

# **MASTEROPPGAVE**

**Masterstudium i psykisk helsearbeid - deltid**

**Mai 2019**

Samtalens betydning i psykomotorisk fysioterapi

En kvalitativ studie av psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer  
med samtale i psykomotorisk fysioterapi

Sissel Eskeland

**OSLOMET**

**OsloMet – storbyuniversitetet**

**Fakultet for helsevitenskap**

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**

## Forord

Reisen til en ferdigstilt masteroppgave i psykisk helsearbeid startet med en videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, og deretter fikk jeg innpass i masterstudiet psykisk helsearbeid. Reisen har vært preget av opp- og nedturer, men når jeg nå sitter med sluttproduktet er jeg glad for at jeg valgte å ta sjansen. Arbeidet med masteroppgaven har bidratt til økt refleksjon og en dypere forståelse av temaet samtalen betydning i psykomotorisk fysioterapi. Dette er verdifull kunnskap som jeg tar med meg inn i fortsettelsen på reisen i den psykomotoriske verden.

Det har på mange måter vært en ensom reise, men uten en del støttespillere ville ikke prosjektet vært mulig å gjennomføre. Jeg må først og fremst takke informantene som tok seg tid til å dele av erfaringene sine. Stor takk til Ingunn – min gode medstudent og venninne som jeg har vært så heldig å bli kjent med på denne reisen. Vi har støttet hverandre i både med- og motgang. Uten Ingunn hadde jeg ikke kommet i mål. Takk til veileder Sverre Varvin. Takk til de nærmeste hjemme som har vært tålmodige i denne prosessen, og ikke minst takk til min trofaste venn Toffee (på fire ben), som har bidratt til at jeg at jeg har kommet meg ut i skog og mark og fått frisk luft, mosjon og nødvendig avkobling.

Sissel Eskeland

Gjerdrum, mai 2019

## Sammendrag

**Tema:** Prosjektets tema er samtalens betydning i psykomotorisk fysioterapi.

**Bakgrunn:** Bakgrunn for valg av tema er egne praksiserfaringer om samtalens betydning i psykomotorisk fysioterapi og forskning som etterspør økt kommunikasjonskompetanse innen faget. Det viser seg at litteraturen når det gjelder samtalens betydning i psykomotorisk fysioterapi er begrenset, noe som understreker prosjektets relevans.

**Formål:** Formålet er å bidra til økt refleksjon og bevissthet rundt samtalens betydning og videre bidra med kunnskap om temaet samtale inn i fagfeltet psykomotorisk fysioterapi.

**Problemstilling:** «Hvilken betydning legges i samtalen i psykomotorisk fysioterapi?»

**Metode:** For å utforske problemstillingen er det foretatt kvalitative forskningsintervjuer av fem erfarne psykomotoriske fysioterapeuter. Prosjektet er forankret i en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming der det er foretatt en tematisk analyse av datamaterialet inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Funn:** Det fremkommer at samtalen forstås som svært betydningsfull i psykomotorisk behandling. Samtalen forstås som en lærings- og bevisstgjøringsprosess med den hensikt å legge til rette for innsikt og forståelse gjennom egne erfaringer. Samtalen knyttes både til en kroppslig bevisstgjøringsprosess, samt pasientens egen historie. Det viste seg at teori om salutogenese kan fungere som et rammeverk i samtalen. Med utgangspunkt i pasientens egne ressurser handler samtalen om å legge til rette for opplevelse av sammenhenger for å fremme og styrke helse. Videre ble en trygg og tillitsfull relasjon mellom pasient og terapeut forstått som en forutsetning for at samtalen skal ha en betydning i den psykomotoriske behandlingen. Det viste seg at de psykomotoriske fysioterapeuter som var med i undersøkelsen vektla samtalen i så stor grad at de hadde søkt andre utdanninger, kurs, samt at de deltok i veiledningsgrupper for å heve kompetansen når det gjaldt samtalen. Det kan forstås slik at utdanningen i psykomotorisk fysioterapi ikke klarer å tilfredsstille det kunnskapsbehovet som praksisfeltet etterspør.

**Oppsummering:** Samtalen forstås som så betydningsfull at psykomotoriske fysioterapeuter søker økt kompetanse i andre utdanninger, kurs og veiledningsgrupper. Samtalen bidrar til en lærings- og bevisstgjøringsprosess. Den innsikten samtalen gir, kan forstås som et verktøy for å fremme og styrke helse i en psykomotorisk kontekst.

*Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, samtale, kommunikasjon, relasjon, salutogenese*

## **ABSTRACT**

**Title:** The theme of the study is the meaning of conversation in psychomotor physiotherapy.

**Background:** As a background for the theme I have used my own observation of the conversations meaning in psychomotor therapy as well as research that show a need for more competence within this area. The limited literature available on the subject supports the relevance of the project.

**Intention:** To increase reflection and awareness of the meaning of conversation as well as increase knowledge of the subject matter for personnel working with this type of patients.

**Research question:** “To what extent is conversation used in psychomotor therapy?”

**Method:** The research design is qualitative, and the applied information has been gathered by interviews of 5 experienced therapists with long experience in this line of work. The project is based on a phenomenological and hermeneutical approach where the analysis of the data is inspired by Malteruds systematic text condensing.

**Results:** There are indications that conversation is meaningful in psychomotor treatment. The conversation serves as a learning and conscious process guided towards insight and understanding of the patients own experiences. The conversation can be linked to the bodily awareness as well as to the patient’s own story. The study has also shown a relevance to use theory from salutogenesis. Based on the patient’s own resources, the content of the conversation may assist in understanding sense of coherence to promote good health. Another observation is the importance to establish a safe and truthful relationship between therapist and patient, this should be considered a precondition for the conversation to be efficient in psychomotor therapy. During the interview of the therapists, all of them expressed the value of conversation and had sought further education or attended courses to increase their competence in this field. These statements can be understood in such a way that education of psychomotor therapy does not include enough knowledge in this subject.

**Conclusion:** The study supports the importance of conversation in psychomotor therapy and the therapists have sought further education and attended courses to increase their competence in the field. The conversation will enhance a learning- and consciousprocess. The insight that the conversation gives, may be understood as an important tool to promote health in a psychomotor context.

*Key phrases: Psychomotor therapy, conversation, communication, relation, salutogenesis*

## **Innhold**

1.0 Innledning.....	4
1.1 Tema .....	4
1.2 Bakgrunn for tema .....	4
1.3 Oppgavens formål og relevans .....	7
1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	7
1.5 Begrepsavklaring .....	8
1.6 Introduksjon av fagfeltet Norsk Psykomotorisk Fysioterapi .....	8
1.6.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi .....	8
1.6.2 Plassering av psykomotorisk fysioterapi i psykisk helsearbeid .....	10
1.6.3 Utdanning i psykomotorisk fysioterapi.....	10
1.7 Oppbygging av oppgaven.....	10
2.0 Teoretiske perspektiver .....	11
2.1 Lovbestemmelser og helsepolitiske føringer - betydning for samtalens hensikt.....	11
2.2 Samtale .....	11
2.3 Samtale i psykomotorisk fysioterapi .....	13
2.4 Kroppsfenomenologiens betydning for samtale i psykomotorisk fysioterapi .....	14
2.5 Relasjonell kompetanse .....	15
2.6 Salutogenese .....	18
3.0 Metode: Veien til målet.....	21
3.1 Valg av forskningsdesign og metode.....	21
3.2 Oppstartsfasen .....	22
3.2.1 Vurderinger og refleksjoner .....	22
3.2.2 Søknader og informert samtykke .....	23
3.2.3 Utvalg og rekruttering av informanter .....	24
3.2.4 Utarbeidelse av intervjuguide .....	25
3.2.5 Søk på tidligere forskning .....	26

3.3 Gjennomføringsfasen.....	27
3.3.1 Gjennomføring av det kvalitative forskningsintervjuet .....	27
3.3.2 Transkribering.....	28
3.3.3 Analyseprosessen.....	29
4.0 Slutfasen: Presentasjon av analyseprosessens funn .....	33
4.1 Oppsummering .....	33
4.2 Samtalens rolle i psykomotorisk fysioterapi .....	34
4.2.1 Samtalens betydning .....	34
4.2.2 Samtalens hensikt.....	34
4.2.3 Terapeutens rolle i samtalen .....	36
4.3 Samtalens innhold og tilnærming .....	36
4.3.1 Tema .....	36
4.3.2 Struktur .....	36
4.3.3 Mønstre i tilnærmingen.....	37
4.3.4 Virkemidler i tilnærmingen.....	39
4.3.5 Faglig bakgrunn – påvirkningsfaktor i tilnærmingen .....	40
4.4 Forutsetninger for at samtalen skal ha en betydning .....	40
4.4.1 Terapeutiske egenskaper og holdninger.....	40
4.4.2 Rammer.....	41
4.4.3 Bevissthet rundt egen rolle.....	42
4.5 Faktorer som kan bidra til endring .....	42
5.0 Drøfting .....	44
5.1 Drøfting av metode: veien til målet.....	44
5.2 Drøfting av prosjektets funn .....	45
5.2.1 Samtalens betydning: Veien til innsikt og forståelse .....	45
5.2.2 Tillitt og trygghet: Samtalens forutsetninger .....	50
5.2.3 «Å endre i det lille» - i lys av salutogenese .....	52

6.0 Oppsummering av samtalens betydning .....	56
Referanseliste .....	58
Vedlegg 1: Vurdering NSD.....	64
Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema .....	66
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	69
Vedlegg 4: Søkehistorikk .....	70

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Tema**

Opprinnelig skulle en psykomotorisk fysioterapeut først og fremst være en god lytter og fungere som en «klagemur» for pasienten. Pasientens spørsmål skulle sendes tilbake i form av «hva tror du selv» for å stimulere til egenrefleksjon. Når pasienten begynte å løsne opp verbalt, skulle legen eller psykiateren ta over samtalen (Thornquist, 2006b). Psykomotorisk fysioterapi har med årene fått en dreining mot det kroppsfenomenologiske perspektivet der kroppen forstås som bærer av levd liv (Gretland, 2007). Lien (2018) mener at som en følge av den kroppsfenomenologiske dreiningen, samt økt kunnskap om det relasjonelle perspektivet, har samtalen fått en større betydning i psykomotorisk fysioterapi. I dette prosjektet ønsker jeg å utforske samtalens betydning i psykomotorisk fysioterapi. Jeg ønsker å utforske temaet ved å intervjuer erfarne psykomotoriske fysioterapeuter.

Som en introduksjon til prosjektet vil jeg gjøre rede for bakgrunn av tema, prosjektets formål, relevans, problemstilling, forskningsspørsmål og begrepsavklaring. Videre vil jeg introdusere fagfeltet norsk psykomotorisk fysioterapi og fagfeltets plassering i psykisk helsearbeid. I tillegg nevner jeg kort noe om utdanningen i psykomotorisk fysioterapi. Avslutningsvis vil jeg si noe om oppgavens oppbygging.

### **1.2 Bakgrunn for tema**

Mange pasienter kommer til psykomotorisk fysioterapi på grunn av sammensatte kroppslige plager. De har ofte vært igjennom en lang rekke med utredninger uten å finne noen objektive årsaksforklaringer på sine kroppslige plager og smerter. Det kan være vanskelig å akseptere sine subjektive plager uten at dette kan bevises gjennom objektive undersøkelser som blodprøver, røntgen og MR-bilder, nevrologiske og reumatologiske undersøkelser etc. I terapirommet snakkes det om at kroppen husker, kroppen er meningsbærende og levd liv uttrykkes kroppslig. Dette budskapet utdyper Thornquist (2009b) blant annet i artikkelen «Livet setter kroppslige spor». Denne forståelsen av kropp og kroppslige plager er ikke en selvfølge at alle forstår umiddelbart.

Daglig erfarer jeg som psykomotorisk fysioterapeut i privat praksis i førstelinjetjenesten at samtalen er svært betydningsfull og har betydning for utfallet i behandlingen. Jeg erfarer at etter hvert som mennesker begynner å jobbe med kroppsbevissthet og får økt kontakt med



kroppen, åpner de seg etter hvert opp og setter ord på mye av det de bærer på. Ved å knytte samtalen opp mot kroppslige erfaringer, erfarer jeg at pasienter lettere forstår sammenhenger. Noen får også bedre tilgang på sine tanker og følelser. På den måten legger samtalen til rette for bevisstgjøring og innsikt i forhold til å forstå seg selv bedre, se sammenhenger mellom livsbelastninger og kroppslige plager. Dette understøttes i tidligere forskning av blant annet Ekerholt & Bergland (2004, 2008), Steihaug, Ahlsen & Malterud (2002) og Øien (2010). Studiene viser til hvordan samtalen i psykomotorisk fysioterapi baseres på hvordan kroppen forstås og hvordan dette gir pasientene mening og forståelse av sammenhenger, og på den måten gir muligheter for bedring. Jeg erfarer likevel at samtalen handler ofte om noe mer enn sammenhengene mellom kroppslige plager og levd liv. Mine erfaringer er at samtalen i seg selv kan gjøre en forskjell for den enkelte og legge til rette for endringer i et helsefremmende perspektiv.

Jeg har videreutdanning i veiledningspedagogikk og har interessert meg for den pedagogiske tilnærmingen i mange år. Etter fullført videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi satt jeg likevel igjen med et behov for mer kunnskap på kommunikasjon. Dette behovet finner jeg støtte i Øien, Steihaug, Iversen & Råheim (2011) sin forskning som viser til at fysioterapeuter etterspør økt kommunikasjonskompetanse i møte med krevende pasienter. Lien (2018) sier at psykomotorisk fysioterapi er en overveiende kroppslig og manualisert behandling som ikke tar høyde for det dynamisk ubevisste som skjer i relasjonen mellom terapeut og pasient. Etter hennes oppfatning overskygger fokus på manuelle psykomotoriske metoder for teorier og metoder knyttet til samtale og et mer dyptgående dynamisk og relasjonelt perspektiv. Gretland (2007) hevder også at fysioterapeuter i psykisk helsearbeid har behov for økt samtalekompetanse. Med min faglige bakgrunn, samt interesse for den pedagogiske tilnærmingen, har jeg formet min væremåte i utøvelsen som psykomotorisk fysioterapeut. Jeg erfarer at samtalen i seg selv er svært betydningsfull, men er det blitt slik på grunn av mitt faglige ståsted og interesser? Stemmer dette fenomenet med andres erfaringer?

Søk på tidligere forskning når det gjelder samtale i psykomotorisk fysioterapi viser begrenset funn, se kapittel 3.2.5. Jeg har allerede vist til studiene til Ekerholt & Bergland (2004, 2008), Steihaug et al. (2002) og Øien (2010) som viser til hvordan dialogen i psykomotorisk fysioterapi baseres på hvordan kroppen forstås og hvordan dette gir pasientene mening og forståelse av sammenhenger, og på den måten gir muligheter for bedring. Videre har jeg vist

til Lien (2018) som sier at psykomotorisk fysioterapi hovedsakelig er en kroppslig og manualisert behandling. I Øien (2010) sin doktoravhandling var hensikten å utvikle kunnskap om endring og kommunikasjonsmønstre i psykomotorisk fysioterapi hos pasienter med smerter i rygg og nakke. Doktoravhandlingen er utgangspunktet for artikkelen til Øien et al. (2011) som viser at krevende kommunikasjonssituasjoner kan åpne opp for refleksjon og ny innsikt. Studien viser videre at økt oppmerksomhet på pasientens spontane verbale og ikke-verbale fortellinger om kropp kan være kilde til innsikt for både pasient og fysioterapeut. Fraas & Thornquist (2015) belyser samtalen i møtet med kvinner med langvarige «ubestemte» muskel- og skjelettplager. Studiet retter fokuset mot hvilke temaer som vektlegges i samtalen og konkluderer med at kvinnes egne erfaringer er av betydning for sykdomsforståelsen. Ekerholt (2002) belyser i sin hovedfagsoppgave pasientenes erfaringer med behandling og samhandling. Hun viser til hvordan pasientene erfarer at samtalen er av stor betydning og setter spørsmål ved om det er en misforstått tilbakeholdenhet blant psykomotoriske fysioterapeuter når det gjelder samtalen. I videre søk etter litteratur fant jeg to fagartikler av Thornquist & Gretland (2003a, 2003b) som belyser fagutøvelsen hos to psykomotoriske fysioterapeuter. Artikkelen tar utgangspunkt i to videoanalyser mellom psykomotorisk fysioterapeut og pasient og retter oppmerksomheten mot samtale og deltakelse. I en tredje artikkel kommenterer forfatterne samtalenes plass og rolle i den psykomotoriske tradisjonen (Thornquist & Gretland, 2003c). I artikkelen kommer det frem at det er store variasjoner i hvordan terapeuter innenfor samme fagfelt samtaler og legger til rette for pasientens deltakelse. Det finnes også noen masteroppgaver som omhandler samtalen i psykomotorisk fysioterapi. Halvorsen (2016) retter fokuset på terapeutiske potensialer i kroppslig og verbal samhandling i en psykomotorisk kontekst. Igjennom en videoobservasjon ser hun på interaksjonsprosessen mellom terapeut og pasient. Studien viser at samhandlingen er orientert mot kroppen som kilde til opplevelse og erfaring, samtidig som det oppfordres til språkliggjøring av kroppens opplevelser og erfaringer. Busvold (2013) viser til i sin mastergradsoppgave hvordan den kliniske fortellingen kan være utgangspunkt for en helsefremmende dialog i en psykomotorisk behandling. Pasientene erfarer at samtaler basert på den kliniske fortellingen kan bidra til ny erkjennelse, mestring og nye fortellinger og være et bidrag i tilfriskningsprosessen. Gunnari (1994) etterspurte i sin hovedfagsoppgave allerede i 1994 større bevissthet og forståelse for den verbale kommunikasjonen i psykomotorisk fysioterapi. 25 år har gått og jeg som nyutdannet psykomotorisk fysioterapeut stiller fortsatt det samme spørsmålet. Dette er bakgrunnen for valg av tema.

### **1.3 Oppgavens formål og relevans**

Ut ifra litteratursøk er det begrenset med litteratur når det gjelder samtale i psykomotorisk fysioterapi. Thornquist (2009a) viser også til at det finnes lite systematisk kunnskap på hva som kjennetegner kommunikasjonsmønstre i integrerte samtaler mellom pasient og terapeut. Med bakgrunn i faglig ståsted og interesser, egne erfaringer som psykomotorisk fysioterapeut, samt begrenset tidligere forskning og litteratur på temaet, danner dette utgangspunktet for prosjektet. Jeg er interessert i å utforske hvilken betydning psykomotoriske fysioterapeuter legger i samtalen i en psykomotorisk behandlingssammenheng.

På bakgrunn av dette trer aktuelle spørsmål fram i lyset. Hvordan samtaler andre psykomotoriske fysioterapeuter? Hvilken betydning tillegges de samtalen? Hva er det som er betydningsfullt i samtalen og som kan ha betydning for behandling utfallet? Formålet med prosjektet blir å søke en dypere forståelse av samtalens betydning i en psykomotorisk sammenheng ut ifra terapeutens perspektiv.

Med formål om en dypere forståelse av fenomenet samtale, håper jeg at prosjektet kan bidra til økt refleksjon og bevissthet rundt samtalens betydning i en psykomotorisk sammenheng og samtidig være et kunnskapsbidrag til fagfeltet. Med dette mener jeg at prosjektet har relevans for faggruppen psykomotoriske fysioterapeuter.

### **1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål**

På bakgrunn av prosjektets formål, er problemstillingen følgende:

**«Hvilken betydning legges i samtalen i psykomotorisk fysioterapi?»**

For å kunne besvare problemstillingen stiller jeg følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med samtalen i psykomotorisk behandling?
- Hvilke forutsetninger erfarer psykomotoriske fysioterapeuter må være tilstede for at samtalen skal ha betydning i en psykomotorisk sammenheng?
- Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med at samtalen kan legge til rette for endringer?

## **1.5 Begrepsavklaring**

Samtale: Psykomotorisk fysioterapi er en kroppsterapi der samtalen utøves integrert i behandlingen. Den integrerte samtalen er forstått som en del av den psykomotoriske behandlingen. I denne oppgaven velger jeg å benytte ordet samtale istedenfor integrert samtale. Med samtale mener jeg den muntlige kommunikasjonen, det som blir sagt med ord, mellom terapeut og pasient. Ordet samtale er satt sammen av sam- og tale, altså tale mellom minst to personer. Igjennom samtale utveksles budskap på mange måter. Budskap i alle direkte møter – ansikt-til-ansikt-møter – er av både verbal og kroppslig art (Thornquist, 2009a). I kapittel 2.2 går jeg nærmere inn på samtalen generelt i kliniske sammenhenger, og videre i kapittel 2.3 og 2.4 utdyper jeg samtalen i psykomotorisk fysioterapi.

