

MASTEROPPGAVE
Masterstudium i psykisk helsearbeid
November 2018

«ET FRØ ER SÅDD»

Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer
fra arbeidsrettet rehabilitering



Ia Rihti

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Sammendrag

Dette er en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved OsloMet - Storbyuniversitet. Som metode har jeg brukt kvalitativ forskning med vitenskapsteoretisk tilnærming i hermeneutikk og fenomenologi. Oppgaven belyser psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer i arbeidsrettet rehabilitering (ARR). For å finne svar på forskningsspørsmålet mitt, har jeg intervjuet tre psykomotoriske fysioterapeuter med en semi-strukturert intervjuguide.

Det meste av sykefraværet i Norge er på grunn av muskel-skjelettlidelser og psykiske sykdommer som depresjon og angst. Forskingen i den siste tiden viser at det er godt for helse å være i arbeid, både fysisk og spesielt psykisk. ARR har ikke som mål å gi behandling men den er en tverrfaglig intervensjon som hjelper deltakere til å opprettholde eller øke sin arbeidsevne. ARR opererer i knutepunktet mellom arbeid og helse. Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF) derimot er en undersøkelses- og behandlingsmetode som opererer mellom fysisk og psykisk helse.

Resultatet av min forskning er delt opp i tre hovedkategorier: «*Hva ser psykomotoriske fysioterapeuter etter?*», «*Bevissthet*» og «*Samarbeid*». Psykomotorikerne undersøkte og observerte deltakerne individuelt og i bevegelsesgrupper. Deres mål var å finne ut av deltakerens funksjonsevne psykisk, fysisk og sosialt, med tanke på tilbakeføring til arbeid. Kroppen ble oppfattet som bærer av informasjon. Som et rammeverk for deres forståelse lå salutogenese og kroppsfenomenologi. De brukte kroppsbevissthet, affekt-bevissthet, mentalisering og empowering som teknikker for å hjelpe deltakeren til å ta gode valg for sin helse både i arbeid og i livet generelt. Informantene opplevde de spesielle faguttrykkene og språket i NPMF som utfordrende og vanskelige å bruke i tverrfaglig samarbeid. De opplevde også at det var et gap mellom psykomotoriske fysioterapeuter og de andre faggruppene når det gjaldt forståelse av kroppen. Dette opplevde de også som utfordrende.

Nøkkelbegreper:

«Norsk Psykomotorisk Fysioterapi» (NPMF), «Arbeidsrettet rehabilitering» (ARR), «Tilbakeføring til arbeid», «Muskel-skjelettlidelser», «Psykisk helse», «Kroppsbevissthet», «Salutogenese», «Tverrfaglig samarbeid», «Språk»

Abstract

This is a thesis in the Master Programme in Mental Health Care in OsloMet – Oslo Metropolitan University. In the thesis I have used qualitative research with a hermeneutic and phenomenological approach as scientific method. The aim of the study is to describe the experiences of psychomotor physiotherapist in Vocational Rehabilitation (VR). To get an answer to my research question I have interviewed three psychomotor physiotherapists with a semi-structured interview form.

Most of the sick leave in Norway is caused by musculoskeletal disorder and mental illnesses such as depression and anxiety. The latest research shows that to be at work itself has a positive effect on both physical and especially on mental health. VR is not a treatment for illness but a multi-professional intervention that helps participants to regain their work-ability. VR operates between medical and work interventions. Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP) on the other hand is an examination and a treatment tradition which operates between mental and physical health.

The result of my research is divided in three main categories: *“What do the psychomotor physiotherapist look for?”*, *“Awareness”* and *“Co-working”*. The psychomotor physiotherapists examined and observed the participants both individually and in psychomotor movement groups. Their aim was to find out about the participants function both mentally, socially and physically, with return to work in focus. The body was understood as a bearer of information. Salutogenesis and the phenomenology of the body lies under as a framework for their understanding. They used body-awareness, affect-awareness, mentalization and empowerment as techniques to help the participants in VR to make good, healthy choices at work and in life in general. The informants found the special terms and language used in the NPMP as troublesome and difficult to use in multi-professional teamwork. They felt that there were a gap between the psychomotor physiotherapist and the other team members when it comes to understanding of the body. This was also experienced as challenging.

Keywords:

“Norwegian Psychomotor Physiotherapy” (NPMP), “Vocational Rehabilitation” (VR), “Return-To-Work” (RTW), “Musculoskeletal disorder”, “Mental health”, “Body-awareness”, “Salutogenesis”, “Multi-professional team”, “Language”

“Experiences remain with us,
not only as thought and consciousness memories,
but as part of our embodiment.
We may consciously forget,
but our body remembers what we have done,
and what we have been exposed to;
what we have experienced is expressed and imprinted in our bodies.”

Eline Thorquist

(Thorquist, 2018, p. 21)

FORORD

En klassisk oppdagelse: jeg har lært utrolig mye om både psykomotorisk fysioterapi og arbeidsrettet rehabilitering, og jo mer jeg har lært, jo mer har jeg forstått hvor lite har jeg forstår. Det skjer utrolig mye spennende forskning i begge fagene. Det blir spennende å følge med hvordan ARR og NMPF vil se ut om 5, 10 eller 20 år.

Stor takk til min veileder, førstelektor Kirsten Ekerholt ved OsloMet Storbyuniversitet, avdeling fysioterapi.

Videre ønsker jeg å takke:

Ph.D., forsker ved Nasjonalt Kompetansetjeneste i arbeidsrettet rehabilitering, Monica Eftedal

Ph.D., forsker ved Nasjonalt Kompetansetjeneste i arbeidsrettet rehabilitering, Wivi Andersen

Assisterende leder for Klinikk, Leder for Forskning og utvikling ved Rehabiliteringssenteret

AiR, Håvard Jacobsen Ofte

Min arbeidsgiver Rehabiliteringssenteret AiR fortjener en stor takk for å ha gitt meg mulighet til å gjennomføre dette prosjektet.

Det hadde ikke blitt noe av denne oppgaven uten mine dyktige informanter. Tusen takk til dere! Jeg har lært så utrolig mye av dere.

Jeg har hatt en utrolig fantastisk heilagjeng i familie og venner men spesielt i alle dere hyggelige, dyktige kolleger på Rehabiliteringssenteret AiR i Rauland.

Jeg vil også takke Vidar Fryksten Hoxtvedt for hjelp med korrekturlesing og IT-hjelp. Du har hatt troen på meg når jeg har tvilt om jeg klarer å gjennomføre dette prosjektet. Du har vært uvurderlig støtte og gitt meg motivasjon fra dag en.

Nå kjenner jeg bena mine igjen og kan slippe pusten til.

Rauland, 14.11.2018

Ia Rihti

INNHold

1. INNLEDNING	1
1.1. Oppgavens bakgrunn og tema	1
1.2. Problemstilling.....	2
1.3. Begrepsdefinisjon	2
1.4. Oppgavens oppbygning	4
2. TEORI.....	4
2.1. Arbeid og helse	5
2.1.1. Psykosomatiske plager og komorbiditet	6
2.1.2. Ulike forståelsesmodeller bak arbeid og helse	7
2.1.3. Ulike modeller om arbeidsevne.....	9
2.2. Modeller for mestring og endring.....	10
2.2.1. Salutogenese.....	10
2.2.2. Kroppsbevissthet	11
2.2.3. Affektbevissthet	11
2.2.4. Mentalisering.....	11
2.2.5. Empowerment og coping-strategier	12
2.2.6. Toleransevinduet	12
2.3. Arbeidsrettet rehabilitering.....	13
2.3.1. Tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester på samfunnsnivå	15
2.4. Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF).....	16
2.4.1. Kropp og følelser.....	17
2.4.2. Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK).....	17
3. Materiale og metode.....	20
3.1. Informantene og rekruttering av informanter	20
3.2. Litteratursøk.....	21

3.3.	Metode	22
3.4.	Metodekritikk	24
4.	Resultat.....	26
4.1.	Hva psykomotorikere ser etter?	27
4.2.	Bevisstgjøring	28
4.2.1.	Hvordan ting henger sammen	28
4.2.2.	Gode valg	29
4.3.	Samarbeid	29
4.3.1.	Språk.....	29
4.3.2.	Ulike fagforståelser	30
5.	Diskusjon.....	31
5.1.	Hva psykomotorikere ser etter?	32
5.2.	Bevisstgjøring	33
5.2.1.	Hvordan ting henger sammen	34
5.2.2.	Gode valg	37
5.3.	Samarbeid	38
5.3.1.	Språk.....	38
5.3.2.	Ulike fagforståelser	38
5.4.	Refleksjoner over forskningsprosessen – EPICURE.....	40
5.4.1.	Min rolle som forsker	40
5.4.2.	Bearbeiding (prosessering) av empiri	41
5.4.3.	Tolkning av empiri	42
5.4.4.	Kritisk blikk.....	42
5.4.5.	Implikasjoner for praksis.....	42
5.4.6.	Oppgavens relevans.....	42
5.4.7.	Etikk	43
5.5.	Validitet og reliabilitet.....	43

6. Konklusjon	44
• Bakgrunn og formål	12
• Hva innebærer deltakelse i studien for deg?	12

1. INNLEDNING

Sykefravær i Norge er relativt stor. Til enhver tid er ca. 6% av mennesker i arbeidfør alder sykemeldt. Muskel-skjelettlidelser og lette til moderate psykiske lidelser, som depresjon og angst er hovedårsak til sykemelding. Arbeidsrettet rehabilitering har som mål å få folk som har falt utenfor arbeidslivet på grunn av helseutfordringer, tilbake til arbeid.

1.1. Oppgavens bakgrunn og tema

Bakgrunnen til denne oppgaven ligger i mine egne arbeidserfaringer som psykomotorisk fysioterapeut. Jeg har jobbet de siste to og et halvt år på Rehabiliteringssenteret AiR, en privat non-profit institusjon i spesialisthelsetjenesten med over tredve års erfaring med arbeidsrettet rehabilitering. Fysioterapitilbudet har siden 1990-tallet vært basert på psykomotoriske prinsipper på AiR. Man ønsket å ha en mer helhetlig og ressursorientert forståelse på helse, menneske og sykdom enn det hva biomedisinsk forståelse ga.

Jeg har hatt arbeid og arbeidshelse i fokus også tidligere når jeg jobbet i en HMS-seksjon med forebyggende helsearbeid som fokus og jeg har også arbeidet som veileder i en attføringsbedrift med arbeidsrettet rehabiliteringstiltak bestilt av lokal NAV kontor.

Tema for denne oppgaven er *både* psykomotorisk fysioterapi og arbeidsrettet rehabilitering. Både arbeidsrettet rehabilitering og psykomotorisk fysioterapi spenner seg mellom to ulike disipliner som krever kunnskap om begge av utøverne i disse fagene. Psykomotorisk fysioterapi har oppmerksomhet i fysisk og psykisk helse og arbeidsrettet rehabilitering operer i grenselandet mellom arbeid og helse. Foreningen mellom arbeid og helse har lenge vært utfordrende men i dag ser man at det er nødvendig å styrke samarbeid og få til bedre koordinerte forløp for å hindre at mennesker faller utenfor arbeidslivet (Arbeidsgvelferdsdirektoratet & Helsedirektoratet, 2016).

Hverken i arbeidsrettet rehabilitering eller i psykomotorisk fysioterapi er man opptatt av diagnoser. Man har fokus på fysisk, psykisk og sosial funksjon og har en helhetlig menneskesyn basert på bio-psyko-sosial modell. I arbeidsrettet rehabilitering driver man ikke med behandling, men rehabilitering som innebærer kartlegging, undervisning, veiledning og fysiske aktiviteter med en sterk brukerstyrt perspektiv (NAKS, 2017, p. 7). Norsk psykomotorisk fysioterapi derimot er en undersøkelses- og behandlingsmetode. Så hvordan kan psykomotorisk fysioterapi passe til arbeidsrettet rehabilitering?

Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på erfaringene som psykomotoriske fysioterapeuter med lang erfaring fra arbeidsrettet rehabilitering har skaffet seg. Jeg håper å kunne beskrive hva psykomotoriske fysioterapeuter gjør og ser etter og hvordan de vurderer deltakernes helseutfordringer i forhold til arbeid. Jeg er også interessert til å finne ut hvordan de formidler sine funn og opplever samarbeidet i tverrfaglige team. Jeg håper at med forskningssamtaler får informantene en anledning til å reflektere over sin egen fagutøvelse. Jeg har ikke klart å finne forskning eller litteratur knyttet mot psykomotorisk fysioterapi i arbeidsrettet rehabilitering.

1.2. Problemstilling

Hovedmålet mitt med denne forskningsoppgaven er å finne ut om bruken av psykomotorisk fysioterapi i arbeidsrettet rehabilitering. For å finne svar på min problemstilling bruker jeg en kvalitativ metode. Jeg intervjuer tre psykomotorisk fysioterapeuter som har erfaring fra arbeidsrettet rehabilitering. Jeg bruker en semi-strukturert intervjuguide. Jeg ønsker å få frem deres erfaringer, og håper at deres tanker og kunnskap kommer til uttrykk. Problemstillingen jeg ønsker å få svar på er:

«Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter av å bruke metoden Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF) i arbeidsrettet rehabilitering (ARR)?»

Jeg har følgende støtte-spørsmål:

- Hva ser fysioterapeutene etter i sine undersøkelser og i bevegelsesgruppene?
- Hvilke funn og observasjoner prioriterer de og hvorfor?
- Hva forteller funnene om arbeidsevnen til deltakeren og om veien tilbake til arbeid?
- Hvordan formidler fysioterapeutene sine funn til det tverrfaglige teamet?
- Er det noen utfordringer ved bruk av psykomotorisk fysioterapi i arbeidsrettet rehabilitering?

1.3. Begrepsdefinisjon

Psykomotorisk Fysioterapi

Når jeg i oppgaven snakker om psykomotorisk fysioterapi forholder jeg meg til den norske tilnærmingen Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF).

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR)

Nasjonalt Kompetansetjeneste i arbeidsrettet rehabilitering (NAKS) definerer arbeidsrettet rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten som:

«Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om nødvendig bistand til deltakerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet». (NAKS, 2017, p. 6)

I oppgaven min kommer jeg til å forholde meg til denne definisjonen.

Begrepene «tilnærming» og «deltaker»

I denne oppgaven kommer jeg til å bruke begrepene «tilnærming», «metode», «behandlingsform» og «fagtradisjon».

I arbeidsrettet rehabilitering ser man på deltakeren som en aktiv aktør i sin egen rehabiliteringsprosess og dermed bruker jeg begrepet «deltaker» i oppgaven. Når jeg beskriver derimot Norsk Psykomotorisk Fysioterapi som behandlingsform bruker jeg begrepet «pasient».

Informant, deltaker, forsker

I forhold til den hermeneutiske tradisjonen og «den hermeneutiske sirkelen» er både jeg som forsker og mine informanter deltakere i vår felles prosess i heving av kunnskap og faglig forståelse. Dermed kunne jeg kalle mine informanter og meg selv som «deltakere» i forskningsprosessen. For å unngå misforståelse i forhold til deltakere i arbeidsrettet rehabilitering kommer jeg til å benytte begrepet «informant» om de psykomotoriske fysioterapeutene som deltar i forskningen og «forsker» om meg selv. Dette utelukker ikke forståelsen av informantenes og forskerens felles prosess men er til for å gi leseren klarhet i begreper.

Bevegelsesgruppe

Med bevegelsesgruppe mener jeg gruppebaserte aktiviteter i forhold til fagtradisjonen i norsk psykomotorisk fysioterapi.

Arbeidsevne

Når jeg i denne oppgaven snakker om arbeidsevne, er det knyttet mot faglige, erfarings- og forskningsbaserte vurderinger som sier noe om muligheter til å øke eller beholde sin nåværende arbeidsevne. Det må skilles mellom denne forståelsen av arbeidsevne og den som Arbeids- og velferdsforvaltningen, NAV, bruker. NAV sin definisjon er knyttet mot rettigheter, plikter og økonomiske ytelser. Arbeidsevne i denne oppgaven er knyttet til funksjonsevne - både fysisk, psykisk og sosialt.

1.4. Oppgavens oppbygning

Oppgaven starter med en teorigapittel om arbeid og helse. Jeg kommer til å beskrive nærmere hvordan man ser på arbeidsevne i dag. Etterpå ser jeg på hvilke sykdommer som dominerer sykefraværstatistikker i Norge og globalt. Videre beskriver jeg arbeidsrettet rehabilitering som fagfelt og prosess samt hvem er deltakerne i arbeidsrettet rehabilitering i dag. Jeg avslutter teorigapittelet med å beskrive Norsk Psykomotorisk Fysioterapi og hva er hovedprinsippene i undersøkelse og behandling i psykomotorisk fysioterapi. I «Materiale og metode» - kapittelet beskriver jeg hvordan jeg har tenkt å få svar på min problemstilling ved å intervju psykomotoriske fysioterapeuter som har arbeidet eller arbeider i arbeidsrettet rehabilitering. Jeg legger frem resultatene fra samtalene og avslutter forskningsoppgaven med en diskusjonskapittel som knytter funnene mot problemstillingen og teorien. Til slutt presenterer jeg refleksjoner fra forskningsprosessen og avslutter oppgaven med en konklusjon. Jeg ser nærmere på problemstilling spesielt i lys til kroppsbevissthet og ulike mestringsstrategier.

2. TEORI

Vi bruker gjennomsnittlig nesten 8 timer fem dager i uken i arbeid. Hvordan vi har det på arbeid har altså stor påvirkning i vårt liv. Men livene våre utenfor arbeid påvirker også vår arbeidshelse. I dag vet vi at det å være langtidssykemeldt har negativ effekt på arbeidsevnen og det er viktig at man kommer i arbeid så raskt som mulig, om så i redusert stilling. Waddel og Burton fant i sin forskning at å være i arbeid eller komme tilbake til arbeid har en positiv effekt både på fysisk og psykisk helse samt livskvalitet. Arbeidet kan ha også negative effekter på helse, men den positive effekten er uansett større (Waddel & Burton, 2006, pp. 36-37).

Å være langvarig sykemeldt gir etter hvert negative konsekvenser for helsen og livet generelt. Langvarig sykemelding har negativ påvirkning på søvn og søvnkvalitet, som igjen på lengre

sikt påvirker det generelle energinivået til den sykemeldte. Sivertsen et al påviste i sin studie også den motsatte: å miste nattesøvn er en klar predikator for langvarig sykemelding. (Sivertsen, Øverland, Bjorvatn, Mæland, & Mykletun, 2009, p. 72). Sykemelding kan også medføre inaktivitet som på sin tur kan føre til overvekt, økte smerter og nedsatt stemningsleie. Sykdom isolerer den syke utenfor fellesskapet. Dette igjen kan medføre depresjon og angst. Sykdom kan påvirke også andre viktige områder i livet: seksualitet, familiære relasjoner og ikke minst økonomi. Sykefravær gir store samfunnskostnader, men først og fremst er det et tap og tragedie for den enkelte det gjelder. Jo lenger disse negative ringvirkninger påvirker hverandre, jo mer komplisert blir den totale situasjonen og jo viktigere er det å ha en helhetlig tilnærming og samarbeid mellom de ulike aktørene innen arbeid og helse. Sykefravær påfører store samfunnskostnader men først og fremst er det et tap og tragedie for den enkelte det gjelder.

