

# Høgskolen i Innlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Mariann Halvorsen og Maria Løding

## Masteroppgave

**Kostnaden av å berøre følelser – en kvalitativ intervjuundersøkelse om  
psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med emosjonelle belastninger i  
jobben**

The toll of touching on emotion-

A qualitative interview study on psychomotor physiotherapists' own  
experiences of emotional stress at the workplace

4PM791 Master i psykisk helsearbeid

2024

Antall ord:

26332

**«Det du er bevisst, kan du gjøre noe med.  
Det du ikke er bevisst, kan gjøre noe med deg.»**

**Gordon Johnson**

## FORORD

Dette masterprosjektet startet i 2019 da vi begge påbegynte vår videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ved OsloMet. Høsten 2022 startet vi påbygg til Master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet. Med denne oppgaven fullføres løpet. Prosessen har vært både lærerik, krevende, gøy og utviklende. Vi sitter igjen med ny innsikt og erfaring som har beriket oss, både faglig og personlig. Vi har mange gode folk som har støttet og hjulpet oss på veien. En særlig takk til våre barn Lucas, Julia, Birk, Isak og Torje! Dere har vært tålmodige i denne prosessen.

I arbeidet med oppgaven har vi fått uvurderlig hjelp fra vår veileder Sigrid Helene Kjørven Haug. Takk for at du viste tiltro til prosjektet og påtok deg oppgaven som veileder. Takk for gode refleksjoner og faglige råd underveis som bidro til at både skriveprosessen og oppgaven ble så lærerik og inspirerende. Vi har virkelig verdsatt ditt unike engasjement og din solide faglighet.

Takk til våre informanter for deres velvillighet og deling av personlige erfaringer.

Takk til ektefelle/kjæreste, familie, venner og kolleger for verdifulle diskusjoner, støtte, praktisk hjelp og oppbakking.

Takk til Marianns bror Harald for språkvask og Marias kollega Olav for datahjelp.

Takk til Bodø Kommune for finansiering og tilrettelegging.

Sist, men ikke minst, takk til hverandre for et berikende samarbeid! Det klokeste valget vi gjorde inn mot denne oppgaven var kanskje valget om å skrive sammen, og ikke alene.

Sandnes/Bodø, mai 2024

Mariann Halvorsen og Maria Løding

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Eksponering for andres følelser i et relasjonelt samspill kan innebære emosjonelle belastninger. Det er forsket lite på dette innen Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF). I denne masteroppgaven undersøkes temaet emosjonelle belastninger og resultatene diskuteres i lys av de terapeutiske begrepene overføring/motoverføring og ivaretagelse/selvivaretagelse.

**Hensikt:** Hensikten med masteroppgaven var å utvikle ny kunnskap om emosjonelle belastninger blant psykomotoriske fysioterapeuter. Problemstillingen var: Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten med emosjonelle belastninger i jobben, og hva gjør de for å håndtere det?

**Metode:** Kvalitativ metode med et utforskende og induktivt design ble benyttet. Seks psykomotoriske fysioterapeuter ble intervjuet individuelt etter en semistrukturert intervjuguide. Systematisk tekstkondensering utviklet av Malterud, ble anvendt som analysemetode og fire resultat kategorier ble definert på bakgrunn av datamaterialet.

**Resultat:** Informantene rapporterte om alenearbeid, lange ventelister og pasienter med komplekse helseproblemer. De hadde erfaring med emosjonelle belastninger og kroppslige symptomer. Jobben ble beskrevet som både meningsfull og belastende. Ivaretagelse av terapeutene var ikke systematisk tilrettelagt, men overlatt til den enkelte. Informantene benyttet følgende strategier for ivaretagelse: kurs og faglig oppdatering, kollegastøtte, veiledning, egenbehandling, varierte arbeidshverdager og bruk av humor.

**Konklusjon:** Kroppslig berøring er betegnede for NPMF og kan medføre spesielt nære relasjoner, noe som kan gjøre terapeuten mer utsatt for overføringer og motoverføringer. Kunnskap og bevissthet om mekanismene kan virke beskyttende mot emosjonelle belastninger og kan være ivaretagende. Ivaretagelse bør organiseres på tre nivå: arbeidsgiveransvar, kollegaansvar og individansvar. Kunnskap om relasjonelt samspill og ivaretagelse kan være gunstig for NPMS, psykisk helsearbeid og i forebygging av psykisk uhelse. Kunnskapen bør fremmes på utdanningsnivå.

**Nøkkelord:** Norsk psykomotorisk fysioterapi, psykisk helse, psykisk helsearbeid, emosjonelle belastninger, motoverføring/overføring, ivaretagelse/selvivaretagelse og kvalitativ metode.

## ABSTRACT

**Background:** Exposure to the emotions of others through relational dynamics can induce considerable emotional strain. Yet little research on this has been conducted within Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMF). This master's thesis examines the topic of emotional strain, and the results are discussed in connection to concepts such as transference/countertransference and care/self-care.

**Purpose:** The purpose of the master's thesis was to develop further knowledge about emotional strain among psychomotor physiotherapists. The question posed was: Which experiences do psychomotor physiotherapists in the municipal health service have with emotional strain in their work, and in which ways do they seek to cope with it?

**Method:** A qualitative method with an exploratory and inductive design was employed. Six psychomotor physiotherapists were individually interviewed following a semi-structured interview guide. Systematic text condensation developed by Malterud, was utilized.

**Results:** The informants gave reports about working alone, long waiting lists, and patients with complex health problems. They recounted experiences of emotional strain and bodily symptoms. The job was described as both meaningful and straining. Care for the therapists was not systematically facilitated, but left to the individual. The informants mentioned the following strategies for self-care: courses and professional updates, collegial support, supervision, professional therapy, varied workdays, and the use of humor.

**Conclusion:** The physical touch is characteristic of NPMF and can involve particularly close relationships, which can make the therapist more susceptible to transferences and countertransferences. Knowledge and awareness of the mechanisms can be protective against emotional strain. Care for caregivers should be organized on three levels: employer responsibility, colleague responsibility and individual responsibility. Knowledge of relational interaction and care can be beneficial for NPMS, mental health work and in the prevention of mental illness. The knowledge should be promoted at educational level.

**Keywords:** Norwegian psychomotor physiotherapy, mental health, mental health work, emotional strain, countertransference/transference, care/self-care for caregivers, and qualitative method.

1	INTRODUKSJON.....	7
1.1	Bakgrunn .....	7
1.2	Hensikt .....	9
1.3	Problemstilling .....	9
1.4	Beskrivelse av kontekst.....	9
1.5	Avgrensninger .....	10
1.6	Begrepsavklaringer .....	10
1.7	Overordnende teoretiske perspektiver .....	12
1.8	Litteratursøk.....	12
1.9	Vår forforståelse .....	13
1.10	Oppgavens oppbygging.....	14
2	TEORI.....	15
2.1	Overføring og motoverføring.....	15
2.1.1	Hva betyr begrepene overføring og motoverføring?.....	15
2.1.2	Overføring og motoverføring i et historisk perspektiv .....	16
2.1.3	Hvordan kan overføring/motoverføring forstås i nyere tid? .....	17
2.1.4	Hvordan kan terapeutens motoverføring identifiseres? .....	20
2.2	Ivaretagelse.....	21
2.2.1	Ivaretagelse i et systemperspektiv.....	21
2.2.2	Selvivaretagelse .....	24
3	METODE .....	28
3.1	Design.....	28
3.2	Vitenskapsteori .....	28
3.3	Utvalg og rekruttering av informanter.....	30
3.4	Datainnsamlingsmetode .....	31
3.4.1	Forberedelser .....	31
3.4.2	Kvalitativt semistrukturerte intervju.....	31
3.4.3	Gjennomføring .....	32
3.4.4	Transkribering .....	33
3.5	Analyse av intervjumaterialet .....	33
3.5.1	STK.....	34
3.6	Etiske overveielser .....	37
3.7	Personvern og godkjenninger .....	38
4	RESULTAT .....	40
4.1	Resultat kategorier .....	40
4.2	Å være alene med ventelister og pasienter med komplekse helseproblemer .....	40

4.3	Jobben setter seg i kroppen.....	42
4.4	Det terapeutiske arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut.....	44
4.5	Selvivaretaelse i det daglige arbeidet .....	46
5	DISKUSJON .....	50
5.1	Diskusjon av resultater.....	50
5.1.1	Overføring og motoverføring i psykomotorisk fysioterapi .....	51
a)	Jobben setter seg i kroppen.....	51
b)	Det terapeutiske arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut.....	55
5.1.2	Ivaretaelse og selvivaretaelse.....	58
a)	Arbeidsgiveransvar.....	58
b)	Kollegagruppens ansvar .....	59
c)	Individets ansvar .....	60
5.1.5	Relevans .....	64
a)	Relevans for psykisk helse og psykisk helsearbeid .....	64
b)	Relevans for NPMF.....	66
c)	Videre forskning .....	67
5.2	Diskusjon av metoden.....	68
5.2.1	Refleksivitet.....	68
5.2.2	Validitet.....	71
a)	Intern validitet.....	71
b)	Ekstern validitet .....	74
6	KONKLUSJON .....	77
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema .....	82
	Vedlegg 2: intervjuguide .....	88
	Vedlegg 3: vurdering fra REK .....	89
	Vedlegg 4: vurdering fra KoFE.....	91
	Vedlegg 5: vurdering fra Sikt.....	94

Tabeller:

Tabell 1: STK trinn 1

Tabell 2: STK trinn 2

Tabell 3: STK trinn 3

Tabell 4: STK trinn 4

# 1 INTRODUKSJON

## 1.1 Bakgrunn

Å jobbe som psykomotorisk fysioterapeut innebærer å være i kontakt med mennesker både gjennom samtale og ved direkte kroppslig berøring. Det å berøre pasientene er kanskje det som skiller fysioterapibehandling fra andre behandlingsformer (Bunkan, 1997, s. 160), og er beskrivende for den særstillingen fysioterapeuter har i møte med pasientene. Å komme så nært på pasienten, gjennom både berøring og samtale, kan forventes å påvirke fysioterapeuter unikt i forhold til andre terapeuter. Dette belyses i masteroppgaven gjennom problemstillingen som omhandler emosjonelle belastninger hos psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten.

En psykomotorisk fysioterapeut er i kontakt med pasientene gjennom massasje, spesifikke kroppsbevegelser og samtale (Bunkan, 2001, s. 2845). Mye av behandlingen dreier seg om å hjelpe pasienten til å få kontakt med egne følelser og å gi uttrykk for disse (Bunkan, 1997, s.160). Pasientene som oppsøker Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF) har ofte kompleks og sammensatt smerteproblematikk, hvilket kan gjøre jobben krevende (Dragesund, 2023, s. 20). Å jobbe med hele mennesket, som NPMF omhandler, kan være motsetningsfylt. På den ene siden kan det være positivt og givende, på den andre siden kan det å være i relasjon til pasienter og ta innover seg deres følelser og livssituasjoner være emosjonelt belastende og mulig føre til uheld (Buvik & Thun, 2023, s. 4). Det er økende interesse for å forske på emosjonelle krav og belastninger forbundet med arbeid (Buvik & Thun, 2023, s. 4), men det er skrevet og forsket lite på emosjonelle belastninger relatert til NPMF.

Norsk Psykomotorisk Fysioterapi ble utviklet i Norge på slutten av 1940- tallet gjennom samarbeid mellom psykiateren Trygve Braatøy og fysioterapeuten Adel Bulow-Hansen. Braatøy hadde det humanistiske grunnsyn som i dag også gjennomsyrrer fagfeltet (Bunkan, 2001, s. 2845). Faget er forankret i den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty`s (1908-1961) grunnprinsipp om at mennesker ikke bare har en kropp, men eksisterer som kropper - at mennesket *er* kropper. Mennesker har med andre ord en fungerende samtidighet mellom kropp og følelser, hvor kroppen forstås som sentrum for erfaringer (Thornquist, 1998, s. 134). Pasientens historie står sentralt og en viktig innsikt innen faget er at det er sammenheng mellom livshistorie og sykehistorie: at «livet setter kroppslige spor» (Thornquist, 2009, s. 1).

Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø, som gjennomføres av Statistisk sentralbyrå hvert tredje år (SSB, 2020) understøtter at fysioterapiyrket kan være emosjonelt belastende. I



undersøkelsen oppga 46% av fysioterapeutene at de hadde høye emosjonelle krav i jobben, som i denne undersøkelsen var definert til at man i høy grad å måtte forholde seg til egne eller andres negative følelser i arbeidet (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2019). Undersøkelsen viste at det var stor variasjon blant yrkesgrupper og ifølge tallene til SSB hadde 19 % av norske arbeidstakere høye emosjonelle krav i jobben. Fysioterapeuter og andre yrkesgrupper innen helse og velferd hadde høyere andel enn gjennomsnittet (Buvik & Thun, 2023 s. 4), noe som bidro til å fremheve aktualiteten i det å undersøke emosjonelle belastninger blant psykomotoriske fysioterapeuter.

Emosjonelle belastninger hos hjelpere kan forårsakes av eksponering for andre personers følelser i det daglige arbeidet, samt utfordringer knyttet til det å være i et relasjonelt samspill med andre (Buvik et al., 2023, s. 8). Særlig utfordrende kan være situasjoner hvor det kreves å vise empati og følelsesmessig involvering, hvilket ofte forekommer i pasientarbeid (2023, s.8-9). Emosjonelle belastninger i forbindelse med jobb bør tas på alvor og løses på et organisatorisk nivå (Indregard, 2022). Arbeidsmiljøloven uttrykker at det psykososiale miljøet skal være forsvarlig, og at arbeidstakere skal beskyttes mot uheldige belastninger som følge av kontakt med andre (Arbeidsmiljøloven § 4-3.). Emosjonelle belastninger blir videre utdypet i punkt 1.6.

For å grundigere kunne vurdere emosjonelle belastninger og strategier for å håndtere dette, ble teori og forskningsdata rundt begrepene overføring/motoverføring og ivaretagelse /selv ivaretagelse benyttet. Overføring og motoverføring er sentrale begreper innen psykoterapien og bygger på psykoanalytisk og psykodynamisk teori (Schibbye, 2017, s. 281). Anvendt teori relatert til ivaretagelse og selv ivaretagelse kan plasseres innenfor psykologifaget. Overføring kan forstås som aspekter i relasjonen mellom terapeut og pasient som henger sammen med tidligere opplevelser hos pasienten (Skårderud et al., 2018, s. 457). Tidligere traumatiske opplevelser huskes ikke som historier, men kan opptre som spor i kroppen eller prege måter pasienten er på i møte med andre (2018, s. 457). Motoverføring kan forklares som «den emosjonelle og kognitive reaksjonen hos terapeuten på dette budskapet» (2018, s. 458). Ivaretagelse defineres som: “alle former for praksis som direkte eller indirekte bidrar til å beskytte hjelpere mot slitasje i jobben” (Haavik & Toven, 2022, s. 12). Det beskrives i denne sammenheng tre nivåer av ansvar; arbeidsgiveransvar, kollegagruppens ansvar og individets ansvar (Haavik & Toven, 2022; Høgsted, 2023; Isdal, 2022). Selv ivaretagelse omhandler kunnskap og ferdigheter i hvordan man kan ta vare på seg selv (Haavik & Toven, 2022, s. 86). Utdypende teori om overføring, motoverføring, ivaretagelse og selv ivaretagelse beskrives i punkt 2.2.

## 1.2 Hensikt

Hensikten med masteroppgaven var å utvikle kunnskap og gi økt forståelse for emosjonelle belastninger knyttet til det å jobbe som psykomotorisk fysioterapeut i kommunehelsetjenesten. Dette innebar å utforske deres erfaringer og strategier for å håndtere emosjonelle belastninger. Det var av betydning at det var få studer på området innen fagfeltet psykomotorisk fysioterapi.

## 1.3 Problemstilling

Ut fra bakgrunn, hensikt og valg av tema for studien ble problemstillingen formulert slik:

“Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten med emosjonelle belastninger i jobben, og hva gjør de for å håndtere det?”

Problemstillingen var todelt. For det første utforsket vi hvordan psykomotoriske fysioterapeuter erfarte og ble påvirket av emosjonelle belastninger i jobben. For det andre undersøkte vi hva de gjorde for å håndtere belastningene og hvilke strategier de hadde for ivaretagelse.

For å besvare problemstillingen benyttet vi erfaringskunnskap hentet fra seks psykomotoriske fysioterapeuter som hadde egenerfaring med emosjonelle belastninger i jobben. Felles for informantene var at de hadde erfaring med hvordan jobben hadde satt spor i egne kropp og i eget følelsesliv, samtidig som de hadde lært seg strategier for ivaretagelse. Med erfaring mente vi opplevelser og hendelser informantene hadde vært involvert i, og som de hadde gjort seg refleksjoner og tanker rundt.

## 1.4 Beskrivelse av kontekst

Konteksten for masteroppgaven var at informantene møtte og behandlet pasientene ved klinikker de selv drev, som et ledd av kommunehelsetjenesten. Alle hadde kommunale driftstilskudd. Behandlingen foregikk en - til - en i deres egne behandlingsrom. Det var vanlig at de møtte pasientene ukentlig og over måneder eller år. Noen hadde i tillegg gruppetilbud. De var lokalisert ved fysikalske klinikker, flere av informantene jobbet alene mens andre jobbet sammen med andre fysioterapeuter.

## 1.5 Avgrensninger

For å avgrense oppgaven valgte vi å intervjuer psykomotoriske fysioterapeuter som jobbet med kommunalt driftstilskudd og som hadde sin yrkesfunksjon i kommunehelsetjenesten. Kunnskap om kommunehelsetjenesten som sådan, med lovverk og overordnede føringer, ble ikke inkludert, det samme gjelder erfaringer fra spesialisthelsetjenesten. I stedet utdypes kunnskap om ivaretagelse hvor også ledelsesnivå og organisering inngår. Vi etterspurte forhold i jobben, ikke i privatlivet. Totalsummen av emosjonelle belastninger i livet ble dermed ikke kartlagt i denne oppgaven, men ville trolig hatt betydning.

Masteroppgaven er en del av en pågående kunnskapsprosess og vitenskapelig uttrykker den ikke noen absolutt sannhet (Malterud, 2018, s. 18). Basert på oppgavens rammer og begrensninger var det flere felt som ikke ble inkludert, men som kunne vært aktuelle for å belyse temaet. Dette gjelder tilgrensende fenomener som compassion fatigue, sekundærtraumatisering, vikarierende traumatisering og utbrenthet. Dette vil ikke utdypes i masteroppgaven. Det samme gjelder risikofaktorer, som heller ikke ble inkludert. I teorikapitlet har vi valgt teorier og begreper som kan belyse og diskutere problemstillingens to deler; overføring/motoverføring og ivaretagelse/selvivaretagelse. Vi utelater inngående teori om faget NPMF i teoridelen, men særtrekkene ved NPMF presenteres i punkt 1.1.

## 1.6 Begrepsavklaringer

I dette avsnittet gjøres det rede for begrepene *emosjonelle belastninger*, *psykisk helse*, *psykisk helsearbeid*, *psykomotorisk fysioterapi* og *driftstilskudd*. Vi vil også knytte relevansen for oppgaven opp mot psykisk helse og psykisk helsearbeid i dette avsnittet.

*Emosjonelle belastninger:* I denne masteroppgaven valgte vi en forståelse av emosjonelle belastninger hentet fra en SINTEF (norsk forskningsinstitutt) rapport (Buvik et al., 2023). Emosjonelle belastninger omhandler å bli eksponert for andre personers følelser i det daglige arbeidet. Dette oppstår i et relasjonelt samspill med andre, hvor man også må håndtere egne vanskelige følelser. I yrker der det er krav til å vise empati og følelsesmessig engasjement er man særlig utsatt, som for eksempel ved pasient arbeid. Hyppighet, intensitet og varighet av møtene er av betydning for omfanget av emosjonelle belastninger (2023, s. 8-9).

*Psykisk helse:* Defineres av Verdens helseorganisasjon (2024) på følgende måte:

Mental health is a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community. It has intrinsic and instrumental value and is integral to our well-being.

Det er påvist sammenheng mellom høye emosjonelle krav i jobben og langtidssykefravær, utbrenthet og psykiske plager (Buvik & Thun, 2023, s. 4). Psykiske plager og lidelser hos voksne er vanlig i Norge, og mellom en av seks og en av fire vil oppleve psykiske lidelse i løpet av et år (FHI, 2023). Det kan tenkes at økt kunnskap om emosjonelle belastninger kan virke forebyggende. Å realisere sine muligheter i arbeidslivet i tråd med definisjonen ovenfor er sentralt i dette. Jobben er en viktig arena for å skape mening, og store emosjonelle belastninger som overgår den enkeltes tåleevne vil kunne påvirke psykomotoriske fysioterapeuters psykiske helse (Buvik & Thun, 2023, s. 4). Oppgaven kan på denne måten være relevant for den enkelte psykomotoriske fysioterapeuts psykiske helse.

Psykomotorisk fysioterapi er en del av psykisk helsearbeid (Gretland, 2007, s. 86) og oppgaven kan derfor naturlig plasseres inn i dette fagfeltet. *Psykisk helsearbeid:* Kan ifølge leder i Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2008, s. 102) defineres som:

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

Psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten er inkludert i denne studien, og det er følgelig dem som omtales i denne sammenheng. I veilederen for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne trekkes det frem at psykomotoriske fysioterapeuters rolle er basert på forståelse av at psykisk og fysisk helse ikke kan adskilles, og at mennesket må forstås som et hele (Helsedirektoratet, 2014, s. 83). Målet med NPMF er å “oppleve kroppen som meg”

(Thornquist og Bunkan, 1995, s. 72). Man kan trekke paralleller mellom dette og “styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft” slik det beskrives i definisjonen over. Det er vanlig at psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten jobber alene og at det mangler et tverrfaglig miljø som kan gi støtte i arbeidet med å oppnå målsettingen.

*Psykomotorisk fysioterapi:* Er en egen faggruppe innen fysioterapifaget. Det kreves videreutdanning- eller mastergrad i faget for å kunne kalle seg psykomotorisk fysioterapeut. Norsk fysioterapeutforbund (2021) beskriver formålet med behandlingsformen slik:

Psykomotorisk fysioterapi retter seg mot bevisstgjøring og endring av spenningstilstander i kroppen, og gir økt fortrolighet og kontakt med egen kropp. Pust og spenningstilstand i muskulatur endrer seg i forhold til hvordan vi har det med oss selv. Vedvarende spenningsmønstre kan låse seg over tid, og gi smerter i muskler og skjelett, eller andre plager. Stress, bekymringer, konflikter, traumatiske opplevelser og livsbelastninger virker inn på vår kropp og kroppsopplevelse. Psykomotorisk fysioterapi har som mål å være “hjelp til selvhjelp”.

*Driftstilskudd:* Begrepet brukes i oppgaven og innebærer at den aktuelle terapeuten har en avtale med kommunen som gir rett til å gi behandling til redusert egenandel mens det resterende dekkes av Helfo (Helsenorge, 2024). Fysioterapeuter som jobber med driftstilskudd, er underlagt kommunehelsetjenesten.

## 1.7 Overordnende teoretiske perspektiver

De psykodynamiske begrepene overføring og motoverføring er sentrale overordnede perspektiv i masteroppgaven. I tillegg vil det anvendes litteratur fra psykologisk fagfelt knyttet til ivaretagelse og selvivaretagelse. Dette utdypes i punkt 2.1 og 2.2.

## 1.8 Litteratursøk

Innledningsvis og underveis i oppgaven gjorde vi litteratursøk i databasene CINAHL, PubPsych og ORIA. Vi brukte søkeordene: emotional burden and health care, emotional burden and physiotherapy, emotional labor and health care, transference and countertransference, transference and countertransference and therapy, overføring og

motoverføring og terapi. Vi fikk bistand til litteratursøk fra Høgskolens bibliotek i Elverum der vi hadde en digital veiledningstime relatert til søk i databasene CINAHL og Embase. Vi lærte oss supplerende teknikker for å finne mer tidsaktuelle studier. Søk i CINAHL og Embase ga ingen funn på studier som omhandlet psykomotorisk fysioterapi og emosjonelle belastninger. For å finne relevant litteratur måtte vi søke bredere og mer generelt. For eksempel søkte vi på emosjonelle belastninger uten å knytte det til psykomotorisk fysioterapi, det samme for overføring/motoverføring, og ivaretagelse/selvivaretagelse.

Forskningsartiklene vi har benyttet presenteres i teorikapittelet i punkt 2.1.2, og omtales videre i resultatdiskusjonen i punkt 5.1.1 a) og b).

### 1.9 Vår forforståelse

Ved påbegynnelse av masteroppgaveprosjektet hadde vi omkring 20 års erfaring som fysioterapeuter, hvorav tre år som psykomotoriske fysioterapeuter. Inn i prosjektet hadde vi med oss forforståelser preget av både klinisk erfaring og utdanning. Malterud (2018, s. 44) beskriver forforståelse med den “ryggsekken” du har med deg inn i et forskningsprosjekt (2018, s. 44). Innholdet i sekken er erfaringer, faglige perspektiver og teoretisk referanseramme (2018, s.45). Forforståelse kan også handle om hvilke forventninger man har når man går inn i et forskningsprosjekt (Leseth & Tellmann, 2018, s. 115). I påfølgende avsnitt vil det redegjøres for vår forforståelse og de forventninger vi hadde ved inngangen av masterprosjektet. Vi beskriver videre hvilke erfaringer, hypoteser, teoretisk kunnskap og referanser (Malterud, 2018, s. 45) vi bragte med oss.

Vi valgte å undersøke erfaringer med emosjonelle belastninger blant psykomotoriske fysioterapeuter, da dette var noe vi hadde personlig erfaring med og var nysgjerrige på. Vår forforståelse var at dette var lite belyst og tematisert. Det var et tema som kom lite frem i fysioterapiens grunnutdanning samt i videreutdanningen innen psykomotorisk fysioterapi. Dette understøttes av Isdal (2022, s. 32) som poengterer at hjelpere, innenfor ulike yrkesgrupper, i liten grad lærer om hvordan de kommer til å bli påvirket av jobben og hvordan de kan forholde seg til det. Vårt inntrykk var at emosjonelle krav og belastninger knyttet til jobben som psykomotorisk fysioterapeut var lite kjent og at det var underkommunisert hva vi kunne gjøre for å håndtere det.

