

MASTEROPPGAVE

Master i psykisk helsearbeid

November 2015

Tittel

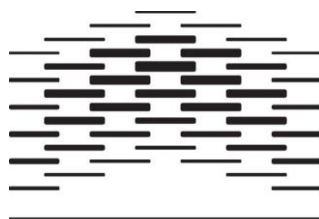
Norsk psykomotorisk fysioterapi; Betydningen av den terapeutiske relasjonen og måleverktøyet N-STAR

Navn

Elisabeth Rygge

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

«Du er en engel som kom inn i livet mitt» uttrykte en pasient spontant (referert med tillatelse). Kommentaren festet seg i hodet og ble gjenstand for refleksjon og ettertanke. Hun var unektelig svært takknemlig. Hva var det som kjentes så spesielt og betydningsfullt for henne? Hvorfor drives noen behandlingsprosesser frem nesten av seg selv, mens andre nærmest stopper opp? Tankene penslet tilbake på denne spesifikke pasienten og på da behandlingen startet. Det var store forandringer som hadde skjedd siden da; både kroppslig og hvordan hun tenkte og handlet. Kunne det handle om den terapeutiske relasjonen?

Jeg ønsker å takke alle som har bidratt til at denne oppgaven er blitt en realitet. Jeg er svært takknemlig for alle som har stilt opp for meg. Det føles som det er lenge siden denne spennende, lærerike og krevende prosessen startet. Nå er det godt å være i mål.

Først og fremst vil jeg rette stor takk til alle informanter som fylte ut spørreskjema og returnerte dette. En spesiell takk rettes til informantene som deltok på intervju og bidro med sin tid og delte oppfatninger, tanker og opplevelser med meg.

Samtidig ønsker jeg særlig å takke min veileder Phd. Amy Østertun Geirdal som har fulgt meg i hele prosessen og bidratt med konstruktive og lærerike innspill. Din kompetanse og dyktighet har vært til uvurderlig hjelp. Det har vært avgjørende for å holde motivasjonen oppe underveis.

Jeg ønsker videre å takke Birgit Gunnari og Liv Solbraa Kristiansen som har stilt opp med god oppmuntring og støtte.

Takk til Ane Solbraa for gode faglige innspill og korrekturlesing, til Anna-Karin Clarin for teknisk referansehjelp og til Ragnhild Myhre og Hans-Egil Rygge som har bidratt med språkvask.

Til slutt, rettes en stor takk til venner og familie som har bidratt på hver sin måte; middag, oppmuntrende ord og positiv avkobling fra masterarbeidet.

Sogndal, 15.11.2015

Elisabeth Rygge

Sammendrag

Introduksjon:

Den terapeutiske relasjonen har stor betydning i psykisk helsearbeid og Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), men forskningen knyttet til relasjonens betydning i NPMF har vært begrenset, først og fremst til kvalitativ forskning. Måleverktøyet Scale To Assess the therapeutic Relationship (STAR) ble utviklet med tanke på å måle kvaliteten på den terapeutiske relasjonen i psykisk helsearbeid, hvor behandlerne er helse- og sosialarbeidere. STAR er oversatt til norsk, N-STAR, og det ble i 2014 gjennomført en pilotstudie på den norske versjonen. Denne studien ble gjennomført våren – høsten 2015 og formålet var å undersøke den terapeutiske relasjon i NPMF, samt å vurdere om N-STAR er relevant for å måle kvaliteten på den terapeutiske relasjonen i NPMF.

Metode:

Rekrutteringen av informanter foregikk i to deler. I første del ble psykomotoriske fysioterapeuter rekruttert til å delta i studien via Norges Fysioterapiforbund sin liste over medlemmer i faggruppen for psykomotoriske fysioterapeuter. Forsker hadde tilgang til denne listen gjennom eget medlemskap. De psykomotoriske fysioterapeutene som ønsket å delta rekrutterte en pasient hver til studien. Terapeuter og pasienter besvarte et spørreskjema bestående av N-STAR og et fåtall demografiske spørsmål. Basert på svarene i første del ble tre psykomotorisk fysioterapeuter og deres respektive tre pasienter rekruttert til semistrukturerte intervju i andre del. Denne delen av utvalget var strategisk. Dataene ble belyst ved bruk av Mixed Method Research, det vil si både kvantitative og kvalitative data. Deskriptive analyser, Cronbach`s alpha, T-test, Pearson korrelasjons koeffisient, Cohen`s d, og Intraclass korrelasjons koeffisient ble benyttet for å undersøke spørreskjemaet. Analysen ble utført med SPSS versjon 23. Malteruds systematiske tekstkondensering ble benyttet for å analysere funnene fra intervjuene.

Resultat:

Fra intervjuene fremkom det tre hovedtemaer for både terapeuter og pasienter. To av hovedkategoriene var felles for terapeuter og pasienter; «Relasjonen - et bakteppe» og «Tillit, anerkjennelse og empati». Terapeutenes tredje kategori var «Å skape trygghet», mens pasientens var «Fysisk og mental trygghet». Samtidig fremkom det noe sprikende (moderat til positiv) oppfattelse av N-STAR sin relevans i NPMF. Reliabilitetsskårene i N-STAR

delskalaene var lavere enn anbefalt, men totalskårene var relativt høye både i pasient- og behandlerversjonen, hvilket betyr at de var fornøyd med egen relasjon til den andre. N-STAR-totalskår viste positive sammenhenger med alle delskalaer hos både behandlerne og pasientene. Det var ingen sammenheng mellom behandleres og pasient N-STAR skår. Sammenlignet med behandlere og pasienter i pilotstudien av N-STAR var både NPFM behandlere og pasienter var mer fornøyd med relasjonen, dvs. at de hadde høyere score.