2.1. Arbeid og helse

Norge har høy sysselsetting sammenlignet med andre OECD land men samtidig har Norge blant de høyeste andelen av fravær fra arbeid på grunn av sykdom av alle medlemslandene. (OECD, 2016). Det legemeldte sykefravær i andre kvartal i 2018 er på 6,2 prosent det vil si at ca 160 00 mennesker er sykemeldt til enhver. Det er muskel-skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon som topper sykefraværstatistikken i Norge. (NAV, 2018b). I andre kvartal i 2018 lå nesten 40% av sykefraværet på grunn av muskel- skjelettlidelser. I samme periode var ca 20% av sykemeldingene på grunn av psykiske lidelser. Man regner med at i løpet av et år vil rundt 1 av 5 voksne ha en psykisk lidelse. (Folkehelseinstituttet, 2018, p. 25) Det er knyttet store kostnader for samfunnet i forbindelse med sykefraværet og betyr mye for virksomheter og for den enkelte det gjelder og hans/ hennes familie.

I september 2018 var det 9,8 prosent av befolkningen mellom 18 – 67 år, som mottar uføretrygd. (NAV, 2018a). Muskel-skjelettlidelser og psykiske lidelser dominerer også som årsak til uføretrygd. Muskel-skjelettlidelser med nesten 40% av all sykefravær (NAV, 2018b). Hultin et al har påvist i sin forskning at langvarig sykefravær, spesielt i forbindelse med muskel-skjelettsykdommer og psykiske lidelser, øker risken for uførepensjon. (Hultin, Lindholm, Möller, & Fielding, 2012, pp. 1, 4) . Folkehelseinstituttet konkluderer i sin rapport om arbeid og helse at man bør spesielt satse på tiltak til å hindre langvarige sykemeldinger for å forebygge overgang til uføretrygd. (Folkehelseinstituttet, 2014, p. 1). Sykefravær og uføreytelser pga muskel- og skjelettlidelser består hovedsakelig av ryggplager og nakke- og

skulderplager. Det er foreslått at NAV bør satse på forebyggende og tidlige tiltak for å hindre at disse faller ut av arbeidslivet. Arbeidsrettet rehabilitering er spesielt nevnt i denne sammenheng (Brage, Ihlebæk, Natvig, & Bruusgaard, 2010, p. 2370). En god del av muskel-skjelettplagene kan knyttes opp mot arbeid. Man anslår at om lag 30% av disse plagene er arbeidsrelaterte.

Verdens helseorganisasjon WHO betrakter psykiske plager som største årsak til nedsatt funksjonsevne og som den sykdommen som kommer til å øke mest i verdens befolkning i de nærmeste årene. WHO rangerer depresjon til å være størst enkeltfaktor til nedsatt funksjonsevne i verden. Angst ligger på sjette plass. WHO mener at hovedårsaker til nedsatt psykisk helse ligger arbeidsløshet, livshendelser som død i nære relasjoner, avbrutte relasjoner, fysisk sykdom og problemer forårsaket av rusmisbruk. (WHO, 2017, p. 5)

«Psykiske lidelser påvirker arbeidsevnen negativt, og medfører økt sykefravær. Uførepensjon for psykiske lidelser innvilges ved yngre alder enn for somatiske sykdommer, og psykiske lidelser medfører derfor flere tapte arbeidsår enn alle andre sykdommer. Angstlidelser og depressive lidelser er de to største årsakene til arbeidsuførhet blant de psykiske lidelsene fordi disse er de vanligste psykiske lidelsene i befolkningen.» (Psykiske lidelser i Norge: et Folkehelseperspektiv, 2009)

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA, beskriver i sine nettsider at ca 800 000 – 900 000 mennesker i arbeidsfør alder er utenfor arbeidslivet pga sykdom eller andre grunner. Fjerdedel av disse har psykiske plager. Å kunne arbeide og bidra i samfunnet er et av våre grunnverdier. Tidligere har man tenkt at man bør bli frisk først før man kan arbeide igjen men i dag tenker man at det å være i arbeid parallelt med behandling er en faktor som øker tilfriskningen.

«Vi er på vei bort fra en tankegang om at vi må bli friske før vi kan begynne å jobbe, til en tilnærming hvor ordinært arbeid og behandling kan og bør foregå samtidig. Vi har begynt å anerkjenne arbeid som god medisin, og som drivkraft til bedringsprosesser.» (NAPHA)

2.1.1. Psykosomatiske plager og komorbiditet

Det som kjennetegner deltakerne på arbeidsrettet rehabilitering og i psykomotorisk fysioterapi i dag er komorbiditet det vil si samsykelighet. I tillegg til hoveddiagnosen eller den primære helseplagen har deltakere gjerne en eller flere diagnoser eller plager, hovedsakelig lette eller moderate psykiske plager så som angst og depresjon i tillegg til muskel-skjelettplager. I

tillegg er søvnforstyrrelser, fordøyelsesproblemer, svimmelhet og utmattelse vanlige plager. Komorbiditet gjør rehabiliteringsarbeidet utfordrende, og har vist seg å være en indikasjon på om at de fysiske og psykiske utfordringene har vart en god stund. Komorbiditet ser ut til å korrelere med lengden av sykefravær.

Fokuset på fysioterapi i arbeidsrettet rehabilitering har endret seg mye i de siste tredve årene. På 1980-tallet var man opptatt av muskel-skjelettlidelser, korrekte arbeidsstillinger, ergonomi og spesifikt trening for det enkelte området man hadde plager i. På 1990-tallet begynte man å utvide tanken videre til psykiske faktorer i arbeidsmiljø. Man snakket mye om stress, stressmestring, utbrenthet og psykososialt arbeidsmiljø. I dag har man en utvidet forståelsesmodell for sykdom og helse. I 2016 kom det frem en innstilling til Stortinget der flertallet fra helse- og omsorgskomiteen støtter denne forståelsen:

I helse- og omsorgskomiteen innstilling til Stortinget (Innst. 11 S, 2016-2017)

«Flertallet viser til at mennesker med muskel- og skjelettlidelser ofte kan oppleve disse lidelsene i en kombinasjon med psykiske lidelser. Flertallet mener at en i slike tilfeller ikke kan se på sykdom som enten psykisk eller fysisk, men heller tenker at kropp og psyke ofte kan henge sammen gjennom et årsaksforhold.» (Innst.11S(2016-2017). p. 140)

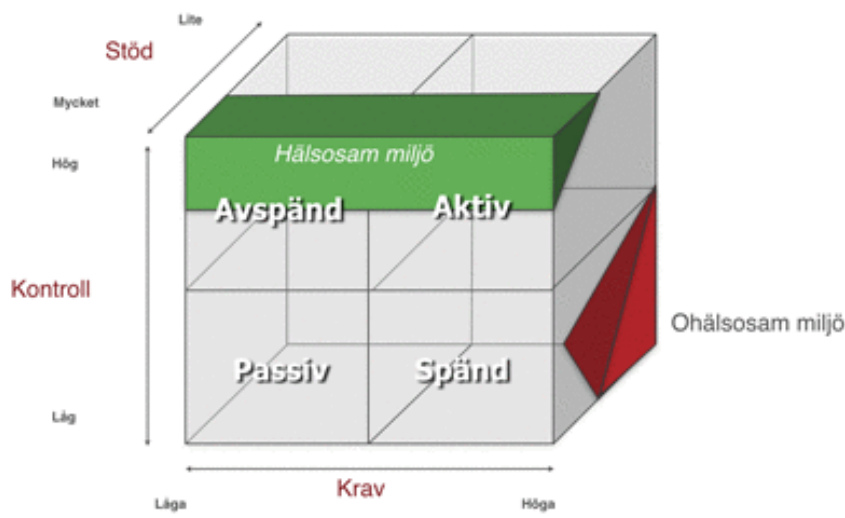
2.1.2. Ulike forståelsesmodeller bak arbeid og helse

Det finnes flere modeller som hjelper oss å forstå sammenhengen mellom arbeid og helse. Antonovsky sin modell om salutogenese er en av de. I følge denne modellen er det vesentlig at arbeidstakeren opplever mening og mestring med sitt arbeid og at arbeidsoppgavene er håndterbare. Salutogenese blir beskrevet nærmere i neste kapittel.

En annen modell som ser på litt av det samme er en modell utviklet av Karasek. Han kalte dette en «krav-kontroll» -modell (Karasek, 1979). Modellen er blitt utviklet videre av Theorell og Johnson slik at i dag har den også en tredje dimensjon: støtte. I tillegg til de psykososiale faktorene tok man nå også hensyn til de fysiologiske forholdene ved arbeid. Ved hjelp av modellen viser man til hvordan det ligger en sammenheng mellom de krav som blir stilt for en på arbeid, hvilken grad man har kontroll over sitt eget arbeid, hvilken grad er det mulig å få støtte og hvilken påvirkning disse faktorene har i forhold til helse. Denne modellen har vist å øke kunnskap om arbeid, psykisk helse, muskel-skjelettlidelser og mage-tarm plager (Stressforskningsinstituttet, 2015). Slik man ser fra figuren under, ligger området for best mulig måte å kunne ivareta helse når man befinner seg i «aktiv» -sonen. Her blir det stilt

forholdsvis høye krav til arbeidstakeren har arbeidstakeren men samtidig har han god kontroll over sine oppgaver og opplever god støtte fra kolleger og ledelser. Forskningen viser at når arbeidstakeren befinner seg lenge i «stress» - sonen, det vil si det stilles høye arbeidskrav, man har lite kontroll over sitt arbeid og det oppleves lite støtte fra kolleger og ledelse, at det er størst fare for sykefravær.

Kontroll – Krav – Stöd - modellen



* Karaseks och Theorells

Kontroll-krav-støtte modellen etter Karasek, Theorell og Johnson. Figur fra nettsiden:

<http://ledarskap1.se/2016/11/23/det-ar-dags-att-jobba-forebyggande-mot-stress/>

Siegrist har utviklet en annen modell som setter fokus på forholdet mellom arbeidsinnsats og belønning (Siegrist, 2004). I følge Siegrist kan belønning være penger, anseelse eller status i form av muligheter til forfremmelse eller at arbeidsstillingen er sikker. I modellen har han også sett på hvordan arbeidstakerens engasjement kombinert med innsats og belønning påvirker helse.

Han har fremlagt en antakelse om at arbeidstakere som er overengasjerte er mer utsatt for helseutfordringer. Da snakker han om arbeidstakere som yter mer enn forventet og som opplever at belønning i form av anerkjennelse ikke står i samsvar med deres ytelse (Lau, Finne, & Berthelsen, 2011; Siegrist et al., 2004). Siegrist fant ut at langvarig ubalanse mellom

innsats og belønning påvirker arbeidstakerens selvfølelse og forhøyet stressnivå med stressrelaterte sykdommer som hjerte-karsykdommer og psykiske lidelser som angst og depresjon som resultat (Lerdal & Fagermoen, 2011).

2.1.3. Ulike modeller om arbeidsevne

Siden formålet med arbeidsrettet rehabilitering er å øke eller å beholde sin arbeidsevne, er det hensiktsmessig å se litt mer nærmere på dette begrepet. I veileder i arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (NAKS, 2017) skisseres en forståelse av arbeidsevne ved hjelp av to modeller: ICF modellen og den «økologiske» modellen for arbeidsdeltakelse (Loisel, Falardeau, et al., 2005). Å øke tilbakeføring til arbeid har i de siste årene vist at det er lite hensiktsmessig å finne løsninger i biomedisinsk tradisjon. Den bio-psyko-sosiale tankegangen med en helhetlig forståelse av mennesket, helse og de utfordringer en har i forhold til arbeidsdeltakelse, er vesentlig for å kunne få til en vellykket arbeidsrettet rehabilitering. Mennesket sees nå mer i en relasjonell sammenheng i forhold til sin livshistorie, ressurser og arbeid. Det relasjonelle kommer frem ved å se mennesket som en helhet i forhold til ICF modellen med hovedvekt på funksjon på den ene siden og de muligheter fagpersoner har for å påvirke arbeidsdeltakelsen vises i den «økologiske» modellen for arbeidsdeltakelse (NAKS, 2017, p. 10).

Verdens helseorganisasjon WHO i 2001 lanserte et klassifikasjonssystem basert på en bio-psyko-sosial forståelse av funksjon, funksjonshemming og helse med International Classification of Function, ICF. Dette var en motpol på den biomedisinske, diagnosestyrte og dermed den fragmenterte forståelsesmodellen på helse, sykdom og mennesket. ICF fikk en stor betydning for hele rehabiliteringsfeltet, også arbeidsrettet rehabilitering. Med dette helhetlige menneskesynet flytter man fokuset fra det fag- og spesialiststyrte medisinske område, der den med helseutfordringer er «en pasient», til brukerstyrt fokus der man oppfatter den med helseutfordringer som «en deltaker, bruker eller aktør» og en spesialist i sitt eget liv. Fagpersoner rundt får en mer støttende og veiledende funksjon.

Loisel et al har beskrevet i sin modell de ulike arenaer og aktører i arbeidsrettet rehabiliteringsprosess og har skissert hvilke krefter påvirker arbeidstakeren med helseutfordringer i forhold til arbeid. Modellen består av fire hovedelementer eller –systemer slik Loisel et al har kalt de: helsetjeneste, arbeidsplass, det personlige- og det sosiale systemet. Med modellen forstår man at arbeidstakerens arbeidsevne og funksjon er sammensatt og avhengig av flere faktorer. Modellen viser kompleksiteten i arbeidsrettet rehabilitering, de

ulike aktører som påvirker i rehabiliteringsprosessen og som må involveres i hele prosessen hvis den skal ha muligheter til å lykkes. Loisel et al konkluderte med at den nye kunnskapen om kompleksiteten i tilbakeføring til arbeid vil medføre endringer ikke bare i den kliniske hverdagen, men også administrativt og sosialt (Loisel, Buchbinder, et al., 2005, p. 508)

2.2. Modeller for mestring og endring

2.2.1. Salutogenese

Salutogenese er en grunnleggende modell både i arbeidsrettet rehabilitering og i psykomotorisk fysioterapi. Modellen ble utviklet av den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky i 1970-tallet. Man flytter fokuset fra sykdomsforebygging og patogenese der man er opptatt å finne ut hva som gjør oss syke til helsefremming og salutogenese der man er opptatt på hva som holder oss friske. I salutogenese ser man helse som et kontinuum der man har grader av helse gjennom hele livet. I patogenese oppfatter man helsen som enten - eller situasjon, der man enten er frisk eller så er man syk. Salutogenese er dermed en dynamisk helseforståelse der menneske er i kontinuerlig utvikling både i forhold til seg selv og til sine omgivelser.

Et sentral begrep i salutogenese er «sense of coherence» (SOC) - «opplevelse av sammenheng» (OAS) på norsk. Begrepet kan defineres som mestring (Langeland, 2009, p. 288). I følge Antonovsky består OAS av tre dimensjoner: forståelighet, håndterbarhet og mening. Disse dimensjonene er i kontinuerlig samspill. De tre dimensjoner har også andre aspekter ved seg i modellen: Forståelighet er den kognitive komponenten, håndterbarhet er den instrumentelle eller atferds komponenten og mening er den motivasjons komponenten (Lindström & Eriksson, 2006, p. 241). Antonovsky la størst vekt på meningsdimesjonen.

Det andre sentrale begrepet i salutogenese er generelle motstandsressurser (GMR). Langeland har listet opp motstandsressurser blant annet som identitet, kunnskap, mestringsstrategi, kontroll, kultur, sosial støtte, verdier og religion, fysiske forhold og materielle verdier (Langeland, 2012) Antonovsky mente at for å kunne utvikle en sterk OAS må minst fire av de generelle motstandsressursene være tilstede. Disse fire er meningsfylte aktiviteter, eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner (Lindström, Eriksson, & Sjøbu, 2015, p. 30).

2.2.2. Kroppsbevissthet

Utgangspunktet for kroppsbevissthet ligger i at mennesket uttrykker alltid seg selv kroppslig og kroppen uttrykker alltid personen, disse kan ikke skilles. Den kroppsfenomenologiske tanken om «den levde kroppen» er vesentlig i kroppsbevissthet. Å være bevisst sine kroppslige fornemmelser er ikke alltid like lett. Etter langvarige smerter eller sykdom og plager vil disse signalene stenge informasjon om andre kroppslige reaksjoner eller at man mister evnen til å nyansere opplevelser. For å kunne endre sine bevegelsesmønstre, får å kjenne på leddutslag, kroppsholdning, pusten, graden av muskelspenninger, hvordan kroppen forholder seg til underlaget i ulike utgangsstillinger, er det nødvendig å ha en viss grad av kroppsbevissthet (Thornquist & Bunkan, 1995). Thornquist og Bunkan utdyper forskjellen med en ytre og indre perspektiv i bevegelser: «Enhver bevegelse kan utføres utvendig, mekanisk og 'korrekt' – eller med tilstedeværelse og innlevelse.» Målet for kroppsbevissthet ligger i det å finne en balanse mellom det som oppleves som bra for kroppen og det som er hensiktsmessig for kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995).

2.2.3. Affektbevissthet

Affektbevissthetsmodellen ble utviklet i 1990 tallet av Monsen og er blitt videre utviklet av Monsen og Solbakken. Modellen går ut på å gjenkjenne, tåle og uttrykke følelser det vil si å være bevisst sine følelser. Å ha evne til å være bevisst sine følelser har ifølge Monsen med flere andre forskere, en klar sammenheng med psykisk helse og sosial funksjon. Nedsatt evne til å integrere følelser kan knyttes mot angst, depresjon, smerter og utfordringer i tilknytning til andre. Affektbevisst krever at man har en viss toleranse for følelser. For å ha toleranse kan man bearbeide følelser og handle hensiktsmessig i forhold til sine følelser samt motta respons fra omverdenen på sine følelser. Å mangle toleranse for følelser gjør man blir overveldet og man er ikke lenger i stand til å handle hensiktsmessig. Følelsene kan også lagres i kroppen.

