



# Masteroppgave

Masterstudium i fysioterapi

Mai 2021

## Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen belyst gjennom ulike kunnskapsparadigmer

En kvalitativ intervjuundersøkelse

Kandidatnavn: Vibeke Svarholt

Kandidatnummer: 107

Emnekode: MAFYS5910

30 studiepoeng

Antall ord: 15117

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

# SAMMENDRAG

I fagfeltet psykomotorisk fysioterapi finnes det ulike måter å gjøre en kroppsundersøkelse på. Hvordan undersøkelsen blir gjort, kan ha betydning for hvordan pasienten ser på og forstår seg selv og sine plager. Denne oppgaven tar for seg Den Ressursorienterte Kroppsundersøkelsen (forkortet til ROK), som er tilpasset det medisinske fagfeltets naturvitenskapelige krav til standardisering, objektivitet og pålitelighet. ROK representerer en bevegelse bort fra den opprinnelige måten å undersøke på i psykomotorisk fysioterapi. Formålet med denne studien er å få kunnskap om hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har med ROK, og å få fram hva de vektlegger i sin undersøkelsespraksis i lys av ROK. Resultatene drøftes i forhold til et fenomenologisk og et positivistisk farget biomedisinsk perspektiv på kroppen. Det er gjort en tematisk analyse av individuelle dybdeintervjuer med tre psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider i ulike klinisk praksis. Resultatene viser at intervjudeltakernes undersøkelsespraksis først og fremst er preget av tilpasning og individualisering til den enkelte pasienten for å ivareta en god relasjon. De har ulike erfaringer med å lære og å bruke ROK. Én informant har brukt ROK hele karrieren, to har forlatt ROK og utviklet egne, fenomenologisk orienterte undersøkelser. Alle tre mener at ROK ikke egner seg for alle pasienter, og at den må brukes med forbehold. Informantenes forhold til ROK blir drøftet i lys av at de er utdannet på ulike tidspunkt, innenfor ulike kunnskapsparadigmer. Innenfor et positivistisk farget kunnskapsparadigme med et biomedisinsk perspektiv på kroppen, følger det logisk å bruke ROK, men et betrakterforhold til egen kropp kan understøttes hos pasienten. Innenfor et fenomenologisk orientert kunnskapsparadigme kommer ROK i konflikt med synet på kroppen som meningsbærende. Dette synet kan imidlertid understøtte pasientens forståelse for egen kropp og egne plager. Utvikling i fagfelt og samfunn antyder behov for en annen type undersøkelse enn ROK (også).

Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen, intervjuundersøkelse, undersøkelsespraksis, kunnskapsparadigmer

# FORORD

Dette masterprosjektet begynte i 2014, da jeg tok videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ved OsloMet. I 2019 fikk jeg mulighet til å bygge videre på den, slik at det ble en mastergrad. Med denne oppgaven fullføres løpet.

Veien har tidvis vært kronglete, og jeg vil takke jurist Susanne Gallala i Norsk fysioterapeutforbund for verdifull bistand da jeg skulle i gang med påbyggingen til mastergrad. Jeg vil også gi en stor takk til min gode venninne og kollega Anne Margrethe Halvorsen for støtte og oppmuntring underveis, og løfter om champagne når mållinja er passert. Før pandemien kom og digitaliserte undervisning og samvær, hadde jeg stor glede av å treffe mine medstudenter, og særlig Kristine, Synne, Hanne og Line. Takk til dere fire for alt vi har delt!

I arbeidet med denne oppgaven har jeg fått uvurderlig hjelp av min veileder, førsteamanuensis Anne Langaas ved fysioterapiutdanningen på OsloMet. Takk for ditt engasjement for prosjektet, for raushet og tilgjengelighet, og for faglige råd som har gjort denne oppgaven mye bedre enn den ellers ville blitt. Jeg vil også takke førstelektor Anne Gretland ved UiT- Norges arktiske universitet og psykomotorisk fysioterapeut Kari Steinsvik, som har en doktorgrad i profesjonskunnskap, for imøtekommenhet og verdifulle innspill. Min arbeidsgiver, Bodø kommune, skal også ha takk for økonomisk støtte og tilrettelegging. Til slutt vil jeg gi et klapp på skuldra til meg selv. Å sjonglere masterprosjekt, jobb og familie har vært krevende, men jeg har klart det. Mestringsfølelsen er stor.

Bodø, mai 2021

Vibeke Svarholt

# INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG.....	1
FORORD .....	2
1 INNLEDNING.....	5
1.1 Formålet med studien.....	5
1.1.1 Forskningstema: .....	6
1.2 Fagfeltet psykomotorisk fysioterapi.....	6
1.2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi .....	6
1.2.2 Prøvebehandlingen.....	7
1.2.3 Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen .....	8
1.2.4 Tidligere forskning på ROK .....	8
2 TEORETISK RAMMEVERK.....	10
2.1 Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK).....	10
2.2 Rasjonalisme, empirisme/positivisme og den biomedisinske modellen .....	15
2.3 Kroppsfenomenologi.....	17
3 METODE.....	20
3.1 Kvalitativ intervjuundersøkelse .....	20
3.2 Min forforståelse.....	21
3.3 Rekruttering og utvalg av informanter.....	21
3.4 Forberedelser til intervjuene .....	22
3.5 Gjennomføring av intervjuene .....	23
3.6 Transkripsjon av intervjuene.....	24
3.7 Analysen av intervjumaterialet .....	24
3.8 Metodediskusjon .....	25
3.9 Forskningsetiske betraktninger .....	27
4 RESULTATER .....	28
4.1 Erfaringer med å lære ROK .....	28
4.2 Erfaringer fra praksis .....	31
4.2.1 ROK må brukes med forbehold .....	31
4.2.2 Undersøkellespraksisen er individualisert .....	34
5 DISKUSJON.....	43
5.1. Vera som representant for et positivistisk, biomedisinsk kunnskapsparadigme .....	43
5.2 Hilde og Sigrid som representanter for et fenomenologisk orientert kunnskapsparadigme .....	45
5.3 ROKs anvendelsesområde i en endret klinisk hverdag.....	48
5.3 ROKs utfordringer som et standardisert undersøkelses-verktøy .....	49

6 AVSLUTTENDE KOMMENTARER .....	51
LITTERATURLISTE .....	52
VEDLEGG 1: Prøvebehandlingen.....	57
VEDLEGG 2: Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen.....	60
VEDLEGG 3: Informasjonsskriv til intervjuedeltakerne .....	64
VEDLEGG 4: Intervjuguide 1 .....	68
VEDLEGG 5: Intervjuguide 2 .....	71
VEDLEGG 6: Intervjuguide 3 .....	73
VEDLEGG 7: Vurdering fra Norsk Senter for Forskningsdata.....	75
VEDLEGG 8: Veras fem knagger .....	78

# 1 INNLEDNING

I fagfeltet psykomotorisk fysioterapi finnes det ulike måter å gjøre en kroppsundersøkelse på. Hvordan undersøkelsen blir gjort, kan ha betydning for hvordan pasienten ser på og forstår seg selv og sine plager. De ulike utdanningsinstitusjonene for psykomotorisk fysioterapi har valgt å lære studentene hver sine undersøkelser: I Tromsø og Bergen lærer studentene den såkalte prøvebehandlingen, i Oslo lærer de Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen. Prøvebehandlingen bygger på den opprinnelige måten å undersøke på i psykomotorisk fysioterapi: Man gjør en kort og individuelt tilpasset psykomotorisk behandling, og hensikten er å få et inntrykk av pasientens fleksibilitet, stabilitet og omstillingsevne. Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (heretter forkortet til ROK) er en omfattende og hovedsakelig standardisert kroppsundersøkelse utviklet av psykomotorisk fysioterapeut Berit Bunkan på 1960-tallet. ROK ble utviklet for å imøtekomme kritikk fra medisinerne mot å bruke en prøvebehandling som undersøkelse (Wyller, 2001). Prøvebehandlingen ble ikke ansett som tilstrekkelig spesifikk, objektiv og reliabel – den var for intuitiv, undersøkte for mange fenomener samtidig, og funnene ble ikke skalert. Kravet om forskning og dokumentasjon var økende, og målet med ROK var å imøtekomme medisinenes krav og samtidig ivareta den psykomotoriske helhetstenkningen (Bunkan, 2014). ROK består av seks hoveddeler som undersøker holdning, respirasjon, bevegelser/funksjon, muskulatur, kroppsbygge og autonome/endokrine reaksjoner. De fire første delene er standardiserte og gir mulighet for tallfesting av funnene. ROK innebærer altså en bevegelse bort fra den opprinnelige måten å undersøke på i psykomotorisk fysioterapi, i retning naturvitenskapens krav om objektivitet, validitet og reliabilitet.

## 1.1 Formålet med studien

Det er ikke gjort forskning på hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har med ROK som undersøkelse, eller hvordan de forholder seg til det kunnskapsparadigmet den representerer i en klinisk praksis. Formålet med denne studien er derfor å få fram kunnskap om dette.

### **1.1.1 Forskningstema:**

Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med ROK belyst gjennom ulike kunnskapsparadigmer.

Analytiske spørsmål:

Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med å lære og å bruke ROK?

Hvordan beskriver og reflekterer de rundt ROK?

Hva vektlegger de i sin undersøkelsespraksis, og hvordan begrunner de det?

## **1.2 Fagfeltet psykomotorisk fysioterapi**

For å gi leseren et bakteppe for denne studien, vil jeg nå gi en kort presentasjon av psykomotorisk fysioterapi, prøvebehandlingen og ROK.

### **1.2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi**

Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utviklet i perioden 1946-53 i et samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy. De var opptatt av samspillet mellom pust og muskelspenninger, og at det var en nær sammenheng mellom emosjoner og kroppslige reaksjoner (Øvreberg & Andersen, 2002). Behandlingen skulle baseres på et utvidet helhetssyn på pasienten – Braatøy ønsket å forene medisinsens biologiske syn på kroppen med en psykologisk forståelse (Sviland, Monsen & Råheim, 2007). Kroppen ble ansett som en funksjonell og samspillende enhet der de ulike delene påvirker hverandre (Bunkan, Bülow-Hansen, Houge, Hødal og Hansson, 1995). Psykomotorisk fysioterapi er i stor grad utviklet i og gjennom praksis. Bülow-Hansen prøvde ut behandlingstilnærmingen på både pasienter og Braatøy selv, før hun og Braatøy diskuterte og reflekterte over erfaringene (Øvreberg & Andersen, 2002). Braatøy døde i 1953, og Bülow-Hansen begynte da å samarbeide med andre leger og psykiatere.

Berit Bunkan ble Bülow-Hansens arvtaker for å videreføre den psykomotoriske behandlingstradisjonen. Bunkan utarbeidet et kurskompendium med oversikt over teori og praksis (Bunkan, 2014). Først på 1980-tallet begynte det å komme avhandlinger og lærebøker som i større grad beskrev og diskuterte behandlingstradisjonen, og som dannet grunnlag for videreutvikling på feltet (Bunkan, Radøy & Thornquist, 1982; Bunkan, 1985; Thornquist & Bunkan, 1986; Ianssen, 1997). Psykomotorisk fysioterapi kan likevel sies å mangle et selvstendig teoretisk grunnlag (Smeby & Skumsrud, 2019). I stedet har fagmiljøet trukket inn teori fra andre fagfelt som underbygger den kliniske erfaringskunnskapen. Da videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi ved Høgskolen i Tromsø ble utviklet ved overgangen til 2000-tallet, ble det fenomenologiske perspektivet innlemmet i teorigrunnlaget (Bunkan, 2014). Merlau-Pontys kroppsfenomenologi har etter hvert blitt en gjennomarbeidet grunnlagstenkning for forståelsen av kroppen i større deler av det psykomotoriske fagmiljøet, også ved videreutdanningen i Oslo.

I dag beskrives formålet med psykomotorisk fysioterapi slik: Å skape bevisstgjøring om og endring i spenningstilstander i kroppen, og gi økt fortrolighet og kontakt med egen kropp. Grunnforståelsen er at pust og muskelspenninger endrer seg i forhold til hvordan vi har det med oss selv og omgivelsene, og at vedvarende spenningsmønstre kan skape smerter og andre plager (Norsk fysioterapeutforbund, 2021).

### **1.2.2 Prøvebehandlingen**

I prøvebehandlingen undersøker og behandler man samtidig i en utprøvende prosess, gjerne over flere behandlingstimer, slik at terapeut og pasient får tid til å bli kjent med hverandre. Prøvebehandlingen er «kroppslig, kvalitativ, intuitiv og henter ut informasjon om kropp og den terapeutiske relasjonen» (Bunkan, 2014, s.142) Hensikten er å vurdere pasientens fleksibilitet, stabilitet og mulighet for omstilling, og den gir terapeuten tid til å finne rett intervensjonsnivå for behandlingen. Prøvebehandlingen har et utvalg delundersøkelser som gjøres med pasienten stående, sittende og liggende på benk (vedlegg 1). Den er ikke standardisert. Man ser på holdning, vektbæring, tilpasning til underlaget og evne til slipp og isolerte bevegelser. Man palperer muskulatur og observerer pusten og pasientens øvrige måte



å reagere på. Delundersøkelser utelates om fysioterapeuten vurderer at det blir for mye for pasienten, og pasienten oppmuntres til å gi uttrykk for hvordan undersøkelsen oppleves.

### **1.2.3 Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen**

Bunkan begynte å utvikle ROK som en standardisert kroppsundersøkelse på 1960-tallet, etter kritikk fra leger på Rikshospitalet om at prøvebehandlingen som undersøkelse var for uspesifikk og personavhengig, og at psykomotorisk fysioterapi manglet evidens (Bunkan, 2014). Utgangspunktet for ROK var et skjema med en menneskefigur, hentet fra et rekvisisjonskort som legene brukte når de henviste til fysioterapi. På denne figuren skraverte legene med rødt der pasienten hadde ømme, spente muskler. Bunkan tok i bruk flere farger for å angi ulike muskelkvaliteter på figuren, og kalte den *muskelspenningstesten*. Med denne i bunn la hun til elementer fra den psykomotoriske prøvebehandlingen, tradisjonell fysioterapi og barnepsykiater Nic. Waals psykodynamiske undersøkelse. Ifølge Meurle-Hallberg (2005) bygger ROK også på den karakteranalytiske vegetoterapien inspirert av Reich, og den er påvirket av datidens kunnskap om Feldenskrais' fleksjons- og ekstensjonsmønstre, kveppemønsteret (the startle pattern) og personlighetstype A. ROK ble utviklet for å brukes på pasienter henvist til fysioterapi på grunn av smerter og muskelspenninger, og på pasienter med lettere psykiske lidelser (Bunkan, 2010). Undersøkelsen skulle gi et helhetlig bilde av pasientens symptomer og indikere hvilke behandlingstiltak som var nødvendige. Den skulle også identifisere pasienter som ikke egnet seg til psykomotorisk fysioterapi (ibid.). Videre skulle ROK evaluere endring i pasientens psykomotoriske profil og brukes prognostisk (Meurle-Hallberg, 2005). ROK vil bli nærmere beskrevet i teori-kapitlet.

### **1.2.4 Tidligere forskning på ROK**

Det er gjort flere kvantitative studier på ROK. Bunkan påpeker at hun allerede i 1977 påviste at ROK kunne skille mellom grupper med ulik risiko for hjerte-kar-sykdom (Bunkan, 2010). På 1990- og begynnelsen av 2000-tallet ble det gjort en psykometrisk analyse av fire deler av ROK (kroppsholdning, respirasjon, bevegelse og muskulatur), og disse fire delene ble kalt

Den omfattende kroppsundersøkelsen (DOK) (Friis, Bunkan, Ljunggren, Moen & Opjordsmoen, 1998; Bunkan, Opjordsmoen, Moen, Lunggren & Friis, 1999; Bunkan, Ljunggren, Opjordsmoen, Moen og Friis, 2001; Bunkan, Opjordsmoen, Moen, Ljunggren og Friis, 2003). DOK og hoveddelen av ROK er altså identiske. (ROK undersøker i tillegg autonome/endokrine reaksjoner og kroppsbygge, disse delene er ikke analysert psykometrisk.) De psykometriske analysene viste at DOK kan skille mellom ulike pasientgrupper (smertepasienter, psykotiske pasienter, ikke-psykotiske pasienter). Inter-tester-reliabiliteten til DOK ble funnet tilfredsstillende (Bunkan, Moen, Opjordsmoen, Lunggren & Friis, 2002). Gyllensten, Öberg, Träskman-Bendz & Ekdahl (1997) fant at høy DOK-skår korrelerte med høy selvmordsrisiko. Meurle-Hallberg (2005) utviklet ROK II, en forkortet utgave av DOK, og fant at den kunne skille mellom friske og tre ulike diagnosegrupper (psykosomatiske plager, muskel-skjelettplager og schizofreni), og at den kunne differensiere mellom de ulike diagnosegruppene. Videre fant hun at ROK II avdekte flere fysiske plager hos personer med selvrapportert stress-relatert atferd og psykosomatiske lidelser enn hos friske.

Det har vært vanskelig å finne kvalitativ forskning på ROK. Thornquist (1994) har sett på hva tre ulike grupper av fysioterapeuter, deriblant psykomotoriske fysioterapeuter, vektlegger og vurderer i en undersøkelse. Psykomotorikerne i studien fokuserte på pasientenes følelser og erfaringer, og undersøkte hele kroppen uavhengig av pasientenes symptomer. De vektla respirasjonen og kroppens fleksibilitet og allsidighet. Thornquist (1990) har også sett på hvordan fysioterapeuter med ulik spesialitet/bakgrunn kommuniserer med pasienten i det første møtet. Psykomotorikeren i studien kommuniserte at plager må sees i relasjon til hele kroppens funksjon, og til pasientens forhold til kroppen, symptomene og eget liv. Pasientens egne oppfatninger og følelser var viktige. Disse to studiene spesifiserer imidlertid ikke *hvilken* psykomotorisk undersøkelse som ble gjort. Westgaard (2016) har sett på hvordan kroppsholdning blir vurdert hos tre fysioterapeuter med ulik spesialitet, deriblant en psykomotorisk fysioterapeut. Hun fant at i den psykomotoriske undersøkelsen var kroppsholdning viktig og ansett å uttrykke både fysiske og psykiske belastninger. Heller ikke her er det klargjort hvilken psykomotorisk undersøkelse som ble brukt.

## **2 TEORETISK RAMMEVERK**

Funnene i denne studien vil ses i lys av Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen, derfor vil jeg nå gi en nærmere beskrivelse av den. Funnene vil også bli drøftet opp mot to ulike perspektiver på kropp og kunnskap som inngår i ulike kunnskapsparadigmer. ROK ble utviklet for å imøtekomme medisinenes naturvitenskapelige idealer og tenkemåter. Disse idealene er hentet fra rasjonalismen og empirismen/positivismen, og videreført i den biomedisinske modellen. Dette utgjør det ene kunnskapsparadigmet, og jeg vil trekke fram enkelte aspekter fra dette som er relevante for denne studien. I det andre kunnskapsparadigmet er det fenomenologiske perspektivet sentralt, jeg vil derfor presentere utvalgte trekk ved denne måten å forstå kropp og kunnskap på. I presentasjonen av de ulike perspektivene velger jeg å henvise til sekundærlitteratur slik at forbindelsen til psykomotorisk fysioterapi blir tydelig.