Videre hadde vi en forforståelse av at mange psykomotoriske fysioterapeuter hadde høye emosjonelle krav i jobbene sine. Vi hadde en forståelse av at rammene yrket ble utøvd i, og at pasientgruppen som psykomotoriske fysioterapeuter ofte møtte, kunne være forbundet med risiko for emosjonelle belastninger som igjen kunne føre til uhelse.

Vi hadde selv kjent på ulike symptomer i kroppen, og behovet for redskaper og økt kunnskap hadde vært stort. En drivkraft bak prosjektet var en undring over hvilke erfaringer andre psykomotoriske fysioterapeuter hadde med emosjonelle belastninger, samtidig som vi var nysgjerrige på hva de hadde gjort for å håndtere det.

Vår opplevelse var at psykomotoriske fysioterapeuter ofte jobbet alene og var sine egne ledere, noe som muligens kunne settes i sammenheng med økt sårbarhet i møte med emosjonelle belastninger. Vi hadde også en oppfatning av at mange hadde manglende kunnskap omkring det å forstå egne reaksjoner. Haavik og Toven (2022, s. 10) skrev i sin bok om ivaretagelse av hjelpere, hvordan man selv og andre tenkte: “er vi ikke betalt for å tåle dette?”. Slike holdninger kunne, etter vår oppfatning, bidra til opplevelse av svakhet ved «å være en som ikke tåler». Vi forstod det slik at det kunne være skambelagt å ikke mestre og at det kunne bidra til opplevelsen av å være en dårlig terapeut.

Videre opplevde vi at kompetansen som psykomotoriske fysioterapeuter innehar både faglig og erfaringsmessig, kunne virke beskyttende. Vi hadde en forforståelse av at psykomotoriske fysioterapeuter hadde mange redskaper i kraft av sitt yrke som kunne overføres i forhold til egen ivaretagelse og selvregulering. Vi tenkte også at de kanskje benyttet seg av psykomotoriske behandlingsprinsipper for å håndtere egne reaksjoner på det å ha en emosjonelt krevende jobb.

### 1.10 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av seks kapitler. Introduksjon til oppgaven blir beskrevet i det første. I kapittel 2 beskrives aktuell teori som kan knyttes til hovedfunnene og som er relevant for problemstillingen. I kapittel 3 beskrives og utdypes metoden. I kapittel 4 presenteres hovedfunn fra dataanalysen. Kapittel 5 omhandler drøfting av funn og metode i lys av utvalgt teori og tidligere forskning. I kapittel 6 oppsummeres svarene på problemstillingen.

## 2 TEORI

I dette kapitlet vil det presenteres teori relatert til begrepene overføring og motoverføring basert på dynamisk psykoterapi. I tillegg presenteres teori fra fagfeltet psykologi om ivaretagelse og selvivaretagelse knyttet til emosjonelle belastninger i jobben. Teorien videreføres i diskusjonskapitlet, der resultatene drøftes i lys av dette.

### 2.1 Overføring og motoverføring

Oppgavens problemstilling om emosjonelle belastninger blant psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten er interessant å diskutere og forstå i lys av begrepene overføring/motoverføring. Dette er begrep som kan utvide forståelse og bevissthet rundt både terapeuten og pasientens reaksjoner i terapirommet og i etterkant av terapien. Det kan også bidra til en dypere forståelse av relasjonen mellom terapeut og pasient. I tillegg kan det være en ressurs i motvirkningen av det som oppfattes som fastlåst terapi, noe informantene oppgir som en belastende faktor i yrket som psykomotoriske fysioterapeuter.

Begrepene overføring og motoverføring gis først en definisjon og forklaring. Deretter vil disse beskrives ut fra et historisk perspektiv for å forstå begrepenes opprinnelse. Videre beskrives begrepene ut fra hvordan de forstås i nyere tid. Til slutt vil det presenteres teori knyttet til hvordan terapeutens motoverføring kan identifiseres.

#### 2.1.1 Hva betyr begrepene overføring og motoverføring?

Arbeidet med overføring og motoverføring står sentralt i dynamisk psykoterapi (Skårderud et al., 2018, s. 457). Begrepet overføring viser til sider ved relasjonen mellom terapeut og pasient som henger sammen med tidligere opplevelser. Tidligere traumatiske erfaringer huskes ikke som historier, men kan opptre som spor i kroppen (somatisk smerte) eller prege måter pasienten agerer i møte med andre f.eks. i form av mistillit og angst (2018, s. 457). Schibbye (2017, s. 282) forklarer at «opplevelsene finner sted her og nå, men har altså sitt utspring i tidligere opplevelser».

Skårderud et al. (2018, s. 458) beskriver motoverføring som den emosjonelle og kognitive reaksjonen hos terapeuten på overføringen fra pasienten” (Skårderud et al., 2018, s. 458). Rotschild (2006, s. 18) forklarer motoverføring på denne måten: “if the therapist becomes sad when his client expresses grief because of her own unresolved grief, that is



countertransference. If he becomes sad when a longterm client reports that he has cancer, that is not countertransference”.

### 2.1.2 Overføring og motoverføring i et historisk perspektiv

Fenomenet overføring/motoverføring ble kjent gjennom Freud, som først oppdaget dette i en relasjon mellom hans kollega Joseph Breuer og en ung kvinnelig pasient (Schibbye, 2017, s. 281). Denne kvinnen, omtalt som Anna O, mottok behandling fra den østerrikske nevrologen Breuer. Anna O hadde ulike symptomer som lammelse, kvalme, angst, forvirring og hallusinasjoner. Symptomene forsvant når hun kunne huske situasjonene der symptomene opprinnelig oppsto og hun kunne erfare følelsene som var knyttet til disse situasjonene. Etter hvert ble relasjonen mellom Anna O og Breuer preget av erotiske undertoner. Da Breuer prøvde å avslutte relasjonen, utviklet Anna O et innbilt svangerskap der Breuer ble oppfattet som faren. Freud mente her at det som oppstod dreide seg om tidligere følelser hos pasienten. Relasjonen mellom Breuer som lege og Anna O som pasient frembrakte følelser fra klientens fortid. Både væremåte og følelsesmessige opplevelser ble ført over til relasjonen til terapeuten. Følelsene hadde sin opprinnelse i tidligere opplevelser, men opplevdes som gjeldende i situasjonen (2017, s. 281-282). Dette påpekes også av Fletcher (2021, s. 45) som sier at opprinnelsen til begrepet overføring er basert på pasientens erfaringer i en tidligere relasjon som bringes frem i relasjonen til terapeuten. Schibbye (2017, s. 283) sier videre at Freud kom frem til at overføring handler om en ubevisst forskyvning fra fortid til nåtid. Klientene er ikke i bevisst kontakt med fortiden, og søker å gjenoppleve det som var vanskelig i barndommen, på en bedre måte. “Drivet mot å rette opp tidlig smertefulle opplevelser ved å iscenesette bestemte relasjoner til personer er tydelig klinisk” (2017, s. 283). Freud mente at overføringsreaksjoner var noe som oppstod i alle menneskelige relasjoner, ikke bare mellom pasient og terapeut.

Motoverføring beskrives av Freud (1910, sitert i Schibbye, 2017, s. 285) i følgende utdrag:

“We have begun to consider the countertransference, which arises in the physicians as a result of the patients influence on his unconscious feelings and have nearly come to the point of requiring the physicians to recognize and overcome this countertransference in himself”. For å forklare dette fenomenet kan man igjen trekke inn historien om Anna O og Breuer. Breuer ble involvert i en motoverføringsprosess ettersom han utviklet sterke, ubevisste følelser for Anna O. Dette hadde sin opprinnelse i Breuers tidligere ubevisste følelser og skapte dermed hindringer for terapiprosessen og førte til brudd i terapien (Schibbye, 2017, s. 285). Ifølge

Fletcher (2021, s. 45-46) kan begrepet motoverføring forklares som terapeutens reaksjon på pasientens overføring, og at dette på Freuds tid ble sett på som en “feil” hos terapeuten som igjen kunne være til hinder for terapien.

### 2.1.3 Hvordan kan overføring/motoverføring forstås i nyere tid?

I opprinnelig psykoterapi skulle behandleren befinne seg i en tilbaketrukket holdning.

Klienten skulle på denne måten ikke få så mange signaler fra terapeuten. Tanken var at denne nøytrale terapeuten skulle legge til rette for at pasienten skulle projisere egne følelser inn i terapeuten. Videre kunne disse projeksjonene analyseres (Schibbye, 2017, s. 285). Her fremmes et naturvitenskapelig syn der det skal kunne være mulig å være en objektiv observatør og ikke la seg påvirke. Den psykoanalytiske teorien har imidlertid utviklet seg mot å verdsette betydningen av de relasjonelle faktorene som avgjørende for å forstå individet. Dette har også gjort at et nyere syn på overføring og motoverføring har vokst frem (Schibbye, 2017, s. 286). Gill (1985, sitert i Schibbye, 2017, s. 286) trekker frem at overføring er knyttet til det interpersonlige og transaksjonelle i terapisisituasjonen. Terapeuten er til stede i terapien og er med på å skape forholdet der overføringen skjer. Schibbye (2017, s. 287) uttrykker: “i denne tankemodellen kan ikke overføring/motoverføring sees på som to isolerte prosesser, men som gjensidige og interrelaterte”. Fletcher (2021, s. 46) sier i denne sammenheng følgende: “The understanding of transference and countertransference has evolved and expanded over time and has come to mean slightly different things for different authors and schools of psychotherapy. Other terms are also sometimes used to describe similar dynamics such as resonance, projective identification, empathy and compassion”. Schibbye (2017, s. 291) advarer mot å erstatte virkeligheten med teoretiske begreper. Hun presiserer at det er viktig å huske at pasientene er mye mer enn produkt av sine ubevisste prosesser: “Klientene er kreative, utforskende, strevende, søkende, velvillige, irriterte, sinte, glade og tårefylte, men også lattermilde. Å sitte tilbake med de fattigslige begrepene overføring og motoverføring gir en følelse av å bidra til å redusere, og endog bortforklare”. Videre sier Schibbye (2017, s. 291) noe om hvordan man kan identifisere overføringsprosessene i terapien. Her poengterer hun at det kan være av betydning å legge merke til de overdrevne reaksjonene fra klientene. Det å være overdrevent aggressiv, overdrevent takknemlig, overdrevent frustrert eller overopptatt av å tilfredsstille terapeuten. I disse tilfellene kan det være relevant å vurdere om man opplever overføringer.

Overføring og motoverføring er ifølge Schibbye (2017, s. 296), viktig i terapien. I et møte mellom to individer dreier det seg om et møte mellom to relasjonelle selv. De ubevisste og bevisste indre representasjonene som barnet har utviklet sammen med foreldrene påvirker klientens oppfatning av terapeuten og væremåter i relasjonen (2017, s. 296). Her vil terapeutens evne til å fange opp underliggende budskap i det pasienten formidler være viktig (Skårderud et al., 2018, s. 457). Terapeuten kan da, sammen med pasienten, sette ord på det som oppstår og prøve å hjelpe pasienten til å forstå at relasjoner til andre mennesker kan ha en sammenheng med tidligere vonde erfaringer. Terapeuten bør være emosjonelt tilgjengelig for å kunne møte det underliggende emosjonelle budskapet fra pasienten (2018, s. 458).

Motoverføring kan, ifølge Knutson (2004), forstås som et problem hos behandleren/terapeuten eller som en viktig og uunnværlig del i terapien. I denne sammenheng sier Knutson (2004) videre at det er viktig med refleksjon og bevissthet rundt terapeutens egne motoverføringer i møte med pasientene. Veiledning, kollegial assistanse og samtaler kan være av stor betydning for terapeutens egne etiske holdninger og moralske normer. Det vil også være viktig for å kunne ivareta seg selv og skjerme seg overfor sterke følelsesmessige påkjenninger.

Fletcher (2021, s. 45) har gjennom sin doktorgradsavhandling, som omhandler det å bli affisert av berøring, beskrevet hvordan begrepene overføring/motoverføring stort sett har vært diskutert i lys av samtaleterapi og ikke vært knyttet direkte opp mot kroppskontakt og berøring. Hun presiserer at de samme fenomenene sannsynligvis oppstår i fysisk kontakt med pasienter og i de intime forbindelsene som oppstår i berøring. Begrepet “somatic countertransference” brukes for å beskrive kroppslige følelser og sensasjoner som oppstår i terapeuten ved pasientens tilstedeværelse, prosess og overføring (Hartley, 2004, s. 206). Keleman (1986) beskriver en somatisk-emosjonell tilnærming til overføring/motoverføring, og uttrykker følgende: “det er viktig at terapeuten er bevisst eget kroppsspråk og hvilke signaler og kommunikasjon dette gir pasienten. Kroppsspråket kan tolkes som en motoverføring som påvirker pasienten” (1986, s. 100).

Terapeutene må forberede seg på det å åpne opp for pasientene for å kunne ta inn så mye ubevisst kommunikasjon som mulig. De kroppslige sensasjonene som terapeutene opplever i samhandling med pasientene kan være med på å berike terapeutenes forståelse for pasientene (Bloom, 2006, sitert av Fletcher, 2021, s. 57). Tom Warnecke (2011, s. 235) uttrykker i sin artikkel “Stirring the depths: transference, countertransference and touch” at det vi berører også berører oss og at det i tillegg gir oss informasjon om oss selv i prosessen. Han sier

videre: “touch will usually evoke a bodily response from the other; it is an essential form of communication and we speak and listen through our hands. Touch may be warm, mechanical or withdrawn, evoke sensations, feelings and inter-personal dynamics, or elicit involuntary or disavowed motor intentions” (Warnecke, 2011, s. 236). Han påpeker også at ved å berøre kroppens overflate vil vi komme i kontakt med en form for dybde (2011, s. 233). Denne dybden kan bringe frem sterke følelser og minner som igjen kan føre til sterke overføringer. Når to mennesker møtes vil det forekomme en kontinuerlig utveksling av signaler som påvirker både den kroppslige og mentale tilstanden hos begge. Det er to sansemotoriske system og to autonome nervesystem som reagerer på hverandre og som begynner å respondere, relatere og påvirke hverandre (Carroll, 2009, sitert i Warnecke, 2011, s. 234). Kroppslig samhandling og regulering kan balansere eller hjelpe til med å identifisere følelser og emosjonelle tilstander i tillegg til assosierte fysiologiske parametre som f.eks. hjertefrekvens og blodtrykk (2011, s. 234). Høgsted (2023, s. 90) skriver om speilnevroner. Menneskers nervesystem er konstruert slik at man automatisk fanger opp andre menneskers følelser og atferd. Dette kan foregå på et ubevisst eller bevisst plan, men de fleste opplysningene som fanges opp blir ikke til bevisste tanker. Speilnevronene er spesialiserte celler i hjernebarken som gjør det mulig for oss å fremkalle samme tilstand i oss selv som det vi fanger opp hos andre (2023, s. 90).

Psykologene Stänicke og Holm uttrykker viktigheten av å utvikle seg som terapeut og kunne forstå egne og andres reaksjoner i terapirummet (Bergersen, 2023). Ved å forstå kompleksiteten i overføringene og motoverføringene kan dette også ses på som en ressurs i terapien (Bergersen, 2023). De sier videre at mange av de sårbarhetene man har som terapeuter kan bli en styrke i terapirelasjonen. Dersom man får til å “bli venn” med disse sårbare områdene i en selv kan det være nettopp dette som gjør oss mer empatiske. Ved å ta ansvar for å bli nysgjerrig på egne reaksjoner som skjer i form av f.eks. irritasjon, engstelighet, aggresjon eller utålmodighet kan man også komme i kontakt med et spesielt lytteperspektiv i møte med andre mennesker. På denne måten kan både egne reaksjoner og sårbarheter brukes aktivt i møte med pasienter/klienter. I stedet for å bli selvkritisk kan man bli nysgjerrig og prøve å forstå det som oppstår. De anbefaler å gjøre dette i form av veiledning, egenerapi og fordypning i litteratur (Bergersen, 2023). Stänicke (2023) avslutter med følgende sitat: “I dagens psykoterapi kan man si at kongeveien til det ubevisste er overførings- og motoverføringsarbeidet”.

#### 2.1.4 Hvordan kan terapeutens motoverføring identifiseres?

Schibbye (2017, s. 296) skriver at Cohen (1988) beskriver flere signaler som terapeuten kan identifisere ved egen motoverføring:

1. Terapeuten misliker pasienten på litt idiosynkratiske måter.
2. Terapeuten kan ikke identifisere seg med og/eller blir overemosjonell i forhold til klientens lidelse.
3. Terapeuten liker klienten ekstremt godt (den beste klienten) eller gruer seg til timene.
4. Terapeuten beskjeftiger seg i uvanlig grad med tanker om klienten mellom timene
5. Terapeuten har problemer med å holde sin oppmerksomhet på klienten, og blir uvanlig trett.
6. Terapeuten har problemer med tid, kommer kanskje for sent eller avslutter timene for sent.
7. Terapeuten blir sårbar og defensiv i forhold til kritikk fra klienten.
8. Terapeuten misforstår klienten og feiltolker.
9. Terapeuten overidentifiserer seg med klienten og med hvordan andre behandler vedkommende.

Schibbye (2017, s. 296-297) sier videre at de emosjonene terapeutene opplever er like viktige signaler for motoverføring. Hun presiserer følgende:

Terapeuten kan plutselig bli urolig for et tema klienten bringer opp, føle at klienten stiller for mange spørsmål, begynne å tenke på egen familie, merke noe sinne, føle at han nå virkelig gjør lure ting for klienten, eller at han ikke kommer noen vei, osv.

Schibbye (2017, s. 298) utdyper dette ved å forklare at overføring og motoverføring dreier seg om en svekkelse av selvavgrensing. En slik svekkelse kan føre til at det sorteres feil, noe som betyr at man lever i den andre i forhold til noen tema (2017, s. 298). Dette kan belyses ved et eksempel fra en terapisisituasjon der terapeuten f.eks. allierer seg med eller tar parti med pasienten. Her vil ikke terapeutens egne følelser sorteres fra pasientens og det «å ta parti» vil da bli en motoverføring.

## 2.2 Ivaretakelse

Relatert til vår problemstilling om psykomotoriske fysioterapeuter og emosjonelle belastninger vil det være relevant å forstå hvordan *ivaretakelse av hjelperen* samt *selvivaretakelse* kan være av betydning for både terapeut og pasient. I problemstillingen ønsket vi også å finne ut hvordan de psykomotoriske fysioterapeutene håndterte de emosjonelle belastningene. Dette kan forstås ut fra psykologisk litteratur om ivaretakelse og selvivaretakelse. Det vil, i dette underkapittelet, presenteres teori om ivaretakelse ut fra et systemperspektiv samt teori knyttet til selvivaretakelse.

### 2.2.1 Ivaretakelse i et systemperspektiv

I boka “Ivaretakelse av hjelperer” beskriver Haavik og Toven (2022, s. 12) ivaretakelse som:

Alle former for praksis som direkte eller indirekte bidrar til å beskytte hjelpere mot skader og slitasje i jobben. Det kan være alt fra å beskytte hjelpere mot å bli utsatt for vold, til å gi hjelpere lov til å sette ord på skambelagte reaksjoner. Vår grunnholdning er at ingen hjelper kan beskytte seg selv alene. Kolleger, ledere og systemene rundt må bidra dersom hjelpere skal unngå å bli for hardt rammet av jobbene sine. Derfor må ivaretakende praksis ses i et systemperspektiv.

Isdal (2022, s. 225) presiserer det samme ved å uttrykke at det er svært vanskelig å forebygge og forhindre skader på egenhånd. Han sier videre at en hjelper ikke kan beskytte seg selv mot belastningskonsekvenser i krevende jobber. Alle er avhengige av hverandre. Haavik og Toven (2022, s. 12-13) poengterer at hjelpere som både blir tatt vare på og som hjelper seg selv har mindre risiko for å bli syk som følge av smerten de utsettes for på jobb. Hjelperne vil da også ha mindre behov for å beskytte seg på ugunstige måter som igjen kan påvirke de som skal motta hjelp. Haavik og Toven (2022, s. 12) presiserer: «Grunnlaget for et ivaretakende system er kunnskap om belastningene som finnes i hjelpeyrkene, hva som gir risiko for skader, hva som er tegn på slitasje og hva som beskytter».

Haavik og Toven (2022), Høgsted (2023) og Isdal (2022) beskriver tre nivåer av ansvar; arbeidsgiveransvar, kollegagruppens ansvar og individets ansvar. Isdal (2022, s. 225-226) legger til en fjerde aktør, de som utdanner hjelpere.

Utdanningsstedene har et ansvar i forhold til det å forberede og gjøre hjelpere i stand til å gjøre jobben sin best mulig (Isdal, 2022, s. 226). Høgsted (2023, s. 143) benytter begrepet *belastningspsykologi*, hvor hun betegner psykologi knyttet til situasjoner som er belastende for mennesker og reaksjoner som oppstår når et menneske har vært utsatt for en belastning (2021, s. 25). Hun understreker at undervisning i belastningspsykologi er spesielt nyttig ved at det kan gi studentene en mulighet til å modnes sakte for å kunne være i stand til å ta ansvar for de menneskene de blir utdannet til å hjelpe, og samtidig lære å ta ansvar for medstudenter og seg selv. Studentene trenger, ifølge Høgsted (2023, s. 143) å vite om de mentale risikoene som kan være forbundet med å jobbe som hjelper. Isdal (2022, s. 226) beskriver en virkelighet der dagens studenter uttrykker at utdanningsstedene i veldig liten grad har forberedt dem på hva jobben kan gjøre med dem.

Arbeidsgiver har en viktig rolle i ivaretagelse av hjelpere (Haavik & Toven, 2022, s. 58).

Arbeidsgiver innbefatter leder, mellomleder og øverste leder. Dersom ivaretagelsen av hjelpere skal være effektiv, må ivaretagelsen være satt i system (2022, s. 58).

Arbeidsmiljøloven sier at arbeidsgiver har ansvar for at de ansatte skal ha arbeidsforhold de ikke blir syke av (Isdal, 2022, s. 229). Dette betyr at de har ansvar for opplæring, lønns- og arbeidsvilkår, organisering av arbeidet, arbeidets mengde og art samt oppfølging av de ansatte. Haavik og Toven (2022, s. 59-60) skriver følgende:

Inntrykket vårt fra mange års kursvirksomhet er at de ansatte på en del arbeidsplasser har opplæring i hvordan de kan beskytte seg mot vold, men at vi langt sjeldnere hører om opplæring og rutiner for å unngå vikarierende traumatisering, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet. Beskyttelse for hjelpere ligger, som for alle andre arbeidstakere, primært i rammene for virksomheten. Det som beskytter er, å ha den nødvendige variasjonen i arbeidsoppgavene, ikke for stor saksmengde, ikke for mange vanskelige samtaler samtidig, ikke for stor traumeeksponering, og å ha høy grad av kontroll over egen arbeidshverdag.

Haavik og Toven (2022, s. 62) trekker frem viktigheten av å ha en leder som gir den ansatte hjelper høy grad av autonomi i arbeidshverdagen samtidig som det gis visshet om at leder kan yte støtte og forsøke å løse det som er vanskelig sammen med deg ved behov. Støtten kan være både emosjonell og praktisk og kan gis både formelt og uformelt. Det viktige er at lederen ser hvilke vanskelige oppgaver som arbeidstaker står i, anerkjenner innsatsen, er til

stede for den ansatte og kommuniserer tillit. Forskning viser at ansatte som føler seg sett av leder, i form av at lederen er interessert i deres helse og velvære, har mindre sannsynlighet for fysisk og følelsesmessig utmattelse (2022, s. 62-63).

Et ivaretagende kollegafellesskap er også viktig for å kunne håndtere og trives i en tøff og krevende jobb (Haavik & Toven, 2022, s. 70). Jobben vil ofte kreve mer kompetanse og mer emosjonell kapasitet enn hver enkelt hjelper har alene (2022, s. 71). Isdal (2022, s. 235) kaller dette "hverandreivaretagelse" og uttrykker at man er avhengig av det miljøet man jobber i og at man har behov for støtte og trygghet i gode kolleger. Noen ganger kan intensjonene og rammene være gode, men ulike faktorer i arbeidshverdagen gjør at kollegastøtten ikke fungerer best mulig (Haavik & Toven, 2022, s. 73). Hjelpere jobber ofte med sammensatte problemstillinger som krever følelsesmessig involvering, noe som igjen krever en nyansert refleksjon. På denne måten kan det hende at noen minutters drøfting i lunsjen eller et par samtaler ved kaffemaskinen ikke er nok (2022, s. 73). "Arbeidsgiver og leder har et ansvar for å oppmuntre og legge til rette for at personalet får tid og rom til å utvikle et støttende kollegamiljø" (Isdal, 2022, s. 235).

Høgsted (2023, s. 196) skriver om viktigheten av god veiledning. Dette kan være en beskyttende faktor der fagpersonen kan få mulighet til å reflektere faglig og orientere seg om hva som er realistisk å oppnå basert på egne evner og jobbsituasjon (2023, s. 196). Hjelpere som har klienter med et høyt lidelsesnivå vil være avhengige av at veileder forstår arbeidet i form av at de har kompetanse og klarer å skape trygghet og fortrolighet i veilednings-situasjonen (Isdal, 2022, s. 192). Veiledningen bør fokusere flersidig og inkludere aspekter som omhandler klienten, det som omhandler den som mottar veiledningen samt det som omhandler metoden (2022, s. 192). Det er viktig at veiledningen anerkjenner den belastningen som oppleves i jobben og fremmer en normalisering av reaksjonene som kan oppstå (Høgsted, 2023, s. 196).

Debrifing er ifølge Isdal (2022, s. 189) en metode for å bearbeide noe vi har opplevd.

Debrifing gjennomføres i utgangspunktet i grupper der en traumatisk hendelse gjennomgås i detalj og det settes ord på hva den enkelte tenkte og gjorde (Høgsted, 2023, s. 200).