2.2.4. Mentalisering

En nært beslektet metode med affektbevissthet er mentaliseringsbasert terapi utviklet av Bateman og Fonagy (F. Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Terapiens grunnlag ligger i Bowlbys sin tilknytningsteori men har i dag også teori integrert fra psykoanalyse, utviklingspsykologi, affektteori samt nevrobiologi. Denne terapien var i utgangspunktet utviklet for behandling av borderline personlighetsforstyrrelse men i dag brukes teknikken mer utvidet f.eks. ved behandling av traumer, spiseforstyrrelser og i rusbehandling. I

mentaliserings ligger fokus på refleksjon over følelsen som et grunnlag for integrering og regulering av følelsen.

2.2.5. Empowerment og coping-strategier

Ordet «empowerment» er blitt forsøkt å oversettes til norsk uten at man klarer å beholde begrepets betydning slik den skal være. (Tveiten, 2007; Walseth & Malterud, 2004) Derfor kommer jeg til å forholde meg til det engelske ordet. Verdens helseorganisasjon definerer empowerment som «*en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse*». Empowerment foregår på individ-, organisasjons- eller på samfunnsnivå. I rehabiliteringssammenheng er det naturlig å se på begrepet i individnivå. Empowerment er både en prosess og et resultat.

Empowerment kan enkelt knyttes til brukermedvirkning begrepet men samtidig er det mer enn bare det. I forholdet mellom bruker og fagfolk betyr empowerment at brukeren betraktes ikke som en mottaker men som en deltaker som deltar i avgjørelser som berører ens eget liv og helse. Askheim har skrevet om empowerment i rehabilitering:

«Empowerment i en slik sammenheng vil handle om å mobilisere styrke og ressurser hos den enkelte, slik at han/ hun kan leve med sine funksjonsnedsettelse og mestre hverdagen og hverdagens utfordringer og dermed oppleve kontroll over eget liv. En slik utvikling skal skje gjennom støtte fra ressursorienterte fagpersoner.» (Askheim, 2012, p. 67)

Coping er et annet begrep det kan være vanskelig å finne en godt nok dekkende norsk oversettelse. Håndtering eller mestring kan være nærmeste norske begreper. Jeg kommer til å forholde meg til coping og coping-strategier. Man snakker gjerne om coping i forbindelse med smerter eller store livshendelser eller hva man gjør helt målrettet for å håndtere smertene. Carroll et al har undersøkt nærmere på hva «coping» betyr for folk som har falt utenfor arbeid på grunn av arbeidsrelaterte smerter. De fant ut to dominante temaer. Den ene var Dette uttrykte «slik jeg er» - dimensjon. Den andre var de praktiske strategier som man har for å eliminere eller håndtere smerter. Dette hadde en «hva jeg gjør» - dimensjon. (Carroll, Rothe, & Ozegovic, 2013)

2.2.6. Toleransevinduet

Toleransevinduet og regulering av aktivering også viktig å kjenne til når man samtaler med deltakerne om kroppen og om kroppslige opplevelser. Begrepet «toleransevindu» kommer fra

utviklingspsykologien men brukes nå mye i traumeterapi. Tanken bak er å hjelpe pasienten å holde seg innenfor en aktiveringsspenn som er tolerable, altså ikke for lav eller for høy. Ved for høy aktivisering kommer man over til «fight-flight-modus» som kommer til uttrykk som uro, impulsivitet, aggresjon. For lav aktivering kommer til uttrykk som tomhet, nummenhet, handlingslammelse (Nordanger & Braarud, 2014, p. 534).

2.3. Arbeidsrettet rehabilitering

Rehabiliteringstilbudet er for mennesker som er i fare for å falle ut av arbeidslivet eller har som ønske å komme tilbake til arbeidslivet. De fleste deltakerne er henvist på grunn av muskel-skjelettplager. Samtidig eksisterer det tydelig samsykelighet, det vil si at deltakerne har i tillegg til hoveddiagnosen en eller flere andre diagnoser og helsemessige plager. De vanligste sykdommene og plagene i tillegg er lette til moderate psykiske plager som depresjon og angst. I tillegg har deltakerne ofte rapporterte plager knyttet mot søvn, fordøyelse, utmattelse og stress. I arbeidsrettet rehabilitering er muligheter til arbeid kombinert med deltakerens ressurser i fokus parallelt med at i bakgrunnen ligger de fysiske, psykiske og sosiale utfordringer som den enkelte har.

Arbeidsrettet rehabilitering en forholdsvis ny fagfelt innen rehabilitering både internasjonalt og nasjonalt. ARR opererer i spenningsfeltet mellom arbeid og helse. Det finnes ennå ingen konsensus i Norge eller internasjonalt om en felles definisjon av arbeidsrettet rehabilitering. (Escorpizo et al., 2011, p. 127; NAKS, 2017, p. 6) Det er viktig å skille mellom behandling og ARR. Behandling av sykdom skal foregå før eller parallelt med rehabiliteringen mens ARR har som hovedmålsetning til å styrke funksjon, mestring og samhandling med sentrale aktører. Man ønsker å oppnå en større arbeidsdeltakelse på tross av helseplager. (NAKS, 2017, p. 7)

Aas har beskrevet «vellykket ARR» der fire forhold – kunnskapsgrunnlaget, kontekst, tiltakene og fasilitørene – påvirker hverandre for å oppnå de ønskede intensjonene med arbeidsrettet rehabilitering (Aas Wågø, 2012, pp. 212-219). I kunnskapsgrunnlaget legger hun igjen fire former som er samfunns- og systemkunnskap, brukerkunnskap, profesjonskunnskap og forskningsbasert kunnskap og teorier. Hun presiserer at avklaring av arbeidssituasjonen og motivasjon for arbeid med brukeren og brukerens egen innsikt i sin situasjon og sine muligheter er avgjørende for en vellykket arbeidsrettet rehabilitering. Hun legger blant annet dette i begrepet «brukerkunnskap». Når det gjelder profesjonskompetanse snakker hun om holdninger, kunnskap, ferdigheter og taus kunnskap. I arbeidsrettet rehabilitering, slik som i all annen rehabilitering ønsker man å unngå særferdighet, men man prøver å strebe etter

flerfaglighet. Aas referer til Loisel mfl. (Loisel mfl. 2005) ved at den tverrfaglige kompetansen blir mer effektivt og integrert hvis de ulike fagutøverne har et felles språk og felles budskap gjennom hele rehabiliteringsprosessen.

«ARR er et diagnoseuavhengig tilbud som gis til personer som har vansker med å komme inn i arbeidslivet, og til arbeidstakere med langvarig sykefravær som har vansker med å komme tilbake i jobb. De som henvises til tilbudet har ofte komplekse utfordringer relatert til helse og arbeidsliv. Fraværet i seg selv kan imidlertid være den største utfordringen. For å unngå at plagene blir mer komplekse og kroniske over tid, er det derfor viktig at de aktørene som følger opp den sykmeldte så tidlig som mulig fanger opp om den sykmeldte har behov for bistand for å komme helt eller delvis tilbake i arbeid. Hovedmålet med ARR er retur til arbeid»

Som nevnt tidligere endret forståelsesrammene, menneskesynet og dermed tiltakene i rehabilitering i forbindelse med utbredelse av bruken av ICF som en forståelsesmodell på 1990-tallet. Dette gjelder all rehabilitering – også arbeidsrettet rehabilitering. Med ICF som ramme ser man på mennesket og menneskets helse som en funksjon der flere ulike faktorer bidrar til opplevelsen av helse eller uhelse. Fokuset ble flyttet fra fagekspertisen til tillit til brukerens ekspertise om sitt eget liv og helse. Dermed begynte man å bruke ICF som et kartleggingsverktøy. I dag er verktøyet meget spesialisert på ulike nivåer og kategorier men det er hovedkategoriene som gir deltakeren, de ulike aktører i hjelpeapparatet og det tverrfaglige teamet i arbeidsrettet rehabilitering et godt bilde av deltakerens situasjon.

Som oftest er det et ønske fra NAV at mennesker med helsemessige utfordringer deltar i arbeidsrettet rehabilitering. Derfor er det vesentlig å vite hvordan NAV definerer arbeidsrettet rehabilitering. Fra NAV sine nettsider kan man lese at »Arbeidsrettet rehabilitering er et tiltak som skal styrke arbeidsevne din, og som gjennom rehabilitering skal gi hjelp til å mestre helserelevante og sosiale problemer som hindrer deg i å delta i arbeidslivet.» I NAV sin definisjon ønsker man altså å «styrke arbeidsevnen» og man skal lære å mestre både helserelevante og sosiale problemer. Da ser det ut som at NAV definerer arbeidsevnen til å være påvirket av flere faktorer enn sykdom.

Siden NAV allerede i definering av arbeidsrettet rehabilitering nevner arbeidsevne bør man se litt nærmere på dette begrepet. NAV beskriver arbeidsevnen til å handle om individuelle muligheter og begrensninger mot kravene i arbeidslivet, det vil si muligheter til å beholde eller skaffe arbeid. Nav's arbeidsevnevurdering består av deltakerens egenvurdering samt en

totalvurdering av helse og funksjonsevne gjort av saksbehandleren i NAV. For at de rettigheter man har som sykemeldt skal bli aktualisert ønsker NAV et helhetlig vurdering (NAV, 2013). Som sykemeldt har man rettigheter av å bli ivaretatt av samfunnet gjennom NAV, men rettighetene utløser også plikter blant annet at den sykemeldte tar imot tilbud for å bedre sin helse og dermed arbeidsevne. Arbeidsrettet rehabiliteringsopphold kan være et aktuelt tiltak for å imøtekomme dette kravet (NAV, 2009).

2.3.1. Tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester på samfunnsnivå

OECD har sterkt argumentert de siste årene at det er behov for å styrke båndene mellom arbeid og helse. De norske myndighetene har nå innsett dette og har kommet med en felles dokument. Dokumentet heter «*Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse*». I innledningen beskriver man godt hverdagen som fagpersoner og deltakerne i arbeidsrettet rehabilitering ofte møter:

«En dominerende brukergruppe både innen helsetjenestene og NAV sliter med psykiske/psykososiale problemer, smerteproblematikk og/eller sammensatte helse- og livsproblemer – problemer som begge sektorer har utfordringer med å møte på en adekvat måte. Vellykkede tjenester krever ofte koordinerte og til dels samtidige tjenester – isolert medisinsk behandling eller kun arbeidsrettede tiltak vil hver for seg ofte ikke være tilstrekkelig.» (Arbeidsog velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet, 2016)

Siden arbeidsrettet rehabilitering inneholder både arbeids- og helsemessige komponenter er tverrfaglig samarbeid helt essensielt i et velfungerende rehabiliteringsforløp. Den bio-psykososiale tilnærmingen med en helhetlig menneskeforståelse krever også samarbeid på tvers av profesjoner. Det er vanlig at teamene i arbeidsrettet rehabilitering består av blant annet lege, fysioterapeut, idrettspedagog, arbeidskonsulent, psykolog eller samtaleterapeut. Tveiten skriver at tverrfaglig samarbeid handler om at de ulike faggruppene har et felles mål, diskuterer i fellesskap hvordan man kan oppnå målet, hvordan ressursene kan utnyttes best mulig måte og ikke minst at man har pasientens beste i fokus (Tveiten, 2007, p. 13).

Tverrfaglig samarbeid kan også være utfordrende. Rollene, forventningene til hverandre og prosessen bør være avklart og en god, åpen kommunikasjon er påkrevd. Thornquist stiller spørsmål ved «i hvilken grad de forskjellige yrkesgruppene observasjoner og vurderinger blir artikulert, hvilken betydning de tillegges, og hvilke konsekvenser de får» (Thornquist, 1998)

Loisel mfl har sett på utfordringer i tverrfaglig samarbeid i arbeidsrettet rehabilitering. De beskriver kjernen av utfordringer på følgende måte:

“Working in an interdisciplinary team in work rehabilitation represents a challenge for rehabilitation professionals as they must learn to have a broader view of the disability problem and to develop communication networks with the various stakeholders whose aims may be divergent or even conflicting” (Loisel, Falardeau, et al., 2005, p. 561).

Med «various stakeholders» kan man gjerne forstå de ulike aktørene i arbeidsrettet rehabilitering som for eksempel helsepersonell, idrettspedagoger og arbeidskonsulenter i de tverrfaglige teamene, samt fastlege, NAV, arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste og ikke minst deltakeren selv i sine omgivelser. På overordnet nivå kan man forstå både politiske myndigheter og institusjoner innen arbeid og helse som «various stakeholders». Det er nettopp dette som er hovedutfordringen i arbeidsrettet rehabilitering: den fungerer i spennet mellom arbeid og helse eller i det politiske og økonomiske spennet mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet i Norge.

2.4. Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF)

Psykomotorisk fysioterapi er en norsk undersøkelses- og behandlingsmetode som ble utviklet i slutten av 1940-tallet av psykiater Trygve Braatøy i samarbeid med fysioterapeut Adel Bülow-Hansen. Braatøy var opptatt av hvordan fysisk og psykisk spenning påvirket kroppen. Han inviterte Bülow-Hansen til å bruke sin kunnskap som fysioterapeut til påvirke og redusere den kroppslige motstand han hadde observert. For å redusere den kroppslige motstanden håpet man at pasientene kunne nyttiggjøre seg av Braatøys psykoanalytisk terapi (Bunkan, 2010a, p. 5).

Psykomotorisk fysioterapi er et av spesialistfeltene innenfor fysioterapi og i dag finns det over 500 psykomotoriske fysioterapeuter i Norge. Pasientene kommer til psykomotorisk behandling ofte etter at plagene er vel etablerte. Det er høy komorbiditet hos disse pasientene. I tillegg til muskel-skjelettlidelser, plager fra mage-tarm, depresjon, angst, søvnproblemer og tretthet (Breitve, Hynninen, & Kvåle, 2008, pp. 22-23). Dette resulterer at behandlingen ofte kan være av langvarig karakter. Pasientene er hovedsakelig kvinner. Breitve et al fant ut i sin studie at over halvparten av pasientene hos psykomotoriske fysioterapeutene var sykemeldte eller mottok uføretrygd (Breitve et al., 2008, p. 22).

Psykomotorisk fysioterapi har fenomenologi og salutogenese som en ideologisk og vitenskapsfilosofisk grunnlag. Det teoretiske fundamentet ligger i fysiologi og biomekanikk samt i teorier som har betydning for følelser så som nevrobiologi, psykologi, psykologiske tilknytningsteorier og fenomenologi (Ekerholt, Schau, & Mathismoen, 2010, p. 11). Maurice Merleau-Ponty videreutviklet det fenomenologiske perspektivet ved å vektlegge kroppen som en selvstendig kilde til informasjon. (Merleau-Ponty, 1994) I følge Merleau-Ponty er det med kroppen vi er tilstede i verden. Kroppsfenomenologien utfordrer den dualistiske kroppssyn der det skilles mellom kropp og psyke (Sviland, Råheim, & Martinsen, 2009, p. 258).

2.4.1. Kropp og følelser

Det forskes mer og mer om sammenheng mellom kropp og følelser. Nevrolog og nevropsykolog Damasio har skilt tydeligere mellom emosjoner og følelser. Affekt er et begrep han bruker om begge. Damasio har skrevet om hvordan følelser kommer til uttrykk i kroppen. Han definerer emosjoner å være tilknyttet til kroppen, det observerbar og målbar endring som skjer i kroppen ved ulike følelser. Emosjoner er ubevisste følelser. Følelse som et begrep knytter han mer mot det individuelle, det private som er kun tilgjengelig for den enkelte (Damasio & Lie, 2001). Det som er vesentlig her er at han beskriver at de kroppslige fornemmelser og endringer kommer først, før selve følelsen og blir etter hvert etterfulgt av tanke, altså en kognisjon av følelsen.

Finske hjerneforskere i ledelse av professor Nummenmaa har forsket på hvor i kroppen kommer følelsene til uttrykk. Nummenmaa et al konkluderer med at kroppsliggjøring («embodiment») og somatosensasjon – altså følelsesinntrykk som kommer fra kroppens overflate fra hud, ledd og muskler som f.eks. smerte eller temperatur, har en kritisk rolle i bearbeiding av følelser. Forskergruppen konkluderer videre:

«Unraveling the subjective bodily sensations associated with human emotions may help us to better understand mood disorders such as depression and anxiety, which are accompanied by altered emotional processing, ANS activity, and somatosensation. Topographical changes in emotion-triggered sensations in the body could thus provide a novel biomarker for emotional disorders.» (Nummenmaa, Glerean, Hari, & Hietanen, 2014, p. 650).

2.4.2. Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK)

I psykomotorisk fysioterapi er en grundig og omfattende undersøkelse det vesentlige og til å vurdering av hvilke type behandling som er aktuelt. Undersøkelsen gir et bilde av sammenhenger mellom funksjon, helseutfordringer og livssituasjon til pasienten. Målet med undersøkelse og behandling individuelt og i bevegelsesgrupper er å finne frem til pasientens omstillingsevne. Fysioterapeutene er ute etter den kroppslige omstillingsevnen, men i løpet av undersøkelsen og i behandling kommer det gjerne også frem både følelsesmessig og sosial omstillingsevne. Disse omstillingsprosessene kan være meget omfattende og at de krever tid og varsomhet. De krever også at pasienten selv deltar aktivt i prosessen. Terapeuten legger til rette slik at pasienten kan sette ord på sine opplevelser og erfaringer både i anamnesen og underveis under undersøkelsen og behandlingen (Thornquist, 2006).

All undersøkelse og behandling innbefatter behandling av hele kroppen i form av samtale, øvelser og massasje uavhengig diagnose eller hvor i kroppen plagene kommer til uttrykk for den enkelte pasient. Dette bunner seg i den helhetlige tankegangen at kroppen er en samspillende funksjonell enhet der regulering av spennings- belastnings- og balanseforhold et sted i kroppen påvirker resten av kroppen. Kroppen anses som en viktig informasjonskilde – både til pasienten og til fysioterapeuten.

Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen er omfattende og starter alltid med en lengre samtale. Man undersøker kroppsholdning stående og sittende, man tar ulike funksjonstester, undersøker kvalitet på muskulatur, kroppsbevissthet og følger med om det dukker opp reaksjoner av emosjonell art eller fra det autonome nervesystemet underveis. Fysioterapeuten observerer pusten til pasienten gjennom hele undersøkelsen. I psykomotorisk fysioterapi betrakter man pusten som en viktig informasjonskilde i undersøkelse og behandling. Det er nettopp pusten man ønsker å påvirke ved behandling. Tanken bak dette er at man regner med at en bundet, holdt pust som ikke kan flyte fritt i kroppen er både årsak og resultat av muskulære spenninger.

