterte til kroppslige plager. Flere av informantene erfarte at det kunne være vanskelig å snakke om traumene eller psykiske belastninger for pasientene, men at det var lettere å snakke om sine fysiske plager.

4.1.2 Forståelse av sammenheng mellom fysisk og psykisk helse

Informantene opplevde at den grunnleggende forståelsesmodellen i psykomotorisk fysioterapi hvor fysisk og psykisk helse henger sammen var nyttig, men også kunne gi utfordringer i arbeidsalliansen. De erfarte at pasientene fra andre kulturer kunne ha lite kunnskap om eller liten forståelse for denne sammenhengen. Informantene beskrev det som vanskelig når kunnskapsnivået og forståelsen hos pasienten var så forskjellig fra sin egen. Flere ga uttrykk for at det var vanskelig å skape et felles mål med behandlingen eller enighet om hvordan man skulle komme frem til målet på grunn av den manglende forståelsen. Pasienten hadde kanskje forventninger om å bli smertefri og gav informantene ansvaret for å «fikse» det som var galt. Flere av informantene hadde opplevd av at pasienten mente at massasje eller mer passive tiltak ville hjelpe dem, og de hadde vanskelig for å forstå smerten i lyset av hva de hadde opplevd eller hvordan de brukte kroppen sin. Andre trodde det var Guds vilje at de skulle ha det som de hadde. Informanten fortalte at den manglende felles forståelsen av sykdom og helbredsmekanismer gjorde det vanskelig å fremstå som troverdig i behandlingsformen.

Hvis man trekker det ned til det med den kroppslige forståelsen og psykomotorisk behandling, og det med at det de har opplevd kan sette spor i kroppen, når man da ser den kulturen de kommer fra, at det blir litt sånn uforståelig for dem, så hvordan jeg da skal klare å skape den forståelsen, og klare å bli troverdig i den behandlingsformen for pasienten.

Flere av informantene hadde erfaring med at psykisk lidelse var et potent begrep, og en av informantene fortalte at psykisk lidelse i noen kulturer er å regne som «galskap». I stedet for å bruke begrepet psykisk lidelse hadde informantene god erfaring med å bruke eksempler fra hverdagen knyttet opp mot følelsesliv og kroppslige reaksjoner. Følelser var lettere for pasientene og relatere seg til og kunne bidra til å ufarliggjøre tematikken især på gruppenivå.

Kunnskap om kropp og kroppslige reaksjonsmåter, det brukte jeg alltid som et utgangspunkt. Det er kunnskap om kropp, kroppsteknologi og muskelstyrke, men også hvilke faktorer som påvirker oss kroppslig. Hvordan følelsesmessige belastninger påvirker kroppen negativt og hva man kan gjøre med det. Alt det var meningsfullt for dem. Ja, og særlig hvis du unngår å snakke om psykisk helse. For det er i mange kulturer forbundet med litt galskap. Og det er det jo ingen som kjenner seg igjen i.

4.1.3 Kroppen som felles utgangspunkt

Flere av informantene hadde erfaring fra at pasienter fra andre kulturer kunne være svært uttrykksfulle i måten de formidler smerter på. Dette kunne virke litt overdrevent eller skremmende og skape distanse mellom behandler og pasient. Informantene fortalte om viktigheten av å ta pasienten på alvor, tørre gå inn og undersøke smerteuttrykket nærmere, både verbalt og manuelt sammen med pasienten. Ofte kunne det komme frem at pasientene var redde for det de kjente i kroppen, og at smerte var et felles begrep som dekket over et mer nyansert bilde av flere sammensatte kroppslige fornemmelser som pasienten hadde vanskelig for å sette ord på, eller manglet språk for. Flere av informantene fortalte at pasientene ikke alltid følte seg ivaretatt hos legen, og at det kunne være mistillit til at legen eller sykehuset gjorde en god jobb hvis plagene ikke kunne bekreftes med objektive funn. Ved å utforske kroppslige reaksjoner og fornemmelser sammen med pasienten, kunne terapeuten hjelpe dem med å sette ord på plagene slik at pasienten følte seg sett og forstått, og tryggere på at det de kjente i kroppen ikke var farlig. En av informantene forklarte;

Når man lærer et nytt språk, så lærer man jo ofte hovedkategorier av ord. Så når pasientene sier smerter kan det romme veldig mye. Det rommer både ømt, stivt og i det hele tatt mange variasjoner og nyanser. Når de bruker ordet smerter til fysioterapeuten eller legen, og det ikke stemmer overens med de såkalte objektive funnene, så kan pasientene merke at det andre mennesket som sitter og skal lytte til sin beskrivelse av problemet ikke helt forstår. Vi som helsepersonell må begynne å ta det mer på alvor, og undersøke nærmere. Er det smerte du kjenner, eller er det bare stivt? Så må vi prøve å gi dem et litt større vokabular. Og på den måten kan vi hjelpe dem til å bedre formidle egen helse til andre aktører.

Informantene fortalte at de ofte opplevde at pasienten hadde liten kjennskap til egen kropp og begrenset kunnskap om kroppen. Det kunne være stor variasjon i pasientenes kunnskapsgrunnlag om egen kropp og helse generelt. Noen var analfabeter, mens andre kunne være høyt utdannet. Informantenes erfaring var at pasientene var interessert i å lære om kroppens funksjoner. De opplevde at det var nyttig å tegne og forklare rundt kroppen, og brukte ulike forklaringsmodeller slik at pasientene kunne lære mer om seg selv. Pasienten fikk også kjenne på forskjell mellom spent og avspent muskulatur. Gjennom bevegelser i felleskap fikk pasientene erfare sammenhenger mellom bevegelsesmønster og spenningstilstander. Informantene fortalte de ofte brukte eksempler fra hverdagen, og gjorde konkrete og praktiske

øvelser. Pasientene kunne da f.eks. under gange oppdage, hva som skjer i hoftene og ryggen når de tok litt lengre skritt, eller rullet over fotsålen. Flere av informantene brukte bevisstgjøring rundt pusten og holdning i sittende, stående og liggende stilling. Informanten kunne i stående stilling spørre; Hva skjer når du står med litt bredere understøttelseflate og tar litt mer plass i rommet? Hva skjer med pusten? Hvordan oppleves det i kroppen? Ved å koble på kroppslige erfaringer, skapte informantene verdifull innsikt og forståelse av egen kropp og bevegelsesmønster hos pasientene.

Det tror jeg er styrken i faget vårt, at vi kobler på kunnskap om nervesystemet, kunnskap om sosiale strukturer, kunnskap om kultur og identitet, sammen med anatomisk og fysiologisk kunnskap. I skjæringspunktet kan jeg si, både praktisk kompetanse og faglig kunnskap. Så tror jeg det er i skjæringspunktet vi kan møte disse menneskene og ha kroppen som et felles utgangspunkt.

Utfordringen for flere av informantene var at pasientens smertetrykk var så høyt oppe at når de skulle prøve å erfare gjennom kroppen, var alt de kunne sette ord på bare smerte. Dette gjorde det vanskelig å hente fram opplevelsen av en ro, opplevelsen av noe godt, eller opplevelsen av at nå ble det lettere å puste. Det kunne også være vanskelig å veilede under øvelser når kroppskontakten var så fraværende, eller få pasienten aktivt med i behandling når de hadde så vondt. Flere av informantene opplevde at det kunne være en forventning om at de som fysioterapeuter skulle ta på og massere de vonde stedene. Denne forventningen kunne virke utfordrende på informantene da de gjerne ønsket å gjøre noe mer for pasienten. Samtidig synes flere av informantene at berøring var en måte å komme i kontakt på og ta pasientens plager på alvor. Flere av informantene synes det var viktig for dem og skape en kontakt gjennom samtale og berøring. Berøring ble sett på som et i særegent mandat i psykomotorisk fysioterapi for å skape relasjon og komme i posisjon og gjøre det lettere å samtale om psykisk helse, eller vanskelige opplevelser og traumer.

Det er noe med berøring som gir trygghet. Jeg tror kanskje de synes det er litt lettere når du også har den berøringsdelen. At det er lettere å åpne seg enn å bare sitte og snakke. Jeg kaller det omsorg også, det skaper en annen form for nærhet. Hvis du tenker på et lite spedbarn, og en mor som holder spedbarnet. Den nærheten og kommunikasjonen du har før du begynner å snakke. Det blir en annen måte å kommunisere på enn bare språket som gir trygghet, som gjør at det kanskje er lettere å åpne opp, være seg selv og slappe mer av.

4.2 Å bygge relasjon, trygghet og tillit i behandling

Å skape relasjon, trygghet og tillit i behandling handler om at terapeuten hadde en åpen og nysgjerrig tilnærming til pasientene. De lyttet respektfullt uten å fordømme pasientenes kultur eller religiøse praksis, og var anerkjennende ovenfor pasientenes livshistorie. For å bygge relasjon, trygghet og tillit i behandling var terapeutene fleksible for å imøtekomme pasientenes ønsker og behov. Gjennom berøring og tilstedeværelse skapte terapeutene trygghet, og nærhet i relasjonen som gjorde det lettere for pasienten å åpne seg om vanskelige følelser og traumatiske opplevelser.

4.2.1 Å trå varsomt i ukjent terreng

Informantene trakk frem at det var viktig for dem å møte den enkelte pasient med åpenhet, og ha respekt og anerkjennelse for den livshistorien de bar med seg. Mange av pasientene hadde flere svært traumatiske opplevelser bak seg som det kunne være vanskelig for informantene helt å begripe, eller ta inn over seg. En av informantene uttrykte;

Det er noe å ha med seg den respekten for det mennesket vi har foran oss, og hva de faktisk har klart å overleve. For det er jo helt rystende hva noen har med seg som ikke vi kan sette oss inn i en gang.

Flere av informantene beskrev hvordan de tok seg god tid til å bli kjent med pasienten og var lyttende, åpen og nysgjerrig spesielt i de første møtene. De var opptatt å få innblikk i og forståelse for pasientens kultur, holdninger og livserfaringer for å kunne forstå dem bedre som mennesker, og kunne tilpasse behandlingen deretter. Informantene var ydmyke og forsiktige med å fordømme helsepraksis eller holdninger som var forankret i den kulturen eller religion pasienten hadde med seg, så lenge dette ikke var direkte helseskadelig atferd.

Det er kanskje det viktigste som ligger i bunn. At man bruker tid på å vise oppriktig interesse for det andre mennesket som er der. Den kontakten man kan få på tross av språk- eller kulturelle barrierer. Den kontakten man kan få med et blikk og en berøring som viser at jeg lytter til deg og jeg prøver så godt jeg kan å forstå deg, det opplever jeg, det bærer gjerne et behandlingsløp. Tross for at man kanskje ikke vet helt hva man skal gjøre de første gangene, for det tar tid å prøve å finne ut hva det handler om.