### **2.1 Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK)**

Beskrivelsen jeg gir av ROK her er basert på Bunkan (2010; 2014) og ROK-skjemaet (vedlegg 2). ROK-skjemaet er et fire siders oppsett over hva som skal undersøkes, skåringsangivelser, tabeller/bokser til utfylling og kroppsfigurer der man skal påtegne funn. ROK-skjemaet finnes i flere utgaver. Jeg har tatt utgangspunkt i skjemaet som ble brukt da jeg tok videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi i 2014-15.

Den opprinnelige ROK var klinisk basert, men de fire hoveddelene av den ble altså videreutviklet gjennom psykometriske analyser til en kvantifisert versjon (DOK) for å imøtekomme krav om validitet og reliabilitet. Disse fire hoveddelene, kalt domener, er Holdning, Respirasjon, Bevegelse/bevegelighet og Muskulatur. Undersøkelsen er svært detaljert og spesifikk med til sammen 112 delundersøkelser/enkelttester. Funnene vurderes i forhold til en definert norm for ideelle kroppsforhold, og kan enten tallfestes eller angis verbalt som “ingen avvik”, “ubetydelige avvik”, “betydelige avvik” og “alvorlige avvik”.

Skårer man funnene, er det 14 subskalaer som skal fylles ut med 293 variabler.

Delundersøkelsene utføres med pasienten i ulike utgangsstillinger (stående, sittende,

mageleie, ryggleie), og utgangsstillinger, grep og gjennomføring er standardiserte. Pasienten må være avkledd til undertøyet for at man skal kunne observere alle detaljer og palpere muskulatur, og terapeuten må være nøye med instruksjoner og grep for at utfallet av delundersøkelsene skal bli så korrekt som mulig. Muskelfunn fargelegges på kroppstegninger i ROK-skjemaet etter bestemte retningslinjer, eller markeres med tallskåren. Brudd i kroppsakser markeres på figurene med streker og vinkler. Noen funn måles i centimeter, for eksempel avstanden mellom tennene ved gaping. Måleresultatet kan føres på tegningen.

ROK består også av domeneene Autonome/endokrine reaksjoner og Kroppsbilde. Av autonome/endokrine reaksjoner registreres lukt (kroppslukt og luftavgang), lyd (tarmlyder og lyder fra respirasjonssystemet) og hud (temperatur, farge, cyanose, fuktighet/fethet/tørighet). Kroppsbilde dreier seg om pasientens indre bilde og opplevelse av seg selv, og Bunkan angir ulike måter det kan undersøkes på. Disse domeneene er ikke psykometrisk testet, og funnene kan derfor ikke tallfestes; de anføres enten direkte på de aktuelle områdene på figurene på ROK-skjemaet, eller beskrives for seg. Bare massive autonome/endokrine reaksjoner tillegges vekt (Bunkan, 2010). Terapeuten skal også registrere motoriske og emosjonelle reaksjoner hos pasienten, men disse er ikke et eget domene.

Bunkan påpeker at en fullstendig undersøkelse også må omfatte pasientens sykehistorie og forhistorie, subjektive opplevelser, personlige egenskaper og livssituasjon. Dette utgjør domenet Utvidede ressurser i ROK. I denne vurderingen skal også «terapeutens intuitive inntrykk av pasienten tillegges en viss vekt» (Bunkan, 2010, s.180). De utvidede ressursene kan være vesentlige justeringer av kroppsressursene – en stabil livssituasjon og motivasjon for behandling vil delvis kunne veie opp for avvikende kroppsfunn i totalvurderingen. Konklusjonen på undersøkelsen som helhet skal trekkes på grunnlag av alle disse faktorene.

Alle funnene vektet etter hvilket domene de tilhører. Domenene Respirasjon og Bevegelse/bevegelighet veier tyngst, fordi både forskning og klinisk erfaring har vist at det er disse funnene som gir den mest pålitelige informasjonen om pasienten (Bunkan, 2010). Oversikt over vektning av de ulike domeneene er vist i figur 1.

**Fig. 1** Vekting av kroppsdomenene (Hentet fra Bunkan, 2010, s.73)

Kode	Domener, gjennomsnitt og ressursbeskrivelse	Vekting
H=	Kroppsholdning	III
R=	Respirasjon	IIIII
B=	Bevegelse/bevegelighet (kroppsfunksjon)	IIIII
M=	Muskulatur	IIIII
ANS/ES=	Autonome/endokrine reaksjoner	III
KB=	Kroppsbygge	III
RES=	Avveiningsproduktet = ressursnivået (hovedressurs)	III
UR=	Utvidede ressurser	III

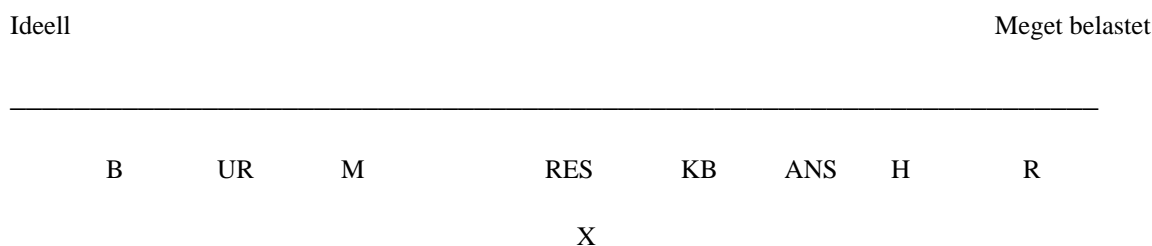
De samlede funnene fra hvert domene plasseres på et såkalt ressurskontinuum (fig. 2), en visuell analog skala. Kontinuumet går fra ideelle funn helt til venstre, til meget belastede funn helt til høyre. Kontinuumet kan deles inn i tallene 0 til 6 hvis man har skåret funnene. Alle tallene har nøyaktige definisjoner. Forbokstaven til hvert domene plottes inn på skalaen basert på terapeutens intuisjon - «den intuitive skåre» (Bunkan, 2010, s. 74).

**Fig. 2** Ressurskontinuum

Ingen avvik	Ubetydelige avvik		Betydelige avvik		Alvorlige avvik	
0	1	2	3	4	5	6
Ubelastet						Meget belastet

Jo mer alvorlig funnene anses å være (jo større avvik), jo lenger til høyre plasserer man dem. Graden av avvik fra den angitte idealnормen i de ulike hovedundersøkelsene (domenene) er et uttrykk for hovedressursen (de samlede kroppsressursene) hos pasienten. «Kroppsressursen er nærmest en sumskåre basert på avveiningsresultatet av de avvikende kroppsfunn» (Bunkan, 2010, s.73). Dette kan fremstå uklart, men kan tolkes som at avveiningsresultatet er det som framkommer når man har veid de ulike domenene opp mot hverandre og nådd en konklusjon. Avveiningsresultatet kalles også «avveiningsproduktet» (se fig. 2). Plasseringen på ressurskontinuumet for de ulike domenene viser i hvilken grad pasienten har såkalt “gode” eller “svake” ressurser (Bunkan, 2014, s.144). En pasient med gode ressurser kan få mer inngripende eller intens behandling enn en med svake ressurser (ibid.). Fig. 3 viser et eksempel.

**Fig. 3** Ressurskontinuum som brukt i ROK. Eget eksempel inspirert av Bunkan (2010)



B: Bevegelser/bevegelse

UR: Utvidede ressurser

M: Muskulatur

KB: Kroppsbilde

ANS: Autonome/endokrine reaksjoner

H: Holdning

R: Respirasjon

RES: hovedressursen

X: totalvurdering

Vurdering: B og R veier tyngst, og her drar de i hver sin retning. M veier også ganske tungt, og ligger her på den mer ubelastede siden. Selv om UR drar ressursene i en mer ubelastet retning igjen, kan pasienten totalt sett vurderes å ha middels belastede ressurser, angitt ved X. Her kan man prøve ut en forsiktig omstillende behandling.

Når det gjelder kommunikasjon og samarbeid med pasienten, anbefales det at terapeuten informerer pasienten kort om hva som skal skje før undersøkelsen begynner (Bunkan, 2010). Man bør også gi pasienten enkle opplysninger for hver ny ting som kommer, for å skape trygghet. Ved palpasjon av muskulatur skal pasienten oppfordres til å si hva han/hun kjenner. Ved registrering av kroppsfunn kan terapeuten «gi tilbakemelding til pasienten på funnene underveis, og få pasientens kommentarer til disse. Oppsummeringen av funnene til slutt kan benyttes til å gi pasienten et overblikk over sin kroppslige situasjon og funnenes mulige betydning.» (Bunkan, 2010, s.76). Bunkan påpeker at «alliansen [med pasienten] styrkes når pasienten får komme frem med hva han/hun selv tenker om funnene» (Bunkan, 2010, s.77). Man må også sørge for en balansert fremstilling av funnene – pasienten ikke skal oppfatte seg som dårligere etter undersøkelsen.

Selv om undersøkelsen er standardisert, sier Bunkan (2010) at man skal ta hensyn til pasientens reaksjoner underveis, og la være å gjøre delundersøkelser som pasienten har vansker med. Pasienten kan beholde klærne på hvis han/hun er engstelig for å kle av seg. Terapeuten må prøve å merke når undersøkelsen blir ubehagelig for pasienten, og pasientens reaksjon på undersøkelsen skal inngå i vurderingen. Skal man gjøre både anamnese, ROK og kroppsbildeundersøkelse, bør man spre hele undersøkelsen over flere ganger (Bunkan, 2010). Bunkan påpeker at man kan bruke bare deler av undersøkelsen, og selv om man ikke fyller ut ROK-skjemaet, kan man hente ut nyttig informasjon.

## **2.2 Rasjonalisme, empirisme/positivisme og den biomedisinske modellen**

ROK ser på kroppen som et rent fysisk objekt (Thornquist, 2018), et perspektiv man gjenfinder i rasjonalismen og empirismen/positivismen. Vi skal nå se på utvalgte trekk ved disse vitenskapsteoriene.

Både empirismen/positivismen og rasjonalismen opererte med en ontologisk dualisme; et klart skille mellom kroppen og bevisstheten, mellom det fysiske legemet og det erfarende, tenkende subjektet (Thornquist, 2018). Rasjonalisten Descartes (1559-1650) var opptatt av det som kunne gi sikker og pålitelig kunnskap om verden, og kom til at det kun er gjennom bevisstheten, gjennom tenkning at man kan oppnå slik sikker kunnskap (Engelsrud, 2020). Han anså kroppen som et materielt objekt på linje med andre objekter, atskilt fra og uavhengig av bevisstheten (ibid). I dette perspektivet blir kroppen å anse som en maskin som kan repareres på lik linje med andre maskiner, den har ingen forbindelse til tanker og følelser, til erfaring, historie eller hensikt (Thornquist, 2018). Som materielt objekt blir det de målbare forholdene ved kroppen som blir pålitelig kunnskap, «og begrepet *fysisk* er det vi får om kroppen» (Engelsrud, 2020, s.147). Denne todelingen av kroppen i fysisk og psykisk, kropp og sjel, har preget moderne vitenskapelig medisin på en fundamental måte, og gjenspeiles i helsefagene både i begrepsbruk, klassifikasjonssystemer og organisering (Engelsrud, 2020; Thornquist, 2018).



I motsetning til Descartes mente empiristene og positivistene at det er gjennom sanseerfaring vi kan få sikker kunnskap om verden (Thomassen, 2006). Det er imidlertid ikke *opplevde* sanseerfaringer det siktes til, men det som er observerbart og målbart – vitenskapelige fakta er sanseerfaringer vi kan observere, måle og veie (ibid.) Vitenskapelig kunnskap skal også være bygget på nøytralitet og objektivitet (ibid). Subjektet, bevisstheten, anses som «en passiv mottaker av sanseintrykk» (Thornquist, 2018, s. 50); det man observerer, anses å være ferdig konstituert. Thornquist påpeker at ut fra dette perspektivet vil ikke subjektet ha noen påvirkning på hvordan objektet framstår – betrakteren anses ikke som aktivt erkjennende eller tolkende, men som distansert, nøytral og verdifri. Forskeren tenkes ikke selv å påvirke det som forskes på. Videre sier empirismens tese om enhetsvitenskap at alle fenomener skal undersøkes på samme vitenskapelige måte, uavhengig av hvilket fenomen det er snakk om. Det skilles ikke mellom «naturfenomener og sosiale og menneskelige, altså *meningsfylte*, fenomener» (Thornquist, 2018, s.50). Som hos rasjonalistene blir kroppen ansett som et rent fysisk fenomen, og alle fysiske objekter skal beskrives i et matematisk språk (Thomassen, 2006). Det innebærer at alle data om kroppen må «omskrives til direkte observerbare, kvantifiserbare størrelser som er mulige å teste» (ibid. s.73).

Etter hvert har fysikken som ideal for naturvitenskapen blitt erstattet av biologi, læren om det levende. Selv om dette har ført til en løsrivelse fra synet på kroppen som maskin, er skillet mellom psyke og soma fremdeles tydelig til stede i helsefagene (Engelsrud, 2020). Og selv om kroppen blir ansett som et levende vesen i den biologisk orienterte vitenskapen, er det kroppens påvisbare ytre og indre prosesser som er gjenstandsfeltet for biomedisinen (Gjernes, 2004). Gjernes (ibid.) beskriver at i den biomedisinske modellen anses helse som fravær av sykdom, og sykdom er et empirisk påvist avvik fra den friske eller sunne normalen. Den teknologiske utviklingen har gitt muligheter til å avdekke sykdomstilstander i stadig mindre kroppsdeler, og slik har kroppen blitt stadig mer finoppdelt i sine ulike bestanddeler. En stadig mer spesialisert behandling av ulike tilstander har derfor blitt mulig. At helse også kan henge sammen med forhold utenfor kroppen, inngår imidlertid ikke i denne modellen. Gjernes påpeker at modellen er reduksjonistisk, ved at den reduserer sykdom til en biologisk tilstand i kroppen. Hun beskriver den også som en ekspertmodell, fordi det krever til dels omfattende medisinsk fagkunnskap og spesialisering å følge kunnskapsutviklingen på feltet. Det er «eksperterne som vet best hva som er bra for den biologiske kroppen» (Gjernes, 2004, s.147).

De beskrevne perspektivene utgjør et kunnskapsparadigme som har hatt stor betydning for utviklingen av moderne medisin, og som preger medisinsk tenkning i dag (Thornquist, 2018). Den kunnskapen som er utviklet innenfor dette paradigmet har gitt oss avansert behandling av en lang rekke skader og sykdommer. Samtidig oppsøker stadig flere mennesker helsevesenet for plager og funksjonsproblemer som ikke passer inn i den forståelsen av kropp og sykdom dette paradigmet tilbyr (Thornquist & Kirkengen, 2020). Innenfor humaniora og samfunnsvitenskap har det imidlertid blitt utviklet andre perspektiver på det syke mennesket som kan supplere det positivistiske kunnskapsparadigmet. Jeg skal nå presentere trekk ved ett av dem: fenomenologien.

## 2.3 Kroppsfenomenologi

Fenomenologien som filosofi er grunnlagt av Edmund Husserl (1859-1938), og defineres som «læren om det som kommer til syne og viser seg» (Thornquist, 2018, s.101). I fenomenologien slik den er anvendt i helsefagene, er man opptatt av verden slik den erfarer for subjektet (Thomassen, 2006), det Thomassen kaller et «innenfra-perspektiv», til forskjell fra et «utenfra-perspektiv» (ibid. s.170). Utenfra-perspektivet får vi når vi for eksempel observerer kroppen utenfra og vurderer føttenes understøttelsesflate, måler leddutslag og registrerer brystkassens respirasjonsbevegelser. Innenfra-perspektivet handler om hvordan personen selv erfarer sin kropp og sine bevegelser. Hvordan føles kontakten mellom føttene og underlaget, hvordan oppleves en bestemt bevegelse, hvilken mening og betydning har det når pustebevegelsen bare skjer i brystkassens øvre del? I fenomenologiske undersøkelser er det nettopp slike konkrete opplevelser og erfaringer man retter oppmerksomheten mot – det er menneskets «*levde erfaringsverden*» (Thomassen, 2006, s.83) man prøver å forstå.

Ifølge Husserl erfarer vi ikke verden som enkeltstående sanseintrykk, men som «gjenstander, strukturerte helheter som kan identifiseres og har mening som *noe*» (Thomassen, 2006, s.83). Det er disse meningsbestemte fenomenene som er vitenskapens grunnleggende data, påpeker Husserl (ibid). Det er et menneskelig grunntrekk å forsøke å skape mening av verden rundt oss, og fenomenologien påpeker at en gjenstand kan bety ulike ting for oss, avhengig av hvilken erfaring vi har med den (Thornquist, 2018). I denne

erkjennelsesprosessen av verden rundt oss, legger vi alltid til noe for at det vi erfarer skal gi mening for oss. Vi har en aktiv bevissthet som strukturer verden rundt oss og gir den mening (ibid.). Bevisstheten er intensjonal i den forstand at den aldri er tom – den er alltid rettet mot noe. Vi er ikke passive mottakere av sanseinntrykk, slik empirismen hevder, «vi erkjenner helhetlige, meningsbestemte fenomener slik de fremtrer i vår opplevelse av livsverdenen» (Thomassen, 2006, s.85). Når Husserl snakker om «livsverden», mener han den konkrete, dagligdagse verden slik den fremstår for oss, og som vi tar for gitt (Thornquist, 2018). Thornquist påpeker at fenomenologisk forskning derfor er opptatt av førstepersons-perspektivet, det vil si «å forstå menneskelige handlinger og begivenheter ut fra aktørens eget subjektive perspektiv» (Thornquist, 2018, s.106). Fenomenologien har en respekt for det konkrete som konkret, og ønsker å forstå fenomenet som det kommer til syne. Det innebærer å nærme seg ting uten fordommer, ferdige teorier eller kategorier (ibid.).