Norsk Psykomotorisk Fysioterapi er ikke en passiv behandlingsmetode, men en metode som aktiverer pasienten både mentalt og kroppslig. Samtalen er ikke en løsrevet del av undersøkelsen og behandlingen, men en gjennomgripende teknikk til å utfordre pasienten til kjenne på endringene i kroppen. Samtalens formål er å bevisstgjøre pasienten i sammenhengen mellom plagene og livet man lever og har levd. Den har også som formål å styrke pasientens kompetanse å gjøre gode endringer i sitt liv og få innsikt i hjelp til selvhjelp. Det er viktig å skille mellom den psykomotoriske fysioterapisamtalen kontra det som er en terapeutisk samtale ført av psykologer og psykiatere. Psykomotoriske fysioterapeuter har mye

kunnskap og erfaring både av samtaler, veiledning og psykologi, men er ikke psykologer eller psykiatere. Hvis pasienten har alvorlige psykiske problemer er det nødvendig å involvere en psykolog eller psykiater. Man har en lang erfaring på at en parallell behandlingsintervensjon med psykomotorisk fysioterapi og samtaleterapi hos en psykolog/ psykiater kan ha veldig god effekt (B Ianssen et al., 2014). Samarbeid mellom en psykiater og en fysioterapeut er jo tross alt hele utgangspunktet til starten av Norsk Psykomotorisk Fysioterapi.

Kroppsholdningen vår formes av arv, vaner, ernæring, arbeid, aktivitet samt kultur og miljø (Bunkan, 2010b). I psykomotorisk fysioterapi tenker man at i tillegg til ovennevnte, påvirkes kroppsholdningen av våre livserfaringer og følelser. Vi utvikles i samspill med andre mennesker. Det gjør også kroppsholdningen vår (Sviland, Martinsen, & Råheim, 2007). Man ser ikke bare på de mekaniske, anatomiske forholdene ved kroppsholdning, men man noterer seg også kroppens uttrykk (Thornquist, 2005). Uttrykker kroppsholdningen oppgitthet, standhaftighet, forsvar eller noe annet?

Behandling i psykomotorisk fysioterapi har som mål å skape endringer i pusten – ikke via direkte dirigering av pusten eller spesielt tilrettelagte, aktive pusteøvelser, men ved å skape muligheter til pusten å flyte fritt og uanstrengt. Bakgrunnen til denne tankegangen er at man ser at «holdt pust» skaper spenninger i muskulaturen og det motsatte: muskulære spenninger skaper endringer i det naturlige, frie pustemønsteret. Følelser er også sterkt knyttet til pusten.

Av alle funksjonstester har balanse en viktig betydning i psykomotorisk fysioterapi. Balanse handler om både stabilitet og mobilitet, om å kunne holde noe samtidig som man beveger noe. Balanse er ikke noe statisk. I psykomotorisk fysioterapi snakker man om «bevegelig balanse». Vi snakker ofte i dag om å finne balanse i livet – mellom arbeid, aktivitet og hvile, mellom stillhet og støy, mellom det å være sosial og å ha behov for å være alene.

Man undersøker kvaliteten på muskulatur samt spenningsnivået i muskulatur. I psykomotorisk fysioterapi prøver man å streve etter en god strekk i kroppen på grunn av at strekk bevegelser stimulerer til fri pust og dermed slipp av spenninger. Det er hovedsakelig spenninger i bøyemuskulatur som hemmer pusten (Thornquist & Wilhelmsen, 1983, p. 44). Økt spenning og kort muskulatur påvirker også vår kroppsholdning og bevegelsesmønster. Dette igjen påvirker pusten både direkte og indirekte (Thornquist & Wilhelmsen, 1983, p. 45). Gjennom hele undersøkelsen observerer man følelsesmessige reaksjoner eller reaksjoner fra det autonome nervesystemet som for eksempel svetting, frysing, hudtemperatur og –farge.

Klassifikasjonssystemet for funksjon ICF brukes i en forenklet versjon i psykomotorisk fysioterapi for å konkludere funnene. Man oppsummerer de fem hovedpunktene: *kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer*, *aktiviteter* som refererer til fysisk evne til å utføre aktiviteter, *deltakelse* som refererer til kognitiv fungering og evne til å engasjere seg i livssituasjoner, *miljøfaktorer* forstått som fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser til individet samt *personfaktorer* som kan beskrives som motivasjon og innsikt. I den psykomotoriske ressursundersøkelsen kartlegger man det Bunkan kaller «utvidede ressurser» (Bunkan, 2010b, p. 180). Disse utvidede ressursene tilsvarer de fire siste punktene i ICF og brukes til justering på kroppsressursen.

Bevegelsesgruppene fungerer som en arena for observasjon og veiledning for den psykomotoriske fysioterapeuten og en øvelsesarena for deltakerne for å finne ut om sine bevegelsesvaner. Enkle øvelser gjort i langsom tempo gir anledning til å kjenne etter, utforske, å være nysgjerrig på muligheter til bevegelser og hva som stopper bevegelser. Man ønsker å få flyt i pusten, flyt i bevegelsene som krever mykhet i kroppen, balanse og stabilitet. I en stiv kropp er det manglende balanse og nedsatt stabilitet. Da blir bevegelser med rytme, flyt, mykhet og koordinasjon krevende. Hovedfokus er på strekk og rotasjoner. Man ønsker å påvirke spenningstilstandene i kroppen og få en større fortrolighet til sin egen kropp (Tvedten, 2013, p. 29)

3. MATERIALE OG METODE

Mitt mål har vært å få frem fysioterapeutenes erfaringer, synspunkter og opplevelser slik de erfarer det akkurat nå. Den vitenskapsteoretiske forankringer i oppgaven ligger i hermeneutikk og fenomenologi. Hermeneutikk bygger på teorien om tolkning. I fenomenologien er man opptatt av at mennesket har en intensjon, hvordan verden oppleves og erfares av den enkelte og «hvordan verden konstitueres av vår bevissthet» slik Thornquist beskriver det. (Thornquist, 2003, p. 14).

3.1. Informantene og rekruttering av informanter

Mitt opprinnelig ønske var å intervju fysioterapeutene i min egen arbeidsplass for å høre hvordan de bruker psykomotoriske prinsipper i sitt arbeid. Fysioterapeutene i Rehabiliteringssenteret AiR har arbeidet etter de psykomotoriske prinsippene over 25 år. Fysioterapeutene på AiR jobber etter psykomotoriske prinsipper men har også flere arbeidsoppgaver og bruker arbeidsteknikker og metoder som er mer tradisjonell fysioterapi.

Jeg rakk å intervju de aller fleste før det ble klart for meg at jeg ønsket ren psykomotorisk vinkling på problemstillingen. Jeg ønsket å endre fokus fra å arbeide etter psykomotoriske prinsipper til å arbeide som psykomotorisk fysioterapeut i arbeidsrettet rehabilitering. Dette resulterte i at jeg måtte skaffe nye informanter. De «nye» informantene ble rekruttert via bekjentskap og anbefalinger av andre kolleger.

For å finne svar på min problemstilling intervjuet jeg da tre psykomotoriske fysioterapeuter med lang erfaring fra arbeidsrettet rehabilitering. De har enten jobbet eller jobber med arbeidsrettet rehabilitering fortsatt. Informantene er tre kvinner med gjennomsnittsalder på 52 år. De kommer fra ulike deler av landet. De hadde arbeidet gjennomsnittlig som fysioterapeut i 29 år og som psykomotorisk fysioterapeut 17 år. Gjennomsnittlig hadde disse informantene jobbet som psykomotoriske fysioterapeuter i arbeidsrettet rehabilitering i 6 år. Informantene hadde arbeidserfaring fra arbeidsrettet rehabilitering både i spesialisthelsetjenesten og i attføringsbedrift (i dag kalles dette en tiltaksbedrift) i kommune. I spesialisthelsetjenesten var tilbudet døgnbasert, i attføringsbedrift dagtilbud i 4 -12 uker.

3.2. Litteratursøk

Både psykomotorisk fysioterapi og arbeidsrettet rehabilitering er min teoretiske referanseramme. I tillegg til litteratursøk i faglitteratur i psykomotorisk fysioterapi har jeg søkt på internett med søkeordene «psykomotorisk fysioterapi», «psykomotoriske prinsipper», «psychomotor physiotherapy» «Norwegian Psychomotor Physiotherapy», «kroppen som informasjonskilde», «kroppsfenomenologi», «The Phenomenology of the Body», «embodiment», «body-awareness», «kroppsbvissthet», «arbeid og helse», «arbeidsrettet rehabilitering», «occupational rehabilitation», «work rehabilitation», «vocational rehabilitation», «work disability», «return to work», «tverrfaglig samarbeid», «salutogenese», «fenomenologi» og «hermeneutikk». Andre begreper jeg har søkt, både alene og i kombinasjon med fysioterapi og/ eller arbeidsrettet rehabilitering. Disse har jeg søkt både på engelsk og på norsk. Begrepene er «mentalisering», «empowerment», «affektbevissthet», «coping-strategier», «endring» samt «endringspsykologi». I tillegg har jeg søkt på litteratur på mitt morsmål, finsk, der arbeidsrettet rehabilitering - «työkuntoutus» og «psykofyysinen fysioterapia» ble søkt i lag.

Jeg har søkt på Cochrane, PubMed, Swemed+, Oria, Helsebiblioteket, Google Scholar, Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid NAPHA og NAV.

Som inklusjons-/ eksklusjonskriterier har jeg brukt blant annet kombinasjoner av følgende kriterier:

- Hvor ofte er litteraturen blitt brukt som henvisning i annen forskning. Jo flere ganger litteraturen er blitt brukt som referanse og henvisning av andre, øker det sannsynlighet for at denne er akseptert som aktuell kunnskap.
- Jo nyere forskning, jo større sjanse at den relaterer seg til nyere kunnskap om tema.
- Kombinasjon av internasjonal og nasjonal litteratur om samme tema.
- Forskning som går igjennom utallige forskningsresultater og trekker en konklusjon av dette; meta-analyser
- Statistikk og begrepsdefinisjoner av den aller siste mulige dato før innlevering av oppgaven.
- Litteraturlistene til masteroppgave og doktorgradsavhandlinger hos psykomotorikere og de nyeste nordiske innen arbeidsrettet rehabilitering.
- Anbefalt litteratur og forskning av Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering: <https://arbeidoghelse.no/litteratur/>

Grunnlag for den teorien jeg har valgt ligger i mine egne erfaringer fra arbeidsrettet rehabilitering, i veiledningsseminarer og undervisning på OsloMet samt veiledningssamtaler med min fagveileder Kirsten Ekerholt.

3.3. Metode

I utgangspunktet hadde jeg tenkt å ha 5-7 informanter for å ha nok datamateriale. Jeg tok kontakt med andre kolleger med varierende resultater. En svarte ikke lenger på henvendelsen når det ble snakk om forskning. Jeg snakket med en leder på en institusjon innen spesialisthelsetjenesten som skrøt veldig av deres psykomotorisk fysioterapeut som hadde lang arbeidserfaring med arbeidsrettet rehabilitering. Når jeg nevnte at jeg kunne godt tenke meg å ha denne personen som informant i min forskning, fikk jeg svar at jeg gjerne kunne kontakte psykomotorikeren, men det var veldig lite sannsynlig at hun var interessert i å delta. I samtale med veilederen ble det bestemt at hvis de potensielle informantene var motvillige, var det lite hensikt å inkludere de i forskningen. Etter hvert begynte en annen utfordring å melde seg: mangel på tid. Jeg fikk kontakt med to hyggelige kolleger som gjerne kunne ha tenkt seg å delta på forskningen, men tidsrammen for å ferdigstille arbeidet med to informanter til var ikke lenger realistisk av ulike årsaker. Derfor falt valget på å intervju de

tre enda en gang med spørsmål som hadde krystallisert seg fra den første intervjurunden. Dermed fikk forskningen et preg av dybdeintervju av de tre.

Det ble totalt syv intervjuer i to intervjurunder. Intervjuene varte fra 25 minutter til 1 time og 20 minutter. I første intervjurunde brukte jeg en semi-strukturert intervjueskjema. Målet var å få frem en mest mulig flytende samtale med oppfølgingsspørsmål. Deltakerne fikk informasjon om tema både skriftlig og muntlig på forhånd men ikke spørsmålene. Et av informantene ble intervjuet på nytt igjen og dermed ble det totalt syv intervjuer. Intervjuene ble transkribert. Analyse av dette materialet førte til at jeg ønsket mer utfyllende svar. Intervjuene med en løs samtale form, tross at de var basert på en semi-strukturert spørreskjema, hadde etter min mening for sprikende svar. Ved andre intervjurunde ble deltakerne informert både muntlig og skriftlig og de mottok spørsmålene på forhånd. Denne gangen ble det satt maksimalt tredivet minutter pr intervju men alle varte kortere tid. Disse intervjuene ble gjort pr telefon. De første intervjuene ble tatt ansikt til ansikt og tatt opp på bånd. Lydfilene ble etter intervjuene overført til en kryptert minnepenn og slettet fra lydopptaker. Lydopptakene ble deretter transkribert. Totalt ble det femtifem sider med transkribert tekst av alle intervjuene.

Jeg har organisert datamaterialet ved hjelp av tematisk analyse slik beskrevet av Braun og Clarke (Braun & Clarke, 2006), og systematisk tekstkondensering slik beskrevet av Malterud (Malterud, 2011). Begge er fenomenologisk analyse. Jeg har lest den transkriberte teksten gjennom flere ganger og har supplert min forståelse av teksten og intervjuene ved å lytte gjennom intervjuene på nytt igjen flere ganger for å bli sikker på at temaene som kommer frem av intervjuene er virkelig informantenes egne ord, erfaringer og meninger. Jeg har lest en del teori før data-analysen men for å sikre at jeg har mest mulig åpen sinn i forhold til informantenes ord og erfaringer, har jeg koblet mest av teori parallelt eller etterpå. Jeg ønsket å unngå at teori skulle få lov til å styre mine funn. Dette er også blitt gjort for å sikre at det er nettopp disse temaene som trer frem fra teksten. Temaene i sin tur ble kodet videre. Med kodene har jeg lagt til grunn Braun og Clarkes referanse til Boyatzis, 1998;63: « The most basic segment, or element, of the raw data or information that can be assessed in a meaningful way regarding the phenomenon».

Kodingen har vært en kombinasjon av data- og teoristyrte koding med hovedvekt på data. Med temaene og kodingen har jeg fortolket og sammenfattet dataen. Å finne frem temaene var en omstendelig prosess som jeg brukte mye tid på. Derfor har jeg blandet med to

fenomenologiske analyseteknikker for å sikre at det endelige resultatet er virkelig det som trer frem.

Jeg har arbeidet som sagt med to analyseteknikker. Jeg kodet noen temaer først og så trakk jeg ut sitater fra teksten til disse kodene og temaene. Sitatene trakk jeg ut for seg selv i en egen notat. Når jeg leste sitatene på nytt igjen, innså jeg at meningene som jeg trodde kom klart og tydelig frem, hadde faktisk forsvunnet. Jeg opplevde det som Bryman (2001), ifølge Braun og Clarke, har kritisert i koding av tekster: konteksten forsvant. Plutselig var sitatene uten betydning og uten tema. Alene uten kontekst var de meningsløse og fortalte meg ingenting. Jeg var nødt til å forlate sitatene, gå tilbake til teksten, og tematisere og kode alt på nytt igjen. Jeg startet på nytt igjen med så blanke ark og så åpent sinn som mulig. Ved å gå gjennom datamaterialet atter en gang var meget nyttig. Det viste seg at temaene og kodene jeg hadde funnet frem i første omgang før jeg trakk ut sitatene, stemte og utkrystalliserte seg nå helt tydelig. Nå hadde jeg kommet frem til de samme temaene og kodene to ganger og følte at nå kan jeg være trygg på at jeg får frem informantenes budskap i forhold til problemstillingen og i forhold til teorien.

Forskningen er meldt inn og godkjent hos NSD – Norsk Senter for Forskningsdata AS.

Jeg har laget en grov skjematisk fremstilling av metoden og arbeidsflyten under prosessen og har lagt det som et vedlegg. Innhenting av teori, veiledning og veiledningssamlinger på OsloMet- Storbyuniversitet har foregått parallelt gjennom hele prosessen. Jeg har deltatt på ti gruppebaserte veiledningssamlinger samt 3 ekstra utover det som var satt opp. Jeg har hatt åtte individuelle veiledninger med hovedveileder.

3.4. Metodekritikk

Når man velger over et bredt spekter av litteratur, velger man etter fast satte rammer og prøver å sette opp visse kriterier slik jeg også har gjort. Til syvende og sist er valg av litteratur allikevel opp til forskeren. Uansett hvor «nøytral» man prøver å være kan det være vanskelig å unngå at forskerens blikk og fokus blir trukket mot en viss type litteratur og forskningsresultater. Blikket er der interessen til å belyse problemstillingen er. Dette kan allikevel føre til en viss grad av skjevhet i fremstillingen. En annen forsker ville kanskje brukt annen litteratur. Leseren bør alltid ha dette i minnet ved lesing av all forskning. Det gjelder også denne masteroppgaven.

Det er helt klart at hvordan jeg formulerer spørsmålene, hvordan jeg følger opp spørsmålene og hvilke spørsmål jeg stiller i utgangspunkt, har betydning for resultatet. Jeg har allikevel etter beste evne å la være å prøve å påvirke resultatet. Det er informantenes erfaringer jeg ønsker å få frem og ikke å få bekreftet mine egne erfaringer.

Kvalitativ metode har blitt utsatt til kritikk og til å være mindre verdifull vitenskapelig sett i enn kvantitativ metode. Jeg ønsker å ha en refleksiv holdning til min egen forskning og dermed ønsker jeg å bruke EPIC-CURE metoden.

Forskningsresultatene mitt hadde uten tvil blitt sterkere hvis jeg hadde hatt mulighet til å ha flere informanter enn bare tre. Samtidig blanding av intervjuteknikker og at det ble et forholdsvis lang periode mellom den første intervjurunden og oppfølgings intervjurunden, var et forsøk å forsterke og tydeliggjøre eventuelle funn.

Jeg er vant til å ha samtaler og opplever selv å få raskt god informasjon fra mine pasienter eller deltakerne på rehabilitering, men å intervju kolleger var utfordrende. Det preget uten tvil den første spørreunden. Jeg ønsket å få frem en avslappet intervjusituasjon der informantene kunne oppleve at jeg var genuint interessert i deres erfaringer og meninger. Men å holde den litt løselige intervjuformen resulterte til lange intervjuer, mye datamateriale og noe sprikende data. Det var vanskelig å forholde seg mest mulig naturlig og å skaffe seg den informasjonen som jeg ønsket i forhold til min semi-strukturert intervjuguide. Samtidig kan man si at ny kunnskap tredde frem for meg under intervjuene som jeg ikke hadde tenkt på forhånd og som jeg følte at jeg måtte følge opp. Den hermeneutiske sirkelen ble en felles økning av kunnskap med informantene kom tydelig frem etter andre intervjurunde. Det kom klart frem at informantene hadde reflektert over temaet og spørsmålene i mellomtiden. De svarte mye mer raskere, hadde bestemte meninger ved andre runde og nå var svarene sammenfallende og de utfylte meget godt svarene fra første runde. At de fikk spørsmålene delt ut noen dager i forveien, påvirket selvfølgelig svarene det også men jeg fikk ikke inntrykk at svarene var innøvde eller at de hadde skrevet noen stikkord. Det var god flyt i intervjuene også ved andre runde. Å gjøre intervjuene andre gang pr telefon tror jeg ikke at hadde annen betydning enn at samtalen ble fokusert og kortfattet. Data ble mer spisset i forhold til problemstillingen.