Psykomotorisk fysioterapi: Tradisjonen omtales som Norsk psykomotorisk fysioterapi, fordi det nettopp er en norsk fysioterapitradisjon med utgangspunkt i en helhetlig forståelse av kroppen (Thornquist & Bunkan, 1986).

## **1.6 Introduksjon av fagfeltet Norsk Psykomotorisk Fysioterapi**

### **1.6.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi**

Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utviklet gjennom et samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen i perioden 1947-1953. Braatøy var psykoanalytiker og var opptatt av samspillet mellom kroppslige og psykiske prosesser. Han gav ut «De nervøse sinn», utgitt i to bøker i 1947, og disse har vært en viktig inspirasjonskilde til det psykomotoriske fagfeltet. Samarbeidet ble dessverre kortvarig på grunn av Braatøys plutselig død i 1953 (Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2006a). Bülow-Hansen fortsatte videre samarbeid med psykiater Nils Houge og allmennpraktiker Thoralf Hødahl, noe hun selv fremholdt som viktig for utviklingen av det som i dag er norsk psykomotorisk fysioterapi (Thornquist, 2006a). Videre i denne oppgaven benevner jeg behandlingsformen som psykomotorisk fysioterapi.

Psykomotorisk fysioterapi er en ressursorientert kroppsterapi som har som målsetting å hjelpe pasienten til å utvikle nye og mer hensiktsmessige måter å bruke seg selv på. Det handler om å legge til rette for en omstillingsprosess, både en kroppslig – og følelsesmessig omstillingsprosess slik at pasienten ikke forblir i sine fastlåste kontrollmønstre. Igjennom øvelser, massasje og samtale har behandlingen til hensikt å utvikle økt kontakt med egen

kropp og bevissthet i forhold til kroppens signaler og reaksjonsmåter, legge til rette for opplevelse og forståelse av sammenhenger mellom kropp og følelser og utvikle en opplevelse av kroppen som en del av jeg'et. Til forskjell fra tradisjonell fysioterapi der kroppen og kroppslige plager ofte forstås ut ifra en biomedisinsk forståelse forankret i naturvitenskapen, tar psykomotorisk fysioterapi utgangspunkt i en mer helhetlig forståelse av kroppen som et integrert fysisk- psykisk- og sosialt fenomen (Thornquist & Bunkan, 1986). Thornquist (2006a) sier at målet er å tilstrebe en kroppslig balanse, men en kroppslig balanse kan ikke forstås uavhengig av menneskets livssituasjon og tidligere erfaringer.

Forståelsen av kroppen som en samspillende enhet som både uttrykker og regulerer følelser er svært sentral. Kroppen uttrykker glede eller sorg. Men kroppen regulerer også følelser, noe som kan gi seg uttrykk i et kroppslig beredskap (Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2006a; Thornquist, 2006b; Thornquist, 2009b). Thornquist (2006a) sier at kroppslig beredskap kan forstås som en funksjonell tilpasning og emosjonell beskyttelse. I utgangspunktet er dette en hensiktsmessig psykologisk og sosial tilpassing, men over tid kan slike vedvarende spenningsmønstre gi smertetilstander i muskel- og skjelettapparatet og gi autonome reaksjoner i form av hjertebank, kvalme og svette. På den måten kan det forklares hvorfor livsbelastninger, stress, traumatiske opplevelser og vedvarende belastninger virker inn på kroppen og videre at kroppen kan forstås som meningsbærende, eller bærer av levd liv (Gretland, 2007). Målet er å legge til rette for en omstillingsprosess. Å endre kroppslige og følelsesmessige vane- og reaksjonsmønstre er imidlertid tidkrevende, og forutsetter en pasient som selv er deltakende (Thornquist 2006b).

Psykomotorisk fysioterapi baserer ikke behandlingstiltak ut ifra diagnoser, verken fysiske eller psykiatriske diagnoser. Det er først og fremst på grunnlag av en sammenfatning fra kroppsundersøkelsen sett i sammenheng med informasjon fra samtalen om sykehistorie, pasientenes innsikt i egen situasjon, samt den aktuelle livssituasjon pasienten befinner seg i, vurdering og beslutning om behandlingstiltak foretas (Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2006a). Indikasjonsområdet for behandlingen kan derfor være stort. Men hovedsakelig er indikasjonsområdet pasienter med sammensatte psykosomatiske problemstillinger og psykiske lidelser som til eksempel angst, depresjon og traumer (Thornquist, 2006a).

### **1.6.2 Plassering av psykomotorisk fysioterapi i psykisk helsearbeid**

En dualistisk forståelse av mennesket har lenge vært godt forankret i helsevesenet og kommer også til uttrykk gjennom psykiatrisk og somatisk helsetjeneste (Gretland, 2007). Forståelsen av kroppen som meningsbærende har stort sett vært fraværende i psykisk helsearbeid, noe Ottesen & Thornquist (2015) bekrefter i sin artikkel som belyser hvordan kroppen forstås i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. Studien viser at kroppen og sammenhenger mellom psykisk og fysisk helse er lite tematisert, og videre viser dokumentene at kroppen hovedsakelig knyttes til somatisk helse og fysisk aktivitet. Dette skillet er problematisk for norsk psykomotorisk fysioterapi, som tidligere nevnt har en mer helhetlig forståelse av kroppen som et integrert fysisk- psykisk- og sosialt fenomen (Thornquist & Bunkan, 1986). Til tross for at kroppsforståelsen psykomotorisk fysioterapi bygger på ikke har et tydelig fotfeste innen psykisk helsearbeid, er psykomotoriske fysioterapeuter likevel representert i fagfeltet. Psykomotoriske fysioterapeuter jobber til eksempel på distriktpsikiatriske sentre (DPS), smerteklinikker og psykiatriske avdelinger i andrelinjetjenesten. Men hovedsakelig jobber psykomotoriske fysioterapeuter i førstelinje tjenesten som en del av den kommunale helsetjenesten (Norsk Fysioterapeut Forbund, u.å).

### **1.6.3 Utdanning i psykomotorisk fysioterapi**

Psykomotorisk fysioterapi er en videreutdanning innenfor fysioterapifaget. Både OsloMet, Universitetet i Tromsø og Høgskulen på Vestlandet tilbyr utdanning i psykomotorisk fysioterapi. Ved Oslo Met er det en videreutdanning fordelt over tre semestre. Ved Universitetet i Tromsø er utdanningen en master i psykomotorisk fysioterapi og Høgskulen på Vestlandet tilbyr mastergradsprogram i klinisk fysioterapi, studieretning fysioterapi ved psykiske og psykosomatiske helseproblemer. Et av læringsmålene i alle tre utdanningene er kunnskap om relasjonell kompetanse (Oslo Met, u.å; Universitetet i Tromsø, u.å; Høgskulen på Vestlandet, u.å).

## **1.7 Oppbygging av oppgaven**

Denne oppgaven har seks hovedkapitler. Neste kapittel beskriver teoretiske perspektiver som vil kaste lys over prosjektets funn. I kapittel 3 presenteres metode og videre i kapittel 4 presenteres funn fra analyseprosessen. Videre i kapittel 5 drøfter jeg funnene opp mot teori og forskning som er presentert i kapittel 2. Siste kapittel oppsummerer oppgaven.

## **2.0 Teoretiske perspektiver**

I dette kapittelet presenteres relevante teoretiske perspektiver som fungerer som rammeverk og kan kaste lys over funnene som blir presentert i kapittel 4. Innledningsvis velger jeg å si noe om hvordan lovbestemmelser og helsepolitiske føringer legger føringer for samtale generelt i helsetjenesten. Deretter presenteres følgende teoretiske perspektiver: Samtale, samtale i psykomotorisk fysioterapi, kroppsfenomenologiens betydning for samtale i psykomotorisk fysioterapi og relasjonell kompetanse. Avslutningsvis presenterer jeg teori om salutogenese.

### **2.1 Lovbestemmelser og helsepolitiske føringer - betydning for samtalens hensikt**

I helsevesenet har det med årene skjedd et paradigmeskifte fra en paternalistisk tilnærming, der helsepersonellet vet best og sitter med svaret, til en mer demokratisk tilnærming der pasienten sees på som eksperten på seg selv (Tveiten, 2016). Verdens helseorganisasjon la allerede i 1986 føringer for brukermedvirkning og synet på brukeren som ekspert på seg selv gjennom Ottawa Charteret (WHO, 1986). Nye lovbestemmelser og helsepolitiske føringer legger sterke føringer for å fremme deltakelse og økt læring med den hensikt å mestre egen helsesituasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven legger føringer for pasientens rett til medvirkning og rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 og §3-2), samt helsepersonelloven som legger føringer for at helsepersonell skal gi pasienten nødvendig informasjon for å kunne fremme egen helse (Helsepersonelloven, 1999, §10). Videre legger helsepolitiske føringer som opptrappingsplanen for psykisk helse og samhandlingsreformen sterke føringer for informasjon, deltakelse og medbestemmelsesrett (Sosial- og helsedepartementet, 1998; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tveiten (2016) sier at denne utviklingen har hatt betydning for hvordan helsepersonell samtaler.

### **2.2 Samtale**

Allerede for 2400 år siden vandret filosofen Sokrates rundt i Athens gater og samtalte med folk med den hensikt å bringe frem ny viten og erkjennelse. Han mente at man må bli bedre kjent med seg selv for å kunne handle riktig (Gjerde, 2000). I kliniske sammenhenger har samtalen som regel to målsettinger. For det første skal samtalen danne et bilde av hvem pasienten er, og for det andre legger samtalen til rette for en relasjon (von der Lippe & Rønnestad, 2011). Samtalen tar utgangspunkt i dialogen. Dialog er gresk og betyr å snakke

igjennom (Tveiten, 2010). Killingmo (1999) sier at dialogen i klinisk kommunikasjon skal være psykologisk åpnende slik at pasienten har mulighet til komme frem med seg og sitt. Schibbye (2004) viser til at psykoterapi har som mål å skape en endring gjennom at pasienten skal få tilgang til dypere, tidligere skjulte prosesser. Kognitiv atferdsterapi er en mer her og nå orientert handlings- og målrettet samtaleterapi. Hensikten er å endre et dysfunksjonelt tankemønster (Berge & Repål, 2015). Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2015) sier at samtaleterapi legger til rette for økt selverkjennelse og selvforståelse som kan bidra til økt håndteringspotensial for sykdom, utfordringer, vanskelige livssituasjoner og kriser.

Samtale benyttes integrert i de fleste kliniske sammenhenger, både i psykisk og somatisk helsearbeid. Thornquist (2009a) viser til at det finnes omfattende dokumentasjon på hvordan leger samtaler, derimot finnes det lite systematisk kunnskap på hva som kjennetegner integrerte samtaler mellom pasienter og annet helsepersonell. Tveiten (2016) viser til bruk av veiledning som en pedagogisk intervensjon i møtet med pasienter. Livstyrketrening er et eksempel på en annen tilnærming. Både veiledning og livstyrketrening har til hensikt å legge til rette for en bevisstgjørende og oppdagende læringsprosess med den hensikt at pasienten har mulighet til å være mer deltakende i forhold til å påvirke egen helse. Begge tilnærmingene bygger på konfluente pedagogiske prinsipper (Tveiten, 2010; Haugli & Steen, 2007). Konfluent betyr sammenflytende, og konfluent pedagogikk handler om en læringsprosess hvor både følelsesmessige, intellektuelle og kroppslige aspekter inngår i prosessen (Grendstad, 1986). Boken til Grendstad (1986) med tittelen «å lære er å erfare» er beskrivende for hvordan læring forstås i konfluent pedagogikk. Det finnes flere tilnærminger, men jeg avgrenser til å nevne veiledning og livstyrketrening som begge er en edukativ tilnærming med den hensikt å legge til rette for læring og forståelse i kliniske sammenhenger. Lien (2018) viser til at en potensiell risiko med en edukativ tilnærming er at terapeuten blir mindre lydhør for pasientens livserfaringer, smerter og historie. Lien (2018) sier videre at videreutdanning i psykoterapi er forbeholdt leger og psykologer og hevder at det kan bidra til å begrense andre profesjoners mulighet til å tilegne seg psykodynamisk kompetanse og en mulig følge av dette er at andre yrkesgrupper innen psykisk helsearbeid henvender seg til andre tilnærminger som ikke har en psykodynamisk orientering.



### 2.3 Samtale i psykomotorisk fysioterapi

Kierkegaard sa følgende: «Livet kan forstås baklengs, men må leves forlengs» (Gjerde, 2010, s. 66). Forståelse av hvordan livet kan sette seg i kroppen er essensielt for å kunne få til en endring (Gretland, 2007). Tittelen på artikkelen «livet setter kroppslige spor» er beskrivende for grunnlagsforståelsen i psykomotorisk fysioterapi; Kroppslige plager sees i sammenheng med livshistorie (Thornquist, 2009b). Thornquist (2009b) sier videre at det er essensielt for behandlingen at det gis rom for refleksjoner og samtale slik at pasienten erfarer at det er en sammenheng mellom kropp, erfaring, relasjoner og sosiale situasjoner. Litteraturen er som tidligere nevnt begrenset i forhold til samtale i psykomotorisk fysioterapi, samtidig viser den at det er forskjeller i hvordan man samtaler (Thornquist & Gretland, 2003a). Bunkan (2014) sier at samtalen er et middel til innsikt og når man hører hva man sier, forstår man seg selv bedre. Thornquist & Gretland (2003c) sier at når opplevelser og mening får et uttrykk, kan de bli tydeligere for en selv og bidrar til selvforståelse. Å forstå seg selv kan bidra til avklaring, det kan være lettere å forholde seg til det aktuelle og ta seg selv mer på alvor. Busvold (2013) viser til i sin masteroppgave hvordan pasienter erfarer det å få mulighet til å sette ord på den kliniske fortellingen. Hun viser til at samtaler basert på den pasientens egen fortelling blir viktige kunnskapskilder og bidrar til ny erkjennelse, mestring og nye fortellinger.

Samtalen er en integrert del av behandlingen og den røde tråden har hele tiden vært at oppmerksomheten er primært på kroppen, samtidig som samtalen skal hjelpe pasienten til å være mentalt til stede i situasjonen (Thornquist & Gretland, 2003c). Halvorsen (2016) viser til i sin masteroppgave at det ligger terapeutisk verdi i å stimulere pasienter til deltakelse gjennom å gjøre deres erfarings- og meningsverden relevant gjennom kroppslig og verbal samhandling. Thornquist (2009b) viser til at kroppslige vanemønstre er ofte ubevisste og forfatteren mener at da har kun samtale sin begrensning. I motsetning til samtaleterapi, kan det å jobbe med kroppen gi andre muligheter til å nå inn til pasientens erfarings- og meningsverden og på den måten mener Thornquist (2006b) at den kroppslige og verbale tilnærmingen gir spesielle muligheter. Som tidligere nevnt kan det å jobbe med kroppen gi økt kontakt med egen kropp og seg selv. Det kan dukke opp minner og assosiasjoner og refleksjon rundt dette gir ofte en forståelse av sammenhenger (Thornquist, 2009b). Thornquist & Bunkan (1986) sier at når man først erkjenner disse sammenhengene mellom psyke og soma, kan behandlingen bli mer enn symptomlette.

Grunnlagsforståelsen i psykomotorisk fysioterapi er inspirert av kroppsfenomenologien og dette har betydning også for tilnærmingen i samtale (Gretland, 2007). Neste kapittel utdyper kroppsfenomenologiens betydning for psykomotorisk fysioterapi.

## **2.4 Kroppsfenomenologiens betydning for samtale i psykomotorisk fysioterapi**

Forståelsen av kroppen som uttrykksfull og meningsbærende er sentral i kroppsfenomenologien (Råheim, 2003). Filosofen Merleau-Ponty, som har hatt stor betydning for kroppsfenomenologien, sier at mennesket kan ikke fornemme, erfare, lære eller vite noe som helst uten at kroppen tar del i fornemmelsen, erfaringen, læringen og viten (Kirkengen & Ulvestad, 2007). Gretland (2007, s. 24) sier: «persepsjon og bevegelse er fundamentale dimensjoner i erfaringsprosesser. Om jeg for eksempel sanser noe som er innbydende, beveger jeg meg annerledes enn om jeg opplever noe som er frastøtende. Mine bevegelser virker igjen inn på hvordan jeg oppfatter ting i min omverden». Som kroppslige vesener påvirkes vi av både rom og tid. Vi må forholde oss til omgivelser som er meningsbærende og som kan medføre forskjellige uttrykk. Til eksempel er det noen omgivelser som legger føringer for at vi skal tie fremfor å snakke, eller være alvorlige fremfor å le. Tidsperspektivet kan forstås på den måten at væremåter i en spesiell situasjon kan være påvirket av tidligere erfaringer. Livsbetingelser og tidligere erfaringer innlemmes derfor i vår kroppsvirkelighet (Gretland, 2007). Merleau-Ponty sier videre at ut ifra våre sansemessige erfaringer har kroppen sin egen evne til å oppfatte, skape og uttrykke mening. Slik er vår forståelse av oss selv og verden grunnet i vår egen kroppsforståelse (Råheim, 2003). Gretland (2007, s.26) viser til Merleau-Ponty som sier: «at den sanselige og følsomme kroppen er det naturlige jeg som oppdager seg selv i kontakt med en konkret verden». Videre sier Gretland (2007) at selvforneemmelsen er forankret i oppdagelsen av egen kropp. Ved kronisk sykdom endres både kroppsopplevelsen, opplevelsen av seg selv og omverdenen. Det da blir det viktig å skape en ny mening og redefinere seg selv (Råheim, 2003).

Den kroppslige dialogen, dialogen med utgangspunkt i kroppen, kan på lik linje som den verbale dialogen som ble omtalt i kapittel 2.2, legge til rette for å forstå sammenhengene mellom kropp og levd liv. Kroppen er en kilde til innsikt, og språket kan åpne nye aspekter og nye muligheter utover det gitte og bidra med ytterligere bevissthet. Det handler om å sette ord på kroppen og utforske meningen med kroppslige reaksjoner og uttrykk. Å sette ord på kroppen kan i seg selv redusere spenninger, og videre det å forstå sin egen kropp og seg selv i

forhold til livet kan gi mening og lettere akseptere kroppen slik den er. Den kroppslige tilnærmingen i psykomotorisk fysioterapi handler om å forstå mennesket som kroppslig erfarende, meningsbærende og meningsskapende (Gretland, 2007). Denne forståelsen av kropp står i kontrast til tradisjonell biomedisinsk forståelse og Råheim (2003) sier at det er viktig i den kroppsfenomenologiske forståelsen å ikke glemme den biomedisinske forståelsen i møtet med pasienter (Råheim, 2003). Gretland (2007) sier at det er viktig å huske på at kroppen er flertydig.

## **2.5 Relasjonell kompetanse**

Som tidligere nevnt har samtalen i kliniske sammenhenger som målsetting å legge til rette for en relasjon (von der Lippe & Rønnestad, 2011). Forskingen er tydelig på at relasjonen er av stor betydning for behandlingsutfall. I en metaanalyse har Flückiger, Del Re, Wampold & Horvath (2018) sett på relasjonens betydning i psykoterapi. Med bakgrunn i relasjonens betydning som den variabelen som er forsket mest på i forhold til effekt i psykoterapi, viser resultatene i studien at det er en tydelig sammenheng mellom en god terapeutisk allianse og behandlingsutfall, uavhengig av behandlingsmetoden. En systematisk kunnskapsoppsummering av Kinney et al. (2018) viser samme resultat. Forskerne har undersøkt virkningen av terapeutisk allianse i fysioterapi for pasienter med kroniske muskel- og skjelettplager. Studien konkluderer med at en sterk terapeutisk allianse reduserer smertebildet. Videre viser Kinney et al (2018) til at forutsetningen for en sterk terapeutisk allianse er at terapeutene har kunnskap om faktorer som påvirker relasjonen. Videre i dette kapitlet presenteres teori som belyser relasjonelle faktorer.