Psykomotorisk fysioterapi har med årene innlemmet den fenomenologiske filosofien i sitt kunnskapsgrunnlag, og da særlig Merleau-Pontys kroppsfenomenologi. Merleau-Ponty (1906-1962) knytter menneskets subjektstatus til kroppen (Thornquist, 2018). Vi eksisterer i verden som kroppssubjekter, og erfarer verden i og gjennom kroppen. Vi kan aldri slippe unna vår egen kropp, vi er alltid *her*, og *her* vil alltid være der personen selv er i sin livsverden (Engelsrud, 2020). Gjennom kroppens sansning og persepsjon blir vi bevisst oss selv og omgivelsene våre, og som kropper har vi en umiddelbar og direkte kontakt med hverandre (ibid). Som kropper er vi også situert i rom og tid, påpeker Merleau-Ponty (Gretland, 2007). Gretland skriver:

Tilsvarende kan den levde kroppen aldri forstås løsrevet fra sin omverden og historie. Livsbetingelser og erfaringer innlemmes i vår kroppsvirkelighet, som mønstre i bevegelser, persepsjon, emosjonalitet, for hva vi oppfatter og hvordan vi forholder oss, og [for hva] vi etter hvert kan snakke og tenke om (Gretland, 2007, s. 27).

Kroppen blir en «levd kropp» (Engelsrud, 2020, s.151), en bærer av erfaringer, ikke et fysisk objekt. Dermed blir den også en kilde til kontakt med våre erfaringer og verden, med oss selv – den blir en kilde til kunnskap og innsikt (Thornquist, 2018). Gretland (2007) påpeker at i lys av dette kan kroppslige vaner og væremåter ses på som intensjonale: De uttrykker

personens subjektive oppfatning av en konkret omverden, som igjen gir grunnlaget for bestemte handlemåter. Vaner og væremåter kan også ses som hensiktsmessige, fordi de er nedfelt gjennom tidligere læring, de er et uttrykk for hvordan personen oppfatter en aktuell situasjon i lys av tidligere erfaringer (ibid.). Samtidig eksisterer kroppen også som en biologisk organisme – den er ikke bare uttrykk og kommunikasjon (Thornquist, 2018). Kroppen kan betraktes og berøres, av andre og av oss selv, den er flertydig. Vi er synlige for hverandre som kropper, og kroppen kommuniserer alltid (ibid.). Som kropper er vi både objekter og subjekter, samtidig.

Carel og Macnaughton (2012) påpeker at en klinisk undersøkelse vanligvis anser terapeuten som den objektive observatøren, mens pasienten er subjektet som opplever smerte, ubehag eller lindring. Men situasjonen er mer sammensatt enn som så, ifølge forfatterne, for i et fenomenologisk perspektiv vil terapeut og pasient begge være både objekt og subjekt samtidig: Pasienten kan se seg selv som en objektiv kropp, mens terapeuten også er en subjektiv deltaker i situasjonen, fordi hun oppfatter og sanser ting som bare et subjekt kan. Når terapeuten undersøker, blir hun (også) et erfarende subjekt. Terapeuten må derfor stadig skifte mellom perspektivene; mellom å være en objektiv undersøker og et deltakende subjekt. Det er som deltakende subjekt terapeuten kan skape et intersubjektivt rom sammen med pasienten, der inntrykk og erfaringer kan deles og forstås (ibid.). Schibbye (2009) fremhever at terapeuten må gå fra å være ekspert til å bli en med-utforsker, og at hun må skape en anerkjennende ramme der utforsking blir trygt.

## 3 METODE

### 3.1 Kvalitativ intervjuundersøkelse

Studien ønsker å få kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med og refleksjoner rundt ROK, knyttet til beskrivelser av og begrunnelser for hva de vektlegger i sin kliniske undersøkelsespraksis (Leseth & Tellmann, 2018). Jeg valgte derfor en kvalitativ tilnærming med individuelle dybdeintervjuer av tre psykomotoriske fysioterapeuter som har lært ROK. Jeg har brukt tekstmateriale som underlag og kontekst, og en beskrivelse av dette er angitt i tabell 1. Tekstmaterialet er ikke i seg selv gjenstand for analyse, men utgjør en kontekst for å forstå temaet (Leseth & Tellmann, 2018). For å ivareta troverdigheten til forskningsprosessen og datamaterialet, har jeg forholdt meg til de kvalitative forskningsmetodenes vitenskapsteoretiske forutsetninger for systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling (Malterud, 2002).

**Tabell 1.** Oversikt over tekstmaterialet i studien

Hva	Nærmere beskrivelse av materialet	Vedlegg
ROK undersøkesskjema	Firesiders dokument med oversikt over hva som skal undersøkes, skåringsangivelser, tabeller/bokser til utfylling og kroppsfigurer der man skal påtegne funn. Finnes i flere utgaver. Utgaven brukt her er fra videreutdanninga i psykomotorisk fysioterapi i Oslo 2014-15.	2
Kap. 2 i boka «Kropp, respirasjon og kroppsbygge» (Bunkan, 2010)	Bunkans begrepsfesting og beskrivelse av ROK. Angir utførelse og vurdering. Gir eksempler (kasuistikker) på tolkning og vurdering av funn.	Se litteraturlista
Prøvebehandlingen	Beskrivelse av hva som inngår i prøvebehandlingen. Dokument utarbeidet av videreutdanninga i psykomotorisk fysioterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus (nå OsloMet) 21.2.2011.	1

Jeg vil nå gi en nærmere beskrivelse av hvordan studien er gjennomført, og diskutere styrker og svakheter ved den. Jeg vil også presentere forskningsetiske betraktninger. Men aller først vil jeg klargjøre min forforståelse, fordi jeg som psykomotorisk fysioterapeut forsker på mitt eget felt, og på et tema jeg selv har et forhold til.

### **3.2 Min forforståelse**

Jeg har valgt å forske på ROK, en undersøkelse jeg selv har lært og brukt i min praksis. Jeg har imidlertid et ambivalent syn på den: ROK er svært grundig, men jeg opplever den for biomedisinsk orientert, og utfordrende å kombinere med det relasjonsbyggende arbeidet jeg ønsker å gjøre overfor pasienten. En drivkraft bak denne studien har vært en nysgjerrighet på hvordan andre psykomotorikere erfarer ROK. Jeg tenker at mitt kjennskap til ROK gir meg et godt utgangspunkt for å forske på den, samtidig som det krever en årvåken refleksiv holdning til hvordan jeg bidrar til det som kommer fram i forskningsprosessen (Mawell, 2013; Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har derfor skrevet refleksjonsnotater for å klargjøre mine egne holdninger og tanker, og diskutert min forforståelse med veileder. Jeg valgte bevisst å få en veileder som ikke er psykomotorisk fysioterapeut, for å få et utenfra-blikk på både fagfeltet, forskningstemaet og meg selv som både psykomotoriker og forsker. Samtidig ser jeg at en veileder fra samme fagfelt som meg også kunne ha bidratt med verdifulle perspektiv gjennom kjennskap til feltet. Nyttige bidrag til refleksjonen rundt egen forforståelse har også kommet på masterseminarene, der jeg har presentert mitt forskningsprosjekt og fått kritiske innspill fra medstudenter og seminarledere.

### **3.3 Rekruttering og utvalg av informanter**

Inklusjonskriteriene til studien var at deltakerne måtte være psykomotoriske fysioterapeuter som hadde lært ROK, og som hadde minst to års arbeidserfaring i fagfeltet. Jeg ville ha deltakere fra ulike kliniske praksiser for å få bredde i materialet, og anså det som en fordel om de var verbale og engasjerte i faget. Etersom studien har et begrenset omfang, og intervjuene er dybdeintervjuer, ble tre informanter vurdert som tilstrekkelig (Kvale og Brinkmann, 2015). For å ivareta anonymiteten til deltakerne, rekrutterte jeg dem fra andre steder enn der jeg selv

bor og jobber. Gjennom det faglige nettverket av psykomotorikere fikk jeg tips om potensielle intervjudeltakere. Jeg kontaktet én om gangen via sms, med forespørsel om å delta i studien. Var svaret positivt, sendte jeg et informasjonsskriv (vedlegg 3) om prosjektet på e-post. Var svaret negativt, kontaktet jeg neste på lista. Flere takket nei til å delta, og jeg kontaktet ni stykker før jeg hadde de tre informantene jeg ønsket. Denne framgangsmåten gjorde at jeg ikke fikk positivt svar fra flere informanter enn nødvendig, og at jeg kunne forberede, gjennomføre og transkribere hvert intervju før jeg rekrutterte neste intervjudeltaker. Erfaringen og kunnskapen fra hvert intervju tok jeg med meg i planleggingen av det neste, deriblant hvilken type informant jeg skulle lete etter. Dette er i tråd med Maxwells (2013) anbefaling om å vurdere hvorfor en informant er viktig, og derfra hvilke andre personer en bør intervju, for å få et hensiktsmessig utvalg. Informantene er presentert i tabell 2, og er intervjuet i den rekkefølgen de står. Det må bemerkes at informantene også har lært prøvebehandlingen i løpet av sin videreutdanning.

**Tabell 2. Oversikt over intervjudeltakerne**

<b>Intervjudeltaker</b>	<b>Utdannings- tidspunkt</b>	<b>Utdannings- opplegg</b>	<b>Arbeidssted</b>
<b>Vera</b>	1990-tallet	30 ukesamlinger over tre år (før høgscole ble innført)	voksenpsykiatrisk poliklinikk
<b>Hilde</b>	2000-tallet	Høgscole 10 ukesamlinger over 1,5 år	privatpraksis med fullt driftstilskudd
<b>Sigrid</b>	2010-tallet	Høgscole 10 ukesamlinger over 1,5 år.	Psykiatrisk sykehus, korttidsenhet rus og psykiatri

### **3.4 Forberedelser til intervjuene**

I informasjonsskrivet til intervjudeltakerne var studiens hensikt og formål beskrevet. Informantene fikk selv velge hvor og når intervjuene skulle foregå. Til tross for en pågående

pandemi, lot det seg gjøre å møtes fysisk innenfor rådende smittevernregler. Til det første intervjuet lagde jeg en halvstrukturert intervjuguide med hovedsakelig åpne spørsmål. Jeg ønsket å få intervjudeltakerne til å fortelle fritt og bruke egne ord, for å få bredde, kompleksitet og mangfold i intervjumaterialet (Leseth & Tellmann, 2018; Maxwell, 2013). Samtidig hadde jeg også en del lukkede og detaljerte spørsmål om ROK, fordi jeg ønsket å få konkrete beskrivelser og refleksjoner rundt elementer av undersøkelsen, for eksempel i hvilken grad intervjudeltakerne fulgte det standardiserte oppsettet. Erfaringer fra første intervju gjorde at jeg endret intervjuguiden til å ha færre lukkede detaljspørsmål om ROK, og til å dreie seg mer om intervjudeltakernes undersøkelsespraksis generelt. Etter to gjennomførte intervju gjorde jeg en dypere analyse av disse før jeg gjennomførte siste intervju. Analysen hjalp meg å se hva som pekte seg ut som aktuelle tema, og hva jeg burde tematisere i siste intervju. Den siste intervjuguiden ble endret i tråd med dette. De tre versjonene av intervjuguiden er vedlegg 4, 5 og 6.

### **3.5 Gjennomføring av intervjuene**

Intervjumøtene begynte med at jeg repeterte intervjudeltakernes rettigheter og innhentet skriftlig informert samtykke til deltakelse. Jeg minnet også om temaet for samtalen: ROK og deltakerens erfaring med den, og deres undersøkelsespraksis i lys av ROK. Alle intervjuene foregikk i møte- eller behandlingsrom der vi kunne sitte uforstyrret. Intervju nummer to ble gjort i en ledig behandlingstime mellom to pasientavtaler, noe som ga meg en liten følelse av tidspress. Jeg opplevde likevel at jeg fikk tilstrekkelig med data. Under intervju nummer tre ble vi avbrutt av en brannalarm-test, men vi kunne forbli på rommet, og jeg opplevde ikke at avbrytelsen påvirket innholdet i samtalen.

Intervjuene ble tatt opp via diktafonapp på mobiltelefon. Alle deltakerne var engasjerte og lette å få i tale, og fremsto ikke hemmet av lydopptakeren. Som intervjuer opplevde jeg at det var en balansegang å få dem til å holde seg til temaet og samtidig ikke styre samtalen for mye. Jeg var oppmerksom på å gi rom for stillhet underveis, for å gi intervjudeltakeren tid til å tenke seg om og selv bryte tausheten – da kan det komme fram ting som ellers kunne forblitt usagt (Leseth & Tellmann, 2018). Jeg arbeidet bevisst med å håndtere min



forforståelse når det gjaldt ROK. I første intervju var jeg opptatt av å fremstå «nøytral» og ikke påvirke intervjudeltakeren med mine oppfatninger. Jeg var likevel i tvil om min forforståelse skinte gjennom. Etter råd fra veileder valgte jeg derfor å tematisere min egen erfaring med ROK i begynnelsen av de neste to intervjuene, samtidig som jeg vektla at jeg ønsket å få fram intervjudeltakernes erfaringer. Dette førte til at jeg slappet mer av, og virket å anspore deltakerne til å dele *sine* tanker.

Hvert intervju varte 1-2 timer, og jeg skrev refleksjonsnotater i etterkant med mine umiddelbare inntrykk og tanker, som en begynnelse på analysen (Fangen, 2010). Jeg noterte blant annet at deltakerne la stor vekt på relasjonen til pasienten.

### **3.6 Transkripsjon av intervjuene**

Intervjuene ble verbatim transkribert av meg. Pauser og non-verbale uttrykk som latter, sukk og andre lyder ble tatt med, for å bevare litt av det levende innholdet i samtalene (Kvale & Brinkmann, 2015). Fordi muntlig tale fremstilt skriftlig kan fremstå usammenhengende og forvirrende, er de sitatene jeg har brukt i oppgaven redigert til å bli mer sammenhengende. Det bidrar til å ivareta intervjudeltakernes verdighet (ibid.). Ord med fet skrift i sitatene er ord intervjudeltakerne la særlig trykk på. Ord i klammer er lagt til av meg for å tydeliggjøre meningen i det som ble sagt. Utenom sitatene er ord i anførselstegn ord intervjudeltakerne brukte.

### **3.7 Analysen av intervjumaterialet**

Intervjumaterialet er analysert tematisk, inspirert av Braun og Clarke (2006) slik den er beskrevet i Johannessen, Rafoss og Rasmussen (2018). I tråd med en hermeneutisk forståelse av tolkning har deler og helhet blitt sett i forhold til hverandre i en sirkulær bevegelse (Thornquist, 2018). Jeg har analysert hvert intervju for seg, men sett dem i forhold til hverandre, og helheten i det totale materialet ga ny forståelse for de ulike delene. Analysen har vært teoriuavhengig og empiristyrte, og jeg har fokusert på de delene av materialet som

handler om ROK og undersøkelse. Teoretisk forståelsesramme er valgt på bakgrunn av det som fremkom empirisk.

Ved å gjennomføre intervju og transkripsjoner selv ble jeg godt kjent med datamaterialet, og en uformell analyseprosess startet allerede da. I den formelle analysen kodet jeg de transkriberte dataene først, ved å markere viktige poeng i materialet. Jeg brukte understrekinger og skrev data-nære stikkord eller korte oppsummeringer i marginen om hva data-avsnittene handlet om, i tillegg skrev jeg refleksjonsnotater.

Neste steg i analysen var kategorisering. Jeg grupperte de kodede dataene i mer overordnede kategorier/ temaer, og satte dem sammen til større helheter som formet mønster. Etter å ha kategorisert de to første intervjuene, så jeg at intervjumaterialet var rikt og strakk seg utover mine forskningsspørsmål. Jeg innså at det var viktig å bruke forskningsspørsmålene mine som ledetråder i den videre analysen (Braun & Clarke, 2006). I kategoriseringen av det siste intervjuet lette jeg derfor særlig etter svar på dem.

Til slutt lagde jeg store tankekart med oppsett over aktuelle tema, og trakk linjer mellom temaene og ulike deler av intervjumaterialet for å se etter mønstre og sammenhenger. Jeg prøvde å skape intern konsistens ved å gruppere likt med likt, og samtidig passe på at kategoriene ikke overlappet i for stor grad (Johannessen et al., 2018). Temaene som framkom var at informantene har ulike erfaringer både med å lære og å bruke ROK, at de har utviklet ulike undersøkelsespraksiser, og at alle tre vektlegger det å skape en god relasjon til pasienten.

### **3.8 Metodediskusjon**

I valg av metode kunne jeg kombinert den kvalitative intervjuundersøkelsen med observasjonsstudier av hva psykomotoriske fysioterapeuter faktisk gjør når de undersøker. Det ville gitt en direkte innsikt i praksis og større bredde i datamaterialet (Fangen, 2010). Samtidig vil en tredjepersons nærvær i et (potensielt) første møte mellom pasient og terapeut

påvirke situasjonen og det som kommer fram i en samhandling. Det var også psykomotorikernes erfaringer og refleksjoner jeg var mest interessert i, derfor valgte jeg å gjøre en ren intervjuundersøkelse. Det hadde også vært mulig å få refleksjoner rundt ROK gjennom å intervju lederne av videre- og masterutdanningene i psykomotorisk fysioterapi, men jeg ønsket å få fram praksisnære erfaringer.

Utvalget mitt består av tre psykomotorikere fra henholdsvis psykiatrisk poliklinikk, privatpraksis og psykiatrisk sykehus. Dette er vanlige arbeidssteder for psykomotoriske fysioterapeuter, og jeg anser dem derfor representative for faggruppa. ROK er forskningsmessig utprøvd på blant annet personer med psykose, men er ment for personer med lettere psykiske lidelser. Det var derfor interessant å kunne få fram refleksjoner rundt hvordan ROK fungerer i psykiatrien. Intervjudeltakerne er ikke valgt på bakgrunn av alder eller utdanningstidspunkt, det er derfor tilfeldig at de er utdannet i hvert sitt tiår. Dette tidsaspektet gjenspeiles imidlertid i funnene, og drøftes i diskusjonen. Et annet utvalg ville åpenbart kunnet gi andre resultater og opphav til andre drøftinger. Utvalget er også lite. Kvale og Brinkmann (2015) minner imidlertid om at et lite utvalg gjør det mulig for forskeren å være grundigere i analysearbeidet, og at det er mulig å få fram interessante ting om et fenomen basert på bare et fåtall tilfeller eller eksempler. Selv om kunnskap fra små utvalg ikke kan bli formelt generalisert, kan den bli en del av den kollektive kunnskapsoppbyggingen på et gitt felt (Flyvbjerg, 2006).

Som forsker på eget felt oppstår en rekke utfordringer. Nærheten til feltet kan skape en tatt-for-gitt-het som gjør at man ikke stiller spørsmål en utenforstående ville stilt. Samtidig gir kjennskap til feltet muligheter, og kan være nødvendig for å stille relevante spørsmål (Maxwell, 2013). Som psykomotoriker som intervjuer andre psykomotorikere, forstår jeg sjargong, begreper, grunnlagsforståelse og historie. Når intervjudeltakerne lette etter ord for å beskrive sin praksis og erfaringskunnskap, kunne jeg lettere forstå hva de var ute etter å få fram. Ulempen med dette er selvfølgelig at jeg lettere kunne tolke mine egne oppfatninger inn i deres utsagn. En måte jeg håndterte dette på, var å omformulere og oppsummere hva intervjudeltakeren hadde sagt, og spørre om jeg hadde forstått utsagnet rett. Dette er en måte å validere den informasjonen som kommer fram (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg kunne imidlertid stilt flere kritiske spørsmål til intervjudeltakerne, og gjennom det fått fram

utdyperinger eller andre refleksjoner. Kvale & Brinkmann påpeker at intervjuing er et håndverk, det krever øvelse. Jeg opplevde da også at jeg lærte gjennom de intervjuene jeg gjorde, og at det siste intervjuet ble en god samtale der jeg også stilte kritiske spørsmål, og der jeg og intervjudeltakeren sammen utviklet ny innsikt. Oppsummert syns jeg likevel at jeg fikk interessante data med mange beskrivelser og refleksjoner.