Debrifingen ledes ofte av en profesjonell og deltakerne i gruppen lytter og supplerer (2023, s. 200). Isdal (2022, s. 189) sier at debrifing ikke utelukkende bør være en metode for grupper, men at den også kan gjelde for enkeltpersoner:



På det aller enkleste nivå er debrifing noe vi gjør når vi forteller en annen person noe vi har opplevd, og den personen lytter og mottar. Debrifing er noe vi kan gjøre innenfor et bredt spekter, fra det å dele spesifikke følelser og opplevelser med en kollega og til en systematisk og profesjonell gjennomgang av en overveldende opplevelse. Målet er bearbeiding og avgiftning.

### 2.2.2 Selvivaretakelse

I dette underpunktet vil ulike former for selvivaretakelse presenteres. Dette innbefatter fysiologiske behov, egen kroppsbevissthet, speilnevroner, struktur og oversiktighet i arbeidsdagen, bruk av humor, fagutvikling og egenerapi.

Ifølge Isdal (2022, s. 235) finnes det mye litteratur som omhandler ideer og forslag til selvivaretakelse. Det er viktig å ha en god balanse mellom egenomsorg og den omsorgen man gir andre (2022, s. 238). “Det hjelper ikke hvor gode arbeidsbetingelsene er eller hvor klokt og hensynsfullt kollegene og lederen din oppfører seg, dersom du jobber på en måte som skader deg selv” (Haavik & Toven, 2022, s. 86). Det er viktig med kunnskap og ferdigheter i hvordan man kan ta vare på seg selv og det kan se ut til at få hjelpere har lært om dette under utdannelsen (2022, s. 86).

Grunnmuren i selvivaretakelse er de fysiologiske behovene våre; søvn, hvile, sunt kosthold og trening (Isdal, 2022, s. 238). For slitne og stressede hjelpere er det essensielt å ta vare på kroppen (Haavik & Toven, 2022, s. 114). Restitusjon er en viktig del av det å prestere (Isdal, 2022, s. 239). For hjelpere kan dette innebære hvile fra omsorgskrav, andres følelser, problemer, konflikter, emosjonell tilstedeværelse og empati (2022, s. 239). Høgsted (2023, s. 182) skriver følgende: “Å ha en mental høyrisikojobb krever ekstra energi, også selv om det ikke er fysisk tungt”.

Terapeutens egen kroppsbevissthet kan brukes som et verktøy for å identifisere nivå av stress eller aktivering i kroppen (Rotschild, 2006, s. 106). Dette er like viktig for terapeutene som for klientene/pasientene (2006, s. 106). Kroppsbevissthet kan, i seg selv, redusere risikoen for vikarierende traumatisering (Forester, 2001, sitert i Rotschild, 2006, s. 106). Det å legge merke til egen kropp og hvordan den aktiveres i møte med pasientene kan danne grunnlag for å jobbe videre med kroppsregulering på egenhånd (2006, s. 112). Videre vil denne bevisstheten rundt egen aktivering hjelpe terapeutene til å være i kontakt med egen sårbarhet ovenfor utvikling av compassion fatigue, vikarierende traumatisering og utbrenthet (2006, s. 112-113). Det finnes mange ulike måter å regulere aktiveringen i kroppen på (2006, s. 115)

og ulike tilnæringer kan brukes i ulike situasjoner. Rotschild (2006, s. 115) skriver om det å sette på brems. Ved å sette på brems er målet å bli roligere slik at man kan tenke klarere. Det skilles mellom det å være rolig og det å være avslappet. Når man er rolig, har man en viss grad av muskeltonus og denne kan være lavere i en avslappet tilstand. Dersom målet er å være rolig og klartenkt kan det noen ganger være mer hensiktsmessig å aktivere muskulaturen enn å jobbe med avspenning. Dette henger sammen med hvilken aktivering kroppen har i utgangspunktet, hvilket kan variere mellom hver enkelt. Her kan man prøve seg frem i forhold til hva som fungerer best; muskelavspenning eller muskelaktivering (2006, s. 118). Andre former for brems kan være plassering i rommet, bruk av mentaliseringsteknikker der man kobler seg på noe som gir følelse av velbehag/trygghet, teknikker for kroppsbeskyttelse (body armor), bevisst bruk av øyekontakt, kontakt med kroppens grenser og ulike visualiseringsteknikker (2006, s. 95-155).

Høgsted (2023, s. 90) skriver om speilnevroner. Hun uttrykker at menneskers nervesystem er konstruert slik at man automatisk fanger opp andre menneskers følelser og atferd. Dette kan foregå på et ubevisst eller bevisst plan, men de fleste opplysningene som fanges opp blir ikke til bevisste tanker. Speilnevronene er spesialiserte celler i hjernebarken som gjør det mulig for oss å fremkalle samme tilstand i oss selv som det vi fanger opp hos andre (2023, s. 90). Wilhelm Reich (1972, sitert i Rotschild, 2006, s. 63) uttrykker at pasientens uttrykksfulle bevegelser bringer frem en ubevisst imitasjon i terapeutens organisme. Ved å imitere disse bevegelsene kan man kjenne og forstå uttrykket i oss selv og, som en konsekvens, i pasienten. Høgsted (2023, s. 93) skriver følgende om speilnevroner:

Særlig profesjonelle som jobber med psykoterapi, må være ekstra bevisst på følelssmitte og empatisk resonans siden psykoterapi som behandlingsform bevisst gjør bruk av terapeutens egne følelser og tanke i behandlingen. Der en kreftlege behandler ved hjelp av en operasjon, kjemoterapi og strålebehandling, kan man si at en psykoterapeut behandler ved hjelp av seg selv! Det er her ekstra viktig at man hele tiden er bevisst på å skjelve mellom seg selv og den andre. Gjør man ikke det, kan man på ettermiddagen risikere å ha blitt fylt opp med klientenes traumer, sorg, ensomhet, stress, angst og alle de andre følelsene man som psykolog eller psykoterapeut daglig møter i klinikken.

Isdal (2022, s. 159-160) uttrykker viktigheten av å bli klar over hvordan vi speiler andre og kopierer deres atferd i egen kropp. Han påpeker at vi tar opp i oss andre, deres kropp og deres

følelser i langt større grad enn vi er bevisst. «Andre menneskers lidelse setter seg i vår egen kropp gjennom speilnevronenes virkninger» (Isdal, 2022, s. 160). Dersom vi forstår dette og kan være i kontakt med det som skjer kan det være en kilde til å kunne påvirke og forandre andre og deres følelsesmessige tilstander. Isdal (2022, s. 160) skriver videre:

Kunnskap om speilnevronene er avgjørende for hvordan vi kan beskytte oss selv bedre i det sterke emosjonelle kraftfeltet vi står i hver dag, samtidig som vi fortsetter å være gode hjelpere. Vi må vite at empati er en medfødt evne til å ta inn over oss andres følelser, og kjenne dem som om de var våre egne.

Struktur og oversiktighet i arbeidsdagen og arbeidsmiljøet kan også være av betydning for selvivaretagelse (Rotschild, 2006, s. 191-196). Det kan være viktig for mange å tenke over hvordan kontoret er møblert, og hva de ser på når de sitter i rommet. Dette kan være faktorer som fremmer trygghet og komfort i arbeidet med pasienter. Graden av komfort i arbeidsomgivelsene henger sammen med hvor klart man tenker og utfører jobben (2006, s.191). Rutiner i hverdagen, som å spise lunsj (helst sammen med kolleger), ha et jobbfritt tidsrom, gjøre noe annet enn det vanlige, sette av tid til refleksjon og tid til restitusjon i etterkant av vonde historier, kan være viktige for å fungere godt i jobben og forebygge negative reaksjoner (Haavik & Toven, 2022, s. 103-105). Det kan være av betydning å markere overgangene mellom jobb og privatliv for å hindre at jobben flyter sammen med resten av dagen (2022, s. 105). Dette kan gjøres ved å innføre små overgangsritualer idet man forlater arbeidsplassen, i løpet av hjemreisen eller i det man kommer hjem (2022, s. 106). Eksempler på slike ritualer er å skifte til andre klær, prate med resepsjonisten eller kolleger, refleksjon på vei hjem, lytting til lydbok eller musikk eller ta en dusj. Overgangsritualer på vei til jobb kan også brukes for å forberede seg og unngå å bli overveldet før jobbdagen har begynt (2022, s. 107-109). Isdal (2022, s. 259) henviser til soldater i krig som bringer med seg den mentale og fysiske tilstanden av å være i fare, hjem til den trygge verden. Hjemme reagerer de på samme måte som om de skulle være ved fronten. De blir oversensitive for signaler på fare. Videre påpeker Isdal (2022, s. 260) at hjelperens overgang fra tøffe jobbsituasjoner og til trygge hjem følger de samme psykologiske prinsippene. Dette kan gjøre seg gjeldende ved at vi blir mer irritable, aggressive, utålmodige og fjerne i kontakt med våre nære i hjemmet (2022, s. 260). Denne type reaksjoner kan reduseres ved å gjennomføre slike ovenfornevnte overganger mellom jobb og hjem (2022, s. 261).

Figley (2002, s. 139) beskriver bruk av humor som en regulering i forhold til compassion fatigue relatert til jobben som hjelper. Det eksisterer mange teorier om hvorvidt humor kan føre til spenningsreduksjon og en ny måte å tolke på (2002, s. 141). Isdal (2022, s. 257) skriver at mange faggrupper er for alvorlige. Humor kan fremstå som en motgift mot alvor og elendighet. De fysiske effektene av latter ser ut til å være sammenfallende med effektene av trening, som økt hjertefrekvens, muskelspenning og økt respirasjonsfrekvens som resulterer i en påfølgende avspenningseffekt (Figley, 2002, s. 143). Humor og latter kan også relateres til bedret immunfunksjon og frigjøring av endorfiner. På denne måten kan humor være stress-reducerende for både hjelpere og pasienter/klienter (2002, s. 143). Humor kan også mulig oppfattes som nedlatende eller lite respektfull, men ofte er hjelpere som bruker humor sensitive for omgivelsene og kan raskt skifte fra glede til sorg (2002, s. 145). Noen ganger kan humor skape en følelse av tilhørighet, en unik identitet og en egen form for kommunikasjon. Humor kan også fremme et fokus på her og nå og oppgaven som skal gjøres fremfor følelsene som oppstår (2002, s. 146). Det er viktig å få frem at humor er et komplekst fenomen og at det kan få ulike konsekvenser i ulike miljø. Noen bruker også humor for å dekke over følelser, noe som kan være uhensiktsmessig (2002, s. 151).

Ifølge Haavik og Toven (2022, s. 115) er det viktig for hjelpere med ny læring og fagutvikling. De beskriver at det å bli virkelig god i noe kan være ivaretagende og viktig for å kunne orke et langt hjelperliv (2022, s. 115). Isdal (2022, s. 245) skriver om ivaretagelse fra profesjonelle. Det beskrives at noen arbeidsplasser har system som sikrer rask tilgang på kompetent hjelp. Dette kan medføre mindre sykefravær og bedre kvalitet i arbeidet med pasienter (2022, s. 245). Det er likevel problematisk at det ikke alltid eksisterer et slikt tilbud og at mange ansatte ikke er klar over at det finnes. Det er få som vet om at dette er et tilbud som kan og bør brukes på grunn av kontinuerlige og sterke belastninger i arbeidet (2022, s. 245). Isdal poengterer også at det er skrevet veldig lite om psykologisk behandling av hjelpere som har blitt syke av jobben. Veiledning fremmes ofte som et tiltak, men noen ganger vil det også være behov for terapi (2022, s. 269). Høgsted (2023, s. 198) skriver at det i noen tilfeller kan være nødvendig med traumeterapi for hjelperne. Tidligere traumer som ikke er bearbejdet kan gjøre at hjelperen er mer utsatt for sekundærtraumatisering eller retraumatisering. Dette vil igjen påvirke det arbeidet hjelperen utfører sammen med sine pasienter (2023, s. 198). Dersom belastningene fremtrer som kroppslige reaksjoner og symptomer, kan det være mer nyttig med en kropporientert terapi (2023, s. 198).

### 3 METODE

I dette kapittelet vil det gjøres rede for forskningsprosessen i masteroppgaven.

Problemstillingen var som følger: *Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten med emosjonelle belastninger i jobben, og hva gjør de for å håndtere det?* For å belyse problemstillingen ble kvalitativ forskningsmetode anvendt. Ønsket var å kartlegge personlige erfaringer og opplevelser med emosjonelle belastninger tilknyttet jobben som psykomotorisk fysioterapeut. Kvalitativ tilnærming med individuelle semistrukturerte intervjuer ble derfor et naturlig valg (Leseth & Tellmann, 2018, s. 71).

Videre presenteres studiedesign og vitenskapsteoretisk utgangspunkt. Det redegjøres for hvordan vi har gått frem i rekruttering og utvalg av informanter, hvordan intervjuene ble gjennomført og hvordan analysen av data ble gjort. Avslutningsvis presenteres etiske overveielser og personvern.

#### 3.1 Design

For å besvare problemstillingen fant vi det mest hensiktsmessig med et kvalitativt utforskende design. Ved utforskende design knytter en seg ikke til teoretiske begreper før en går til empirien (Leseth & Tellmann, 2018, s. 41.) og en stiller seg åpen til mangfoldige svar og ny forståelse av fenomenet (Malterud, 2018, s. 32). Kvalitativ metode benyttes når et fenomen og dets karaktertrekk og egenskaper skal beskrives og analyseres. Det ble benyttet en hermeneutisk tilnærming der erfaringer og subjektive opplevelser og egenskaper ble vektlagt (Malterud, 2002 s. 2468). Seks psykomotoriske fysioterapeuter ble intervjuet, fremgangsmåten var induktiv. Med induktiv tilnærming menes at forskeren forsøker å samle inn kunnskap ved å gå fra empiri til teori. I masteroppgaven gikk vi til informantene først og i ettertid ble det gjort koblinger til relevant teori (Leseth & Tellmann, 2018, s. 27). Hensikten med oppgaven var å undersøke et tema av allmenn interesse (Thomassen, 2021, s. 49), i dette tilfellet for psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Datamaterialet ble analysert ut fra metoden Systematisk tekstkondensering (STK). Metoden er utviklet av Kirsti Malterud (2018) og er en tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (2018, s. 97).

#### 3.2 Vitenskapsteori

Det teoretiske utgangspunkt for masteroppgaven er to vitenskapsfilosofiske tradisjoner; hermeneutikk og pragmatisk filosofi. Dette ettersom Malterud plasserer STK innenfor hermeneutikken samtidig som hun beskriver analysemetoden som pragmatisk (2021, s. 97).

Malterud (2021, s. 37) beskriver pragmatiske studier som uavhengige fra spesifikke metodetradisjoner. I denne masteroppgaven er det utført semistrukturerte intervjuer hvor datamaterialet ble analysert ved hjelp av en tverrgående analyse. Dette er, ifølge Malterud (2021, s. 38), vanlig i pragmatiske studier. Malterud tilføyer følgende: “Begrepet *pragmatisk* henviser i denne sammenhengen både til dagligtale (praktiske overveielser), og også noen grad til pragmatisk filosofi, som vektlegger brukbarhet, praksis og konsekvenser” (Malterud, 2021, s. 37-38).

Fra et hermeneutisk ståsted skal både tolkning og forståelse ses på som en kunnskapsprosess som oppstår mellom forskeren og det som blir tolket (Nilssen, s. 72). I denne masteroppgaven var hensikten å samle kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med emosjonelle belastninger og hvordan de håndterte det. Den hermeneutiske fortolkningen har vært sentral i hele prosessen, spesielt i datainnsamlingen og analysen. Nilsen beskriver at en hermeneutisk tilnærming legger vekt på at et fenomen kan forstås på mange ulike måter avhengig av fortolkning (Nilssen, 2021, s. 71-72). Her er det naturlig å trekke frem “den hermeneutiske sirkel” som betegner hvordan forståelse utvikles mellom helhetene og delene i det vi ønsker å forstå (Thomassen, 2021, s. 91). Forståelsen kan ses på som en stadig bevegelse mellom det som blir fortolket og konteksten og mellom det som blir fortolket og forskernes forforståelse (Nilssen, 2021, s. 73). Thornquist (2021, s. 171) sier at hver gang vi forstår en del av virkeligheten vil det påvirke vår oppfatning av helheten. Videre påpeker Thornquist (2021, s.171) at selve sirkelbegrepet er kritisert. Sirkelen kan gjøre at man får forståelsen av at man kommer tilbake og at noe gjentar seg på samme måte. Spiral vil i motsetning til sirkel si noe om en videre bevegelse der en aldri kommer tilbake til nøyaktig samme sted. “En slik spiralbevegelse betyr i praksis at forskeren foretar en vedvarende fordypning av sin meningsforståelse. Det legges med andre ord stadig grunnlag for nye måter å forstå på - for dypere innsikt” (Thornquist, 2021, s. 171). Forforståelse kan forklares som det man bringer inn i en situasjon. Det kan omhandle teoretisk rammeverk, erfaringer, verdier, kunnskap, forskningsfilosofi og holdninger til det som skal undersøkes (Nilssen, 2021, s. 68).

I prosjektet med å skrive denne masteroppgaven hadde vi en forforståelse for fenomenet vi undersøkte, noe som påvirket datainnsamlingen, analysen og tolkningen. Dette utdypes nærmere i punkt 1.4. Faglig bakgrunn og erfaring har hele tiden hatt betydning for hvordan vi har forstått informantene og fenomenet vi har undersøkt.

### 3.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Det ble gjort en strategisk utvelgelse av informanter. Johannessen et al. (2021, s. 59) forklarer strategisk utvelgelse ved at forskeren velger ut en bestemt målgruppe som kan gi nødvendig data, eller ved at man velger ut informanter basert på relevans. Dette ble den anvendte rekrutteringsmetoden i denne masteroppgaven, hvor vi kontaktet de personer vi mente var best egnet til å besvare og belyse problemstillingen (Malterud, 2018, s. 58).

Inklusjonskriteriene var følgende: informantene måtte være utdannet psykomotoriske fysioterapeuter, ha 5 års yrkeserfaring, være aktive i en minimum 80 % stilling med kommunal driftshjælp eller som kommunalt ansatt, samt jobbe med pasienter med sammensatte lidelser.

Det var produktivt og relevant å snakke med informanter som hadde erfaring over tid, og som hadde arbeidsoppgaver som var utbredt for psykomotoriske fysioterapeuter og dermed særskilt representative for yrkesgruppen. For å avgrense ble kun informanter i kommunehelsetjenesten innlemmet.

Rekruttering av informanter ble gjort via Facebook. NFF (Norsk Fysioterapi Forbund) har en egen faggruppe for psykomotoriske fysioterapeuter. Gruppen har en Facebookside for sine medlemmer som ble benyttet som arena for å nå målgruppen. Å benytte sosiale medier til å rekruttere informanter er både tidseffektivt og kostnadsfritt, samtidig som man når ut til mange (Tjønndal & Fylling, 2021, s. 62-63). Det ble publisert et innlegg der vi etterspurte informanter, hvor inklusjonskriterier og informasjon om undersøkelsen ble informert om i teksten. Samme dag mottok vi seks henvendelser via oppgitt kontaktkanal. Alle disse seks personene innfridde inklusjonskriteriene og de fikk informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 1) på e-post. Det var ingen som valgte å trekke seg. Det kom heller ingen negative reaksjoner på forespørselen.

Informantene var fem kvinner og en mann. Utvalget bodde spredt geografisk ved at de kom fra seks ulike fylker. Alle var i yrkesaktiv alder og jobbet med kommunale driftstilskudd, primært med voksne pasienter (se punkt 1.3 for utfyllende informasjon).

## 3.4 Datainnsamlingsmetode

### 3.4.1 Forberedelser

Informantene fikk tilsendt informasjonsskriv (vedlegg 1) med orientering om studiens hensikt og formål. De fikk informasjon om digital intervjuform og tidsbruk, og vi hadde dialog på e-post eller SMS for å avtale tidspunkt for intervju. Vi etterstrebet å imøtekomme informantenes ønske for dato og tidspunkt. Det var nødvendig med forberedelse rundt det tekniske som å bruke Nettskjema, laste ned Nettskjema app på mobilen og gjennomføring av intervju via Microsoft Teams.

### 3.4.2 Kvalitativt semistrukturerte intervju

Intervjuformen i masteroppgaven var semistrukturert. Definisjonen på semistrukturerte intervju er at man anvender en intervjuguide med forhåndsbestemte tema, som utgangspunkt for intervjuet (Johannessen et al., 2021, s. 108). Rekkefølgen på temaene og spørsmålsstillingen kan variere. Det er akseptert at intervjueren beveger seg frem og tilbake mellom temaene (2021, s. 108). I intervjuer som dette står informantene fritt til å bruke egne ord og beskrivelser til sammenligning med for eksempel spørreskjema (Leseth & Tellmann, 2018, s. 71), noe som ble vurdert hensiktsmessig da vi ønsket å få frem dybde og variasjon i datamaterialet.

I studier som denne, er det vanlig at forskerne benytter intervjuguide som et hjelpemiddel gjennom intervjuet for å holde søkelys på det som skal utforskes (Leseth & Tellmann, 2018, s. 71). Med utgangspunkt i problemstilling, forskningsdesign og teoretisk rammeverk utformet vi en intervjuguide (2018, s. 72). Denne ble strukturert hovedsakelig med utgangspunkt i Johannessen et al. (2021, s. 112-113) ved at den inkluderte innledning, introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål, nøkkelspørsmål, kompliserte og sensitive spørsmål og til slutt en avslutning (vedlegg 2).

Innledningen i intervjuguiden bestod av utdypende informasjon til informantene der personvernmessige opplysninger fra informasjonsskrivet ble gitt, samt hensikt ved å delta. Det ble innhentet informert samtykke basert på skrevet de hadde fått. Andre del bestod i å kartlegge motivasjon for å delta samt å beskrive egen arbeidshverdag. Hoveddelen med nøkkelspørsmål omhandlet erfaringer med emosjonelle belastninger og erfaringer med hvordan jobben hadde påvirket og berørt eget følelsesliv og egen helse på godt og vondt. Videre beveget vi oss inn i mer sensitive spørsmål om hvordan jobben hadde påvirket psykisk og mentalt, om informantene hadde vært sykemeldt, og hvordan jobben for eksempel hadde



påvirket søvn og overskudd. Støtte fra lederne ble også tatt opp. Avslutningsvis spurtes det etter hvordan intervjuet hadde opplevdes og om det var noe mer informantene ville si eller utdype som ikke var kommet frem. Som anbefalt av Johannessen et al. (2021, s. 113) tilstrebet vi å runde av intervjuene på en ryddig måte der det ble satt av tid til at informantene kunne komme med eventuelle tanker, reaksjoner og informasjon tilknyttet de foregående spørsmålene.

Det ble gjennomført prøveintervju med en av våre kollegaer. Hensikten var å teste det tekniske, og bekrefte at det fungerte å gjennomføre digitale intervjuer med tre ulike lokasjoner (se punkt 3.4.3). Dette prosesstrinnet gav oss erfaring med intervjuguiden, som vi valgte å justere noe på. Basert på prøveintervjuet valgte vi for eksempel å spørre hva som var motivasjonen for å delta. Johannesen et al. (2021, s. 114) poengterer at prøveintervju gir mulighet til å venne seg til ulike svar, samt å teste om metodikken gir relevante svar.

### 3.4.3 Gjennomføring

Alle seks intervjuene ble gjennomført digitalt. Koronapandemien har gitt oss løsninger og erfaringer innenfor digital praksis som vi valgte å benytte oss av. Digitale intervjuer gir forskeren frihet til å rekruttere informanter fra hele verden, uavhengig av økonomisk finansiering og av hvor forskeren selv bor (Tjønndal & Fylling, 2021, s. 111). Digitale intervju var praktisk og økonomisk gunstig for dette prosjektet, da informantene var lokalisert i ulike regioner i Norge, og siden vi som prosjektansvarlige bodde på hver vår kant av landet. Intervjuene ble gjort via Microsoft Teams med video og lyd. Intervjuene ble gjort via Nettskjema - diktafonapp og ble tatt opp av begge prosjektansvarlige via mobiltelefoner. Lydfilen ble sikkert lagret i Nettskjema sin skyløsning og kunne i etterkant kun spilles av på Nettskjema.

Informantene bestemte selv sin fysiske lokalitet. Vi hadde på forhånd bedt dem om å sitte et sted hvor de var uforstyrret, de fleste valgte å sitte på arbeidsplassen, mens andre valgte å sitte hjemme. Vi var lokalisert på våre arbeidsplasser ved de fleste intervjuene, det forekom ved et par anledninger at en av oss var hjemme i et uforstyrret rom. En av oss fungerte som fast intervjuer og en som fast observatør, for å sikre mest mulig like intervju.

Det oppstod tekniske problemer under to av intervjuene. Lydkvaliteten ble ikke gunstig i det ene intervjuet, og en av forskerne falt ut i det andre. Dette rettet vi i i begge tilfeller raskt opp i igjen, og inntrykket var at intervjuet fungerte greit videre. Intervjuene varte fra 30 til 60 minutter, gjennomsnittet var 42 minutter.

Intervjuguiden (vedlegg 2) ble brukt som holdepunkt gjennom intervjuene for å sikre at vi fikk den informasjonen som var ønsket. Intervjuene fortonte seg mer som samtaler fremfor direkte utspørring. Underveis i arbeidet med intervjuene dukket det opp interessante forhold som vi ble nysgjerrige på å finne mer ut av, og som vi spurte om ved neste intervju. For eksempel kom det frem at en informant kunne kjenne sinne og aggresjon mot pasienter, dette benyttet vi oss av videre og spurte påfølgende informanter om de hadde tilsvarende erfaringer som kunne hjelpe oss å tolke hvordan vi kunne forstå (vedlegg 7).

Etter at intervjuene var ferdige og lydopptakene var slått av, hadde vi en prat med den enkelte for å fange opp eventuelle reaksjoner, samt få en mer uformell avrunding av intervjuet. Ingen av informantene rapporterte om vanskelige følelser eller behov for oppfølging i etterkant.