4. RESULTAT

Hensikten med denne forskningen har vært å beskrive psykomotorikernes arbeidshverdag i arbeidsrettet rehabilitering og å la deres erfaringer komme til uttrykk. Jeg skrev allerede ved innledningen at siden man ikke har skrevet om psykomotorisk fysioterapi i arbeidsrettet rehabilitering før, så kommer denne oppgaven bli av en mer generell karakter. Jeg skulle belyse problemstillingen fra et mer vidt perspektiv. Dette perspektivet har hatt stor betydning for valg av spørsmål og har selvfølgelig også resultert i en omfattende mengde med empiri.

Problemstillingen min er: «Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter i arbeidsrettet rehabilitering?» For å finne svar på problemstillingen har jeg intervjuet tre psykomotoriske fysioterapeuter som har lang arbeidserfaring innen arbeidsrettet rehabilitering. Den ene ble intervjuet med to oppfølgende intervjuer. De to andre med et oppfølgende intervju. Ut ifra disse syv intervjuene kommer det frem et resultat som svarer på problemstillingen min.

Generelle funn: resultatene fra denne forskningen viser at alle tre informanter hadde tydelig fokus på funksjonsevne og tilbakeføring til arbeid. Alle mente at psykomotorisk fysioterapi passer godt til arbeidsrettet rehabilitering. De argumenterte dette med at psykomotorikere har en helhetlig menneske- og sykdomsforståelse og en spesialkompetanse innen muskel-skjelettplager og psykiske plager. Denne kompetansen passer godt i forhold til brukergruppen i arbeidsrettet rehabilitering. Alle informantene brukte ressursorientert kroppsundersøkelse (ROK) og hadde bevegelsesgrupper. Mangel på tid til å følge opp funnene var en utfordring alle nevnte. Dette resulterte at noen kalte undersøkelsen «et øyeblikksbilde» og noen av informantene var dermed engstelige å konkludere noe bastant i forhold til arbeidsevnen. En annen utfordring som alle tre nevnte var mangel på psykomotoriske fysioterapeuter i kommunene og lange ventetider hos disse. Dermed blir det reduserte mulighet til å videreføre og følge opp foreslåtte psykomotoriske tiltak etter ARR-oppholdet.

Hovedfunn: Disse funnene har tre temaer som jeg diskuterer videre i lys av teorien. Disse er «Hva ser psykomotorikerne etter?», «Bevisstgjøring» og «Samarbeid». Temaet «Bevisstgjøring» har jeg delt opp til undergruppene «hvordan ting henger sammen», «gode valg» og «overføring». Temaet «Samarbeid» har jeg delt opp igjen til to undergrupper. Disse er «språk» og «ulike fagforståelser».

HVA PSYKOMOTORIKERNE SER ETTER?

BEVISSTGJØRING

Hvordan ting
henger sammen

Gode valg

Overføring

SAMARBEID

Språk

Ulike
fagforståelser

4.1. Hva psykomotorikere ser etter?

«Først ser jeg etter balanse og hvordan den jeg undersøker står på bena sine. Jeg ser etter spenninger som bremses uttrykket generelt og som bremses bevegelser. Bremses, hold og løft ser jeg etter. Jeg gjør det fordi mange av de som er i arbeidsrettet rehabilitering har i lengre tid vært i ganske utfordrende tid i livet sitt. Det kan være mange forskjellige ting rundt arbeid eller sosial interagering som også er bremses opp eller sterkt forstyrret. Jeg synes at det er artig hvordan dette gjenspeiles i kroppslig bilde. Sånn sett synes jeg at ROKen er et godt verktøy for å kunne se det»

«Hvis deltakeren er redd i alle utgangsstillinger for eksempel å slippe kontroll over nakken, da ville jeg ha det i bakhodet i forhold til kontrollfokus: er kontroll også en fokus i en arbeidssituasjon?»

I løpet av det 1,5 time jeg har til rådighet prøver jeg å finne noen hovedessenser og noen områder det er mulig å påvirke. Det kan være arbeidets karakter som tungt eller ensformig som kan føre til økte kroppslige plager. Eller så kan det være psykososialt som for eksempel stress eller høyere krav til tempo og leveranse enn det er muligheter til å oppnå, eller det minimum en kan stå for i forhold til kvalitet. Alle disse tingene kan påvirke kroppen, hodet, tankene og livet.»

«Når deler av ressursundersøkelsen blir sammenholdt og vurdert totalt, så viser den hvor godt er du integrert at både pust, muskulatur, bevegelser. At du er godt integrert og at det er i en stor grad en slags autonomi i dine reaksjoner slik at du kan ha ditt fokus på det som skal være i fokus når du er i en arbeidssituasjon, nemlig å være med andre mennesker og oppgavene du skal utføre i et arbeid. Du trenger ikke å streve med å administrere deg selv og din egen kropp og bruke energi og krefter på det.»

4.2. Bevisstgjøring

En av informantene poengterte at tradisjonelt sett krever psykomotorisk fysioterapi som behandlingsform mer tid men at en psykomotorisk undersøkelse i arbeidsrettet rehabilitering hadde allikevel en hensikt:

«Når man undersøker et menneske så tenker jeg at prosessen starter jo der. Man bruker jo den bevisstgjøringen og refleksjoner rundt det allerede da. Og du vet jo selv at hvis du blir gjort bevisst på noe, så tar en det kanskje videre. Man har sådd et frø. Vi får bare ikke fulgt den så opp.»

4.2.1. Hvordan ting henger sammen

«Jeg forteller til den det gjelder litt om hvordan ting henger sammen. At vi prøver å skape en forståelse rundt det er kjempeviktig. Tingene vi står i, hvordan kroppen reagerer, hva som skjer når vi er i beredskap over tid og overaktivering og underaktivering. Det er ganske ukjent for mange. Å skjønne og ta det inn at vi er mennesker, vi har en tåleevne vi og. At kroppen sier ifra er faktisk helt naturlig.»

En av informantene nevnte at samtalen har en viktig betydning i bevisstgjøringen. Den psykomotoriske samtalen i forhold til hovedveilederen, samtaleterapeuten eller kartleggingen skiller seg med tanke på fokus:

«Mye er jo overlappende, men jeg tror at jeg samlet informasjon og etterspurte informasjon i forhold til det som jeg tenker kan påvirke kroppen, da. Så når jeg tok det videre, så var det i forhold til hvordan påvirker det kroppen og følelser. Og kanskje mye i forhold til følelser. Fordi følelser er en sånn direkte link til i forhold til kroppen. Kroppen reagerer på følelser og kroppen reagerer før det kommer til bevissthet. Og kanskje kommer det ikke til bevisstheten før en stopper opp.»

Bevisstgjøring av balanse opptar informantene:

«Vi har gode muligheter til å bevisstgjøre rundt balansen, også. Både kroppslig sett og i overordnet sett i livet. Jeg tenker at bevisstgjøringen der er en viktig del av vårt arbeid. Det er mange som skal ha fulle ukeplaner hele tiden og så klare jobb. Det sier kroppen gjerne noe om hvis det er ubalanse over tid.»

4.2.2. Gode valg

En av informantene poengterte at kroppsbevisstheten er med å påvirke hvilke valg man tar i livet:

«Det går på kroppsbevissthet: å kjenne i kroppen hva jeg gjør og ikke gjør, hvor jeg gjør ting og så forstå hvordan påvirker det meg. Hva påvirker meg – av både indre og ytre faktorer, og hvilke konsekvenser får det. Ved å kunne kjenne, å forstå litt mer hva som skjer i kroppen, så kunne man også være litt mer bevisst i forhold til de valgene man tar.»

«Deltakerne skal få økt bevissthet i deres reaksjoner og respons i kroppen. At vi lar de kjenne hva de gjør og hvordan de gjør ting, så kan de lettere gjøre noe med det, lettere å dosere, endre stillinger eller variere stillinger.»

4.3. Samarbeid

4.3.1. Språk

Informantene opplevde at språket og begrepene man bruker i psykomotorisk fysioterapi kan være utfordrende.

«Det som er min utfordring er hvordan skal du beskrive. Altså hvordan skal du beskrive «ressurs» og «belastning av ressurs». Jeg tenker at de begrepene vi bruker kan være fremmede for andre slik at vi ikke får formidlet det vi kan se. Jeg strever med å formulere funnene slik at vi får et felles språk med andre som driver med arbeidsrettet rehabilitering og at vi kan forstå hverandre. Det er hovedutfordringen å bruke denne tilnærmingen i arbeidsrettet rehabilitering.»

«Vi må gjøre noen store helomvendinger. Vi må snakke, både i rapporter og i møter i et språk som andre forstår. Vi må bruke mer enkle, allmenne begreper. Det er også en sånn fagpolitisk sak fordi vi psykomotorikere ønsker å være tydelige på hva vi kan og

vi ønsker å bli tatt med i forskjellige sammenhenger. Der har vi en kjempejobb å gjøre.»

4.3.2. Ulike fagforståelser

En av informantene uttrykker frustrasjon over skillet mellom arbeid og helse:

«Jeg husker at det var mye tema og diskusjoner om det her med å forene arbeid og helse og det gjelder ikke bare dette med arbeidsrettet rehabilitering. Det gjelder jo hele systemet vårt. Jeg opplever at det er et veldig skille der, at det er vanskelig å få forent det da.»

«Min erfaring er at det kan være vanskelig å få anerkjennelse og gehør for kroppens betydning i arbeidsrettet rehabilitering, også hos samarbeidspartnere. Andre faggrupper burde kunne vite hva er de psykomotoriske prinsippene. Hva er frihet i kropp, i muskulatur, i pust og i bevegelse på lik måte som vi vet hva som er elementene i den gode samtalen, hva er elementene i kontakt med arbeidsgiver og NAV. Som psykomotoriker med kroppslig fokus opererer du i en lomme for seg: hvordan griper det inn i menneskets væren. Kroppen er jo bare kroppen. Alt det andre har større valør.»

Videre formidler en av informantene sine tanker på hvordan man kunne få en mer felles faglig forståelse, et felles blikk:

«Det er en ting, altså; bedre øket forståelse hos og formidling av den forståelsen til samarbeidspartnere. Og en måte å gjøre det på er aktivt å jobbe sammen med gruppene. Ikke bare i bevegelsesgruppene men å jobbe sammen i gymsalen, å jobbe sammen på turer. Sånn at når du går tur så blir det en ting og at når du er i basseng er en ting og når du er i bevegelsesgruppe da får du det psykomotoriske prinsippet. Da får du det der stykket eller fragmenterte.»

En annen hadde en mer optimistisk syn på ulike fagforståelser:

«Bevegelsesgruppe kan være et treningsarena for å finne ut om sine utfordringer: om de er 110% mennesker som tar alt for mye i alt. Trene seg litt mer på pauser. Når man jobber i bevegelsesgrupper så er det et helt annet tempo med rom for bevisstgjøring og refleksjoner enn det er i vanlig fysisk aktivitet da. Vi trenger begge deler: vi trenger å trene og å være i bevegelsesgruppene. Kanskje blir et veldig generalisering da men som tradisjonelt sett da i type vanlig trening er det fokus på

styrke og utholdenhet, og det er jo veldig viktig det også. Men jeg velger å tro at i utdanningen vår får vi andre briller å se etter. Det kan være nyttig da i et tverrfaglig samarbeid.»

5. DISKUSJON

Thornquist beskriver kroppen ikke bare som et kommunikasjonsmiddel til omgivelsene, men også som helt sentralt i forhold til utvikling av vår identitet (Thornquist & Wilhelmsen, 1983). Thornquist beskriver at ingenting i kroppen er statisk, vi er hverken kropp og sjel eller motoriske, respiratoriske, autonome reaksjoner som skjer uavhengig av hverandre. Vi er både kropp og sjel - samtidig og alle kroppslige og følelses- og tankemessige reaksjoner skjer parallelt (Thornquist & Wilhelmsen, 1983). I medisin snakker man gjerne om tilstander, i psykomotorisk fysioterapi snakker vi om den levende kroppen og mennesket som er i en kontinuerlig prosess. Ubalanse i en funksjon påvirker resten av kroppen og etter hvert følelser og tankeprosessene våre.

Psykomotoriske fysioterapeuter bruker tre arbeidsmetoder i sin undersøkelse og behandling: kartlegging, individuell behandling på benk samt øvelser og bevegelsesgrupper. Den psykomotoriske undersøkelsen og behandlingen er en aktiv metode der pasientens kunnskap øker ved egenerfaring og ved samtaler med psykomotorikeren. Ved økende kunnskap ønsker man oppnå at pasienten kan ta gode valg for seg selv og at han eller hun kan få mer innsikt og forståelse hvordan de kroppslige plagene henger sammen med vanen, med livet man har levd og følelsene og tankene.

Den salutogene filosofien som ligger til grunn i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi er blant annet en tanke at man ved å forstå hvordan plagene henger sammen med resten av livet, påvirker muskelspenninger, pusten og dermed reduserer smerter. Kroppsfenomenologien derimot anerkjenner kroppen som en kunnskapskilde i seg selv. Man går ut i fra en antagelse at det kroppen formidler er sant men at det kan være fullstendig uforståelig. Når smertene er uforståelige, øker det opplevelsen av stress. De muskulære spenningene øker og man holder pusten. Man er kommet inn i en dårlig sirkel. På en veldig forenklet måte kan man si at den psykomotoriske fysioterapeuten fungerer både som en utforsker og tolk i samarbeid med pasienten for å finne svar på de uforståelige signaler som kroppen sender. Med sin kunnskap og erfaring har hun/ han evne til å stille de rette spørsmålene til pasienten fra de kroppslige funn og observasjoner slik at det begynner å tre frem en mening. Ved å forstå sammenhenger gis pasienten en mulighet til å påvirke sin egen helse. Det forståelige er mindre smertefullt.

5.1. Hva psykomotorikere ser etter?

Berit Ianssen konkluderer med at psykomotoriske fysioterapeuter ser etter i sin undersøkelse og observasjoner, for eksempel i bevegelsesgrupper, hva som har blitt stoppet opp og eventuelt er undertrykt. Psykomotoriske fysioterapeutene lytter, ser etter, observerer, kjenner på og vurderer. Er det endringer i bevegelser, pusten, reaksjoner eller det som blir sagt? Hun sier videre:

«We try to facilitate a different way of moving; we try to loosen the breath, the movements and expressions. Maybe words and thoughts will change a little, which in turn may provoke a new response from the person himself and even from his surroundings.» (Berit Ianssen, 2010, pp. 41-42).

Flere av informanter beskrev at de var opptatt av hvordan deltakeren forholder seg til underlaget. Føttene, tyngdepunktet og evne til balanse og stabilitet ble vurdert. Informantene mente at dette var sentralt å vurdere og relaterte dette både til fysisk og psykisk balanse. Å ha et godt fundament betraktes som viktig i psykomotorisk fysioterapi. Føttene er fundamentet vårt i stående stilling. Spenninger i føtter og tær planter seg hele veien oppover i kroppen. Myke, fleksible føtter gir utgangspunkt for god balanse og frihet i pust.

Manglende fjæring i føtter, stive legger og spenning i bekken- og hofteparti resulterer stivhet i alle bevegelse som krever strekk, fjæring, ledighet og fritt flytende pust. Dette kan gå ut over aktiviteter som gang, løp, dans, skigåing (Thornquist & Wilhelmsen, 1983, p. 52) I arbeidsrettet rehabilitering er fysisk aktivitet et av de viktigste virkemidlene. Overføring av kunnskapen fra bevegelsesgruppetimene til gymtimene kunne ha mulighet til å påvirke deltakernes utbytte av all fysisk aktivitet under rehabiliteringsoppholdet. Det hadde nok blitt en helt annen opplevelse, med reduserte smerter for deltakerne når de øver stavgang eller styrketrening med strikk og har et godt fundament med bena godt under seg og dermed ledigere pust.

«Bena er mer sentrale enn andre kroppsdelene når det gjelder god forankring – mekanisk og psykologisk – i egen kropp. Å ha bena godt plassert på underlaget – å stå på egne ben – å stole på egne ben er å befinne seg i virkeligheten, være realistisk i vurdering av situasjon og egne krefter, klare seg uten støtte seg til andre, mestre uten å 'overstrekke seg'.» (Thornquist & Wilhelmsen, 1983, p. 52)

Bunkan har skrevet om at stabilitet og balanse er faktorer som er avhengige av hverandre. Bunkan sier at uten stabilitet mister man evnen til å holde balansen og hun vil her gi balansen også en videre betydning- av å være følelsesmessig i balanse. Uten mykhet i kroppen mister vi balansen og hvis vi har for mye mykhet i kroppen uten å ha balanse, blir vi utsatt for kroppslige plager fordi det krever ekstra mye innsats fra muskulaturen til å holde stabilisere rundt leddene. Begge blir uhensiktsmessig bruk av kroppen. (Bunkan, 2010b, pp. 118,234)

En rigid kroppsholdning med dertil nedsatt balanse kan gi informasjon til terapeuten om pasientens kanskje langvarige utfordringer til å håndtere livets utfordringer. Det kan hende at pasienten har over lang tid gått over grensene på hva en har å gå på av ressurser og krefter kontra utfordringer og oppgaver. Alle informanter beskrev kroppens omstillbarhet eller kroppens omstillingsevne som en ledetråd for videre veiledning og anbefaling om hvilke tiltak og hvor lang tid eventuell videre behandling eller rehabilitering vil ta for å øke arbeidsevnen.

5.2. Bevisstgjøring

Alle informanter sier at det vurderer deltakerens funksjon fra et helhetlig perspektiv. Det er den totale vurderingen av utfordringer og ressurser som sier noe om funksjonsevne i forhold til arbeid. Ved langvarige smerter endres ikke bare hverdagen til den enkelte men ens identitet og evne til mestring utfordres (Malterud, 2010). Bevisstgjøring handler ikke om bevisstgjøring kun til deltakeren. Både deltakeren og psykomotorikeren er gjensidig avhengig av hverandres kunnskap. I psykomotorisk fysioterapi bruker terapeuten deltakerens kropp og kroppslige uttrykk som et gjenstand for oppmerksomhet og som en informasjonskilde for dem begge. I følge Aubert tillegges kroppen «kompetanse som erfaringsformidler og refleksjonspartner» (Aubert, 2010).