Transparens bidrar til studiens troverdighet. Derfor har jeg søkt å beskrive de ulike stegene i prosessen og begrunne valgene jeg har gjort underveis, slik at leseren skal kunne vurdere om resultatene er troverdige.

### **3.9 Forskningsetiske betraktninger**

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (vedlegg 7). I informasjonsskrivet (vedlegg 3) deltakerne fikk i forkant av intervjuet, ble de informert om at det var frivillig å delta, at de hadde rett til å trekke seg og rett til innsyn i eget materiale. Ingen av informantene benyttet seg av disse rettighetene. I skrevet ble de også informert om sikker lagring av datamaterialet og ivaretagelse av konfidensialitet, herunder at data som kan identifisere intervjudeltakerne blir slettet når prosjektet avsluttes. Deltakernes skriftlig informerte samtykke ble oppbevart i et låst skap. Intervjuene ble tatt opp på mobiltelefon via en app som krevde totrinns autentisering og sendt til Tjeneste for sensitive data til sikker lagring. Tilgang til de lagrede intervjuene krevde innlogging med passord. I transkriberingen av intervjuene ble utsagn som kunne bidra til å identifisere deltakerne fortløpende anonymisert, og deltakerne ble gitt fiktive navn.

## 4 RESULTATER

I analysen av intervjumaterialet har jeg sett på hvilke erfaringer de psykomotoriske fysioterapeutene har med ROK, og hva de vektlegger i sin undersøkelsespraksis. Resultatene viser at de tre intervjudeltakerne har ulike og blandede erfaringer med ROK, både i opplæring og klinisk praksis. De har utviklet ulike undersøkelsespraksiser, men alle tre vektlegger det å skape en god relasjon til pasienten. Dette relasjonelle arbeidet innebærer å tilpasse og individualisere undersøkelsen til den enkelte pasienten og den konkrete situasjonen, og viser en bevegelse bort fra en standardisert måte å undersøke på. Analysen viser også at de tre intervjudeltakerne ble utdannet psykomotorisk fysioterapeut i hvert sitt tiår, med til dels ulik opplæring og veiledning. Informantenes beskrivelser antyder at dette kan ha hatt betydning for deres undersøkelsespraksis og forhold til ROK. Materialet antyder også en utvikling over tid i synet på kropp og kunnskap i psykomotorisk fysioterapi, som igjen virker inn på intervjudeltakernes undersøkelsespraksis. En tidsakse ble synlig (uten at dette var intendert i studiens design), og når jeg etterpå drøfter resultatene velger jeg å se informantene som idealtyper for sin tidsepoke og som representanter for to ulike kunnskapparadigmer.

Resultatene vil bli presentert i to deler: *Erfaringer med å lære ROK* og *Erfaringer fra praksis*. Erfaringer fra praksis er også delt i to: *ROK må brukes med forbehold*, og *Undersøkelsespraksisen er individualisert*.

I den videre fremstillingen vil intervjudeltakerne også kalles informanter eller terapeuter. Når jeg referer til pasienten, bruker jeg "hen".

### 4.1 Erfaringer med å lære ROK

Vera ble utdannet på 1990-tallet, gjennom tre år med 30 ukesamlinger. Hun fikk en grundig opplæring i ROK av Bunkan selv. Hun deltok også i doktorgradsarbeidet til Bunkan, som blant annet undersøkte ROKs reliabilitet, og ble drillet i tallskalering av funnene. Vera sier at uten denne grundige opplæringa ville hun nok opplevd ROK som atskillig mer krevende å bruke, fordi ROK er så omfattende og detaljert. Hun opplevde ROK som et veldig godt

redskap som ga henne mye informasjon om pasienten, og som nyutdannet psykomotorisk fysioterapeut ga ROK henne trygghet for at hun fikk med seg det som var viktig i en undersøkelse. Derfor har hun vært “trofast mot den ROK-en” hele sin karriere. Hun har også erfart at mange pasienter er fornøyde med å bli så grundig undersøkt.

Hilde ble utdannet på 2000-tallet, gjennom 10 ukesamlinger på 1,5 år. Hun forteller at de øvde mye på ROK på ukesamlingene, og hun følte hun lærte den godt. Lærerne var imidlertid ikke opptatt av skalering av funn. Mellom samlingene skulle Hilde ha egne pasienter og fortsette å øve på ROK. Hun hadde en erfaren psykomotoriker som praksisveileder på hjemstedet, og gikk i egenbehandling hos en annen psykomotoriker. Men verken praksisveilederen eller egenbehandleren brukte ROK – praksisveilederen hadde fokus på prøvebehandlingen, som Hilde også hadde lært. Hilde syntes det var forvirrende og “følte at det kunne være litt komplisert. Men på skolen lærer vi det **sånn!**” Hun brukte ROK de første årene etter videreutdanningen, men sier at det etter hvert ble “mer sånn intuisjon”. Når hun beskriver hvordan hun undersøker i dag, sier hun at “Det blir jo litt sånn prøvebehandling.” Hun har erfart at hun liker å kunne forfølge funn og prøve ut behandling når hun undersøker, og det skal man ikke gjøre i en standardisert undersøkelse som ROK. Samtidig bruker hun også elementer fra ROK, og sier ROK har lært henne hva hun skal se etter når hun undersøker. Hun henter fram ressurskontinuumet når hun synes det er hensiktsmessig, for eksempel når hun skriver vurderinger til NAV. Da setter hun opp ressurskontinuumet fordi hun mener det får vurderingen til å fremstå mer profesjonell.

Sigrid er utdannet på 2010-tallet, etter samme opplegg som Hilde. Sigrid syntes ROK var vanskelig å lære. Det var så mange detaljer man skulle få med seg, og “du følte at du sto en evighet og prøvde å se og se og se, og ikke helt fikk det til”. Hun følte seg usikker, og tror usikkerheten hennes smittet over på pasientene. Etter hennes syn var også de standardiserte utgangsstillingene i ROK unaturlige. Hun lærte tallskalering og bruk av fargelegging for å vise muskelfunn, men syntes utfyllingen av ROK-skjemaet ble altfor nitid og detaljert. Hun slet også med å finne ut av ressurskontinuumet, særlig om hun vurderte og plasserte funnene rett. Hun følte hun ikke hadde nok kunnskap og erfaring til å vite hva som ble rett plassering. Lærerne var ofte uenige i hennes vurderinger, og det gjorde henne enda mer usikker. Sigrid forteller om diskusjoner mellom studenter, lærere og praksisveiledere om hva som faktisk er

en såkalt *belastet* pasient, og hun kom etter hvert fram til at ressurskontinuumet og ROK var basert på “veldig mye skjønn”. Og dette skjønnet var igjen basert på hvilken pasientgruppe man hadde erfaring med – psykiatriske pasienter eller pasienter i privatpraksis. Sigrid, som på den tiden jobbet i akuttpsykiatri, så at hun kunne vurdere en psykiatrisk pasient som lite belastet innenfor rammene av psykiatrien, mens lærerne, som hovedsakelig hadde erfaring fra privatpraksis, vurderte samme pasient som svært belastet sammenliknet med de pasientene de hadde. Sigrid ble derfor tidlig skeptisk til ROKs inter-tester-reliabilitet:

I dette faget, tenker jeg, generelt, i alle bitene her (peker på ROK-skjemaet), så vil alle vurderingene her komme ut fra “Hva har du sett?”. Har du sett de friskeste eller de dårligste i kategorien, så vil du vurdere veldig forskjellig. (...) Man kan prøve å lage en sånn kvantifiseringsgreie, men det er folk og kropp og dag-til-dag vi baserer oss på, sånn at det [vi undersøker] vil endres fort. Og våre meninger og erfaringer vil farge våre vurderinger, hele tida. (Sigrid)

I dag bruker Sigrid sjelden ROK i sin praksis. Dette handler dels om hennes syn på og erfaring med å lære ROK, og dels om at hun ikke trenger den vurderinga ROK gir. Pasientene hun har blir vurdert som belastet i utgangspunktet. Samtidig erkjenner hun at “Den [ROK] ligger bak i bakhodet”. Men skal hun gjøre det hun kaller en “sånn standard benk undersøkelse” er det prøvebehandlingen hun bruker.

Gjennom de tre informantenes beskrivelser kommer det altså fram ei endring over tid i utdanninga av nye psykomotorikere, med ny organisering og ulike lærere og praksisveiledere som bringer inn ulike syn og praksiser når det gjelder ROK og undersøkelse. Selv om Vera, Hilde og Sigrid ikke nødvendigvis er representative for sine tidsepoker, antyder materialet at den tiden de ble utdannet i, kan ha innvirket på hvilken undersøkelsespraksis de har i dag.

## 4.2 Erfaringer fra praksis

Når informantene forteller om sin undersøkelsespraksis i lys av ROK, kommer to temaer fram: *ROK må brukes med forbehold*, og *Undersøkelsespraksisen er individualisert*. Vi skal nå se nærmere på disse to temaene.

### 4.2.1 ROK må brukes med forbehold

Av de tre informantene er det Vera og Hilde som har brukt ROK mest i praksis. Vera, som jobber ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk, har brukt den hele karrieren. Hilde, som jobber i privatpraksis, brukte den de første årene. I møte med praksisfeltet har begge erfart at ROK må brukes med forbehold. Også Sigrid, som jobber ved en korttidsenhet for rus og psykiatri, beskriver at hun måtte ha tilpasset ROK hvis hun skulle brukt den på de pasientene hun møter.

Det første og viktigste forbeholdet alle de tre informantene trekker fram, er at ROK er en krevende undersøkelse å gå gjennom for pasientene – *for* krevende for mange. Skal man følge standarden, innebærer det at pasienten må være avkledd til undertøyet, stå og bli nøye observert, gjennomgå en lang rekke tester og ligge ned og bli palpert over det meste av kroppen. Dette er det ikke alle pasienter som tåler like godt. Både Vera, Hilde og Sigrid understreker at i psykomotorisk fysioterapi er det sentralt å skape en god relasjon til pasienten. Man må skape trygghet og tillit som grunnlag for en god terapiprosess. Dette relasjonelle arbeidet innebærer å ta hensyn til den enkelte pasientens behov, og det betyr at undersøkelsen må tilpasses og individualiseres. Og fordi de anser ROK som en omfattende og krevende undersøkelse å gå gjennom for pasientene, ønsker de ikke å utsette sårbare pasienter for den, i hvert fall ikke før de eventuelt har skapt en trygg relasjon. Sigrid sier at den uansett ikke ville egnet seg til hennes pasienter, nettopp fordi “Den er **stor**, tar **lang tid**, og den er veldig omfattende å gjøre helt tidlig i starten. Så jeg føler at jeg ikke kjenner pasienten så godt [at jeg kan gjøre den].” Hun beskriver pasientene sine som “veldig sårbare”, mange av dem traumatiserte. Å skulle stå avkledd og bli observert tenker hun “vil være fryktelig overveldende” for dem, og særlig sammen med en terapeut de ikke kjenner.



Vera beskriver ROK som en “teknisk” og “mekanisk” undersøkelse, og sier at pasienten må være “solid” hvis hun skal gjøre den. Er pasienten “skjør”, kan det gå ut over relasjonen å bare følge standarden:

Vera: For det er sånn, med psykiatrien. Jeg tror ikke det er så mange som tåler... Hvis du får folk med en sånn lettere skade, de tåler det kanskje, men altså–

Intervjuer: Tåler...?

Vera: Ja, tåler at du kan være litt sånn teknisk, og at det ikke gjør så-... for de er så-, såpass solide. Men de som er skjøre, de... Det blir veldig feil, altså. Det blir uheldig. For relasjonen, og god relasjon, og at pasienten er trygg på deg, og gleder seg til å komme... De skal ikke grue til å komme. (Vera)

Hilde har tidligere jobbet på en allmennpsykiatrisk sykehusavdeling, og har liknende erfaringer med pasientene hun møtte der. Hun forteller:

Men hvorfor har jeg ikke gjort så mye ROK, når jeg tenker tilbake nå. Det var jo at jeg var på en sengepost med pasienter. De ble jo planlagt innlagt, men de var jo ikke i... de hadde ikke noe godt funksjonsnivå. De klarer jo å balansere litt jobb i perioder, men så blir de sykemeldt og må innlegges til traumebehandling. Og da var det ikke så mange som var i stand til å være så nysgjerrig, eller omstille så veldig mye. Så da gikk den litt bort. (...) Kanskje jeg ikke gjorde så mange tester, fordi at det føltes ikke rett da. (Hilde)

Informantenes erfaringer kan altså tyde på at ROK ikke egner seg så godt for pasienter innlagt i psykiatrien. Men også for pasientene Hilde møter i privatpraksis tenker hun at ROK vil bli for mye for mange. Hun har erfart at ulike pasienter reagerer på ulike ting i ROK – alt fra å stå avkledd og bli sett på til å bevege armene ut fra kroppen. Pasientene må være det Hilde kaller “sånn høvelig stødig” hvis hun skulle vurdert å gjøre en ROK, og dét er det ikke alle som er i privatpraksis heller.

Informantene er også forbeholdne til ressurskontinuumet. Sigrid ble skeptisk til det allerede under utdanninga, fordi ressurskontinuumet kan gi inntrykk av at vurderinga man gjør er objektiv og kvantitativ, mens den egentlig er basert på erfaring og skjønn. Vera er enig i dette. Vurderinga på ressurskontinuumet skal se veie mange faktorer opp mot hverandre, og som deltaker i doktorgradsarbeidet til Bunkan erfarte hun at det er svært vanskelig å oppnå inter-tester-reliabilitet. For det handler egentlig om skjønn:

ROK-en er så omfattende at du kan forsvinne i den, derfor er den så krevende. Du skal liksom prøve å trekke inn – knytte i hop alle trådene. Og så skal du jo da finne hvor belastet [pasienten er] - altså, den avveininga på det kontinuumet. Og det er jo ikke så enkelt! (...) For det er jo ikke noen sånn regnemetode, du kan ikke, du må – det er jo skjønn, da. (Vera)

Hilde påpeker at den vurderinga ressurskontinuumet gir av hva slags behandling pasienten skal ha, ikke nødvendigvis er rett å følge. Vurderinga kan for eksempel tilsi at pasienten er belastet og bør jobbe med “å få kontakt med beina og vektbæring”, samtidig som Hilde ser “at behovet for nærhet eller å roe ned blir så stort”. Ifølge ROKs retningslinjer for behandling skal man være forsiktig med nærhet og avspenning hos en belastet pasient. Hilde har erfart at å følge de retningslinjene ressurskontinuumet indikerer, og jobbe med bein og vektbæring, har gjort pasientene “mere redde, eller de kjenner ubehag, så da... Man må bare tenke, bruke skjønn, da.”

Et forbehold Hilde og Sigrid trekker fram, er at de som terapeuter også bringer noe inn i undersøkelsessituasjonen og påvirker hva som kommer fram. Funnene er ikke “objektive”. Sigrid sier for eksempel: “Men hva som er mitt og hva som jeg har dratt med meg [inn i undersøkelsen] fra – som jeg syntes var vanskelig fra studietiden, og hva som er pasienten sitt, det er litt vanskelig.”

## 4.2.2 Undersøkelsespraksisen er individualisert

Informantenes undersøkelsespraksis er individualisert på to måter: Den er tilpasset den individuelle pasienten, og den er tilpasset psykomotorikerens erfaringer, preferanser og perspektiver.

### Individualisering til pasienten

Vera bruker ROK og synes den er et godt verktøy, men velger alltid å tilpasse undersøkelsen til pasienten i tråd med Bunkans retningslinjer. Hun gjør holdningsundersøkelsen raskt for at pasienten skal slippe å stå og bli observert så lenge, og småprater med pasienten hele tiden, fordi hun har erfart at mange pasienter blir utrygge hvis det blir stille. Hun sluttet også tidlig å notere ned funn underveis, fordi hun merket at det ga et brudd i kontakten med pasienten som skapte utrygghet. Hun vil skape trygghet, fordi hun som psykomotoriker “skal være nært, vi skal ta på pasientene, vi skal jo virkelig.... **grave** inn i dem.”

Hun lar pasienten beholde klærne på hvis hun fornemmer at det blir for krevende å bli undersøkt avkledd. Hun kan også forenkle eller avbryte undersøkelsen hvis hun merker at den blir for tøff:

Noen ganger skjønner du det i utgangspunktet, det er av og til at du nesten ikke **ber** en pasient [om å kle av seg og bli undersøkt], for du vet de får angst. (...) Altså, noen ganger gjør du en undersøkelse mye enklere enn du hadde tenkt! Så det der med å være helt slavisk, og ja, nå må vi finne ut dét og dét. For det er klart, hvis en pasient sier han er svett, “Å, nå blir jeg kvalm!”, da må du jo bare stoppe. Da skjønner du at det her, det blir for tøft. (Vera)

Etter å ha tatt et kurs om psykologiske traumer, ble Vera enda mer bevisst det å skape en trygg relasjon:

For du skal jo bygge en relasjon, og folk skal være trygg. Det er første-første bud. Man kan jo bare sitte her første gangen og snakke litt rolig. Ja. Behøver ikke finne ut noe som helst, bare skape trygghet. (Vera)

Hun understreker at det å bygge en god relasjon er mye viktigere enn å få gjennomført kroppsundersøkelsen:

Relasjonen er det aller, aller viktigste! Så det der å være så **flink**- altså, du har kanskje ikke vært flink **i det hele tatt** hvis du har fått med deg alle punktene [i undersøkelsen]! For det er sikkert at du må slite **lenge** med å få relasjonen på plass [da]. (Vera)

Hilde og Sigrid har gått bort fra ROK og utviklet sine egne måter å undersøke på. Men undersøkelsen de gjør, blir alltid tilpasset den pasienten de har foran seg. Hilde forteller hvordan hun i møte med nye pasienter er vår for de signalene hun fanger opp de første minuttene, for de avgjør valgene hun tar videre:

De valgene blir jo tatt, da, på bakgrunn av det... bare, ja de første minuttene. Samspeilet, legge merke til mimikk på pasienten. Hvordan, når jeg sier noe, hvordan ser det ut som det oppfattes? Er personen litt sånn til stede, eller ser seg veldig mange andre plasser. Kroppsholdning, så det er jo... og pust. Og så blir det jo de ordene som pasienten kommer med, [de] kan jo hjelpe meg å fortelle litt... bør jeg bruke litt mer tid på **dette**, eller. (Hilde)

Hilde forteller at hun har møtt mange pasienter som har gått sine runder i helsevesenet, og som er frustrerte fordi de ikke har følt seg møtt og forstått. Hun sier at “Noen ganger da, så er det selvfølgelig viktig å ta fram undersøkelsen, men det kan være vel så viktig å bare stoppe opp og bare anerkjenne. Anerkjenne en frustrasjon.”