Konklusjon:

Psykomotoriske fysioterapeuter og deres pasienter anser den terapeutiske relasjon som nær og et fundament for behandlingen i NPMF. Den terapeutiske relasjonen kan være viktigere enn behandlingstiltakene. Terapeutene trekker frem det fysiske som en viktig del av relasjonen, mens pasientene opplever at relasjonen ikke innebærer fysisk berøring. Samtidig presiserer pasientene behov for en trygg relasjon for å slippe terapeuten til med berøring og massasje. Både terapeuter og pasienter scorer den terapeutiske relasjonen høyt i N-STAR og understreker at relasjonen er viktig i NPMF. Til tross for dette ansees det som at N-STAR ikke dekker det fysiske aspektet ved den terapeutiske relasjonen i NPMF. Måleverktøyet, slik det fremstår i dag, vurderes således til å ikke være fullgodt for å måle kvaliteten på relasjonen i NPMF.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, N-STAR, STAR, terapeutisk relasjon, terapeutisk allianse

Abstract

Background:

The therapeutic relationship is of great importance in mental health care and Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMF), but research relating to the importance of the relationships in NPMF has primarily been limited to qualitative research. The measuring tool Scale To Assess the therapeutic Relationship (STAR) was developed to measure the quality of the therapeutic relationship in mental health care, where therapists are health and social workers. STAR has been translated into Norwegian, N-STAR, and a pilot study on the Norwegian version was carried out in 2014. The present study was carried out in spring - autumn 2015. The aim of the study was to investigate the therapeutic relationship in NPMF, and to consider whether N-STAR is relevant for measuring the quality of the therapeutic relationship in NPMF.

Methods:

The recruitment of informants took place in two parts. In the first part, psychomotor physiotherapists were recruited to participate in the study through the Norwegian Physiotherapy Association's list of members. The researcher had access to this list through its own membership. Psychomotor physiotherapists who wished to participate recruited one patient each to the study. Therapists and patients answered a questionnaire consisting of N-STAR and a few demographic questions. Based on the answers in the first part, three psychomotor physiotherapists and their three respective patients were recruited for semi-structured interviews in the second part. This part of the sample was strategic. The data were illuminated using Mixed Method Research, that is, both quantitative and qualitative data. Descriptive analyzes, Cronbach's alpha, T-test, Pearson correlation coefficient, Cohen's d and Intra Class correlation coefficient was used to examine the questionnaire. The analysis was performed with SPSS version 23. Malteruds systematic text condensation was used to analyze the findings from the interviews.

Results:

From the interviews it emerges three main themes for both therapists and patients, where two of the themes were common for both therapists and patients; "The relationship - a backdrop" and "Trust, recognition and empathy." The therapists' third category was "Creating security", while the patient was "Physical and mental security". However, it emerged somewhat

inconsistent (moderately positive) perception of the relevance of the N-STAR in NPMF. The reliability score in N-STAR subscales was lower than recommended, but total scores were relatively high in both the patient and the therapist version, meaning that they were satisfied with their relationship to the other. The N-STAR total scores showed positive correlations with all subscales of both therapists and patients. There was no correlation between therapist and patient N-STAR scores. Compared with therapists and patients in the pilot study of N-STAR, both NPFM therapists and patients were more satisfied with the relationship, meaning that they had higher scores.

Conclusion:

Psychomotor physiotherapists and their patients consider the therapeutic relationship as close and a foundation for treatment in NPMF. The therapeutic relationship may be more important than treatment measures. The therapists highlight the physical as an important part of the relationship, while the patients do not experience that the relationship involves physical touch. At the same time, the patients emphasize the need of a safe relationship to let the therapist touch and massage. Both therapists and patients score the therapeutic relationship high in N-STAR, and underline that the relationship is important in NPMF. Despite this, it is considered that N-STAR do not cover the physical aspect of the therapeutic relationship in NPMF. The measuring tool, as it stands today, is therefore considered not to be fully adequate for measuring the quality of the relationship in NPMF.

Key Word: Norwegian psychomotor physiotherapy, N-STAR, STAR, therapeutic relation, therapeutic alliance

Forkortelser, figurer og tabeller

Forkortelser:

NPMF – Norsk psykomotorisk fysioterapi

NFF – Norges fysioterapiforbund

SPSS – Statistical Package for Social Sciences (versjon 23)

MMR – Mixed Methods Research

STAR - Scale To Assess the Therapeutic Relationship

N-STAR – Norsk oversettelse av STAR

N-STARp – N-STAR pasientversjon

N-STARb – N-STAR behandlerversjon

Liste over figurer:

Figur 1 - Kvantitativ og kvalitative komponenters interaksjon i datainnsamling og analyse

Figur 2 - Kvantitative og kvalitative komponenters interaksjon i resultater og drøfting

Liste over tabeller:

Tabell 1 - Oversikt over midlertidige hovedtema fase 1 kvalitativ analyse

Tabell 2 - Oversikt over i koder for behandlere og pasienter fase 2 kvalitativ analyse

Tabell 3 - Hoved- og undergrupper behandlere og pasienter fase 3 kvalitativ analyse

Tabell 4 - Demografi behandlere

Tabell 5 - Demografi pasienter

Tabell 6 - Sammenligning av psykomotoriske fysioterapeuter og psykiske helsearbeidere

Tabell 7 - Sammenligning av pasienter til psykomotoriske fysioterapeuter og psykisk helsearbeideres pasienter

Tabell 8: Intern konsistens i N-STAR pasientversjon og behandlerversjon

Tabell 9: Bivariate assosiasjoner mellom delskalaer og totalscore

1 Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Introduksjon.....	1
1.2	Hensikt og problemstilling	3
1.3	Definisjon av sentrale begreper	4
1.3.1	Terapeutisk relasjon	4
1.3.2	Terapeutisk allianse.....	4
1.4	Oppgavens oppbygging og avgrensning.....	4
1.5	Vitenskapsteoretisk ståsted.....	5
1.5.1	Pragmatisme	5
2	Teori og tidligere forskning.....	6
2.1	Tidligere forskning på den terapeutiske relasjon.....	6
2.1.1	A tripartite model of the therapeutic relationship	8
2.2	Norsk psykomotorisk fysioterapi.....	9
2.2.1	Bakgrunn og behandling	9
2.2.2	Relasjonell forståelse i Norsk psykomotorisk fysioterapi.....	10
3	Metode.....	16
3.1	Litteratursøk.....	16
3.2	Forskningsdesign	16
3.2.1	Kvantitativ metode	17
3.2.2	Kvalitativ metode	17
3.2.3	Mixed Methods Research.....	17
3.3	Rekruttering, utvalg, datainnsamling.....	19
3.3.1	Kvantitativ del.....	19
3.3.2	Kvalitativ del	20
3.4	Måleinstrumenter.....	22
3.4.1	Demografi.....	22
3.4.2	Skala for å vurdere terapeutisk relasjon (STAR)	22
3.4.3	Semistrukturert intervjuguide.....	23
3.5	Statistisk databehandling og analyse	23
3.6	Kvalitativ databehandling og transkribering	23
3.6.1	Semistrukturert intervju.....	23
3.6.2	Transkribering	24
3.7	Kvalitativ analyse – systematisk tekstkondensering	24
3.8	Datakvalitet og metoderefleksjon.....	26
3.8.1	Validitet.....	26