Flere av informantene hadde mye kompetanse på mange ulike kulturer fra flere forskjellige landområder, men presiserte at det var viktig å ta individuelle hensyn og var forsiktig med å generalisere eller trekke forhastede slutninger ut ifra disse for kunnskapene. En av informantene mente at det var umulig å forberede seg og lære alt om alle kulturer på forhånd. Hun uttrykte at det først og fremst var individet og enkeltmenneskets unike problemstilling det var viktig å ta hensyn til i behandling uansett kulturell bakgrunn. For mye fokus på, og generalisering av kunnskap om andre kulturer, kunne føre til misvisende stereotype holdninger. Det var viktig for informantene å ta på alvor og vise respekt for at kropp og nærhet kunne være vanskelig for pasienten. En måte å vise respekt på var for eksempel at de lot kvinnene beholde klærne på hvis de kom tildekket, eller ba tolken om å tre utenfor rommet under den kroppslige undersøkelsen. Informantene var bevisst på ulike syn på likestilling og kjønnsroller fra andre kulturer, og var spesielt oppmerksom på å ta slike hensyn i behandling av det motsatte kjønn. Det ble også tatt hensyn til egen påkledning, utforming og plassering av gjenstander i behandlingsrommet. En av de kvinnelige informantene fortalte at hun var ekstra tilbakeholden med å mene for mye når hun hadde menn i behandling. Hun tok hensyn til at den mannlige pasient ikke nødvendigvis hadde det samme synet på likestilling mellom kjønn, som vi er vant med i vestlige deler av verden. Informanten fortalte at hun kunne opptre litt mer forsiktig til hun fikk sondert terrenget, og fikk en bedre fornemmelse av hennes posisjon i behandlingsrelasjonen.

4.2.2 Å møtes på halvveien, dialog fremfor monolog

To av informantene fortalte at det var utfordrende å møte pasienter som hadde store deler av kroppen tildekket, men at dette som regel ble uproblematisk etter hvert. De var opptatt av å finne en «mellomvei» for å få det til å fungere i behandling. Det var viktig at pasientene følte seg komfortable i behandlingssituasjonen, men samtidig gav dem mulighet for å undersøke kroppen på en faglig tilfredsstillende måte. En annen av informantene mente det var viktig å møtes på halvveien for å skape en felles forståelse av og formål med behandlingen. Flere av informantene erfarte at mennesker fra andre kulturer hadde en oppfatning om hva fysioterapi behandling innebar, som var annerledes sett i forhold til den norske treningsmentaliteten. For noen av pasientene kunne det f.eks. virke svært fremmed å bli sendt inn i en treningshall alene. Flere av informantene hadde forståelse for at man i mange andre kulturer forholder seg mer passiv til smerter, og at det er akseptert at kvinnene tar det med ro og bli tatt vare på av familien når de har vondt. I den norske behandlingsmodellen legges mye ansvaret over på pasienten og individet som skiller seg vesentlig fra det kollektivistiske samfunnet de kommer

fra, fortalte en informant. Det er ikke uvanlig i andre kulturer at man dukker opp med svigerinne, datter, og mor til konsultasjonen, noe som er ganske annerledes enn den norske mer individualistiske samfunnsorientering. Med dette i bakhodet forsøkte informantene og tilpasse behandling, og veksle mellom de tre hovedelementene i psykomotorisk fysioterapi, samtale, berøring og øvelser, slik at det ble en balanse mellom det kjente og trygge, og det nye og fremmede. En av informantene mente hun kanskje var litt mer åpen enn vanlig for å fortelle mer om seg selv som person for å gjøre den andre tryggere på å dele av sitt personlige liv. Det var heller ikke uvanlig at informanten fikk små matretter i gave som takk for behandling. Dette var med på å skape en toveis kommunikasjon fremfor enveis kommunikasjon. På denne måten viste pasienten en slags omsorg tilbake til informanten.

I mange kulturer har de en måte å være på hvor de ønsker å gi andre mennesker noe tilbake. Til å hjelpe andre. Det er kanskje jeg som skal hjelpe dem, men samtidig ønsker de å gi meg noe. De kan komme med en liten matrett til meg som gave for behandling. Da viser de en slags omsorg tilbake til meg som behandler. For jeg viser dem omsorg. Så det blir en slags toveiskommunikasjon, i stedet for en enveiskommunikasjon.

4.2.3 "Å gå utenfor boksen"

Informantene beskrev det som av ekstra betydning for denne gruppen å opparbeide relasjon, trygghet og tillit for å lykkes med behandlingsforløpet. Flyktninger kan ha møtt på negative holdninger blant helsepersonell, eller fordommer fra folk på gata. De kan ha lite tillit til myndighetene eller ha vanskeligheter med å stole på systemet samfunnet er innordnet under. Noen har vært utsatt for overgrep og tortur hvor helsepersonell har vært involvert. En av informantene fortalte om en pasient hvor armen var blitt amputert av helsepersonell som samarbeidet med myndighetene. Informantene var bevisste på at møte med helsepersonell og i det hele tatt selve behandlingssituasjonen kunne være belastende for pasienten. De gjorde hva de kunne for å trygge dem og ufarliggjøre situasjonen. Informantene kunne gjerne tilby en kopp kaffe eller kopp te, spørre inntil hvordan det gikk med familien, og på den måte vise interesse for pasienten og å oppnå en kontakt på tross av ulike språk og kulturer.

Tillit og trygghet er viktige elementer i behandling, det vet vi alle. Å bygge relasjon med gruppen er enda viktigere. Komme i kontakt med dem, skape trygghet før det kan

skje noe i behandling det er viktig. Noen av pasientene mine de stoler ikke på noen, til og med helsepersonell har vært med til å torturere dem.

Flere av informantene kom med eksempler på hvordan de strakk seg litt utover det vanlige for å skape en relasjon og etablere nødvendig trygghet og tillit i behandling. Flere av terapeutene gav uttrykk for at dette var utenfor det de anså som vanlig i behandling. De beveget seg litt i gråsonen i forhold til psykomotorisk fysioterapi som metode. En av informantene kalte det «å gå utenfor boksen» og hadde en gang invitert en pasient med ut for å se en fotballkamp. Å finne en felles interesse var et godt utgangspunkt for å skape en trygg og god relasjon. Det kunne også bety å oversette et uforståelig brev, ta en telefon til Nav eller oppklare en melding fra fastlegen. En av informantene fortalte om en pasient som ikke kunne sitte på venteværelset siden det minnet han om fengselscellen hvor han hadde sittet og ventet før han ble torturert. Informanten løste dette ved å ringe til pasienten som oppholdt seg ute på parkeringsplassen til det var hans tur slik at han kunne gå direkte inn på behandlingsrommet. Informanten gikk således litt utenfor hva som er å regne for vanlig praksis, men anså det helt uproblematisk og til pasientens beste å imøtekomme hans behov.

4.3 Rom for endring eller behov for støttende tilnærming

Rom for endring eller behov for støttende tilnærming handler om å være realistisk i forhold til målsetning, og respektere pasientens behov for et forsvar eller kompensere strategi, for å kunne håndtere et hverdagsliv med høy totalbelastning. Bevegelser gjennom hverdagsaktivitet og i grupper kunne være med på å ufarliggjøre kroppslige og psykiske plager, samt skape felleskap og glede blant pasientene.

4.3.1 Totalbelastning, utenforskap og tap av identitet

Flere av informantene fortalte om pasienter som ofte stod alene i svært krevende livssituasjoner og en totalbelastning som gjorde det vanskelig å komme noen vei med behandling. Det dreide seg ofte om faktorer som ikke kunne påvirkes gjennom behandling som økonomi, bosted, krig og situasjonen i hjemlandet, bekymring for familiemedlemmer, venner og naboer, samtidig som pasienten hadde med seg forferdelige traumer fra barndom, gjennom krig og flukt. Informantene fortalte at når flyktninger kommer til Norge er det mye de skal igjennom, så som språkopplæring, finne bolig, arbeid, utdanning, i tillegg til at de skal innordne seg det nye samfunnet. Barna skal i barnehage eller inn i skolesystemet, og tenåringsbarn vokser opp og utvikler seg kanskje på en måte som kulturen ikke liker. Når

totalbelastningen er så stor utrykte en av informantene, har pasienten behov for å opprettholde et forsvar. Hun refererte til at en unnvikende mestringsstrategi kunne til og med være nødvendig for å takle hverdagen.

Jeg tenker av og til at det ikke er rom for endring i et liv, hvis du må holde på dine strategier for å holde deg gående. Det er mange som blir alene her i Norge, og gjør en masse selv. Da er det ikke rom for å puste litt friere for de trenger den litt unnvikende mestringsstrategien, som egentlig kanskje redder dem litt. De har behov for å oppretthold et forsvar.

Informantenes erfaring var at mens alt dette pågikk, kunne det være vanskelig å ta innover seg hvordan man egentlig har det emosjonelt uten å bryte sammen. Å vokse opp i en fremmed kultur kan være belastende i seg selv, fortalte en annen informant. Stigmatisering, fordommer og diskriminering kan være en del av hverdagen som ikke er innrettet etter de samme kulturelle eller religiøse koder som de er vant til fra hjemlandet. Flere av informantene fortalte at pasientene stod ofte utenfor arbeidslivet og særlig mennene hadde tapt sin identitet som forsørger. De kunne føle seg veldig alene og savnet storfamilien hvor de hadde mange støttepunkter. Flere av pasientene hadde falt ut av språkopplæring på grunn av smerter eller angstlidelser, og informanten beskrev dem som fanget i en negativ spiral med dårlig økonomi, behov for medisiner og helsehjelp som de ikke hadde råd til. Det kunne være utfordringer med å forstå NAVsystemet som førte til følelse av sterk avmakt og utenforskap. En annen problematikk som en av informantene tok opp, var at flere av de kvinnelige pasientene hadde født mange barn, det var ikke uvanlig med 6-7 barn, uten at de har familien til å støtte opp. Pasientene hadde heller ikke kommet i form igjen mellom hver fødsel og slet med overvektsproblematikk. Dette opplevdes også som en vanskelig og kompleks oppgave å få endret.