Sigrid sier at hennes måte å undersøke på i stor grad har blitt tilpasset den pasientgruppa hun har – rusavhengige mennesker, mange av dem med psykiske lidelser, innlagt i 6-8 uker. Majoriteten er menn, og Sigrid forteller at mange av dem er uvant med å kjenne etter i kroppen eller snakke om hva de føler. Samtidig bærer mange av dem med seg vonde erfaringer. De kan ha vansker med å gi blikk-kontakt, og det å skulle stå i undertøyet og bli observert og vurdert tenker hun vil bli altfor vanskelig for dem. Derfor prøver hun å gjøre

undersøkelsessituasjonen minst mulig “undersøkende” og mest mulig “naturlig”. Hun synes det som fungerer best, er at hun og pasienten sammen prøver ut bevegelser og funksjon, at de *gjør* noe sammen. Hun stykker ofte opp undersøkelsen og gjør litt om gangen, fordi hun vet at mange av pasientene går gjennom tøffe tak mens de er innlagt og ikke alltid orker så mye.

Overfor den individuelle pasienten er også hun vår for de kroppslige signalene hun fanger opp i undersøkelsen. Sigrid har erfart at mange av hennes pasienter er for “lydige” overfor henne som terapeut, og kan si ja når de egentlig mener nei. Hun er oppmerksom på at hun kan komme til å krenke pasientens grenser på grunn av dette, og ønsker å skape en relasjon som er trygg nok til at pasienten tør å si ifra og sette grenser. Det gjør hun ved å vise og tematisere overfor pasienten at hun tar hensyn:

Og når de da heller blir stille og undrer seg litt, og du ser at det... du kan se på ansiktet og sånn at du treffer et eller annet, men det er vanskelig å prate om... Så det pleier jeg å si, at jeg trenger ikke å vite noe som har skjedd tidligere, jeg trenger ikke å vite hvem eller hva eller hvordan, men jeg vil gjerne vite hvis vi jobber med noe som ikke er greit. Er vi på kjeve, og de har opplevd noe traumatiserende som gjør at det her ikke er greit, så vil jeg gjerne at de sier ifra. Og ikke ligger og bare tar [imot]. For veldig mange pasienter er fryktelig lydige og finner seg i utrolig mye. Som kan oppleves som et overgrep, igjen, uten at vi mener det. Så det å få den relasjonen til at de kan si i fra at akkurat dette her var ikke så greit. Og [at vi] kan bruke tid på å komme til et område som kanskje etter hvert blir tryggere. Fordi at de kjenner oss.  
(Sigrid)

## **Individualisering til psykomotorikeren**

De tre intervjudeltakerne beskriver ulike undersøkelsespraksiser, tilpasset til og av dem selv. Vera følger ROK, men har justert standarden ut fra sin kliniske erfaring. Hilde og Sigrid har utviklet egne måter å undersøke på, basert på hvordan de liker å jobbe, hva de mener er viktig og på pasientgruppe og rammevilkår. Samtidig har Hilde og Sigrids undersøkelsespraksis fellestrekk. Vi skal nå se på hva de tre informantene vektlegger i sin undersøkelsespraksis.

## Vera

Vera har alltid vært trofast mot ROK, samtidig beskriver hun at hun har justert på standarden ut fra erfaringene med å bruke den i praksis. Blant de 112 delundersøkelsene har hun funnet fem som hun syns gir henne særlig mye informasjon om pasienten. Disse kaller hun “de fem knaggene” (vedlegg 6), og dem tillegger hun ekstra vekt i sin vurdering. Vera har også gått bort fra den standardiserte framgangsmåten i flere av delundersøkelsene, og gjør dem på andre måter som hun syns fungerer bedre – for eksempel gjør hun en avspenningstest for armen (Sætre) med pasienten liggende i stedet for sittende. Noen delundersøkelser legger hun mindre vekt på eller vurderer mindre strengt, fordi hun mener ROK stiller for store krav til hvordan pasienten skal utføre eller respondere på dem for ikke å skåre avvikende. Hun viser blant annet til respirasjonsundersøkelsen, der en normal skåre krever at pasienten slipper pusten til umiddelbart etter flere av testene. Vera mener dette er for strengt og at det viktigste er at det faktisk skjer et slipp av pusten *i løpet av* undersøkelsen.

For øvrig er Veras undersøkelsespraksis i stor grad i tråd med ROK-standard. Hun er nøye med å fortelle pasienten hva som skal skje, og understreker at instruksjonen til pasienten *må* være korrekt - pasienten må vite hva som skal skje og hva hen skal gjøre, hvis ikke kan funnene bli feil. Møter Vera motstand mot en bevegelse, gjentar hun instruksjonen i fall motstanden skyldes at pasienten ikke har forstått den. Vedvarer motstanden, noterer Vera seg dette som et funn. Når undersøkelsen er ferdig, forklarer hun funnene og spør pasienten hvordan hen syns det var.

Vera leter etter det «friske» og «positive» hos hver pasient, og legger stor vekt på å gi ros og formidle optimisme om at noe kan gjøres for at pasienten skal få det bedre. Vera er også opptatt av at pasientene skal føle at det de gjør i timene, gir mening, men da må hun først «koble de på» - de må føle at det de gjør, det som skjer, faktisk skaper en kroppslig endring. Det tenker Vera gjør at pasienten føler eierskap til det som skjer. Denne meningsskapingen kan gjøres i undersøkelsen, men fremstår som noe som i større grad kommer i den videre behandlingen hos Vera. For skal hun gjøre det i undersøkelsen, må hun være mer utforskende og forfølge funn, og da må hun være “ulydig” mot ROK:

Du kan følge litt funn. Jeg har nok av og til vært litt sånn... ulydig [mot ROK]. At du kjenner at her er det noe, og jobbe litt med det. Det er jo en veldig god bekreftelse, at folk kjenner at jo, her er det noe som det var litt greit å få gjort noe med. For da blir det ikke bare en sånn undersøkelse som bare henger i løse lufta. (Vera)

Dette kan tolkes som at ROK ikke inviterer til å skape mening og en følelse av eierskap til det som skjer hos pasienten. ROKs ambisjon er å gi *psykomotorikeren* noe. At Vera av og til er «ulydig», antyder både at ROK kan oppleves som en autoritet, og at et meningsskapende arbeid for og med pasienten er så viktig at hun likevel velger å være ulydig. Dette kan forstås som et relasjonelt arbeid fra Veras side – det handler om å gi noe til pasienten, koble hen på, få pasienten til å føle seg sett, møtt og hjulpet.

Vera framhever imidlertid at det viktigste med undersøkelsen er å få fram mest mulig informasjon om pasienten og å få avvikene noenlunde rett, sånn at hun kan si noe om hvor belastet pasienten er. Men det er også viktig for henne å ta inn helhetsinntrykket og konsultere magefølelsen sin. Hun må føle at hun liker pasienten og kan hjelpe hen – “det er nå nesten det viktigste”. Her er hun på linje med ROK-standarden. På spørsmål om hun har tenkt over hva hun selv eventuelt bringer inn i undersøkelsen gjennom væremåte eller antakelser, svarer hun at hun bare har vært seg selv.

## **Hilde**

Når Hilde undersøker, er hun først og fremst opptatt av å se på det habituelle bevegelsesmønsteret til pasienten. Hun bruker ikke så mange standardiserte utgangsstillinger og delundersøkelser. Hun foretrekker å ta utgangspunkt i hva pasienten faktisk gjør, og analysere og utforske dette sammen med hen for å se om bevegelsesmønsteret kan bidra til å forklare og forstå pasientens plager. Hilde gir stikkord til hva pasienten selv kan merke seg, etterspør hva hen kjenner, og hjelper hen å prøve ut andre måter å bevege seg på. Slik ønsker hun å skape en bevisstgjøring hos pasienten allerede i undersøkelsen – undersøkelsen skal være nyttig for dem begge. Hun ser på sittende, stående og liggende stilling, og merker seg

holdning, respirasjon, vektbæring, tilpasning til underlaget og evne til å gi etter. Hun palperer muskulatur, og har da fokus på pasientens kontakt med kroppen og om palpasjonen utløser minner. Hun er opptatt av at pasienten skal føle seg sett og møtt, og liker å bruke det hun ser og kjenner i undersøkelsen til å bekrefte for pasienten at plagene kan forklares ut fra de kroppslige funnene. Samtidig legger hun stor vekt på å forsøke å *forstå* pasienten og funnene, og å få pasienten til å forstå seg selv. For å stimulere til dette, henter hun delundersøkelser fra både ROK og prøvebehandlingen som hun synes gir fine utgangspunkt for “å få i gang samtaler rundt kropp”:

Sætres gjør jeg veldig ofte som en standard, og skulderbue-retraksjon, og synes ofte at de er gode øvelser å gjøre bare for å få i gang samtaler rundt kropp. For de [pasientene] har ofte blitt tatt et MR av eller vært hos en annen behandlings-, naprapat, fysioterapeut eller massør. Og kanskje har de ikke den der... muskel-... kropp-... følelser. Den koblinga. Og da synes jeg på en måte det å gjøre **den** [delundersøkelsen] ... Og så går man tilbake til anamnesen: hvordan kan vi forstå **dette** uttrykket? (Hilde)

Hilde er opptatt av å få fram at “kropp er følelser”. Derfor stopper hun gjerne opp og snakker med pasienten om hva som skjer underveis, for eksempel hvis hun merker motstand eller andre reaksjoner:

Hvis noen har en sånn, tydelig, at de står, at de blir usikker med blikket, med nakken, ikke hviler og lar meg holde på, men. At du ser at de er i noen slags forsvar eller beskytter seg, at de står og er litt anspent, på vakt, snur seg litt bakover, eller... At jeg får en **sansning**. (...) Så kan jeg si nettopp det: [liksom henvendt til pasienten] “Nå skulle jeg gjøre dette, og ta på skulderen din, men jeg ser at du blir så usikker med øynene”. Og da kan historien komme, for eksempel at de kan huske at de gikk hjem fra skolen og at det var «namecalling», altså stygge kommentarer, eller bare den frykten for at det skulle være noen som hadde meninger om deg. (Hilde)

Denne måten å undersøke på mener Hilde bidrar til at pasienten får “eierskap til hele prosessen”. Hun som psykomotoriker skal ikke være en som fikser, terapiarbeidet skal være et samarbeid. Den kunnskapen hun har om kropp og funksjon må koples sammen med



pasientens erfaringer og opplevelser. For å få til dette legger hun stor vekt på å kommunisere godt, vise nysgjerrighet, engasjement og forståelse, og anerkjenne det som er vanskelig. Omsorg og håp er andre stikkord for Hildes undersøkelsespraksis. Når hun forfølger funn og prøver ut behandling i undersøkelsen, er det for å se om dette skaper en kroppslig endring som i sin tur kan gi pasienten håp om bedring:

Men jeg synes det er så fint å i hvert fall gi dem noen erfaringer i det første møtet – at noe kan endres, noe kan påvirkes.(...) Jeg prøver nå alltid å vektlegge dette med håpet. At ting kan endres, at ting kan bli bedre. (Hilde)

Den utforskende tilnærmingen gjør at undersøkelsen ikke blir noe som gjøres ferdig i løpet av første eller andre time, men gjerne blir en lengre prosess der hun og pasienten sammen finner ut av ting. Et ledd i dette arbeidet er å gi pasienten verktøy hen kan bruke i hverdagen for å hjelpe seg selv.

## **Sigrid**

Sigrid la tidlig bort ROK og har utviklet en undersøkelse tilpasset den pasientgruppa hun har ved korttidsenhet for rus og psykiatri. Undersøkelsen starter alltid med en samtale, både for å bli kjent og for å sjekke ut om pasienten faktisk er motivert for hennes tilnærming.

Individuell psykomotorisk fysioterapi er frivillig for pasientene, og Sigrid vil ikke at noen skal takke ja til tilbudet uten egentlig å ønske det. Hun er nøye med å understreke pasientens rett til å bestemme selv, og er opptatt av å bygge opp under pasientens autonomi.

Sigrid tror at hvis hun hadde jobbet i privatpraksis, ville hun følt at hun måtte gi pasientene valuta for pengene ved å gjøre mest mulig i hver time. Men hennes pasienter “kommer ikke og betaler, og jeg føler ikke nødvendigvis at jeg må ha et kvantumsmål de må gjennom.” Det gjør det enklere å stykke opp undersøkelsen over flere timer. Hun treffer dessuten pasientene i ulike sammenhenger mens de er innlagt – i undervisning, på turer ute, i en obligatorisk bevegelsesgruppe hun har - og har alltid undersøkelsesbrillene på. Hun får dermed observert bevegelser, funksjon, atferd og reaksjoner i mange situasjoner.

I undersøkelsen legger hun stor vekt på å finne ut hva pasienten selv er opptatt av og synes er viktig å ta tak i. Etter Sigrids mening vil ikke “objektive” funn i en undersøkelse nødvendigvis si noe om hva pasienten plages med, “fordi det at hva som er plagsomt og hva som er vondt og hva som oppleves som et problem, trenger jo ikke å ha **noen som helst** sammenheng med verken røntgenbilder eller hva vi [som psykomotorikere] ser.” Det konkrete innholdet i undersøkelsen bærer også preg av Sigrids preferanser og erfaringer. Hun er svært opptatt av at det hun gjør, må gi mening for henne. Hun forteller leende at etter at hun ble ferdig med videreutdanningen, har hun valgt bort alt som ikke ga henne mening. Hun tror likevel at hun klarer å ivareta pasientene på en god måte, og sier hun har med seg den psykomotoriske tankegangen i alt hun gjør. Hun liker ikke selv å stå avkledd og bli observert, og hun liker ikke å ligge ned og kjenne etter i kroppen, derfor bruker hun i liten grad slike elementer når hun undersøker. For henne gir det mer mening å bruke bevegelser og se på funksjon, og hun henter delundersøkelser fra både ROK og prøvebehandlingen, «etter hva hun føler». Hun bruker ikke standardiserte utgangsstillinger, fordi hun mener de er «unaturlige» for mange, hun mener hun får et «mer ærlig svar» hvis hun heller ser på pasientenes vanemessige måter å bevege seg på. Hun ser på bevegelser i hofter og rygg mens pasienten sitter på krakk, får pasienten til å stå og henge framover med overkroppen og rulle opp, og ser på ledighet og evne til slipp i stående stilling. Hvis pasienten legger seg ned, ser hun på om hen gir etter for tyngdekraften og hviler mot underlaget. Underveis følger hun med på respirasjonen; om den er holdt, om det er mye spenning i magen, hvor pustebevegelsen skjer og om pusten endrer seg når pasienten legger seg ned. Denne måten å undersøke på tror hun også gir mer mening for pasientene:

Mens at funksjonsvurderingen tar jeg mer sånn som den står. Og den føler jeg også gir mer mening for pasienten, for hvorfor jeg ser etter [disse tingene]. For det å sjekke balanse, det å sjekke om de klarer å bøye overkroppen, det å sjekke om de klarer å slippe i skuldre og nakke – jeg føler at det gir mer mening enn at jeg sitter og ser på pusten. (Sigrid)

Sigrid gjør gjerne også en muskelpalpasjon, særlig hvis pasientene etterspør det – det er viktig for henne å komme pasientene i møte og ta utgangspunkt i det de er opptatt av. Hun følger i større grad prøvebehandlingen her, og er mest opptatt av det overordnede inntrykket av muskulaturen og det funksjonelle samspillet mellom deler og helhet. Med årene har hun

også blitt mer opptatt av å forfølge funn og prøve ut behandling i undersøkelsen. Det kan gjøre at pasienten kjenner konkrete endringer i kroppen, som igjen kan bidra til å skape mening i det de gjør. Hun har blitt raskere med å spørre pasienten direkte om det de gjør, faktisk gir mening for hen, og virker å justere det hun gjør i undersøkelsen ut fra dette. Hun ønsker å bidra til at pasientene klarer å «involvere kroppen i livet» igjen, og møtene med pasienten handler derfor også om å lete etter måter å gjøre dette på i hverdagen – å gi dem små øvelser eller verktøy de kan ta med seg.

I løpet av oppholdet har pasientene gjerne mange ting de skal gjennom, og Sigrid ser ikke på timene hos henne som behandling, men mer som en utforsking av kroppen, en forlenget undersøkelse som kan gi noen svar. Som Sigrid sier: “Jeg løser ikke noen sine problemer på de 6-8 ukene de er inne hos oss. Men kanskje kan vi oppdage hva de (problemene) er. Og kanskje er det nok.”

## 5 DISKUSJON

Jeg vil drøfte informantenes erfaringer med ROK og deres beskrivelser av og refleksjoner rundt den undersøkelsespraksisen de har utviklet. Diskusjonen vil være todelt og ta for seg 1) tidsakse og kunnskapparadigmer og 2) tidsakse og endret klinisk hverdag. De tre intervjudeltakerne i denne studien ble utdannet psykomotorisk fysioterapeut i hvert sitt tiår – henholdsvis på 1990-, 2000- og 2010-tallet. De fikk til dels ulik opplæring og veiledning, og ulikheten er størst mellom Vera og de andre to, Hilde og Sigrid. Ulikhetene, slik de beskrives av dem, kan tenkes å henge sammen med at utdanningen av psykomotoriske fysioterapeuter gikk fra å være en klinisk mester-svenn-utdanning til en kortere høyskoleutdanning (Bunkan, 2014). Når informantene beskriver den opplæringa og veiledninga de fikk for å bli psykomotorikere, antyder de at dette har bidratt til å påvirke deres undersøkelsespraksis og forhold til ROK. Vera (1990-tallet) har en undersøkelsespraksis som i stor grad bygger på ROK og dens naturvitenskapelige perspektiver på kropp og kunnskap. Hilde (2000-tallet) og Sigrid (2010-tallet) har beveget seg bort fra ROK, og jeg vil argumentere for at deres undersøkelsespraksis er mer i samsvar med et fenomenologisk perspektiv. Gjennom informantenes beskrivelser og refleksjoner blir tidsdimensjonen aktualisert og derfor valgt som overordnet forståelsesramme. Både kunnskapsgrunnlaget og pasientgrunnlaget har endret seg innenfor den tidsaksen informantene representerer.