#### 3.4.4 Transkribering

Data ble overført og lagret i Nettskjema som krevde Feide innlogging. I Nettskjema var intervjuene tilgjengelig for avspilling, og der forelå digitale transkripsjoner som ble utgangspunktet for transkripsjonene vi benyttet videre. Feil og mangler ble rettet opp i manuelt av oss i etterkant, og ferdig transkriberte intervjuer ble sikkert lagret på høgskolen i Innlandet sin onedrive med Feide innlogging. Hvert intervju ble gått detaljert gjennom flere ganger, og renskrevet. Intervjuene ble transkribert i direkte tale, det vil si at vi ikke skrev om teksten (Leseth & Tellmann, 2018, s. 75). Vi etterstrebet å formidle det informantene sa på best mulig måte (Malterud, 2018, s. 78). Det innebar at vi i enkelte tilfeller modifiserte talespråket der det ble for muntlig ved at vi ikke skrev ned ord som ehh og hmm ol. Samtidig bevarte vi litt av det levende innholdet ved å skrive ned non- verbale uttrykk som latter (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208). Gjennom transkribering gjorde vi oss godt kjent med datamaterialet.

#### 3.5 Analyse av intervjumaterialet

For å besvare problemstillingen brukte vi analysemetoden systematisk tekstkondensering (STK), utviklet av Malterud. Metoden er tematisk, og målet var å finne mønstre og likheter på tvers av datamaterialet. STK er utviklet for å gi en oversiktlig innføring i hvordan analyseprosessen kan utføres på en systematisk og praktisk gjennomførbar måte, og ble derfor vurdert som aktuell for denne masteroppgaven. Analysen ble gjennomført i fire trinn i henhold til STK: 1) danne et helhetsinntrykk, 2) finne frem til meningsdannende enheter, 3)

abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og 4) sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2018, s. 97-98). En mer utførlig beskrivelse av de ulike analysetrinnene følger i seksjonen nedenfor. Trinn fire presenteres som resultatkapittel.

### 3.5.1 STK

Første steg i analyseprosessen bestod i å lese datamaterialet på en måte der vi skapte oss oversikt over materialet. Malterud beskriver "tilbakelemt" lesning og bruker også ordet "fugleperspektiv" når trinn 1 beskrives. Videre skal fire til åtte temaer identifiseres og fremheves (Malterud, 2018, s. 99). Vi leste hver for oss og trakk frem henholdsvis åtte og fem foreløpige tema som kunne gjenspeile datamaterialet. Se Tabellen 1: STK, trinn 1 under:

Tabell 1: STK, trinn 1:

<b>Kandidat 1</b>	<b>Kandidat 2</b>
Kroppslige symptomer	Å bruke seg selv i terapien
Fastlåst terapi	Maktesløshet ved fastlåst terapi
Kolleger	Viktigheten av kolleger og faglig påfyll
Grensesetting	Grensesetting
Emosjonell kapasitet hjemme	Jobben som medisin
Overføring	
Eksponering for mørke sider i samfunnet	
Ventelister	

I trinn to bevegde vi oss fra foreløpige temaer til koder. I denne fasen ble det gjort sorteringsarbeid hvor relevant tekst ble skilt fra irrelevant. Her var målet å trekke ut tekst som kunne besvare problemstillingen (Malterud, 2018, s. 100-101). Gjennom tett dialog og diskusjoner per telefon med prosjektkollega ble fem sammenfattende tema identifisert. De fem kode gruppene presenteres i Tabell 2 nedenfor:

Tabell 2: STK, trinn 2

<b>Fem tema som grunnlag for kodegrupper</b>
Rammer
Jobben som medisin
Kroppslige reaksjoner
Fastlåst terapi
Grenser

Vi undersøkte deretter de innsamlede data i mer detalj, ved å lese grundig gjennom transkripsjonene og trekke ut det som vi oppfattet som relevant for å besvare problemstillingen. Det ble kodet med farge, slik at tekstsegmenter eller meningsbærende enheter med felles tematisk kodegruppe fikk tilordnet felles farge. Tekstsegmentene, altså de meningsbærende enhetene, ble så klippet ut, samlet og organisert ut fra farge. På denne måten ble informasjonen fra informantene vevd sammen.

I trinn tre ble informasjonen fra trinn to abstrahert ved å kode de meningsbærende enheter (Malterud, 2018, s. 105), og materialet ble sortert i subgrupper. Her ble de tema informantene fortalte om, trukket frem. Under hvert tema trakk vi ut det som var relevant for å besvare problemstillingen. Det ble videre laget kunstige sitater, kondensater, i “jeg”- form for hver subgruppe (Malterud, 2018, s. 105). Vi søkte til enhver tid å være så data nære som mulig, ved å bruke de samme ord som informantene brukte. Eksempel på kondensat fra en subgruppe:

Jeg opplever at jeg kan bli forvirret og miste fokus på hva som er min rolle. Dette opplever jeg særlig i møte med pasienter med mye psykiatri og tøffe historier. Jeg trenger å være bevisst på min rolle som psykomotorisk fysioterapeut. Jeg kan fort bli en trøster.

Hver subgruppe med tilhørende kondensater ble gjennomgått i samarbeid med prosjektkollega for å kvalitetssikre at det begge hadde vektlagt, kom frem. Tabell 3 viser hva det ble enighet om:

Tabell 3: STK, trinn 3:

Kodegruppe	Subgruppe
Jobben setter seg i kroppen	Sinnsstemning Kroppslige symptomer
Viktigheten av å sette grenser	Personlig involvering Mandat som psykomotorisk fysioterapeut Når terapien står fast
Jobben som medisin	Kontakt med egne følelser Når terapien gir tilbake
Å være alene med ventelister og pasienter med komplekse helseproblemer	Leder Kolleger Ventelister

I trinn fire ble delene fra trinnene før satt sammen, og det ble gjort en rekontekstualisering (Malterud, 2018, s. 108). Alt datamaterialet ble lest og ny struktur og nye tema kom opp. Det hadde kommet frem mye datamateriale som omhandlet mestringsstrategier og forebygging, dette ble til temaet selvivaretagelse i det daglige arbeidet. Det ble nødvendig å reevaluere tidligere trinn for å belyse dette nye temaet. Det ble kodet med farger igjen og klippet ut for å kategorisere. I dette trinnet hadde vi dialog med veileder som kom med nyttige innspill. Fire endelige resultat kategorier med tre til fire underkategorier blir presentert under i Tabell 4:

Tabell 4: STK, trinn 4

Resultatkategori	Underkategori
Å være alene med ventelister og pasienter med komplekse helseproblem	Leder Kolleger Ventelister Pasientgruppe
Jobben setter seg i kroppen	Sinnsstemning Symptomer i egen kropp Samtalens påvirkning
Kjennetegn ved det terapeutiske arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut	Når terapien står fast Mandatet som psykomotorisk fysioterapeut Den vanskelige avslutningen Når terapien gir tilbake
Selvivaretagelse i det daglige arbeidet	Egenbehandling Veiledning Kurs/faglig oppdatering Hvordan forme arbeidet på best mulig måte

### 3.6 Ethiske overveielser

Gjennom arbeidet med masteroppgaven har vi tilstrebet å gjennomføre etiske vurderinger i alle deler av prosessen. Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder og reguleres av norske lover og forskrifter (Malterud, 2021, s. 211). De overordnede forskningsetiske prinsippene vi har tatt utgangspunkt i er *respekt for informantens privatliv, informantens rett til selvbestemmelse og autonomi og forskerens plikt til å unngå skade* (Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora, 2019). Vi har i tråd med dette tilstrebet gode konsekvenser av prosjektet og prøvd å sikre at eventuelle uheldige følger vil være innenfor akseptable rammer. Det er foretatt etiske hensyn til informantene under hele prosessen i form av personvern og anonymitet. Vi kommer nærmere inn på dette i punkt 3.9.

I forbindelse med intervjuene ble det innhentet informert samtykke fra informantene. De mottok da et skriv med informasjon om prosjektet, overordnet formål og eventuelle risikoer/fordeler for dem ved å delta. Informantene fikk også informasjon om hva som skulle publiseres og hvordan det ville tilstrebes nødvendig anonymitet. I tillegg ble det informert om at de som frivillige informanter på ethvert tidspunkt kunne trekke seg fra prosjektet. Alle informantene gav muntlig samtykket i forkant av intervjuene.

Ettersom vi skulle intervjuer psykomotoriske fysioterapeuter om tema som berørte egen helsetilstand, ble det vurdert hvordan dette kunne gjennomføres trygt og uten å påføre informantene belastning eller skade. Sensitiv og følsom informasjon ville muligens komme frem og det var derfor viktig å etablere en trygghet rundt dette. Det ble informert om at det var satt av tid til ytterligere samtale etter selve intervjuet dersom noen skulle ha behov for å snakke om eventuelle reaksjoner. Det var ingen informanter som ytret ønske om dette og flere uttrykte at intervjusituasjonen opplevdes trygg og god. Det kom frem at intervjuene bidro til refleksjon og bevissthet rundt temaene og at informantene opplevde situasjonen som trygg og terapeutisk.

Under selve intervjuene prøvde vi å legge til rette for en respektfull og tema-nær tilnærming. Malterud (2021 s. 212) nevner at i møte med kunnskap som er følelsesmessig ladet kan forskeren lett miste grep om sin vitenskapelige rolle. Hun sier videre at man som intervjuer kan bli følelsesmessig revet med eller opprørt. Dette erfarte vi flere ganger, i form av at informantenes historier berørte oss personlig. Det opplevdes da utfordrende å opprettholde en distanse som forsker. Rubin og Rubin (2005, s. 81) advarer mot å identifisere seg altfor sterkt med dem man studerer siden man kan komme til å stille oppfølgende spørsmål som stiller

informanten i et fordelaktig lys og at man derfor ikke ser det store bildet. Dette ble antakeligvis også ekstra merkbart ettersom vi intervjuet informanter fra eget fagfelt og at det de fortalte var gjenkjennbart for oss. Vi prøvde derfor å registrere når dette skjedde slik at vi som prosjektledere kunne reflektere rundt dette i etterkant av intervjuene.

I dataanalysen oppstod det noen etiske betraktninger rundt hvordan vi skulle gjengi informantenes svar for å sikre både anonymitet og en respektfull fremstilling. Dette for å unngå å gjengi private helseopplysninger eller spesifikke beskrivelser av personlige familie-situasjoner som kom frem. Noen av sitatene var også preget av et muntlig språk med sterke uttrykksformer som kunne vært identifiserbart. Sitatene måtte derfor skrives om og gjengis på en annen måte samtidig som vi tilstrebet at funnene skulle fremstilles så tekstnært som mulig. For å ivareta anonymitet og personvern var vi nøye under transkripsjonene å skrive kjønnsnøytralt samt å unngå navn og stedsnavn som kunne identifisere informanten, vi var bevisste på å unngå både direkte og indirekte identifisering (Johannessen et al., 2021, s. 48).

### 3.7 Personvern og godkjenninger

I forkant av prosjektet sendte ble det sendt prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 1) og intervjuguide (vedlegg 3) til Sikt for å få en vurdering av personvernet (vedlegg 5). Dette ettersom vi ville komme til å forholde oss til personopplysninger. Vi sendte også søknad til KoFE (Komite for forskningsetikk ved HINN) og fikk prosjektet godkjent der med forbehold om enkle endringer i informasjonsskrivet (vedlegg 4), endringene ble gjort og det reviderte skriv ble sendt til KoFE i ettertid. Videre ble det sendt en fremleggingsvurdering til REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) ettersom vi, og veileder, var usikre på om prosjektet vårt krevde en formell søknad til REK. Vi fikk svar fra REK om at prosjektet vårt ikke var fremleggingspliktig (vedlegg 3).

Lagring av all data som representerer personopplysninger har blitt gjort på en sikker og godkjent måte (Jacobsen, 2021, s. 34). Vi har fulgt Høgskolen i Innlandets retningslinjer for innhenting og oppbevaring av data. Høgskolens IT-løsninger basert på Feide-innlogging har blitt benyttet. Lydopptak fra egne mobiler via diktafonapp ble knyttet opp mot lagring i Nettskjema. Lydfiler og lagrede transkriberinger blir slettet etter at masteroppgaven er godkjent. Det vil også bli sendt oppdatering om avsluttet masteroppgave til Sikt.

Ifølge Malterud (2021, s. 214) skal forskere ivareta informantenes personvern og anonymitet. Gjenkjenning skal i størst mulig grad unngås. For å sikre anonymitet og mulighet for gjenkjenning av informantene, har vi utelatt navn, arbeidssted og annen kontaktinformasjon. Vi har også unnlatt å inkludere deler av data der det ble vurdert at informantene kunne settes i et negativt lys og/eller kunne identifiseres. Det muntlige språket er skrevet om slik at det er mer leservennlig og respektfullt fremstilt i henhold til Malterud (2021, s. 215) sine anbefalinger.



## 4 RESULTAT

I dette kapittelet presenteres funnene basert på analysene gjort av datamaterialet. Resultatene som presenteres under har som hensikt å svare på problemstillingen: “Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten med emosjonelle belastninger i jobben, og hva gjør de for å håndtere det?” Først presenteres resultatkategoriene fra siste steget i STK og deretter beskrives hvert enkelt funn nærmere.

Resultatene er basert på datamaterialet fra informantene som hadde fellestrekk ved at de hadde kjent på ulike symptomer i egne kropper. De hadde erfart varierende tilstander som følge av belastninger knyttet til jobben. Informantene uttrykte at det var et aktuelt tema som berørte dem. De hadde erfaringer med at jobben hadde gått ut over deres emosjonelle kapasitet, og de refererte til at dette hadde vært lite tematisert i fagmiljøet.

### 4.1 Resultatkategorier

Informantenes svar på hvilke erfaringer de hadde med emosjonelle belastninger i jobben, og hva de hadde gjort for å håndtere det, gav fire resultatkategorier. En resultatkategori fikk betegnelsen *å være alene med ventelister og pasienter med komplekse helseproblemer*. Her uttrykte informantene erfaringer om rammene i jobben. Neste resultatkategori fikk tittelen *jobben som setter seg i kroppen*. Her beskrev informantene personlige kroppslige erfaringer. Den tredje kategorien ble benevnt som *det terapeutiske arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut*. Her beskrev informantene mandatet sitt, når terapien stod fast, den vanskelige avslutningen og når terapien gav tilbake. Siste resultatkategori fikk navnet *selvivetakelse i det daglige arbeidet*. Herunder formidlet informantene egne strategier for ivaretagelse.

### 4.2 Å være alene med ventelister og pasienter med komplekse helseproblemer

Informantene vektla spesielt fire kjennetegn som beskriver hvordan det opplevdes å være alene med ventelister og pasienter med komplekse helseproblemer, det var: *leder, kolleger, ventelister og pasientgrupper*.

Mange av informantene oppga at de hadde en perifer kommunal leder som ikke stilte spørsmål om jobben deres. Lederen kunne ha kontor langt unna og det opplevdes ikke som om det var en åpen dør inn dit. Det ble også beskrevet erfaringer med å ha en god dialog med leder. Det ble påpekt at det var stor frihet i det å ikke ha leder, og at det sannsynligvis var

derfor de hadde blitt værende i privat praksis. Det ble også trukket frem at det kunne vært godt å bli sett av en leder. Dette ble formidlet på følgende måte:

Jeg styrer min arbeidshverdag i veldig stor grad, og lederen min er egentlig fraværende. Før jeg ble psykomotorisk fysioterapeut hadde jeg en god leder. Så jeg tror absolutt at det å ha en leder og en person som ser deg kan være veldig nyttig.

Ventelisten ble trukket frem av informantene som noe som, i stor grad, opplevdes tyngende. Felles for informantene var at de hadde erfaring med å jobbe alene og de syntes dette var tungt. Det ble trukket frem at informantene ønsket seg kolleger. Her var det stor enighet blant informantene om at arbeidsmengden var stor og at ventelistene ikke var håndterbare. Det kom hele tiden nye pasienter til. Det opplevdes utilfredsstillende at pasientene måtte vente lenge og det ble sagt at noen pasienter har måttet vente i opptil to og et halvt år. Andre uttrykte at de klarte å la bekymringer rundt ventelister ligge og at de skjøv ansvaret over på kommunene; "jeg får tatt det jeg får tatt, så får kommunen ta ansvar for resten". Flere var alene med ventelistene og opplevde det vanskelig å ikke ha noen å dele dem med. Informantene formidlet dette på denne måten:

Jeg prøver å se bort fra ventelisten. Den er ikke håndterbar. Den bare vokser og vokser. Jeg føler alltid et press til å ta inn flere pasienter enn jeg har kapasitet til. Ventelisten er noe av det som tynger meg aller mest i jobben.

Informantene hadde erfaring med å jobbe alene. Det var ikke andre psykomotoriske fysioterapeuter der de jobbet, og de beskrev hverdager med få eller ingen samarbeidspartnere. De opplevde at det var vanskelig å stå alene i oppfølgingen av komplekse pasienter, og de anså det som betydningsfullt å ha kolleger. Dette ble beskrevet slik:

Jeg hadde ingen å sparre med. Jeg ble stående veldig alene med ansvaret. Og så fikk jeg en kollega, en vikar, og det har vært kjempeviktig. Vi har mulighet til å diskutere i løpet av arbeidsdagen, og vi trenger ikke å dra hjem fra jobb med ubearbeidede følelser.

Alle informantene opplevde å ha en pasientgruppe med komplekse problemstillinger. Det ble trukket frem at de måtte forholde seg til mange brutale pasienthistorier. De typiske pasientene hadde langvarig muskel/skjelettplager, smerter, angst, depresjon, utbrenthet, utmattelse, traumehistorikk og tøffe livshistorier. I tillegg møtte de også pasienter med diagnoser som for eksempel personlighetsforstyrrelser og autisme. Det kom frem at det kunne være vanskelig å håndtere, dette ble blant annet sagt:

Det er veldig mye langvarige muskel- og skjelett plager, det er angst og depresjon, utbrenthet eller utmattelse. Min opplevelse er at angst og depresjon går igjen. Hvis det er mye psykiatri med personlighetsforstyrrelse og autisme, da synes jeg det er vanskelig å håndtere.

#### 4.3 Jobben setter seg i kroppen

Informantene vektla forhold som omhandlet hvordan jobben påvirket sinnsstemningen og hvilke symptomer de kjente i egen kropp. De hadde erfaring med at jobben kunne være emosjonelt belastende: “Det blir litt som en rørleggers knær som blir utslitte etter mange år, sånn blir det emosjonelt for oss”. Informantene hadde erfaringer med at jobben gjorde at de fikk mindre emosjonell kapasitet hjemme. De omtalte også samtalen påvirkning og hvordan de håndterte informasjonen de fikk fra pasientene. Her ble det trukket frem at informantene hadde kjent på irritasjon i møte med pasientene. Flere opplevde å bli utålmodige og irriterte, noen også sinte og aggressive. Når informantene kjente på sinne og irritasjon uttrykte de selv at det handlet om at de hadde gått utover sine egne grenser.

Noen ganger førte jobben til at informantene ble trette, matte og initiativløse. Det forekom at informantene gruet seg til at enkelte pasienter skulle komme, og det ble trukket frem at jobben kunne påvirke privatlivet. Her beskrev de opplevelsen av å bli lei av folk. Noen trakk seg unna familie og venner og det kom frem at de kjente på mindre overskudd til å gi emosjonell støtte i privatlivet, noe som også kunne gå ut over egne barn. Dette kom til uttrykk på følgende måte:

Det handler om at man går utover egne grenser som terapeut når man blir sint og irritert. Jeg har kjent at jeg har blitt litt lei av folk og jeg orker ikke se nyheter, jeg orker ikke høre på alt for mye syting og klaging. Jeg har gitt så mye trøst på jobb at jeg er ferdig med å trøste når jeg kommer hjem til egne barn.

Informantene fortalte at de kunne kjenne på et ubehag og en uro i kroppen, og de sa også at de kunne oppleve noe mer tydelig og konkret. Det ble formidlet en opplevelse av å kjenne noe i hjertet og magen når pasienten fortalte om noe som berørte: ”jeg kjenner på min egen aktivering når det kommer mye informasjon som berører meg, jeg kjenner det i magen og hjertet. Jeg blir berørt”.

Andre fortalte om erfaringer med å kjenne noe ubehag i kjeven, brystet og magen. Dette kom gjerne etter jobb, i bilen, på vei hjem. Flere uttrykte at de trodde en god del av det de kjente hørte til hos pasienten. «Stresset i pasienten gjenspeiler seg i min kropp». Dette ble knyttet opp mot en opplevelse av selv å måtte gå hyppigere på toalettet. Informantene fortalte også om å gå til lunsj og oppleve å være «skjelven i kroppen» i etterkant av noen pasientmøter. Matlysten kunne også bli nedsatt. Det kom frem at det kunne være vanskelig å «sitte nedpå» og det ble beskrevet at de kunne være for “fremoverlente og raske”.

Informantene uttrykte at de kunne føle seg «utladet», slitne og matte. De oppga en følelse av å være “underaktivert”. Søvnens kunne også påvirkes etter dager på jobb der de hadde vært i kontakt med flere vanskelige pasienthistorier. Da kunne de bli liggende “å kverne” og søvnen ble forstyrret. Det ble beskrevet at de kunne miste konsentrasjonsevne og oversikt og at de tolket dette som et tegn på at det var litt for stor belastning. Et sitat som sier noe om dette er følgende; “jeg kan forsvinne litt ned i parasymptikus tilstand og ut på ubehags-siden”. Kroppslige fornemmelser av munntørrhet, tørste og “det å bli langsam” ble også beskrevet. Det ble sagt at jobben kunne føre til smerter og verk i egen kropp, hodepine og fascikulasjon på øyet. Noen av disse erfaringene ble formulert slik:

Jeg tror en del av det jeg kjenner er pasienten sitt. Jeg kan noen ganger gå til lunsjen og være skjelven i kroppen. Når det er mye stress hos pasientene, opplever jeg selv å springe mer på do. Stresset i pasienten gjenspeiler seg i min egen kropp.

Informantene uttrykte at røffe traume-fortellinger og vanskelige livshistorier kunne oppleves veldig emosjonelt og krevende: “jeg kan kjenne at de historiene, de kjenner jeg i kroppen”. Det kom også frem at noen ikke lot seg affisere og at de opplevde at de nærmest var blitt immune mot den type historier:

Jeg har nesten lurt på om jeg har blitt yrkesskadet. Jeg kan bli opprørt, og jeg kan bli følelsesmessig engasjert i historiene til folk. Men samtidig blir det litt skuespill. Du viser empati, men så går det greit når pasienten går ut døra, uansett hvor rystende historien kan ha vært.

#### 4.4 Det terapeutiske arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut

Informantene vektla det terapeutiske arbeidet og basert på det ble følgende fire underpunkt formulert: *når terapien står fast, mandatet som psykomotorisk fysioterapeut, den vanskelige avslutningen og når terapien gir tilbake.*

Informantene oppga at det var belastende når de ikke kom noen vei med pasientene. De beskrev at det var vanskelig når det var lite fremgang og utvikling. Det ble trukket frem at det kunne kjennes ut som om terapeuten var den eneste som tok ansvar og at pasientene kunne virke hjelpeløse og tafatte, at de ikke tok eierskap til egen tilfriskningsprosess. De opplevde at “fastlåst terapi” ga mest slitasje. Det opplevdes mer belastende og slitsomt enn å ta imot pasienter med røffe livshistorier og traumer. Informantene trakk frem at de kjedet seg når det ikke var bevegelse i terapien, det opplevdes trettende med bare samtale og trøst. Noen erfarte at de egentlig burde ha avsluttet behandlingen. Her presenteres et eksempel på hva som ble formidlet:

Når du blir stående fast og bare trøster hver gang og ikke kommer videre. Det er da empati trettheten oppstår. Når det skjer lite og man ikke kommer noen vei. Det kan være mer belastende enn der hvor det er tung historikk.

Informantene uttrykte erfaring med å bli forvirret og miste fokus på hva som var deres roller som psykomotoriske fysioterapeuter, særlig i møte med pasienter som tilhørte psykiatri-feltet og som hadde tunge livshistorier. De fortalte om behov for å sette grenser og være bevisste og avgrensbare på hva som var deres rolle som psykomotoriske fysioterapeuter. Det ble også uttrykt utfordringer når det gjelder å strekke seg utover sine egne grenser, både på grunn av pasientene og de som henviste. Det ble referert til opplevelsen av å periodevis være en trøster fremfor en terapeut. Forventningsavklaringer, både egne og pasientens, ble vektlagt som viktig. For å lykkes i jobben formidlet informantene betydningen av tydelige mål, behandlingsplaner og klare rammer. Dette ble uttrykt slik:

Slitasjen er stor når du mister mål og retning. Du må ha en følelse av at du skal et sted, og at det du holder på med virker. Det er veldig lett å bli fanget i det relasjonelle, og bare bli i det. Det er viktig at vi er bevisst rollene våre. Mandatene, som Eline Thornquist snakker om. Vi er fysioterapeuter. Det må vi ikke glemme.

Informantene fortalte at det kunne være vanskelig å avslutte pasienter. Dette var særlig gjeldende der informantene hadde fått en sterk relasjon til pasientene og der de var alene som psykomotorisk fysioterapeut. Dette ble sagt:

Det er jo sånn at vi skal hjelpe folk å stå på egne bein, vi skal ikke ta byrden fra pasientene, men hjelpe dem til å utvikle robusthet til å tåle det livet de lever. Det tror jeg vi har litt problemer med, fordi vi synes så synd på dem. De kommer to ganger i uka, de går i fem år, og vi synes synd på dem. Vi må på et tidspunkt la dem gå veien alene.

Type pasienter informantene skulle ha i behandling var også et tema som de sa noe om. De beskrev betydningen av at terapeutene var i kontakt med hvem de kunne hjelpe og at de våget å avvise de som ikke ble vurdert til å være i målgruppen «Det er viktig å vite hvem man kan hjelpe og hvem man ikke kan hjelpe med redskapet vårt».