4.3.2 Du skal ikke vekke alle «sovende bjørner»

Informantene gjorde en avveining i forhold til om det var støttende og stabiliserende behandling eller traumebehandling/omstillende behandling som var det riktige for pasientene. I denne avveiningen tok informantene hensyn til pasientens totale belastning i forhold til nåværende livssituasjon, kompleksiteten av traumer, bakgrunn, sosial støtte, utdanningsnivå og alder. I flere tilfeller resonerte informantene seg fram til at det var lite hensiktsmessig for pasient og gå igjennom en tung og voldsom traumebehandling, men valgte heller en støttende

tilnærming. Det var informantenes felles erfaring at de ikke kunne hjelpe alle pasientene videre, og at det heller var et unntak når dette skjedde i behandling. Flere av informantene beskrev det som en vanskelig gruppe å arbeide med, men også en gruppe med mye potensiale. Det ble beskrevet av flere informanter at utdanning og gode oppvekstvilkår hadde betydning for om pasienten klarte å komme videre i livet. Motivasjon for behandling var en annen faktor. Informantene hadde dårlig erfaring med pasienter som var sendt til behandling av NAV i forbindelse med en uføresøknad og pasienten selv ikke hadde noe eget ønske om dette. Selv om informantene var enige om at det ikke var alle pasienter de kunne hjelpe videre opplevde de likevel behandlingen som betydningsfull for pasientene. Ved å velge en støttende tilnærming og en mer hverdagslig tone opplevde informantene at de var med på å skape en slags normalitet hos pasienten og gjøre de bedre rustet til å stå i livet.

Jeg har hatt pasienter som sier at det er så godt å bare være, når vi ikke bare snakker om alle de vanskelige tingene, men når vi bare snakker om været for eksempel, for da føler jeg meg normal. Jeg føler meg som et vanlig menneske.

4.3.3 Bevegelser gjennom hverdagsaktivitet, grupper og dans

Flere av informantene hadde gode erfaringer med behandling i grupper når det stoppet opp i individuell behandling. De erfarte at stemningen ble løftet gjennom gruppeaktivitet. Praten og latteren satt løsere når de beveget seg sammen, gjerne utendørs i frisk luft. Det var også lettere å ta opp vanskelig tematikk på et mer generelt nivå i plenum i en gruppe, enn en til en inne på behandlingsrommet. Flere av informantene erfarte at pasientene hadde glede av felleskapet og fant støtte i og kunne relatere til andre i samme situasjon. Dans ble ofte brukt som et populært innslag og pasienten kunne selv ha tradisjonelle danser og musikk med fra sitt eget hjemland i gruppene. Informantene opplevde at pasientene beveget seg friere og hadde mindre fokus på smerter. Flere av informantene brukte hverdagsaktivitet som å gå tur eller annen utendørs aktivitet i behandling. De erfarte at det kunne være lettere å samtale mens de gikk. Praten ble ikke så fastlåst og forknytt når de gikk side om side, behandler og pasient. Det ble også lettere å veksle mellom løs prat om vær og vind til mer alvorlige og nære tema. Informantene brukte også naturens elementer for sansestimulering, ro og nærvær, slik at pasientene opplevde hvordan naturen kunne virke beroligende på dem.

Det er akkurat som de får en opplevelse av at de blir løftet litt i en gruppe, i stedet for inne på et behandlingsrom hvor jeg føler at det kan bli veldig tungt. Det å være i

gruppe, se andre som har noe av de samme problemene, kan være litt lettere. De føler seg mindre alene. Det er godt å være flere sammen. Eller det å gå ut en tur. Når vi går, går vi ved siden av hverandre og prater, det er ikke en pasient – terapeut rolle, vi er mer jevnbyrdige.

Flere av informantene var inne på at det da ikke nødvendigvis var behandling med psykomotorisk fysioterapi som var behovet, men mer alminnelig fysioterapi eller gruppeaktiviteter ledet av andre faggrupper. Informantene kunne relatere til hvorfor pasienten ble henvist, eller hvorfor andre faggrupper tenkte at det var NMPF-tilnærmingen som ville «hjelp» pasienten, men de var ikke selv sikker på at det var riktig bruk av sin kompetanse. Flere av informantene erkjente likevel at selv om disse tiltakene kunne ivaretas av andre, hadde de en styrke og fagkompetanse som var unik for å kunne å sette kropp og bevegelser inn i en større meningsbærende sammenheng for pasientene.

4.4 Krevende kommunikasjon gjennom en tredjepart

Kommunikasjon gjennom en tredjepart handler om bruk av tolk og informantenes erfaringer rundt å kommunisere gjennom en tredjepart. Å kommunisere kroppslige fornemmelser og følelser gjennom et mellomledd opplevde informantene som krevende, og en kompetanse de måtte tilegne seg. De anså tolken som viktig og nødvendig især i starten av et behandlingsforløp.

4.4.1 Bruk av tolketjenester og kompetente tolker

Totalt sett hadde informantene overveiende negative erfaringer rundt bruk av tolk. En av informantene trakk fram kompetanse hos behandlere selv som et viktig element. Informanten mente det var viktig å kurse seg selv litt i hva det vil si og benytte tolk, og være forberedt på hvilke utfordringer som kunne oppstå i samarbeidet med tolk. Andre informanter pekte mer på manglende kompetanse hos tolken eller praktiske utfordringer ved bruk av tolk.

Informantene var bevisst på at tolken også kunne ha flukt eller traumbakgrunn og var oppmerksom på evt. reaksjoner under behandling. Praktiske forhold rundt bestilling av tolk opplevdes som tungvint eller en ekstra belastning for informantene. Det kunne være vanskelig å bestille tolken og få tolken til å møte opp. Informantene var opptatt av å bruke tolk særlig i de første møtene slik at de fikk mest mulig korrekt informasjon ut av de første samtalene. Pasienten fikk fortalt sin historie og kroppslige plager, samtidig som informantene kunne tydeliggjøre sin rolle som terapeut og avklare praktiske ting rundt et behandlingsforløp. De

var bevisst på lovgivning rundt bruk av tolk og terapeutene sjekket alltid ut behovet for tolk i forberedelsesfasen.

Ja, altså jeg må jo si at tolk er en forberedelse og et hensyn å ta. Bruk av tolk, og det er jo en kompetanse vi må tilegne oss, fordi der er det noen hensyn man må ta. For eksempel når man skal ta inn en pasient for første gang og man ser at han har behov for tolk, så er det nok lurt å undersøke litt hva det innebærer å ha en tolk med i en behandlingssituasjon.

I svært sjeldne tilfeller hvor det ikke hadde vært mulig å skaffe profesjonell tolk på det ønskede språket, hadde familiemedlemmer blitt benyttet til å tolke selv om informantene var klar over at dette ikke var optimalt. Andre problemer som at tolken avlyste eller at pasienten ønsket en konkret tolk som ikke lot seg gjennomføre, var med på å bidra til negative erfaringer blant informantene. Flere av informantene fortalte at det kunne være stor variasjon i kompetanse hos tolken. Det kom også frem at det ikke nødvendigvis var nok at tolken hadde riktig språkkompetanse, men måtte også ha kompetanse på sin rolle som tolk og relevant helsekompetanse om samarbeidet skulle fungere. Informantene hadde opplevd at tolken trådte utenfor sitt mandat ved flere anledninger. Her kunne f.eks. tolken snakke om andre ting for å fylle en stillhet som oppstod under behandling. Tolken kunne la være å tolke deler av det som ble sagt, eller omformulere slik at meningsinnholdet i det som ble sagt ble forsnøvet eller fordreiet. Det kunne også være problematisk hvis tolken var av det motsatte kjønn, politiske motsetninger eller fra minoritetsgrupper hvor det er mistro eller angiveri innad i gruppen. Selv om tolken har taushetsplikt, måtte informantene ta i betraktning at denne ikke alltid ble overholdt. Noen ganger kunne pasienten holde informasjon tilbake som konsekvens av mistillit, mens andre ganger opplevde informantene at pasienten følte seg tryggere med tolken tilstede. Det at pasienten hadde noen med seg som snakket sitt eget språk og kanskje var fra sin egen kultur eller hjemland kunne også være trygghetsskapende. Informantene anså at relasjonen mellom pasient og tolk var av betydning. De fleste av informantene foretrakk oppmøtetolk fremfor telefontolk.

Hun kunne litt norsk, men følte seg mye tryggere når tolken var i rommet. En som snakket hennes hjemspråk. Det gjorde noe med tryggheten hennes. Så på en måte er relasjon til tolken viktig. En føler en relasjon eller trygghet. Ja, det var akkurat som

pasienten ble litt venninne med tolken og hadde en god tone seg imellom. Hun forandret seg litt når tolken var til stede. Ja, det var til det positive.

Flere av informantene erfarte ofte at etter noen timer inn i behandlingsforløpet kunne de kommunisere med pasienten uten at tolken var til stede. Terapeuten mente at veiledning av øvelser eller trening i grupper kunne gjennomføres uten tolk. Flere fortalte at behovet for tolk ble mindre når pasienten ble trygge på terapeuten. Det kunne ofte vise seg at pasienten kunne en god del norsk eller engelsk når man ble bedre kjent.

4.4.2 Tolken som tredje hjul på vogna

Informantene fortalte at under selve behandlingen kunne tolken være et forstyrrende element og kommunikasjonen gjennom en tredjepart opplevdes som utfordrende. Spesielt når det skulle kommuniseres på et mer abstrakt nivå rundt følelser og hva pasienten kjente i kroppen. Flere av informantene forklarte det som de mistet kontakten med pasienten og at terapi med tolk sjelden ble like god som de behandlingsforløp hvor det ikke var nødvendig å kommunisere gjennom et mellomledd.

Jeg har ikke noen god erfaring med tolk. Og så skjønner jeg at mine kollegaer, psykologer og psykiatere, de kan nok fornemme litt av det samme som meg. Men om det blir litt i større grad for oss, vet jeg ikke? Men når vi snakker om det med å erfare og oppleve via kroppen, kjenne på ting, sette ord på ting, jeg opplever at det blir en veldig mye distanse.

Flere av informantene beskrev at de var ubekvemme med å bruke tolk, og ville gjerne unngå det så langt det var mulig. En av informantene hadde også en tanke om at når pasienten ikke hadde nødvendig språkkompetanse etter flere år i Norge, kunne det bety at det buttet på flere områder i integrasjonsprosessen. Informanten utdypet dette videre med at hun fikk en følelse av at i slike situasjoner kunne det være flere utfordringer i behandlingsforløpet som gjorde det ekstra krevende. Flere av informantene kjent seg igjen at bruk av tolk var forbundet med ekstra arbeid. Dette kunne igjen gjøre at informantene kviet seg litt, eller unngikk å ta pasienter med behov for tolk inn til behandling.

5 Diskusjon

Diskusjonskapittel inneholder en resultatdiskusjon og en metodediskusjon med et underkapittel hvor jeg drøfter oppgavens implikasjoner for praksis og peker på behovet for videre forskning. Jeg vil først diskutere resultatene opp imot teori og tidligere forskning som er presentert i kapittel 2. Videre vil jeg drøfte hvordan forskningsspørsmålet lar seg besvare ut ifra studiens hovedfunn. I metodediskusjonen vil jeg gjøre rede for studiens relevans, validitet og reliabilitet ved en åpen refleksjon rundt metodes styrker og svakheter. Implikasjoner for praksis handler om studiens overføringsverdi, hvor jeg drøfter studiens muligheter og begrensninger ovenfor praksis innen NPMF og for psykisk helsearbeid. Tilslutt vil jeg peke på behov for videre forskning.