3.8.2	Reliabilitet	27
3.8.3	Generaliserbarhet og overførbarhet.....	28
3.9	Etikk og personvern.....	28
3.10	Forskerens rolle i prosjektet.....	29
4	Resultater.....	30
4.1	Kvalitative resultater.....	30
4.1.1	Resultater behandlere	30
4.1.2	Resultater pasienter	34
4.2	Kvantitative resultater.....	38
4.2.1	Beskrivelse av utvalget.....	38
4.2.2	Sammenligning av N-STAR i pasient- og terapeutgrupper	39
4.2.3	Intern konsistens av N-STAR	39
4.2.4	Bivariate assosiasjoner mellom delskalaer og totalscore	40
5	Drøfting	40
5.1	Hovedfunn	41
5.1.1	Kjennetegn på den terapeutiske relasjon	41
5.1.2	N-STAR og kvaliteten på den terapeutiske relasjon	47
5.2	Metodiske styrker og svakheter	52
6	Konklusjon og kliniske implikasjoner.....	53
6.1	Oppsummering og konklusjon.....	53
6.2	Kliniske implikasjoner.....	54
7	Videre forskning.....	55
8	Referanser.....	56

Vedlegg:

Vedlegg 1: Forespørsel til behandler om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 2: Samtykke til deltakelse i studien

Vedlegg 3: Spørreskjema behandler

Vedlegg 4: Forespørsel til pasient om deltakelse i forskningsprosjektet

Vedlegg 5: Spørreskjema pasient

Vedlegg 6: Intervjuguide terapeut

Vedlegg 7: Intervjuguide pasient

Vedlegg 8: Tilbakemelding fra REK

Vedlegg 9: Vedtak fra NSD

1 Innledning

1.1 Introduksjon

Den menneskelige koblingen mellom pasient og terapeut er uunnværlig, og et viktig element i all behandling som innebefatter det psykologiske aspektet ved mennesker. All terapi foregår i en relasjon mellom behandler og pasient (Elvins & Green, 2008). I praksis er det en tett synergi mellom behandlingen og det relasjonelle aspektet i terapi (Norcross & Lambert, 2011). Videre i oppgaven benyttes terapi/behandling og terapeut/behandler synonymt. For å undersøke den terapeutiske relasjon og dens definisjon må imidlertid relasjonen skilles fra behandlingsteknikker (Gelso, 2014). De siste tiårene har den terapeutiske relasjonen vært gjenstand for forskning i psykoterapi og ulike måleverktøy er presentert (Loos et al., 2012).

I psykisk helsearbeid arbeider imidlertid yrkesgrupper som ikke utfører psykoterapi. Det er vanskelig å direkte overføre måleverktøy benyttet i psykoterapi til psykisk helsearbeid generelt (Loos et al. 2012). På bakgrunn av dette har McGuire-Snickers et al. (2007) utviklet «Scale To Assess the Therapeutic Relationship» (STAR). Dette måleinstrumentet er designet spesielt med tanke på den terapeutisk relasjon i tverrfaglig psykisk helsearbeid (McGuire-Snickers et al. 2007). Måleinstrumentet er testet ut i Sverige, Storbritannia, Tyskland og Italia. Det viser seg å være et godt egnet instrument for vurdere den terapeutiske relasjonen i tverrfaglig psykisk helsearbeid. STAR viser gode psykometriske egenskaper og er egnet for bruk til forskning og behandling (McGuire-Snieckus et al. 2007). Måleinstrumentet er nylig oversatt til norsk og det er i den forbindelse gjennomført en pilotstudie på den norske versjonen (N-STAR) (Geirdal, Nerdrum, Aasgaard, Misund & Bonsaksen, 2015). Utvalget i denne studien bestod av ulike helse- og sosialarbeidere i psykisk helsevern og deres pasienter. Det er per i dag kjent at den terapeutiske relasjonen er en vesentlig faktor for behandlingsutfall i psykisk helsearbeid (Falkenström, Granström & Holmqvist, 2014; McGuire-Snieckus, McCabe, Catty, Hansson & Priebe, 2007; Norcross & Lambert, 2011). Samtidig finnes evidens for den terapeutiske relasjonens innflytelse på behandlingsutfall i ulik fysisk rehabilitering (Hall, Ferreira, Maher, Latimer & Ferreira, 2010). Kvaliteten på den terapeutiske relasjonen har vist seg å indikere for behandlingsutfallet blant en rekke diagnosegrupper og behandlingstilnærming. Den terapeutiske relasjonen kan muligens, i seg selv, være en kurativ faktor (McGuire-Snieckus et al., 2007).

I psykiatrisk litteratur sees det en tendens til at kroppen fremstilles som en ren biologisk organisme, fraskilt fra kultur, følelser og det psykiske (Gretland, 2007). Denne adskilte,

dualistiske forståelsen av kropp og sinn er nedfelt både i begreper og teori og blir dermed, bevisst eller ubevisst, en del av vår virkelighetsoppfatning (Thornquist, 1992). Store deler av den biomedisinske kroppsførståelsen strider imidlertid mot erfaringskunnskapen som arbeidstakere i psykiatrien tilegner seg i arbeidshverdagen (Gretland, 2007).