Informantene vektla særlig to forhold ved at terapien gir tilbake; sårbarhet og empati i terapien, og nærhet og berøring. Informantene sa noe om å være sårbar i pasientmøtene. Ved å våge å være personlig og vise noe av egen sårbarhet, opplevdes det at pasientene i større

grad åpnet seg. Informantene forklarte at pasientene uttrykte at de syntes terapeutene var bedre i jobben sin når de viste egen sårbarhet og følelser. De beskrev videre hvordan jobben gjorde at de kom i bedre kontakt med egne følelser og at dette også kunne være en styrke i pasientmøtene. Det gjorde dem i stand til å vise empati og tilstedeværelse, og det styrket opplevelsen av mestring. Informantene beskrev erfaringer med å vise engasjement, følelser, vennlighet og kjærlighet i pasientmøtene. De uttrykte at det ga en sterk terapeutisk effekt og at det opplevdes godt for dem som terapeuter. Det ble også beskrevet at det ga mening og at det opplevdes givende å få være til stede for mennesker som hadde det vanskelig. De opplevde at dette ga “påfyll”:

Når jeg tør å vise at jeg blir rørt og engasjert, så er det en slags vennlighet og kjærlighet i det. Det kan være en god følelse for meg som gir det. Det er givende å få lov til å kunne være der for folk i vanskelige situasjoner. Det fyller på, og gir mestring, når du faktisk klarer å være til stede og lytte og gjøre en god jobb, eller møte folk der de er.

Informantene beskrev hvordan berøring i terapien kunne påvirke både pasient og terapeut. Egne reaksjoner i forbindelse med berøring av pasientene ble uttrykt på følgende måte:

Det oppleves viktig å være i kontakt med seg selv og hva som kommer til uttrykk i egen kropp ved berøring. I relasjonen som oppstår, mellom terapeut og pasient, kan begge dra nytte av hormonet oksytocin, og når jeg kjenner at respirasjonssvaret kommer fra pasienten, da kan jeg overføre det til meg selv. Det er noe å hente i det å åpne opp for det.

#### 4.5 Selvivaretakelse i det daglige arbeidet

Informantene snakket om selvivaretakelse i det daglige arbeidet. Tre hovedområder utpekte seg: *egenbehandling, veiledning og kurs/faglig oppdatering* som av særlig betydning. Det trekkes også frem andre faktorer som beskrives til slutt, som omhandler *hvordan forme arbeidet på best mulig måte*.

Informantene fortalte at de hadde hatt stor nytte av å gå i egenbehandling. Egenbehandling opplevdes som viktig for å kunne stå stødig i jobben og gjøre en god jobb. Gjennom egenbehandlingen ble de bevisst ulike reaksjoner i egen kropp og samtidig lærte de å sortere

egne reaksjoner fra pasientens. De beskrev også hvordan egenbehandlingen ga mulighet til selv å bli rommet, noe som kom frem som et behov hos informantene:

Egenbehandling vil jeg løfte frem som en viktig del for å ruste oss opp. Det er så viktig for å stå i jobben. Å få lov til å være den som blir rommet, det kan nesten bli overveldende. Det rolleskiftet kan være ganske kraftig.

Veiledning var også noe informantene opplevde som et viktig redskap. De poengterte at da fikk de “luftet caser” og at de fikk bekreftelse på at jobben var tøff. Det oppstod da mulighet for ventilering og opplevelse av å bli anerkjent og forstått, en følelse av å bli “rommet”. Her hadde informantene ulik erfaring, noen hadde hatt individuelle timer hos psykolog, andre hadde veiledningsgrupper med andre psykomotoriske fysioterapeuter. I denne sammenheng ble viktigheten av å være bevisst hvordan de brukte hverandre under veiledning, beskrevet. De måtte passe på å være sensitive og oppmerksomme på hverandre. Dette ble understreket på følgende måte:

I veiledning får jeg bekreftelse på at jobben kan være tøff, og jeg blir påminnet at det er viktig å ta godt vare på meg selv. Og viktigheten av å dele, sånn at man ikke bare går og container. Jeg kjenner at jeg har behov for å få det ut. Men vi skal være litt bevisst på hvordan vi bruker hverandre. Isdal snakker om leirbål. Passer det at jeg tar opp en sak med deg nå? At vi faktisk er litt sensitive på hverandre. Vi må ikke overforbruke hverandre heller.

Informantene trakk frem viktigheten av å ha kolleger. De opplevde å ha det bedre når de hadde gode kolleger rundt seg som forstod. Betydningen av å møtes i lunsjen, og ha noen å dele med var viktig. I denne sammenheng ble det sagt at det var like viktig å ha en kollegial tilhørighet, som å ha en kollega å snakke med pasienter om.

Informantene beskrev effekten av faglig oppdatering og kurs. Dette påvirket opplevelsen av mestring i jobben; “det var tydelig når jeg hadde vært på kurs og fått veiledning, eller fått



flere verktøy, så klarte jeg å møte den pasienten som jeg alltid ble så aggressiv av, på en helt annen måte”. Årsmøteseminaret i Norsk Psykomotorisk Faggruppe og traumekurs var noe informantene trakk frem som avgjørende for dem, både for å lære noe nytt, men også som en mulighet for egenutvikling.

Andre forebyggende tiltak som ble trukket frem omhandlet hvordan psykomotoriske fysioterapeuter kunne legge opp dagen og møtene med pasientene. Informantene sa at det var viktig å ikke ha for mange pasienter per dag. De presiserte at antall pasienter om dagen var av betydning for egen mestring og fungering i jobben. I forbindelse med å legge opp dagen ble det sagt at det kunne være lurt å unngå å ta de mest krevende pasientene på en fredag ettermiddag. Informantene valgte også å ta små pauser mellom pasientene. De beskrev viktigheten av å luften litt i rommet, “riste siste pasienten av seg” ved å børste seg, eller koble helt av på andre måter. Et annet tiltak kunne være å legge seg litt ned på benken, eller koble helt av med f.eks. å legge kabal.

Å ha klare mål og behandlingsplaner ble også trukket frem som faktorer som opprettholdt mestringsfølelsen i jobben. Informantene sa noe om at egen plassering i rommet kunne være til hjelp for å skjerme seg litt. Informantene snakket om betydningen av humor. De hadde positive erfaringer med å bruke humor i behandlingen og de mente at det kunne være forløsende både for pasienten og terapeuten:

Jeg savner litt humor. Jeg prøver å bringe det inn til mine pasienter, fjaser og tuller litt med pasientene. Det skal være litt artig, jeg prøver å få inn litt humor i terapirommet. Jeg kan merke at det er forløsende. Det kan bli for mye alvor i denne terapien.

Flere opplevde at variasjon i arbeidsoppgavene var et effektivt tiltak. Mange valgte derfor å tilby gruppebehandling i tillegg til individuell behandling for å bryte opp og skape variasjon. Å anerkjenne at jobben var tøff, ble trukket frem som viktig. I forlengelse av dette ble det sagt at det var særlig avgjørende å ta godt vare på seg selv for å håndtere jobben. Det å være bevisst egne basale behov og skape rammer for nok søvn, hvile og mat opplevdes betydningsfullt. Informantene sa at det var viktig å ha et fungerende privatliv for å håndtere jobben, og at det var nyttig med nettverk og støtte fra familie og venner.

Det ble sagt at det å koble seg helt av sosiale medier og legge vekk telefonene var viktig for å finne fokus og tilstedeværelse i pasientmøtene. Dette ble fortalt på følgende måte:

Det å logge av opplevdes som et nyttig verktøy for å finne igjen fokuset mitt. Jeg logget av. Jeg brukte det som et konkret verktøy for å klare å ha bedre tilstedeværelse i pasientmøtene. Jeg åpnet opp for å være til stede med hele meg.

## 5 DISKUSJON

### 5.1 Diskusjon av resultater

I dette kapittelet vil vi diskutere funnene våre i lys av de overordnede teoretiske perspektivene for masteroppgaven. De psykodynamiske begrepene overføring og motoverføring vil være sentrale. I tillegg vil det anvendes litteratur fra psykologisk fagfelt knyttet til ivaretagelse og selvivaretagelse. Problemstillingen det er tatt utgangspunkt i var følgende: *Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten med emosjonelle belastninger i jobben, og hva gjør de for å håndtere det?*

Resultatene ble innordnet i fire resultat kategorier: 1) Å være alene med ventelister og pasienter med komplekse helseproblemer, 2) Jobben setter seg i kroppen, 3) Det terapeutiske arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut og 4) Selvivaretagelse i det daglige arbeidet. Basert på resultatene og de overordnede teoretiske perspektivene i masteroppgaven er diskusjonsdelen strukturert i hovedpunktene *Overføring og motoverføring i psykomotorisk fysioterapi*, og med underpunktene “Jobben setter seg i kroppen” (Jfr. resultat kategori 2) og “det terapeutiske arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut” (Jfr. resultat kategori 3). Videre er begrepene *ivaretagelse og selvivaretagelse* strukturert i underpunktene “Arbeidsgiveransvar”, “Kollegagruppens ansvar” og “Individets ansvar”. Resultatene fra resultat kategoriene 1) og 4) inngår i disse underpunktene.

Som nevnt i punkt 1.1 er særtrekkene ved psykomotorisk fysioterapi at terapeutene er i ulike former for kontakt med pasientene gjennom kroppslig berøring og massasje, spesifikke kroppsbevegelser og samtale (Bunkan, 2001, s. 2845). Det å fysisk berøre pasientene er kanskje det som skiller fysioterapeutene fra andre yrkesgrupper, og det er beskrivende for den særstillingen fysioterapeutene har i møte med pasientene (2001, s. 2845). Pasientene som behandles har ofte kompleks og sammensatt helseproblematikk, noe som kan gjøre jobben krevende (Dragesund, 2023, s. 20). Det nevnes også i punkt 1.1 at fysioterapiyrket kan være emosjonelt belastende (SSB, 2020). Emosjonelle belastninger omhandler å bli eksponert for andre personers følelser i arbeidet, samtidig som det innebærer belastninger knyttet til det å være i et relasjonelt samspill med andre (Buvik et al., 2023, s. 8). Særlig utfordrende kan det være der det kreves å vise empati og følelsesmessig involvering, slik det ofte er i

pasientarbeid (2023, s. 8-9). Det var denne betydningen av emosjonelle belastninger som ble benyttet i masteroppgaven.

Konteksten for oppgaven var at informantene møtte og behandlet pasientene på eget kontor ved egen klinikk, som et ledd av kommunehelsetjenesten. Flere av informantene jobbet alene mens andre jobbet sammen med andre fysioterapeuter (se punkt 1.4). Psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten “inngår i kommunens ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering” (Helsedirektoratet, 2014). NPMF i kommunehelsetjenesten kan bidra til at pasienter med ulike livsbelastninger kan gjennomleve dette uten varige spor i form av kroppslige belastninger, noe som igjen kan føre til redusert bruk av smertestillende medikamenter, sovemedisin, alkohol m.m. (Helsedirektoratet, 2014).

På grunnlag av ovennevnte fant vi det betydningsfullt å reflektere rundt hva som oppstår i denne type relasjon som omhandler både kroppslig berøring og samtale. Det var interessant å finne ut hvordan funnene kunne diskuteres og forstås i lys av de utvalgte teoretiske perspektivene overføring/motoverføring og ivaretagelse/selvivaretagelse. Det var også aktuelt å diskutere resultatene i en større sammenheng knyttet opp mot Arbeidsmiljøloven og organisatoriske nivå.

#### 5.1.1 Overføring og motoverføring i psykomotorisk fysioterapi

##### *a) Jobben setter seg i kroppen*

Informantene fortalte at jobben ofte kunne føre til opplevelser av ulike symptomer i egen kropp. Dette omhandlet både sinnsstemning og kroppslige symptomer. Dette kan forstås i lys av de psykodynamiske begrepene overføring og motoverføring. I en overføring vil både væremåte og følelsesmessige opplevelser hos pasienten føres over på terapeuten (Schibbye, 2017, s. 281). Dette har sin opprinnelse i tidligere relasjoner, men bringes frem i relasjonen til terapeuten (2017, s. 281). Motoverføring kan forklares som terapeutens reaksjon på pasientens overføring (Fletcher, 2017, s. 285). Denne motoverføringen kan ha sitt utspring i terapeutens ubevisste eller ubearbeidede følelsesliv (2017, s. 285). Informantene fortalte, i tråd med dette, at de trodde mye av det de opplevde hørte til hos pasienten. De kunne kjenne på sinne, aggresjon, irritasjon og utålmodighet. Noen av informantene knyttet dette opp mot at de antakeligvis hadde “gått utover egne grenser”. Dette kan imidlertid også forstås som

følelser som oppstår i relasjonen med pasienten og at det forekommer både en overføring og en motoverføring her. Pasienten kan overføre følelser fra tidligere erfaringer og situasjoner og den psykomotoriske fysioterapeuten kan reagere på dette i lys av eget liv og tidligere erfaringer. I denne sammenheng kan det være interessant å utforske hvorfor disse følelsene eller opplevelsene oppstår i terapeuten. Ved å være nysgjerrig og prøve å møte dette med forståelse og ydmykhet kan det være mulig å bruke reaksjonene som en ressurs i terapien.

Oppdatert kunnskap om overføring og motoverføring utdypet viktigheten av å utvikle seg som terapeuter gjennom å forstå egne og andres reaksjoner i terapirummet (Bergersen, 2023). Det er ikke sikkert at de ulike sensasjonene i terapeuten kropp er forårsaket av det å «gå utover egne grenser» alene, men kanskje det kan ha sin årsak i eget ubearbeidet følelsesliv og at dette kommer til uttrykk i møte med overføringen fra enkelte pasienter. Det finnes ulike signaler som terapeuten kan identifisere ved egen motoverføring (Cohen, 1988, sitert i Schibbye, 2017, s. 296). Her trekkes det blant annet frem reaksjoner som sinne, tretthet og at terapeuten kan misforstå og feiltolke pasienten. Her vil det da være av stor betydning om terapeuten klarer å fange opp pasientens underliggende budskap (Skårderud et al., 2018, s. 457). Dette utdypes ved å trekke frem viktigheten av å gi seg selv tid til å forstå hva som foregår, gjerne sammen med veileder eller kolleger (Bergersen, 2023). Det som oppstår kan da settes ord på og terapeuten kan videre hjelpe pasienten til å se sammenhenger mellom relasjoner til andre mennesker og tidligere vonde erfaringer (Skårderud et al., 2018, s. 457). På denne måten kan dette tematiseres og trekkes frem og mulig bli en kilde til forståelse og vekst både for pasient og terapeut.

Informantene fortalte også at de opplevde ulike sensasjoner som skjelvninger, hyppig vannlating samt ubehag i kjeven, brystet og magen. De mente selv at disse fornemmelsene opprinnelig hørte til i pasientens kropp og at de gjenspeilte seg i egen (terapeutens) kropp. Dette kan også forstås i lys av nyere forståelse av begrepene overføring og motoverføring. Overføring og motoverføring kan ikke ses på som to isolerte prosesser, men som gjensidige og interrelaterte (Schibbye, 2017, s. 286). I tråd med dette kan de ulike sensasjonene som informantene opplever tolkes som noe som oppstår i relasjonen mellom de to individene i behandlingssituasjonen. Noe tilhører pasienten, men noe tilhører også terapeuten.

Ettersom psykomotoriske fysioterapeuter kommer i kontakt med mennesker, både gjennom samtale og direkte kroppslig berøring, kan det tenkes at relasjonen som oppstår kan bli spesielt dyp og nær. Dette kan forstås i tråd med det som beskrives om å komme i kontakt med en dybde gjennom berøring, overføring og motoverføring (Warnecke, 2011, s. 235). Den fysiske berøringen kan fremkalle en kroppslig overføring fra pasienten, i form av ulike spenninger i muskulaturen som å f.eks. stramme kjevemuskulaturen, holde pusten, stramme magen eller knytte hendene (Keleman, 1986, s. 104-105). Terapeuten kan reagere med egen kroppslig motoverføring (1986, s. 105), som også kan være ulike spenningstilstander i muskulaturen. Dersom terapeuten er bevisst egne emosjonelle og kroppslige reaksjoner kan de brukes konstruktivt i terapien (1986, s. 104-105). Dette kan gjøres ved å tematisere hva som oppstår kroppslig hos pasienten. Kan pasienten kjenne egne spenninger? Kan pasienten legge merke til at kroppen endrer seg, at det skjer kroppslige reaksjoner? Sammen kan terapeut og pasient utforske det som oppstår og kanskje også identifisere følelser som ligger til grunn. Når psykomotoriske fysioterapeuter behandler hele kroppen og det skjer en kroppslig omstilling eller reaksjon, vil det samtidig forekomme en følelsesmessig omstilling (Thonquist & Bunkan, 1995, s. 22). De følelsesmessige og kroppslige reaksjonene kan følgelig oppleves som både en ressurs og en belastning i behandlingen, basert på innsikten og forståelsen hos terapeuten.

For å forstå det som oppstår i relasjonen kan man også trekke inn kunnskap om speilnevroner (Høgsted, 2023; Isdal, 2022; Rotschild, 2006). Speilnevronene er spesialiserte celler i hjernebarken som gjør det mulig for oss å fremkalle samme tilstand i oss selv som det vi fanger opp hos andre (Høgsted, 2023, s. 90). I lys av dette gir det mening at man som terapeuter kan kjenne på kroppslige og mentale opplevelser både i øyeblikket og i etterkant av en jobbdag. Informantene fortalte at en del av det de opplevde ofte kom til kjenne etter jobb, noen ganger i bilen på vei hjem. De uttrykte også at det de møtte på jobben noen ganger gjorde at de ble lei av folk og at de derfor trakk seg unna familie og venner. Søvnene kunne også påvirkes etter jobbdager der de hadde vært i kontakt med vanskelige pasienthistorier. De ble da liggende og gruble og det ble vanskelig å sove. Man må være bevisst det å skille mellom seg selv og den andre (Høgsted, 2023, s. 93). Dersom man ikke håndterer det kan man på ettermiddagene risikere å bli fylt opp med klientenes traumer, sorg, stress, ensomhet og angst (2023, s. 93). I denne sammenheng vil det være nærliggende å anta at informantene ikke, i stor nok grad, har vært bevisst på det som oppstår i pasienten og egen kropp underveis. Det kan også være utfordrende å klare å skille hva som tilhører pasienten og hva som tilhører

terapeuten selv. Vi tar opp i oss andre, deres kropp og deres følelser i langt større grad enn vi er bevisst (Isdal, 2022, s. 160). Gjennom speilnevronenes virkning setter andre menneskers lidelse seg i vår egen kropp (2022, s. 160). Dersom vi forstår dette og kan være i kontakt med det som skjer, vil man også kunne ha mulighet til å bruke det som en kilde til å påvirke og forandre andre. Denne kunnskapen kan også bidra til at man som terapeuter kan beskytte oss selv bedre, samtidig som vi fortsetter å være gode hjelpere (2022, s. 160).

Informantene uttrykte at tøffe traume-fortellinger og vanskelige livshistorier kunne oppleves emosjonelt og krevende. De fortalte at historiene kunne «kjennes» i egen kropp. Som beskrevet i punkt 1.6 vil emosjonelt arbeid innebære å måtte kontrollere og regulere sine egne følelser for å fremtre som profesjonell i situasjonen. Å måtte forholde seg til egne følelser samtidig som det skal utøves terapi og hjelp til pasienten, kan oppleves utfordrende. Kanskje kan dette være noen av årsakene til at historiene «kjentes» i egen kropp og at de noen ganger kom til uttrykk etter jobb, på vei hjem? Egne følelser ble kanskje regulert og skjøvet vekk i situasjonen, men kom til uttrykk når terapeutene ikke lenger behøvde å kontrollere dem. Dette kan forstås som emosjonelle belastninger i tilknytning til jobben, som nevnt i punkt 1.6.

Det kom imidlertid også frem at noen informanter ikke lot seg affisere av de sterke historiene. De opplevde at det gikk greit når pasienten gikk ut døra, uavhengig av hvor rystende historien hadde vært. Det er usikkert hva som kan være forklaringen på dette. En mulig forklaring på dette kan være en form for følelsesmessig distanse. Hadde terapeutene inntatt en distansert holdning som tilsynelatende gjorde dem følelsesmessig upåvirket? Man kan undres over om enkelte benytter en beskyttelsesmekanisme for å kunne forholde seg til de emosjonelle belastningene som de utsettes for i arbeidet. Eller kan dette eventuelt være en form for “yrkesskade”, som informantene selv uttrykker, som har oppstått over tid. Etter gjentatte utsettelse for sterke historier om traumer og andre negative livshendelser? Når man regelmessig blir vitne til eller hører om tragedier og grusomheter kan dette gi ulike reaksjoner (Berge, 2005, s. 126). Disse reaksjonene kan knyttes til det informantene forteller om at de ikke reagerer eller blir påvirket av de sterke historiene. Det å nedjustere egne følelser og ikke la seg affisere kan trolig ses på som en reaksjon som kan ha utviklet seg over tid. God terapi fordrer at terapeuten er åpen og viser empati, men empatien kan også føre til økt sårbarhet for emosjonell smerte (Berge, 2005, s. 126). Figley (2002, s. 1433) utdyper dette ved å påpeke at

i forsøk på å se verden fra pasientenes perspektiv, som man gjør når man viser empati og medfølelse, vil man selv bli berørt. Det påpekes videre: “the meaning of compassion is to bear suffering. Compassion fatigue, like any other kind of fatigue, reduces our capacity or our interest in bearing the suffering of others” (2002, s. 1434). I lys av denne forklaringen kan det informantene forteller om å ikke la seg affisere kanskje være relatert til en form for “compassion fatigue”. Dersom følelsesmessig engasjement stenges av og man slutter å bry seg kan heller ikke det triste og vonde man møter i jobben såre (Haavik & Toven, 2022, s. 16).

Terapeuten bør være emosjonelt tilgjengelig for å kunne møte det underliggende emosjonelle budskapet fra pasienten (Skårderud et al., 2018, s. 458). Basert på det kan man anta at det å være emosjonelt til stede som terapeut kan virke beskyttende både for pasienten og terapeuten. Terapeuten kan da evne å forstå og legge merke til det som skjer i møte med pasienten og lettere kunne forstå både pasienten og seg selv. Det å forstå egne og andres reaksjoner i terapirommet og videreutvikle seg som terapeuter er viktig (Bergersen, 2023). Sårbarhetene man har som terapeut kan ses på som en styrke i terapirelasjonen. Dette ved at man kan bli mer empatisk og lyttende i møte med pasientene. I stedet for å bli selvkritisk kan man bli nysgjerrig og prøve å forstå det som oppstår (Bergersen, 2023). En ureflektert motoverføring (lite bevissthet rundt egne følelser og holdninger) vil kunne gi økt sårbarhet for belastninger (Berge, 2005, s. 127).

Stänicke (Bergersen, 2023) påpeker at «kongeveien til det ubevisste er overførings- og motoverføringsarbeidet». I lys av dette teorigrunnlaget kan det tenkes at mange av de kroppslige og mentale plagene som informantene forteller om vil kunne reduseres dersom de forstås og jobbes med kontinuerlig. Dette kan sannsynligvis også gjøre det terapeutiske arbeidet mer spennende samtidig med at kvaliteten på terapien styrkes. Psykomotorisk fysioterapi handler om å utvikle en varhet og kontakt med kroppen i tillegg til en opplevelse av sammenhengene mellom kropp og følelser (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 72). Det kan tenkes at disse prinsippene vil være like viktige for terapeuten, både for egen helse og i terapiarbeidet med pasientene.

#### *b) Det terapeutiske arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut*

Informantene uttrykte flere utfordringer ved det terapeutiske arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut. De opplevde det belastende å stå fast i terapien. De uttrykte at de noen ganger ikke «kom noen vei» med pasientene. De beskrev det som vanskelig når det var lite fremgang



og utvikling. Det ble trukket frem at det opplevdes som om terapeuten var den eneste som inntok ansvar og at pasientene kunne fremstå noe hjelpeløse og tafatte. Denne opplevelsen kan forstås ut fra psykodynamisk kunnskap. Freud kom opprinnelig frem til at overføring handler om en ubevisst forskyvning fra fortid til nåtid (Schibbye, 2017, s. 283). Når terapien står fast, kan det ha en sammenheng med pasientenes erfaringer i en eller flere tidligere relasjoner. De ubevisste og bevisste indre representasjonene som barnet har utviklet sammen med foreldrene påvirker pasientens oppfatning av terapeuten og væremåter i relasjonen (2017, s. 296). I lys av dette kan man da tolke pasientens antatte tafatthet og manglende evne til å skape fremdrift som et resultat av eventuelle tidligere relasjonserfaringer. Kanskje pasienten har opplevd å føle seg liten, usikker og lite handlekraftig tidligere? Kanskje er det noe i relasjonen til terapeuten som frembringer de samme følelsene? Det er også mulig at terapeuten møter sin egen følelse av hjelpeløshet og at det kan være vanskelig å forholde seg til.

Informantene fortalte også at de noen ganger kjedet seg og at de ble trøtte når de opplevde lite bevegelse i terapien. Dette kan, i lys av psykodynamiske beskrivelser av motoverføringer, forstås som nettopp en motoverføring (Schibbye, 2017, s. 296). Terapeuten kan identifisere egen motoverføring ved å kjenne til hva som er vanlige motoverføringsreaksjoner (Cohen, 1988, sitert i Schibbye, 2017, s. 296). Tretthet trekkes her frem som en reaksjon, som mest sannsynlig, har sin årsak i terapeuten selv. Terapeuten reagerer (kjedsomhet, tretthet) på en overføring (tafatthet, manglende initiativ) fra pasienten. Det anbefales å få veiledning, egenerapi eller fordype seg i aktuell litteratur for å prøve å forstå det som oppstår (Bergersen, 2023). På denne måten kan man trolig unngå at terapien blir fastlåst og man kan kanskje komme frem til en forståelse som gir rom for en ny måte å møte pasienten på. Informantene uttrykte, i tråd med dette, at de opplevde å møte pasientene på en bedre måte i etterkant av ulike kurs og faglige oppdateringer.