5.1 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere hovedfunnene fra resultatkapitlet med utgangspunkt i forskningsspørsmålet for oppgaven; «Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med psykomotorisk behandling til innvandrere med flyktning bakgrunn?». De fire hovedfunnene; Når livet setter seg i kroppen, Å skape relasjon, trygghet og tillit i behandling, Mulighet for endring eller behov for støttende tilnærming? og Krevende kommunikasjon gjennom en tredjepart, vil utdypes og belyses i henhold til det teoretiske rammeverket for oppgaven.

5.1.1 Å skape mening av kroppslige symptomer

Et av hovedfunnene i studien peker på at pasientene ofte søkte hjelp med langvarig smerteproblematikk generalisert i store deler av kroppen. Informantene nevnte ytterligere flere kroppslige symptomer som hodepine, uro, fordøyelsesproblemer og søvnvansker hos pasientene. Informantene vurderte at disse sammensatte plagene hadde rot i bakenforliggende traumeerfaringer. Tidligere forskning, og flere studier konkludere med at traumatiske livshendelser og vedvarende psykisk stress, kan manifestere seg i kroppen og komme til uttrykk som sykdom, kroppslige plager og kroniske smerter (Getz et al., 2011, s. 683; Kirkengen & Ulvestad, 2007, s. 3228). Varvin (2018, s. 36–37) viser til smerte som en sammensmeltning mellom psykologiske og fysiske årsaker. Belastninger tidlig i livet har betydning for utvikling av psykiske lidelser og sykdom senere i voksenlivet (Felitti et al., 1998, s. 245; Kirkengen, 2017, s. 16). Mathiesen (2020) beskriver at pasienter som lever i stadig utrygghet under uforutsigbare forhold, som asylsøknadsprosessen må sies å være, utviklet kroppslige plager og smerter. Forskning refererer til begrepet "allostatisk overbelastning", dette oppstår når vedvarende trusler mot individets eksistens og integritet

utmatter kroppen og skaper biologisk og psykologisk sårbarhet for utvikling av sykdom og lidelse (Getz et al., 2011, s. 683–684).

Det er ikke mulig med dette studiet og konkludere hva som var årsak til pasientenes plager, det er heller ikke hensikten. Ut ifra forskningsspørsmålet, kan funnet tolkes til at informantene erfarte at langvarige kronisk smerteproblematikk hos pasientgruppen kunne forstås i lys av traumeerfaringer og langvarig stresspåvirkning, hvilken tidligere forskning også peker på.

Informantene ga uttrykk for at den kroppsorienterte undersøkelsen som benyttes i NPMF kunne gi en ny forklaring og forståelse av pasientenes kroppslige plager, som ikke hadde blitt gitt tidligere hos fastlegen eller hos almann fysioterapeut. Dette funnet kan ses i lys av den helhetlige tilnærmingen i NPMF hvor kroppslige plager ses i sammenheng med levd liv (Råheim, 2003, s. 2479). Axelsen (2014, s. 172–193) omtaler meningsskapning som en felles endringsfaktor i behandlingsforløp. Med støtte fra terapeuten kan pasienten forstå meningen bak sine symptomer skape realistiske forventninger og fremme håp om bedring.

Informantene utdypet at medisinske objektive funn ikke hadde bekreftet årsak til smertene eller andre kroppslige plager. Dette førte til at pasienten følte seg misforstått, eller opplevde at plagene ikke ble tatt på alvor. Funnet gjenkjennes i artikkelen fra Hegeland og Gjems (2020) som beskriver hvordan den biomedisinske tenkningen kan føre til at psykosomatiske plager blir forbigått, eller at pasienten blir en «kasteball» mellom somatiske og psykiske helsetjenester. Videre har flere artikler kritisert den biopsykososiale tenkningen, særlig i forhold til behandling av sammensatte og komplekse lidelser, hvor det savnes et kulturelt og eksistensielt perspektiv på kropp og sykdom. (Dezutter et al., 2016, s. 564; Lien & Malkomsen, 2024).

Informantene erfarte at deres kompetanse innen fysisk og psykisk helse, og helhetlig tilnærming med kroppen som utgangspunkt, var nyttig i behandling. Bessel van del Kolk (2020, s. 10–11) utdyper hvordan flere vitenskapsområder som psykologi, neurologi og biologi må ses i sammenheng for å forstå kompleksiteten og senvirkninger av traumatiske hendelser. En av informantene beskrev NPMF nettopp som en tilnærming «i skjæringspunktet mellom disse fagdisiplinene». Sviland et. al. (2007, s. 23) skriver at en fenomenologisk tilnærming kan hjelpe pasienten med å se sine plager i et relasjonelt og kulturelt perspektiv, hvor egen opplevelse av kropp og livssituasjon kan fremme verdifull innsikt og forståelse hos pasienten. Dette sammenfaller videre med Mathiasens (2020) forskning og erfaringer fra sitt langvarige arbeide med flyktninger. Han bekrefter viktigheten av å fremme innsikt og

forståelse av kroppslige symptomer, og sette disse i sammenheng med pasientens livssituasjon. På den måten kan terapeuten hjelpe pasienten til å finne egne ressurser til å stå i stressende og krevende livssituasjoner. Informantene erfarte at de med den konkrete kroppen som utgangspunkt, og med deres kompetanse innen fysisk og psykisk helse, kunne støtte pasientene i å erfare denne sammenhengen, og gi mulighet for positive kroppslige erfaringer. Dette stemmer overens med forskning av Kristiansen og Ekerholt (2022, s. 40–52) som peker på at NPMF behandlingen kunne bidra til å hjelpe pasientene med økt forståelse av egen kropp og symptomer.

Forståelsen for kroppen som innfallsvinkel til psykisk helse, er grunnleggende for behandling innen NPMF ifølge Ottesen og Thornquist (2015, s. 130). Informantene beskrev det som utfordrende når pasienten hadde manglende kunnskap om egen kropp, og når forståelsen av sammenheng mellom fysisk og psykisk helse var fraværende. Denne konflikten støttes i Varvin (2018, s. 47) som visert til at det ofte er uoverensstemmelser mellom helsearbeiderens sykdomsmodell og pasientens forståelse av problemet. Aambø (2021, s.244) argumenterer også for at grunnlaget for en god arbeidsallianse, er en felles forståelse av sykdomsmekanismer, hvor metode og målet med behandling må være tydelig. Med utgangspunkt i dette kan vi forstå hvorfor arbeidsalliansen ble utfordret, når informantene erfarte at pasienten manglet kunnskap om, eller forståelse for, sammenhengen mellom den fysiske kroppen og psykisk helse. Sett i lys av forskningsspørsmålet, kan funnet tolkes til at informantene erfarte at en felles forståelse av sammenheng mellom kropp og psykisk helse var sentralt i behandling med NPMF, hvilket støttes av anvendt teori innen NPMF og fra forskning innen andre fagdisipliner.

5.1.2 Manglende kontakt med egen kropp

Et annet vesentlig funn i studien var at informantene erfarte at flyktningpasientene manglet kontakt med egen kropp. Om dette var kulturelt betinget, eller skyldtes traumatiske erfaringer er det ikke grunnlag for å si noe sikkert om. En av de største teoretikerne innen traumefeltet; Bessel van der Kolk (2020, s. 98–99), beskriver frakoplingen av kroppen og reduksjon i sanseintegrasjon, som en grunnleggende fysiologisk forsvarsmekanisme for å beskytte sinnet mot overveldende og truende livshendelser. Han viser til reduksjon i sanseopplevelse hos traumatiserte, og følelse av nummenhet både kroppslig og emosjonelt. Ser vi til den fenomenologiske forståelse av kroppen, som står sentralt i NPMF, hvor all sanselige erfaring skjer gjennom kroppen (Thornquist, 2006, s. 30), kan det tenkes med støtte i informantenes utsagn, at traumatiske hendelser og vedvarende stress kan føre til reduksjon i kroppskontakt.

Med forankring i det teoretiske grunnlaget fra NPMF og fenomenologien vil en avstengning eller undertrykkelse av emosjoner og psykiske belastninger, kunne føre til en begrensning i sanseintegrasjon. Mulighet for å erfare seg selv gjennom kroppen vil stagnere og hindre en opplevelse av et helhetlig «jeg» med kropp og sinn.

5.1.3 Trygghet, tillitt og anerkjennelse av pasienten

Flere av informantene erfarte at pasienten under PMF behandling kunne bli mer emosjonelt tilgjengelig og åpne for å snakke om vanskelige opplevelser. I psykomotorisk fysioterapi anses muskulære spenninger, og hemmet pust som et forsvar mot emosjonelle belastninger (Eielsen, 2022, s. 40; Thornquist, 2006, s. 29). Traumeteori av Anstorp og Benum (2014, s.114-115) underbygger denne forståelsen i sin beskrivelse av pusten som inngangsport til kroppslige erfaringer og traumeminner. Dette gir støtte til informantenes utsagn om at pasientene ble mer åpne for å snakke om psykiske plager, i forhold til vanskelige livssituasjoner og tidligere traumatiske hendelser ved en kroppslig tilnærming med fokus på pusten. Informantene utdypet at ved å berøre og spørre inn til kroppslige symptomer, skapte de tillit, trygghet, anerkjennelse av pasienten. Ved å utforske og nyansere kroppslige fornemmelser, og bevegelser sammen med pasienten, skapte de en felles forståelse, på tvers av språk og kulturelle forskjeller. De lyttet til «kroppens språk», og emosjonelle uttrykk som var gjenkjennelig og felles for oss mennesker. Mathiesen (2020) viser til at støtte og emosjonelle ivaretagelse av pasienten, er avgjørende for utvikling og om pasienten kan våge å utforske ressurser og begrensinger mer selvstendig. Dette kan tolkes som at informanten ved å gi pasienten nok trygghet, fremmet muligheten for at pasienten kunne bli kjent med egne ressurser og styrke deres evne til selvstendig håndtering av sykdom og lidelse. Berøring og taktil stimulering blir nevnt som en kommunikasjonsform som skapte trygghet og anerkjennelse i behandling.