Erfaringskunnskapen er uklar og sammensatt. Den er i liten grad begrepsfestet og reflektert systematisk over. På tross av erfaringsbasert kunnskap er det ingen selvfølge i psykiatrien og andre faglige sammenhenger å forstå kroppen i et kommunikativt perspektiv (Gretland, 2007). Selv om virkningsmekanismene kan være uklare, er det godt dokumentert at fysisk og psykisk helse gjensidig påvirker hverandre. Mennesker med psykiske lidelser har økt forekomst av somatisk sykdom, mens somatisk sykdom og fysiske smerter er vesentlige risikofaktorer for psykiske lidelser sammenlignet den øvrige befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2011).

Pasienter som går til Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) har ulike former for kroppslige plager, psykosomatiske plager eller psykiske lidelser med ulik alvorlighetsgrad (Bunkan, 2008). Plagene kjennetegnes av å være langvarige og er i hovedsak muskel- og skjelettplager. Sammenlignet med ikke-hjelpesøkende personer og populasjonsnormer har pasienter som går til NPMF fire ganger mer subjektive helseplager og depressive symptomer. Mest uttalt er søvnproblemer (85%), tilbøyelighet til angst (69%), lav livskvalitet (63%), depressive symptomer (59%) og tretthet (57%). Emosjonelle symptomer sees i sterk sammenheng med subjektive helseplager og livskvalitet (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2008).

Særegent for den psykomotorisk tilnærmingen er kroppssynet, måten kroppen erkjennes, hvordan dette gjenspeiler seg i praksis og tolkning av kroppslige forhold (Thornquist, 2006). Kroppen er sentrum for undersøkelse og behandling (Gretland, 2007). Det er fokus på hvordan endringer i en del av kroppen kan lede til forandringer i andre funksjoner og kroppsdeler, samtidig som kropp og følelser står i et gjensidighetsforhold til hverandre; kroppen både uttrykker og regulerer følelser. Å ta hensyn til denne dynamikken er essensielt i alle faglige vurderinger og avgjørelser (Thornquist, 2006). Behandlingsmetoden i NPMF kjennetegnes også av at relasjonen til pasientene er spesielt nær; verbale og kroppslige innfallsvinkler utfyller hverandre. Kroppen er en vesentlig inngangsport for relasjonen da mye av kommunikasjonen foregår kroppslig (Thornquist & Bunkan, 1995).

Nyre & Steinsvik (2015) presiserer at NPMF og psykoterapi har vesentlige likheter når det gjelder forbindelsen mellom terapeut og pasient; både når det gjelder relasjon, prosess, inngåenhet, varighet og autonomi (Killingmo (1984) i Nyre & Steinsvik, 2015). I psykoterapi kan terapeuten, og relasjonen til pasienten, utgjøre en vesentlig forskjell for

behandlingsresultatet. Om dette også er gjeldene i NPMF vil økt kunnskap om profesjonell utvikling kunne bidra til bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet på helsetilbudet (Nyre & Steinsvik, 2015). Samtidig påpeker Gretland (2007) at for at fysioterapeuter skal utvikle god praksis og kunne begrunne sine handlinger, trengs teorier på flere nivåer, fra grunnlagstenkning til empirisk basert teori. Spesifikt nevnes behovet for teori som omhandler kroppen som en viktig del av samspillet med andre og studier som omhandler enkeltmenneskers livsverden (Gretland, 2007).

1.2 Hensikt og problemstilling

Med bakgrunn i dette er hensikten med denne studien å undersøke hva som kjennetegner den terapeutiske relasjonen i psykomotorisk fysioterapi og i hvilken grad N-STAR måler kvaliteten på den terapeutiske relasjonen mellom psykomotorisk fysioterapeut og pasient.

Dette ansees som relevant da psykomotorisk fysioterapi skiller seg fra andre yrkes- og pasientgrupper som tidligere har benyttet STAR og N-STAR. Forskjellen ligger i den kroppslige tilnærmingen, at somatiske plager kan være utgangspunkt for behandlingen og at betydelige deler av kommunikasjonen skjer kroppslige og via nonverbale kommunikasjonen. Studien vil kunne være et bidrag til å gi økt kunnskap om den terapeutiske relasjonen i NPMF. I henhold til Nyre & Steinsvik (2015) vil dette være nyttig med tanke på profesjonell utvikling i NPMF og å fremme god kvalitet på helsetilbudet. I tråd med Gretland (2007) kan studien bidra med kunnskap om kroppen som kommunikasjonsskilde, samt gi innblikk i enkeltmenneskers livsverden. Studien er aktuell for kunnskapsutvikling om N-STAR generelt, og spesifikt i psykomotorisk fysioterapi. I et større perspektiv kan studien være interessant da psykomotorisk fysioterapi kobler somatikk og psykisk helse.

Problemstillingen er:

Hva kjennetegner den terapeutiske relasjonen i Norsk psykomotorisk fysioterapi og i hvilken grad måler N-STAR kvaliteten på den terapeutiske relasjonen mellom psykomotorisk fysioterapeut og pasient?

1.3 Definisjon av sentrale begreper

For å beskrive aspekter ved relasjonen mellom terapeut og pasient bruker terapeuter og forskere ulike begreper som arbeidsallianse, terapeutisk bånd og hjelpeallianse (Martin, Garske, Davis & Kendall, 2000). Samtidig benytter flere forskere terapeutisk allianse nesten synonymt med terapeutisk relasjon (Horvath, 2001)

1.3.1 Terapeutisk relasjon

Gelso & Carter (1985) i Gelso (2014) definerer den terapeutiske relasjon slik: «*the feelings and attitudes that the counseling participants have toward one another, and the manner in which these are expressed*» (Gelso, 2014 s.118).

Selv om dette er generell definisjon, er den samtidig konsis, har betimelig støtte og er teoretisk nøytral (Gelso, 2014; Norcross, 2002, 2010). Angående «*the manner in which these are expressed*» presiseres det at for at relasjonen skal ha mening må den komme til *uttrykk* på et eller annet vis. Uttrykksmåten kan imidlertid være subtile og nonverbale (Gelso, 2014).