Informantene uttrykte erfaringer med å bli forvirret og miste oversikt over hva som var deres roller som psykomotoriske fysioterapeuter. Det kunne da bli utfordrende å utføre terapi og det kunne også bli vanskelig å avslutte terapien. Spesielt når de jobbet alene og hadde fått en dyp og nær relasjon til pasienten. Dette kan også forstås som motoverføring i form av at terapeuten virkelig ønsker å være den som hjelper pasienten (Schibbye, 2017, s. 296-297), selv om det kanskje ikke er hensiktsmessig eller i tråd med fagligheten som psykomotorisk

fysioterapeut. Det er viktig med god veiledning for å kunne reflektere faglig og realitetsorientere seg rundt hva som er realistisk å få til basert på egne evner og jobbsituasjon (Høgsted, 2023, s. 189). Når informantene uttrykker å bli forvirret og miste oversikt over sin rolle som psykomotorisk fysioterapeut kan det være fornuftig å tenke at veiledning, samtale eller lignende kan være til hjelp for å kunne avgrense og sortere. Informantene fortalte selv at det var viktig å være i kontakt med hvem de kunne hjelpe og hvem de ikke kunne hjelpe.

Informantene fortalte at terapien kunne gi noe positivt tilbake til dem som terapeuter. De uttrykte at de kunne oppleve å være sårbare i pasientmøtene og gjennom å våge å være personlige og vise egen sårbarhet, opplevde de også at pasientene i større grad åpnet seg. Dette samsvarer med psykologisk kunnskap som trekker frem at de sårbarhetene man har som terapeuter kan bli en styrke i terapirelasjonen (Bergersen, 2023). Dersom man får til «å bli venn» med disse sårbare områdene i en selv kan det være nettopp dette som gjør oss mer empatiske og i stand til å være lyttende (Bergersen, 2023). Informantene beskrev, i tråd med dette, at jobben kunne gjøre at de kom i bedre kontakt med egne følelser og at det igjen gjorde dem i stand til å vise empati og tilstedeværelse.

Informantene beskrev hvordan berøring i terapien kunne påvirke både pasient og terapeut på en god måte. Det ble uttrykt at i den relasjonen som oppstår mellom pasient og terapeut kan begge dra nytte av hormonet oksytocin og at pustesvaret i pasienten kan overføres til terapeuten selv. Dette kan forstås i lys av beskrivelsen av begrepet somatic transference (Hartley, 2004, s. 206). Somatic transference beskrives som kroppslige følelser og sensasjoner som oppstår i terapeuten ved pasientens tilstedeværelse, prosess og overføring (2004, s. 206). Warnecke (2011, s. 235) beskriver også at berøring vil gi en kroppslig reaksjon hos den andre. Berøring er en essensiell form for kommunikasjon og det beskrives at man ved berøring prater og lytter via hendene (2011, s. 235). Berøring kan frembringe følelser, sensasjoner, samhandling eller utløse ufrivillige motoriske bevegelser (2011, s. 235). I lys av dette kan man forstå at det kan oppstå mange reaksjoner i både pasient og terapeut i den fysiske berøringen. Det kan forekomme en mer kroppslig overføring og motoverføring samtidig som sanseopplevelsene her og nå påvirker begge. I tilfellet som informantene beskriver kan berøringshormonet oksytocin utskilles hos både pasient og terapeut og på den måten kanskje være en kilde til velvære eller positiv tilknytning. Som beskrevet i punkt 1.1

vil berøringen av pasientene være det som skiller fysioterapeuter fra andre yrkesgrupper (Bunkan, 1997, s. 160). En psykomotorisk fysioterapeut er i kontakt med pasientene gjennom massasje, spesifikke kroppsbevegelser og samtale (Bunkan, 2002, s. 2845). Det kan tenkes at denne dobbeltheten, fysisk berøring og samtale, kan føre til en dyp og nær relasjon og at det kan gi terapeutene stor tilgang til både egne og pasientenes kroppslige og følelsesmessige reaksjoner. Dette understøttes av Bloom (2006, sitert i Fletcher, 2021, s. 57) som uttrykker at de kroppslige sensasjonene som terapeutene opplever i samhandling med pasientene kan være med på å berike terapeutenes forståelse for pasientene. Warnecke (2011, s. 235) belyser også dette i utsagnet: «det vi berører vil også berøre oss».

### 5.1.2 Ivaretagelse og selvivaretagelse

#### a) *Arbeidsgiveransvar*

Informantene satte ord på at de følte seg alene med ventelister og pasienter med komplekse helseproblemer. Lederen opplevdes å være perifer og hadde kontor langt unna dem. Arbeidsgiver har en viktig rolle i ivaretagelse av hjelpere (Haavik & Toven, 2022, s. 58). Arbeidsmiljøloven beskriver at arbeidsgiver har ansvar for at de ansatte skal ha arbeidsforhold de ikke blir syke av (Isdal, 2022, s. 229). Dette kan tolkes som at arbeidsgiver har et overordnet ansvar for å sikre at arbeidstaker ikke skal være alene med ansvaret for både pasienter og ventelister. Betragtningene rundt det å ha en perifer leder var allikevel sprikende. Informantene fortalte om en stor grad av autonomi og frihet i jobben, noe de verdsatte. Ettersom lederen i stor grad var fraværende styrte de selv egen arbeidshverdag. Allikevel kom det også frem at noen tidligere hadde opplevd å ha en god leder og at de mente at det å ha en leder som så deg kunne være veldig nyttig.

Inntrykket fra mange års kursvirksomhet er at arbeidsgiver sjelden legger til rette for å beskytte hjelpere fra tilstander som vikarierende traumatisering, sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet (Haavik & Toven, 2022, s. 59). Det fremheves videre at det som beskytter er å ha høy kontroll over egen arbeidshverdag, å ha variasjon i arbeidsoppgavene, ikke for store saksmengder, ikke for mange vanskelige samtaler samtidig og ikke ha for stor traumeeksponering (2022, s. 59-60). I lys av dette kan det tenkes at leder burde ha et større ansvar for å tilrettelegge for organisering av ventelister og samtidig ha kunnskap om hvilke belastninger arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut kan medføre. I punkt 1.1 nevnes det

også at emosjonelle belastninger knyttet til jobb skal tas på alvor og løses på et organisatorisk nivå (Indregard, 2022).

Ventelistene ble trukket frem som noe som virket spesielt tyngende på informantene.

Ventelistene opplevdes uhåndterbare og stadig voksende. De kjente på et press i forhold til det å ta inn flere pasienter enn de hadde kapasitet til. Arbeidsmiljøloven sier også at arbeidsgiver har ansvar for opplæring, lønns- og arbeidsvilkår, organisering av arbeidet, arbeidets mengde og art samt oppfølging av de ansatte (Isdal, 2022, s. 229). I tråd med dette er det urovekkende at informantene føler seg overlatt til seg selv med ansvaret for ventelistene og organiseringen av arbeidet. Det er viktig å ha en leder som kan stille opp og forsøke å løse det vanskelige sammen med deg ved behov (Haavik & Toven, 2022, s. 229). Støtten kan være både emosjonell og praktisk og kan gis formelt og uformelt. Forskning viser at ansatte som føler seg sett av leder ved at lederen er interessert i deres helse og velvære, har mindre sannsynlighet for fysisk og følelsesmessig utmattelse (2022, s. 62-63). Sett i lys av dette er det ikke overraskende at informantene oppgir å føle seg alene med ventelistene og pasientarbeidet, da lederen i praksis ikke er til stede. I tillegg står de ofte nokså alene med de emosjonelle belastningene de utsettes for, noe som ses på som en risiko for ulike belastningslidelser og videre sykefravær. Som nevnt i punkt 1.1 understrekes det i Arbeidsmiljøloven at arbeidstakere skal beskyttes mot uheldige belastninger som følge av kontakt med andre (Arbeidsmiljøloven § 4-3). Det kom imidlertid også frem at noen av informantene opplevde å ha en god dialog med lederen sin, selv om de jobbet mye på egenhånd.

#### *b) Kollegagruppens ansvar*

Informantene oppga å ha en pasientgruppe med komplekse helseproblemer. Mange pasienter hadde langvarige muskel- og skjelettplager, smerter, angst, depresjon, utbrenthet, utmattelse, traumehistorikk og tøffe livshistorier. I tillegg møtte de pasienter med diagnoser som personlighetsforstyrrelser og autisme. Informantene hadde erfaring med å jobbe alene, uten kolleger med samme yrke. Ofte hadde de arbeidshverdager med få eller ingen samarbeidspartnere. Det er viktig å ha et ivaretagende kollegafellesskap for å kunne håndtere og trives i en tøff og krevende jobb (Haavik & Toven, 2022, s. 70). Det poengteres videre at jobben ofte vil kreve mer kompetanse og mer emosjonell kapasitet enn hver enkelt hjelper har alene (2022, s. 71). Dette betyr at informantene som oppgir å jobbe alene og som opplever liten mulighet for å kunne samarbeide, kan være mer utsatt for ulike belastningslidelser.

Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø, som gjennomføres hvert tredje år, understøtter at fysioterapiyrket kan være emosjonelt belastende (SSB, 2020). Informantene trakk frem at de ikke hadde noen å sparre med og at de ble stående veldig alene med ansvaret. Noen hadde opplevd å få en eller flere kolleger etter hvert og opplevde det veldig viktig for å håndtere jobben. De uttrykte da at de ikke behøvde å dra hjem fra jobb med ubearbeidede følelser ettersom de kunne diskutere litt i løpet av arbeidshverdagen. Dette samsvarer med Isdals (2022, s. 235) betraktninger om det han kaller «hverandreivaretaelse». Han forklarer det videre med at man er avhengig av det miljøet man jobber i og at man har behov for støtte og trygghet i gode kolleger. Her trekkes det igjen frem at arbeidsgiver har et overordnet ansvar for å legge til rette for tid og rom til å utvikle et støttende kollegamiljø (2022, s. 235). Informantene forteller om en arbeidshverdag der de ofte er alene, uten kolleger og med en fraværende leder. Dette kan, i ytterste konsekvens, tolkes som arbeidsforhold som ikke er i tråd med Arbeidsmiljøloven.

Isdal (2022, s. 189) fremmer begrepet debriefing. Han forklarer det som en metode for å bearbeide noe vi har opplevd. Debriefingen ledes ofte av en profesjonell og deltakerne i gruppen lytter og supplerer (2022, s. 200). Denne debriefingen kan imidlertid også gjelde for enkeltpersoner og kan ses på som noe vi gjør når vi forteller en annen om noe vi har opplevd, og den personen lytter og mottar (2022, s. 189). For psykomotoriske fysioterapeuter kan dette innebære å avtale møter med kolleger eller prate sammen i uformelle settinger der følelser og opplevelser kan settes ord på. Hensikten med dette kan være bearbeiding og avgiftning (Isdal, 2022, s. 189).

### *c) Individets ansvar*

Informantene uttrykte viktigheten av å ta vare på seg selv på ulike måter. De nevnte spesielt *egenbehandling, veiledning og kurs/faglig oppdatering*. De oppga også faktorer som hadde betydning for *hvordan de kunne forme arbeidet på best mulig måte*.

Det er av betydning å ha en god balanse mellom egenomsorg og den omsorgen man gir andre (Isdal, 2022, s. 235). Haavik og Toven (2022, s. 86) presiserer følgende «Det hjelper ikke hvor gode arbeidsbetingelsene er eller hvor klokt og hensynsfullt kollegene og lederen din oppfører seg, dersom du jobber på en måte som skader deg selv». I tråd med dette oppgir informantene at de har egne strategier for å ta vare på seg selv i jobben. De trekker frem at det er viktig å anerkjenne at jobben er tøff og at de derfor trenger å ta godt vare på seg selv

for å håndtere jobben. «Det å ha en mental høyrisikojobb krever ekstra energi, også selv om det ikke er fysisk tungt» (Høgsted, 2023, s. 182).

Det er viktig med kunnskap og ferdigheter i hvordan man kan ta vare på seg selv og det kan se ut til at få hjelpere har lært om dette under utdannelsen (Haavik & Toven, 2022, s. 86). I lys av dette kan man se at informantene har kommet frem til egne strategier, men at det er usikkert hvordan de har kommet frem til dette. En del av jobben til psykomotoriske fysioterapeuter handler om å lære pasientene å ta vare på seg selv, så det er nærliggende å tro at informantene også bruker denne kunnskapen for å hjelpe seg selv. De fortalte at det å være bevisst egne basale behov og skape rammer for nok søvn, hvile og mat opplevdes betydningsfullt. Selve grunnmuren i selvivaretagelse er de fysiologiske behovene våre; søvn, hvile, sunt kosthold og trening (Isdal, 2022, s. 238).

Informantene fortalte at de hadde stor nytte av egenbehandling. Når det refereres til egenbehandling forstås det i denne sammenheng som egen behandling fra annen psykomotorisk fysioterapeut. I psykomotorisk videreutdanning er det et krav om minimum 20 timers egenbehandling for å kunne heve takst som psykomotorisk fysioterapeut (Norsk Fysioterapeutforbund, 2024). Informantene uttrykte videre at egenbehandling opplevdes som viktig for å kunne stå stødig i jobben og kunne gjøre en god jobb. Utdanningsstedene har et ansvar i forhold til det å forberede og gjøre hjelpere i stand til å gjøre jobben sin best mulig (Isdal, 2022, s. 226). Noen av de viktigste årsakene til at studentene skal undervises i belastningspsykologi, som beskrives som et begrep for situasjoner som er belastende for mennesker og de reaksjoner som oppstår når et menneske har vært utsatt for en belastning, er at studentene skal få en mulighet til å modnes sakte for å kunne være i stand til å ta ansvar for de menneskene de blir utdannet til å hjelpe og samtidig ta vare på seg selv (Høgsted, 2023, s. 143). Studentene bør vite om de mentale risikoene som kan være forbundet med å være en hjelper (2023, s. 143).

Informantenes utsagn om at de har stort utbytte av egenbehandling i forbindelse med det daglige arbeidet som psykomotoriske fysioterapeuter vitner om et behov for hjelp og støtte for å kunne fungere godt både som hjelper og privatperson. Det kan også se ut til at informantene har kommet frem til ulike strategier som kan hjelpe dem, på eget initiativ, da det ikke blir påpekt at leder, organisasjon eller utdanningssted har lagt til rette for dette,

bortsett fra de 20 timene som inkluderes i utdanningen. Det er viktig med muligheter for ivaretagelse fra profesjonelle (Isdal, 2022, s. 245). Noen arbeidsplasser har et system for rask tilgang fra fagfolk med riktig kompetanse, men det er allikevel problematisk at det ikke alltid eksisterer et slikt tilbud eller at de ansatte ikke kjenner til det (2022, s. 245). På bakgrunn av det informantene forteller er det grunn til å anta at tilbudene som beskrives sjelden finnes eller at få kjenner til det i kommunehelsetjenesten der psykomotoriske fysioterapeuter jobber. Dette fremstår betenkelig ettersom informantene forteller om at egenbehandlingen hjelper dem med å bli bevisst både egne og pasientenes reaksjoner. Dette kan også knyttes opp mot det som tidligere er nevnt om at det å utvikle seg som terapeut og kunne forstå egne og andres reaksjoner i terapirommet er viktig (Bergersen, 2023). Det anbefales å gjøre dette i form av blant annet egenerapi (Bergersen, 2023). I lys av dette kan det tenkes at egenbehandling kan være en ressurs både for de psykomotoriske fysioterapeutene og deres pasienter. Det kan også være forebyggende for ulike belastningstilstander som psykomotoriske fysioterapeuter kan være utsatt for, i tråd med Haavik og Tovens (2022, s. 12-13) utsagn om at hjelpere som blir tatt vare på og som hjelper seg selv har mindre risiko for å bli syk som følge av smerten de utsettes for på jobb. I tillegg vil hjelperne da ha mindre behov for å beskytte seg selv på ugunstige måter som igjen kan påvirke de som skal motta hjelp (2022, s. 12-13). Basert på dette kan man også anta at egenbehandling kan være et tiltak som kan bidra til å styrke kvaliteten på jobben som utføres.

Informantene trakk også frem veiledning som et viktig redskap for selvivaretagelse. Her kom det frem at de i veiledning kunne de få en bekreftelse på at jobben var tøff og at de opplevde å bli anerkjent og forstått av andre. De fikk også en påminnelse om at det var viktig å ta vare på seg selv. Veiledning kan være en beskyttende faktor der fagpersonen kan få en mulighet til å reflektere faglig og orientere seg rundt hva som er realistisk å få til basert på egne evner og jobbsituasjon (Høgsted, 2023, s. 196). I tråd med dette kan det tenkes at psykomotoriske fysioterapeuter som jobber med pasientgrupper som kan ha komplekse helseproblemer, trolig vil ha behov for hjelp til å kunne avgrense og reflektere over hvordan de best mulig kan hjelpe pasientene, og samtidig unngå at det fører til egen uhelse. Veiledningen bør ta for seg ulike fokus; det som omhandler klienten, det som omhandler den som mottar veiledningen og det som omhandler metoden (Isdal, 2022, s. 192). I lys av dette kan man anta at en velfungerende veiledning kan fremstå som beskyttende både for terapeuter og pasienter. Veiledningen bør anerkjenne den belastningen som oppleves i jobben og fremme en normalisering av de reaksjonene som kan oppstå (Høgsted, 2023, s. 196). Dette er i tråd med

det informantene forteller om at veiledningen ga dem en opplevelse av å bli «rommet», anerkjent og forstått. Informantene fortalte at veiledningen ble organisert ulikt, i form av kollegagrupper eller individuelle timer hos psykolog. Dette kan tolkes som at det ikke fantes et organisert tilbud på arbeidsplassen, men at hver enkelt terapeut selv tok ansvar for egen veiledning.

Informantene beskrev viktigheten av faglig oppdatering og kurs. De uttrykte at dette påvirket opplevelsen av mestring i jobben og at de opplevde å få flere verktøy i møte med det å forstå seg selv og arbeidet med pasientene. Dette samsvarer med det Haavik og Toven (2022, s. 115) sier om at det er viktig for hjelpere med ny læring og fagutvikling. Hjelpere bør ha mulighet til å fortsette å lære faget sitt, utvikle og fornye seg (2022, s. 115).

Årsmøteseminaret i Norsk Psykomotorisk Faggruppe og ulike traumekurs, ble trukket frem av informantene som viktige for ny kunnskap og videreutvikling som terapeuter. Det å bli virkelig god i noe kan være ivaretagende og viktig for å kunne orke et langt hjelperliv (Haavik & Toven, 2022, s. 115). I tråd med dette vil det være av stor betydning for psykomotoriske fysioterapeuter å kunne ha mulighet til å oppdatere seg og øke kunnskapen omkring faget sitt. Dette for egen ivaretagelse, trivsel i jobben og for å kunne styrke kvaliteten på pasientarbeidet. Tilgang på teori og metode kan føre til at profesjonelle føler på mindre hjelpeløshet og får færre etterreaksjoner (Anstorp & Benum, 2019, s. 350).

Informantene uttrykte at de tok i bruk andre forebyggende tiltak som kan tolkes som ulike former for selvivaretagelse. De fremhevet blant annet viktigheten av å ikke ha for mange pasienter daglig og legge inn pauser mellom pasientmøtene. Dette kan forstås i lys av psykologisk kunnskap som belyser, viktigheten av gode rutiner i hverdagen, som å spise lunsj, ha et jobbfritt tidsrom, gjøre noe annet enn det vanlige og sette av tid til refleksjon og restitusjon (Haavik & Toven, 2022, s. 103-105). Det er også viktig å ikke ha for mange pasienter med alvorlige traumer, da dette kan være krevende (Berge, 2005, s. 127).

Informantene forklarte også at plasseringen i rommet kunne være til hjelp for å skjerme seg litt. Dette kan forstås opp mot psykologisk kunnskap som fremhever at det kan være nyttig å tenke over hvordan kontoret er møblert, og hva man ser på når man sitter i rommet (Rotschild, 2006, s. 191-196). Dette kan fremme trygghet og komfort i arbeidet med pasienter (2006, s. 191).



Informantene fortalte at det å gjøre tiltak som å lufte litt i rommet, «riste av seg pasienten» ved å børste seg eller det å koble helt av på andre måter, kunne være nyttig. Dette kan forstås som overgangsritualer, som er beskrevet som betydningsfulle for å skille mellom jobb og privatliv (Haavik & Toven, 2022, s. 105).

Informantene trakk frem betydningen av bruk av humor i jobben. De hadde positive erfaringer med å ta i bruk humor i behandlingen og de mente det kunne virke forløsende både for pasient og terapeut. Bruk av humor kan, ifølge Figley (2002, s. 139) være regulerende i forhold til utvikling av omsorgstretthet relatert til jobben som hjelper. De fysiske effektene av latter kan ligne på effektene av trening, som økt hjerterefrekvens, muskelspenning og økt respirasjonsfrekvens som resulterer i en påfølgende avspenningseffekt (2002, s. 143). Dette kan danne grunnlag for å forstå hvorfor bruken av humor ble oppfattet som forløsende. Det er imidlertid viktig å være bevisst at humor er et komplekst fenomen og at humor også kan oppfattes som nedlatende eller lite respektfullt (2002, s. 145). Det vil derfor anses som viktig at terapeuten er bevisst på når det er passende å bruke humor som virkemiddel, for å unngå at pasienten skal føle seg utilpass i relasjonen. Hjelpere er dog ofte sensitive for omgivelsene og kan raskt skifte fra glede til sorg (Figley, 2002, s. 145). Informantene uttrykte at de ofte savnet bruk av humor og at de derfor prøvde å bringe det inn til pasientene ved å «fjase og tulle». De påpekte at det kunne bli mye alvor i terapien. Dette støttes av Isdal (2022, s. 257), som formidler at humor kan fremstå som en motgift mot alvor og elendighet. Humor kan også skape en følelse av tilhørighet og en styrket kommunikasjon (Figley, 2002, s. 146). I lys av dette kan humor, dersom den brukes på riktig måte, også være et virkemiddel for å styrke pasient-terapeut relasjonen.

#### 5.1.5 Relevans

Ifølge Malterud (2018, s. 21) er betydningen av relevans hvilken rolle de nye erkjennelser som er kommet frem i forskningen «kan spille inn i den store banken av felles vitenskapelig kunnskap». I dette tilfellet omhandler relevans hvorvidt informantenes erfaringer med emosjonelle belastninger og deres strategier for ivaretagelse kan være til nytte for andre innen NPMF og for forståelsen av psykisk helse og psykisk helsearbeid.

##### *a) Relevans for psykisk helse og psykisk helsearbeid*

Kunnskapen fra denne masteroppgaven kan ha betydning for psykomotoriske fysioterapeuters psykiske helse, og kan også være gjeldende for andre yrkesgrupper innenfor

psykisk helsearbeid. Psykomotorisk fysioterapi plasseres inn under fagfeltet psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2014). Psykomotoriske fysioterapeuter hører til i kommunens ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (2014).

Som omtalt i punkt 1.6 handler psykisk helse blant annet om å ha det mentalt godt og kunne klare å forholde seg til de utfordringene man møter både i livet generelt og i arbeidslivet (WHO, 2024). Psykisk helsearbeid defineres som et flervitenskapelig og tverrfaglig felt som skal bedre menneskers psykiske helse og forsøke å gjøre endringer i samfunnsforhold som kan skape psykisk uhelse og ekskludering (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008, s. 102). Masteroppgavens resultater omhandler de emosjonelle belastningene som jobben medfører og hvordan dette håndteres. Det kom frem at informantene opplevde å være alene i arbeidet og at de i stor grad var overlatt til seg selv i å finne strategier for selvivaretagelse. Slike rammer kan tenkes å være ugunstige for ivaretagelse av psykisk helse, og vil sannsynligvis også gjelde for andre yrkesgrupper innenfor psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten.

Betydningen av støtte- og anerkjennelse og å bli sett og hørt av både kolleger og ledelse, fremmes som viktige tiltak i forhold til arbeidstilfredshet og forebygging av utbrenthet i kommunalt psykisk helsearbeid (Gundersen, 2023, s. 65-67). Dette er sammenfallende med resultatene i denne masteroppgaven, som også sier noe om viktigheten av gode ledere, gode system og kolleger. Resultatene og den aktuelle teorien som er anvendt belyser viktigheten av de tre nivåene for ivaretagelse; arbeidsgiveransvar, kollegagruppens ansvar og individets ansvar (Haavik & Toven, 2022; Høgsted, 2023; Isdal, 2022). Disse nivåene kan ha betydning for både indre og ytre forhold ved arbeidstakerens psykiske helse.

Masteroppgaven er forankret i psykisk helsearbeid med utgangspunkt i psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer. Psykologiske teorier og forskning fra andre fagfelt enn NPMF er anvendt for å besvare problemstillingen og diskutere resultatene. Det kan derfor tenkes at resultatene vil være aktuelle for andre yrkesgrupper innenfor psykisk helsearbeid, og spesielt for de som jobber direkte med pasienter og anvender samtale og/eller berøring. De psykodynamiske begrepene overføring og motoverføring kan bidra til å forstå det som oppstår i et møte mellom to mennesker (se punkt 2.1.1) på et dypt plan. Forståelsen av hva

som oppstår i relasjonen mellom pasient og terapeut, eller klient og hjelper, er etter vår oppfatning av betydning for alle som arbeider med mennesker innenfor psykisk helsearbeid

Resultatene i masteroppgaven kan bidra til å adressere behovet for støtteordninger og ivaretakelses-strategier for psykomotoriske fysioterapeuter, og andre psykisk helsearbeidere som opplever tilsvarende emosjonelle belastninger.

#### *b) Relevans for NPMF*

Funnene i denne masteroppgaven kan være til nytte for psykomotoriske fysioterapeuter og mulig bidra til økt bevissthet, normalisering og åpenhet rundt temaet emosjonelle belastninger knyttet til jobben. Den unike behandlingstilnærmingen som psykomotoriske fysioterapeuter benytter gjennom kroppslig berøring og samtale kan, som nevnt i punkt 5.1.1 a), føre til en spesielt dyp og nær relasjon. Det kan oppstå en kroppslig overføring/motoverføring i tillegg til det som oppstår i kraft av samtalen. Dette kan være både berikende og belastende for terapeutene, avhengig av hvordan de selv forstår dette og i hvilken grad de har ivaretakende systemer i jobben (se punkt 5.1.1 b). Økt kunnskap om begrepene overføring/motoverføring kan være forebyggende for emosjonelle belastninger og psykisk uhelse. Det kan også bidra til å styrke kvaliteten på terapien som utføres.