Bessel van der Kolk (2020, s. 87) og Varvin (2018, s. 25) fremhever betydningen av trygge relasjoner for god psykisk helse og håndtering av traumer. Sosial støtte og følelsen av å bli sett, hørt og tilhøre et fellesskap er avgjørende for å håndtere stress og traumer. Cokk et al., (2005, s. 5–7) viser også til omsorgspersoners støtte som sentral faktor i evne til å håndtere traumer. De peker på viktigheten av anerkjennelse av den traumatisertes erfaringer og evne til å romme emosjonelle reaksjoner. En avvisning kan derimot føre til undertrykkelse av traumeerfaringer og hindre bearbeiding, samt skape mistillit og kommunikasjonsvansker. Aambø (2021, s. 219) beskriver også anerkjennelsen er viktig i arbeidet med fremmede kulturer. Han viser til at omsorgspersonen må møte pasienten med verdighet og respekt, og å

forstå symptomer og plager som en del av pasientens identitet. Det motsatte kan føre til ydmykelse, fremmedgjøring og opplevelse av utenforskap. I henhold til forskningsspørsmålet kan det teoretiske grunnlaget gi støtte til informantens erfaring om viktigheten av å etablere trygghet og tillitt, samt anerkjennelse av pasienten i behandlingsforløpene.

5.1.4 Kultursensitiv tilnærming

Informantene formidlet at de møtte pasienten på en åpen, og ikke dømmende måte. De var forsiktige med å mene for mye, før de hadde fått en forståelse av pasientens kultur og livshistorie. Varvin (2018) skriver at ved å spørre inn til pasientens egen opplevelse av plager og hva som forårsaker dem, kan vi få verdifull innsikt i deres livsverden. I fenomenologien som står sentralt i NPMF benyttes begrepet livsverden, vi ser hvordan tidligere erfaringer og nye møter former oss som mennesker. Videre forstår vi at kroppen som objekt ikke kan løsrides fra subjektet (Gretland, 2007, s. 24-26). Flere av informantene erfarte at det var lettere for pasienten og snakke om sine fysiske smerter, enn tidligere traumer. Dette kan være et funn som støttes av at stigmatisering av psykisk lidelse og tabu i visse kan kulturer være bidragsgivende til at psykisk lidelse ikke blir adressert, eller at pasienten ikke får den hjelp og støtte de har behov for (Richter et al., 2018, s. 206).

Ser vi til prinsippet om likeverdige helsetjenester hvor helsetjenester skal tilpasses den enkeltes behov, uansett alder, kjønn, seksuell legning, hudfarge, religion, språk og kultur, må vi som helsepersonell ta innover oss at hjelpen som gis må tilpasses den enkeltes situasjon og sosiokulturell kontekst (Aambø, 2021, s. 183). Informantene utviste med sin åpne tilnærming slik jeg forstår funnet, det Aambø (2021, s. 226–227) omtaler som kulturell ydmykhet. Ved å sette sine forkunnskaper til side i møte med andre kulturer for å unngå stigmatisering og forhastede konklusjoner i forhold til behandling og diagnostisering. Et tilbakeblikk på Kirkegaards formeninger om hjelpekunsten (2021, s. 231–232) som viser til ydmykhet i møte med den hjelpetrengende som grunnleggende for all hjelpekunst, kan denne holdningen gjenkjennes. Ytterligere støttes dette av Aambø (2021, s.233) beskrivelse av «en ikke vitende posisjon» som fremmede i arbeide med personer fra andre kulturer. Informantene fortalte at relasjonsarbeidet var ekstra viktig for en gruppe mennesker som har opplevd svik, tortur og grove brudd på grunnleggende menneskerettigheter. For å oppnå denne tillit var informantene villige til å avvike fra behandlingsmetodikken, og tilpasse hjelpen til den enkelte pasient. Dette er også i tråd med utviklingen innen psykisk helsearbeid som vektlegger dialog fremfor monolog, hvor relasjon står sentralt (Bøe & Thomassen, 2017, s.

14-15). Bøe og Thomassen skriver videre at psykisk helsearbeid også dreier seg om hverdagsliv, materielle behov, økonomi og sosial støtte. Slik jeg tolker dette med utgangspunkt i informantenes fortellinger, kan dette innebære å gå bort fra standardmetoder og heller fokusere på å forstå hva personen virkelig trenger i den gitte situasjonen, eller som en av informantene uttrykte; «gå utenfor boksen». Dette kunne bety at det av og til dreide seg om å hjelpe til med mer praktiske anliggende, som oversette et brev fra NAV. Flere av informantene fortalt at de bød mer på seg selv enn de vanligvis gjør, og kunne fortelle mer om seg selv, eller ta imot gaver fra pasientene, som ikke er vanlig praksis. Likevel anså informantene dette som virkningsfullt i relasjonen, og nødvending for å skape tillit hos pasienten. Varvin (2018, s. 25) understreker viktigheten av relasjonsarbeidet innen psykisk helse og det er et viktig element i arbeid med flyktninger. Dette gir mening til informantenes utsagn om relasjonen som bærebjelke i behandlingsforløpet og støttes ytterligere av Bøe og Thomassen (2017, s.138-139) som viser til at det er relasjonen som ofte viser seg som det virkningsfulle i psykisk helsearbeid, og ikke nødvendigvis det metodespesifikke.

5.1.5 Å være en støtte i eksistensielle spørsmål

Informantene uttrykte en usikkerhet og tendens til å spørre seg selv om det egentlig var NPMF behandling som var riktig, når de ikke opplevde å kunne skape endring eller bedring av sykdom og lidelse hos pasienten. Varvin (2018, s. 24) fremhever behovet for helsearbeidere som kan støtte i uunngåelige dilemmaer uten å nødvendigvis løse dem. Han advarer mot hjelperes trang til å løse problemer for å unngå å føle på egen maktesløshet. Han refererer til Hippokrates' begrep "furor sanandi", som beskriver hvordan dette kan forverre lidelse og ensomhet hos pasienten (Varvin, 2018, s. 24). Som en av informantene uttrykte kan pasienten ha behov for å opprettholde et forsvar. Dette er gjenkjennelig fra teori om NPMF der behandlingen på et kontinuum, kan være omstillende eller støttende. Pusten og kroppslige reaksjoner som oppstår hos pasient under undersøkelse og i behandling, er veiledende for hvor inngripende behandlingen skal være. En motstand på både kroppslig og emosjonell omstilling må respekteres og ses i sammenheng med pasientens psykiske og sosiale liv (Thornquist, 2005, s. 40). I flere sammenhenger vurderte informantene at de ikke kunne hjelpe pasienten annet enn med en støttende tilnærming. Ved at informantene utviste anerkjennelse og respekt for hva pasienten stod i eller hadde vært igjennom, kunne det være nok til at pasienten opplevde støtte og hjelp til å takle hverdagen. Informantene fortalte at pasientene kunne finne ro og normalitet bare ved å føre en hverdagslig samtale, eller fant glede i et felleskap gjennom bevegelser i gruppeaktivitet og dans. Varvin (2018, s. 25) viser

også til at det er nødvendig å finne realistiske målsetninger i arbeidet med flyktninger, og se hele mennesket i den sosiokulturelle kontekst i psykisk helsearbeid.

5.1.6 Et utfordrende dialektisk samspill

Informanten oppgav det som krevende å kommunisere gjennom en tredjepart, og bruk av tolk i behandling. Det fremkom ikke tydelig fra informanten hvor godt skolert de var innen bruk av tolketjenester, med funnene kan tyde på at utdanning og kompetanse på området er mangelfullt. For å imøtekomme prinsippet om likeverdige helsetjenester er kravet om tolk klart hvor pasient og helsepersonell ikke har et felles språk. Informanten var klar over kravet om tolk, og benyttet tolk der de anså det som nødvendig og viktig, særlig gjaldt dette i forbindelse med opptak av anamnese og sykehistorie i starten av behandling. Informantenes utfordringer slik jeg ser det, skyltes primært tre hovedgrunner; en manglende kompetanse på bruk av tolk og hos tolken, to manglende språk for kroppslige fenomener og emosjoner, og som det tredje det Varvin (2008, s. 170) beskriver som en krevende tredje relasjon triade. Vanskelige praktiske forhold knyttet til bestilling av tolk opplevdes som en ytterligere belastning på informantene. Informantene formidlet at i NPMF, hvor det vektlegges å spørre inn til kroppslige fenomener og hvordan det kjennes i kroppen, kunne det være ekstra krevende da pasienten manglet ord. Ikke alle kulturer har språk for psykisk lidelse, dette kan ha store konsekvenser for utøvelse av psykisk helsehjelp (Varvin, 2018, s. 45-46). Informantene pekte på at relasjonen til tolken var viktig for samspillet, og det var avgjørende at pasienten følte seg trygg på tolken. Dette støttes i Varvins (2008, s. 10) beskrivelse av tolkens rolle i det relasjonelle arbeidet og dynamiske samspillet i psykoterapi. Relasjon, trygghet og tillit kan settes på prøve med en tredjepart i rommet, noe flere av informantene beskrev som utfordrende. Dette kan ytterligere støttes i beskrivelse av at flyktninger som er preget av traumatiske hendelser kan ha en grunnleggende mistillit til andre mennesker som virker utfordrende på arbeidsalliansen (Varvin, 2008, s.164). Arbeide med tolk er derfor som en av informantene uttrykte; «Et nødvendig hensyn og ta, og en kompetanse vi må tilegne oss».

5.2 Metodediskusjon

Det finnes utfordringer knyttet til validering i kvalitative forskning i henhold til forskerens egen rolle, forutsetninger og konsekvenser for utvalget, og i fortolkning av analysen (Malterud, 2011, s. 212). Malterud (2017, s. 18) fremhever betydningen av refleksivitet, validitet og relevans som sentrale vitenskapelige kvalitetskriterier. Med utgangspunkt i disse begrepene vil jeg gjøre rede for metodens styrker og svakheter i denne oppgaven.

Implikasjoner for praksis tar for seg studiens relevans ovenfor NPMF, og i psykisk helsearbeid generelt, og avslutningsvis vil jeg peke på behov for videre forskning.