I henhold til Gelso & Carters definisjon, defineres den terapeutiske relasjon i denne studien til å bety de følelser og holdninger som terapeut og pasient har ovenfor hverandre og hvordan disse uttrykkes. Det er dette overordnede begrepet «*terapeutisk relasjon*» som er i fokus. Det terapeutiske aspektet av den terapeutiske relasjon, som fremkommer av de relasjonelle behandlingsmodellene (se 2.1), inngås ikke i dybden.

1.3.2 Terapeutisk allianse

Ulike definisjoner operasjonaliserer begrepet terapeutisk allianse. I denne studien refererer den terapeutiske alliansen til kvaliteten og styrken på samarbeidsforholdet mellom pasient og terapeut i terapi (Horvath, 2001). Begrepet defineres i henhold til Bordin (1979, 1994) til å bestå av tre gjensidige avhengende faktorer; 1) bånd 2) mål 3) oppgave. Terapeutisk allianse er i så måte et mer spesifikt begrep, men en viktig del av den generelle terapeutisk relasjon (Horvath, 2001).

1.4 Oppgavens oppbygging og avgrensning

I denne oppgaven gjøres det rede for tidligere forskning og aktuell teori. Metodekapittelet tar for seg litteratursøk, kvantitativ og kvalitativ metode, Mixed Method Research (MMR) som forskningsdesign, samt en metodisk beskrivelse av hvordan problemstillingen er besvart, både ved hjelp av kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Kvalitative resultater og kvantitative

resultater presenteres før hovedfunn drøftes opp mot teori og tidligere forskning. I tillegg diskuteres metodiske styrker og svakheter. Videre følger konklusjon og mulige kliniske implikasjoner før oppgaven avrundes med betraktninger rundt videre forskning.

1.5 Vitenskapsteoretisk ståsted

Å kombinere to vitenskapsteoretiske retninger som har grunnleggende epistemologiske motsetningsforhold kan by på problemer. De logiske vitenskapsteoretiske forklaringsmodellene til kvalitativ og kvantitativ metode fremstår som motpoler, men er også komplementære. Teorien om sammenfall representerer de kvantitative metodene, mens teorien om sammenheng representerer de kvalitative metodene (Aase & Fossåskaret, 2014).

Teorien om sammenfall (correspondence) er bygget på at det finnes en objektiv, ytre virkelighet uavhengig av menneskelig kunnskap (Aase & Fossåskaret, 2014). Positivism og kritisk realisme knyttes ofte til denne teorien og blir ofte forbundet med kvantitative forskningsmetoder (Creswell, 2011).

Teorien om sammenheng sverger til at den ytre verden blir skapt i henhold til vår kulturelle verden. Vi får tilgang til verden via våre sanser. For å sikre at kunnskapen er gyldig må det være en logisk, intern sammenheng (coherence) i kunnskapen som erverves (Aase & Fossåskaret, 2014). Teorien om sammenheng assosieres ofte med kvalitative forskningsmetoder (Creswell, 2011), der fenomenologi, hermeneutikk og sosial konstruktivisme står sentralt (Drageset & Ellingsen, 2009; Drageset, Ellingsen & Lindstrøm, 2008; Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2010; Thornquist, 2003).

1.5.1 Pragmatisme

Creswell (2011) trekker frem pragmatisme som et tredje vitenskapsteoretisk paradigme. Denne filosofiske retningen forholder seg ikke bare til en filosofisk tradisjon, men er i stedet handlings- og praksisorientert (Creswell, 2009). Forskningsspørsmålet står i sentrum. Det erkjennelsesteoretiske grunnlaget og metodetradisjonene som følger er underordnet forskningsspørsmålet. Målet med pragmatisme som vitenskapsteoretisk paradigme er å fjerne seg fra dikotomien mellom positivism og konstruktivisme (Creswell, 2011). Prinsipielt ansees en induktiv tilnærming (kvalitative data) med vekt på nærhet og en deduktiv tilnærming (kvantitative data) med fokus på distanse som likeverdige (Drageset et al., 2008).

2 Teori og tidligere forskning

2.1 Tidligere forskning på den terapeutiske relasjon

Begrepet terapeutisk relasjon ble allerede på begynnelsen av 1900-tallet beskrevet av Freud i hans tidlige arbeider. Han anerkjente betydningen av engasjement om samarbeid, beskrev positiv overføring og pasientens identifikasjon av terapeuten som en velvillig person fra hans/hennes fortid som vesentlig for en positiv terapeutisk relasjon (Horvath, 2001). Freud var opptatt av indre konflikter mellom drifter og handlinger. Analytikerens rolle var å skape en relasjon der undertrykte impulser og minner skulle få komme til bevissthet, for så å kunne bearbeides. På 1950-tallet presiserte Carl Rogers, psykodynamisk frontfigur, sin formening om relasjonens betydning (Kåver, 2012). Han vektla at behandlingsrelasjonens kvalitet var basert på terapeutens empati, ekthet og ubetinget positiv anerkjennelse (Rogers, 1956). Terapirelasjoner som kjennetegnes av disse tre elementene viser seg å være de mest formålstjenlige (Greenberg et al., 2001)

På begynnelsen av 1970-tallet kom de første empiriske studiene som så på viktigheten av relasjonsvariabler for behandlingsutfall (Fjermestad, 2011). De seneste tiårene har det vært fokus på likheter mellom ulike psykoterapimetoder, altså fellesfaktorer som kan ansees som kurative faktorer i behandling (Grencavage & Norcross, 1990). Blant fellesfaktorene er motivasjon, forventninger til positivt resultat, oppmerksomhet fra terapeuten og terapeut-pasient relasjonen, som etter hvert har fått en veldokumentert betydning for terapiutfallet (Lambert & Simon, 2008). Norcross & Lambert (2014) påpeker at effekten av de relasjonelle elementene kan utgjøre 25-30% av behandlingsutfallet. Grad av psykopatologi hos pasienten kan imidlertid ha innvirkning på han/hennes syn på relasjonen, avhengig av det spesifikke utvalget og behandlingssituasjon (McCabe & Priebe, 2003; McGuire-Snieckus et al., 2007). Parallelt tenderer terapeuter til å vekte relasjonen noe dårligere ved høy grad av symptomer hos pasienten (McGuire-Snieckus et al., 2007).