### 5.1. Vera som representant for et positivistisk, biomedisinsk kunnskapparadigme

Vera fikk grundig opplæring i ROK av Bunkan selv. Hun ble trygg på å bruke den, og undersøkelsespraksisen hennes er i stor grad i tråd med ROK. Veras beskrivelse og forståelse av ROK speiler hovedsakelig et positivistisk farget, biomedisinsk kunnskapparadigme. Det er den fysiske, målbare kroppen som står i fokus. Gjennom inngående kunnskap om den biologiske kroppens anatomi og funksjon, et trent blikk og trente hender, kan Vera undersøke og vurdere de spesifikke delene av den. Hun er nøye med instruksjonen til pasienten for å avdekke objektive funn og få en korrekt vurdering av avvik. Dette er grunnlaget for en riktig vurdering av pasientens belastningsgrad, som i sin tur avgjør hvilken behandlingsintensitet pasienten skal ha. Funnene er det hun som henter ut fra pasientens kropp og tolker og

forklarer, noe som er logisk i et biomedisinsk perspektiv, fordi det er hun som psykomotoriker som har fagkunnskap og kompetanse til det. I dette bildet fremstår funnene som noe objektivt sant, og psykomotorikeren som nøytral observatør og ekspert. Da gir det mening at Vera ikke har tenkt så mye over hva hun selv bringer inn i undersøkelsen av forforståelser og væremåte - det er ikke relevant innenfor dette kunnskapsparadigmet. I lys av dette kan Vera ses som den metaforiske gruvearbeideren (Kvale & Brinkmann, 2015) – hun graver ut funn («vi skal jo grave inn i dem», som hun sier om pasientene), uten selv å påvirke situasjonen. Dermed blir hun mer i samsvar med et utenfra-perspektiv på kroppen (Thomassen, 2006), og undersøkelsen blir i større grad noe hun gjør *på* og ikke *med* pasienten. Kroppsfunnene skal sammenholdes med subjektive/psykologiske funn til en samlet vurdering av pasientens ressurser. Psyke og soma anses som atskilt, men likevel påvirket av hverandre i tråd med den psykomotoriske helhetstenkningen.

Vera er vår for pasientens signaler og uttrykk, men sier det viktigste i undersøkelsen er hvilke følelser pasienten vekker i *henne*. Hun må føle at hun liker og kan hjelpe pasienten hvis hun skal tilby videre behandling. Relasjonsarbeidet i undersøkelsen kan derfor også delvis forstås i lys av det kunnskapsparadigmet hun er utdannet i. Det er først og fremst hennes perspektiv som terapeut som blir tillagt vekt, og ved at hun inntar rollen som autoritet som henter ut, tolker og forklarer funnene, skapes det mindre rom for at pasienten kan være med og tolke og forstå sin egen kropp og dermed seg selv underveis – i alle fall i undersøkelsen. Dette kan understøtte et betrakterforhold til egen kropp (Thornquist, 2018). Pasienten får imidlertid anledning til å si hvordan hen opplevde undersøkelsen etterpå, noe som kan invitere til felles refleksjon. Og jeg er enig i Veras utsagn om at det å bli så grundig undersøkt som ved en ROK, kan gjøre at pasienten føler seg sett og tatt på alvor.

Samtidig viser intervjumaterialet at Veras undersøkelsespraksis også bygger på et erfaringsnært perspektiv. Basert på erfaringer i møte med pasienter, har hun tilpasset og justert ROK, først og fremst for å ivareta hensynet og relasjonen til pasienten, men også fordi hun mener deler av ROK ikke fungerer så godt i praksis. Hun har også erfart at ROK ikke nødvendigvis gir så mye mening for pasienten, det som skjer i undersøkelsen kan bli “hengende i løse lufta”, som hun sier. Dette tenker jeg handler om at ROK først og fremst har som ambisjon å hente ut informasjon om pasienten, ikke at undersøkelsen skal oppleves

meningsfull for hen. Men skal hun bidra til å skape mening og en følelse av eierskap til det som skjer hos pasientene, må Vera først «koble de på», som hun sier – da må hun forfølge funn og prøve ut behandling på pasienten. At hun må koble de på, antyder at Vera i utgangspunktet oppfatter pasientene som ikke koblet på – frakoblet – det som skjer, at det er den biologiske, subjektløse kroppen hun undersøker. Samtidig er det åpenbart mulig å bli påkoblet, at pasienten kan være til stede i sin egen kropp og oppleve at det skjer noe meningsbærende i den. Men for å koble pasientene på, sier Vera at hun må være «ulydig» mot ROK, hun må innta et annet perspektiv der kroppen også gir mening, der man kan kjenne en sammenheng mellom en påvirkning og en endring, og at den endringen har betydning for hvordan man opplever kroppen sin – at “dette var godt å få gjort noe med”, som pasientene sier.

## **5.2 Hilde og Sigrid som representanter for et fenomenologisk orientert kunnskapsparadigme**

Hilde synes det var greit å lære ROK, men ble forvirret av at praksisveilederen fokuserte på prøvebehandlingen. Sigrid synes ROK var vanskelig å lære, og ble tidlig skeptisk til perspektivene den bygger på. Begge beskriver et brudd med ROK i sin praksis, og har i stedet utviklet en utforskende måte å undersøke på der det å skape mening og forståelse har stor plass. Samtidig henter de elementer fra ROK når de anser det hensiktsmessig. De psykomotoriske videreutdanningene begynte å innlemme et kroppsfenomenologisk perspektiv i teorigrunnet på 2000-tallet (Bunkan, 2014). Selv om verken Hilde eller Sigrid er eksplisitte på at de er fenomenologisk orienterte, vil jeg argumentere for at deres undersøkelsespraksis viser at de forholder seg til et kunnskapsparadigme der det fenomenologiske perspektivet har stor plass.

Hilde og Sigrid har lagt bort de ferdige kategoriene ROK tilbyr, og fremstår mer opptatt av å la fenomenene komme til syne som seg selv. Det er den levde kroppen de tar utgangspunkt i – de vanemessige bevegelsene, ikke de standardiserte utgangsstillingene. De er opptatt av pasientens livsverden og erfaringer, og etterspør et innenfra-perspektiv på kroppen. Dette kommer blant annet fram når Sigrid påpeker at objektive funn på et røntgenbilde, eller hva

hun som psykomotoriker rent objektivt ser i pasientens kropp, ikke trenger å ha noe å si for hvordan pasienten opplever seg selv og sin kropp. Man må begynne der pasienten er, sier Sigrid. Det er pasientens livsverden som er utgangspunktet. Samtidig bruker Hilde og Sigrid sin objektive kunnskap om kroppen til å ta pasienten gjennom bestemte stillinger, bevegelser og berøringer, og til å observere og kjenne hva som skjer. De er våre for subtile signaler fra pasienten – mimikk, pust, blick, fjernhet, og tilpasser undersøkelsen ut fra hva de fanger opp. Ifølge Kelly, Tink og Nixon (2014) er denne vårheten og tilpasningen en form for kommunikasjon og samhandling som bidrar til å skape en god relasjon mellom terapeuten og pasienten:

Yet physical examination is a dynamic process of engagement. For example, as we examine a patient, we perceive on multiple levels – not just the presence or absence of physical signs, but also the patient’s comfort and emotional state. In turn, the patient responds to us - reading our facial expressions, interpreting the pressure of our fingertips, and responding to the gentleness (or lack thereof) to inform how he or she will proceed within the consultation. This exchange often happens at an unconscious level, yet awareness and attentiveness to these subtleties can, we suggest, make an important contribution to the doctor-patient relationship. (Kelly, Tink & Nixon, 2014, s.1314)

I tillegg til å fange opp pasientens subtile reaksjoner og respondere på dem, etterspør Hilde og Sigrid eksplisitt hvordan det som skjer, oppleves for pasienten underveis. De stopper opp og åpner for å snakke om hva som skjer og hvordan opplevelsene kan forstås i lys av pasientens erfaringer og livshistorie. Samtidig respekteres pasientens taushet. De inviterer pasienten med på undersøkelsen, til å være en bidragsyter i arbeidet med å finne ut hva som kan være interessant å rette fokus mot – ikke bare til å kommentere funnene til slutt. Dette bidrar til at pasienten får eierskap til prosessen, som Hilde påpeker. Undersøkelsen blir dermed i større grad *med* pasienten enn *på* – Hilde og Sigrid inntar en subjektposisjon der de ikke bare blir eksperten, men en med-utforsker og samarbeidspartner for pasienten. Dette blir for eksempel tydelig når Sigrid vektlegger å gjøre bevegelser *sammen med* pasienten fremfor å stå og observere hen, eller når Hilde palperer muskulatur og etterspør om berøringen utløser minner hos pasienten, fremfor å (bare) vurdere muskelens stivhetsgrad. Kroppen undersøkes og utforskes gjennom en veksling mellom et innenfra- og et utenfra-perspektiv. Hilde og

Sigrid veksler mellom å innta objekt- og subjektposisjon, noe Carel og Macnaughton (2012) mener kjennetegner et fenomenologisk perspektiv på undersøkelsen. Pasienten anerkjennes også som både subjekt og objekt, for eksempel når Hilde forklarer den objektive kroppens funksjon for pasienten og hvordan dette kan gi opphav til plager, samtidig som hun snakker om at kropp er følelser. Kroppen brukes som kilde til kunnskap og innsikt, og den kroppslige kunnskapen blir gjort gyldig (Engelsrud, 2020). De konkrete kroppslige erfaringene til pasienten blir et viktig innenfra-perspektiv (Thomassen, 2006) i arbeidet med å skape mening og forståelse. Det å kunne forstå kroppslige plager som hensiktsmessige og meningsbærende, og ikke som tegn på patologi og avvik, åpner også for at pasienten kan se seg selv med et annet blikk (Carel & Macnaughton, 2012).

Sigrid er opptatt av pasientens autonomi, og etter mitt syn henger dette sammen med det meningsskapende arbeidet hun vektlegger i undersøkelsen. I Sigrids undersøkelse skapes mening når pasienten får kontakt med kroppen sin og kan kjenne hva som skjer i den. Det er gjennom kroppslige fornemmelser vi kan kjenne hva vi trenger og hva vi bør si nei til, og dette styrker grunnlaget for medbestemmelse og grensesetting.

Hilde og Sigrid anerkjenner sine bidrag til det som skjer i undersøkelsen. Sigrid påpeker for eksempel at de valgene hun tar når hun undersøker, er basert på hennes egne erfaringer og forforståelser. Dette gir grunnlag for å se Hilde og Sigrid som metaforiske reisende når de undersøker, noe som samsvarer med en fenomenologisk posisjon (Kvåle & Brinkmann, 2015). Undersøkelsessituasjonen er noe de bidrar til å skape sammen med pasienten. Funnene hentes ikke ut, som hos gruvearbeideren, de skapes i den konkrete situasjonen i et samspill mellom terapeut og pasient (ibid.). En utfordring ved å innta et fenomenologisk perspektiv er imidlertid at man som terapeut kan bli for forsiktig med å "objektivere" kroppen, og at kunnskapen om å undersøke kroppsfunksjoner, bevegelser, holdning og pust ikke blir (tilstrekkelig) aktivert. Det kan imidlertid virke som Hilde og Sigrid har funnet en balanse i dette, kanskje fordi de begge har lært mye om den biologiske kroppen gjennom opplæringen i ROK.



### 5.3 ROKs anvendelsesområde i en endret klinisk hverdag

Jeg vil nå drøfte en utfordring alle de tre informantene la stor vekt på: ROK er for krevende å gjennomgå for mange pasienter. Undersøkelsen egner seg ikke for alle hvis man skal følge standarden. Dette kan henge sammen med at informantene har andre og mer sårbare pasienter enn det ROK opprinnelig var ment for. ROK var i utgangspunktet ment for pasienter med smerter, muskelspenninger og lettere psykiske lidelser, og en underliggende hensikt med undersøkelsen var å avdekke hvilke pasienter som ikke egnet seg til psykomotorisk fysioterapi (Bunkan, 2010; Møyner, 2016). Informantenes beskrivelser tyder imidlertid på at de har en mer mangfoldig pasientgruppe, og at få blir avvist fordi de ikke egner seg til psykomotorisk fysioterapi. Dette synliggjøres også i beskrivelser av praksis og diskusjoner om kliniske utfordringer i Faggruppen for psykomotoriske fysioterapeuter, i tidsskriftene Psykomotorisk fysioterapi og Fysioterapeuten, og i kurstilbudet til Norsk fysioterapeutforbund, der for eksempel kurs i (psykomotorisk) fysioterapi og traumer er blitt et fast tilbud. I Norsk fysioterapeutforbunds informasjonsbrosjyre om psykomotorisk fysioterapi rettet mot det generelle publikum (Norsk fysioterapeutforbund, 2021), heter det at psykomotorisk fysioterapi er en aktuell tilnærming også for personer med alvorlige psykiske lidelser. Det virker med andre ord som det har skjedd en dreining i faget når det gjelder hvilke pasienter psykomotorisk fysioterapi skal være for. Dette kan henge sammen med en generell samfunnsutvikling med økt fokus på psykiske og sammensatte lidelser, og behovet for et behandlingstilbud der kroppens sammensatte karakter blir forstått (Engelsrud, 2020; Thornquist & Kirkengen, 2020). Mange med kroppslige plager som ikke kan forklares ut fra et biomedisinsk perspektiv, går gjerne mange runder i det somatiske helsevesenet før de til slutt ender opp hos en psykomotorisk fysioterapeut, nettopp fordi psykomotorikere har en kompetanse som kan hjelpe. I mitt materiale bekrefter Hilde dette. Psykomotoriske fysioterapeuter har også vært opptatt av å løfte fram denne kompetansen på sammensatte og psykiske lidelser overfor politikere, leger og andre beslutningstakere, så dette kan hevdes å være en villet utvikling fra fagfeltet. Man ønsker å synliggjøre seg selv som en faggruppe det er behov for. Men å ta imot et bredt spekter av pasienter, også pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller store funksjonsvansker, krever en annen type praksis, en annen type undersøkelse enn ROK. Dette er noe blant annet psykomotorikeren Hafsaahl (2016) påpeker, som i sin praksis har mange pasienter som er traumatiserte gjennom vold og overgrep. Hans erfaring er at disse ikke tåler en tradisjonell psykomotorisk undersøkelse. Han har likevel ikke avvist dem, men heller utviklet måter å møte og undersøke dem på basert på en

psykomotorisk tenkning, fordi erfaring har vist at pasientene har nytte av en tilpasset psykomotorisk tilnærming. Dette er et konkret eksempel på at psykomotorisk fysioterapi har utviklet seg fra å være noe som pasientene må være egnet til, til å være en tilnærming som tilpasses og individualiseres til de pasientene som søker hjelp. I lys av dette gir det mening at informantene forteller at ROK ikke alltid egner seg, verken for pasienter innlagt i psykiatrien eller andre. ROK fyller ikke det behovet psykomotorikerne har i møte med sårbare nye pasienter. Samtidig må det påpekes at ROK kan tilpasses – som vi har sett tidligere, beskriver Bunkan ulike måter å gjøre dette på. Men kanskje handler den manglende egnetheten som beskrives ikke bare om innholdet i undersøkelsen, men om at ROK har en mer avgrenset målsetting enn de reelle undersøkelsessituasjonene som terapeutene beskriver og refererer til. ROK har ikke som uttalt mål å skape tillit og trygghet, men i møte med sårbare pasienter er det dét som er viktigst, ifølge informantene i studien.

### **5.3 ROKs utfordringer som et standardisert undersøkelsesverktøy**

ROK er tilpasset empirismen/positivismen og rasjonalismens matematiske språk og perspektiv på kroppen som død materie, «renset for «forstyrrende» elementer – det situasjonsbundne, det historiske og det subjektive» (Thornquist, 2018, s.51). Vurderingen av pasienten skal munne ut i en sumskåre, der funnene har blitt vektet fra III til IIIIII og plassert på en visuell analog skala (ressurskontinuumet). Skalaen viser belastningsgraden. Jo lenger til høyre på skalaen man kommer, jo mer øker graden av belastning. Graden av belastning indikerer hvor intensiv behandlingen skal være. I vurderingen av pasienten skal terapeutens «intuitive inntrykk (...) tillegges en viss vekt» (Bunkan, 2010, s.180), en formulering som indikerer at terapeuten for øvrig skal tilstrebe å være objektiv og nøytral. Begrepene sumskåre, vekting og grad og bruken av skala tilhører matematikken, og gir et inntrykk av kvantitet og presisjon, også når funnene ikke tallfestes. ROK gir et derfor et inntrykk av å være en objektiv, nøyaktig og pålitelig vurdering, og forbindelsen til en positivistisk farget tenkning er tydelig. Informantene er imidlertid forbeholdne til presisjonsnivået i vurderingen, og påpeker at det egentlig handler om en skjønnsmessig vurdering. Vi har sett at Sigrid

allerede på studiet opplevde at plasseringen av funn på ressurskontinuumet fremsto som et forsøk på å lage en «kvantifiseringsgreie», hun mente at vurderingen egentlig bunnet i hvilke pasienter man hadde sett, noe som kunne variere mye. Også Vera, som har lang erfaring med ROK, sier at ressurskontinuumet er vanskelig, for det er jo ikke noen «regnemetode», det er mest skjønn. Hun har erfart at selv med lang trening er det vanskelig å oppnå inter-tester-reliabilitet i ROK. Flere oversiktsstudier har da også vist at mange manuelle tester for muskel-skjelett-systemet ikke skårer så høyt på validitet og reliabilitet – det har vist seg vanskelig å være så spesifikk og sensitiv som man trodde var mulig (Décary, Ouellet, Vendittoli & Desmeules, 2016; D’Hondt, Pool, Kiers, Terwee & Veege, 2020; Lange, Struyf, Schmitt, Lützner & Kopkow, 2016; Lucas, Macaskill, Irvig, Moran & Bogduk, 2009; May, Chance-Larsen, Littlewood, Lomas & Saad, 2010).

Som vi har sett i beskrivelsen av ROK, er plasseringen av funn på ressurskontinuumet basert på terapeutens intuisjon. Likevel vil jeg, på bakgrunn av argumentasjonen over, hevde at ressurskontinuumet har som ambisjon å få vurderingen til å fremstå objektiv og presis, fordi det gir legitimitet og autoritet til psykomotorikerens vurdering. På bakgrunn av dette gir det mening at Hilde bruker ressurskontinuumet når hun sender vurderinger til NAV. Å kunne presentere en skala der funnene er plottet inn, fremstår robust, presist og dermed «mer profesjonelt», som Hilde sier, og viser at hun som psykomotoriker tilpasser seg det som etterspørres og tillegges vekt innenfor det positivistisk fargede kunnskapsparadigmet. Thornquist (2018) hevder imidlertid at bruk av skalaer i vurderingen av kroppslige uttrykk gir et skinn av presisjon som ikke er mulig å gi, fordi kroppslige uttrykk handler om kvaliteter og meningsfulle fenomener som ikke kan reduseres til noe som presenteres på en endimensjonal skala.