En god kroppsbevissthet forteller til oss hvordan vi bruker og belaster kroppen. Med nedsatt kroppsbevissthet blir endring av vanestillinger og å opparbeide mer hensiktsmessige bevegelser og stillinger vanskelig for oss (Thornquist & Wilhelmsen, 1983, p. 123). Ekerholt et al har sett på hvilken betydning kroppsbevissthet har i mentalisering. De fant ut i deres forskning at nedsatt kroppsbevissthet hos pasientene så ut til å ha sammenheng med manglende eller fragmenterte minner fra deres egen livshistorie (Ekerholt, Schau, Mathismoen, & Bergland, 2014, pp. 316,317)

Salutogenese kan betraktes også å ha sammenheng med arbeidslivet. Å øke opplevelse av sammenheng og dermed øke sin evne til å takle ulike livshendelser hensiktsmessig kan også gjøres i arbeid. Hvis man kan ha arbeidsoppgaver som er passe komplekse og krevende

kombinert med nødvendig grad av støtte og selvstendighet, og at vi opplever å ha nok kompetanse til å løse oppgavene, øker dette opplevelse av mestring (Stressforskningsinstituttet, 2015; Walseth & Malterud, 2004). Denne mestringsfølelsen kan igjen overføres til andre livsarenaer. Walseth og Malterud refererer til Mendel m.fl. sin undersøkelse om pasienter med vestibularisnevritt der man konkluderte med at pasienter som hadde en sterk opplevelse av sammenheng «så på seg selv som mindre syke, oppfattet sykdommen som en mindre belastning, det gikk mindre utover arbeidskapasitet og psykososial funksjon.» I livet generelt men også på arbeidsplassen, reguleres og kjennes vår nærhet og avstand til andre mennesker også kroppslig. Vi kan vise kroppslig om vi ønsker eller ikke ønsker kontakt med andre mennesker. Den forteller oss om dialogen, relasjonen til andre mennesker og verden (Aubert, 2010) Er vi i kontakt med våre egne kroppslige reaksjoner kan vi bli mer bevisste på hvordan vi oppfattes av andre, hvordan vi oppfatter andre, om våre fordommer og tanker. En god kroppsbevissthet kan hjelpe oss å fungere bedre i arbeidslivet.

I psykomotorisk fysioterapi tilstreber man å øke pasientens kontakt med sin egen kropp og kroppens muligheter til bevegelse samt hvor bevegelsene blir stoppet. Man ønsker ved økt kroppsformelse å lære pasienten å oppfatte endringene i spenningsnivået og pusten i vanlige dagligdagse hendelser. Videre håper man å kunne lære pasienten hvordan ens tanker og følelser påvirker spenningsnivået i kroppen (Øvreberg & Andersen, 2016). Så lenge man ikke er i kontakt med sin egen kropp, er det vanskelig for pasienten å gjøre gode, hensiktsmessige endringer som er bra for kroppen. Økt kontakt med kroppen og dermed økt bevissthet er vesentlige for omstillingsprosessen.

5.2.1. Hvordan ting henger sammen

Ekerholt et al fant i sin forskning at nedsatt kroppsbevissthet så ut til å ha sammenheng med pasientenes mangel på kontakt med sine tidligere livserfaringer og opplevelser. Ved å arbeide bevisst med kroppsbevisstheten, ga det et konkret verktøy til pasientene til å håndtere nåværende og fremtidige utfordringer. (Ekerholt et al., 2014) Det er også påstått at kroniske smertepasienter aldri har utviklet en sterk opplevelse av sammenheng eller at opplevelsen av sammenheng har blitt redusert etter hvert. (Mattsson, Wikman, Dahlgren, & Mattsson, 2000). Råheim har undersøkt hvordan kroppen oppleves ved smerte og sykdom ut ifra et fenomenologisk perspektiv. Dette perspektivet ser på helse og sykdom som noe eksistensielt. Hun mener at ved langvarig smerte med deretter følgende funksjonssvikt endrer menneskets forhold både til seg selv og til omgivelser. (Råheim, 2002) For å kunne hjelpe kreves det at

terapeuten får innsikt i den livsverden pasienten har. Denne innsikten skaffes med lydhørighet fra terapeutens side og har som mål å finne nye handlingsmuligheter og tro på egne muligheter hos pasienten.

Øien et al studerte psykomotorisk fysioterapibehandling av smertepasienter (Øien, Råheim, Iversen, & Steihaug, 2009). I løpet av undersøkelsen beskrev pasientene å ha fått reduserte smerter ved å overføre opplevelsene og erfaringene fra det psykomotoriske behandlingen til deres hverdag, til hjem og arbeid. Ut fra pasientenes egne behov hadde de lært å tilpasse deres aktivitetsnivå og lært å uttrykke seg mer variert. (Øien et al., 2009, p. 127) . De observerte også at i starten av behandlingen knyttet pasientene smertene mer mot ytre faktorer som f.eks. stress før de etter hvert klarte å sette ord på hva plagene egentlig handlet om som f.eks. en konflikt på arbeidsplassen og følelser knyttet mot dette. Deres forskning viser det samme som informantene jobbet med: å lære gjennom kroppen slik at deltakerne kan overføre dette til arbeid og til livet generelt.

Mentalisering handler om å skille indre fra ytre realiteter, og fysiske erfaringer fra mentale. I mentalisering skal man lære å regulere følelser som kan være ute av kontroll, f.eks. ved angst og depresjon. Skårderud har beskrevet at hvis man ikke evner å regulere følelser hensiktsmessig kan man bruke kroppen som regulator av vonde minner og ubehagelige følelser. «Opplevelsene av å ikke holde ut vanskelige følelser kan lede til forsøk på å ruse, sulte, spise, trene eller skjære dem vekk» (Finn Skårderud, Stånicke, Haugsgjerd, Maizels, & Engell, 2010, p. 91). Informantene var opptatt av bevisstgjøring av deltakernes følelser og normalisering av de. Det var vesentlig at deltakerne fikk sette ord på hva plagene egentlig handlet om. Den informasjonen kunne ligge i kroppen til deltakeren.

En av informantene dro frem opplevelsen av at deltakerne bør bevisstgjøres i sammenheng av stress og for mange oppgaver, spesielt i privatlivet. Hun nevnte at da kommer man ut av balanse og kroppen gir tilbakemelding på det. Hvis man ser på dette fra et salutogenetisk perspektiv, er det nettopp synet på stress som er annerledes i forhold til patogenese. Når man i patogenese ser på stress som en fare som kan påvirke helse i negativ retning, ser man i salutogenese stress som et positiv begrep – en mulighet til å håndtere, lære og til å mestre stress og dermed øke sin grad av OAS gjennom erfaring. Siegrist et al har sett på i forhold til opplevelsen av stress som konsekvens på at arbeidstakeren yter mer enn får i belønning. Belønningen kan være økonomisk kompensasjon, ros eller anseelse. Det er spesielt mange så kalte «flinke piker» som yter mer utover det som forventes av de. Da er det ikke lenger

balanse mellom hva de yter og hva de mottar av kompensasjon. Å være ut av balanse gjenspeiles også kroppslig. Aubert mener at ved ha oppmerksomhet

«på kroppens språk bidrar til større forståelse for hvem jeg selv er, og gir mulighet til å ta vare på egne behov. Ved å være oppmerksom på kroppens språk er det lettere å ta hensyn og lytte til signalene som gis: Når jeg lytter til kroppen og endrer/ tilpasser dagliglivet til den – så skaper jeg en god balanse.» (Aubert, 2010)

En annen informant nevnte at hun pleier å normalisere reaksjonen om at kroppen sier ifra. Hun mente at det var viktig å informere om hva som skjer i kroppen når den har stått i beredskap over tid. En grunnsyn i salutogenese er heterostase det vil si at man betrakter som naturlig og normalt at livet kan være i ubalanse og at lidelse er en del av det. I patogenese er balanse og fravær av lidelse det ønskelige situasjonen (NAPHA Salutogenese og psykiske helseproblemer 1/2014 s. 25). Enhver stress oppfattes i salutogenese som en mulighet til endring og dermed kan det være helsefremmende. I en slik bakgrunn er det viktig å bruke tid på å informere og å normalisere. Med en positiv grunnsyn kan man se på reaksjonene som en mulighet til endring. Mattson et al på sin side mener mener at det salutogene perspektivet i fysioterapien ligger i å øke kroppsbevissthet hos deltakeren, å lære strategier å takle og leve med smerten og utvikle evnen til å tolke og oppfatte kroppslige signaler som positiv, meningsfull informasjon. (Mattsson et al., 2000)

«Den røde tråden i psykomotorisk behandling er å oppleve kroppen og å oppleve via kroppen. Kropp og følelsesuttrykk, kroppsuttrykk og følelser knyttes hele tiden sammen. Å alminneliggjøre og ufarliggjøre sammenhengen kropp og følelser står sentralt.» (Thornquist & Bunkan, 1995) Ekerholt fant ut i sin forskning at psykomotorikens veksling mellom ha fokus på kroppen og kroppslige aktiviteter var et virkemiddel til å holde samtalen innenfor toleranseviduet. På den måten kunne psykomotorikeren kontrollere at stress-nivået og aktivering var håndterbart for pasienten (Ekerholt, 2002, p. 112).

En av informantene nevnte at i en samtale med deltakeren hadde hun noe overlappende fokus med de andre veilederne men at hun lyttet til deltakerens historie med kroppen i som utgangspunkt. Hun var spesielt interessert til å ha fokus på følelser som kommer til uttrykk i kroppen. Thornquist mener at i behandling spiller en psykomotorisk fysioterapeut «bevisst på at kroppen både uttrykker og regulerer følelser». Følelsene både oppleves i kroppen, de kan lagres i kroppen, vi kan samspille følelsene kroppslig ut med andre og vi kan regulere våre

følelser kroppslig. (Thornquist, 2006) Informanten nevnte at kroppen reagerer på følelser før det kommer til bevissthet. Dette støttes av den kjente nevrobiologen Damasio.

5.2.2. Gode valg

Informantene refererte de gode valgene til arbeid og hvile og til gode arbeidsstillinger. Å kunne ta gode valg er avhengig av kunnskap, innsikt og mot. Opplevelse av selvstendighet og mestring er vesentlig. Informantene fortalte at de veiledet deltakerne til å ta gode valg ved at disse fikk oppleve og kjenne i sin egen kropp hva som er bra og hva som er mindre bra. Deltakerne fikk selv utforske muligheter i lag med psykomotorikeren.

Malterud har poengtert at terapeuten bør anerkjenne deltakerens erfaringer og dermed skape et godt grunnlag for kommunikasjon slik at man flytter fokuset fra skam til mestring. Som utgangspunkt bruker hun fenomenologiske perspektiver som har livsbetingelser samt mening og tolkning av kroppslige signaler i fokus (Malterud, 2010).

Askheim refererer til Sommerchild (1998:47) der man i en rehabiliteringsprosess skal hjelpe deltakeren med det Sommerchild kaller «samskapende, løsningsrettet samtale», å få frem opplevelse av sammenheng slik Antonovsky har beskrevet det. Altså at deltakeren skal kunne «forstå situasjonen, utvikle en tro på at en kan finne fram til løsninger og finne god mening i det» (Askheim, 2012, p. 67).

Askheim har stilt kritiske spørsmål ved hvorvidt det er mulig å forene empowerment hos brukeren og tverrfaglig arbeid (Askheim, 2012). Det er viktig at man stiller disse kritiske spørsmålene. Ofte trekker man frem en tre-enighet i rehabilitering der det skal være lik vektning og innflytelse fra forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning. I utgangspunktet i arbeidsrettet rehabilitering setter man deltakeren i førersetet og informerer om at deltakeren «vet hvor skoen trykker» (Tveiten, 2007, p. 38). Hvis man samtidig ser nærmere på den tre-enigheten er to tredjedeler relatert til fagpersoner. I en positiv, ressursorientert tankegang ønsker man å sette deltakeren i stand til å ta gode valg for seg selv. Men deltakeren er fortsatt prisgitt fagpersoner. Er empowerment da reelt? Han nevner også kritikken mot rehabilitering der man ønsker å sette enkeltindividet i stand til å håndtere sine helsemessige utfordringer bedre når mange av utfordringene ligger i samfunnsbarrierer, sosiale helseforskjeller, politiske prioriteringer og verdivalg (Askheim, 2012, p. 62). Her kan man trekke frem Karasek og Theorells krav-kontroll-støttemodellen. I Sverige har man forsket mye på arbeidshelse i de siste årene. Ut fra resultatene kommer frem at hvis kravene til arbeid kan ikke justeres f.eks. arbeidstid, har dette negativ helseeffekt på

lang sikt. Veldig mange kvinneyrker f.eks. i pleie- og omsorg krever faste arbeidstider og arbeid i turnus der man har lite påvirkning selv.

5.3. Samarbeid

Arbeidsrettet rehabilitering har et mål: å få deltakeren til å opprettholde sitt arbeidsevne eller at deltakeren kan komme tilbake til arbeid etter et sykefravær. Det krever godt tverrfaglig samarbeid og gode rutiner og systemer for samhandling mellom ulike aktører når det gjelder både helse og arbeid. Arbeidsrettet rehabilitering er en forholdsvis nytt rehabiliteringsområde. Det pågår mye forskning både i utlandet og i Norge på hvilke type intervensjoner er effektive uten at man klarer å konkludere dette. Det er enighet om at arbeidsrettet rehabilitering er meget komplisert.

5.3.1. Språk

Informantene opplevde at språket og begrepene som brukes i psykomotorisk fysioterapi er så egenartede at det kompliserte samarbeid i tverrfaglige team. Begreper som «bremset pust», «bremset uttrykk», «løft», «pustesvar», «belastede ressurser», «helhetlig», «omstillende behandling» er noen av begrepene som er særegne for psykomotorikernes språk. For utenforstående kan de være vanskelig å forstå. Mange spesielle begreper krever at man kanskje må bruke lenger tid for å forklare hva man legger i de. Informantene fortalte i den siden at det var viktig med en helhetlig vurdering og sammenfatte funnene og samtidig ga de uttrykk at det var vanskelig å beskrive kort og konkret hva de så og observerte.

Det kan hende at psykomotorikerne burde bruke mer tid til å konkludere sine funn i forhold til ICF. ICF gir fagpersoner i arbeidsrettet rehabiliteringsprosess et felles språk, kartleggingsverktøy og forståelse. (Lerdal & Fagermoen, 2011, pp. 20,22) Dermed legger ICF forholdene til rette for et godt tverrfaglig samarbeid.

5.3.2. Ulike fagforståelser

Det er flere faktorer som spiller inn i tverrfaglig samarbeid: utforming av tjenesten, fagutøvelsen, tenkemåter. Det som er felles for alle faggruppene i tverrfaglig rehabilitering er at alle skal ha deltakeren i fokus og at deltakeren betraktes som en likestilt med fagutøverne. Det er deltakeren som vet «hvor skoen trykker» og hvis han/ hun ikke gjør det, er det teamets oppgave å hjelpe og støtte deltakeren på en slik måte at han / hun er i stand til oppdage hva dette handler seg egentlig om. Hovedutfordringen for psykomotoriske fysioterapeutene i arbeidsrettet rehabilitering er at man har en kort, begrenset tid til disposisjon og at man ikke

gir behandling og tid til omstilling slik man tradisjonelt forstår i psykomotorisk behandling. Både på grunn av at man i arbeidsrettet rehabilitering ser deltakeren som aktiv slik at metodene som benyttes er også av aktiverende karakter, for eksempel å informere, gi økt kunnskap, veilede og lære deltakeren teknikker som er hjelp til selvhjelp. Samtidig har psykomotorisk fysioterapi så mange gode virkemidler at man kan starte allerede gode prosesser for deltakerne tross at tiden er knapp.

Å arbeide i tverrfaglige team krever kunnskap og kompetanse om hverandres særfaglige områder, det krever god kommunikasjon, tillit og respekt til hverandre. En utfordring for teamene kan være rask utskifting av medlemmer i teamene (turnover) eller det motsatte – at teammedlemmene i teamet kan så lenge har vært de samme slik at nye medlemmer eller nye ideer, tanker om å gjøre ting annerledes blir en utfordring, kanskje til og med en trussel. Hvilke oppgaver og hvordan oppgavene skal løses kan også være utfordrende for teamene. Informantene på undersøkelsen hadde ulike erfaringer fra teamarbeid. Et av de ulike erfaringene ser ut til å være knyttet mot hvordan kompetansen innad i teamet skal benyttes.

Noen av informantene var frustrerte over det de opplevde som at andre faggrupper har ikke god nok innsikt i hva psykomotorisk fysioterapi er og hvordan psykomotorikerne tenker og at de hadde en opplevelse at psykomotorisk fysioterapi «er noe på siden» men har ikke samme anseelse som de andre terapeutiske virkemidlene i arbeidsrettet rehabilitering. At andre skal forstå og respektere ens bidrag i det tverrfaglige samarbeid har ulike dimensjoner. For det første, øke andre faggruppene sin kunnskap og for det andre, at de andre er interesserte i hva en psykomotoriker kan bidra med når det gjelder arbeid og funksjon i forhold til arbeid. Den har også en tredje dimensjon: hvordan faggruppene oppfatter sin egen anseelse, sin rolle og sitt bidrag i tverrfaglige team. En av psykomotorikerne hadde i sin tid arbeidet i team der hun fikk lov til å være i større grad en psykomotorisk fysioterapeut. Men hun uttrykte det som utfordrende fordi hun opplevde at da var hun ikke i stand til å ha så sterk fokus på arbeid som hun hadde ønsket. Man kan lure om andre faggrupper opplever seg selv litt på sidelinjen, slik psykomotorikerne så ut til å gjøre. Det kan godt hende at det ligger i sakens natur i tverrfaglig arbeid: ingen får skinne i sin egen særfaglighet fordi da ville ikke tverrfaglig samarbeid fungere overhodet. Alle må «slipe litt kantene» for felles mål som i dette tilfellet er å hjelpe deltakerne tilbake til arbeid - i fellesskap.

Forskjellige forståelser av kropp kan påvirke ulike faggruppens oppfatning av hva og hvordan bør prioriteres når det kommer til bevegelse og fysisk aktivitet. I psykomotorisk fysioterapi legger vi til grunn Maurice Merleau - Pontys kroppsphenomenologisk perspektiv der

man oppfatter kroppen som »noe vi har» men også «noe vi er» (Merleau-Ponty, 1994). Tross at man kan ha ulike fagforståelser i tverrfaglig arbeid er det viktig å ha i minne det Malterud har poengtert: « flerfaglige tilnærminger kan være nyttige for å forstå komplekse fenomener når menneskelivet i menneskekroppen utsettes for belastninger og utfordringer» (Malterud, 2010). Med en forståelse av kropp som «noe vi har» blir den til en objekt. Da kan vi forme den, vi kan måle og veien den, endre oksygen opptak, måle puls, øke muskelmasse, spenst og styrke. Med den relasjonelle kroppsforståelsen «noe vi er», der kroppen er en subjekt blir det andre dimensjoner i bildet. I arbeidsrettet rehabilitering er fysisk aktivitet viktig. Forhåpentligvis kan det ha begge dimensjoner inne, men da bør vi være bevisste på hvilken kroppssyn vi har i bunn.