Ulike psykologiske og filosofiske retninger vektlegger betydningen av møtet med andre i utvikling av det psykologiske selvet. Selvfølelsen og selvforståelsen utvikles igjennom relasjoner (Schibbye, 2012). Paradokset er at mange pasienter i psykisk helsearbeid er blitt syke nettopp på grunn av relasjoner (Skårderud et al., 2015). Nødvendigheten å møte en terapeut som anerkjenner deg for den du er, er helt essensielt. Anerkjennelse et vidt begrep som rommer både holdning og væremåte. Anerkjennelse er et grunnleggende menneskelig behov som handler om å bli tatt på alvor, akseptert, respektert, bli sett og hørt (Schibbye, 2004). Steihaug et al. (2002) viser til en studie som undersøker kvinner med kroniske muskelsmerter i gruppeterapi. Hovedfunnet i studien er at kvinnene vektlegger det å bli anerkjent, å få lov å være seg selv, som det viktigste for utfallet av behandlingen. Killingmo

(1999) viser til i artikkelen den åpne samtalen betydningen av å stille åpne spørsmål som kan være psykologisk åpne. Men likeså viktig er det å møte det latente budskap i det som blir sagt. Killingmo sier videre at bak fasaden kan vi finne det sårbare selvbildet. Å bli sett og hørt forutsetter en terapeut som lytter aktivt og har evnen til å stille åpne spørsmål som får frem pasientens perspektiv (Schibbye, 2012).

Søren Kirkegaard sa følgende: «Skal man hjelpe en annen. Må man først finne ut hvor han er, og møte han der. Det er første bud i all sann hjelpekunst» (Ivarsson, 2017, s. 38). Malterud & Taksdal (2001) viser til helseplager med subjektive symptomer uten objektive funn, risikerer ofte å bli møtt med manglende forståelse og manglende diagnose. Forfatterne viser til betydningen av å legge til rette for et refleksjonsrom med pasientens symptomer som gyldige kunnskapskilder. Schibbye (2004) sier at pasienten trenger en opplevelse, ikke en forklaring. Malterud & Taksdal (2001) sier videre at gjennom en anerkjennende dialog kan noe nytt komme frem i pasienten og bidra til felles forståelse av symptomene. For å fremme felles forståelse viser Schibbye (2004) til subjekt-subjekt-synet. Det handler om betydningen av å henvende seg til pasienten som subjekt og igjennom samtalen og samhandlingen få frem pasientenes egne opplevelser. Slik intersubjektiv deling fremmer selvutvikling og selvforståelse og kan gi pasienten større tilgang til egne selvprosesser (Schibbye, 2004). Malterud & Taksdal (2001) viser til at en felles forståelse av pasientens symptomer og problem er en forutsetning for videre samarbeid.

En empatisk og anerkjennende holdning og væremåte legger til rette for en trygg og tillitsfull relasjon (Schibbye, 2012). Bunkan (2014) sier at en god behandlingssituasjon forutsetter et empatisk terapeutisk klima i en likeverdig relasjon. Elliot, Bohart, Watson & Greenberg (2011) viser i en metaanalyse at empati er sammen med arbeidsallianse den viktigste relasjonelle påvirkningsfaktoren for behandlingsutfall. Empati handler om å kunne sette seg inn i hvordan den andre har det både emosjonelt og kognitivt. Videre er det viktig å forstå at den empatiske opplevelsen har sin opprinnelse i den andre (Nerdrum, 2017). Nerdrum (2017) viser også til begrepet terapeutisk nærvær. Det handler om å være i kontakt med seg selv, samtidig åpen og mottagelig for situasjonen. Det handler om å vise romslighet samtidig inneha en bevisst persepsjon, slik at man kan være der for pasienten i bedringsprosessen. Forfatteren sier videre at empati inngår i begrepet terapeutisk nærvær.

Psykologiske overføringer og motoverføringer er noe som skjer i alle relasjoner (Schibbye, 2012). Ved en psykologisk overføring kan pasienten pålegge terapeuten noe han eller hun ikke er. Motoverføring handler derimot om terapeutens reaksjon på pasienten. Bevisste eller ubevisste følelser og holdningsmønstre kommer til uttrykk og kan handle om at pasientens atferd påvirker terapeutens følelser. Disse psykologiske reaksjonene kan være til hjelp for å forstå pasienten bedre. Ubevisste over- og motoverføringsreaksjoner kan også påvirke relasjonen negativt. Det blir da terapeutens oppgave å bearbeide overføringene (Geirdal, 2017).

Forutsigbare rammer er grunnleggende viktig i møtet med pasienter i psykisk helsearbeid (Gretland, 2007). Varvin (2018) skriver om flyktningers helse og viser til nødvendigheten av å skape et stabilt og omsluttende terapirom uten forstyrrelser. Videre sier forfatteren at å etablere trygghet og gjensidig tillitt i en relasjon er tidkrevende. I en studie av kroniske smertepasienter viser Tveiten & Knutsen (2011) til betydningen av nok tid for å legge til rette for empowerment. Forskningen viser at pasientene opplever en anerkjennende dialog og nok tid med helsepersonell som betydningsfullt for egen deltakelse. Ekerholt & Bergland (2004) har undersøkt pasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi og resultatene viser blant annet til at opplevelsen av at terapeuten har nok tid til pasienten var av stor betydning.

Wampold (2015) sier at i tillegg til en god relasjon basert på trygghet og tillit, må pasienten ha en forståelse på sine problemer som gir mening, samt avklare en strategi med mål og tiltak som er i tråd med forståelsen. Først da vil det være muligheter for bedring. Nerdrum & Geirdal (2017) viser til betydningen av avklaringer i forhold til arbeidsmetoder og mål i behandling, som viktige faktorer for en god arbeidsallianse. I veiledningspedagogikk ser Tveiten (2010) på avklaring av forventninger som helt avgjørende. Forventningsavklaringer er nødvendig for å etablere en felles forståelse og videre en forutsetning for å kunne jobbe mot felles mål. Wampold (2015) viser til at det er en dokumentert sammenheng mellom forventningsavklaringer og behandlingsutfall. Thornquist (2006b) viser til at i en psykomotorisk undersøkelse vektlegges det å etterspørre pasientens forventninger til behandling, samt pasientens opplevelse av situasjonen. Mål og tiltak i behandling må ta utgangspunkt i en felles forståelse basert på pasientens ressurser og forutsetninger, hvis ikke jobber man ikke mot felles mål, og endring er vanskelig (Gretland, 2007).

I utgangspunktet er samtaler i alle profesjonelle sammenhenger asymmetriske ved at helsepersonell sitter med den faglige kompetansen. I kompetansen ligger det makt. Hvordan terapeuten forvalter makten er av stor betydning for relasjonen (Thornquist, 2009a). Som jeg har vist til i dette kapittelet er det mange relasjonelle faktorer som spiller inn. I dette relasjonelle samspillet kreves det mye av terapeuten. Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad (2011) viser til i sin studie at personlige egenskaper hos terapeuten har stor betydning for hvor godt utbytte pasienten får i psykoterapi. Et oppsiktsvekkende funn i studien var at der terapeuter tvilte på egen kompetanse, hadde pasientene mer effekt av terapien. Forskerne sier videre at sammenhengen kan skyldes at terapeuter som oppgir mer tvil evner å reflektere over eget bidrag i terapien. Det vil si at de er mer ydmyke, og dermed er mer sensitive og lydhøre ovenfor pasienten. Som en følge av studiets funn bør terapeuter jobbe med seg selv og sin kommunikasjonsstil for at behandlingen skal ha effekt. Kollegaveiledning er en tilnærming for å ivareta seg selv i terapeutrollen. Med utgangspunkt i egen fagutøvelse, har kollegaveiledning til hensikt å legge til rette for en læringsprosess som styrker mestringskompetansen gjennom innsikt, oppdagelse og bevisstgjøring. Det kan sees på som en kvalitetssikring av egen fagutøvelse (Tveiten, 2010).

## **2.6 Salutogenese**

Salutogenese handler om å fokusere på menneskets ressurser for å fremme og styrke helse (Antonovsky, 2000). Psykomotorisk fysioterapi er en ressursorientert behandlingsform med blant annet fokus på å mobilisere kroppslige ressurser med den hensikt å skape en omstilling (Bunkan, 2014). Dette ligger tett opp mot salutogenese og derfor mener jeg at teori om salutogenese kan være relevant i en psykomotorisk kontekst.

Salutogenese er utarbeidet som motsatsen til patogenese. I motsetningen til den tradisjonelle tilnæringsmåten der man skulle undersøke årsak og finne forklaring på menneskers dårlige helse, snudde Antonovsky problemstillingen og fokuserte på faktorer som kunne bidra til å bedre helse (Langeland, 2014). Antonovsky (2000) viser til tre komponenter som er av betydning for å fremme helse. Det er begripelighet, håndterbarhet og mening. Disse tre komponentene danner grunnlaget for begrepet opplevelse av sammenheng (OAS), på engelsk Sense of Coherence (SOC), som står sentralt i salutogen forståelse av helse. Videre i oppgaven benyttes benevnelsen opplevelse av sammenheng (OAS). Høy grad av opplevelse av sammenheng (OAS) kan føre til høy grad av helse.

Begripelighet handler om forståelse. Antonovsky (2000) viser til kognitiv forståelse av stimuli vi konfronteres med i det ytre og indre miljø. Stimuliene må være både strukturerte, forutsigbare og forklarlige. Å forstå situasjoner, utfordringer og vanskeligheter i livet og kan sette dette inn i en sammenheng, vil fremme helse. I motsetning til kaotiske og ubegripelige opplevelser som ikke gir forståelse, kan føre til dårligere helse. Håndterbarhet handler om i hvilken grad ressurser er tilgjengelige, og videre ta i bruk ressursene, slik at man kan møte kravene de ulike stimuliene setter. Håndterbarhet gir videre en opplevelse av mestring. Den tredje komponenten innebærer når kravene oppleves nok utfordrende, er verdt investeringen vil det gi opplevelse av mening. Opplevelse av mening vil kunne bidra til engasjement mot å få til en endring. I motsatt tilfelle, der situasjonen kan føles meningsløs, kan det være en stor utfordring å motivere seg til innsats. Disse tre komponentene utgjør essensen i begrepet opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky, 2000).

Opplevelse av sammenheng (OAS) representerer motstandskraften og mestringsevnen som den enkelte opplever når tilværelsen gir mening, er forståelig og håndterbar. Ved å fokusere på den enkeltes ressurser og har opplevelse av sammenheng (OAS) som holdning, så har man bedre forutsetninger for å mestre sykdom og plager (Antonovsky, 2000). Antonovsky (1987) fremhever sosial støtte og egoidentitet som de mest sentrale motstandsressursene. Men sier videre at en motstandsressurs kan være mange ulike faktorer avhengig av person, omgivelser og kultur. Kriteriet er at faktoren kan fremme effektiv mestring av spenning, og videre styrke OAS. Det gjensidige samspillet mellom motstandsressursene og opplevelsen av sammenheng (OAS) er svært sentral i den salutogene forståelsen. Motstandsressursen styrker mestringsevnen, og motsatt.

Langeland (2014) viser til i sin kunnskapsoppsummering at helse defineres som et kontinuum der helse er det ene ytterpunktet og helsesammenbrudd det andre, det vil si grader av helse. Forfatteren viser til at Antonovsky bruker metaforene «helse i livets elv» og «svømme på best mulig måte», som handler nettopp om hvordan man kan ta i bruk ulike motstandsressurser og bevege seg i et positivt helsemønster på kontinuumet. Metaforene kan bidra til at det er lettere å akseptere livets opp- og nedturer, samtidig som metaforene kan bidra til bevisstgjøring av hvordan man kan best mulig tilpasse seg ulike påkjenninger og utfordringer. Langeland et al.

(2006) viser til i en RCT-studie hvordan samtaleterapi i grupper basert på en salutogen tilnærming bidrar til opplevelse av økt mestring av psykiske plager.

Videre antas stress som potensielt helsefremmende i salutogenese, i motsetning til i patogenesen der stress oppfattes som sykdomsfremkallende. Det handler om at stressfaktorer eller belastningen oppleves som passende utfordrende. Da oppleves mestring av spenningen og styrker derved opplevelse av sammenheng (OAS). Videre sees den enkeltes evne til en aktiv tilpasning på som idealet i en salutogen tilnærming (Langeland, 2014).



### **3.0 Metode: Veien til målet**

Den opprinnelige betydningen av ordet «metode» er veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2017). I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for vurderinger, valg og tiltak jeg har foretatt på veien for å komme frem til prosjektets funn. Innledningsvis beskriver jeg valg av forskningsdesign og metode, deretter har jeg valgt å beskrive veien til målet i to faser: oppstartsfasen og gjennomføringsfasen.

#### **3.1 Valg av forskningsdesign og metode**

Problemstillingen legger føringer for valg av forskningsdesign og metode (Johannesen, Tuftes & Christoffersen, 2016). Oppgavens problemstilling er som tidligere nevnt: «*Hvilken betydning legges i samtalen i psykomotorisk fysioterapi?*». I denne formuleringen ligger det et spørsmål som søker økt forståelse om et fenomen, nemlig samtalen. Når det gjelder tidligere forskning på psykomotorisk fysioterapi og samtale, belyser forskningen både pasientens og terapeutens perspektiv, og sånn sett er ikke det ene perspektivet mer aktuelt enn det andre. Men ut ifra en vurdering, spesielt med tanke på bakgrunn for tema og eget ønske om mer kompetanse på temaet, har jeg valgt å belyse fenomenet ut ifra terapeutens perspektiv.

Kvalitativ metode går i dybden av fenomener og søker økt forståelse og innsikt i menneskers erfaringer, opplevelser og meningsverden (Malterud, 2018; Johannesen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2017). Malterud (2018) viser til at kvalitative metoder er vitenskapelig forankret i fenomenologien og hermeneutikken. Fenomenologien retter oppmerksomheten mot verden slik den konkret oppleves og erfares, mens hermeneutikken fortolker fenomenet og gir dataene mening. Hensikten i dette prosjektet er å belyse psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med samtale i psykomotorisk behandling. Ut ifra en fenomenologisk tilnærming rettes oppmerksomheten mot terapeutens erfaringer med samtale, for deretter å fortolke terapeutens erfaringer slik at de blir meningsfulle. På det grunnlag vurderer jeg det dithen at et kvalitativt forskningsdesign med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming er godt egnet for å besvare problemstillingen.

Kvalitative design kan anvende forskjellige datainnsamlingsmetoder (Johannsen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2017; Malterud, 2018). I dette prosjektet er jeg interessert i informantenes episodiske hukommelse når det gjelder deres erfaringer med samtale i psykomotorisk behandling. Jeg er interessert i informantenes beskrivelser av deres erfaringer.

Malterud (2018) viser til at når man er opptatt av opplevelser og erfaringer gir intervju god tilgang til kunnskapen. Kvale & Brinkmann (2017) viser til at hensikten med det kvalitative forskningsintervjuet er å hente inn beskrivelser av intervjupersonens livsverden for deretter å fortolke betydningen. På bakgrunn av dette mener jeg at det kvalitative forskningsintervjuet er godt egnet for å besvare problemstillingen.

## **3.2 Oppstartsfasen**

### **3.2.1 Vurderinger og refleksjoner**

Relevans og overførbarhet er to begreper som er sentrale i vitenskapelig forskning.

Kunnskapsutviklingen skal være relevant og gi ny innsikt, og videre ha en overføringsverdi i form av at andre skal ha nytte av kunnskapen i andre sammenhenger (Malterud, 2018).

Spørsmål jeg stilte meg i oppstarten av prosjektet var: Kan prosjektet bidra med ny kunnskap? Har temaet nytteverdi for andre? Hensikten er å bidra til økt refleksjon og bevissthet rundt samtalens betydning i en psykomotorisk kontekst, og på den måten kan prosjektet være et bidrag inn i fagfeltet psykomotorisk fysioterapi. Da litteraturen på temaet viser seg å være begrenset, vurderte jeg det slik at prosjektets tema og hensikt er både relevant og kan ha en nytteverdi for fagfeltet.

Ingen kunnskap er allmenngyldig, derfor er det svært viktig i forskerprosessen å vurdere prosjekts troverdighet og pålitelighet fra start til mål (Malterud, 2018). Begrepene reliabilitet og validitet blir benyttet i litteraturen og har sin opprinnelse fra kvantitativ forskning. I kvantitativ forskning viser reliabiliteten til nøyaktigheten i målinger. Nøyaktigheten bidrar til å øke forskningens konsistens og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2017). Reliabiliteten eller troverdigheten i kvalitativ forskning handler om hvordan dataene blir samlet inn og bearbeidet igjennom hele prosessen (Johannesen et al., 2016). Videre i oppgaven benytter jeg ordet troverdighet istedenfor reliabilitet. Validitet sier noe om forskningens gyldighet og Johannesen et al. (2016) sier at det er viktig å stille spørsmål om dataene er gode representasjoner av fenomenet som skal undersøkes? Er dataene pålitelige? Videre benytter jeg begrepet pålitelighet istedenfor validitet. Kvale & Brinkmann (2017) sier videre at det må stilles spørsmål om kunnskapen er objektiv. Malterud (2018) viser til intersubjektivitet og sier at det er forskerens viktigste virkemiddel å gi leseren innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet under. I kvalitativ forskning er forskeren selve hovedinstrumentet og forskerens forforståelse og rolle har derfor stor betydning for prosjektets troverdighet og pålitelighet

(Kvale & Brinkmann, 2017; Malterud, 2018). Forforståelse handler om forskerens oppfatning og forståelse av et tema i forkant av et forskningsprosjekt. Forforståelsen kan være påvirket av teoretisk bakgrunn og faglig ståsted, faglige og personlige erfaringer, oppfatninger og interesser (Johannesen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2017; Malterud, 2018). Jeg går inn i prosjektet med en forforståelse om at samtalen har stor betydning for terapien. Dette har jeg gjort rede for i kapittel 1.2. Min åpenbare forforståelse kan bidra til at forskningen tar utgangspunkt i min subjektive kunnskap dersom jeg ikke viser refleksivitet. Forforståelsen kan påvirke hvordan jeg utformer forskningsspørsmålene, intervjuguiden, gjennomføringen av selve intervjuet, analyseprosessen, drøftingen, valg av teoretiske perspektiver; rett og slett hele prosjektet. Malterud (2018) sier at forforståelsen som oftest er en viktig faktor for valg av tema, slik det også er i mitt tilfelle. Forforståelsen er ikke nødvendigvis negativ for prosjektet, for uten noen form for kjennskap til temaet, ville datamaterialet blitt tilfeldig. Jeg ville ikke hatt noen forutsetninger for å vite hva som er interessant å vite noe om. Men forforståelsen kan også bli en utfordring og påvirke prosjektets troverdighet og pålitelighet. Det handler om at det er en risiko for å finne det man leter etter. Malterud (2018) sier at forforståelsen kan bidra til en begrenset horisont og den vanligste fallgruven er at forforståelsen overskygger for ny kunnskap.

### **3.2.2 Søknader og informert samtykke**

Det er visse krav i henhold til lovverk som måtte godkjennes før prosjektet kunne starte. Dette prosjektet faller utenfor virkeområdet til helseforskningsloven, forutsatt at data som samles inn er anonyme, derfor måtte ikke prosjektet meldes inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, 2015). Derimot måtte prosjektet meldes inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD viser til at hovedregelen er at det kreves samtykke dersom prosjektet behandler personopplysninger og om forsker er student ved institusjon som NSD har personvernombudsansvar for (NSD, 2018). Prosjektet har ikke til hensikt å etterspørre personlig informasjon, men jeg er student ved OsloMet som NSD har personvernombudsansvar for, og derfor måtte prosjektet meldes inn til NSD. Prosjektet ble vurdert 12.10.2018 av NSD (se vedlegg 1).

Norsk senter for forskningsdata (NSD) (2018) viser til at informert samtykke fra den enkelte informant i et forskningsprosjekt må innhentes for å ivareta krav om personvern. Malterud (2018) viser til at informert samtykke må inneholde nok informasjon slik deltageren vet nok

om prosjektet til å kunne ta stilling til om han eller hun vil delta. I forkant av hele prosessen utarbeidet jeg et informasjonsskriv og samtykkeskjema som gir nok informasjon om selve prosjektet, samt informasjon om praktisk gjennomføring. Skrivet inneholder informasjon om at deltagelsen er basert på frivillighet og muligheten for å trekke seg er der hele tiden, uten konsekvenser. Videre formidler skrivet at alt behandles konfidensielt og anonymitet blir ivaretatt (se vedlegg 2).