5.2.1 Refleksivitet

Ved refleksivitet forstår vi ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 273) forskerens evne til å reflektere over sin egen rolle og bidrag til kunnskapsutvikling. Videre innebærer dette en sensitivitet av hensyn til ens fordommer og subjektivitet. I innledningen har jeg redegjort for min forforståelse og egen motivasjon for prosjektet, punkt 1.2. Min rolle og overordnede perspektiv som forsker er knyttet til min faglige identitet som psykomotorisk fysioterapeut. Videre er tema for prosjektet selvvalgt ut ifra egen interesse, og nysgjerrighet i henhold til utfordringer knyttet til min daglige praksis. Valg som er tatt underveis i prosessen, både i henhold til den valgte teoretiske referansesammenheng, og i analysen, kan ikke unngå å bære preg av min nærhet til fagfeltet. Malterud (2017, s. 44) viser til forforståelse som betydningsfull for hvordan vi innhenter, samler, tolker og analyser datamaterialet. I intervjuene forsøkte jeg å tilstrebe å ha en åpen holdning, og være lyttende til det informantene fortalte. Likevel kan min forforståelse ha vært avgjørende for hvilke svar jeg fulgte opp på, eller viste mer interesse for som førte til at informantene utypet noen tema mer enn andre. I det første intervjuet følte jeg at informanten var litt tilbakeholden, og refleksjoner rundt dette i etterkant førte til små endringer i intervjuguiden som åpnet mer opp. Jeg forsøkte å holde meg nøytral og lytte, men jeg opplevde at dette kunne være vanskelig, særlig når informantene kunne vende spørsmålet tilbake til meg, eller søkte bekreftelse hos meg på at de var inne på det «riktige». Det var viktig for meg å finne en balanse mellom validering under intervjuet, samtidig som jeg ønsker å beholde en åpen og nøytral posisjon. For å forsikre meg om at jeg hadde forstått informantens budskap rett, kunne jeg be dem om å bekrefte hva jeg hadde forstått, f.eks. ved å formulere meg slik; du sa før at Er det riktig forstått? Eller; Når du snakker om ... ble jeg nysgjerrig på hva du mente, kunne du utdype dette nærmere? Jeg ønsket å sikre meg at det var informantens egne ord og tanker som kom frem, og ikke en gjenklang av mine egne refleksjoner rundt tema. Bekreftelse fra informantene på mine egne refleksjoner, og erfaringer, gjorde meg usikker på om min forforståelse begrenset forskningen i å fremskaffe ny kunnskap. Samtidig som min forforståelse ble «utvidet» underveis i prosjektet, og det ble vanskeligere å unngå. Alle informantene hadde lengre erfaring enn meg som psykomotoriske fysioterapeuter, og selv om jeg hadde noe erfaring med tema fra tidligere, opplevde jeg at informantene hadde mer kunnskap og tilførte nye perspektiver på problemstillingen.

Som forsker var jeg veldig nysgjerrig på tematikken, og mitt engasjement kunne virke smittende på en positiv måte, men også kanskje litt skremmende, hvis informanten var mer reservert. Å bli intervjuet kan i utgangspunktet være en litt usikker situasjon. Ingen av informantene var like, og jeg forsøkte å tilpasse meg den enkeltes behov underveis. Jeg opplevde ikke at noen av informantene fremstod som usikre, men snarere som svært engasjerte og at de hadde mye på «hjerte». Utvalget bestod av psykomotoriske fysioterapeuter med relativt lang arbeidserfaring, noe jeg vil trekke fram som en styrke og trygghet for informantene i intervjusituasjonen. Hadde jeg derimot intervjuet yngre og mer uerfarne terapeuter, kunne det bidratt til flere nyanser i datamaterialet, og andre utfordringer kunne kommet frem og hatt betydning for resultatene. Gjennom studien ønsket jeg å belyse omfanget, og bredden innen psykomotorisk fysioterapi. Derfor var det naturlig å inkludere informanter fra forskjellige arbeidsplasser og fra ulike tjenestenivå rundt om i landet. Rekruttering av informanter opplevdes som krevende av to hovedgrunner; det finnes et begrenset antall psykomotoriske fysioterapeuter totalt i Norge, og enda færre som jobber spesifikt opp mot innvandrere eller flyktningpasienter. Det var derfor et bevisst valg å ikke ha dette som et krav til deltagelse som informant i prosjektet, da jeg forutså at dette ville føre til mangel på informanter. Min tanke var å gå bredt ut og heller prioritere i forhold til kompetanse og yrkeserfaring hvis det skulle vise seg nødvendig. I etterkant kan jeg se at denne fremgangsmåte kunne by på praktiske og etiske dilemmaer dersom mange meldte seg, og jeg ikke hadde klare retningslinjer for inkludering i studiet. Videre kunne et krav om spesialkompetanse eller lignende gjort at jeg hadde fått mer utdypende og spisset empiri opp mot målgruppen. Mitt ønske var som tidligere nevnt, først og fremst å frembringe bredden i erfaringskunnskap og gjøre den anvendelig og brukbart i daglig klinisk praksis innen NPMF, noe jeg synes variasjonen i utvalget bidro til. Utvalgets størrelse er likevel så begrenset at jeg stiller spørsmål til om jeg fikk favnet bredt nok. Jeg opplevde at datamaterialet fikk en metning i de siste intervjuene. Dette bidro til at jeg ikke rekrutterte flere informanter til prosjektet, i tillegg av hensyn til studiens rammebetingelser og tidsperspektiv.

I det kvalitative forskningsintervju er forskeren selv, ifølge Kvale og Brinkmann(2018, s. 85) det viktigste forskningsinstrumentet, og de kvaliteter, kompetanse og dyktighet han eller hun har i å bruke håndverket er avgjørende for kvaliteten på forskningen. Som intervjuer hadde jeg i utgangspunktet ingen erfaring med intervju eller denne rollen fra tidligere. Ved å være meg bevisst min status som novise i denne sammenheng, og gjennom kritisk refleksjon underveis og åpenhet for å lære, utviklet og styrket jeg min kompetanse som forsker. Min

erfaring fra samtale med pasienter gjennom flere års arbeid som psykomotorisk fysioterapeut, samt noen forkunnskaper om tema, opplevdes å være en styrke for prosessen. Den hermeneutiske sirkel, viser hvordan vi bruker våre forkunnskaper i vår tolkning, og er en forutsetning for å kunne forstå. Som forsker bruker vi vår språklige og kulturelle forforståelse i arbeidet (Thomassen, 2015, s. 45).

«Når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst, skjer det alltid en fordreining, også ved detaljert gjengivelse ord for ord» (Malterud, 2002, s. 2470). I dette forstår jeg at noe har gått tap i prosessen fra meningsutveksling under selve intervjuet, og over til det skriftlige datamaterialet som var tilgjengelig for analysen. Videre vil det ifølge Malterud (2017, s. 2470), i analyse av tekst også foregå fortolkninger. Jeg utførte analysen på egenhånd som forsker, noe jeg vil trekke frem som en svakhet. Veileders bidrag inn i prosjektet, og medstudenters refleksjoner og tilbakemeldinger bidratt til å balansere dette. Analyse av kvalitative data innebærer at det kan finnes flere gyldige alternative tolkinge samtidig. Derfor skal forskeren rapportere hvilke prinsipper og posisjoner som har ført frem til resultater og konklusjoner (Malterud, 2002, s. 2471). I presentasjon av metode og fremstilling av analysen i kapittel 3, har jeg forsøkt å gjøre forskningsprosessen transparent for leseren.

5.2.2 Validitet

Validitet kan deles i intern- og eksterne validitet ifølge Malterud (2017, s. 23–24). Interne validiteten handler om den valgte metodiske fremgangsmåten er egent for å gi svar på forskningsspørsmålet. Den eksterne validiteten viser til i studiens overførbarhet, og i hvilken grad studien kan sies å være gyldig utover den gjeldene kontekst (Malterud, 2002, s. 24). Den eksterne validitet er drøftet under punkt 5.2.3 Implikasjoner for praksis.

En kvalitativ forskningsmetodikk med et eksplorativt og beskrivende design ble valgt for å besvare forskningsspørsmålet; «Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med psykomotoriskbehandling til innvandrere med flyktningbakgrunn?».

Kvalitative metoder kan åpne for forskning på felter der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, der problemstillingen som skal utforskes er sammensatt og kompleks, og der vi stiller oss åpne for et mangfold av mulige svar (Malterud, 2002, s. 2472). Med utgangspunkt i dette vil ikke være et entydig svar på forskningsspørsmålet, men det handler heller om å få en utvidet forforståelse av og ny kunnskap fra empiri. I følge Malterud (2002, s. 2469) er ofte det kvalitative intervjuet førstevalg for den uerfarne forsker, et annet er observasjonsstudiet som anses som mer krevende å systematisere. Et observasjonsstudie ble

fravalgt, da jeg ikke anså det som realistisk å gjennomføre innenfor tidsrammen, og jeg som forsker følte meg usikker på prosessen. Etisk overveielser var også av betydning da det ville f.eks. ville være mer krevende i forhold til skulle overvære en behandlingssituasjon, med pasient og behandler til stedet. Fokusgruppe intervju, ble fravalgt av hensyn til mitt ønske om å fordype meg i, og få et nært og personlig innblikk i den enkeltes informants erfaringer. I følge Malterud (2002, s. 2469) egner enkelt person intervjuer seg for fordypningstemaer som krever ettertanke og trygghet. Datamaterialet fra de seks semistrukturerte intervjuene var utfyllende og rikt, og hvor informantenes beskrivelser av erfaring fremgikk tydelig fra materialet. Med utgangspunkt i resultatene som frem gikk etter analysen av data, vurderer jeg forskningsspørsmålet besvart i henhold til hensikten med studien.

5.2.3 Implikasjon for praksis

Kvale og Brinkmann (2015, s. 289) hevder at generalisering ikke nødvendigvis er et mål for forskning innen samfunnsvitenskap, men heller søken etter mangfold og kontekstualisering. Resultatene i denne studien er ikke gyldige eller gjeldene i universelle sammenhenger, men kan sies å gi kunnskap om og forståelse av menneskelige sosiale handlinger og erfaringer i denne kontekst; NPMF behandling til innvandrere med flyktningbakgrunn. Resultatene fra studien kan ikke tilskrives å ha noen direkte overførbarhet til praksis, men kan være et bidrag til å få belyst tematikken og være en inspirasjon til videre kunnskapsutvikling. Jeg håper at andre terapeuter innen NPMF kan ha nytte av å lese oppgaven, og få en utvidet forståelse av fenomenet, og relatere den til egen praksis, slik at kunnskapen kan komme målgruppen til gode. Jeg har selv lært mye underveis i prosessen og ønsker å videreutvikle min egen praksis og implementere kunnskapen i mitt daglig klinisk arbeide. Videre tenker jeg å delta på konferanser og samarbeidsarenaer med mulighet for kunnskapsformidling rundt temaet.

Sett i lys av regjeringens satsning på psykisk helse (Meld. St.23 (2022-2023)) og likeverdige helsetjenester, mener jeg denne studien har relevans for psykisk helsearbeid. Oppgavens kontekst er NPMF og behandling av innvandrere med flyktningbakgrunn, men omhandler i høyeste grad mellommenneskelige forhold, kultursensitivitet og eksistensielle spørsmål innen psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid søker å identifisere og forandre samfunnsmessige faktorer som kan bidra til sosial utestengning, stigmatisering og psykisk lidelse (Andersen, 2023). Forskning viser at innvandrere og flyktinger er en sårbar gruppe for å utvikle psykiske lidelser. Psykisk lidelser kan føre til stigmatisering, isolasjon og utestengelse fra samfunnet (Kumar et al., 2017b). Videre viser Bøe og Thomassen (2017, s. 15) til kroppens sentrale plass i psykisk helsearbeid. Jeg håper denne oppgaven kan være et bidrag til å styrke

kroppens posisjon i psykisk helsearbeid, og gjøre at temaet om kroppen naturlig inngår flere sammenhenger. Videre vil jeg peke på verdien av deltagelse i en tverrfaglig masterutdanning som har vært med på å styrke muligheter for samarbeid og tydeliggjøre dialogens nytte på tvers av faggrupper i psykisk helsearbeid.