Det kan tenkes at mange psykomotoriske fysioterapeuter har personlige erfaringer med emosjonelle belastninger i jobben, men at dette har vært vanskelig å adressere da det kan ha vært forbundet med lav mestring og lite forståelse og kunnskap fra omgivelsene. Haavik og Toven (2022) debatterer hvordan hjelpere blir møtt med holdningen «er vi ikke betalt for å tåle dette?». Trolig vil dette også gjelde for psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, og resultatene kan følgelig være gjenkjennbare. På denne måten kan resultatene i masteroppgaven presentere og sette ord på noe som mange har erfaring med. Dette kan åpne opp for bekreftelser og bidra til en større forståelse og åpenhet for risiko knyttet til yrket. Her kan man også trekke inn undring over at mange av informantene ikke helt klarte å identifisere det de opplevde i jobben. De kjente ulike symptomer i egen kropp, de kjente på utmattelse og de kjente på følelser som sinne, irritasjon og utålmodighet. Det kan se ut til at det var vanskelig for informantene å forstå disse reaksjonene, noe som kan knyttes

opp mot sannsynlighet for mangelfull opplæring i psykomotorisk videreutdanning (se punkt 2.2.1).

Masteroppgavens innhold kan trolig bidra til økt kunnskap omkring de beskyttende faktorene som ligger i et godt arbeidsmiljø samt det å ha et system for ivaretagelse av den psykiske helsen for psykomotoriske fysioterapeuter. Videre kan det tenkes at informasjonen om strategier for ivaretagelse og selvivaretagelse kan være til inspirasjon og nytte for psykomotoriske fysioterapeuter i utarbeiding av praktiske tiltak for å håndtere jobben. Kunnskapen i denne masteroppgaven kan forhåpentligvis bidra til å forebygge at psykomotoriske fysioterapeuter havner utenfor yrkeslivet eller går over i andre yrker tidligere enn forventet grunnet emosjonelle belastninger (Ose & Buch, 2020, s. 11-13).

#### *c) Videre forskning*

Så langt vi vet er det ingen studier som omhandler emosjonelle belastninger og aktuelle mestringsstrategier innenfor fagfeltet NPMF. Dette kan mulig forstås i lys av tabu og skam forbundet med å ikke mestre jobben slik man forventer å gjøre. Det kunne vært aktuelt å forske videre på hvilke mekanismer som ligger bak det manglende søkelyset på hvordan jobben kan påvirke psykomotoriske fysioterapeuter. Vår erfaring er at informantene hadde stort behov og interesse for å prate om tematikken.

Det kunne også vært interessant å undersøke NPMF mer dyptgående med tanke på det unike i behandlingen som innbefatter både berøring og samtale. Det å undersøke sammenhengen mellom fysisk berøring og emosjonelle belastninger ville vært spennende å utforske i større grad enn det denne masteroppgavens rammer muliggjorde. Forhold som omhandler det som er særskilt for NPMF kunne vært av interesse for fagfeltet spesifikt. Samtidig kunne det bidratt til å synliggjøre viktigheten av profesjonens bidrag i psykisk helsearbeid.

Videre forskning bør også omfavne hvordan man kan utvikle et godt arbeidsmiljø som ivaretar den psykiske helsen til psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Her bør det tas høyde for emosjonelle og relasjonelle belastninger forbundet med jobben (Ose & Busch, 2020, s. 107). Resultatene i masteroppgaven kan tyde på at psykomotoriske fysioterapeuters arbeidsforhold i kommunehelsetjenesten ikke nødvendigvis er i tråd med

Arbeidsmiljølovens bestemmelser som sier at ansatte skal beskyttes mot uheldige belastninger som følge av kontakt med andre (se punkt 1.1.) Det kan virke som det er manglende kunnskap og bevissthet rundt risikofaktorer forbundet med jobben i kommunehelsetjenesten. Ansvar for ivaretagelse ser ut til å ligge hos den enkelte psykomotoriske fysioterapeut, og ikke på organisatorisk nivå, som det kanskje burde (Indregard, 2022).

## 5.2 Diskusjon av metoden

I denne masteroppgaven ble kvalitativ metode benyttet for å besvare problemstillingen: *Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med emosjonelle belastninger i jobben, og hva gjør de for å håndtere det?* Ved bruk av kvalitativ metode vil det ikke være et entydig svar på problemstillingen, men man søker å forstå verden sett fra informantenes side (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Analysemetoden Systematisk tekstkondensering (STK) ble brukt som analysestrategi. Grunnlagsbetingelsene for vitenskapelig kunnskap er refleksivitet, relevans og validitet (Malterud, 2021, s. 18).

Valg av metode og vår egen rolle som forskere vil ha innflytelse på resultatene. Dette vil vi komme nærmere inn på i dette kapitlet, hvor styrker og svakheter med masteroppgaven og arbeidet underveis beskrives nærmere. Vi diskuterer også studiens reliabilitet og validitet.

### 5.2.1 Refleksivitet

Forskerens rolle og innvirkning på innhenting av kunnskap er vesentlig å vurdere (Malterud, 2018, s. 19). Refleksivitet handler om å erkjenne og overveie hvilken betydning eget ståsted har hatt for forskningsprosessen (2018, s. 17-18). Som forsker kan det være utfordrende å sette egen forforståelse til side, og man kan komme til å vektlegge noen resultater mer enn andre (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Dette vil sannsynligvis påvirke resultatet (2015, s. 108). Vi forsøkte å tilnærme oss datainnsamlingen med åpenhet og nøytralitet, men vi var klar over at vår forforståelse og våre personlige erfaringer ville komme til å påvirke prosessen. Som forsker er man preget av sin forforståelse og uten å være det bevisst kan man begynne å lete etter svar på sine egne antakelser (Leseth & Tellmann, 2018, s. 74). Vi forsøkte å sette vår egen forståelse til side i prosessen, men i ettertid ser vi at det i noen tilfeller har vært vanskelig. Når vi jobbet med datamaterialet kunne vi observere at intervjueren noen ganger forfulgte egne forforståelser og interessefelt, og dreide intervjuet

inn mot dette. Det var i denne sammenheng en fordel at vi var to og kunne gjøre hverandre oppmerksomme på å holde oss til intervjuguiden og de temaene som var forhåndsbestemt. Vi kunne innhente hverandre når den ene befant seg på et sidespor. Samarbeidet vårt var en styrke ettersom vi kunne bruke hverandre som veiledere og reflektere sammen underveis.

Relasjonen mellom forsker og informant vil påvirke resultatene, og ifølge Leseth og Tellmann (2018, s. 78) er refleksiviteten til forskeren av stor betydning. I vår undersøkelse ble det utført intervjuer av kolleger med tilsvarende utdanning og like yrker som oss, og vi kjente til det faglige språket (2018, s. 79). Dette gjorde at det ble et nokså symmetrisk forhold mellom intervjuer og informant. Samtidig vil det alltid være en viss asymmetri i en relasjon mellom forsker og informant (2018, s. 78). Ettersom både informant og forsker var fra samme avgrensede miljø, tilhørende psykomotorisk fagfelt, kan det tenkes at informantene opplevde det vanskelig å trekke seg fra prosjektet (Tjora, 2021, s. 188), selv om de var informert om at det var en mulighet.

Vi opplevde at intervjuene fremstod som trygge situasjoner og at det ble personlige møter med rike fortellinger. Som forskere ble vi engasjert, fremoverlent og følelsesmessig berørt. Dette kan trolig ha påvirket informantene til å utdype visse tema ettersom de fikk bekreftelse fra oss ved at vi ble både engasjert og fremoverlente. Dette kan også ha bidratt til at de ble trygge nok til å fremstille deres personlige erfaringer.

Det å gjennomføre intervju kan sees på som et håndverk og noe man blir trent på i takt med erfaring (Leseth & Thellman, 2018, s. 141). Dette var noe vi kunne relatere til og erfaringen vår var at vi fikk tilgang til rikere materiale etter hvert når vi hadde gjennomført noen intervjuer. Vi bragte med oss erfaringer fra de intervjuene vi hadde gjennomført inn i påfølgende intervju. Vi opplevde å kunne stille mer utdypende spørsmål i den hensikt å få rikere svar på det vi ønsket belyst. Relatert til våre nye erfaringer spurte vi, f.eks., om erfaringer med å kjenne på sinne og irritasjon overfor pasienter og hvilke kroppslige sensasjoner de hadde erfaring med å oppleve.

Det vil være fordeler og ulemper ved å forske på eget fagfelt, slik vi gjorde i denne masteroppgaven. Vi hadde en viss kjennskap til det vi studerte, noe som kunne gjøre det lettere å innhente informanter og kanskje også møte dem med større åpenhet og tillit i intervjusituasjonene. Vi kjente til fagfeltets historie og hvilke uformelle strukturer som eksisterte, og vi var kjent med fagets sjargong og språk. Dette var positivt med tanke på å få

frem relevant informasjon. Ulemper kan, blant annet, være at vi hadde en forutinntatt holdning til temaet og at det var vanskeligere å holde en kritisk avstand til det vi studerte. Ettersom vi var kjent med fagfeltet var det kanskje også sannsynlig at vi utelot relevante tema og at vi ikke etterspurte aspekter som andre åpenbart ville rettet oppmerksomheten mot (Jacobsen, 2021, s. 29-30).

Gjennom prosessen i denne masteroppgaven har vår forforståelse vært i kontinuerlig endring. Vi bragte med oss en forforståelse inn i hvert intervju. Forforståelsen ble gradvis endret, og vi opplevde å møte neste intervju med en fornyet forståelse. Teorien vi har lest og benyttet oss av underveis i prosjektet har også påvirket og endret forforståelsen vår. Denne erfaringen kan knyttes til den hermeneutiske sirkel (Malterud, 2018, s. 44). Vi har fått både bekreftelser og avkreftelser på egen forforståelse. Det ble bekreftet at de fleste informantene jobbet alene og at det var mangel på samarbeidspartnere og ledere. Det var overraskende at mange rapporterte om uventede positive aspekter med jobben. Det kom frem at informantene hadde mange strategier for å håndtere jobben og for å ivareta seg selv. De poengterte at de hadde en meningsfylt jobb med gode muligheter for å bruke seg selv som medmenneske i terapien.

Vi var to prosjektansvarlige, noe som både brakte med seg styrker og svakheter. På den ene siden var det både trygt og motiverende å være to som delte ansvar og kunne drive hverandre frem i prosessen. Vi opplevde også mange interessante og faglige diskusjoner, noe som bidro til en mer spennende og utviklende prosess. Det at vi har vært to som har jobbet sammen har også gitt oss støtte og trygghet i arbeidet. Her kan man trekke paralleller mot oppgavens resultater som blant annet omhandler sårbarhet ved alenearbeid. Vi har opplevd at det å være sammen om prosjektet har gjort oss mindre sårbare i den belastningen som kan være forbundet med å skrive en masteroppgave. På den andre siden krevde det koordinering og tid med samkjøring og fordeling av oppgaver. Vi bodde på hver vår kant av landet og vi hadde få fysiske møter under prosessen. Det hadde trolig vært enklere dersom vi hadde vært lokalisert nærmere hverandre og hatt muligheter for å møtes fysisk. Vi har også vært avhengige av elektronisk samhandling, noe som ikke alltid har fungert optimalt.

### 5.2.2 Validitet

Validitet beskrives som gyldigheten av oppgaven og omhandler hvorvidt man har anvendt en metode som gjør at man kan besvare problemstillingen eller ikke. Validitetsbegrepet kan deles inn i intern og ekstern validitet (Malterud, 2018, s. 23-24). Intern validitet omhandler relevans og ekstern validitet handler om overførbarhet og kjennetegn ved utvalget (2018, s. 23-24).

#### *a) Intern validitet*

Problemstillingen ble endret underveis i prosessen. Vi påbegynte prosjektet med begrepet compassion fatigue som tema for oppgaven. Dette ble, etter innhenting av data, endret til emosjonelle belastninger. Vi endte opp med å forholde oss til andre data enn det vi først hadde antatt. Vi erfarte at dataene vi hadde samlet inn i større grad omhandlet temaet emosjonelle belastninger, og at det videre ga rom for en mer innholdsrik diskusjon. Temaet compassion fatigue opplevdes å være mer avgrenset. Fordelen med endringen var at vi kunne benytte datamaterialet i større grad. Ulempen var at vi allerede hadde utformet informasjon om at masteroppgaven skulle omhandle compassion fatigue i prosjektbeskrivelse, i informasjonsbrev til informantene samt i søknader til Sikt, REK og KoFE.

Problemstillingen var todelt. Svakheten med en todelt problemstilling kan være at temaene blir for brede og omfangsrige, noe som kan gjøre det vanskelig å holde seg til det som er relevant. Dersom man har ulike faglige perspektiver i de ulike delene av problemstillingen, kan dette være spesielt utfordrende. I vårt tilfelle opplevde vi at todelingen var innenfor samme faglige perspektiv, og det opplevdes derfor håndterbart og avgrensbart. En styrke med todelingen var at tematikken i oppgaven ble presentert på en tydelig måte.

Vi valgte å gjøre individuelle semistrukturerte videointervju med bruk av intervjuguide. I ettertid har vi gjort oss tanker om at vi kunne hatt en mer detaljert intervjuguide slik at vi sikret mer spesifisert informasjon om det vi ønsket å undersøke. Intervjuguiden burde inneholdt fakta-spørsmål om informantene, som alder, erfaring og spesielle interesser. Dette så vi ikke verdien av når vi utarbeidet guiden, men i ettertid kan det tenkes at det hadde vært interessant å kunne beskrive utvalget med flere detaljer. Vi vurderte også at vi med fordel kunne spurt mer inngående om tema som omhandlet erfaringer med berøring og hvordan det



å gi berøring erfartes, da vi opplevde litt tynt datamateriale her. Utover det erfarte vi å få et rikt og mangfoldig datamateriale, og vår oppfatning var at informantene virket meddelsomme og åpne. Vi fikk inntrykk av at de var glade for å få mulighet til å prate om temaet. De uttrykte at intervjuet opplevdes som en form for veiledning der de fikk mulighet til å sette ord på det som opplevdes viktig for dem og at de selv kunne reflektere underveis i intervjuet. Dette kan forstås som at informantene opplevde en terapeutisk effekt av intervjuene (Tjora, 2021, s. 152-153).

Lokaliteten for intervjuene varierte. Både intervjuer og informant varierte mellom å være på klinikken/kontoret og hjemme under intervjuene. Vi fikk erfaring med at det kunne oppleves stressende å sitte hjemme da man ikke kunne kontrollere omgivelsen der i like stor grad som på kontoret (for eksempel kunne det ringe på døra, familiemedlemmer eller hund kunne avbryte).

Vi utførte et prøveintervju og erfarte da at det var lurt å lene seg tilbake og gi mer plass for at informantene kunne prate fritt. En annen erfaring var at spørsmålene våre ble presentert i et litt raskt tempo og at vi med fordel kunne brukt mer tid rundt hvert spørsmål. Vi opplevde at vi fikk svar på det meste som var ønskelig og det kun ble gjort små endringer i intervjuguiden.

Vi utførte digitale videointervjuer i Microsoft Teams. Pandemien gav oss nyttige erfaringer med digitale løsninger og digitale intervju vurderes til å være et godt alternativ til tradisjonelle ansikt til ansikt intervju (Tjønndal & Fylling, 2021, s.111). Det hevdes at det er enklere for informantene å takke ja til deltakelse når intervjuene gjennomføres digitalt. Det gir også en geografisk frihet (2021, s. 40). Vi erfarte at rekrutteringen fungerte godt ved at vi raskt fikk nok frivillige informanter. Dette hadde kanskje sammenheng med friheten som knyttet opp mot de digitale løsningene. Ulemper ved digitale intervjuer kan være at vi ble frarøvet deler av den sosiale relasjonen. Et intervju rommer mer enn samtalen mellom mennesker (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 130-131) Miljøet og rommet representerer også noe. Konteksten for intervjuene vil påvirke datamaterialet (2015 s. 130 -131). Det kan tenkes at vi gikk glipp av noen aspekter i vår undersøkelse relatert til dette.

Digitale intervju kan gi utfordringer knyttet opp mot å uttrykke empati når kommunikasjonen skjer over skjerm, og det kan også være vanskeligere å speile følelser (Tjønndal & Fylling, 2021, s. 115). En annen svakhet med videointervju, og som vi fikk erfaring med, var dårlig nettforbinding (2021, s.114). Lyden og bildet ble periodevis hakkete under to av intervjuene,

en av intervjuerne falt ut en kortere periode under det ene intervjuet. Vi opplevde allikevel at vi fikk justert dette raskt, og at det ikke medførte store problemer. Positive sider med digitale videointervju kan være lavere barriere for deltakelse grunnet muligheten til å sitte hjemme (Tjønndal & Fylling, 2021, s.111). Samtidig kan det kanskje være vanskeligere for intervjuerne å håndtere og oppdage vanskelige reaksjoner underveis. Vi hadde avsatt tid til avrundning der informantene ble oppfordret til å si hvordan de hadde opplevd intervjuet. Inntrykket vi satt igjen med, og det informantene selv beskrev, var at intervjuene ga en positiv innvirkning på dem. Det så ikke ut til at noe ble belastende eller bidro til å aktivere vanskelige reaksjoner.

Vi benyttet oss av åpne spørsmål i intervjuene, i den hensikt å åpne opp for informantenes verden (Leseth & Tellmann, 2018, s. 75). Intervjuene ble lagt opp mer som samtaler fremfor direkte utspørring. Det ble lagt vekt på at vi som intervjuere var interesserte og åpne for det de fortalte. Vi organiserte det slik at en fungerte som fast intervjuer og den andre som lytter og teknisk ansvarlig. Vi var uerfarne intervjuere, og det kan ha påvirket datamaterialet. Kvale og Brinkmann (2015, s. 195) legger vekt på hvordan intervjuerens samtaleferdigheter spiller inn på intervju kvaliteten og datamaterialet. Det at vi var uerfarne kan i så måte være en svakhet. Samtidig var samtaler med pasienter en del av arbeidshverdagen vår som psykomotoriske fysioterapeuter og derfor noe vi hadde lang erfaring med. Intervjueren opplevde seg trygg, rolig og bekvem i rollen.

I masteroppgaven benyttet vi Systematisk tekstkondensering (STK) som analysemetode. Malterud (2018, s. 93) beskriver metoden som en tverrgående analyse hvor likhetstrekk, variasjoner og ulikheter mellom informantene trekkes frem. En styrke ved metoden var at den var systematisk og trinnene var tydelig beskrevet og forståelig for nybegynnere som oss. Vi opplevde at vi fikk god kjennskap til datamaterialet gjennom trinnene med en samtidig gjennom å skape meningsbærende enheter og kondensater. Analysen opplevdes samtidig krevende, både tids- og innholdsmessig.

I analyseprosessen hadde vi to som prosjektansvarlige tett og nært samarbeid gjennom alle faser. Vi hadde telefonkontakt og møter der vi diskuterte og reflekterte. En utfordring var at vi ikke kunne møtes fysisk, men vår erfaring var at det fungerte godt med digitale møter og telefonsamtaler. Under analysen brukte vi manuell teknikk for koding. Det finnes også digitale løsninger for dette. Vi valgte å klippe og sortere manuelt ettersom vi var bekymret for å miste noe av dybden i materialet ved å bruke digitale løsninger. Vi manglet også

kompetanse og erfaring med å benytte digitale løsninger i denne type arbeid. Det er mulig arbeidet hadde blitt mer effektivt dersom vi hadde benyttet slike løsninger. Troverdigheten av analysen kan ha blitt styrket ved at vi var to som utførte analyser av samme datamateriale (Johannessen et al., 2021, s. 257). Veileder har også vært medvirkende i prosessen, i form av faglige innspill og ideer.

Transkripsjon av materialet kan sees på som et kritisk punkt. Kvale og Brinkmann (2018, s. 205) uttaler at «oversettere er forrædere» og med det antydes det at det ikke er mulig å få med alt når en oversetter talespråk til skriftspråk. Konteksten blir ikke tydeliggjort og spesielt ironi kan være vanskelig å gjengi (2018, s. 205). Vi benyttet allerede ferdige transkripsjoner fra Nettskjema som utgangspunkt når vi jobbet med transkriberingen. Vi erfarte at bruk av kunstig intelligens til transkripsjon kunne være en feilkilde og på den måten risikabelt for analysen. Det var vesentlig med kvalitetssikring. Eksempler på dette: transkripsjon fra diktafonappen skrev:” jeg hadde sex med pasienter hver dag”. Det som ble sagt var “jeg hadde seks pasienter hver dag”. Eller “jeg liker ikke å jobbe med pasienter. Der det er mye psykiatri eller personlighetsforstyrrelser”, det som ble sagt var “jeg liker ikke å jobbe med pasienter der det er mye psykiatri eller personlighetsforstyrrelser”. Dette var subtile feilsitater som lett kunne oversees siden setningene ga mening. Andre mer opplagte feil der setningene ikke ga mening var lettere å oppdage. Det viste seg at materialet krevde en grundig manuell gjennomgang for å rette opp i feil og mangler.

#### *b) Ekstern validitet*

Utvalget i denne masteroppgaven bestod av seks psykomotoriske fysioterapeuter som jobbet med kommunale driftstilskudd ved egne klinikker som de selv drev alene, eller sammen med andre fysioterapeuter. Dette er en vanlig arbeidsform for psykomotoriske fysioterapeuter som jobber innenfor kommunal helsetjeneste. I spesialisthelsetjenesten er psykomotoriske fysioterapeuter oftere del av et tverrfaglig team, og vi hadde sannsynligvis fått et annet datamateriale dersom vi hadde intervjuet dem. Vi ønsket imidlertid å belyse erfaringer fra de som tilhørte kommunehelsetjenesten ettersom de i større grad jobber selvstendig og noen ofte alene. Et annet utvalg kunne gitt andre resultater og derav også andre diskusjoner. Kanskje hadde vi fått større bredde i datamaterialet dersom vi hadde intervjuet informanter fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vårt utvalg bestod av en mann og fem kvinner. Det er en mulighet for at kvinner og menn har ulike erfaringer og synspunkter på oppgavens tema. Kanskje hadde datamaterialet sett annerledes ut dersom utvalget var mer jevnt fordelt mellom kjønn, eller dersom vi bare hadde snakket med menn.

Utvalget i denne masteroppgaven var lite, og basert på det kan man si at funnene ikke er generaliserbare, men overførbare (Flyvbjerg, 2006. s. 219). At utvalget var lite kan ha den fordelen at det gjorde det mulig med et grundig analysearbeid og man kunne fremskaffe interessante erfaringer og synspunkter om et fenomen basert på bare et fåtall av eksempler. Dersom dette blir gjort av høy kvalitet kan det være generaliserbart (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 293). Ideelt sett skal det oppnås metning, noe som betyr at det intervjues til det ikke lenger kommer frem ny informasjon (Johannessen et al., 2021, s. 74). Vi kan ikke si at vi ikke erfarte å oppnå metning ettersom utvalget var for lite. Dette kan være en svakhet. Basert på utvalget og dataanalysen kan det allikevel tenkes at det kan være en mulighet for at funnene i denne masteroppgaven kan være relevante for psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten.

Informantene hadde alle meldt seg frivillige til å delta. Dette kan være en svakhet ved studien, da informantene kanskje representere en særskilt gruppe blant psykomotoriske fysioterapeuter. Det kunne være de som hadde personlige erfaringer med problematikken som meldte seg. I denne forbindelse hevder Kvale og Brinkmann (2015) at personer som deltar frivillig ikke kan overføres til befolkningen som helhet (2015, s. 291). For å få svar på problemstillingen ble det gjort et strategisk utvalg av informanter. Det var klare inklusjonskriterier for denne studien. Informantene måtte være utdannet psykomotoriske fysioterapeuter, de måtte jobbe i 80% stilling eller mer, de måtte ha jobbet minst fem år, de måtte jobbe i kommunehelsetjenesten med eller uten driftstilskudd, de måtte jobbe med pasienter med sammensatte lidelser. Svarene vi fikk ville sannsynligvis sett annerledes ut dersom vi hadde hatt andre inklusjonskriterier.

Vi valgte å gjøre semistrukturerte videointervjuer i denne studien. En annen aktuell metode kunne vært å gjennomføre fokusgruppeintervjuer enten som videointervju eller tradisjonelt med fysisk møte. Da kunne vi hatt samtale med mellom seks og tolv informanter samtidig om deres følelser, oppfatninger og tanker (Johannessen et al., s. 125) om emosjonelle belastninger i jobben. Det kan tenkes at fokusgruppeintervju hadde gitt en større bredde i datamaterialet. Når man snakker med en gruppe kan man få frem et mangfold av synspunkter, og dataene skapes ikke bare i relasjon mellom informant og intervjuer, men også i relasjonen mellom informantene (Leseth & Tellmann, 2018, s. 71). Ettersom våre

informanter var geografisk spredt i landet valgte vi bort dette alternativet. Det virket å bli for krevende og kostbart å samles, og vi tenkte det ville bli utfordrende å administrere gjennomføring av fokusgruppeintervju digitalt, ettersom vi var utrente intervjuere.

Veileders rolle har hatt betydning for prosessen og for masteroppgaven. I vårt tilfelle hadde vi veilederbytte midtveis i dataanalysen. Dette kan ha påvirket oppgaven, og det kan tenkes at det var ugunstig og sårbart å bytte veileder. Vår opplevelse var imidlertid at det ble konstruktivt med et bytte, og veileder inntok en betydningsfull rolle i kvalitetssikringen. Dialogen med veileder opplevdes verdifull for oss. Veileder bidro til at vi bevarte tiltro til prosjektet, og ble en viktig motivator og støttespiller. Det at veileder ikke selv var utdannet fysioterapeut har mulig vært en fordel i form av å få et utenfra- blick både på fagfeltet, forskningstemaet og oss selv som psykomotoriske fysioterapeuter og forskere. Samtidig kunne en veileder fra samme fagfelt mulig bidratt med verdifulle perspektiver gjennom å ha dyptgående kjennskap til yrket som ble undersøkt.

Vi har vektlagt å være transparente om forskningsprosessen og forsøkt å beskrive de ulike stegene og valgene som ble gjort underveis slik at leseren kunne vurdere troverdigheten av resultatene. En kvalitativ studie som dette vil ikke være repliserbar ettersom en annen forsker ikke vil kunne gjøre akkurat samme studie og komme til akkurat samme svar (Leseth & Tellmann, 2018, s. 67). Det var derfor særlig viktig med gode beskrivelser av prosessen.