Per i dag har ulike behandlingsmodeller forskjellige oppfatninger om betydningen av den terapeutiske relasjon (Rønnestad & Lippe, 2011). I den relasjonelle modellen, der overføringsperspektivet i psykodynamiske teorier er nedtonet til fordel for tilknytningsteori og tidlig spedbarnsforskning, ansees den terapeutiske relasjonen som en teoretisk kjerne. I relasjonsdynamikken ligger endringspotensialet. Relasjonen er både en diagnostisk informasjonskilde og terapeutisk metode. Den affektive dialogen har en sentral rolle. Derimot, i de kognitive modellene, brukes ikke relasjonen som et bevisst verktøy og det affektive

båndet mellom terapeut og klient blir ikke vektlagt eksplisitt. Relasjonen er imidlertid viktig for å skape en terapeutisk allianse. Unisont for de ulike behandlingsmodellene er imidlertid erkjennelsen av at den terapeutiske relasjon er profesjonell i form av å være åpen, men samtidig asymmetrisk da søkelyset er på klienten. De ulike modellene vektlegger evnen til engasjement, empatisk lytting og at klientens perspektiv respekteres, forklares og gis tilbake i en mer forståelig form (Rønnestad & Lippe, 2011).

Samtidig som betydningen av den terapeutiske relasjonen trekkes frem, anerkjennes den dype synergien mellom den terapeutiske relasjon og behandlingsmetodene; de vil stadig forme og utforme hverandre (Norcross & Lambert, 2014). Barber et al. (2006) påpeker det komplekse, gjensidige samspillet mellom instrumentelle metoder og mellommenneskelig relasjon. I et stort samarbeidsstudie fremkommer det at for pasienter som er i en sterk terapeutisk allianse har etterlevelse av behandlingsteknikkene liten betydning. Derimot, for pasienter i en svak allianse, er tilslutningen til behandlingsteknikkene av moderat betydning for det beste behandlingsresultatet (Barber et al., 2006). Ulike behandlingsmetoder vil imidlertid alltid ha en relasjonell innvirkning (Norcross & Lambert, 2011). Norcross (2001) understreker at relasjon og behandlingsteknikk kontinuerlig og gjensidig påvirker hverandre. Teknikken kan vanskelig utføres uten en trygg terapeutisk relasjon. Motsatt; relasjonen er i høy grad etablert ut i fra den formen for teknikk terapeuten benytter (Norcross, 2001). Elvins & Green (2008) presiserer at terapeuters evne til å integrere innhold (spesifikke behandlingselementer) og prosess (nonspesifikke elementer) medvirker til graden av vellykkethet.

I en rapport fra 2001, utarbeidet på oppdrag fra APA Division of Psychotherapy, identifiseres, operasjonaliseres og spres informasjon om empirisk støttede terapirelasjoner (Norcross & Lambert, 2011). Elementer som viser seg å være empirisk bevist, uavhengig av den spesifikke behandlingen er; terapeutisk allianse, empati, konsensus om mål og samarbeid. Faktorer som er lovende og sannsynligvis har betydning er positiv aktelse, ekthet/kongruens, tilbakemeldinger, reparasjon av alliansebrudd, kvaliteten på relasjonstolkning, forvaltning av motoverføring og selvavsløring (Ackerman et al., 2001). Samtidig presiseres viktigheten av å tilpasse og å skreddersy behandlingen med tanke på den bestemte pasientens behov og egenskaper (Ackerman et al., 2001; Berge & Repål, 2008). Pasientens forventninger til behandlingen er, ifølge Berge & Repål (2008), også av vesentlig betydning.

Med tanke på den terapeutiske alliansens betydning i behandling, er det i hovedsak pasientens opplevelse av alliansen som er tilknyttet et godt behandlingsresultat. I tillegg er det vesentlig at alliansen etableres tidlig i forløpet (Berge & Repål, 2008). Samtidig kan det se ut som

pasienter og terapeuter vektlegger ulike elementer ved alliansen når de vurderer kvaliteten. Terapeutene vektlegger ofte pasientens aktive deltagelse og samarbeidsevne, men pasientene er opptatt av terapeutens varme og emosjonelle involvering (Hardy, Cahill & Barkham (2007) i Berge & Repål, 2008).

2.1.1 A tripartite model of the therapeutic relationship

I en oversiktsartikkel presenterer Gelso (2014) en tredelt modell med vesentlige elementer for den terapeutiske relasjon der alle faktorene er relatert til hverandre. Modellen kan benyttes for å beskrive relasjonelle elementer i alle former for terapeutiske relasjoner tross ulike teoretiske fundament (Gelso, 2014).

Det virkelige forholdet (the real relationship) – fundamentet.

Gelso et al. (2005) og Gelso (2011) definerer det virkelige forholdet som det personlige forholdet mellom pasient og terapeut, og i hvilken grad partene er ekte ovenfor hverandre og oppfatter og erfarer den andre på et vis som positivt for den andre. Det utgjør et fundament. Terapeuten bør være autentisk og ekte, altså åpen og ærlig slik at pasienten skal kunne se hele veien inn til terapeuten. Samtidig vektlegges det at terapeutene retter stor innsats mot å oppfatte pasienten realistisk og nøyaktig (Gelso, 2014).

Arbeidsallianse (working alliance – Katalysatoren.

Denne faktoren har størst direkte innvirkning på at arbeidet i psykoterapi blir utført (Gelso, 2014). Gelso & Carter (1994) definerer arbeidsalliansen som: *“the alignment or joining together of the reasonable self or ego of the client and the therapist’s analyzing or ‘therapizing’ side for the purpose of the work”* (Gelso & Carter, 1994 s.297). Altså, enighet og samhandling mellom det rasjonelle selvet og egoet til pasienten, og terapeutens analyse eller formening om terapidelen av arbeidet. Dette innebærer at pasient og terapeut lar hverandre observere, forstå, og utføre arbeidet i psykoterapi, på tross av ulike følelsesmessige hindringer og motstand som påvirker alle behandlinger (Gelso, 2014).