5.2.4 Videre forskning

Det finnes lite forskning på NPMF generelt og enda færre studier som belyser NPMF i forhold til behandling av innvandrere med flyktningbakgrunn. Mangfoldet i samfunnet øker og mye tyder på at dette er en aktuell tematikk i årene som kommer. NPMF er en liten faggruppe innen fysioterapi, og forskningstradisjonen innen faget er relativt sparsom. Kvalitativ forskingskunnskap kan aldri bli fullstendig, men handler mer om å stille nye spørsmål enn om universelle sannheter (Malterud, 2002, s. 2469). Jeg håper denne oppgaven kan bidra til å sette søkelyset på et aktuelt tema, og inspirere til videre forskning. Resultatene i oppgaven er på ingen måte uttømmende, men innbyr snarere til videre spørsmål og søken etter mer kunnskap. Bruk av tolk i NPMF er et eksempel hvor jeg opplever at oppgavens rammer ikke har strukket til for kunne bidra med utfyllende kunnskap om tematikken. Jeg mener videre forskning på tema vil være nødvendig. Et annet eksempel er bruk av bevegelsesgrupper og dans, som ifølge funnene kunne vise seg å være et virkningsfullt tiltak for målgruppen. Med den voksende befolkning og økende press på helse og omsorgstjenester, vil jeg mene gruppetiltak kan være en bærekraftig og potensiell mulighet for å gi gode og likeverdige helsetjenester fremover.

6 Konklusjon

Denne masteroppgaven utforsker og beskriver seks psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med behandling til innvandrere med flyktningbakgrunn. Det overordnede perspektivet for oppgaven var NPMF, og helsetjenesters møte med flyktningpasienten fra et kultursensitivt perspektiv, hvor prinsippet om likeverdige helsetjenester står sentralt. De seks semistrukturerte intervjuene ble analysert ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondensering (STK), og resulterte i fire hovedfunn; Når livet setter seg i kroppen, Å skape relasjon, trygghet og tillit i behandling, Mulighet for endring eller behov for støttende tilnærming? og Krevende kommunikasjon gjennom en tredjepart. Informantene formidlet både begrensinger og muligheter knyttet til psykomotorisk behandling av pasientgruppen. De trakk frem utfordringer med arbeidsalliansen grunnet ulike forutsetninger, som ulikt språk, helsekompetanse og forståelse av sammenheng mellom kropp og sinn. Den konkrete kroppen ble brukt for å skape en felles forståelse og mening bak symptomene, som pasienten kunne gjenkjenne og anvende i hverdagslivet. Informantene fremhevet viktigheten av å skape relasjon, trygghet og tillit i behandling særlig der hvor pasienten hadde opplevd brudd på sine grunnleggende menneskerettigheter som overgrep, tortur, eller andre traumatisk hendelser. De var villige til å gå utenfor det som de anså som normal praksis for å skape nødvendig relasjon og tillit hos pasienten. Informanten vurderte om pasienten hadde behov for en støttende tilnærming, eller kunne tåle en mer inngripende og omstillende behandling. Anerkjennelse og respekt var bærebjelkene i terapeut- pasient forholdet. Kommunikasjon gjennom en tredjepart ved bruk av tolketjenester ble sett på som krevende, og en nødvendig kompetanse å tilegne seg. Denne masteroppgaven kan være spesielt relevant for psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider med innvandrere med flyktningbakgrunn, men også for andre helsetjenester og i psykisk helsearbeid.

Litteraturliste

- Abebe, D. S., Lien, L., & Hjelde, K. H. (2014). What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway. *J Immigr Minor Health*, *16*(1), 60–67. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9>
- Altun, A., Brown, H., Sturgiss, L., & Russell, G. (2022). Evaluating chronic pain interventions in recent refugees and immigrant populations: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *105*(5), 1152–1169. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.021>
- Andersen, A. J. W. (2023). Psykisk helsearbeid. I *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/psykisk_helsearbeid
- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *TRAUME-behandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Axelsen, E. D. (2014). Meningsskaping – en diamant i psykoterapi. *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2014/01/meningsskaping-en-diamant-i-psykoterapi/>
- Baer-Olsen, M. E., Dragesund, T., & Sviland, R. (2024). *Psykomotorisk fysioterapi til torturoverlevende: Utfordringer og muligheter i et kultur- og traumesensitivt perspektiv*. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-fysioterapi-norsk-psykomotorisk-fysioterapi/psykomotorisk-fysioterapi-til-torturoverlevende-utfordringer-og-muligheter-i-et-kultur-og-traumesensitivt-perspektiv/153382>
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi: Prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *121*(24), 2845–2848.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Olafson, E., Kagan, R., Mallah, K., & van, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, *35*(5), 390-398 <http://doi.org/10.3928/00485713-20050501>
- Dezutter, J., Offenbaecher, M., Vallejo, M. A., Vanhooren, S., Thauvoeye, E., & Toussaint, L. (2016). Chronic pain care: The importance of a biopsychosocial-existential approach.

The International Journal of Psychiatry in Medicine, 51(6), 563–575.

<https://doi.org/10.1177/0091217417696738>

Eian, Ø. (2022, mars 17). *NFFs forbundsleder om flyktninger: – Alle fysioterapeuter har kompetanse til å hjelpe*. <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/nffs-forbundsleder-om-flyktninger-alle-fysioterapeuter-har-kompetanse-til-a-hjelpe/141290>

Eielsen, N. (2022). *Når avtrykk kommer til uttrykk*. Forlaget Vekst.

Engelsrud, G. (2006). *Hva er KROPP* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Fishbain, D. A., Pulikal, A., Lewis, J. E., & Gao, J. (2017). Chronic Pain Types Differ in Their Reported Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and There Is Consistent Evidence That Chronic Pain Is Associated with PTSD: An Evidence-Based Structured Systematic Review. *Pain Medicine*, 18(4), 711–735. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw065>

Flyktninghjelpen. (2023). *Statistikk | Flyktningregnskapet 2023*. Flyktninghjelpen. <https://www.flyktninghjelpen.no/global/statistikk/statistikk/>

Franklin, C. (2001). Physiotherapy with Torture Survivors. *Physiotherapy*, 87(7), 374–377. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)60869-3](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)60869-3)

Fraser, R. (2021). The role of physiotherapy in managing complex pain associated with trauma and torture in refugee populations. *Physiotherapy*, 113, e190. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.10.204>

Getz, L., Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi – mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 13(7), 683-687. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0874>

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

- Grut, L., Tingvold, L., & Hauff, E. (2006). General practitioners' experiences with refugee patients. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 126(10), 1318–1320.
- Gundersen, T. (2017, april 27). *Psykisk helse hos flyktninger og asylsøkere*. Rådet for psykisk helse. <https://psykiskhelse.no/psykisk-helse-hos-flyktninger-og-asylsokere/>
- Harris, S. M., Diaz, E., Binder, P.-E., & Sandal, G. M. (2020). How do doctors engage with refugees with mental disorders? *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 142(7). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0165>
- Hasha, W., Iglan, J., Fadnes, L. T., Kumar, B., Haj-Younes, J., Strømme, E. M., Norstein, E. Z., Vårdal, R., & Diaz, E. (2020). The Effect of Physiotherapy Group Intervention in Reducing Pain Disorders and Mental Health Symptoms among Syrian Refugees: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9468. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249468>
- Helgeland, H., & Gjems, S. (2020). Somatiske symptom-tilstander hos barn og unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(9). <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2020/09/somatiske-symptomtilstander-hos-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2009). *Migrasjon og helse, utfordringer og utviklingstrekk*. <https://www.helsedirektoratet.no/search>
- Helsedirektoratet. (2024). *Kommunikasjon med fremmedspråklige og bruk av tolk*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/kommunikasjon-mestring-og-motivasjon-ved-diabetes/kommunikasjon-med-fremmedspraklige-og-bruk-av-tolk>
- Ipekci, B. (2023). Predicting PTSD and Complex PTSD among Iraqi and Syrian Refugees. *Community Ment Health J*, 59(5), 834–843. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01066-x>
- Jadhakhan, F., Evans, D. W., & Falla, D. (2023). The role of post-trauma stress symptoms in the development of chronic musculoskeletal pain and disability: A systematic review. *European Journal of Pain*, 27(2), 183–200. <https://doi.org/10.1002/ejp.2048>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Abstrakt forlag.

- Kirkengen, A. L. (2017). Diagnose: Barndomsforgiftning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 16–24. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-03>
- Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2007). Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(24). <https://tidsskriftet.no/2007/12/kronikk/overlast-og-kompleks-sykdom-et-integrert-perspektiv>
- Kristiansen, I., & Ekerholt, K. (2022). Fra kaos til sammenheng og mening: Pasienterfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 5, 40–52.
- Kumar, B. N., Bruun, T., Indseth, T., Hussaini, L., Labberton, A. S., Ali, W. A., Syse, A., Olsen, A. O., Qureshi, S. A., Bærug, A. B., & Straiton, M. L. (2017, februar 22). *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>
- Kvale, M. I. T., Kolås, M., & Alme, M. N. (2020). Traumebevisst omsorg i fysioterapeutisk behandling av personar med flyktningbakgrunn. *Fysioterapeuten*, 87(9).
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norske Forlag.
- Lavik, N. J., Solberg, O., & Varvin, S. (1997). Mental health among refugees. Connection between symptoms, traumatization and exile. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 117(25), 3654–3658.
- Leraand, D., & Bahun, V. B. (2022). Flyktninger. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/flyktninger>
- Li, S. S. Y., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Curr Psychiatry Rep*, 18(9), 82–82. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
- Lien, L., & Malkomsen, A. (2024). Eksistensiell krise i den biopsykososiale modellen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 144 (4). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0839>
- Lossius, L. O. (2023, juni 9). *3 milliarder til psykisk helse: – Savner kroppen som innfallsvinkel*. <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/3-milliarder-til-psykisk-helse-savner-kroppen-som-innfallsvinkel/149584>