## 6 KONKLUSJON

I denne masteroppgaven ble det undersøkt, gjennom intervjuer, hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten hadde med emosjonelle belastninger i jobben, og hva de gjorde for å håndtere det. For å gå i dybden på resultatene ble de diskutert og forstått i lys av begrepene overføring/motoverføring og ivaretagelse/selvivaretagelse.

Informantene rapporterte om alenearbeid, lange ventelister og pasienter med komplekse helseproblemer. De hadde erfaring med emosjonelle belastninger og kroppslige symptomer som de ofte måtte forholde seg til alene. Jobben opplevdes motsetningsfylt i form av å være både meningsfull og belastende. Ivaretagelse av terapeutene var ikke systematisk organisert, men overlatt til den enkelte. Informantene hadde mange strategier for å håndtere de emosjonelle belastningene i jobben. De formidlet at faglig oppdatering, kollegastøtte, veiledning, egenbehandling variasjon i arbeidsdagene og bruk av humor var nyttige tiltak.

De ulike symptomene og reaksjonene som informantene beskrev kan, i tråd med psykodynamisk teori, forstås som overføringer og motoverføringer. Den særstillingen psykomotoriske fysioterapeuter har i form av kroppslig berøring kan gi en spesielt tett og nær relasjon til pasientene, noe som igjen kan ha en forsterkende effekt på kroppslige reaksjoner hos terapeuten. Det følelsesmessige samspillet som oppstår mellom pasient og terapeut kan brukes som en ressurs i terapien dersom terapeuten er bevisst de overføringene og motoverføringene som oppstår. Samtidig kan den nære relasjonen bidra til økt risiko for emosjonelle belastninger dersom overføringene oppstår ureflektert. For å håndtere jobben gjorde informantene egne tiltak som kan defineres som ivaretagelse. Disse kan igjen være beskyttende mot emosjonelle belastninger ved at de fremmer bevissthet rundt overføringene og motoverføringene som oppstår. Organisering av ivaretagelse bør knyttes opp mot følgende tre ansvarsnivå: arbeidsgiveransvar, kollegagruppens ansvar og individets ansvar.

Resultatene i denne masteroppgaven kan være til nytte for psykomotoriske fysioterapeuter ved å bidra til økt bevissthet, normalisering og åpenhet rundt temaet emosjonelle belastninger knyttet til jobben. Utvidet kunnskap om det følelsesmessige samspillet mellom terapeut og pasient, samt strategier for ivaretagelse, kan være forebyggende for utvikling av psykisk uhelse blant psykomotoriske fysioterapeuter, samtidig som det kan fremme bedre kvalitet i

psykomotorisk behandling. Den samme kunnskapen kan også ha nytteverdi for andre som jobber innen psykisk helsearbeid.

Vi anbefaler at kunnskap om overføring/motoverføring, og ivaretagelse/selvivaretagelse i større grad implementeres i utdanningen til psykomotoriske fysioterapeuter. I tillegg anbefaler vi at ledere i kommunehelsetjenesten tilegner seg kunnskap om emosjonelle belastninger og beskyttende faktorer, slik at den psykiske helsen til psykomotoriske fysioterapeuter kan få tilstrekkelig oppmerksomhet.

## Referanseliste

- Anstorp, T. & Benum, K. (2019). *Traumebehandling, komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (utg. 3). Universitetsforlaget.
- Arbeidsmiljøloven. (2023). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (943). <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62/§4-3>
- Berge, T. (2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Vol. 42, nummer 2, s. 125-127. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2005/02/sekundaer-traumatisering-vikarierende-traumatisering-og-omsorgstretthet>
- Bergersen, K. (Programleder). (2023, 13.april). Overføring og motoverføring i møte med personlighetsproblematikk [Audiopodcast-episode 32]. *Sinnrik. En podcast for og med psykologer*. Gyldendal. <https://www.gyldendal.no/faglitteratur/psykologi/sinnrik-podkast/overfoering-og-motoverfoering-i-moete-med-personlighetsproblematikk/>
- Bunkan, B.H. (1997). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: Ressursorientert kroppundersøkelser og behandling*. Universitetsforlaget.
- Bunkan, B.H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi- prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. nr. 24, 2001;121: 2845-8
- Buvik, M.P. & Thun, S. (2023). *Kunnskapsoppsummering "Emosjonelle krav og belastninger i yrker som jobber for og med mennesker"*. (102028665). SINTEF. <https://fremtidensarbeidsmiljo.no/kunnskapsoppsummering/>
- Buvik, M.P., Thun, S., og Ose, S.O. (2023). *Relasjonelle og emosjonelle krav og belastninger i arbeid. En studie om omfang, håndtering og konsekvenser av relasjonelle og emosjonelle krav i arbeidet blant fem yrkesgrupper*. (2023:01366) SINTEF. [https://fremtidensarbeidsmiljo.no/wp-content/uploads/2024/01/SINTEF-rapport-2023-Relasjonelle-og-emosjonelle-krav-og-belastninger-i-arbeidet\\_v2.pdf](https://fremtidensarbeidsmiljo.no/wp-content/uploads/2024/01/SINTEF-rapport-2023-Relasjonelle-og-emosjonelle-krav-og-belastninger-i-arbeidet_v2.pdf)
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2021, 16.desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Dragesund, T. & Øien, A.M. (2023). Norwegian Psychomotor Physiotherapy: A scoping review. *Fysioterapeuten*. (2/23), s. 20-27.
- FHI (2023, 17. august). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>
- Figley, C., R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapist's Chronic Lack of Self Care. *Psychotherapy in Practice*. Vol. 58 (11). 1433-1441.
- Figley, C., R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. Routledge, New York.
- Fletcher, S. (2021). *Touched by Touching: A Hermeneutic Phenomenological Look at the Experience of Touch for Bodywork Practicioners* [Doktorgradsavhandling]. Pacifica Graduate Institute.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative inquiry*, 2006-04, Vol.12 (2), p.219-245
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.
- Gundersen, M. (2023). *Veien til arbeidstilfredshet og forebygging av utbrenthet, en kvalitativ studie av ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid*. [Masteroppgave]. Høgskulen på Vestlandet.



- Haavik, M. & Toven, S. (2022). *Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette?* (3. oppl.). Universitetsforlaget.
- Hartley, L. (2004). *Somatic Psychology: body, mind, and meaning*. Whurr Publishing.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring, veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (IS-2076). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/>
- Helsenorge (2024, 1.januar). *Egenandeler hos fysioterapeut*. <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-hos-fysioterapeut/>
- Høgsted, R. (2023). *Grunnbok i belastningspsykologi. Forebygging av primær og sekundær traumatisering ved psykisk krevende arbeid*. (1.utg.). Fagbokforlaget.
- Indregard, R., A-M. (2022). *Emosjonelle belastninger på jobb*. (23.03, 2022). Unio. <https://www.unio.no/perspektiv/unio-perspektiv-2022-1/emosjonelle-belastninger-pa-jobben/>
- Isdal, P. (2022). *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrker*. (4. oppl.). Fagbokforlaget.
- Johannesen, H.A. (2017, 27. juni). Arbeid påvirker psykisk helse. <https://stami.no/arbeid-pavirker-psykisk-helse/>
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Keleman, S. (1986). *Bonding: A somatic-emotional approach to transference*. Center Press.
- Knutson, H.V. (2004). Motoverføring i individualterapi og miljøterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 41(10), 804-809. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/10/motoverforing-i-individualterapi-og-miljoterapi>
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag
- Leseth, A.B. & Tellmann, S.M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Cappelen Damm.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*. (Nr. 25), 122:2468-72.
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Universitetsforlaget.
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2021). *Når livet setter seg i kroppen* [Brosjyre]. Norsk Fysioterapeutforbund. [https://25892275.fs1.hubspotusercontent-eu1.net/hubfs/25892275/02korr\\_Psykomotorisk\\_fysioterapi.pdf](https://25892275.fs1.hubspotusercontent-eu1.net/hubfs/25892275/02korr_Psykomotorisk_fysioterapi.pdf)
- Norsk Fysioterapeutforbund (2024). *Faggruppe for psykomotorisk fysioterapi*. Fysio.no. <https://fysio.no/psykomotorisk-fysioterapi>
- Ose, S.O. & Busch, H.J. (2020). *HMS i offentlig sektor. Forebygging av sykefravær og tidlig avgang fra arbeidslivet*. Gyldendal Norsk Forlag.

- Rotschild, B. (2006). *HELP for the Helper, Self-Care Strategies for Managing Burnout and Stress*. W.W. Norton & Company.
- Rubin, H. J. & Rubin, I. S. (2005). *Qualitative Interviewing. The art of hearing data*. (2.utg.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schibbye, A. Løvlie. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stånicke, E. (2018). *Psykiatriboken, Sinn-kropp-samfunn*. Gyldendal Akademisk.
- Stami (2019). *Emosjonelle krav*. Stami,noa.  
<https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/krav-kontroll-og-beloning/emosjonelle-krav/4>
- Statistisk sentralbyrå (2020, 20. august). *Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø 2019*. Statistisk Sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/levekarsundersokelsen-om-arbeidsmiljo-2019>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse - og sosialfag*. Gyldendal.
- Thornquist, E. (2009). Livet setter kroppslige spor: En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Fag og forskning*. s.1-7
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi. Vitenskapsteori*. (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Tidsskrift for psykisk helsearbeid. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 98-103. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01>
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4.utg.) Gyldendal Norsk Forlag.
- Tjønndal, A. & Fylling, I., (2021). *Digitale forskningsmetoder*. Cappelen Damm AS.
- Warnecke, T. (2011). Stirring the depths: transference, countertransference and touch. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6:3, 233-234.  
<https://doi.org/10.1080/17432979.2011.592390>
- World Health Organization. (2024, 22. februar). *Mental health*. *World Health Organization*. [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1)

## **Informasjonsskriv**

Vil du delta i forskningsprosjektet «Kostnaden av å berøre følelser - en studie om compassion fatigue blant psykomotoriske fysioterapeuter»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har med egenopplevd compassion fatigue. I dette skrivet får du informasjon om målet med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Bakgrunn og formål**

Våre navn er Maria Løding og Mariann Halvorsen. Vi er psykomotoriske fysioterapeuter og mastergradsstudenter ved Høgskolen i Innlandet. Forskningsprosjektet vi skal utføre vil inngå i vår masteroppgave i psykisk helsearbeid.

Blant psykomotoriske fysioterapeuter er emosjonelle belastninger og compassion fatigue, slik vi har erfart, lite belyst og diskutert. Compassion fatigue kan oversettes til omsorgstretthet eller medfølelsetretthet, og beskriver de belastninger som ansatte i hjelpeyrker kan utsettes for. Tilstanden beskrives som en dyp emosjonell og fysisk utmattelse. I vår studie ønsker vi å finne ut av psykomotoriske fysioterapeuters personlige erfaringer og subjektive opplevelser omkring compassion fatigue.

Problemstillingen vi jobber ut fra er:

“Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider i kommunehelsetjenesten med egenopplevd compassion fatigue?”

Masteroppgaven skal være av betydning for fagfeltet psykomotorisk fysioterapi samt psykisk helsearbeid generelt. Vi ønsker å bidra til å belyse fenomenet compassion fatigue først og fremst blant psykomotoriske fysioterapeuter, men også blant studenter, andre psykisk helsearbeidere og ledere. Det kan være aktuelt å publisere prosjektet i relevante fagblad eller som foredrag for ulike faggrupper, etter at masteroppgaven er sensurert.

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

Kontaktinformasjonen til deg har vi fått ved at du har henvendt deg til oss i etterkant av innlegg publisert på facebooksidene til Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi. Du får denne forespørselen fordi du faller inn under våre inklusjonskriterier for informanter i denne studien. Dette innebærer at du er selvstendig næringsdrivende med kommunal driftshjemmel eller at du er kommunalt ansatt i minst 80% stilling. Du har også minst fem års erfaring som psykomotorisk fysioterapeut i behandling av pasienter med sammensatte lidelser.

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

Høgskolen i Innlandet, institutt for helse- og sykepleievitenskap, er ansvarlig for forskningsprosjektet.

Prosjektledere er Maria Løding og Mariann Halvorsen, begge psykomotoriske fysioterapeuter og mastergradsstudenter. Prosjektansvarlig og veileder er førsteamanuensis Maria Løvsletten, fakultet for helse - og sosialvitenskap, seksjon for psykisk helse og rehabilitering ved Høgskolen Innlandet, Elverum.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å be om å få dine opplysninger slettet.

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

Som informant vil du inviteres til å gjennomføre et individuelt intervju som varer ca. en time.

Intervjuet vil bli gjennomført digitalt, og vi oppfordrer informantene til å sitte i et skjermet miljø uten forstyrrelser. Vi som prosjektledere ønsker begge å delta i intervjuet. En vil fungere som intervjuer mens den andre vil informere, lytte og håndtere det tekniske rundt lydopptaket. Vi vil transkribere intervjuet i etterkant.

Intervjuet kan komme til å trigge vanskelige følelser og vi vil derfor sette av tid til eventuell debrief (samtale) i etterkant. Dette vil være frivillig og gjennomføres ved behov/ønske.

### **Ditt personvern**

Vi vil kun bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dataene lagres på en sikker server ved Universitetet i Oslo. Dette vil lagres i tråd med personvernregelverket og Høgskolen i Innlandets retningslinjer. Det er kun undertegnede samt vår veileder som vil ha tilgang til opplysningene. I selve masteroppgaven vil datamaterialet fra intervjuet anonymiseres.

### **Hva skjer med opplysningene dine når forskningsprosjektet er avsluttet?**

Personopplysninger, lydopptak og transkripsjon av intervju slettes når oppgaven er godkjent.

Opgaven planlegges ferdigstilt med sensur i juni 2024.

### **Dine rettigheter:**

Dersom du kan identifiseres i datamaterialet har du rett til innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert og du har rett til å få utlevert en kopi av opplysningene. Du har krav på å få

rettet eventuelle personopplysninger om deg, å få slettet personopplysninger om deg og å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler all informasjon om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har personvern tjenestene ved Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan du finne svar på mer?**

Dersom du har spørsmål rundt prosjektet, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Mariann Halvorsen.

e-post: [friskyoga@gmail.com](mailto:friskyoga@gmail.com)

mob. 91768914

Maria Løding

e-post: [maria.loding@gmail.com](mailto:maria.loding@gmail.com)

mob. 93207714

Maria Løvsletten (veileder)

e-post: [maria.lovsletten@inn.no](mailto:maria.lovsletten@inn.no)

Du kan også kontakte personvernombudet ved Høgskolen i Innlandet:

Usman Asghar

e-post: [usman.asghar@inn.no](mailto:usman.asghar@inn.no)

Tlf. 61287483

Mob. 99257964

Dersom du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på epost:

[personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no), eller på telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Maria Løding og Mariann Halvorsen

Prosjektledere/mastergradsstudenter

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet “kostnaden av å berøre følelser - en studie om compassion fatigue blant psykomotoriske fysioterapeuter”. Jeg har fått mulighet til å stille spørsmål.

Jeg samtykker herved til å delta i intervju. Jeg samtykker også til at mine opplysninger kan behandles frem til prosjektets avslutning.

-----  
(Dato, signatur av prosjektdeltaker)



## **Intervjuguide:**

### **Innledning:**

Starter med å si litt om prosjektet basert på det som står i informasjonsbrevet.

Informasjon om lydopptak.

Innhenting av samtykke.

Takk for at du stiller som informant.

### **Overgangsspørsmål:**

Kan du si noe om hva som gjorde at du meldte deg som frivillig til å stille som informant?

### **Introduksjonsspørsmål:**

Kan du fortelle litt om din arbeidshverdag?

Hvordan vil du vurdere mengden arbeidsoppgaver i forhold til tiden du har til rådighet?

Hvordan opplever du å kunne påvirke og styre din egen arbeidshverdag?

### **Nøkkelspørsmål:**

Har du erfaring med å bli overveldet av arbeidet ditt?

- berører og påvirker eget følelsesliv
- påvirker din egen helse og eller fungering på godt, og på vondt

### **(Revidering gjort underveis etter 2 intervju:**

Noen informanter har erfaring med å kjenne sinne og aggresjon overfor pasienten, har du erfaringer med dette som kan hjelpe oss å forstå hvordan vi kan tolke det? Kan du si noe om det?)

### **Sensitive spørsmål:**

Hvordan oppfatter du at arbeidet ditt som psykomotorisk fysioterapeut generelt sett har påvirket, og påvirker din egen helse?

- psykisk/mentalt
- fysisk
- sykemeldt grunnet jobbrelaterte forhold
- overskudd
- søvn
- mestringsopplevelse

Hvordan opplever du støtte fra din nærmeste leder?

### **Avslutning:**

Hvordan synes du dette intervjuet var?

Har du noe mer du vil si eller utdype av det vi har snakket om?

Er det noe vi ikke har vært inne på som du synes vi burde fått frem?

Er det ok at vi kontakter deg i etterkant dersom vi oppdager noe vi gjerne skulle fått avklart?

## Vedlegg 3: vurdering fra REK



<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>E-post:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK sør-øst A	Elin Evju Sagbakken	rek-sorost@medisin.uio.no	22845502	01.11.2023	681557

Mariann Halvorsen

**Fremleggingsvurdering:** Psykomotoriske Fysioterapeuter og egenopplevd compassion fatigue

**Søknadsnummer:** 681557

**Forskningsansvarlig institusjon:** Høgskolen i Innlandet

### Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

#### Søkers beskrivelse

*Prosjektet omhandler psykomotoriske fysioterapeuter og egenopplevd compassion fatigue. Vi ønsker å belyse fenomenet compassion fatigue blant psykomotoriske fysioterapeuter og innenfor fagfeltet psykisk helsearbeid generelt. Vi vil intervju 5-6 psykomotoriske fysioterapeuter.*

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 15.10.2023. Henvendelsen er behandlet av leder i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK ) på fullmakt.

#### REKs vurdering

Fremleggingsvurderingen er vurdert av leder i REK sør-øst A.

Slik prosjektet og dets formål vurderes, basert på de opplysninger som fremkommer av framleggingsvurderingen er hensikten med prosjektet å å finne ut hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har med egenopplevd compassion fatigue blant psykomotoriske fysioterapeuter og innenfor fagfeltet psykisk helsearbeid generelt.

De skal intervju kun 5-6 fysioterapeuter, og prosjektet er samtykkebasert og er et Masterprosjekt innen fysioterapi.

Etter REKs vurdering faller prosjektet, slik det er beskrevet, utenfor virkeområdet til helseforskningsloven da prosjektet, med kun 5-6 informanter, har mest preg av en arbeidslivsundersøkelse blant fysioterapeuter og vil ikke gi ny kunnskap om helse og sykdom.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, i loven definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter/sårbar grupper eller benytter helseopplysninger.

**Konklusjon**

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <https://rekportalen.no>. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Kristian Bjøro  
Professor dr. med.  
Leder REK sør-øst A

Elin Evju Sagbakken  
Seniorrådgiver, REK sør-øst A

*Kopi til:*  
Høgskolen i Innlandet



Høgskolen  
i Innlandet

Komité for forskningsetikk /Research Ethics Committee

Maria Løding og Mariann Halvorsen  
Høgskolen i Innlandet  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Deres ref: Meldeskjema mottatt 20.09.23  
Vår ref: Sak 15-2023 Arkiv: 23/05377  
Saksbehandler: GN

Dato: 5. oktober 2023

## Etisk vurdering av planlagt forskningsprosjekt ved Høgskolen i Innlandet

Prosjekttittel: Kostnaden av å berøre følelser – en kvalitativ studie om *compassion fatigue*

blant psykomotoriske fysioterapeuter

Prosjektledere: Maria Løding og Mariann Halvorsen

Prosjektperiode, estimert: 30. august 2023 – juni 2024.

LEKF utfører forskningsetisk vurdering etter mandat godkjent av det sentrale FoU-utvalget 21.4.20. Dette planlagte prosjektet sorterer under prosjekter KoFE skal vurdere, det vil si obligatorisk forskningsetisk vurdering av forskning på mennesker og som ikke er hjemlet i Helseforskningsloven, men som likevel har potensial for skade, belastning og/eller krenkelse for forskningsdeltakerne.

### Saksgang:

- Framlegg/søknad til Lokal etisk komité for forskning ble mottatt som melding via Nettskjema mottatt 20. september 2023, vedlagt prosjektbeskrivelse, informasjons- og samtykkeskriv, samt intervjuguide.
- Vurdering av prosjektet er utført i komitémøte 4. oktober 2023.

### Prosjektopplysninger

#### Formål og problemstillinger

Prosjektets formål er å skaffe ny kunnskap om *compassion fatigue* (omsorgstretthet/medfølelsesutmattelse) blant psykomotoriske fysioterapeuter.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten med egenopplevd *compassion fatigue*?

#### Utvalg og innsamling av data

5-8 informanter skal ifølge søknaden (Nettskjemaet) rekrutteres via psykomotoriske fysioterapeuters Facebook-gruppe, – ifølge prosjektbeskrivelsen via leder for faggruppen psykomotoriske fysioterapeuter i Norsk fysioterapiforbund, som skal spørres om kontaktopplysninger til medlemmer av faggruppen. De som rekrutteres skal være utdannet psykomotorikere, ha jobbet i minst fem år, ha minst 80% stilling i kommunal sektor eller være selvstendig næringsdrivende med kommunal driftshjemmel, samt jobbe med pasienter som har sammensatte lidelser.

**Metode, styrkeberegning og analysemetoder**

Kvalitativ metode med semistrukturert dybdeintervju med optak.

Fenomenologisk/hermeneutisk tilnærming.

**Søkers vurdering av nytte vs. risiko**

Deltakelse kan ha en terapeutisk effekt i seg selv; bidra til økt bevissthet og forståelse, samt ha en forebyggende effekt. Det siste kan ha positiv effekt når det gjelder sykefravær og emosjonelle belastninger. Søker ser ingen nevneverdig risiko forbundet med deltakelse, hverken på individuelt nivå, gruppe- eller samfunnsnivå. Det nevnes at deltakerne er voksne velutdannede mennesker som vil bli godt informert om hva prosjektet går ut på. Dog redegjøres for tiltak som kan bidra til å redusere potensiell belastning: Det skal settes av ekstra tid i etterkant av intervjuene dersom det blir behov for samtale/ivaretagelse av informantene.

**KoFEs vurderinger**

Lokal etisk komité sitt hovedformål er å sikre forskningsdeltakernes sikkerhet og rettigheter.

KoFE deler søkers vurderinger om at prosjektet, slik det er lagt opp med klart formulert mål og problemstilling og anerkjent metode, ikke innebærer særlig risiko for deltakerne. Imidlertid kan det tenkes at det kommer frem ting i intervjuet som kan trigge vanskelig følelser. Derfor er det fint at det, ved behov, er beregnet tid til en *debrief* sammen med informanten etter intervjuet.

Komiteen merker seg at rekrutteringsprosedyren er ulikt beskrevet i 1) prosjektbeskrivelsen, 2) i søknaden/Nettskjemaet og 3) i informasjons- og samtykkeskrivet: henholdsvis rekruttering via leder for faggruppen psykomotoriske fysioterapeuter i Norsk fysioterapiforbund; rekruttering via faggruppens egen Facebook-gruppe; og via «våre nettverk av psykomotoriske fysioterapeuter». Komiteen vil anbefale 2) og/eller 3), for å unngå eventuelle problemer forbundet med utlevering av navn på medlemmer i Norsk fysioterapiforbund.

Informasjons- og samtykkeskrivet gir deltakerne gode forutsetninger for å forstå hva deltakelse innebærer. Imidlertid har komiteen et par merknader.

- Det står at det også kan bli aktuelt å belyse fenomenet blant studenter, andre psykisk helsearbeidere og ledere. Dette er ikke i samsvar med søknad og prosjektbeskrivelse hvor det går frem at deltakerne kun er psykomotoriske fysioterapeuter. Det er heller ikke i samsvar med hva som står i informasjons- og samtykkeskrivets opplysninger om hvem som blir invitert inn i studien.
- Det bør informeres om at intervjuet potensielt kan trigge vanskelige følelser (el.), og at det derfor vil settes av tid en eventuell *debrief* etter intervjuet.

Komiteen merker seg at prosjektbeskrivelsen inneholder gode refleksjoner over viktige forskningsetiske sider ved gjennomføring av prosjektet.

Forskningsprosjektet er obligatorisk meldt til SIKT Personverntjenester for vurdering av hvorvidt behandling av personopplysninger er i henhold til personvernlovgiving (saksnummer 249711). SIKT har ferdigbehandlet meldingen, og vurdert at kravene i personvernforordningen er tilfredsstillt.

### Konklusjon

Komité for forskningsetikk ved Høgskolen i Innlandet har gjort en forskningsetisk vurdering av prosjektet «Kostnaden av å berøre følelser – en kvalitativ studie om *compassion fatigue* blant psykomotoriske fysioterapeuter» og støtter oppstart av prosjektet forutsatt at ovennevnte merknader angående rekrutteringsprosedyre og behov for endringer i informasjons- og samtykkeskrivet ivaretas.

Det bes om at oppdatert informasjons- og samtykkeskriv sendes komiteen.

Vedtaket er avgrenset til fremlagt dokumentasjon. Dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektet som kan ha betydning, skal dette legges fram for komiteen før eventuelle endringer kan iverksettes.

Med vennlig hilsen




Grethe Netland

Leder av Komité for forskningsetikk – Høgskolen i Innlandet

Kopi: Veileder Maria Løvsetten

## Vedlegg 5: vurdering fra Sikt



# Vurdering av behandling av personopplysninger

<b>Referansenummer</b> 249711	<b>Vurderingstype</b> Standard	<b>Dato</b> 12.07.2023
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

**Tittel**  
Kostnaden av å berøre følelser - en studie om compassion fatigue blant psykomotoriske fysioterapeuter.

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

**Prosjektansvarlig**  
Maria Løvsletten

**Student**  
Maria Løding

**Prosjektperiode**  
21.08.2023 - 01.05.2024

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige  
Særlige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)  
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.05.2024.

[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.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER  
Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold.

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-endringer-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!