## 6 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Denne studien har sett på hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har med ROK, og hvordan de beskriver og reflekterer rundt ROK i lys av ulike kunnskapsparadigmer. I studien har en tidsakse blitt synlig når det gjelder videreutdanning, pasientgruppe og kunnskapsparadigmer i psykomotorisk fysioterapi. Videreutdanningen har endret seg i omfang, organisering og opplæring. Pasientgruppa kan se ut til å ha blitt mer mangfoldig med flere sårbare individer. Fagfeltet har tatt til seg nye teorier om kropp og helse som har bidratt til nye forståelsesgrunnlag for den psykomotoriske tilnærmingen. Psykomotoriske fysioterapeuter forholder seg i dag til ulike kunnskapsparadigmer. ROK ble utviklet innenfor et naturvitenskapelig, biomedisinsk kunnskapsparadigme, og var ment for et smalere spekter av pasienter enn det psykomotorikere møter i dag. I møte med sårbare pasienter oppleves ikke ROK alltid som et egnet undersøkelsesverktøy. Et fenomenologisk perspektiv på kropp og relasjon har blitt innlemmet i teorigrunnlaget, og tilbyr en forståelse av menneske og sykdom som kan oppleves mer egnet for mange psykomotorikere i møte med utsatte pasienter. Informantene i denne studien er brukt som representanter for den utviklingen som har skjedd på fagfeltet, og i lys av utviklingen kan man forstå at de forholder seg til ROK på ulike måter, og har utviklet ulike undersøkelsespraksiser. Med grunnlag i et fenomenologisk perspektiv, i møte med sårbare pasienter der det å skape en god relasjon anses viktigst, har de yngste og sist utdannede informantene fjernet seg fra ROK og utviklet en undersøkelsespraksis som vektlegger utforskning, meningsskapning og forståelse for sammenhengene mellom levd liv og kroppslige uttrykk og reaksjoner. Samtidig har de med seg den omfattende kunnskapen om og det analytiske blikket på den biologiske kroppen som ROK tilbyr.

Det å forstå ROK i et historisk perspektiv og som del av et bestemt kunnskapsparadigme, kan være nyttig for alle som skal lære denne undersøkelsen. I fagfeltet generelt tenker jeg det er gunstig å ha et reflektert forhold til hvordan man undersøker pasienter, og hvilke perspektiver man bringer inn i undersøkelsen.

# LITTERATURLISTE

- Braatøy, T. (1947). *De nervøse sinn*. Oslo: Cappelen
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. I *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bunkan, B.H. (1985). *Muskelspenninger og kroppsbilde*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bunkan, B.H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. I *Tidsskrift for den norske legeförening*, 24 (121), 2845-8.  
Hentet 30.8.20 fra <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer>
- Bunkan, B.H. (2010). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bunkan, B.H. (2014). *Fra Wilhelm Reich til Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen-tradisjonen i Norge. Utviklingen fra interessegruppe til akademisk utdanning i årene 1956-2006*. Oslo: ABM-media
- Bunkan, B.H., Radøy, L. & Thornquist, E. (1982). (red.) *Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B.H., Bülow-Hansen, Aa., Houge, Hødal, T. og Hansson, H. (1995/1978). *Psykomotorisk behandling*. (3. utg.) Oslo: Pensumtjeneste.
- Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A. E., & Friis, S. (1999). What are the basic dimensions of respiration? A psychometric evaluation of the comprehensive body examination II. I *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(5), 361- 369. <https://doi.org/10.1080/080394899427836>
- Bunkan, B.H., A.E. Ljunggren, S. Opjordsmoen, O. Moen & S. Friis. (2001). What are the basic dimensions of movements? A psychometric evaluation of the Comprehensive Examination III. I *Nordic Journal of Psychiatry* 55(1), 33-40. <https://doi.org/10.180/080394801750093706>
- Bunkan, B.H., Moen, O., Opjordsmoen, S., Ljunggren, A.E. & Friis, S. (2002). Interrater reliability of the comprehensive body examination. I *Physiotherapy Theory and Practice* 18, 121-129. DOI: 10.1080/09593980290058508
- Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A. E., & Friis, S. (2003). Palpation of Skeletal Muscles: A Psychometric Evaluation of the Muscular Items of the Comprehensive Body Examination. I *Journal of Musculoskeletal Pain*, 11(1), 21-30. doi: 10.1300/J094v11n01\_05
- Bunkan, B.H., Ljunggren, A.E., Opjordsmoen, S, Friis, S. & Moen, O. (2004). Development of body examinations – an overview. I *Fysioterapeuten*, 10, 22-28. Hentet 30.3.21 fra [https://fysioterapeuten.no/files/archive/427/4864/version/3/file/1004\\_Fagartikkel.pdf](https://fysioterapeuten.no/files/archive/427/4864/version/3/file/1004_Fagartikkel.pdf)

- Carel, H. & Macnaughton, J. (2012). "How do you feel?": oscillating perspectives in the clinic. I *The Lancet*, 379 (9834):2334-5. DOI [10.1016/S0140-6736\(12\)61007-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61007-1)
- Décary, S., Ouellet, P., Vendittoli, P-A. & Desmeules, F. (2016). Reliability of physical examination tests for the diagnosis of knee disorders: Evidence from a systematic review. I *Manual Therapy* 26, 172-182. doi.org/10.1016/j.math.2016.09.007
- D'Hondt, N. E., Pool, J. J., Kiers, H., Terwee, C.B. & Veeger, H. (2020). Validity of Clinical Measurement Instruments Assessing Scapular Function. Insufficient Evidence to Recommend Any Instrument for Assessing Scapular Posture, Movement, and Dysfunction – A Systematic Review. I *Journal of Orthopaedic & Sports Physical*, 50 (11), 632–641. doi: 10.2519/jospt.2020.9265.
- Engelsrud, G. (2020). Kropp-sinn; fysisk-psykisk: Et bidrag til avklaring av et grunnlagsproblem i helse- og sosialfagene. I Jenssen, D., Kjørstad, M., Seim, S. & Tufte, P. A. (red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (s. 138-160). Oslo: Gyldendal akademisk
- Eriksson, E.M., Mokhtari, M., Pourmotamed, L., Holmdahl, L. & Eriksson, H. (2000). Interrater reliability in a resource-oriented physiotherapeutic examination. I *Physiotherapy Theory and Practice* (16), 95-103.  
Hentet 9.7.20 fra <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/095939800407286>
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. I *Qualitative Inquiry* 12 (2), 219-245. DOI: 10.1177/1077800405284363
- Friis, S., Bunkan, B. H., Ljunggren, A. E., Moen, O., & Opjordsmoen, S. (1998). What are the basic dimensions of body posture? An empirical evaluation of the Comprehensive Body Examination. I *Nordic Journal of Psychiatry*, 52 (4), 319– 326.  
<https://doi.org/10.1080/08039489850149769>
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. I *Sosiologisk tidsskrift* 2 (112), 143-165.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gyllensten, A.L., Öberg, H., Träskman-Bendz, L. & Ekdahl, C. (1997). Psychomotor functioning in suicide attempters: An explorative study using the Resource Oriented Body Examination of Bunkan. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51 (3), 193- 200.  
Hentet 9.7.20 fra <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/08039489709109094>
- Hafsahl, E. (2016). Når pasienten er utrygg. Generelle betraktninger og en pasientbeskrivelse. I Tvedten, N. & Ottesen, A.: *Psykomotorisk fysioterapi – en praksis i bevegelse. Festskrift til Gudrun Øvreberg*. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

- Ianssen, B. (red). (1997). *Bevegelse, liv og forandring: i Aadel Bülow-Hansens spor*. Oslo: Cappelen Akademisk
- Johannessen, L.E.F., Rafoss, T.W. & Rasmussen, E.B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kelly, M., Tink, W. & Nixon, L. (2014). Keeping the Human Touch in Medical Practice. I *Academic Medicine*, 89 (10), 1314.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Lange, T., Struyf, F., Schmitt, J., Lützner, J. & Kopkow, C. (2017) The reliability of physical examination tests for the clinical assessment of scapular dyskinesis in subjects with shoulder complaints: A systematic review. I *Physical Therapy in Sport*, 26, 64-89. doi.org/10.1016/j.ptsp.2016.10.006.
- Leseth, A.B. & Tellmann, S.M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Lucas, N., Macaskill, P., Irwig, L., Moran, R. & Bogduk, N. (2009). Reliability of Physical Examination for Diagnosis of Myofascial Trigger Points: A systematic Review of the Literature. I *The Clinical Journal of Pain* 25 (1), 80-89. doi:10.1097/AJP.0b013e31817e13b6
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. I *Tidsskriftet for den norske legeförening* 25 (122), 2468-72. Hentet 10.5.21 fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- May, S., Chance-Larsen, K., Littlewood, C., Lomas, D. & Saad, M. (2010). Reliability of physical examination tests used in assessment of patients with shoulder problems: a systematic review. I *Physiotherapy* 96 (3), 179-190 <https://doi.org/10.1016/j.physio.2009.12.002>
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach* (3. utg.). Los Angeles: Sage Publications
- Meurle-Hallberg, K. (2005). *Relationships between bodily characteristics and mental attitudes: Bodily examined and self assessed ratings of ill health*. (Doktoravhandling, Fakultet for psykologi, Universitetet i Umeå). Hentet 20.6.20 DOI:10.1037/e573112012-037
- Møyner, E. (2016). Det terapeutiske samspill – en utfordrende balansegang. I Tvedten, N. & Ottesen, A.: *Psykomotorisk fysioterapi – en praksis i bevegelse. Festskrift til Gudrun Øvreberg*. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

- Norsk fysioterapeutforbund (2021). Pasientbrosjyre om psykomotorisk fysioterapi. Hentet 9.1.21 fra <https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi>)
- Schibbye, A.-L.L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Smeby, E.V. & Skumsrud, T.T. (2019). *Forskningsbasert kunnskap i Norsk psykomotorisk fysioterapi*. (Masteroppgave i psykisk helsearbeid, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslo Metropolitan University). Hentet 1.6.20 fra [https://odahioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/10642/8081/Smeby\\_EvaV\\_e\\_ronoka-Skumsrud\\_TrineTorkehagen.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://odahioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/10642/8081/Smeby_EvaV_e_ronoka-Skumsrud_TrineTorkehagen.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Sviland, R., Martinsen, K. og Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke – hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten* (12), 23-28
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thornquist, E. (1990). Communication. What happens during the First Encounter between Patient and Physiotherapist? I *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 8 (3), 133-138. Hentet 15.8.20 fra <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02813439008994946>
- Thornquist, E. (1994). Varieties of functional assessment in physiotherapy. I *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 12 (1), 44-50. Hentet 15.8.20 fra <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/02813439408997056>
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming, del I. I *Utposten* (5), 28-32. Hentet 20.8.20 fra <https://www.utposten.no/asset/2006/2006-05-28-32.pdf>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. & Kirkengen, A. L. (2020). *Sammensatte lidelser. Et samfunnsspeil*. Bergen: Fagbokforlaget
- Westgaard, H. (2016). Kroppsholdning – meningsrammer og praksis. *Fysioterapeuten* (3), 20-25.
- Wyller, T.B. (2001). En mer kunnskapsbasert fysioterapi? *Tidsskriftet for den norske legeforening* 121 (24). Hentet 1.9.20 fra <https://tidsskriftet.no/2001/10/redaksjonelt/en-mer-kunnskapsbasert-fysioterapi>



Øvreberg, G. & Andersen, T. (2002). *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi: en metode til omstilling av anspent muskulatur og hemmet respirasjon*. Harstad: Øvreberg

# VEDLEGG 1: Prøvebehandlingen



## *Prøvebehandling i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi . 21.02.2011*

Prøvebehandlingen er en undersøkelse som etterfølger og utdyper Den Ressursorienterte Kroppsundersøkelse (ROK). ROK skal sammen med sykehistorien først og fremst finne pasientens ressurser og om pasienten nå er for belastet til å ha en omstillende behandling. Hensikten med prøvebehandlingen er å utdype funnene i ROK, i første rekke å vurdere pasientens fleksibilitet og stabilitet og mulighet til omstilling. Videre kan prøvebehandlingen gi et inntrykk av pasientens evne til å reagere kroppslig og verbalt. Dette gjøres ved å prøve ut grensene til pasienten uten å provoserer i særlig stor grad, verken kroppslig eller verbalt. Ut fra dette vil en prøvebehandling bli noe forskjellig alt etter pasientens plager, personlighet og om pasienten har hatt fysioterapi, eventuelt NPMF tidligere.

Vanligvis starter prøvebehandlingen med en kort orienterende samtale om det som skal foregå. Det orienteres om betydningen av å få frem uttrykk: kroppslig og verbalt i forbindelse med det som er ubehagelig. Dette må ikke oppfattes som noe som *avkretses* pasienten, men mer som en oppmuntring til å prøve og gi uttrykk for hvordan undersøkelsen oppleves. Samtalen skal også fange opp om det har hendt noe med pasienten etter ROK og intervju, som vanligvis gjøres en eller noen dager forut.

### Retningslinjer for prøvebehandling:

#### 1. Stående:

Stående stilling med hoftebreddes avstand mellom føttene. Tyngdeplassering over føttene observeres og prøves ut. Patellas bevegelse undersøkes.

#### 2. Sittende på krakk:

Pasientens sitter først i sin vanestilling, før sittestilling med vekten over sitteknutene inntas (om mulig). Lumbalcolumnas stilling vurderes, eventuelle endringer registreres. Fleksibilitet og evne til å isolere bevegelser i hofter undersøkes. Deretter undersøkes fleksibilitet og evne til å isolere bevegelser i nakke, rygg, bekken. Reaksjoner fra pusten observeres underveis.

#### 3: Fra slapp stup sittende stilling til slapp stup stående:

I slapp stup stående stilling undersøkes fleksibilitet i kroppen og kontakt med underekstremitetene. Gynging over knærne i denne stillingen viser om det er spredningsmulighet opp til overkroppen, spesielt om bevegelsen utløser medbevegelser i hode og armer. Terapeuten sjekker om pasienten har mulighet for å gi etter for tyngdekraften i nakken og skulderbuen. Stillingen kan virke provoserende ved nedsatt fleksibilitet i kroppen, og undersøkelsen sløyfes ved store smerter. Pasienten bør uansett ikke bli stående lenge i denne stillingen.

Opprettingen til stående stilling skjer ved at pasienten fører bekkenet frem til midtstilling og strekker knærne og lar bevegelsen spre seg opp gjennom kroppen. Opprettingen utfyller inntrykket av columnas fleksibilitet fra sittende stilling, og viser både koordinasjon og eventuelle stive partier av kroppen.

#### 4. Stående stilling:

I stående stilling undersøkes bevegeligheten i nakken (ledet aktiv bevegelse), skulderbuens bevegelighet og ettergivenhet og hvordan bevegelsesutslaget sprer seg i kroppen etter dytt mot sacrum.

#### 5. Langssittende på benk:

I denne stillingen vurderes forholdet mellom underekstremitetene og ryggen, samt mulighet for å belaste sitteknutene i denne utgangsstillingen. Hvis pasienten kan sitte på sitteknutene, undersøkes fleksjon i rygg og nakke.

#### 6. Fremliggende på benk:

I fremliggende stilling har pasienten armene langs sidene og en liten pute under magen. Grepen for ryggen utføres. Ved forøket spenning og smertefulle områder må terapeuten være rask til å slippe taket, så pasienten ikke strammer seg ytterligere til, men får anledning til å reagere. Pasientens responsevne på ulike grep observeres. Pasienten oppmuntres til å reagere, men det må ikke legges opp til verbal og motorisk prestasjon eller lydighet fra pasientens side. Massasjesekvensen skal være preget av ro, men ved første gangs undersøkelse gis det ikke tid og rom til forsenkning og dyp avspenning.

#### 7. Langssittende/kroksittende på benk:

Fra fremliggende stilling setter pasienten seg opp i langssittende / kroksittende stilling. Skifte av stilling og overgang til sittende stilling kan bidra til å unngå for stor avspenning, samtidig som den kontakten med ryggen som massasjen har forårsaket, utnyttes.

#### 8. Ryggliggende stilling:

Grep for ekstremitetene undersøker spenningsforhold og avspenningsevne, og prøver samtidig ut pasientens reaksjonsmønster. Utstrykning og ikke-provoserende grep veksler med noen få, lett provoserende grep. Thorax, mage og lyske undersøkes vanligvis ikke. Kjevbevegelsene undersøkes ved å se om pasienten selv klarer å gape/skyve, og vi registrerer hvorvidt det blir noen respirasjonssvar. Braatøys drag kan forsøkes. Etter første gangs prøvebehandling hviler pasienten vanligvis ikke.

#### 9. Stående stilling:

Pasienten ruller opp fra ryggliggende stilling ved å aktivisere muskulatur på kroppens forside og ikke utelukkende M. iliopsoas, evt. snur seg over på siden og setter seg ytterst på benkekanten med bena i gulvet. Skyver seg fra benken med lett ventralfleksjon i ryggen og knærne til tyngden er over føttene. Rette seg opp til stående ved å presse fotsålene mot underlaget og la strekken komme opp gjennom kroppen. I stående stilling vurderes om holdningsmønsteret er endret ved at terapeuten sammenholder funn fra begynnelsen av prøvebehandlingen. Pasienten oppmuntres til å kjenne etter eventuelle endring. Terapeuten

kan eventuelt undersøke om pasientens evne til å la hode ledes aktivt, samt å la skuldrene bli beveget passivt, er påvirket av prøvebehandlingen.

#### **10. Samtale underveis:**

Pasientene oppmuntres til å si fra om hva de kjenner i løpet av prøvebehandlingen, og det presiseres at det ikke er et mål å holde ut og tåle eventuell smerte under undersøkelsen. Ellers samtales det fortrinnsvis om pasientens opplevelser og reaksjoner i løpet av prøvebehandlingen.