### **3.2.3 Utvalg og rekruttering av informanter**

I kvalitativ metode er det helt vanlig å rekruttere informanter ved å ta et strategisk utvalg. Forskeren har da bestemt hvilken målgruppe som skal delta for å få samlet nødvendig data til å belyse valgt problemstilling (Johannesen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2017; Malterud, 2018). Johannesen et al. (2016) viser også til at det er hensiktsmessig å velge informanter ved å foreta et strategisk utvalg i prosjekter med helt klare mål. Forskeren er interessert i informanter som kan bidra med konkret og relevant informasjon slik at datamaterialet kan gi mest mulig kunnskap og belyse temaet fra flere sider. Hensikten med dette prosjektet har et helt klart mål, nemlig å utforske erfarne psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med samtalen i psykomotorisk fysioterapi. Det er et forholdsvis homogent utvalg der informantenes faglige bakgrunn er selve forutsetningen for å kunne delta. For å fremskaffe mest mulig nyansert datamateriale som representerer variasjonsbredde, satte jeg som kriterium at informantene skal være erfarne terapeuter. Det er en vag avgrensning, men tanken er at erfarne terapeuter har større forutsetninger for å kunne bidra med fyldig og relevant informasjon. Avgrensningen er basert på egen forståelse av hva som er erfaren psykomotoriker og jeg vurderte at 10 år eller mer som psykomotorisk fysioterapeut er en erfaren terapeut. Tross et forholdsvis homogent utvalg basert på faglig bakgrunn, vurderte jeg at lang yrkeserfaring gir muligheter for å få frem nyanser.

Kvalitativ metode har til hensikt å hente frem et innenfra-perspektiv på et tema og det kreves derfor færre informanter (Johannesen et al., 2016). Malterud (2018) viser til Kuzel som sier at utvalget skal være passe stort til at problemstillingen kan belyses. Kvale & Brinkmann (2017) viser til at man bør intervjuer så mange personer det trengs for å få vite det man trenger å vite. Med andre ord er det ingen fasitsvar på antall informanter. Malterud (2018) viser til at en vanlig nybegynnerfeil er å bestemme antall intervjuer, gjennomføre disse for deretter å starte analysen. Ut ifra rammene til dette prosjektet og at det skal være gjennomførbart, valgte jeg å ta utgangspunkt i fem informanter. Jeg startet å transkribere fortløpende etter hvert enkelt

intervju, dette utdyper jeg i kapittel 3.4.1. Etter fem intervjuer vurderte jeg det slik at jeg hadde tilstrekkelig datamateriale for å kunne besvare problemstillingen.

Ved rekruttering av informanter benyttet jeg det Johannesen et al. (2016) omtaler som snøballmetoden og som er svært vanlig ved strategiske utvalg. Metoden innebærer at forskeren kontakter personer med god kjennskap til temaet, og som kan vise til andre informanter som kan være aktuelle. I første omgang kontaktet jeg på mail fire psykomotoriske fysioterapeuter med lang yrkeserfaring. Alle fikk tilsendt informasjonsskriv om prosjektet (se vedlegg 2). Etterhvert fikk jeg rekruttert en informant til via snøballmetoden. Jeg endte opp med fem informanter, fire kvinner og en mann. Alle hadde erfaring fra førstelinjetjenesten, henholdsvis fra privat praksis og som kommuneansatt.

### **3.2.4 Utarbeidelse av intervjuguide**

Standardiserte intervjuer er ikke ønskelig i kvalitativ forskning da det legger føringer for hvilken kunnskap som bringes frem (Johannesen et al., 2016). Malterud (2018) viser til at semistrukturerte intervjuer har muligheten til å legge til rette for den rikeste kunnskapen og jeg vurderte det slik at et semistrukturert intervju er mest hensiktsmessig i dette prosjektet. Et semistrukturert intervju har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt. Spørsmålene er åpne, og temaer og rekkefølge kan variere og intervjueren tilpasser forløpet etter situasjonen (Johannesen et al., 2016). Jeg utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og deretter listet jeg opp en del åpne spørsmål som underpunkter til hvert enkelt forskningsspørsmål (se vedlegg 3). En slik semistrukturert intervjuguide med utgangspunkt i forskningsspørsmålene vil gi en viss føring i forhold til tema, men som uerfaren intervjuer vurderte jeg det slik at jeg lettere kan holde fokus for å innhente nok kunnskap med en intervjuguide foran meg.

Forskeren er selve hovedinstrumentet i kvalitativ forskning og troverdigheten og påliteligheten er derfor helt avhengig av forskeren selv (Johannesen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2017; Malterud, 2018). Det som ble viktig å huske på i denne prosessen er at jeg som forsker i stor grad kan påvirke dataene ved å utarbeide en intervjuguide som er styrt av min forforståelse. Derfor var det veldig viktig å formulere spørsmålene så åpne som overhodet mulig slik at kunnskap som ikke er påvirket av min forforståelse har mulighet til å tre frem. Malterud (2018) viser til at det er viktig å invitere informanten til å dele sine

erfaringer i form av konkrete hendelser. Det handler om å få frem beskrivelser fremfor vurderinger. Konkrete hendelser er med å få frem beskrivelser av virkeligheten uten at den blir pyntet på. Spørsmål som legger føringer for vurderinger medfører derimot at virkeligheten blir pyntet på. Dette var faktorer jeg reflekterte over i prosessen med å utarbeide intervjuguiden. Jeg jobbet med intervjuguiden i flere omganger før jeg startet intervjuene slik at muligheten for at spørsmålene åpner opp for mest mulig konkret og relevant informasjon. Malterud (2018) viser også til at intervjuguiden bør revideres underveis etter hvert som forskeren erfarer mer om hvor fokus bør konsentreres. Kvale & Brinkmann (2017) sier videre at innspill fra informanter kan forbedre intervjuguiden ytterligere. Dette gir muligheter for å få frem den rikeste kunnskapen.

### **3.2.5 Søk på tidligere forskning**

Søk på tidligere forskning ble foretatt i oppstartsfasen, men søk ble også utført etter hvert som prosjektet formet seg. I søkeprosessen har jeg benyttet databasene Medline, Svemed+, Google scholar, Oria, i tillegg har jeg søkt i tidsskriftet [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no) og [www.forskning.no](http://www.forskning.no). Jeg har benyttet søkeordene psykomotorisk fysioterapi, dialog, samtale, kommunikasjon, relasjon, allianse, relasjonskompetanse og salutogenese, i ulike kombinasjoner. På engelsk har jeg benyttet psychomotor physiotherapy, dialogue, communication, alliance, salutogenesis. Deretter utførte jeg mer systematiske søk sammen med bibliotekar i Medline, Embase og Pedro (se vedlegg 4 for søkehistorikk). Jeg startet med søkeordet «Psychomotor\* adj2 physiotherap\*.mp» i Medline og fikk kun 23 treff. I Embase fikk jeg 37 treff og Pedro 60 treff. I og med at det var såpass få treff anbefalte bibliotekaren meg å ikke gå videre i søkene, men heller gå igjennom søketreffene. Jeg leste overskrifter og sammendrag og vurderte forskningens relevans opp mot prosjektets tema. I tillegg søkte jeg i Medline med søkeordene physiotherapy and alliance or relations. Dette søket gav 396 treff. I tillegg benyttet jeg referanselister i den forskningen jeg allerede hadde funnet, samt litteratur som jeg har blitt kjent med gjennom studiet og andre studier. Funnene som ble vurdert som relevante ble presentert i kapittel 1.2 under tidligere forskning. Videre har jeg benyttet en del av litteraturen som ble funnet i søkeprosessen i kapittel 2.0 om teoretiske perspektiver.

### **3.3 Gjennomføringsfasen**

#### **3.3.1 Gjennomføring av det kvalitative forskningsintervjuet**

Intervjuene ble gjennomført i perioden oktober til november 2018. Datoer og tidspunkt ble avtalt på mail eller SMS. En informant valgte å komme til min arbeidsplass, mens de fire andre intervjuene ble foretatt på de enkeltes arbeidsplasser. Alle informantene hadde fått informasjonsskriv tilsendt i forkant, men før intervjuene startet ble prosjektets hensikt presentert enda en gang. Det ble også informert om at deltakelsen er frivillig og all informasjon ville bli anonymisert og konfidensielt håndtert. Deretter ble informert samtykke signert. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og varte i cirka 60 minutter.

Det kvalitative forskningsintervjuet er en profesjonell samtale med struktur og et bestemt formål (Kvale & Brinkmann, 2017). Malterud (2018) viser til at samtalen innebærer både informasjonsutveksling og sosial samhandling, og sier videre at det krever at forskeren har både samtalekompetanse og forstår hva som skjer i det relasjonelle samspillet. Med utgangspunkt i intervjuguiden styrer intervjueren i stor grad situasjonen gjennom å være den som stiller spørsmål og følger opp svarene fra informanten. Denne rollefordelingen i selve intervjusituasjonen kan skape en skjevhet (Kvale & Brinkmann, 2017). Til forskjell fra samtalen i en psykomotorisk kontekst der man etterstreber en mest mulig symmetrisk relasjon, kan intervjusituasjonen skape en skjevhet fordi jeg som intervjuer styrer situasjonen ut ifra min agenda. I forkant, men også underveis av intervjuene, var denne skjevheten noe jeg reflekterte over og jeg prøvde etter beste evne å legge til rette for en situasjon der min forforståelse for betydningen av samtalen ble lagt til side og at spørsmålsformuleringene var åpne og uten føringer. I det første intervjuet tok informanten fort ordet og la litt føringer i intervjuet. Det kan stilles spørsmål om det skyldtes at informanten også var styrt av sin forforståelse? Eller handlet det om å hjelpe en usikker forsker? Jeg tenkte at jeg burde ha foretatt et prøveintervju. Det kunne selvsagt ha bidratt til at jeg ble tryggere i forskerrollen, men jeg vurderte det dithen at med et prøveintervju kan relevant kunnskap forsvinne, noe jeg finner støtte i hos Malterud (2018) som sier at all empirisk data bør regnes som forpliktende bidrag til prosjektet. Etterhvert erfarte jeg større trygghet i forskerrollen og på tema. Malterud (2018) viser til at intervjusituasjonens ro og fortrolighet kan skape gode rammer. Det ble tydelig for meg hvordan intervjusituasjonen kan påvirke produksjonen av kunnskap.

Kvale & Brinkmann (2017) viser til at intervjuerens spørsmål leder frem til de emnene som intervjupersonen skal snakke om, samtidig som intervjuerens aktive lytting og oppfølging av svarene er med på å bestemme samtalens retning. Malterud (2018) viser til at forsker må evne å stille naive spørsmål og lytte forutsetningsløst. I løpet av de fem intervjuene jeg gjennomførte erfarte jeg at innholdet i intervjuene varierte, nettopp på grunn av hvordan oppfølgende spørsmål og påfølgende svar ga forskjellige retninger. Dette kan svekke påliteligheten i prosjektet fordi det blir ikke stilt de samme spørsmålene. Men en semistrukturert intervjuguide kan også tilføre prosjektet mer nyansert kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2017; Malterud, 2018). Malterud (2018) viser til at intervjuet skal gi rom for flertydighet, samtidig som forskeren må holde fast på sin problemstilling. Avslutningsvis i alle intervjuene stilte jeg et åpent spørsmål der jeg spurte om det var noe informanten ville tilføye. Som en følge av dette spørsmålet dukket et av hovedfunnene i prosjektet opp; bevissthet rundt egen rolle, som presenteres i kapittel 4.4.3. Dette viser at en semistrukturert intervjuguide kan tilføre prosjektet mer nyansert kunnskap.

### **3.3.2 Transkribering**

Kvale & Brinkmann (2017) sier å transkribere betyr å transformere. Det innebærer at skriftliggjøringen ikke nødvendigvis er ordrett, men den skal fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det informanten hadde til hensikt å dele. Jeg startet med transkribering fortløpende etter hvert intervju. I oppstarten av transkriberingen oppdaget jeg at det som hørtes meningsfylt i muntlig tale, ble oppstykket og mindre meningsfylt i skriftlig form, både på grunn av at både jeg som intervjuer, men også intervjuperson dro på ordene, pustet, tok pauser, og ikke minst brukte mange småord som eh, mmm, liksom, asså, ikke sant, akkurat etc. Transkribering handler om å omsette tale til tekst og målet er at teksten i størst mulig grad skal ivareta meningsinnholdet i det opprinnelige materialet på en pålitelig måte (Malterud, 2018). Med støtte i både Malterud (2018), samt Kvale & Brinkmann (2017) skrev jeg ved flere anledninger om teksten noe fra muntlig til skriftlig form. Blant annet kuttet jeg mange av disse småordene som ikke har noen betydning. Det er jeg som skal gjøre analysen og for at det skal være meningsfylt for meg å lese, valgte jeg som sagt å omskrive litt på det som ble sagt. Transkribering innebærer å gjøre intervjusamtalen tilgjengelig for analyse (Kvale & Brinkmann, 2017). Jeg ble blant annet veldig oppmerksom på min egen måte å stille spørsmål på. Det ble en bevisstgjøringsprosess i forhold til min egen rolle og hvor vanskelig det faktisk er å stille åpne, konkrete spørsmål. Videre at spørsmålsformuleringen lett kan gi



føringer for retning i samtalen. Samtidig var jeg veldig opptatt av at transkriberingsarbeidet ivaretok meningsinnholdet av det som ble sagt, slik at intervjupersonen kjenner seg igjen på det som hadde blitt sagt. Betydningen av at transkriberingen av intervjuet skal være gjenkjennbart, ble tydelig for meg da en av informantene tok kontakt i etterkant av intervjuet og ønsket å lese igjennom intervjuet. Det var opplysninger hun hadde gitt som hun ble usikker på i etterkant, men etter å ha lest igjennom intervjuet gav hun sitt samtykke til at jeg kunne bruke datamaterialet.

### **3.3.3 Analyseprosessen**

Analyseprosessen var et systematisk sorteringsarbeid med utgangspunkt i 57 transskriberte sider. Med utgangspunkt i problemstillingen skal datamaterialet organiseres, fortolkes og sammenfattes, slik at det blir en tydelig sammenheng mellom datamaterialet og resultatene (Malterud, 2018). Malterud (2018) viser til at i kvalitative studier med rike empiriske data er det vanlig å foreta en tverrgående analyse som innebærer at datamaterialet utforskes på tvers for å finne både fellestrekk og variasjonsbredde. I dette prosjektet vurderte jeg det som hensiktsmessig å foreta en tverrgående analyse. I analysearbeidet har jeg tatt utgangspunkt i en tematisk analyse inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering. Jeg har tatt utgangspunkt i informantenes egne erfaringer med samtalen som fenomen, og videre har jeg fortolket datamaterialet inspirert av den hermeneutiske tradisjonen. Dette medfører at analyseprosessen har en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming.

Selve sorteringsarbeidet tar utgangspunkt i den trinnvise tilnærmingen som Malterud (2018) viser til. Malterud (2018) sier at i trinn en skal man ved gjennomlesning av datamaterialet danne seg et helhetsbilde og vurdere mulige temaer. Videre sier forfatteren at det er viktig på dette trinnet å sette forforståelsen og teoretiske referanserammer i parentes, samtidig som man ikke må glemme problemstillingen. Jeg startet i trinn en med å lese igjennom hvert enkelt intervju for å skaffe meg et helhetsinntrykk om hva intervjuet handlet om. Den fenomenologiske tilnærmingen handler om å sette seg inn i informantens erfaringer, tanker og meninger om samtalens betydning i psykomotorisk fysioterapi, samtidig som jeg måtte sette min egen forforståelse til side. I oppgavens innledning er jeg tydelig på at jeg har en sterk formening om betydningen av samtalen i psykomotorisk fysioterapi. Det å sette sin egen forforståelse i parentes, var både krevende og utfordrende, men jeg prøvde etter beste evne å lese datamaterialet for det det nettopp var. Ved neste gjennomlesning hadde jeg

forskningsspørsmålene og intervjuguiden ved siden av meg. En fare med dette er at temaer og perspektiver som intervjuguiden ikke etterspør, kan forsvinne, tross at det kanskje er nevnt i intervjuet. Å følge intervjuguiden i denne prosessen kan påvirke funnene i analysearbeidet og dermed svekke troverdigheten og påliteligheten i hele prosjektet, men jeg valgte likevel å gjøre det på denne måten fordi det var det som virket mest ryddig for meg.

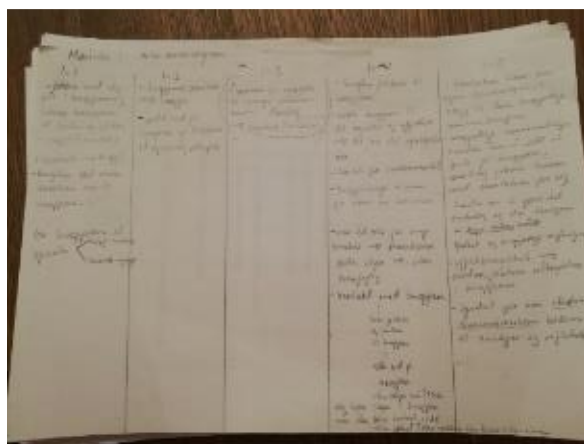
Samtidig som jeg leste noterte jeg under hvert enkelt forskningsspørsmål. Jeg leste så igjennom notatene og skrev en oppsummering fra hvert enkelt intervju. Deretter prøvde jeg å sortere og laget en oversikt over temaer som intervjuet handlet om. Jeg forsøkte så objektivt som mulig å vurdere temaene opp mot problemstillingen. Etter å ha gjort dette med hvert enkelt intervju, sammenlignet jeg temaoversiktene og prøvde å sammenfatte funn. Jeg skrev en oppsummering som sammenfattet alle intervjuene, i denne teksten uthevet jeg noen ord som sa noe om hva intervjuene handlet om. Jeg satt igjen med følgende temaer (se figur 2, rad 1): Samtalens betydning og hensikt, ulike tilnæringsmønstre til samtale, samtalens struktur, virkemidler i tilnærmingen, faglig bakgrunn, terapeutens rolle, relasjonsarbeid og endringer.

I trinn to er hensikten å organisere den teksten som er aktuell for å besvare problemstillingen ved å skille relevant tekst fra irrelevant ved å identifisere og kode meningsbærende enheter (Malterud, 2018). I trinn to gikk jeg systematisk igjennom hvert enkelt intervju og organiserte datamaterialet etter de ulike temaene som dukket opp i trinn en. Jeg leste hvert enkelt intervju linje for linje og brukte ulike fargekoder for å identifisere meningsbærende enheter, altså setninger og avsnitt som gir meningsinnhold til de enkelte temaene som hadde dannet seg i trinn 1, og som er relevante for problemstillingen. På den måten satte jeg en merkelapp på hver enkelt meningsbærende enhet og samlet tekstbitene som hadde noe til felles under hvert enkelt tema. Dette gjorde jeg for hvert enkelt intervju, jeg fargekodet, kopierte de fargekodete tekstbitene og klypte dem inn i et nytt word-dokument under tilhørende temaer som hadde dannet seg i trinn en. Dette systematiske arbeidet med å identifisere og sortere meningsbærende enheter er det Malterud (2018) kaller koding. Jeg satt igjen med fem oppstykket intervjuer bestående av tekstbiter som var tatt ut av den opprinnelige sammenhengen.

Malterud (2018) viser til dekontekstualisering som innebærer at deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng og deretter sees i sammenheng med andre elementer av

materialet som sier noe om det samme (Malterud, 2018). I og med at det i utgangspunktet var mange temaer, ble det en krevende prosess å sammenfatte temaene med tilhørende meningsbærende enheter fra de fem oppstykket intervjuene og sette dette i en sammenheng. Det var lett å miste oversikten fordi det ble så mange temaer med tilhørende meningsbærende enheter til slutt. Jeg oppdaget at en del av de meningsbærende enhetene overlappet noen temaer, jeg oppdaget også at noen av temaene overlappet hverandre og kunne slås sammen. Jeg endte opp med å redusere temaene i trinn en, til følgende kodegrupper (se figur 2, rad 2): Samtalens funksjon, samtalens innhold, forutsetninger for samtalen og endringsarbeid.