Bordin (1979) hevder at en vellykket arbeidsallianse består av fungerende bånd mellom partene, enighet om målene for behandlingen (eksplisitt eller implisitt) og at de lar seg oppnå, samt at det er enighet om hvilke oppgaver/tiltak som vil bidra til å nå målene (Bordin, 1979).

Overføring- og motoverføringskonfigurasjonen (transference configuration)

Overføring kan forstås som pasientens oppfatninger og erfaringer med terapeuten som er basert på pasientens egne psykologiske strukturer og fortid. Holdninger og atferd som egentlig

tilhører tidligere relasjoner overføres og forskyves mot terapeutens følelser, holdninger og atferd (Gelso & Bhatia, 2012). Motoverføring betegnes som «*terapeutens indre og ytre reaksjoner som er formet av terapeutens tidligere og nåværende følelsesmessige konflikter og sårbarheter*» (forskners oversettelse av Geslo & Hayes (2007 s.25) i (Gelso, 2014 s.123))

Overføring og motoverføring sees på som fenomen som forekommer i all psykoterapi og i alle relasjoner (Gelso, 2014).

2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi

2.2.1 Bakgrunn og behandling

Utviklingen av NPMF er basert på psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansens samarbeid om felles pasienter fra slutten av 1940-tallet til begynnelsen av 1950-tallet (Bunkan, 2014; Øien, Råheim, Iversen & Steihaug, 2009). Deres fysioterapi baserte seg på at kropp og sinn er uatskillelig. Karakteristisk var også at *hele* kroppen ble inkludert i behandlingen (Bunkan, 2008). I følge Bunkan (2001) utgjør psykoanalytisk teori og kunnskap om biomekanikk grunnlaget for den teoretiske plattformen til NPMF. Gretland (2007) knytter fenomenologisk teori og nyere psykodynamisk teori (Stern) til psykomotorisk fysioterapi.

NPMF er basert på at holdning, respirasjon og muskulære spenningsforhold står i nær relasjon til emosjonelle konflikter og psykologiske problemer (Ekerholt & Bergland, 2004). I et psykomotorisk perspektiv kan ikke kroppslig balanse sees uavhengig av personenes aktuelle livssituasjon og tidligere erfaringer (Thornquist, 2006). Målet med behandlingen er smertereduksjon/smertefrihet og en avspent, fleksibel, men stabil kropp der respirasjonen og tilgang til følelser ikke blir hemmet av unødvendige muskelspenninger. Samtidig vektlegges en analytisk holdning til faktorer som hemmer eller fremmer egen funksjon (Bunkan, 2001, 2008). Respirasjonsmønsteret ansees som overordnet, samtidig som emosjonelle forstyrrelser og muskulære spenninger er vesentlige delkomponenter i behandlingen. Den enkeltes livshistorie sees i sammenheng med symptomene som vises under kroppsundersøkelsen. Bedring av funksjon skjer gjennom bevegelse og massasje, der pustesvar er veiledende med tanke på dosering (Øien et al., 2009). Behandlingen er prosessorientert og innebærer endringsprosesser for kropp og sinn som kan strekke seg over tid (Bunkan, 2008).

2.2.2 Relasjonell forståelse i Norsk psykomotorisk fysioterapi

2.2.2.1 Dialektisk relasjonsforståelse

Dialektisk relasjonsforståelse innebærer forståelsen om at mennesket er ikke-ferdig, uforutsigbart, ikke kvantifiserbart og ikke utvikler seg lineært. Samtidig ansees selvrefleksivitet som en særegen menneskelig egenskap, og at en person ikke kan forstås uavhengig av sin sammenheng (Schibbye, 2012). Mennesker påvirker hverandre i en stadig gjensidig prosess. Dialektikken refererer til at en person fungerer både som subjekt og objekt i en gjensidig prosess. Det finnes en dialektikk (sammenheng) mellom subjektssiden og objektsiden av individet. «*Individet er et opplevende subjekt, men kan se seg selv som objekt og kan også se den andre som subjekt og objekt*» (Schibbye, 2012 s.39). Vi står adskilt og samtidig står vi i sammenheng med den andre. Schibbye (2012) presiserer videre at en person kan være i den andres opplevelsesverden, men samtidig innta en mer reflekterende, observerende rolle og se hva som skjer i relasjonen.

I tråd med psykodynamisk teori, baserer Schibbye (2012) forståelse på at det er i samspill med den andre at jeg blir et selv. Samtidig muliggjør avhengighet av den andre selvstendighet. Dette perspektivet utvider vår forståelse av selvet og relasjoner. Selvet må forstås som en levd relasjon, og fokus rettes på relasjoner og sammenhenger (Schibbye, 2012). Med tanke på selv- og relasjonsutvikling erkjennes både behovet for en selvstendig identitet og trangen for tilknytning og å være i relasjon (Bae & Waastad, 1992).

Selvutforming kan ansees som et kompromiss mellom disse fundamentale behovene (Bae & Waastad, 1992). Relasjonens kvalitet gir en forutsetning for både å oppleve nærhet og å kjenne seg selv og egne grenser (Råheim, 2001). Stern ((1995) i Råheim, 2001) understreker at balansen mellom nærhet og distanse (gjensidighetsprosessen) i relasjonen til mor og barn er vesentlig for selvutvikling. Barnet har behov for å både være nært sammenbundet, men også bli selvstendig og tro på egne handlingsmuligheter (Råheim, 2001). Håland (1986) presiserer at balansen mellom nærhet og distanse også er sentral i relasjonen mellom behandler og pasient. Pasienter er, i likhet med barnet, de mest sårbare i relasjonen mellom terapeut og mest står på spill for pasienten (Håland, 1986). Relasjonens kvalitet er betydningsfull med tanke på hvordan pasienten får erfare seg selv og få tro på egen muligheter (Råheim, 2001).