#### **11. Felles evaluering av behandlingsutbyttet etter 6-8 ganger.**

#### ***Muskulatur det kan være aktuelt å undersøke ved PMF-undersøkelse:***

##### **FREMLIGGENDE:**

M. erector spina: lumbalt, Th 10-12, interscapulært  
M. quadratus lumborum  
M. teres  
M. trapezius  
M. gluteus med

##### **RYGGLIGGENDE:**

##### ***Underekstremitetene:***

M. gastrocnemius med. og lat.  
M. rectus fem.  
M. vastus med.  
Adduktorgruppen

##### ***Overekstremitetene:***

M. biceps  
M. triceps  
Bøyer- og strekkergruppen underarm  
M. pronator teres  
M. adduktor pollicis

M. pectoralis  
M. trapezius  
M. sternocleidomastoideus  
M. scalenii  
M. masseter  
M. temporalis  
Øvre orbitalrand  
Galea  
Nakkens ekstensorer  
Strupehode/tungerot

## VEDLEGG 2: Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen

09 Berit Heir Bunkan/2014 Ekerholt/Møyner

### Den Ressursorienterte Kroppsundersøkelsen (ROK)

Dato:

Navn:

Født

Adresse:

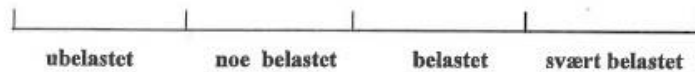
Tlf:

Lege:

Psykolog/psykiater:

Fysioterapeut:

Ressurskontinuum



ubelastet

svært belastet

0

1

2

3

4

5

6

Konklusjon på undersøkelsen:

---

### Holdningsvurdering

V H

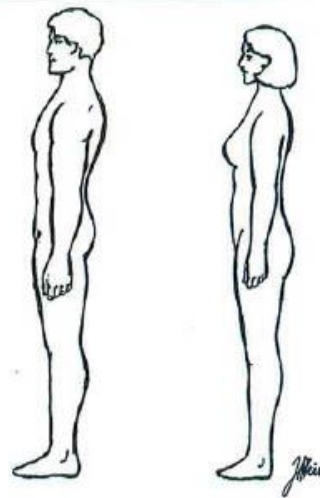
Ankelledd	Flektert		
	Midtstilling		
	Hyperekstendert		
Kneledd	Flektert		
	Midtstilling		
	Hyperekstendert		
Bekkenhelning	Forøket		
	Midtstilling		
	Forminsket		
Lumballordose	Forøket		
	Midtstilling		
	Forminsket		
Thoracalkyfose	Forøket		
	Midtstilling		
	Forminsket		
Cervicallordose	Forøket		
	Midtstilling		
	Forminsket		
Hodet	Fremskutt		
	Midtstilling		
	Tilbaketrukket		
	Flektert		
	Rotert		
Skulderbue	Fremtrukket		
	Midtstilling		
	Tilbaketrukket		
	Opptrukket		
Albue	Tilfredsstillende		
	Forøket fleksjon		

### Stående stilling

	Foran	Midt	Bak
<b>Tyngdeplassering</b>			
	stram	slapp	U.A.
Fleksjonspreget			
Underkropp			
Overkropp			
Ekstensjonspreget			
Underkropp			
Overkropp			
Reklinert overkr.			

### Liggende stilling

Gir for mye etter	
Gir litt etter med en gang	
Gir etter, etter en stund	
Gir ikke etter	



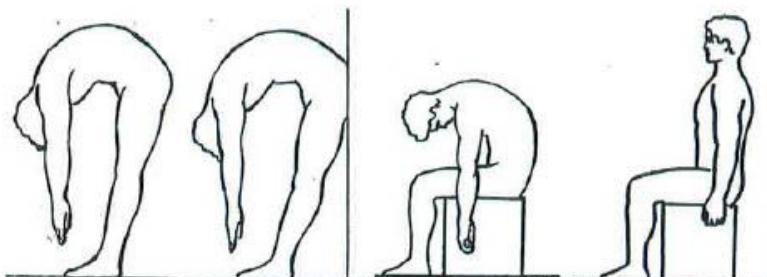
tegne inn akser

### Respirasjonsvurdering

	Hypogastrium		epigastrium		lavthoracalt		midtthoracalt		høythoracal	
	st	Ligg	st	ligg	st	ligg	st	ligg	st	ligg
Inspirasjonsstill.										
Ekspirasjonsstill.										
Snørefure/inndrag										
Hovedbevegelse										
Medbevegelse										
Stillstand										
Frekvens	Langsom		Tilfredsstillende		Hurtig					
Utslag	Stort		Tilfredsstillende		Lite					
Belgnotstand	Stort		Tilfredsstillende		Lite					
Rytme	Ujevn Jevn		Synkron Asynkron		Paradox					
Aktiv ekspirasj.	Ja	Nei								
Resp.svar gaping										
Resp.svar kjeve frem										

Tallskala for holdning, respirasjon og bevegelse  
 Redusert utslag betegnes med - og forøket med +.

Svært stort avvik	6
Uttalt avvik	5
Betydelig avvik	4
Tydelig avvik	3
Aning avvik	2
Ubetydelig avvik	1
Ideell	0



### Funksjonsvurdering

Utgangsstilling	Funksjonsprøve	Utslag		Aktivitet*		Egenbev.		Resp.svar	
		V	H	V	H	V	H	V	H
Lett bredstående stilling	Avspenning arm								
	Retraksjon sk. bue								
	Sprednings u.s.								
Sittende still.	Kneløft								
	Ventralfleksjon								
	Opprulling fra ventralfleksjon								
Slappstup liten bredstående stilling	Kurvatur columna								
	Thorax rotasjon								
	Retraksj. skulderbue								
	Rotasjon hodet								
	Nikkebevegelse								
Ryggliggende stilling	Kne/hofte - fleksjon/ekstensjon								
	Retraksjon av skulder.bue								
	Elevasjon av arm								
	Fleksjon øvre nakkeledd								
	Ekstensjon øvre nakke ledd								
Stående balanse	Løft ben, 90 grader i kne og hofte.								
Gange:									

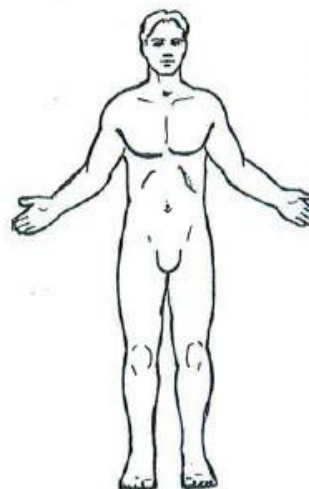
\*Aktivitet: med/mot/fri/slapp

Bemerkninger:



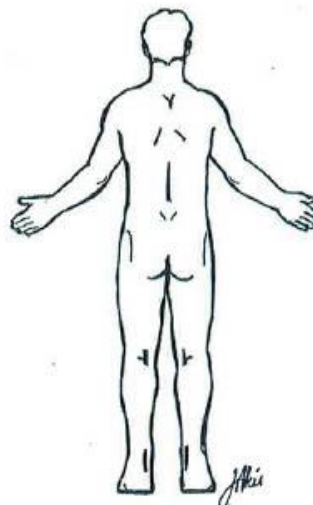
Farger eller tall(1-6) settes rett på figuren.

	Fargeskala	Tallskala	Ømhet
Meget høy stivhetsgrad	Gul	6	6: Kan ikke berøres 5: Svært øm
Tydelig forøket stivhetsgrad	Oransje	3	4: betydelig øm 3: Tydelig øm 2: Aning øm
Ideell	Rød	0	Ingen ømhet
Tydelig nedsatt stivhetsgrad	Grønn	-3	
Meget nedsatt stivhetsgrad	Blå	-6	



### Muskulatur

	Fylde		Stivhetsgrad		Ømhet		Konsistens
	V	H	V	H	V	H	
<b>Fremliggende stilling</b>							
M.Erector spinae (L4)							
M.Erector spinae (Th10)							
M.Erector spinae (Th 6)							
M.Latissimus dorsi							
M.Teres major							
M.Intercostales, 10.costa							
M quadratus lumborum							
M. gluteus medius							
M. gluteus maximus							
<b>Rygliggende stilling</b>							
Plantar							
M. gastrocnemius							
M. soleus							
M. rectus femoris							
M. vastus medialis fem.							
Adduktorgruppen							
M. biceps brachii							
M. triceps brachii							
M. pronator teres							
Extensorgruppe underarm							
M. adductor pollicis							
M. pectoralis major							
M. trapezius							
Nakkerosetten							
M. sternocleido mast.							
M. scalenus							
M. temporalis							
M. masseter							
M. orbicularis oculi sup.							
Galea							



Reaksjoner (Autonome, motoriske og emosjonelle):

Kroppsbilde:



## **VEDLEGG 3: Informasjonsskriv til intervjudeltakerne**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet «Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt der formålet er å finne ut hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har med Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK), utviklet av Berit Heir Bunkan. I dette skrivet får du informasjon om målet for prosjektet, og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Bakgrunn og formål**

Jeg heter Vibeke Svarholt, er psykomotorisk fysioterapeut og mastergradsstudent ved Oslo Metropolitan University. Forskningsprosjektet jeg skal gjøre, skal inngå i min mastergradsoppgave i psykomotorisk fysioterapi.

Det er generelt gjort lite forskning på psykomotorisk fysioterapi, og forskning på praksis er etterspurt. Hva gjør egentlig psykomotoriske fysioterapeuter, hvordan jobber de i praksis? Hva tenker de rundt fagfeltet de jobber med? I min studie ønsker jeg å se nærmere på den psykomotoriske undersøkelsen, og nærmere bestemt Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK). Dette er en undersøkelsesmetode som mange psykomotorikere har lært gjennom sin videreutdanning. Jeg ønsker å finne ut hvilke erfaringer psykomotorikere har med denne undersøkelsen – om de bruker den i sin praksis, hvordan de bruker den, hva den gir og hva den eventuelt ikke gir. For å få svar på dette, vil jeg gjøre en kvalitativ intervjuundersøkelse av 3 psykomotorikere som har lært Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen, og som har jobbet som psykomotorisk fysioterapeut i minst 2 år. Det er et kriterium at intervjudeltakerne har lært ROK, men ikke at de bruker den i sin praksis.

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

Ansvarlig for forskningsprosjektet er Oslo Metropolitan University, Fakultet for helsevitenskap, institutt for fysioterapi.

Prosjektleder er psykomotorisk fysioterapeut og mastergradsstudent Vibeke Svarholt. Prosjektansvarlig og veileder er førsteamanuensis Anne Langaas, Fakultet for helsevitenskap, institutt for fysioterapi, OsloMet.

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

Kontaktinformasjon til deg har jeg fått gjennom nettverket mitt av psykomotoriske fysioterapeuter, blant annet Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi. Du får spørsmål om å delta fordi du er psykomotorisk fysioterapeut, har lært Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen, og har jobbet som psykomotorisk fysioterapeut i minst to år. Det er som nevnt ikke et vilkår at du bruker ROK i din praksis.

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

Jeg ønsker å intervju deg individuelt om dine erfaringer med å lære og eventuelt bruke Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen. Intervjuet vil ta maksimalt 1,5 time, og kan foregå der det passer best for deg. I utgangspunktet ønsker jeg å møte intervjudeltakerne fysisk, innenfor rammene av de gjeldende smittevernreglene. Hvis dette ikke er mulig/ønskelig for deg, kan vi møtes på en trygg digital plattform. Jeg vil gjøre lydopptak av intervjuet, og transkribere det selv i etterkant. Jeg vil også gjøre notater rett etter intervjuet basert på det vi har snakket om.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet, og du kan kreve å få slettet intervjuet, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan dine opplysninger blir oppbevart og brukt**

Opplysningene om deg vil bare bli brukt til det formålet jeg har fortalt om i dette skrevet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare jeg og min veileder som vil ha tilgang til opplysningene. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste atskilt fra det øvrige datamaterialet. I selve masteroppgaven vil datamaterialet fra intervjuet anonymiseres, sånn at du ikke vil kunne identifiseres som intervjudeltaker.

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

Personopplysninger, lydopptak og transkripsjon av intervju vil bli slettet når oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i juni 2021.

## **Dine rettigheter**

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

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

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

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

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

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

Vibeke Svarholt

e-post [vibesvar@online.no](mailto:vibesvar@online.no)

mob. 97 58 24 72

mob. 97 12 12 58

Anne Langaas

e-post [anne.langaas@oslomet.no](mailto:anne.langaas@oslomet.no)

tlf. 67 23 67 14

Du kan også kontakte personvernombudet ved OsloMet:

Ingrid Jacobsen

e-post [ingrid.jacobsen@oslomet.no](mailto:ingrid.jacobsen@oslomet.no)

tlf. 67 23 55 34

mob. 99 30 23 16

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Vibeke Svarholt

prosjektleder / mastergradsstudent

-----

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet «Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju. Jeg samtykker også til at mine opplysninger kan behandles fram til prosjektet er avsluttet.

.....

(Dato, signatur av prosjektdeltaker)

# VEDLEGG 4: Intervjuguide 1

## Intervjuguide

### Utdanning

Hvilken utdanning har du tatt for å bli psykomotorisk fysioterapeut?

### Arbeidserfaring

Hvilken arbeidserfaring har du som psykomotoriker?

### ROK

Kan du fortelle om hvordan det var å lære ROK?

Bruker du den i din praksis som psykomotoriker?

#### Hvis ja:

Beskriv **hvordan du bruker ROK** i din praksis

Hele undersøkelsen i én konsultasjon?

Gjør du alle delundersøkelsene?

Noterer du funn i ROK-skjemaet?

Skalerer du eller beskriver med ord?

Fargelegger du figurene?

Gjør du kroppsbildeundersøkelse? I så fall: hvordan?

Bruker du ressurskontinuumet, og plasserer funnene på det?

Gjør du din vurdering av pasienten basert på de samlede funnene av ROK og plasseringen på ressurskontinuumet?

Lar du dette veilede deg i hvilken behandlingstilnærming du tenker at pasienten vil ha nytte av?

Hvis ROK tilsier at pasienten ikke vil kunne ha nytte av psykomotorisk fysioterapi, hvordan løser du dette? Hva sier du til pasienten? Har du f.eks. avvist pasienter som du tenker ikke passer til PMF?

Hva gjør du hvis pasienten ikke klarer å gjennomføre undersøkelsen, eller får reaksjoner/ubehag underveis?

### **Erfaringer med ROK**

- Positive
- Negative

Hvordan fungerer det å bruke ROK i samhandlingen med pasientene?

Hva tenker du om reliabiliteten (påliteligheten) til ROK?

Ser du for deg at du og andre psykomotorikere som bruker ROK, vil vurdere samme pasient relativt likt?

Hvis nei, eller bare delvis:

**Hva er det som har gjort at du bare bruker den delvis / har sluttet å bruke den?**

Hva er det du synes er problematisk med den/ikke liker med den?

Er det noe du synes den mangler?

Hva er det den ikke gir? Hva savner du ved den?

**Hva gjør du i stedet for ROK?**

Om undersøkelse generelt

Hva synes du er viktig når du som psykomotoriker skal undersøke en ny pasient?

Hva er det du vil oppnå? Hva skal undersøkelsen si noe om?

Hvordan fungerer ROK for å få fram det du synes er viktig?

Hvordan bør kommende psykomotorikere lære seg å undersøke?

**Hvilke tanker og perspektiver har du med deg når du skal undersøke en ny pasient?**

**Hva tenker du er viktig i en psykomotorisk undersøkelse?**

Hva skal man oppnå?

Hva skal undersøkelsen si noe om?

### Avslutning

**Er det noe du vil utdype eller kommentere av det vi har snakket om?**

**Er det noe vi ikke har vært inne på som du syns vi burde ha fått fram?**

**Hvis det er noe jeg oppdager i etterkant at jeg gjerne skulle fått avklart, er det ok at jeg ringer deg da?**

## VEDLEGG 5: Intervjuguide 2

### Intervjuguide

Si litt om min inngang til tematikken: Jeg synes ROK var litt vanskelig å bruke, følte meg ikke helt komfortabel med den. Samtidig tenker jeg at den er veldig informativ. Jeg har tilpasset den i min praksis. Andre psykomotorikere jeg har snakket med, har ulike erfaringer med å bruke den. Jeg er nysgjerrig på hva folk faktisk gjør i praksis når de skal undersøke en pasient.

Kan du fortelle om forrige gang du undersøkte en voksen pasient? *Få fram konkrete beskrivelser. Hva gjorde du? Hva tenkte du?*

Tenker du at måten du undersøker på, har endret seg gjennom de årene du har vært psykomotoriker?

Hva tror du pasienten tenkte etter undersøkelsen var gjort? Etter timen?

Hvor mye undrer man seg sammen med pasienten?

Hvor mye tolker man sammen med pasienten?

Hva har du lært av pasientene dine?

Etterspørre hva hun mener og tenker.

*Mener du at...?*

*Tenker du at...?*

Erfaringer med ROK

- positive
- negative

Hvordan bruker du ROK i praksis?

Hvordan fungerer det å bruke ROK i praksis?

Hvis ikke ROK/bare deler av ROK: Hva ligger bak valget?



Hva er viktig for deg når du skal undersøke en ny pasient?

Noe du vil utdype eller kommentere? Spørsmål?

Er det noe vi ikke har vært inne på som du syns vi burde fått fram?

## VEDLEGG 6: Intervjuguide 3

### Intervjuguide

Minne om temaet for samtalen: Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen og informantens erfaringer med den

Si litt om min inngang til tematikken.

#### Utdanning

#### Arbeidserfaring

#### Erfaringer med ROK

(Hvordan) bruker du ROK i praksis?

Hvordan fungerer det å bruke ROK i praksis?

Hvis ikke ROK/bare deler av ROK: Hva ligger bak valget?

#### Hva er du opptatt av når du undersøker?

Kan du fortelle om forrige gang du undersøkte en voksen pasient? Få fram **konkrete beskrivelser**. Hva gjorde du? Hva tenkte du?

Tenker du at måten du undersøker på, har endret seg gjennom de årene du har vært psykomotoriker?

#### Relasjonen til pasienten

Hva tenker du om relasjonen til pasienten?

Hva vil du at pasienten skal sitte igjen med?

Hvor mye undrer man seg sammen med pasienten?

Hvor mye tolker man sammen med pasienten?

Hva har du lært av pasientene dine?

**Hvordan ser du på din rolle som psykomotoriker?**

I forhold til pasienten, pårørende, andre faggrupper, andre psykomotorikere

Noe du vil utdype eller kommentere? Spørsmål?

Er det noe vi ikke har vært inne på som du syns vi burde fått fram?

# VEDLEGG 7: Vurdering fra Norsk Senter for Forskningsdata

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Psykomotoriske fysioterapeuters erfaring med Den Ressursorienterte Kroppsundersøkelsen (ROK)

### Referansenummer

125871

### Registrert

18.08.2020 av Vibeke Beritsdatter Svarholt - [s898825@oslomet.no](mailto:s898825@oslomet.no)

### Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for fysioterapi

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

Anne Langaas, [Anne.Langaas@oslomet.no](mailto:Anne.Langaas@oslomet.no), tlf: 97121258

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Vibeke Svarholt, [vibesvar@online.no](mailto:vibesvar@online.no), tlf: 4797582472

### Prosjektperiode

24.08.2020 - 30.06.2021

### Status

19.08.2020 - Vurdert

### Vurdering (1)

## 19.08.2020 – Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 19.08.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 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 vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav

til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Diktafonappen til TSD (Tjenester for sensitive data) er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mirza Hodzic Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## **VEDLEGG 8: Veras fem knagger**

- Protraherte skuldre (tilhørende domenet Holdning)
- Slapp-stup-liten bredstående stilling (tilhører domenet Bevegelse/bevegelse)
- Passive bevegelser – motstand mot disse (tilhører domenet Bevegelse/bevegelse)
- Livløs muskulatur i underekstremitetene kombinert med økt stivhetsgrad i muskulatur i overkropp (tilhører domenet Muskulatur)
- Skulderretraksjon stående (tilhører domenet Bevegelser/bevegelse)