Utgangspunktet for trinn tre var fire kodegrupper med tilhørende meningsbærende enheter. Hensikten i trinn tre er ifølge Malterud (2018) å trekke ut essensen fra de ulike kodegruppene ved å abstrahere eller skrive om innholdet fra de ulike meningsbærende enhetene og deretter redusere innholdet til kondensater. I denne fortolkningsprosessen ble det tydelig for meg at innenfor hver kodegruppe var det nyanser og forskjeller. Malterud (2018) viser til at når man oppdager i denne delen av prosessen at de meningsbærende enhetene representerer forskjellige meningsaspekter innenfor den samme kodegruppen, er det vanlig å sortere materialet i subgrupper. Jeg valgte å dele inn materialet i hver kodegruppe i subkategorier (se figur 2, rad 3) ut ifra hvordan jeg tolket nyansene og forskjellene i meningsinnholdet. Videre i denne prosessen laget jeg skjemaer for hver enkelt subkategori. Jeg delte skjemaet opp i fem kolonner, en for hver informant. Jeg reduserte de meningsbærende enhetene ved å trekke ut essensen og skrev om innholdet med egne ord. Slik arbeidet jeg meg igjennom hver enkelt subkategori fra hvert enkelt intervju. Det så slik ut:



figur 1

I denne fortolkningsprosessen kom jeg frem til følgende fire kategorier som representerer prosjektets funn (se figur 2, rad 4): Samtalens rolle i psykomotorisk fysioterapi, samtalens innhold og tilnærming, forutsetninger for at samtalen skal ha en betydning og faktorer som kan bidra til endring.

Analyseprosessens temaer, kodegrupper, subkategorier og kategorier presenteres i figur 2:

<i><b>Temaer</b></i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samtalens betydning og hensikt</li> <li>- Ulike tilnæringsmønstre i samtalen</li> <li>- Samtalens struktur</li> <li>- Virkemidler i tilnærmingen</li> <li>- Faglig bakgrunn</li> <li>- Terapeutens rolle</li> <li>- Relasjonsarbeid</li> <li>- Endringer</li> </ul>	<i><b>Kodegrupper</b></i>	<i><b>Subkategorier</b></i>	<i><b>Kategorier</b></i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- samtalens funksjon</li> <li>- samtalens innhold</li> <li>- forutsetninger for samtalen</li> <li>- endringsarbeid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- samtalens betydning</li> <li>- samtalens hensikt</li> <li>- terapeutens rolle</li> <li>- tema</li> <li>- struktur</li> <li>- mønstre i tilnærmingen</li> <li>- virkemidler i tilnærmingen</li> <li>- faglig bakgrunn – påvirkningsfaktor i tilnærmingen</li> <li>- terapeutiske holdninger og ferdigheter</li> <li>- rammer</li> <li>- bevissthet rundt egen rolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- samtalens rolle i psykomotorisk fysioterapi</li> <li>- samtalens innhold og tilnærming i psykomotorisk fysioterapi</li> <li>- Forutsetninger for at samtalen skal ha en betydning</li> <li>- Faktorer som kan bidra til endring</li> </ul>
Figur 2			-

Analysens fjerde trinn tar utgangspunkt i de fire kategoriene. Tekstbitene skal settes sammen igjen, rekontekstualiseres, slik at de beskriver den sammenhengende opprinnelig kom i fra (Malterud, 2018). Materialet sammenfattes og kategoriene med tilhørende subkategorier presenteres som en analytisk tekst i kapittel 4.0 som jeg har valgt å kalle Sluttfasen: Presentasjon av analyseprosessens funn.

## **4.0 Sluttfasen: Presentasjon av analyseprosessens funn**

I dette kapittelet presenteres analyseprosessens funn som en analytisk test. I presentasjonen benytter jeg pronomenet hun når jeg ikke benytter order informant. Jeg velger å innlede dette kapittelet med en oppsummering av analyseprosessens funn.

### **4.1 Oppsummering**

Samtlige informanter erfarer at samtalen er svært betydningsfull for terapien i sin helhet. Den innledende samtalen brukes til å etablere en felles forståelse for hvorfor pasienten kommer til psykomotorisk behandling. Videre anvendes samtalen integrert i den kliniske tilnærmingen. Samtalen forstås som en lærings- og bevisstgjøringsprosess med den hensikt å legge til rette for innsikt og forståelse gjennom egne erfaringer. Informantene ser på sin rolle som en slags fascilitator i denne prosessen.

Det er ingen entydige funn i forhold til tema. Det fremkommer to ulike mønstre i tilnærmingen til samtale; den kroppslige og verbale tilnærmingen. Samtalen knyttes til en kroppslig bevisstgjøringsprosess, og samtalen knyttes til pasientens egen historie. Det tyder på at erfaring, tilleggskompetansen utover psykomotorisk fysioterapi og pasientgruppen er med å påvirke samtaleinnhold, struktur og tilnærming. Det fremkommer at alle informantene har annen utdanning og kurs i tillegg til utdanning i psykomotorisk fysioterapi.

Den terapeutiske relasjonen blir ansett som en svært viktig forutsetning for at samtalen skal ha en betydning. To faktorer blir forstått som en forutsetning for en god relasjon: Trygghet og tillitt. Terapeutiske egenskaper og holdninger blir fremholdt som viktig for å legge til rette for en trygg og tillitsfull relasjon. Å bli møtt av en anerkjennende, lyttende, støttende og empatisk terapeut er av betydning. I tillegg fremheves betydningen av ytre rammer, som at terapeuten har nok tid og at ytre rammer fremstår som forutsigbare. Bevissthet og ivaretagelse av seg selv i terapeutrollen forstås også som viktig i samhandlingen.

Funnene viser at endringsarbeid i psykomotorisk fysioterapi handler om forståelse, aksept, ressursorientering og mestringsopplevelse. Forståelse og aksept fremheves som viktige forutsetninger for at det skal skje endringer. Fokus på kroppslige ressurser bidrar til opplevelse av mestring og forståelse av sammenhenger, noe som fremholdes som forutsetninger for å skape endringer. Der det ikke skjer endringer, må dette tematiseres.

## **4.2 Samtalens rolle i psykomotorisk fysioterapi**

### **4.2.1 Samtalens betydning**

Det er enstemmig for alle informantene at samtalen har stor betydning i psykomotorisk fysioterapi. Samtalen gir en ekstra dimensjon i tillegg til den psykomotoriske behandlingen. En informant sier; «*uten samtalen visner hele behandlingen*». En av informantene sier at i hennes praksis tar samtalen stor plass, veldig stor plass sier hun. Hun sier videre: «*Enkelte timer kan være mer samtale enn kroppslig samhandling. Det er ut ifra hva pasienten har behov for akkurat i dag.*»

### **4.2.2 Samtalens hensikt**

Alle informantene sier at samtalens hensikt er ulik i første møtet og videre i behandlingsforløpet. Den innledende samtalen har til hensikt å gi pasienten mulighet til å presentere seg selv og sin historie og bidra til en felles forståelse av pasientens behov og hvorfor pasienten kommer. En informant sier: «*i det første møtet er det viktig å la pasienten få slippe frem og vise hvem hun er*». En annen informant sier følgende: «*Nå som vi ikke får henvisninger fra fastlegen lenger, vet jeg ikke noe om pasienten i forkant. Det kan gjøre meg mindre forutinntatt. Og for å danne meg et bilde av pasienten, blir det som pasienten forteller om seg selv, enda viktigere enn før*».

Flere informanter sier at ofte kommer pasienter fordi andre instanser som lege, NAV, helsesøster, spesialisthelsetjenesten har henvist dem. Det er ikke alltid pasienten selv er klar over hva psykomotorisk fysioterapi kan hjelpe dem med, og da er det viktig å avklare hvorfor de kommer. Informanten som jobber med ungdommer sier at denne problemstillingen dukker stadig opp i hennes praksis. Informanten sier følgende: «*Pasienten var en typisk flink pike. Hun var nok bare dradd hit. Hun satt helt stiv og skjønnte nok ikke hvorfor hun var her. Hun sa absolutt ingenting, moren pratet hele tiden*». Avklaring av forventninger til behandlingen forstås som svært viktig. En informant sier: «*starter vi et behandlingsforløp med ulike forventninger, er vi dømt til å mislykkes*».

Tre informanter nevner avklaring av mål som viktig. Informanten som jobber med ungdom er svært tydelig på å det er nødvendig å utarbeide konkrete mål og beskriver målene som drivkraften i hele behandlingsforløpet. En annen informant sier: «*å sette tydelige mål for behandlingen handler om profesjonalitet. Det skal ikke være tilfeldig det jeg gjør. Og mål er*

*viktig for å skape utvikling*». Den tredje snakker om at hun er blitt mer tydelig med årene på at dette er ikke et evigvarende prosjekt og det er nødvendig å sette realistiske mål for behandlingen. Informantene presiserer at mål for behandlingen må ta utgangspunkt i pasientens forutsetninger. En informant sier følgende: *«Hvis ikke pasienten har eierskap til målene, kommer vi ingen vei»*.

Videre i behandlingsforløpet anvendes samtalen integrert i behandlingen. Hensikten er å legge til rette for innsikt og forståelse slik at samtalen i seg selv har en bevisstgjørende effekt.

Hvordan informantene beskriver veien til innsikt og forståelse varierer. Alle sier at samtalen må legge til rette for en forståelse, både at selve behandlingen blir forståelig, men aller helst for å forstå seg selv.

Det snakkes om en læringsprosess. Det handler blant annet om terapeuten bidrar med faglig kunnskap og informasjon slik at behandlingen blir forståelig. Informanten som jobber med ungdom bruker mye tid på å informere. Hun sier: *«informasjon bidrar til å ufarliggjøre og normalisere at man går til psykomotorisk behandling og et viktig ledd i relasjonsarbeidet»*. En annen informant viser til en pasient som ikke hadde noen forståelse for hvorfor hun skulle rulle føttene på en pinne. Informanten sier: *«Ikke hadde hun noen kroppslige opplevelser av å rulle føttene på en pinne, og skjønte heller ingenting. Da måtte jeg starte med å forklare. Når pasienten ikke har noen kroppslige opplevelser som gir mening, da krever det en forklaring. Etter hvert som månedene gikk, så fikk pasienten en kroppslig opplevelse og da forstod hun plutselig sammenhengen»*. Informanten sier videre: *«Derfor trenger vi både språket og kroppslige opplevelser. Det er styrken til psykomotorisk fysioterapi»*.

Videre i læringsprosessen fremhever alle informantene betydningen av at samtalen legger til rette for innsikt og forståelse gjennom refleksjon og oppdagelse. En informant sier det på følgende måte: *«Mange sier at å snakke om det, så oppdager de ting ved seg selv»*. Alle informantene sier at samtalen handler mye om å forstå sammenhenger mellom kroppslige plager og livsbelastninger. Resultatene viser at det er to mønstre til innsikt og forståelse, både den verbale og kroppslige tilnærmingen til samtale. Dette utdypes i kapittel 4.3.3.

### **4.2.3 Terapeutens rolle i samtalen**

Informantene ser på sin egen rolle som en fasilitator som legger til rette for en samtale som bidrar til innsikt og forståelse. Det nevnes; refleksjonspartner, medvandrer i en prosess, fellow-traveller, veileder og coach. Alle fremstår som bevisste på at det er ikke psykologer de er. En informant sier følgende: *«Viktig at vi ikke graver for mye, fordi vi er ikke psykologer. Vi har ikke den kompetansen, men jeg tror at vi er mer refleksjonspartnere. Vi åpner opp om at det er lov å sette ord på kroppen og sette ord på livet sitt».*

## **4.3 Samtalens innhold og tilnærming**

### **4.3.1 Tema**

Det er ingen entydige funn i forhold til samtaleens tema. En informant sier følgende: *«hva det snakkes om er helt avhengig av hva du spør om».* En annen informant sier: *«det er helt avhengig av hvor pasienten er, hva som opptar pasienten, og ikke minst at jeg som terapeut lar pasienten få lov til å komme med sitt».* En informant snur problemstillingen og stiller spørsmål om hva vi ikke snakker om. Informanten snakker om underkommuniserte temaer som til eksempel seksualitet, overvektsproblematikk og ensomhet. To andre informanter nevner også viktigheten av å tørre å spørre om temaer som kan være ubehagelige og vanskelige og som kanskje kan være roten til alt det vonde.

To informanter er tydelige på at samtaleens tema er linket til det som skjer konkret i behandlingssituasjonen. Hun som jobber med ungdom sier: *«det er få som bruker timen hos meg kun til prat. Å prate har disse ungdommene gjort hos så mange andre behandlere. Jeg tror de synes det er litt godt å komme til noen der de ikke trenger å prate så mye».* Mens den andre informanten med en kroppsorientert fagbakgrunn sier at dette er et terapirom, samtalen skal ikke være en søppelbøttefunksjon, men det samtales om det som skjer i terapirommet. Samme informant beskriver hva som kan dukke opp som tema: *«hvordan var dette med å åpne hånda, og la fingrene dine få lov å bevege seg. Så ser vi hva som skjer da. Og det som kommer, det kommer».*

### **4.3.2 Struktur**

Alle informantene starter behandlingstimen med en samtale. Igjen skiller informanten som jobber med ungdom seg ut, ved at hun har en kort innledende samtale. En annen informant med videreutdanning i kroppsorientert tilnærming beskriver også en kort oppstart med en



innledende samtale på 5 minutter for å hjelpe pasienten tilbake i prosessen. Begge disse informantene strukturer samtalen slik at samtalen er linket til den kroppslige behandlingen. Samtalen er en integrert del av behandlingen, men den ene informanten sier: *«det kan fort bli samtale hele timen, men den er linket til det som skjer i behandlingsrommet».*

Tre informanter er tydelige på at det finnes ingen mal for hvordan en behandlingstime kan se ut. De har som regel en plan for timen, men den må justeres underveis. En informant sier: *«Jeg kan ikke kjøre en terapi på alle pasienter. Jeg må lage en ny terapi for hver pasient. Derfor er det ganske spennende, det finnes ingen mal».* En annen informant sier: *«jeg har nok laget min vei på hvordan jeg samtaler».*

### **4.3.3 Mønstre i tilnærmingen**

I analyseprosessen er det to ulike mønstre som er fremtredende i tilnærmingen til samtale. Alle snakker om den kroppslige tilnærmingen som er det spesifikke ved psykomotorisk fysioterapi. Å knytte samtalen til kroppslige erfaringer, væremåter, uttrykksmåter, men også kroppslige symptomer, kan samtalen bidra til å skape innsikt og forståelse i forhold til hvordan livsbelastninger kan gi kroppslige uttrykk og plager. En informant sier følgende: *«det klassiske som vi hadde fra utdanningen med for eksempel bakoverføring av skulderbue, folk holder igjen. Hva er det? Utforske dette holdet. Hva er det uttrykk for?».* En annen informant sier: *«mange pasienter er så mye oppe i hodet, men er så lite bevisst egen kropp. Å få dem til å kjenne at faktisk kan være godt å kjenne at bena er tunga og at det bidrar til at jeg står stødigere».*

Gjennom å jobbe med kroppsbevissthet og kontakt meg egen kropp og sette ord på erfaringene eller opplevelsene som dukker opp eller blir tydelige for en, kan den kroppslige tilnærmingen til samtale bidra med å sette et språk på kroppen og derved en utvidet forståelse av kroppen. En informant sier følgende: *«å få hjelp til å utvikle et kroppslig språk, gjør kroppen mer tilgjengelig».* En annen informant sier: *«den kroppslige tilnærmingen bidrar til å forstå seg selv gjennom kroppen, så det ikke bare forblir ord».*

Affektbevissthet trekkes frem som betydningsfullt i den kroppslige tilnærmingen til samtale. Det handler om å legge til rette for å forstå gjensidigheten mellom kropp og følelser. En informant sier: *«det er så mange som har vanskelig for å sette ord på følelser og at det faktisk*

*kan gjenkjennes i kroppen».* En annen informant sier at hun ofte avbryter de lange historiene, på en vennlig måte, og sier: *«når du forteller denne historien, hvilke følelser dukker opp i deg? Hvordan oppleves kroppen når disse følelsene blir tydelige for deg?»* En annen informant viser til et eksempel med en pasient med store kjevespenninger, og gjenforteller samtalen: *«denne kjevespenningen, hva kan det være uttrykk for? Da tenker jeg ikke bare kroppslig, når vi biter tenner sammen. Hva skjer psykisk?...jo, vi holder tann for tunge. Vi prater ikke, vi holder ting inni oss. Hva skjer med tankene og følelsene dine da?»* og videre sier informanten: *«da begynte pasienten å gråte, fordi vi kom innpå hennes utfordringer som handler om å ikke tørre å vise hvem hun er».*

Den andre tilnærmingen til samtale er den verbale tilnærmingen, samtalen med utgangspunkt i ordene og fortellingen. En informant sier at hun er tydelig på at det er kroppsterapi hun utøver, men at hun gir likevel rom for noe mer. Flere av informantene viser til at mange pasienter kommer med voldsomme livshistorier som tilsier at livet har satt sine spor i kroppen. En informant sier: *«noen har aldri satt ord på det de bærer på fordi det er så skambelagt. Å gi dem muligheten til å fortelle historien tror jeg er viktig for at de i det hele tatt skal bli noe bedre».* Den verbale tilnærmingen handler om å legge til rette for et refleksjonsrom der pasienten har mulighet for å sette ord på livet sitt. Å sette ord på egne subjektive erfaringer blir ansett som viktige kunnskapskilder for å forstå seg selv på en bedre måte. En informant sier: *«gjennom å prate oppdager de ting ved seg selv. At situasjoner blir mer tydelige. At de klargjør noe i seg selv, mens de snakker, samtidig som jeg også får en forståelse av hvor pasienten er og hvordan hun tenker».* En annen informant sier: *«jeg opplever at mange kommer til en selverkjennelse igjennom å få lov å prate. Og det i seg selv er en god hjelp, en bevisstgjøring».* Tre av informantene med lengst erfaring og pedagogisk bakgrunn, sier at før var de veldig opptatt av å gjøre noe. En av informantene utdyper på følgende måte: *«nå lener jeg meg mer tilbake og lar pasienten få være i samtalerommet dersom det er det de har behov for i dag».* En av informantene skiller seg ut og sier at i hennes terapi kan samtalen også stå for seg. Hun sier: *«det er flere pasienter som sier at de ser på meg som en samtalepartner. Det handler om å legge til rette for et refleksjonsrom. Språket og den verbale tilnærmingen bidrar til analyse og refleksjon».*

To informanter sier at i de tilfeller der det blir for mye samtale, så tematiserer de dette. En informant sier: *«de som bruker mye tid på samtale. Hvorfor gjør de det? Ofte er det fordi det*

*er noe annet de ikke vil. Kanskje fordi det å komme inn i kropp kan være skummelt? Samtale er jo da ganske trygt».*

#### **4.3.4 Virkemidler i tilnærmingen**

Informantene benytter ulike pedagogiske verktøy i tilnærmingen i samtalen der hensikten er å legge til rette for innsikt og forståelse, slik funnene viser i kapittel 4.2.2. Tre informanter viser til bruk av ulike forståelsesmodeller tatt fra andre tilnærminger, til eksempel toleransevinduet fra traumeforståelse og den kognitive diamant fra kognitiv atferdsterapi. En informant sier at hun bruker mye tidslinjer for å bevisstgjøre hendelser i livet og hun tegner og bruker mye illustrasjoner for å legge til rette for forståelse. Hun beskriver tilnærmingen på følgende måte: *«en pasient opplevde alt som mørkt og trist. Da tegnet jeg en svart sky, slik du ser i Donald. Det totale kaoset er den svarte skyen som henger over deg. Kan du prøve å nøste litt, få tak i en tråd. Prøve å finne ut hva det er som er så vanskelig og hva du tror du kan gjøre noe med? Så det ikke bare forblir et evig kaos, vanskelig og uhåndgripelig».*

Alle informantene snakker på om betydningen av hvordan de bruker språket. Å stille åpne spørsmål som åpner opp for noe mer er betydningsfullt. En informant sier: *«jeg elsker spørsmålet: Hva mer kjenner du? Det åpner opp samtalen...jeg vet ikke hva som kommer.»* En annen informant sier at hun ofte speiler eller sender spørsmålene tilbake. Hun sier: *«å gjenta det pasienten sier bidrar ofte til et mer utfyllende svar».* En informant sier at språket i seg selv er av betydning. Hun viser til et bruken av ordet jeg istedenfor man i omtalen av seg selv. Hun sier: *«jeg kan til eksempel jobbe med tydeliggjøringen av at det er jeg som føler og tenker, ikke man».*

Fire av fem informanter viser til betydningen av stillhet. Stillhet gir mulighet for innsikt, men på en annen måte enn med ord. En informant sier: *«noen ganger er det fint å ha det stille. Være litt i den ettertanken».* En annen sier: *«en pasient påpekte at jeg ble stille og lurte på om det var noe galt. Da tenkte jeg, kanskje jeg prater for mye? Når det ble stille, det var kanskje da han faktisk kjente noe».* En annen informant viser til at for mange pasienter kan det være krevende å være stille. Hun sier: *«jeg opplever dem som prater og prater, litt nervøst og angstfylt, de gangene de klarer å være i ro, så sier de: å det var godt, nå kjente jeg på ro».*

### **4.3.5 Faglig bakgrunn – påvirkningsfaktor i tilnærmingen**

På spørsmål om de jobber etter en bestemt retning, er svaret nei. En informant sier: *«jeg plukker litt her og litt der, helt avhengig av hva som passer til nettopp denne pasienten»*. En informant viser til hvordan det legges til rette for læring i skolen. Hun sier: *«noen lærer gjennom plastelina, andre via ord eller gjennom kropp og bevegelse. Så jeg tenker at jo flere sanser, jo mere stimuli jeg kan komme med, jo bedre er det fordi folk lærer forskjellig»*. En annen informant sier: *«det spesifikke oss er det psykomotoriske, men jeg drar likevel inn forskjellige tilnæringsmåter. Jeg tenker at jeg jobber under et paraplybegrep og anser psykomotorisk fysioterapi som en del i en helhetlig tilnærming, en slags kroppslig psykoterapi»*.