- Luth-Hanssen, N. S. Y. (2017). *Exercise for mental well-being: A study of psychomotor physiotherapy group for immigrant women* [Oslo and Akershus University College of Applied Sciences]. <http://hdl.handle.net/10642/5441>
- Lønning, M. N., Laupstad, I., Bringedal Houge, A., & Aasnes, A. E. (2021). “A random system”. *Torture Journal*, 30(3), 84–100. <https://doi.org/10.7146/torture.v30i3.119875>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122 (25) 2468–2472.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mathiesen, E. (2020). Hvordan kan helsepersonell hjelpe flyktninger som sliter psykisk? *Sykepleien forskning (Oslo)*, 82396, e-82396. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82396>
- McGowan, E., Beamish, N., Stokes, E., & Lowe, R. (2020). Core competencies for physiotherapists working with refugees: A scoping review. *Physiotherapy*, 108, 10–21. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.04.004>
- Meld.st.23 (2022-2023). (2022). *Opptrappingsplan for psykisk helse*. regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptrappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(1), 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>
- Møyner, E. (2022). Psykomotorisk fysioterapi. I *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/psykomotorisk_fysioterapi
- Nasjonal digital læringsarena. (2024). *Hva er psykisk helse? - Tverrfaglige temaer - NDLA*. ndla.no. <https://ndla.no/subject>

- NESH. (2023). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- NKVTS. (u.å.). *Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger*. NKVTS. Hentet 22. juni 2023, fra <https://www.nkvts.no/prosjekt/behandling-og-rehabilitering-av-traumatiserte-flyktninger/>
- Nordbrandt, M. S., Sonne, C., Mortensen, E. L., & Carlsson, J. (2020). Trauma-affected refugees treated with basic body awareness therapy or mixed physical activity as augmentation to treatment as usual—A pragmatic randomised controlled trial: PLoS ONE. *PLoS ONE*, *15*(3), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230300>
- Nyboe, L., Bentholt, A., & Gyllensten, A. L. (2017a). Bodily symptoms in patients with post traumatic stress disorder: A comparative study of traumatized refugees, Danish war veterans, and healthy controls. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *21*(3), 523–527. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2016.08.003>
- Nyboe, L., Bentholt, A., & Gyllensten, A. L. (2017b). Bodily symptoms in patients with post traumatic stress disorder: A comparative study of traumatized refugees, Danish war veterans, and healthy controls. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *21*(3), 523–527. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2016.08.003>
- Opaas, M., Wentzel-Larsen, T., & Varvin, S. (2022). Predictors of the 10 year course of mental health and quality of life for trauma-affected refugees after psychological treatment. *European Journal of Psychotraumatology*, *13*(1), 2068910. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2068910>
- Ottesen, A., & Thornquist, E. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, *12*(2), 130–138. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-02-04>
- Paudyal, P., Less, E., & Cooper, M. (2023). Complementary and alternative therapies for PTSD in refugees and asylum seekers: A systematic review. *European Journal of Public Health*, *33*(Supplement_2). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.929>
- Popovac, Z. (2020). Innvandrerhelse og postmigrasjonsvansker. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, *17*(4), 277–286. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-04-07>

- Richter, K., Peter, L., Lehfeld, H., Zäske, H., Brar-Reissinger, S., & Niklewski, G. (2018). Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. *BMC Psychiatry, 18*(1), 206. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1783-y>
- Røde Kors. (2020). *Torturert og glemt? Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge.*
- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi: Innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten, 70*(1).
- SSB. (2024). *Personer med flyktningbakgrunn.* SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/personer-med-flyktningbakgrunn>
- Stade, K., Skammeritz, S., Hjortkjær, C., & Carlsson, J. (2015). «After all the traumas my body has been through, I feel good that it is still working.» Basic Body Awareness Therapy for traumatised refugees. *Torture, 25*(1), 33–50.
- Straiton, M. L., Reneflot, A., & Diaz, E. (2017). Mental Health of Refugees and Non-refugees from War-Conflict Countries: Data from Primary Healthcare Services and the Norwegian Prescription Database. *Journal of Immigrant and Minority Health, 19*(3), 582–589. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0450-y>
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke- hva da? Holdning og bevegelse i selvutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten, 12.*
- Thomassen, M. (2015). *Vitenskap, kunnskap og praksis.* Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori.* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling – En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2*(1), 30–44. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2005-01-04>
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk Fysioterapi—Tenkning og tilnærming. Del I, Kjennetegn, prinsipper, fremgangsmåter. *Utposten, 5*, 28–32.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utgave). Gyldendal Norske Forlag.
- Tønnessen, M. (2023). Innvandrere. I *Store norske leksikon.* <https://snl.no/innvandrere>

Universitetet i Oslo. (2024). *Nettskjema-diktafon mobilapp—Universitetet i Oslo.*

<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>

van der Kolk, B. (2020). *Kroppen holder regnskap, Hjerne, kropp og sinn i behandling av traumer.* Flux Forlag.

Varvin, S. (2008). *Flyktning-pasienten.* Universitetsforlaget.

Varvin, S. (2018). *Flyktningers psykiske helse.* Universitetsforlaget.

Aambø, A. (2020). Innvandreres helse – en utfordring for helsetjenesten. *Tidsskriftet Michael*, 17. 510–527.

Aambø, A. (2021). *Innvandreres helse og helsetjenestens ansvar.* Cappelen Damm Akademisk.



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

432580

Vurderingstype Dato

Standard 31.07.2023

Tittel

Psykomotorisk behandling til personer med flyktning eller innvandrere bakgrunn.

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Anne Mari Stigen

Student

Ingrid Oldervik

Prosjektperiode

26.06.2023 - 16.05.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 16.05.2024.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

TAUSHETSPLIKT

Forskningsdeltagerne har yrkesmessig taushetsplikt. De kan ikke dele taushetsbelagte opplysninger med forskningsprosjektet. Vi anbefaler at du minner dem på taushetsplikten. Merk at det ikke er nok å utelate navn ved omtale av elever, pasienter el. Vær forsiktig med bruk av eksempler og bakgrunnsopplysninger som tid, sted, kjønn og alder.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.) .

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringar-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Psykomotorisk fysioterapi til personer med flyktning eller innvandrere bakgrunn”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente erfaringskunnskap fra behandling med psykomotorisk fysioterapi til personer med flyktning eller innvandrere bakgrunn. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å utdype, beskrive og analysere psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer fra deres møter med og fra behandling av personer med flyktning eller innvandrere bakgrunn.

Forsknings-spørsmål:

«Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med behandling av personer med flyktning- eller innvandrerbakgrunn?»

Bakgrunn

Flyktninger eller innvandrere er en sårbar gruppe i risiko for å utvikle psykiske og fysiske helseplager. Forskning viser at det er økt psykisk uhelse blant innvandrere sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Leder av Norsk fysioterapi forbund (NFF) Gerty Lund peker på psykomotoriske fysioterapeuters spesialkompetanse som et viktig bidrag for ivaretagelse av helseutfordringer blant flyktninger. Det finnes derimot lite forskning på området fra tidligere om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter tilnærmer seg og hva de vektlegger, i behandlingsforløp med denne pasientgruppen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er del av en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Høyskolen i Innlandet (HINN) og HINN er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Informanter til prosjektet blir rekruttert gjennom fagnettverk for fysioterapeuter med videreutdanning i Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPFM). Forespørsel om deltagelse skjer gjennom fagforbundets hjemmeside og Facebook gruppe. Din erfaringskunnskap fra arbeide med den aktuelle pasient gruppen vektlegges for deltagelse i prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du ønsker å delta i forskningsprosjektet innebærer dette deltagelse i et intervju med varighet av ca. 60 minutter. Under intervjuet vil du få spørsmål om å utdype dine erfaringer som psykomotorisk fysioterapeut i møte med og i behandling av personer med flyktning eller innvandrere bakgrunn. Intervjuet vil foregå så langt det er mulig på ditt foretrukne møtested, om ønskelig

benyttes digitale møteplasser som f.eks. Teams. Det vil bli benyttet lydopptaker fra mobilappen Nettskjema-diktafon under intervjuet. Intervjuet blir automatisk transkribert i Nettskjema som er en godkjent og sikker leverandør for datainnsamling via nett.

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.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes? Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent i mai 2024. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra HINN har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

Høgskolen i Innlandet (HINN) ved:

Prosjekt ansvarlig: Anne Mari Steigen, e-post: anne.steigen@inn.no eller telefon: 62 43 03 68

Student: Ingrid Oldervik, e-post: 259401@stud.inn.no eller telefon: 97 18 31 04

Vårt personvernombud; Asghar Usman, e-post: usman.asghar@inn.no eller telefon: 61 28 74 83

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Anne Mari Steigen
(Forsker/Veileder)

Ingrid Oldervik
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Psykomotorisk fysioterapi til personer med flyktning eller innvandrere bakgrunn*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3. Intervjuguide

Intervjuguide

I det følgende intervju vil jeg gjerne høre om dine erfaringer som psykomotorisk fysioterapeut i behandlingsforløp med personer med innvandrer eller flyktning bakgrunn. Jeg minner om at din taushetsplikt som helsepersonell er gjelden under intervjuet. Før vi starter kunne du fortalt litt kort om din arbeidsplass, din type stilling og din arbeidserfaring som psykomotorisk fysioterapeut?

1. Når vi snakker om personer med flyktning eller innvandrer bakgrunn hvem tenker du på da? (Hva kjennetegner denne pasient gruppen?).
2. Hvor mange eller hvor stor del av pasientgrunnet ved din praksis har flyktning eller innvandrer bakgrunn? Hvor lenge har du jobbet med denne pasient gruppen? Har du spesiell interesse/motivasjon for denne pasientgruppen? Kan du evt. fortelle noe om hvorfor?
3. Er det din erfaring typiske problemstillinger eller plager som denne pasient gruppen søker hjelp for hos psykomotorisk fysioterapeut?
4. Hvilke erfaringer har du fra det første møte med pasienter med innvandrer eller flyktning bakgrunn? (Er det spesielle forberedelser, hensyn eller tilrettelegging du er opptatt av i det første møte?)
5. Hvilke erfaringer har du fra behandling med psykomotorisk fysioterapi til personer innvandrere eller flyktningbakgrunn?
 - Er det forhold som du vil trekke frem som gjør prosessen vanskelig? (F. eks språk, kommunikasjon, ulik sykdoms oppfatning, ulik helsekompetanse, ulik kultur, sammensatt og overveldende problematikk).
 - Er det forhold du vil trekke frem som gjør at behandlingen lykkes? (relasjon, virkemidler, tilpasninger og tidsfaktor).
6. Kan du si noe om dine tanker rundt hvordan psykomotorisk fysioterapi kan være til hjelp for denne pasient gruppen? (Begrensninger og muligheter i behandling, evt. hvordan behandlings-formen skiller seg fra annen type behandling eller helsehjelp).

Evt. Tilleggsspørsmål:

1. Kan du beskrive dine erfaringer med bruk av tolk i behandling?

- Er det omstendigheter ved bruk av tolk som du vil trekke frem som «fremende» i behandlings prosessen, evt. hva og hvordan?
- Er det omstendigheter ved bruk av tolk som du vil trekke frem som hemmende i behandlings prosessen, og evt. hva og hvordan?

Avslutning:

Er det annet enn det vi har snakket om du ønsker å trekke frem før vi avslutter?

Tusen takk for du ville stille opp til intervju