5.4. Refleksjoner over forskningsprosessen – EPICURE

For å lage en praktisk tilnærming til evaluering av kvalitativ forskning og øke refleksivitet hos forskeren har Stige et al foreslått et system å sortere prosessen på. EPICURE har to sider ved seg: EPIC som refererer til selve produksjon av god forskning ved å se på forskerens engasjement, selve bearbeiding av empiri, tolkning av empiri og evne til å ha en kritisk blikk på seg selv som forsker. CURE står for forutsetningene og konsekvensene av forskningen. Her er fokus på samfunnskritikk, nytte, relevans og etikk. (Stige, Malterud, & Midtgarden, 2009). Jeg ønsker å kvalitetssikre forskningen ved å systematisere min refleksjon og evaluering av forskningsprosessen og min rolle som forsker i forhold til dette systemet.

5.4.1. Min rolle som forsker

E i EPICURE står for engagement (engasjement). Stige et al nevner at i kvalitativ forskning er nettopp evaluering av forskerens rolle vesentlig. Forskeren betraktes som et instrument i forskningsprosessen og bør dermed være bevisst på sin motivasjon, førforståelse og sine egne erfaringer. Det er viktig å reflektere over deres betydning i forskningen som prosess og til resultatene.(Stige et al., 2009, pp. 1508-1509)

Som forsker bør man streve etter mest mulig nøytral rolle (Thomassen, s.98). Man kan ikke unngå at som ansatt på AiR og som psykomotorisk fysioterapeut vil det ha en viss føring og påvirkning til svarene. Spesielt når fysioterapifaggruppe på AiR holder på å utvikle sitt rehabiliteringstilbud parallelt med min forskning.

Samtidig kan man også se på det slik at hvis en forsker utenfra AiR eller kunnskap hadde tatt samme undersøkelsen kunne det være fare for at resultatet hadde ikke hatt den samme

innvirkningen til arbeidshverdagen på AiR. Nå har forskningen større mulighet til å bli forankret i rehabiliterings- og fysioterapitilbudet på AiR.

En forsker skal alltid tilstrebe en nøytral rolle i sin forskning, både av etiske og moralske grunner og ikke minst med tanke på validitet og reliabilitet i forskningen. Det stilles i forskningsmiljøer mer og mer spørsmål om hvorvidt forskerne klarer å være nøytrale i sin rolle når oppdragsgiverne til forskningen er arbeidsgivere eller at man mottar tittel, anseelse eller penger ved forskningen. Jeg ble utsatt for et dilemma ganske tidlig i oppgaven. Jeg ønsket å knytte oppgaven mest mulig til min arbeidsplass slik at arbeidsstedet kunne få mest mulig nytte av forskningsresultatene i utvikling av tjenesten. Jeg fikk også fri med lønn over lenger periode for å arbeide med oppgaven. Det må presiseres at dette var ikke en forventning eller et krav fra min arbeidsgiver. Jeg følte heller selv moralsk forpliktet til dette. Men tidlig i prosessen oppdaget jeg at kunne ikke opprettholde denne forpliktelsen på grunn av at for meg som psykomotorisk fysioterapeut og med bakgrunn av mine egne erfaringer, var det vesentlig å flytte fokus til mitt eget fag. Det var viktig å velge problemstillingen selv og arbeide med forskningen uten formelle krav og forventninger fra andre. Samtidig ble det tidlig i prosessen klart at mine psykomotoriker kolleger og faglig veileder hadde forventninger om å ha sterk fokus på NPMF mens veilederne og kollegene på arbeidsstedet mitt hadde forventning om tydelig fokus på ARR. Innimellom opplevde jeg disse forventningene som trykkende og ubehagelige og jeg følte meg revet i to retninger. Samtidig var det også en viktig del av hele forskningsprosessen: det er nettopp dette arbeidsrettet rehabilitering handler om: å operere i skillet mellom arbeid og helse og hvordan man kan forene de to på best mulig måte i tverrfaglig samarbeid, med det beste mulige tilbudet til deltakeren med arbeid som mål.

5.4.2. Bearbeiding (prosessering) av empiri

P i EPICURE står for processing (prosessering eller bearbeiding). Evaluering av bearbeiding av materialet involverer alt fra valg av fokus og perspektiv, metode, analyse og presentasjon av materialet. Det er også viktig å se på selve konteksten der forskningen finner sted. (Stige et al., 2009, p. 1509) Konteksten til oppgaven ligger i at jeg jobber nå som psykomotorisk fysioterapeut på Rehabiliteringssenteret AiR. Denne konteksten har påvirkning på min fokus og perspektiv på oppgaven.

5.4.3. Tolkning av empiri

I i EPICURE står for Interpretation (tolkning). Tolkning skal foregå på valg av fokus, produksjon av empiri, i forhold til førforståelsen og den teoretiske rammen. (Stige et al., 2009, p. 1510). For å vurdere tolkning av datamaterialet og min valg av perspektiv med teori kan det godt sies at det har ikke vært så enkelt som jeg forutså i starten. Det viste seg at resultatet som kom frem hadde mye større fokus på følelser og håndtering av følelser enn jeg forventet. At språket og begrepene kom også så tydelig frem i materialet, var en overraskelse. Jeg kunne kanskje ha godt enda mer i det som innfallsvinkel. Men å konsentrere seg om noen perspektiver for å tolke stor mengde data i et enormt stor temaområde med ingen forskning fra før av å relatere seg til, det har ikke vært enkelt. Uten tvil min veileders erfaren blick har hjulpet på å velge perspektiv på å tolke data.

5.4.4. Kritisk blick

C i EPICURE står for Critique (kritikk). I denne sammenheng gjelder det å være selvkritisk og å ha en viss bevissthet om sosial kritikk. (Stige et al., 2009, p. 1510) Resultatet av denne oppgaven peker på et kritisk punkt i vårt samfunn: mangel på psykomotoriske fysioterapeuter i kommuner medfører at deltakerne får ikke den oppfølgingen videre etter ARR-opphold. Jeg kunne ha spisset oppgaven betraktelig fra starten av men jeg synes selv at det var mer spennende å forske i bredde istedenfor dybde. Det kan man gjøre når det foreligger en god del forskning fra før av om temaet. Jeg kan se på med viss kritikk hvorvidt oppgaven treffer så mange kolleger (eller andre). Det er ikke så mange psykomotorikere som jobber eller har jobbet i arbeidsrettet rehabilitering.

5.4.5. Implikasjoner for praksis

U i EPICURE står for usefulness (nytte). Forskeren skal reflektere over hvilken nytte har forskningsresultatet, for hvem og hvorvidt det er utfordringer å ta kunnskapen i bruk. Man bør også vurdere hvorvidt kunnskapen som er produsert er ny og forøket. (Stige et al., 2009, pp. 1510-1511)

5.4.6. Oppgavens relevans

R i EPICURE står for Relevance (relevans). Her skal forskeren diskutere originalitet til forskningen. Videre skal man vurdere hvordan ulike fagdisipliner og perspektiver påvirker hverandre, særlig i tverrfaglig sammenheng. (Stige et al., 2009, p. 1511) Etter mitt syn har denne oppgaven veldig høy relevans med tanke på hvor mange som er sykemeldte. Den har

også relevans sånn sett at oppgaven setter fokus på funksjonelle lidelser og den brukergruppen som ARR-deltakerne hovedsakelig består av. Utfordringene er sammensatte. Med sin kunnskap om både psykisk og fysisk helse har psykomotoriske fysioterapeuter en viktig rolle å vurdere funksjonsevne i forhold til arbeid. Det som begynner å bli veldig aktuelt, er begrepene og språket vi bruker i psykomotorisk fysioterapi. Det er vanskelig å samarbeide med andre med et eget «junglespråk». Det gjelder ikke bare i arbeidsrettet rehabilitering, men i all samarbeid vi har med andre yrkesgrupper eller instanser.

5.4.7. Etikk

E i EPICURE står for Ethics (etikk). Forskerens etiske vurderinger og refleksjoner bør komme frem ved å vise hvordan verdiene og moralske prinsipper er integrert i forskningsprosessen. (Stige et al., 2009, p. 1511). Jeg har måttet ta etiske refleksjoner hele veien i prosessen. Første var når jeg valgte å forlate min første problemstilling og mine informanter der. Senere var utfordringen hvordan rekrutterer jeg nye informanter og hvordan kan jeg ivareta deres anonymitet. Det hjalp å løse det ved at jeg valgte å inkludere også informanter som har arbeidet med arbeidsrettet rehabilitering og ikke bare de som arbeider i dag med arbeidsrettet rehabilitering. Da ble mulighetene mye større og det hjalp betydelig for å ivareta anonymitet til informanter. En ting Stige et al ber å reflektere over, er relasjonen mellom meg som forsker og informantene. Det er vesentlig del av forskningen. Får jeg annerledes svar hvis jeg kjenner informantene? Det gjør jeg nok. Jeg kjente noen av informantene, andre kjente jeg ikke i det hele tatt fra før av. Svarene ble sammenfallende allikevel. Så hvor stor betydning hadde det? I dette tilfellet sannsynligvis veldig lite, men det er viktig å ha det i tankene. Det er få psykomotorikere i Norge. Utfordringen vil nok dukke opp på et eller annet tidspunkt uansett. Det som er viktig i den sammenheng, er at jeg som forsker må være bevisst på det. Har jeg vært det? Til en viss grad men sannsynligvis ikke bevisst nok. Det er mange hensyn å ta til en «nybegynner-forsker» uten at det skal være noen unnskyldning å la være å ha høye krav til seg selv både moralsk og etisk.

5.5. Validitet og reliabilitet

Validitet eller gyldighet har å gjøre hvorvidt metoden jeg har valgt er egnet til å undersøke det jeg skal undersøke. Med et så lite utvalg av informanter og at det ser ikke ut til at man har forsket på dette emnet før, er det vanskelig å si hvorvidt resultatet er gyldig. Den kvalitative metoden var korrekt i forhold til å få frem deres erfaringer. Deres svar viste stor engasjement for faget og hvor mye erfaring og kunnskap de hadde om arbeidsfeltet. Mye ut av svarene var

allikevel så sammenfallende at det går an å tenke seg at det er noe her som man kunne videreføre og forske på videre for eksempel språket og begrepene i psykomotorisk fysioterapi.

Reliabilitet eller pålitelighet har å gjøre med forsknings resultatets troverdighet. Spørsmålet er om i den her kvalitative forskningen kunne en annen forsker få de samme svarene som jeg har fått. Min egen opplevelse av denne forskningen var, at å stille spørsmål på ulike måter, med ulik kroppsspråk, entusiasme og eventuelt oppfølgende spørsmål, hadde veldig stor betydning for hvilke svar jeg fikk. Min erfaring er dermed at det ikke nødvendigvis stemmer at en annen hadde fått de samme svarene. Mine spørsmål og spesielt hvilke temaer og når jeg følger med oppfølgende spørsmål, har etter mitt syn, påvirkning til resultater. Min forkunnskap og mine egne erfaringer som psykomotorisk fysioterapeut i arbeidsrettet rehabilitering påvirker hvilke spørsmål jeg stiller i utgangspunktet.

6. KONKLUSJON

Denne undersøkelsen viser en bit av psykomotoriske fysioterapeuters hverdag i arbeidsrettet rehabilitering. Informantene viser en tydelig helhetsforståelse. De bruker samtalen og ulike terapeutiske virkemidler for å bevisstgjøre deltakeren på gode valg. Fokuset i deres intervensjon er hele tiden kroppen, kroppslige reaksjoner her og nå og kroppen som informasjonskilde om livet som er levd. Kroppen er en informasjonskilde både til deltakeren og til psykomotorikeren.

Resultat av undersøkelsen antyder at psykomotorikerne må arbeide mer bevisst med å bruke enklere begreper enn det som er vanlig i psykomotorisk fysioterapi. I arbeidsrettet rehabilitering er det allerede et felles språk: ICF. Kanskje bør den tydeliggjøres enda mer for eksempel med felles undervisning til alle faggruppene i jevne mellomrom. Videre ser det ut til å være nødvendig for å få til et godt tverrfaglig samarbeid ved at psykomotorikerne informerer de andre faggruppene i forhold til hvordan de tenker, og hva og hvordan de kan bidra med. Å få et felles faglig grunnlag med andre faggrupper kunne fås enkelt i stand slik en av informantene beskrev det: å ha de andre teammedlemmene i sine timer for å sikre at man observerer det samme, samtidig. På kort sikt kan det ta lenger tid men på lang sikt vil det gjøre tverrfaglig samarbeid lettere og raskere.

Denne forskningen viser en utfordring med oppfølging av de psykomotoriske tiltak i kommuner på grunn av få psykomotoriske fysioterapeuter og lange ventelister. Psykomotorikerne i denne undersøkelsen hadde en klar og tydelig fokus på arbeid og

funksjonsevne relatert til arbeid. Deres helhetlig funksjonsvurdering bør bidra godt til det tverrfaglige arbeidet i teamene og ikke minst, hjelpe deltakerne tilbake til arbeid.

Vedlegg 1, vedlegg til Metode - kapittel

Oppgave	Hva, hvorfor og hvordan	Erfaringer og resultater
Innhenting av bakgrunnsinformasjon	Lesing av intern notat/ referat om utvikling av fysioterapitilbudet på Rehabiliteringssenteret AiR. Hvilke erfaringer ligger til grunn for valg av bruk av psykomotoriske prinsipper på AiR.	Behov for videre samtaler med fysioterapeuter/ psykomotoriske fysioterapeuter som arbeidet på AiR på den tiden man valgte en kursendring fra den medisinske - patologiske tankegangen over til den bio-psyko-sosiale/ helhetlige tankegangen
Samtaler med fysioterapeuter som har arbeidet lenge på Rehabiliteringssenteret AiR	Uformelle samtaler for innhenting av bakgrunnsinformasjon	Bestemmer meg for å skrive om tema «Fysioterapi etter psykomotoriske prinsipper i arbeidsrettet rehabilitering» og velger mine fysioterapikolleger på AiR som informanter
Sender invitasjon til mine kolleger. Innhenter skriftlig samtykke. Informerer NSD – Norsk Senter for Forskningsdata AS	Skriftlig invitasjon og muntlig informasjon	
Intervjuer fire av mine fysioterapikolleger	Bruker en semi-strukturert intervjukjema Setter av maks 1 time til intervju Ansikt til ansikt	Føler meg bundet, stiv og urutinert. Holder meg strikt til intervjukjemaet. Prøver å være så nøytral som mulig, både i kroppsspråk og stemmen. Jeg opplever intervjusituasjonen som ubehagelig og unaturlig. Jeg opplever at min egen ubehag over situasjonen smitter over til informanter. Får mer en opplevelse av forhør enn intervju. Innses hvor mye kunnskap og erfaring mine kolleger har. Føler meg beæret å få lov til å intervju de.
Etter fire intervjuer innser at jeg ikke får den informasjonen jeg ønsker.	Jeg ønsker å få frem mer psykomotorisk spesifikke synspunkter og erfaringer.	Jeg velger å endre min problemstilling og skaffe nye informanter.
Gir tilbakemelding til veilederen om intervjuene og om mine opplevelser av intervjusituasjonen	På Høgskolen i Oslo og Akershus	Jeg skal holde meg til intervjukjema men ha mer oppfølgende spørsmål der det er naturlig. Jeg trenger ikke å ha så rigid forhold til det å være nøytral, det viktigste er å få informantene til å slappe av og få frem en mest mulig naturlig samtale.
Lydfilene fra de fire tidligere intervjuene blir slettet.		
Ny problemstilling. Kommer i kontakt med nye informanter gjennom eget nettverk og anbefalinger av andre.	Sender ut invitasjon og forespørsel pr mail. Skriftlig samtykke.	Får fire positive svar av fem. En sjetende informant ønsker å delta av eget initiativ men utfyller ikke kriteriene jeg har satt for informanter. Fire er aktuelle informanter i forhold til problemstillingen. Den fjerde skulle intervjues ved en senere anledning.