Alle informantene har ulike kurs og videreutdanninger i tillegg til den psykomotoriske utdanningen. Alle benytter seg av den kroppslige tilnærmingen som er det spesifikke for psykomotorisk fysioterapi, men tross at de sier at de ikke jobber etter en bestemt retning, tyder likevel analyseprosessen på at de informantene med pedagogisk bakgrunn legger mer vekt på den verbale tilnærmingen og at de gir større rom for pasientens livshistorie, mens informantene med en kroppsorientert faglig bakgrunn vektlegger den kroppslige tilnærmingen i samtalen. Det kan tyde på at tilleggskompetansen utover psykomotorisk fysioterapi er med å påvirke innhold, struktur og tilnærming.

## **4.4 Forutsetninger for at samtalen skal ha en betydning**

### **4.4.1 Terapeutiske egenskaper og holdninger**

Ved spørsmål om forutsetninger for at samtalen skal ha en betydning snakker alle om å betydningen av å legge til rette for en god relasjon. En informant viser til en kjent professor som sa følgende: *«De to viktigste faktorene for en god terapi er trygghet og tillitt. Han innleder med fire setninger. Det er jeg som lærer. Jeg trenger gode omgivelser og støtte i min læringsprosess. Det er krevende å lære. Læring tar tid og går i bølger»*. Informanten sier videre: *«det bare satte seg, det er så treffende fordi det er akkurat slik jeg jobber»*. En annen informant sier følgende: *«for pasienter som har opplevd dårlige relasjoner eller er i dårlige relasjoner nå, for dem er det utrolig viktig å få oppleve at noen tror på dem, som vil høre på dem og vil dem vel. At pasienten får tillitt til at jeg vil dem vel, er kanskje det viktigste jeg kan gjøre»*.

Alle informantene snakker om terapeutens egenskaper og holdninger som forutsetning for å legge til rette for en trygg og tillitsfull relasjon. Flere av informantene nevner betydningen av å ta pasienten på alvor og anerkjenne pasienten og pasientens historie. En informant sier: *«jeg opplever ofte at pasienten sier at de føler de ikke blir trodd, ikke blir hørt. Så det å være tilstede, høre på dem og anerkjenne det de sier er utrolig viktig»*. En annen informant sier følgende: *«det er vesentlig at man kjenner at man blir anerkjent med sine erfaringer. Å bli møtt på det kan gjøre noe med hele selvtilliten»*.

Fire av fem informanter snakker om betydningen av å være en lyttende og støttende terapeut som ser hver enkelt pasient. En informant sier: *«Jeg kan komme med spørsmål, men er nok mer lyttende og støttende. Og da er det utrolig hvor mye pasienten har på hjertet»*. En annen informant sier følgende: *«å være en god lytter er så utrolig viktig, da kommer pasientens egne refleksjoner frem. Ikke bare refleksjonene som er svar på mine spørsmål»*. En informant sier avslutningsvis som en oppsummering av intervjuet: *«det handler om være en lyttende og anerkjennende terapeut som møter pasienten på en respektfull måte. Det er det det koker ned til»*.

#### **4.4.2 Rammer**

Tidsaspektet trekker alle informantene frem som viktig faktor for at samtalen skal finne sted og ha en betydning. En informant sier: *«sammenlignet med fastlegeordningen er vår styrke at vi har mulighet til å gi pasienten god tid»*. *«Tid er en forutsetning for å åpne opp og vise hvem man er»*, sier en annen informant. Å snakke om vanskelig ting er vanskelig og krever at terapeuten har tid til å lytte. En informant sier det på denne måten: *«å si at jeg skammer meg, føler meg lite verdt og har selvmordstanker, det er ikke sikkert det kommer så lett. Da er styrken vår at vi har tid og gir rom for slike samtaler»*.

I tillegg til tidsrammen er forutsigbare rammer svært viktig for å skape trygghet. En informant sier: *«det er ikke bare tryggheten, det relasjonelle, men de ytre rammene må også være trygge»*. Det handler om utforming og møblering av behandlingsrommet, lydisolasjon og plassering i rommet. Noen pasienter har behov for fluktmuligheter.

To informanter sier at selve ordet psykomotorisk fysioterapi legger føringer for at det skal samtales om mer enn bare kropp. En informant sier følgende: *«som vanlig fysioterapeut, da lå*

*det ikke i kortene at vi skulle prate om noe psykisk. Men nå ligger det i korta, folk kommer med en forventning om en mer helhetlig tilnærming».*

#### **4.4.3 Bevissthet rundt egen rolle**

Bevissthet rundt terapeutrollen er et gjentakende tema for alle informantene. Alle snakker om viktigheten av å være trygg i egen rolle, ha en ro og være tilstede i seg selv for å kunne ta imot det som kommer. En informant sier: *«Tidligere hadde jeg så behov for å gjøre noe, men jeg tror at det å være tilstede i seg selv og hvile i det, og være der for den andre. Gjennom det så gjør vi ganske mye».*

Bevissthet rundt egen rolle handler også om å ta vare på seg selv i terapeutrollen. En informant sier: *«For 20 år siden ble jeg så fort revet med i de sterke historiene. Så det å øve seg på å kjenne at jeg er i meg, at jeg kan sitte godt på stolen, være til stede i meg, kjenne hva er det som rører seg i meg når jeg får den kjempepersjonen med historie fortalt. Kjenne etterpå, hva trenger jeg å gjøre?»* Flere av informantene gikk i veiledning for å kunne reflektere over egen praksis og ivareta egne behov i terapeutrollen, andre viste til egenutvikling igjennom andre videreutdanninger eller kurs.

#### **4.5 Faktorer som kan bidra til endring**

Informantene snakker litt ulikt om endringer. En informant sier først at hun ikke snakker så mye om endringer, men etterhvert som hun snakker, oppdager hun at hun faktisk snakker mye om å endre i det lille. En annen informant sier: *«den bevisstgjørende effekten samtalen har i seg selv, kan være en hjelp til å få til en endring».*

Alle informantene sier at forståelse er en svært viktig faktor for at det skal skje endringer. Det handler både om at det som gjøres i behandlingen skal være forståelig, men også at behandlingen skal bidra til forståelse av det kan være sammenhenger mellom livsbetingelser og kroppslige plager. En informant forteller om en pasient som hun beskriver som en pinnemann. Han er helt pinnestiv i bevegelsene. Han har hatt en forferdelig oppvekst som har satt seg i kroppen. Hun sier videre: *«å få han til å forstå hvorfor han er blitt en pinnemann var en stor jobb, men nødvendig for at han skulle komme videre».* Pinnemannbegrepet ble en målestokk på hvordan han hadde det, og det varierte avhengig av hvordan han hadde det i livet. Slik fikk han en forståelse av at livet og kroppen henger sammen.

Tre informanter er tydelige på at forståelse og aksept er nødvendig for at noe skal skje. En informant sier: *«endring begynner med aksept. Hvis du ikke lever i en kropp her og nå, men lever i en kropp i fremtiden eller den som fantes i fortiden, da blir det vanskelig. Aksepten er nødvendig for å få tak i endringspotensialet»*. Informanten med pinnemannshistorien sier følgende: *«han er blitt større, han har endret oppfattelsen av hva en god kropp kan være. Han har begynt å akseptere seg selv gjennom å forstå historien sin og forstå handlingsmønstrene og straffemetodene sine»*.

Alle informantene snakker om ressursorientering og det handler blant annet om å få tak i kroppslige ressurser for å få til en endring. En informant sier: *«det handler om å få frem det de selv har i seg»*. En annen informant sier: *«det handler om å kjenne på de bevegelsene som er tilgjengelige»*. En informant beskriver ressursorientering på følgende måte: *«når pasienten kjenner at det gjør faktisk ikke gjør så vondt i ryggen lenger, når jeg har klart å slippe ut magen. Da har vi fått tak i de kroppslige ressursene»*. En annen informant sier: *«de små psykomotoriske a-ha-opplevelsene, til eksempel å kjenne at når jeg slipper knærne, eller slipper spenningen i kjeven, så skjer det noe med pusten og spenningen generelt i hele kroppen. Dette er det kun pasienten selv som kan gjøre, og det gir mestringsfølelse»*. Det handler om å ta utgangspunkt i den delen av kroppen der endring er mulig, dette kan gi ringvirkninger andre steder i kroppen. Informantene sier at når pasienten selv merker endringene, da blir ting mer forståelig og det gir mestringsfølelse. Alt kan sees i en sammenheng.

Et annet funn i forhold til endring, er når det ikke skjer så mye, da er flere av informantene tydelige på at terapeuten må tørre å tematisere og utfordre. En informant sier: *«vi må ikke være så redde for å si at det kreves faktisk egeninnsats. Jeg kan hjelpe deg i prosessen, men jobben må du gjøre selv»*. Informanten sier videre: *«er jeg tydelig nok, har de i alle fall mulighet til å fange opp hva denne prosessen handler om»*. En annen informant løfter frem behandlingsprosesser som har stoppet opp og pasienten kommer uke etter uke, men ingenting skjer. Informanten sier: *«da må vi tematisere og avklare veien videre. Det er ikke sikkert psykomotorisk fysioterapi er den rette behandlingen»*.

## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte funnene opp mot teori og forskning som er presentert i kapittel 2. I tillegg presenteres noe ny forskning. Jeg innleder kapitlet med å diskutere metoden som er benyttet i prosjektet.

### 5.1 Drøfting av metode: veien til målet

Problemstillingen i dette prosjektet «*hvilken betydning legges i samtalen i psykomotorisk fysioterapi*» la føringer for et kvalitativt design og valget for metode falt på et kvalitativt forskningsintervju. Som nevnt i kapittel 3.1 var jeg interessert i informantenes episodiske hukommelse når det gjaldt deres erfaringer med samtalen i en psykomotorisk kontekst. Slik datamaterialet fremstod mener jeg at informantenes erfaringer med samtale kom tydelig frem. Igjennom informantenes beskrivelser av deres erfaringer med samtale ligger det selvsagt fortolkninger, men slik jeg har vurdert datamaterialet fremstår beskrivelsene som pålitelige. Etter fullført analyseprosess, samt presentasjon av funnene, vurderer jeg det dithen at analyseprosessens funn svarer på problemstillingen og forskningsspørsmålene. På bakgrunn av dette mener jeg at det kvalitative forskningsintervjuet var riktig valg av metode.

Informantene i dette prosjektet representerte kun førstelinjetjenesten, og slik jeg viser til i kapittel 3.2.3 er utvalget en forholdsvis homogen gruppe. På en måte er ikke utvalget representativt for hele yrkesgruppen av psykomotoriske fysioterapeuter. Dette vurderer jeg er en tydelig svakhet i prosjektet. På en annen side viser funnene i prosjektet at informantene samtaler forskjellig med pasientene. Dette er i tråd med Thornquist & Gretland (2003a, 2003b) som også finner variasjoner i hvordan psykomotoriske fysioterapeuter samtaler. Dersom utvalget også var representert fra andrelinjetjenesten, kunne jeg mest sannsynlig forventet flere forskjellig svar.

Kvale & Brinkmann (2017) og Malterud (2018) viser til at forskeren er selve hovedinstrumentet i kvalitativ forskning. Det medfører at min rolle som forsker er av så stor betydning for hele prosjektets troverdighet og pålitelighet. I utgangspunktet er det en svakhet at jeg har jobbet alene under hele prosessen. Risikoen er stor for at min forforståelse farger prosjektet og bidrar til en subjektiv kunnskapsfremstilling. Innledningsvis i kapittel 1.2 redegjør jeg for forforståelsen og kunnskapen jeg tar med meg inn i prosjektet. Dette har selvsagt påvirket hvordan jeg har brukt meg selv i hele prosessen, hvilke teoretiske



referanserammer jeg har benyttet, hvordan jeg beskriver og fortolker. Samtidig er evnen til bevissthet og refleksjon rundt hvilken innflytelse jeg kan ha hatt på prosjektet en faktor i seg selv for ikke å gå i fallgraven med at forforståelsen overskygger for ny kunnskap. I tillegg har veileder vært involvert og bidratt til diskusjoner og valg som er blitt foretatt underveis i prosessen. Intersubjektivitet handler ikke nødvendigvis om at andre forskere skal finne akkurat det samme resultatet, men Malterud (2018) sier at forskerens viktigste virkemiddel er å gi leseren innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet under. Dette mener jeg at jeg har presentert og gjort rede for i kapittel 3.

## **5.2 Drøfting av prosjektets funn**

### **5.2.1 Samtalens betydning: Veien til innsikt og forståelse**

*«uten samtalen visner hele behandlingen»* (sitat informant nr. 1)

Opprinnelig skulle psykiateren ta seg av samtalen (Thornquist, 2006b), men med årene har dette endret seg. Den misforståtte tilbakeholdenheten når det gjelder samtale som Ekerholt viste til i 2002, viser seg ikke å være gjeldene i 2019. Et av hovedfunnene i prosjektet er at samtalen oppfattes som svært betydningsfull i psykomotorisk fysioterapi. Lien (2018) viser til at som en følge av den kroppsfenomenologiske dreiningen, samt økt kunnskap om det relasjonelle perspektivet, har samtalen fått en større betydning i psykomotorisk fysioterapi. Informantene bekreftet dette og sa at samtalen gir en ekstra dimensjon i tillegg til den psykomotoriske behandlingen. En informant sa det på følgende måte: *«uten samtalen visner hele behandlingen»*. Praksisfeltet opplever samtalen som svært betydningsfull, dette er i tråd med egen forforståelse og bakgrunn for hele prosjektet. I tillegg viser det seg at litteraturen er beskjeden når det gjelder samtale i psykomotorisk fysioterapi. Dette understreker prosjektets relevans.

I kliniske sammenhenger skal den innledende samtalen danne et bilde av hvem pasienten er (von der Lippe & Rønnestad, 2011). Funnene viste at den innledende samtalen i første møtet har til hensikt å gi pasienten mulighet til å presentere seg selv og sin historie og på den måten etablere en felles forståelse av pasientens behov og hvorfor pasienten kommer til psykomotorisk behandling. Søren Kirkegaard sa følgende: «Skal man hjelpe en annen. Må man først finne ut hvor han er, og møte han der. Det er det første bud i all sann hjelpekunst» (Ivarsson, 2017, s. 38). Å få muligheten til å sette ord på sin egen fortelling og ikke minst

møte noen som tar seg tid til å høre på deg og ta deg på alvor, kan være med å bidra til at pasientens subjektive erfaringer og opplevelser blir viktige kunnskapskilder på veien til innsikt og forståelse. Dette er i tråd med litteraturen som legger vekt på betydningen av intersubjektivitet og subjekt-subjekt-synet (Schibbye, 2004). Videre ble det vektlagt å avklare behov og forventninger som bidrar til en felles forståelse, som igjen danner utgangspunkt for å forme mål for behandlingen. Dette er i tråd med Wampold (2015), Nerdrum & Geirdal (2017), Tveiten (2010) og Gretland (2007) som sier at felles forståelse som belyser pasientens perspektiv er en forutsetning for bedring og endring. Uten en felles forståelse basert på pasientens subjektive erfaringer er muligheten stor for en paternalistisk tilnærming der terapeuten vet best, og mål og tiltak kun er basert på terapeutens vurderinger. Videre kan det tenkes at en paternalistisk tilnærming begrenser pasientens mulighet for egen deltakelse for å fremme og styrke helse.

På veien til innsikt og forståelse var det flere informanter som brukte begrepet læringsprosess. Læringen innebærer at samtalen bidrar med faglig kunnskap og informasjon. Blant annet viste informantene til at de benyttet ulike pedagogiske verktøy i læringsprosessen. Dette er i tråd med lovverket som legger føringer for informasjon for å fremme egen helse (Helsepersonelloven, 1999, §10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 og §3-2). Men hovedsakelig handlet læringsprosessen om at samtalen skal legge til rette for innsikt og forståelse gjennom bevisstgjøring av egne erfaringer. Det kan forstås som en bevisstgjøringsprosess. En informant viste til hvordan det legges til rette for læring i skolen. Hun sa: *«noen lærer gjennom plastelina, andre via ord eller gjennom kropp og bevegelse»*. I kapittel 2.2 vises det til konfluent pedagogikk som bygger på et teoretisk grunnlag der både følelsesmessige, intellektuelle og kroppslige aspekter inngår i en læringsprosess og danner utgangspunkt for sitatet: «å lære er å erfare» (Grendstad, 1986). Et av prosjektets funn viste at det fremkommer to ulike mønstre i samtalen som gir retning mot innsikt og forståelse i læringsprosessen; den kroppslige og verbale tilnærmingen. Læringsprosessen i psykomotorisk fysioterapi kan forstås slik at man lærer både gjennom å knytte samtalen til kroppslige erfaringer, men også gjennom de erfaringer pasientens egen historie gir. På den måten kan det sies at det er likhetstrekk mellom psykomotorisk fysioterapi og konfluent pedagogikk. Lien (2018) viser til at potensiell risiko med en edukativ tilnærming er at terapeuten blir mindre lydhør for pasientens livserfaringer, smerter og historie. Videre sier hun at mange yrkesgrupper innen psykisk helsearbeid henvender seg til pedagogiske tilnærminger fordi

videreutdanning i psykoterapi er forbeholdt leger og psykologer. I dette prosjektet kan funnene forstås slik at informantene har en pedagogisk tilnærming, men om grunnen til at informantene har valgt en pedagogisk tilnærming er fordi de ikke har fått innpass til en psykodynamisk tilnærming sier ikke funnene noe om.

Ikke overraskende vektlegges den kroppslige tilnærmingen, som er det spesifikke med psykomotorisk fysioterapi. Med utgangspunkt i kroppens opplevelser, erfaringer, væremåter og uttrykksmåter handler samtalen om å skape forståelse av kroppen som meningsbærende og hvordan det kan være sammenhenger mellom kroppslige plager og livsbelastninger. Samtidig handler den kroppslige tilnærmingen om få hjelp til å sette ord på kroppen og utvikle et kroppslig språk og videre kunne bli bevist på at det er en gjensidighet mellom følelser og kroppslige reaksjoner og uttrykk. Denne kroppslige erfaringsprosessen bidrar til at pasienten erfarer noe nytt i seg selv, og om seg selv. Dette er i tråd med Merleau-Ponty som sier at ut ifra våre sansemessige erfaringer har kroppen sin egen evne til å oppfatte, skape og uttrykke mening. Slik blir vår forståelse av oss selv og verden grunnet i vår egen kroppsforståelse (Råheim, 2003). Denne kroppslige erfaringsprosessen bidrar til at egne kroppslige erfaringer danner kunnskap som bidrar til forståelse. Det kan bli lettere å forstå sammenhenger mellom kroppslige plager og livet fordi de kroppslige erfaringene gir mening i et større perspektiv. Å knytte samtalen til den kroppslige bevisstgjøringen bidrar ytterligere til å forstå sammenhenger i et større perspektiv og på den måten kan være med å bidra til å fremme og styrke helse. Dette er i tråd med Antonovsky (2000) som viser til at fokus på ressurser, i denne sammenhengen de kroppsligere erfaringene, og opplevelse av sammenhenger er viktig for å fremme og styrke helse. Dette understreker betydningen av den kroppslige tilnærmingen i psykomotorisk fysioterapi.

Den kroppslige tilnærmingen i psykomotorisk fysioterapi er inspirert av kroppsphenomenologien og handler om å forstå mennesket som kroppslig erfarende, meningsbærende og meningsskapende (Gretland, 2007). Råheim (2003) viser til at denne forståelsen av kropp står i kontrast til tradisjonell biomedisinsk forståelse. Innledningsvis i kapittel 1.2 vises det til at mange pasienter kommer med subjektive plager uten objektive funn. Det er ikke selvsagt at pasienten skal forstå at det er livet som har satt sine spor. Men den kroppslige tilnærmingen kan som nevnt bidra til denne forståelsen. Ekerholt & Bergland (2019) har publisert en kvalitativ studie som stiller spørsmål om fokuset på å lytte til kroppen

er blitt for stort. Studiet konkluderer med at å lære å kjenne kroppen representerer en ressurs som er med å styrke pasientens egenkompetanse i forhold til egen helse. Forskingen belyser terapeutens perspektiv, og det kunne vært interessant å undersøke om pasienter mener det samme. Funnene i dette prosjektet understøtter Ekerholt & Bergland (2019) sine funn; terapeutene anså den kroppslige tilnærmingen som betydningsfull for å forstå seg selv og kroppen.

Stillhet, som er det motsatte av tale, ble også fremhevet som betydningsfullt på veien til innsikt og forståelse. Informantene sa at stillhet gir muligheter for å kjenne etter. Gretland (2007, s.26) viser til Merleau-Ponty som sier: «at den sanselige og følsomme kroppen er det naturlige jeg som oppdager seg selv i kontakt med en konkret verden». Slik kroppen forstås i psykomotorisk fysioterapi handler dette om å sanse seg selv og kroppen gjennom det å være stille. Stillheten gir en annen mulighet til å oppdage og forstå seg selv.

Det andre mønsteret i samtalen er den verbale tilnærmingen. Psykomotorisk fysioterapi er en kroppsterapi og ikke samtalerapi, men informantene var tydelige på at de likevel kan lage et rom for en bevisstgjørende samtale som legger til rette for innsikt og forståelse. Dette er i tråd med Bunkan (2014) som sier at samtalen kan være et middel til innsikt og når man hører hva man sier, forstår man seg selv bedre. Videre er dette i tråd med Killingmo (1999) som sier at dialogen i klinisk kommunikasjon skal være psykologisk åpnende slik at pasienten har mulighet til komme frem med seg og sitt. Samtalen gir rom for noe mer. En informant sa at man har mulighet til å komme til en selverkjennelse igjennom å få lov å samtale. Dette er i tråd med psykoterapi som har som mål at å få tilgang til dypere, tidligere skjulte prosesser (Schibbye, 2004). Informantene med lengst erfaring og formell pedagogisk bakgrunn sa at før var de veldig opptatt av å gjøre noe, mens nå lener de seg mer tilbake og lar pasienten få være i samtalerommet dersom det er det de har behov for. Det kan tyde på at informantene med lengst erfaring og pedagogisk bakgrunn vektla denne tilnærmingen noe mer. Fraas & Thornquist (2015) viser til en studie av kvinner med langvarige muskel- og skjelettplager der samtalen legger til rette for å sette ord på egne erfaringer, og det har betydning for sykdomsforståelsen. Busvold (2013) viser til hvordan pasienter erfarer at samtaler basert på den kliniske fortellingen kan bidra til ny erkjennelse, mestring og nye fortellinger, og være et bidrag i tilfriskningsprosessen. Malterud & Taksdal (2001) viser også til betydningen av å legge til rette for et refleksjonsrom der pasientens symptomer forstås som gyldige

kunnskapskilder. Disse studiene støtter opp om betydningen av den verbale tilnærmingen i en psykomotorisk kontekst. Det å få mulighet til å sette ord på sin historie og sine erfaringer kan forstås som terapi i seg selv. En informant sa: «*den bevisstgjørende effekten samtalen har, kan være en hjelp til å få til en endring*». Dette sitatet understreker samtals betydning i den psykomotoriske behandlingen. Den innsikten og forståelsen samtalen gir, kan forstås som et verktøy for å styrke og fremme helse. Dette er i tråd med Skårderud et al. (2015) som viser til at samtaleterapi kan bidra til økt håndteringspotensial for sykdom, utfordringer, vanskelige livssituasjoner og kriser.

Tross to klare mønstre i tilnærmingen til samtale, er det ingen entydige funn på hvordan det samtales. En informant sa at hun har funnet sin vei på hvordan hun samtaler. Det kan tyde på at erfaring og faglig bakgrunn kan forstås som en påvirkningsfaktor for hvordan det samtales. Informantene med lengst erfaring og pedagogisk bakgrunn la mer vekt på den verbale tilnærmingen, mens informantene med kropporientert tilnærming vektla den kroppslige tilnærmingen i samtalen. Det kan også tyde på at pasientgruppen har en påvirkning på tilnærmingen til samtale. Informanten som jobbet med ungdom hadde hovedfokus på en kroppslig tilnærming og viste til at for noen ungdommer er det enklere å bevege seg enn å prate. Hvordan samtalen ble strukturert i en behandlingstime, og hvor mye av timen som gikk til samtale, kan også se ut til å avhenge av faglig bakgrunn. Funnene tolkes dithen at informantene samtaler forskjellig med pasientene. Dette er i tråd med Thornquist & Gretland (2003a, 2003b) som viser til at det er store forskjeller i hvordan psykomotoriske fysioterapeuter samtaler. Det kan altså tyde på at erfaring, tilleggskompetansen utover psykomotorisk fysioterapi og pasientgruppen er med å påvirke samtals innhold, struktur og tilnærming.

Det kan synes som om at praksisfeltet la mer vekt på samtalen enn det utdanningen i psykomotorisk fysioterapi gav dem, og derfor har informantene søkt kompetanse i andre kurs og utdanninger, samt deltagelse i veiledningsgrupper. Malterud (2018) sier en intervju situasjon krever både samtalekompetanse og forståelse for det relasjonelle samspillet av forskeren. Dette må forstås som viktig også i en psykomotorisk kontekst. I dag blir teori om relasjonskompetanse ivaretatt i utdanningene (OsloMet, u.å; Universitetet i Tromsø, u.å; Høgskulen på Vestlandet, u.å), men det er heller mer usikkert hvordan utdanningen var for 10 år eller mer siden; som var kriteriet for å delta i dette prosjektet. Funnene forstås slik at

informantene har stor grad av relasjonell kompetanse, dette diskuteres i kapittel 5.2.2. Når det gjelder kommunikasjonskompetansen var en informant tydelig på at kommunikasjonskompetansen hadde hun tillært seg igjennom andre studier. Bakgrunnen for dette prosjektet var nettopp behovet for økt kommunikasjonskompetanse etter fullført videreutdanning av nyere dato. Tatt i betraktning at litteraturen når det gjelder samtale også er begrenset, kan det muligens være slik at kommunikasjonskompetanse tilegner psykomotoriske fysioterapeuter seg i andre kurs og utdanninger også den dag i dag.

### **5.2.2 Tillitt og trygghet: Samtalens forutsetninger**

*«å lytte og anerkjenne, det er det det koker ned til»* (informant nr. 5)

Forskningen er tydelig på at den terapeutiske alliansen er av stor betydning for behandlingsutfall (Kinney et al., 2018; Flückiger et al., 2018). Funnene i dette prosjektet støtter opp om at den terapeutiske relasjonen er av stor betydning for behandlingen, samtidig som relasjonen ble forstått som en forutsetning for at samtalen skal ha en betydning. Å etablere en god terapeutisk relasjon avhenger av hvordan pasienten blir møtt av terapeuten. Som en informant sa: *«jeg opplever så ofte at pasienten sier at de ikke føler at de blir trodd, ikke hørt. Så det å være tilstede, høre på dem og anerkjenne det de sier er utrolig viktig»*. Hvordan terapeuten samtaler forstås som en betydningsfull faktor for å legge til rette for en god relasjon. Dette er i tråd med von der Lippe & Rønnestad (2011) som sier at samtalen i en klinisk sammenheng har til hensikt å legge til rette for en relasjon.

Informantene var tydelige på at terapeutiske egenskaper og holdninger er av stor betydning. Det handler om hvordan terapeuten evner å legge til rette for en trygg og tillitsfull relasjon. Å være en anerkjennende, lyttende, støttende og empatisk terapeut ble fremholdt som svært viktig av informantene. En informant sa at det koker ned til å handle om å være en lyttende og anerkjennende terapeut som møter pasienten på en respektfull måte. Betydningen av å bli møtt av en anerkjennende og empatisk terapeut er svært betydningsfullt, noe som er fylldig beskrevet i både lærebøker (Gretland, 2007; Schibbye, 2012; Skårderud et al., 2015; Nerdrum, 2017) og godt dokumentert i forskning (Thornquist, 1994; Malterud & Taksdal, 2001; Steihaug et al., 2002; Tveiten & Knutsen, 2011). Elliot et al. (2011) viser blant annet til at empati er sammen med arbeidsallianse den viktigste relasjonelle påvirkningsfaktoren for behandlingsutfall. Dette understreker betydningen av hvor viktig terapeutiske egenskaper og

holdninger er for å legge til rette for en trygg og tillitsfull relasjon basert på empati og anerkjennelse, og videre hvor viktig dette relasjonelle samspillet er for at det skal være mulighet for endring og bedring for pasienter i psykomotorisk behandling.

En annen forutsetning som ble belyst som betydningsfull for samtalen skal finne sted, var rammer. Blant annet fremkom det i funnene at ordet psykomotorisk fysioterapi i seg selv bidrar til en ramme som skaper forventninger om en mer helhetlig tilnærming der kropp og psyke sees i sammenheng. Fysioterapi er i utgangspunktet forankret i naturvitenskapen og en biomedisinsk forståelse (Thornquist & Bunkan, 1986). I tillegg har en dualistisk forståelse av mennesket vært godt forankret i helsevesenet og slik er det for så vidt fremdeles (Gretland, 2007). Det er derfor ikke selvsagt at pasienten forstår kroppen som et fysisk- psykisk- og sosialt fenomen slik Thornquist & Bunkan (1986) viser til. Slik funnene viste, bidrar ordet psykomotorisk til en ramme som lettere legger føringer og forventninger til at behandlingen skal handle om noe mer enn bare kropp.

Informantene la vekt på at trygghet og tillitt er helt grunnleggende forutsetninger for den relasjonelle samhandlingen. En informant viste til en kjent professor som uttalte: *«de to viktigste faktorene for en god terapi er trygghet og tillitt»*. Videre refererte informanten til professoren på følgende måte: *«det er jeg som lærer. Jeg trenger gode omgivelser og støtte i min læringsprosess. Det er krevende å lære. Læring tar tid og går i bølger»*. I funnene fremkom det at nok tid er betydningsfullt. En informant viste til at tid er en forutsetning for å åpne opp. Og en annen informant viste til mulighetene psykomotoriske fysioterapeuter har til å sette av god tid til hver enkelt pasient, i motsetning til det fastleger har. Forskningen understøtter betydningen av nok tid i møtet med pasienter. Studiene til Tveiten & Knutsen (2011) og Ekerholt & Bergland (2004) belyser pasientens perspektiv og begge studier viser til at pasienten opplever at nok tid er en forutsetning for behandlingsutfall. Trygge omgivelser ble også fremhevet som betydningsfullt. En informant viste til at det er ikke nok med en trygg relasjon, men de ytre rammene må også være trygge. Med ytre rammer ble det nevnt møblering av rommet, plassering i rommet og lydisolasjon som betydningsfulle forutsetninger for at samtalen skal finne sted. Både Varvin (2018) og Gretland (2007) understøtter betydningen av trygge og forutsigbare omgivelser i psykisk helsearbeid. Å oppleve trygghet forstås som en forutsetning for å tørre å åpne og vise hvem man egentlig er.

Funnene viste at informantene var svært opptatt av ivaretagelse og bevissthet rundt egen rolle. Nerdrum (2017) viser til begrepet terapeutisk nærvær, som handler om det å være i kontakt med seg selv, samtidig åpen og mottagelig for situasjonen. Informantene fremhevet viktigheten av å være trygg i egen rolle, ha en ro og tilstedeværelse for å kunne ta imot det som kommer, noe som kan forstås som terapeutisk nærvær. Terapeutisk nærvær forstås som en viktig forutsetning for å skape trygghet og tillitt. I tilfeller der terapeuten selv er stresset vil dette kunne forstyrre det relasjonelle samspillet. Informantene viste blant annet til deltakelse i veiledningsgrupper som viktig for å ivareta seg selv i terapeutrollen. Slik Tveiten (2010) viser til, kan veiledning sees på som en kvalitetssikring av egen fagutøvelse. En informant sa at det var viktig for henne å kjenne på hva som rører seg i henne når hun får en kjempepersjon med historie fortalt. Ut ifra dette utsagnet kan det forstås som en motoverføringsreaksjon som hun tar med seg inn i veiledningsgruppe for å forstå seg selv og egne reaksjoner på en bedre måte. Geirdal (2017) viser til at der ubevisste motoverføringsreaksjoner påvirker relasjonen negativt, er det terapeutens oppgave å bearbeide overføringene. Slik funnene viste kan det tyde på at informantene bearbeider psykologiske reaksjoner i veiledningsgrupper. Dette tyder på at den relasjonelle dynamikken gjøres til gjenstand for refleksjon for å unngå at egne prosesser forstyrrer relasjonen. Dette er ikke i tråd med Lien (2018) som sier at psykomotorisk fysioterapi er en overveiende kroppslig, manualisert behandling som ikke tar høyde for det dynamisk ubevisste som skjer i relasjonen mellom terapeut og pasient. Nissen-Lie et al. (2011) har i sin studie sett at personlige egenskaper hos terapeuten har stor betydning for hvor godt utbytte pasienten får i psykoterapi og forskerne sier at derfor bør terapeuter jobbe med seg selv og sin kommunikasjonsstil for at behandlingen skal ha effekt. Funnene fra analyseprosessen viste nettopp at informantene kvalitetssikrer egen praksis ved å delta i veiledningsgrupper.

### **5.2.3 «Å endre i det lille» - i lys av salutogenese**

Lovgivningen og helsepolitiske føringer legger sterke føringer for å fremme deltakelse og økt læring med den hensikt at pasienten skal kunne mestre egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 og §3-2; Helsepersonelloven, 1999, §10; Sosial- og helsedepartementet, 1998; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I dette forstås det at det ligger føringer for et endringsarbeid. Psykomotorisk fysioterapi er en ressursorientert kroppsterapi med den hensikt å legge til rette for en omstillingsprosess (Thornquist & Bunkan, 1986). Ordet omstilling kan også forstås som endring. Funnene viste at



endringsarbeid i psykomotorisk fysioterapi handler om forståelse, aksept, ressursorientering og mestringsoppløvelse. Det er ikke store, konkrete tiltak tilknyttet en teori eller metode, men som en informant sa, det handler om «å endre i det lille».

I likhet med psykomotorisk fysioterapi, handler salutogenese om fokus på ressurser som kan være med å fremme og styrke helse (Antonovsky, 2000). Antonovsky (2000) viser til tre komponenter som er av betydning for å fremme helse. Det er begripelighet, håndterbarhet og mening. Disse tre komponentene utgjør essensen i opplevelse av sammenheng (OAS). Funnene viste at begripelighet eller forståelse ble fremholdt som svært betydningsfullt for at det i det hele tatt skal skje en endring. Veien til innsikt og forståelse ble drøftet i kapittel 5.2.1 og konklusjonen er som en pasient sa: «den bevisstgjørende effekten samtalen har i seg selv, kan være en hjelp til å få til en endring». Forståelse er en forutsetning for endring og dette er i tråd med salutogenese og Antonovsky (2000). En informant fortalte om en pasient som hun beskrev som en pinnemann. Han var pinnestiv i bevegelsene. Han hadde hatt en forferdelig oppvekst som hadde satt sine spor i kroppen hans. Informanten fortalte at for denne pasienten ble forståelsen av sammenhenger helt essensielt. Å forstå seg selv og hvorfor det er blitt som det er blitt, er helt i tråd med Antonovsky (2000) og hvordan han beskriver nødvendigheten av å forstå situasjoner, utfordringer og vanskeligheter og sette dette inn i en sammenheng. En ting er å forstå, men hvis man ikke aksepterer tingenes tilstand skjer det lite. Hvis vi går tilbake til eksempelet med pinnemannen. Han endret oppfattelsen av hva en god kropp kan være. Han begynte å akseptere seg selv gjennom å forstå historien sin, handlingsmønstrene og straffemetodene han utsatte seg for. Slik blir forståelse og aksept svært betydningsfullt for at det skal skje en endring til det positive. Gretland (2007) viser til at selvfornekkelsen er forankret i oppdagelsen av egen kropp. Slik pinnemannen endret sin forståelse av seg selv og kroppen, bidro til å akseptere seg selv. Dette er i tråd med Råheim (2003) som viser til at ved kronisk sykdom endres både kroppsopplevelsen, opplevelsen av seg selv og omverdenen. Forfatteren sier videre at det blir viktig å skape en ny mening og redefinere seg selv. Det kan tyde på at en ny oppdagelse av seg selv bidro til endring for denne pasienten.

Informantene var opptatt av å få tak i de kroppslige ressursene for å få til en endring. Hva er så kroppslige ressurser? En informant sa følgende; det handler om å kjenne på de bevegelsene som er tilgjengelige. Eller som en annen informant sa; det handler om å få frem det de selv har i seg. Antonovsky (1987) viser til at ressurser kan være mange ulike faktorer avhengig av

person, omgivelser og kultur. Men det som er viktig er at ressursene må være forståelige, håndterbare og gi mening. Disse tre komponentene vil gi en opplevelse av sammenheng (OAS). Med utgangspunkt i ressurser og har opplevelse av sammenheng (OAS) som holdning, mener Antonovsky (2000) at forutsetningene er bedre for å mestre sykdom og plager. I resultatene vises det til et eksempel med en pasient med ryggplager. Informanten sa: *«når pasienten kjenner at det gjør faktisk ikke så vondt i ryggen lenger, når jeg har klart å slippe ut magen. Da har vi fått tak i de kroppslige ressursene»*. Med utgangspunkt i kroppslige ressurser; magen, opplever pasienten ringvirkninger andre steder i kroppen; ryggen. Denne kroppslige erfaringen kan bidra til forståelse og opplevelse av mestring i form at man selv kjenner at man kan påvirke kroppens plager. Forståelse og mestring kan gi mening for pasienten og videre en opplevelse av sammenheng fordi når magen slippes ut, slippes spenninger i mageområdet og det blir mindre belastning på ryggen. Videre kan man utforske hva dette holdet i magen egentlig dreier seg om med tanke på gjensidigheten mellom kropp og følelser. Mest sannsynlig handler dette holdet seg om noe mer. Dette samspillet mellom ressurser og forståelse, mestring og mening som utgjør opplevelse av sammenheng (OAS) er i tråd med Antonovsky (2000) sin teori på hva som bidrar til å fremme og styrke helse. Dette underbygger hvordan teori om salutogenese kan fungere som et rammeverk i samtalen for å legge til rette for endringer eller *«å endre i det lille»* i en psykomotorisk kontekst.