Intervjuer tre psykomotoriske fysioterapeuter.	Bruker en semi-strukturert intervjueskjema. Ansikt til ansikt	Føler at to av intervjuene hadde nå en god, naturlig flyt og det kom frem mye data som belyser problemstillingen. Det er behov for å intervjuer den første en gang til.
Intervjuer den første informanten en gang til	Etter å ha lyttet til intervjuene kommer det frem at jeg som intervjuer ved det første intervjuet var alt for stiv og formell og dette kunne være et hinder i å innhente kunnskap og erfaringer fra denne informanten.	Opplever intervjuet som vellykket. Det var avslappet stemning og informanten tør å komme nå å komme frem med sine meninger.
Lydfilene blir overført til en kryptert minnebrikke og slettet fra lydopptaker.		
Jeg transkriberer lydfilene.	Det blir 38 sider transkribert tekst.	Det er mye datamateriale. Svarene er noe sprikende. Jeg innser at oppfølgingsspørsmålene og den mer avslappede intervjusituasjonen har ført samtalene til litt ulike retninger eller at det har i hvert fall vært litt ulik vektning på ulike temaer under samtalene. Noen temaer begynner allikevel å utkrystallisere seg fra datamaterialet.
En langvarig sykdom inntreffer.	All arbeid med forskningen stopper opp for seks måneder.	Det blir ikke lenger aktuelt å intervjuer en fjerde informant.
Diskusjon med veilederen hvorvidt det er nok med tre informanter.	Hvordan få nok datamateriale slik at validitet og reliabilitet av forskningen blir ivarettatt.	Veilederen foreslår å intervjuer de tre opprinnelige informanter på nytt igjen med korte intervjuer og spørsmålene forhåndssett til informantene. Intervjuene skal gjøres pr telefon for å gjøre det enklere og raskere.
Informantene blir informert og forespurt om å delta på en utfyllende intervju.	Informasjon tilsendt pr mail. Spørsmålene blir sendt pr mail minimum tre dager før avtalt telefonintervju. Alle tre takker ja.	Oppgavene er raske til å organisere.
Telefonintervjuer	Avsatt tid 30 minutter. Alle samtalene er ferdig i god tid før.	Svarene er nå klare og tydelige og utfyller godt de tidligere intervjuene.
Transkribering av de nye intervjuene	Det blir 17 sider av transkribert data.	
Kvalitativ tekstanalyse av totalt 54 sider transkribert tekst	Finner frem temaer, koder og sitater fra hele datamaterialet som belyser problemstillingen	En lang prosess der jeg arbeider frem og tilbake med den transkriberte teksten og lydfilene. Jeg bruker både systematisk tekstkondensering slik Malterud beskriver det samt tematisk analyse slik Burton og Clarke beskriver det
Resultatene trer frem	Oppgavens hensikt og problemstillingen brukes som utgangspunkt	Tre hovedtemaer som et resultat på problemstillingen
Hele forskningsprosessen blir evaluert og sikret	Bruker EPICURE slik presentert av Stige, Malterud og Midtgarden	

Litteraturliste

- Aas Wågø, R. (2012). Arbeidsrettet rehabilitering: Komplekse situasjoner med mange arenaer og aktører [Work-oriented rehabilitation: Complex situations with many arenas and actors]. In K. P. Solvang & Å. Slettebø (Eds.), *Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (pp. 211-231). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Arbeidsgvelferdsdirektoratet, & Helsedirektoratet. (2016). *Arbeid og helse - et tettere samvirke*. Retrieved from Oslo:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1224/IS-2535%20Arbeid%20og%20helse%20%E2%80%93%20et%20tettere%20samvirke.pdf>
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aubert, A.-M. (2010). Kroppen som fenomen i veiledning. In B. Karlsson & F. Oterholt (Eds.), *Fenomener i faglig veiledning* (pp. 149 - 162). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brage, S., Ihlebæk, C., Natvig, B., & Bruusgaard, D. (2010). Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(23), 2369-2370.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Breitve, M. H., Hynninen, M., & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 75(12), 19-26.
- Bunkan, B. H. (2010a). A comprehensive physiotherapy. In K. Ekerholt (Ed.), *Aspects of Psychiatric and Psychosomatic Physiotherapy* (pp. s. 5-10). Oslo: Oslo University College, Faculty of Health Sciences, 2010.
- Bunkan, B. H. (2010b). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: teori og helsefremmende behandling*: Gyldendal Akademisk.
- Carroll, L. J., Rothe, J. P., & Ozegovic, D. (2013). What does coping mean to the worker with pain-related disability? A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 2013, Vol.35(14), p.1182-1190, 35(14), 1182-1190. doi:10.3109/09638288.2012.723791
- Damasio, A. R., & Lie, K. A. (2001). *Descartes' feiltagelse : fornuft, følelser og menneskehjernen*. Oslo: Pax.

- Ekerholt, K. (2002). *Psykomotorisk fysioterapi - behandling og samhandling. Psykomotoriske behandlingsprosesser belyst med pasienterfaringer*. (Hovedfag i helsefag. Spesialfelt: Helsepsykologi/ helsefremmende arbeid), Universitet i Bergen,
- Ekerholt, K., Schau, G., & Mathismoen, K. M. (2010). Experiences from collaboration between psychomotor physiotherapist and psychologist : 60 years after Trygve Braatøy and Aadel Bülow Hansen. In K. Ekerholt (Ed.), *Aspects of Psychiatric and Psychosomatic Physiotherapy* (pp. s. 11-24). Oslo: Oslo University College, Faculty of Health Sciences, 2010.
- Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M., & Bergland, A. (2014). Body awareness—a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy theory and practice*, 30(5), 312-318.
- Escorpizo, R., Reneman, M., Ekholm, J., Fritz, J., Krupa, T., Marnetoft, S.-U., . . . Chan, C. (2011). A Conceptual Definition of Vocational Rehabilitation Based on the ICF: Building a Shared Global Model. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 126-133. doi:10.1007/s10926-011-9292-6
- Folkehelseinstituttet. (2014, 22.02.2017). Folkehelse rapporten 2018. Arbeid og helse. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/arbeid-og-helse/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 29.06.2018). Folkehelse rapporten - kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018. . Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/kortversjon/kortversjon-2018/>
- Hultin, H., Lindholm, C., Möller, J., & Fielding, R. (2012). Is There an Association between Long-Term Sick Leave and Disability Pension and Unemployment beyond the Effect of Health Status? – A Cohort Study (Sick Leave, Disability Pension and Unemployment). *PLoS ONE*, 7(4), e35614. doi:10.1371/journal.pone.0035614
- Ianssen, B. (2010). In K. Ekerholt (Ed.), *Aspects of Psychiatric and Psychosomatic Physiotherapy*: Oslo University College, Faculty of Health Sciences, 2010.
- Ianssen, B., Andersen, T., Hanssen, I., Kvebæk, I., Ottesen, A., Rognved, E., & Øvreberg, G. (2014). Bevegelse, liv og forandring. Praksisnære beskrivelser av psykomotorisk fysioterapi. 2.
- Innst.11S(2016-2017). *Innstilling fra helse-og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2017, kapitler under Helse - og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*. Helse - og omsorgskomiteen, Stortinget Retrieved from <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/instillinger/stortinget/2016-2017/inns-201617-011s.pdf>
- Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285.

- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, 4(4), 288-296. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0143
- Langeland, E. (2012). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk Sykepleie*(02), 38-48.
- Lau, B., Finne, L. B., & Berthelsen, M. (2011). Deltakelse i arbeidslivet ; helsefremmende eller en risiko for utvikling av dårlig mental helse? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(8), 745-750.
- Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring : et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international*, 21(3), 238-244.
- Lindström, B., Eriksson, M., & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Tulder, M., & Webster, B. (2005). Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 507-524. doi:10.1007/s10926-005-8031-2
- Loisel, P., Falardeau, M., Baril, R., Jos-Durand, M., Langley, A., Sauv, S., & Gervais, J. (2005). The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders. *Disability & Rehabilitation*, 2005, Vol.27(10), p.561-569, 27(10), 561-569. doi:10.1080/09638280400018502
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(23), 2356.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mattsson, M., Wikman, M., Dahlgren, L., & Mattsson, B. (2000). Physiotherapy as Empowerment - Treating Women with Chronic Pelvic Pain. *Advances in physiotherapy*, 2(3), 125-143. doi:10.1080/14038190050175808
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- NAKS, N. k. f. a. r. (2017). *Veileder i arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. Nasjonalt kompetansetjeneste i arbeidsrettet rehabilitering Retrieved from <https://arbeidoghelse.no/wp-content/uploads/2017/11/Veileder-i-ARR-nov-2017-17112017.pdf>

- NAV. (2009, 24.01.2018). Arbeidsrettet rehabilitering. Retrieved from <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Tiltak+for+a+komme+i+jobb/Arbeidsrettet+rehabilitering>
- NAV. (2013, 29.01.2018). Vurdering av arbeidsevne. Retrieved from <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Oppfolging+fra+NAV/Arbeidsevnevurdering>
- NAV. (2018a). Utviklingen av uføretrygd per 30. september 2018. Retrieved from file:///C:/Users/iar/Downloads/Statistikknotat%20uf%C3%B8retrygd_september2018.pdf
<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+statistikk/Uforetrygd/Diagnoser+uforetrygd>
- NAV. (2018b). Utviklingen i sykefraværet 2. kvartal 2018. Retrieved from [file:///C:/Users/iar/Downloads/Sykefrav%C3%A6rsnotat%202020kvartal%202018%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/iar/Downloads/Sykefrav%C3%A6rsnotat%202020kvartal%202018%20(1).pdf)
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 531-536.
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(2), 646-651.
- OECD. (2016). Health status. Absence of work due to illness. Retrieved from https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2477-2480.
- Siegrist, J. (2004). Psychosocial work environment and health: new evidence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(11), 888. doi:10.1136/jech.2004.023218
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1483-1499. doi:10.1016/S0277-9536(03)00351-4
- Sivertsen, B., Øverland, S., Bjorvatn, B., Mæland, J. G., & Mykletun, A. (2009). Does insomnia predict sick leave?: The Hordaland Health Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(1), 67-74. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.06.011
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering - Et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 128(9), 1066-1069.

- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S., Maizels, D., & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504-1516.
doi:10.1177/1049732309348501
- Stressforskningsinstituttet. (2015). Arbetsorganisation och hälsa. Två modeller för psykososial arbetsmiljøforskning.
https://www.stressforskning.su.se/polopoly_fs/1.230056.1427289919!/menu/standard/file/Arbetsorganisation%20och%20h%C3%A4lsa%20webb.pdf
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke-hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity. A theory generating study*.
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2009). Å komme til seg selv – i bevegelse, sansning og forståelse.
- Thornquist, E. (1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 30 - 44.
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi, tenkning og tilnærming Del I. *Utposten*(6).
- Thornquist, E. (2018). **Phenomenology - a Source of Inspiration**. In L. H. S. Michel Probst (Ed.), *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry*: Elsevier.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Thornquist, E., & Wilhelmsen, E. (1983). *Lungefysioterapi*. Oslo: Universitetsforl.
- Tvedten, N. (2013). Øvelse gjør mester ; erfaringens betydning som kunnskapskilde i fysioterapeuters bevegelsespraksis. *Fysioterapeuten*, 80(6), 28-31.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker- : om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforl.
- Waddell, G., & Burton, K. A. (2006). *Is Work Good For Your Health And Well-being?* London, United Kingdom: The Stationery Office Retrieved from

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf

Walseth, L. T., & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 124(1), 65-66.

WHO, W. H. O. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Retrieved from Geneva, Switzerland:

Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 2009, Vol.11(3), p.121-129, 11(3), 121-129.
doi:10.1080/14038190802315073

Øvreberg, G., & Andersen, T. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi. et kildeskrift fra Aadel Bülow-Hansens praksis* (Vol. 2). Trondheim: Eget forlag.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Informasjon til informanter:

Denne samtalen er en del av forskning knyttet til min masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Formålet med dette studiet er å finne ut hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har gjort seg ved å bruke tilnærmingen i arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Arbeidsrettet rehabilitering er ofte en tidsbegrenset prosess, gjerne kun fire uker mens psykomotorisk fysioterapi tradisjonelt sett er en tilnærming der man ofte setter av lengre tid til undersøkelse og behandling, opp mot ett til to år. I arbeidsrettet rehabilitering driver man sjelden med behandling men undersøkelse, kartlegging og veiledning. Jeg er interessert å vite hvordan psykomotorikere bruker tilnærmingen i ARR, hva ser de etter og hva forteller deres faglige funn om deltakernes helse og arbeidsevne.

Generell bakgrunnsinformasjon:

- **Hvor lenge har du jobbet med arbeidsrettet rehabilitering?**
- **Hvor lenge har du jobbet som psykomotorisk fysioterapeut?**

Spørsmål:

- **Hvordan bruker du «Ressursorientert Kroppsundersøkelse – ROK» i dine en-til-en-vurderinger?**
 - Hva ser du etter? (Hva prioriterer du? Hvorfor?)
 - Hva forteller funnene til deg?
 - Hvordan relaterer du denne informasjonen til arbeidsevne?
 - **Hvilken funksjon har bevegelsesgruppene i det arbeidsrettede rehabilitering?**
 - Hva observerer du der?
 - Kan du gi noen eksempler på det?
 - Hva forteller observasjonene dine om deltakernes arbeidsevne?
 - **Bruker du ICF – International Classification of Function i ditt daglige arbeid og eventuelt hvordan?**
 - **Etter ditt synspunkt, hvordan passer psykomotorisk fysioterapi til arbeidsrettet rehabilitering?**
 - Hvorfor? (Kan du begrunne det litt nærmere?)
 - Hva er positivt ved det?
 - Hva kan være/ er utfordrende ved det?
- Hvordan formidler du dine funn til samarbeidspartnere (tverrfaglig team, NAV, kolleger, fastlegen eller andre)?**

Vedlegg 2

Oppfølgingsspørsmål 1

Bekreftelse av data:

1. Hvor lenge har du arbeidet med arbeidsrettet rehabilitering, ARR?
2. Hvor gammel er du?
3. Når var du ferdigutdannet fysioterapeut?
4. Når var du ferdig med videreutdanning for psykomotorisk fysioterapi?

Oppfølgingsspørsmål: SÅ KORTE SVAR SOM MULIG

1. Føler du at psykomotorisk fysioterapi har sin plass i det tverrfaglige tilbudet i arbeidsrettet rehabilitering? Ja – nei?

1.A. Hvorfor?

1.A.A. Begrunn så godt du kan i forhold til målet og innholdet i ARR

(«Hovedmålgruppen for arbeidsrettet rehabilitering er alle personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, eller som ikke har kommet i arbeid på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse – uavhengig av diagnose.»

Arbeidsrettet rehabilitering pr definisjon: «Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til deltakerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet».»)

Fra «Veileder i arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjeneste».

1.A.B. Begrunn så godt du kan i forhold til deltakere som får utfordringer i arbeidshelsen og blir søkt til et ARR-opphold

(«Målgruppen har behov for komplekse arbeidsrettede rehabiliteringstiltak, enten på grunn av helseplagenes omfang og karakter, funksjonsnedsettelsens karakter, sykmeldingslengde, eller andre årsaker. En del har andre belastninger i tillegg til egen helse, slik som store omsorgsoppgaver, konflikter knyttet til barn og familie, økonomiske problemer eller belastende arbeidsforhold. Personer med diagnoser relatert til muskel- og skjelettplager og/eller lettere psykiske plager utgjør den største gruppen innen ARR. Mange har diagnoser

eller symptomer hvor det ikke er funnet noen objektive tegn på sykdom. Ofte er det høy forekomst av komorbiditet (flere plager samtidig), for eksempel blir angst og depresjon ofte rapportert samtidig med ulike somatiske plager.»)

Fra «Veileder i arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjeneste».

2. Hva er psykomotorikernes bidrag i arbeidsrettet rehabilitering?

Prøv å svare så konkret som mulig.

3. Hva er det i den psykomotoriske forståelsen av helse og sykdom som kan være aktuell i arbeidsrettet rehabilitering?
4. Psykomotoriske fysioterapeuter gjør undersøkelser, vurderinger og observasjoner både i individuelle og i gruppeaktiviteter. Både pust, balanse, kroppsholdning, bevegelighet, stabilitet, muskulatur, funksjon og reaksjoner fra det autonome nervesystemet samt emosjonelle reaksjoner blir vurdert. Hva sier disse om:
 - A) Arbeidsevne
 - B) Muligheter til å øke/ bevare arbeidsevne?
5. Hva kan psykomotoriske fysioterapeuter konkret bidra med hos deltakerne for å øke deres forståelse av sammenhengen mellom kropp, følelser, helse og dermed funksjon i forhold til arbeid?

Vedlegg 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«*Psykomotorisk fysioterapi i arbeidsrettet rehabilitering*»

Kjære kollega,

Jeg holder på med et forskningsprosjekt i forbindelse med masterstudium og inviterer deg herved til å delta på forskningen min som informant.

- **Bakgrunn og formål**

Dette forskningsprosjektet er en del av Masterstudium i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Bakgrunn for oppgaven er mine egne erfaringer som psykomotorisk fysioterapeut ved Rehabiliteringssenteret AiR, et rehabiliteringssenter innen arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Ved litteratursøk, søk på ulike artikler og gjeldende forskning har jeg har ikke funnet noe litteratur direkte knyttet mot psykomotorisk fysioterapi innen arbeidsrettet rehabilitering. Dette ser ut til å være et utforsket område og derfor ønsker jeg å sette lys på dette arbeid med mitt forskningsprosjekt.

Formålet med dette studiet er å finne ut hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har gjort seg ved å bruke tilnærmingen i arbeidsrettet rehabilitering. Arbeidsrettet rehabilitering er ofte en tidsbegrenset prosess, gjerne kun fire uker mens psykomotorisk fysioterapi tradisjonelt sett er en tilnærming der man ofte setter av lengre tid til undersøkelse og behandling, opp mot ett til to år. I arbeidsrettet rehabilitering driver man sjelden med behandling men undersøkelse, kartlegging og veiledning. Jeg er interessert å vite hvordan psykomotorikere bruker tilnærmingen i ARR, hva ser de etter og hva forteller deres faglige funn om deltakernes helse og arbeidsevne. For å finne svar på spørsmålene ønsker jeg å intervju fire til seks psykomotoriske fysioterapeuter som jobber eller har jobbet i arbeidsrettet rehabilitering. Jeg skiller ikke på om du har jobbet i første- eller andre linjetjeneste eller på en attføringsbedrift. Jeg ønsker å finne noen fellesnevner som er tilknyttet til faget generelt sett og ikke spesifikt. Forskningen kommer til å ha en overordnet perspektiv på psykomotoriske prinsipper i ARR.

- **Hva innebærer deltakelse i studien for deg?**

Datainnsamling vil foregå som en-til-en intervju. Intervjuet skal helst foregå ansikt til ansikt men hvis dette ikke er mulig på grunn av geografiske eller tidsmessige årsaker, tas intervjuet pr telefon. Du kan bestemme tid og sted selv. Jeg kan møte opp både kvelder og helgene om det passer bedre for deg. Samtalen krever et rom der vi kan være helt uforstyrret. Intervjuet varer cirka 1 time. Jeg kommer til å bruke en semi-strukturert intervjuguide. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd. Lydfilen blir umiddelbart etter intervjuet overført til en kryptert minnebrikke og deretter slettet fra båndet. Minnebrikken kommer til bli oppbevart i et låst skap på mitt kontor.

Fordelen ved å delta på forskningsprosjektet er at du får en anledning til å reflektere over din egen yrkesutøvelse. Ved å delta på undersøkelsen har du også mulighet til å være med på å sette lys på psykomotorisk fysioterapi i arbeidsrettet rehabilitering og forhåpentligvis kan forskningen være starten på å utvikle og kvalitetssikre dette tilbudet. Videre kan du være med å inspirere flere psykomotoriske fysioterapeuter til å arbeide innen arbeidsrettet rehabilitering og forhåpentligvis få arbeidsgivere innen ARR til å se nytten av å ansette psykomotoriske fysioterapeuter i de tverrfaglige teamene. Ulempen ved å delta på undersøkelsen er at du må sette av litt tid til samtalen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun undertegnede og veilederen min førstelektor Kirsten Ekerholt ved fakultet for helsefag ved Høgskolen i Oslo og Akershus som vil ha tilgang til datamaterialet. Alt datamateriale om deg slettes ved prosjektets slutt.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av forskningen når disse publiseres. Dataene vil bli behandlet i tråd med lov og forskrifter om personvern.

Forskningen er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.02.2018

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet umiddelbart.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål angående prosjektet ta kontakt med meg på tlf. 416 94 980 eller på e-post ia.rihti@air.no.

Dersom du ønsker å delta, kan du underskrive samtykkeerklæringen på neste side.

Vedlegg 4

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet

«Psykomotorisk fysioterapi i arbeidsrettet rehabilitering».

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, sted, og dato)

Jeg bekrefter å ha gitt muntlig og skriftlig informasjon om forskningsprosjektet

(Signert av forsker, sted og dato)