Kierkegaard sa: *«Livet kan forstås baklengs, men må leves forlengs»* (Gjerde, 2010, s. 66). Pasientene kommer til behandling fordi de trenger hjelp til å komme videre. I forhold til terapeutens rolle i endringsprosessen var det en informant som omtalte seg selv som en medvandrer mens en annen omtalte seg som fellow-traveller. En informant sa at jobben er å hjelpe til i prosessen, men jobben må pasienten gjøre selv. Som tidligere nevnt legger lovverket føringer for økt deltakelse og læring. Langeland (2014) viser til at en aktiv tilpasning av den enkelte sees på som idealet i en salutogen tilnærming. Det samme legges vekt på i psykomotorisk fysioterapi. Thornquist (2006b) sier å endre kroppslige og følelsesmessige vane- og reaksjonsmønstre er tidkrevende, og forutsetter en pasient som selv er deltakende. Det ligger føringer for egeninnsats. Antonovsky benytter metaforene *«helse i livets elv»* og *«svømme på best mulig måte»* og det handler om hvordan fokus på ressurser og høy grad av opplevelse av sammenheng (OAS) gir muligheter for å bevege seg i et positivt mønster på helsekontinuumet (Langeland, 2014). Slik funnene viste kan ressursorientering,

forståelse, aksept og mestringsopplevelse forstås som et verktøy for «å svømme på best mulig måte». Det handler om at samtalen basert på en salutogen tilnærming kan gi pasienten verktøy til å mestre egen helse. Langeland et al. (2006) bekrefter nettopp dette i sin studie. De viser til at samtaleterapi i grupper basert på en salutogen tilnærming bidrar til opplevelse av økt mestring av psykiske plager.

Når pasienten ikke beveger seg i et positivt mønster på helsekontinuumet? Hva da?

Informantene var tydelige på at det er viktig å tematisere, utfordre og avklare når fremgang uteblir. En informant sa at vi må ikke være så redde for å si at terapi krever egeninnsats.

Uteblivelse av endring trenger ikke nødvendigvis handle om at pasienten ikke er deltakende i egen prosess. Langeland (2014) viser til at stress må være passende utfordrende for å være helsefremmende. Kanskje utfordringene i terapien oppleves for store og reduserer muligheten for mestringsopplevelse eller kanskje de ikke gir mening og opplevelse av sammenheng?

Noen ganger er det slik som en informant sa: «Det er ikke sikkert psykomotorisk fysioterapi er den rette behandlingen».

Avslutningsvis skal det nevnes at den første RCT-studien på psykomotorisk fysioterapi ble publisert i 2018. Bergland, Fromholt Olsen & Ekerholt (2018) konkluderer med at resultatene fra studien demonstrerer at seks måneder med psykomotorisk fysioterapi øker helserelatert livskvalitet og selvtillit hos pasientgruppen, samtidig som smertenivå reduseres. Denne forskningen understreker behovet for psykomotorisk fysioterapi i et endringsarbeid i psykisk helsearbeid.

## 6.0 Oppsummering av samtalens betydning

*I begynnelsen er kroppen*

*Hos noen er ordet kommet så langt utenfor kropp og berøring.*

*Det har mistet jordfeste, blitt et fremmedlegeme langt borte.*

*Midt i alt som sies, sies intet. Intet virkelig. Intet selv.*

*I begynnelsen er kroppen.*

*Mer og mer blir ordet.*

*Ordet kan bli veien til Mer, løfte kroppen inn til seg og gi den lys.*

*Men det kan også bli veien til*

*Mindre. Mindre helhet, mindre nærhet.*

*Noen gir opp kroppen og satser alt på ordene.*

*Intet puster lenger.*

*Noen gir opp ordene og satser alt på andres ord.*

*Sier ikke seg selv.*

*Noen må puste seg selv nær en annen, før det fulle ordet kan frigjøres.*

*De må gå tilbake til tiden før ordet for å finne ordet.*

*Helheten må hentes langt inn.*

*Wera Sæther*

Jeg har valgt å innlede prosjektets avsluttende kapittel med et dikt som oppsummer essensen i samtalen i psykomotorisk fysioterapi. I diktet sies det: «*Hos noen er ordet kommet så langt utenfor kropp og berøring, det har mistet jordfeste, blitt et fremmedlegeme langt borte*».

Hensikten med samtale i en psykomotorisk behandling er nettopp at ordene skal få jordfeste igjen slik at kroppen ikke forblir et fremmedlegeme. Wera Sæther sier videre i diktet: «*de må gå tilbake til tiden før ordet for å finne ordet*». Psykomotorisk fysioterapi går tilbake til kroppen og gjennom kroppslige erfaringer kommer ordet tilbake. Funnene i prosjektet viste at alle informantene var opptatt av den kroppsfenomenologiske tilnærmingen på veien til innsikt og forståelse. Samtalen bidrar til å forstå sammenhenger mellom kroppslige plager og livsbelastninger, samtidig sette et språk på de kroppslige erfaringene. Samtidig ble den verbale tilnærmingen forstått som viktig for å legge til rette for et refleksjonsrom der pasientens egen historie og erfaringer blir viktige kunnskapskilder for å forstå seg selv på en bedre måte. Prosessen ble ansett som en læringsprosess der samtalen, både gjennom den kroppslige og verbale tilnærmingen, legger til rette for innsikt og forståelse og bidrar til å gjøre egne erfaringer til gyldig kunnskap. Videre viste det seg at teori om salutogenese kan fungere som et rammeverk i samtalen. Med utgangspunkt i pasientens egne ressurser kan

samtalen legge til rette for mestringsopplevelse og opplevelse av sammenhenger og dermed fremme og styrke helse gjennom «å endre i det lille». Konklusjonen er at samtalen bidrar til en lærings- og bevisstgjøringsprosess, både gjennom den kroppslige og verbale tilnærmingen. Den forståelsen og innsikten samtalen gir, kan forståes som et verktøy for å fremme og styrke helse i en psykomotorisk kontekst.

Videre sier Wera Sæther: «Noen må puste seg selv nær en annen, før det fulle ordet kan frigjøres». Disse ordene formidler betydningen av en god relasjon. Man må være trygg i relasjon med andre før man våger å samtale. I prosjektet ble det framholdt to faktorer som ble forstått som en forutsetning for en god relasjon: trygghet og tillitt. Både terapeutiske egenskaper og holdninger, rammer og terapeutens bevissthet rundt egen rolle kan bidra til trygghet og tillitt. Disse faktorene ble sett på som forutsetninger for at samtalen skal ha en betydning for behandlingen.

Forfatteren av diktet skriver at ordet kan bli veien til mer, men det kan også bli veien til mindre. I dette prosjektet viste det seg at samtalen forstås som veien til mer. Prosjektets hovedfunn er at samtalen gir behandlingen en ekstra dimensjon. Som en informant sa: «uten samtalen visner hele behandlingen». I dette ligger det at samtalen bevisstgjørende effekt bidrar til å styrke behandlingen i sin helhet. Diktet avslutter med: «helheten må hentes langt inn». Funnene i dette prosjektet viste at helheten i psykomotorisk fysioterapi hentes både gjennom den kroppslige og verbale tilnærmingen; den kroppslige bevisstgjøringsprosessen, samt bevisstgjøringen gjennom pasientens egen historie. Denne todelte tilnærmingen til å utforske pasientens egne erfaringer gir terapien spesielle muligheter. Som en informant sa: «vi trenger både språket og kroppslige opplevelser. Det er styrken til psykomotorisk fysioterapi».

Det viste seg at psykomotoriske fysioterapeuter vektlegger samtalen i så stor grad at de søker andre utdanninger, kurs og egenutvikling i veiledningsgrupper for å heve kompetansen. Det kan forstås på den måten at utdanningen i psykomotorisk fysioterapi ikke klarer å tilfredsstillere det kunnskapsbehovet som praksisfeltet etterspør. Samtidig viser det seg at litteraturen på temaet er begrenset. Dette understreker betydningen for videre forskning på dette temaet.

## Referanseliste

- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels forlag.
- Bergland, A., Fromholt Olsen, C. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International* 23(4). <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Berge, T. & Repål, A. (2015). *Håndbok i kognitiv terapi*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bunkan, B. H. (2014). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Busvold, K. I. H. (2013). *Den kliniske fortellingen som utgangspunkt for helsefremmende dialog. En kvalitativ studie av pasienters erfaring med fortelling og samtale i psykomotorisk fysioterapi*. (Mastergradsoppgave). Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Ekerholt, K. (2002). *Psykomotorisk fysioterapi – behandling og samhandling. Psykomotoriske behandlingsprosesser belyst med pasienterfaringer*. (Hovedfagsoppgave). Det medisinske fakultet og det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy Theory & Practice* 35(1), 57-69. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1433256>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2008). Breathing: a sign of life and a unique area for reflection and action. *Physical Therapy* 88(7), 832–40. doi:10.2522/ptj.20070316.
- Ekerholt, K & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403–10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15762024>
- Elliot, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022187>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>

- Fraas, I. & Thornquist, E. (2016). Samtaler i fysioterapi: en observasjonsstudie av førstegangsmøter. *Fysioterapeuten* nr. 4, 25-29.
- Geirdal, A. Ø. (2017). Den terapeutiske relasjonens tre deler. A. Ø. Geirdal & S. Varvin (Red.), *Relasjoner i psykisk helsearbeid* (s.36-43). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjerde, S. (2010). *Coaching hva-hvorfor-hvordan* (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grendstad, N. M. (1986). *Å lære er å erfare. Prinsipper og praktiske arbeidsmåter i konfluent pedagogikk*. Oslo: Didakta.
- Gunnari, B. (1994). *Et behandlingsforløp. En casestudie med psykomotorisk fysioterapi*. (Hovedfagsoppgave). Institutt for spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Halvorsen, M. J. L. (2016). *Terapeutiske potensialer i kroppslig og verbal samhandling*. (Mastergradsoppgave). Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Haugli, L. & Steen, E. (2007). Når livet setter seg i kroppen – livsstyrketrening som en del av arbeidsrettet rehabilitering. E. Hem, P. Vaglum, L. Fyrand & P. Nerdrum (Red.), *Pasienten og sykdommen – psykiske faktorer ved somatisk sykdom* (s.111-117). Oslo: Gyldendal.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St. meld. Nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Høgskulen på Vestlandet (u.å). Klinisk fysioterapi. Hentet fra <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/2020h/ma-fys/>
- Ivarsson, B. H. (2017). *Motiverende samtaler* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Killingmo, B. (1999). Den åpne samtalen. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 119 (1), 56-59.
- Kinney, M., Seider, J., Beaty, A. F., Coughlin, K., Dyal, M. & Clewley, D. (2018). The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A

- systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice*.  
<https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1516015>
- Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2007). Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv. *Tidsskrift for den norske legeforening* 127, 3228-3231
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. (Nasjonalt kompetansesenter for psykiske helsearbeid rapport nr. 1/2014). Hentet fra <https://napha.no/content/14907/Salutogenese-og-psykiske-helseproblemer--kunnskapsoppsummering-fra-NAPHA>
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B., Nortvedt m. W., Kristoffersen, K. & Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling* 62(2), 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.004>
- Lien, J. (2018). *Relasjon og kropp*. Kolofon Forlag.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg., 2. opplag). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. & Taksdal, A. (2001). Et felles refleksjonsrom med pasienters symptomer som gyldige kunnskapskilder. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 121(30), 3605-3609.
- Nerdrum, P. (2017). Er «terapeutisk nærvær» noe annet enn «empati i terapi»? A. Ø. Geirdal & S. Varvin (Red.), *Relasjoner i psykisk helsearbeid* (s. 44-59). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nerdrum, P. & Geirdal, A. Ø. (2017). Arbeidsallianse og brukervedvirkning i psykisk helsearbeid. En presentasjon, vurdering og sammenligning. A. Ø. Geirdal & S. Varvin (Red.), *Relasjoner i psykisk helsearbeid* (s. 60-75). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20(6), 627-646. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.497633>
- Norsk Fysioterapeut Forbund (u.å). Psykomotorisk fysioterapi. Hentet fra <https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi>
- Norsk senter for forskningsdata (2018, 3.oktober). Personverntjenester. Må jeg melde prosjektet? Hentet fra [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/index.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html)
- OsloMet (u.å). Psykomotorisk fysioterapi – undervisning. Hentet fra



<https://www.oslomet.no/studier/hv/evu-hv/psikomotorisk-fysioterapi>

Ottesen, A. & Thornquist, E. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid  
*Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(02), 130-138.

[https://www.idunn.no/tph/2015/02/kroppen\\_i\\_styringsdokumenter\\_for\\_psykisk\\_helsearbeid](https://www.idunn.no/tph/2015/02/kroppen_i_styringsdokumenter_for_psykisk_helsearbeid)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (2015, 26. juni). Regler og rutiner.  
Hentet fra  
[https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p\\_dim=34999  
& ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&ikbLanguageCode=n)

Schibbye, A-L. L. (2004). Hva sier jeg til klienten i psykoterapi. *Impuls* nr. 2, 20-26.

Schibbye, A-L. L. (2012). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på ekstensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Opptappingsplan for psykisk helse* (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98/id201915/sec1>

Steihaug, S., Ahlsen, B. & Malterud, K. (2002). "I am allowed to be myself ": women with chronic muscular pain being recognized. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30 (4), 281-287. <https://doi.org/10.1080/14034940210133960>

Thornquist, E. (1994). Anerkjennelse og avhengighet: når pasienter og helsepersonell møtes. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 114 (11), 1293-1297.

Thornquist, E. (2006a). Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming. Del 1. *Utposten* nr. 5, 28-32

Thornquist, E. (2006b). Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming. Del 2. *Utposten* nr 6, 29-33

Thornquist, E. (2009a). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

- Thornquist, E. (2009b). Livet setter kroppslige spor. En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Fag og Forskning*, juni, 1-7. <https://docplayer.me/3513135-Livet-saetter-kroppslige-spor-en-kasuistik-fra-psykomotorisk-fysioterapi.html>
- Thornquist, E. & Bunkan, B. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003a). Kropp, samtale og deltakelse. Del 1. To praksissituasjoner – en sammenligning. *Fysioterapeuten* nr. 7, 18-24.
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003b). Kropp, samtale og deltakelse. Del 11. En nærstudie. *Fysioterapeuten* nr. 9, 15-20.
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003c). Samtale, (selv)forståelse og deltakelse. *Fysioterapeuten* nr. 9, 23-24.
- Tveiten, S. (2010). *Veiledning – mer enn ord...* (3. utgave). Bergen: Fagbokforlaget
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tveiten, S. & Knutsen, I. R. (2011). Empowering dialogues – patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (2), 330-340. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00831.x>
- Universitetet i Tromsø (u.å). Master i psykomotorisk fysioterapi. Hentet fra [https://uit.no/utdanning/program/607594/psykomotorisk\\_fysioterapi\\_-\\_fysioterapi\\_-\\_master](https://uit.no/utdanning/program/607594/psykomotorisk_fysioterapi_-_fysioterapi_-_master)
- Varvin, S. (2018). *Flyktningers psykiske helse*. Oslo: Universitetsforlaget
- von der Lippe, A. & Rønnestad, M. H. (2011). *Det kliniske intervjuet. Bind 2. Praksis med ulike klientgrupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? *World Psychiatry* 14(3), 270-277. doi: 10.1002/wps.20238
- World Health Organization (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Øien, A. M. (2010). *Change and communication. Long-term Norwegian psychomotor physiotherapy for patients with chronic muscle pain*. University of Bergen, Bergen.

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

## Vedlegg 1: Vurdering NSD



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Samtalens betydning i psykomotorisk fysioterapi

#### Referansenummer

882343

#### Registrert

17.08.2018 av Sissel Eskeland - s953009@oslomet.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

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

Sverre Varvin, svvarv@oslomet.no, tlf: 93249669

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Sissel Eskeland, sissel.eske@outlook.com, tlf: 90956026

#### Prosjektperiode

01.09.2018 - 15.05.2019

#### Status

12.10.2018 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 12.10.2018 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 12.10.2018, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.15.2019.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf.

personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

Rettighetene etter art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen

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

## **Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet «Samtalens betydning i psykomotorisk fysioterapi?»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilken betydning samtalen har i psykomotorisk fysioterapi. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Psykomotorisk fysioterapi er i utgangspunktet en konkret behandlingsmetode med kroppen som innfallsvinkel som er godt beskrevet i litteraturen. Videre beskriver litteraturen at samtalen er her- og nå-orientert. I min hverdag som relativt nyutdannet psykomotorisk fysioterapeut erfarer jeg at samtalen tar stor plass i behandlingsrommet. Mine erfaringer er at samtalen i seg selv er betydningsfull for å legge til rette for endringer i et helsefremmende perspektiv.

Formålet med prosjektet er å undersøke om egne erfaringer med samtalen i psykomotorisk fysioterapi samsvarer med praksisfeltets erfaringer. Samtidig som kunnskap om samtalens betydning kan bidra til økt refleksjon og bevissthet. Jeg ønsker å intervjuer erfarne psykomotoriske fysioterapeuter som jeg håper kan gi meg nok informasjon til å kunne besvare følgende problemstilling:

*«Hvilken betydning legges i samtalen i psykomotorisk fysioterapi?»*

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

Dette er et masterprosjekt i psykisk helsearbeid tilknyttet Universitet Oslo Met.

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

Dette prosjektet har til hensikt å kartlegge psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med samtalen i psykomotorisk behandling. Jeg ønsker å komme i kontakt med psykomotoriske fysioterapeuter med minimum 10 års erfaring. Ut i fra et strategisk utvalg mener jeg og tror at nettopp du kan hjelpe meg å besvare problemstillingen.

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

Ut i fra en kvalitativ metode ønsker jeg å benytte et semistrukturert intervju for å kunne gå i dybden av temaet. Det vil si at jeg har en intervjuguide som tar utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med samtalen i psykomotorisk behandling?
- Hvilke forutsetninger erfarer psykomotoriske fysioterapeuter må være tilstede for at samtalen skal ha betydning i en psykomotorisk kontekst?
- Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med at samtalen kan legge til rette for endringer?

Det forventes at intervjuet tar ca. 45-60 minutter. Tid og sted avtaler vi ut i fra hva som passer best for deg. Intervjuet vil tas opp på lydbånd for deretter å bli transkribert. Informasjonen vil utelukkende bli brukt som datamateriale i dette prosjektet.

## **Det er frivillig å delta**

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

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

Jeg vil bare bruke opplysningene til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Datamaterialet blir merket med identitetsnummer og ikke navn. Videre vil dataene bli oppbevart på en passord-beskyttet pc og makulert når arbeidet er ferdig. Lydbåndopptakeren vil bli oppbevart i et låst skap, og også der slettet når arbeidet er ferdig. Det er kun jeg og veileder som vil ha tilgang på datamaterialet.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. mai 2019. Datamaterialet vil da bli makulert.

Dine rettigheter:

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

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

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

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

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

- Oslo Met ved Sverre Varvin, tlf. 93249669 eller mail [svvarv@oslomet.no](mailto:svvarv@oslomet.no) eller student Sissel Eskeland, tlf. 90956026 eller mail [sissel.eske@outlook.com](mailto:sissel.eske@outlook.com)
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen, mail [ingridj@oslomet.no](mailto:ingridj@oslomet.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sissel Eskeland

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvilken betydning har samtalen i psykomotorisk fysioterapi?». Jeg samtykker i å delta som informant til prosjektet. Videre samtykker jeg til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. mai 2019.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg 3: Intervjuguide

### Intervjuguide

Bakgrunnsinfo: Kjønn, alder, arbeidserfaring, utdanning

#### Tema: Samtalens betydning

- *Forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med samtalen i psykomotorisk behandling?*
- Hvordan jobber du som psykomotorisk fysioterapeut?
- Kan du fortelle fra en behandlingssituasjon der du har opplevd at samtalen har vært av betydning?
- Jeg er interessert i kunnskap om hva dere konkret snakker om. Og hvordan det samtales.
- Hvilken betydning tenker du at samtalen har i en psykomotorisk behandling?

#### Tema: Forutsetninger for å samtale

- *Forskningsspørsmål: Hvilke forutsetninger erfarer psykomotoriske fysioterapeuter må være til stede for at samtalen skal ha betydning i en psykomotorisk kontekst?*
- Hvilke forutsetninger må være til stede for at samtalen skal finne sted?
  - Hva tenker du om relasjonens betydning?
  - Hva tenker du om din egen rolle som terapeut?

#### Tema: Endring

- *Forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med at samtalen kan legge til rette for endringer?*
- Hva tenker du om endringer i psykomotorisk fysioterapi?
  - På hvilken måte kan samtalen bidra til endringer?

## Vedlegg 4: Søkehistorikk

Database(s): **Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily** 1946 to January 23, 2019

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	(Psychomotor* adj2 physiotherap*).mp.	23 (37 i Embase; Pedro 60)
2	Physical Therapy Modalities/ or Physical Therapists/ or physiotherapy* alliance.mp.	35918
3	Professional-Patient Relations/	25911
4	alliance*.mp. or Therapeutic Alliance/	11247
5	3 or 4	36069
6	2 and 5	396