2.2.2.2 Kroppsfenomenologi

Maurice Merleau-Ponty, kalt kroppens filosof, presiserer at mennesker er i verden som kroppslige vesener; det er gjennom kroppen vi har tilgang på verden. Kroppslige uttrykk er

ikke bare noe «ytre» som er frembrakt av «indre» sjelelige prosesser. Det er en samtidighet mellom kropp og følelser (Thornquist, 2003). Mennesket eksisterer som kropp og menneskets subjektstatus er knyttet til kroppen (Gretland, 2007). Kroppsfenomenologien innebærer forståelsen om at kroppen er vår primære erkjennelseskilde (Råheim, 2003). Intersubjektivitet er i hovedsak knyttet til kroppslig persepsjon og praksis. «Den levende kropp» er i verden og forholder seg til verden før vi reflekterer bevisst over den og begynner å beskrive den. Begrepet *livsverden* viser i denne sammenheng til et menneskes væren-i-verden (Thornquist, 2003).

Kronisk sykdom og funksjonssvikt innebærer elementære endringer i et menneskets levde relasjoner både til seg selv og omgivelsene (Råheim, 2003). Sykdom og funksjonssvikt kan føre til at kroppen føles fjern og blir desintegret i en mellommenneskelig verden. «*Levde kropp som er syke og smertefulle er mer sensitive i møte med andre enn levde kropp som er friske og velfungerende. Mer står på spill*» (Råheim, 2002 s.2479). Kvaliteten på relasjonen er dermed svært betydningsfull. Hvordan den kroppslige nærheten håndteres er vesentlig med tanke på å redusere splittelsen i selvpplevelse for pasienten (Råheim, 2002). Både kliniker og pasient har sin forankring i hver sin livsverden. Å stille seg åpen for den andres livsverden er vesentlig. Forståelsen om livsverden, og at terapeuten og pasientens levde kropp møtes, innebærer at både pasienter og terapeuter må få lov til å by på seg selv (Råheim, 2003). Råheim (2003) poengterer dermed at «*Terapirelasjoner kan ikke standardiseres*» (Råheim, 2003 s.16). Terapeuts evne til å stille seg åpen for pasientens livsverden og sensitiviteten til å ta inn og fortolke den andres kroppslige ytringer bidrar til forståelse av pasientens opplevelse. Dette er vesentlig for videre samhandling. For å benytte denne informasjon riktig må terapeuten være oppmerksom på egen måte å kommunisere på, og det er vesentlig at terapeuten uttrykker respekt og omtanke i det kroppslige møtet (Råheim, 2003).

2.2.2.3 Terapeutisk relasjon i NPMF

Viktigheten av en god terapeut-pasient relasjon, og at relasjonen kan fremme endring er vesentlig i NPMF (Gretland, 2007; Øien, 2010). Øien (2010) beskriver at den terapeutiske relasjon og de terapeutiske oppgaver er ulike, men samtidig sammenflettede aspekter i behandlingsprosessen. Råheim (2002) betegner imidlertid at relasjonen er det bærende elementet i terapien der kroppen er erfaringskilde. Relasjonsaspektet kan i seg selv være mer betydningsfullt enn behandlingsinnholdet (Thornquist, 1998). I denne sammenheng, og i henhold til psykodynamisk teori, kan fysioterapeuten være den som «tuner» seg inn på pasienten, speiler og gir gjensvar ut i fra pasientens uttrykk og opplevelser. Dette er av

spesiell betydning når pasienten har stått i dårlige relasjoner eller opplevd utilstrekkelig tilknytning til omsorgspersoner (Monsen, 1989).

De kroppslige yringsformene i NPMF er sentrale og er innfallsvinkelen for informasjon og oppfatning av pasientens plager (Thornquist & Bunkan, 1995). Fysioterapeuten kan vise pasienten annerkjennelse og respekt gjennom kroppslig samhandling. Dette innebærer å være sensitiv for pasientens reaksjoner, å tilpasse kroppslig avstand og nærhet, hender, tempo og grep (Thornquist, 1994). Samtidig kan massasje og berøring gi en psykologisk opplevelse av nonverbal kommunikasjon. Dyktig lytting og følsomhet i å gjenkjenne reaksjoner hos pasienten, samt å akseptere pasientens grenser er viktig. Deling av erfaringer i samspillet mellom massasje og refleksjon kan gi pasienten opplevelse av kroppen som inngangsport for egen forståelse (Ekerholt & Bergland, 2006).

Samtalens plass har imidlertid blitt vektlagt ulikt i NPMF. I den tradisjonelle psykomotoriske behandlingen har det vært en oppfattelse av at ordene kommer når situasjonen er trygg og pasienten er moden for det (Gretland, 2007). Bunkan (2008) presiserer at den klassiske psykomotoriske fysioterapeuten skulle være en god lytter og en «klagemur». Gretland (2007) poengterer imidlertid at det er en sentral rolle for terapeuten å bli kjent med pasientens forståelser, tanker og vurderinger. Å etterspørre disse er et premiss for å fremme deltakelse hos pasienten. I Ekerholt (2002) sin studie som belyser behandlingsprosesser med pasienterfaringer fremkommer det at pasientene opplevde samtalen som noe av det viktigste i behandlingen. Betydningen av en aktiv verbal kommunikasjon er også presisert av flere (Gretland, 2007). Samtalene i NPMF er imidlertid hovedsakelig rettet mot kroppslige forhold og erfaringer og sammenhengen mellom kroppslige og følelsesmessige reaksjoner (Gretland, 2007). Hjelp til utforskning av syke- og livshistorie kan gi ny mening til essensiell livserfaring og gi rom for nye handlingsmønstre, noe som kan være en del av terapien (Råheim, 2002).

Stokkenes (2009) poengterer at en god og fruktbar behandlingssituasjon avhenger av at både fysioterapeut og pasient tar ansvar. I løpet av en samhandlingsprosess kan begge parter inspirere hverandre og både terapeut og pasient lærer og kan utvikle seg. Samtidig ligger hovedansvaret for samspillet hos terapeuten da relasjonen er asymmetrisk (Stokkenes, 2009). Øien (2010) trekker frem at det i behandlingsprosesser kan oppstå krevende kommunikative situasjoner. Disse skaper samtidig et potensiale for nye interaksjonsmåter og forbedring av behandlingsresultater. Dette avhenger av pasienters og terapeuters evne til å bære og komme gjennom slike situasjoner. Å forstå krevende situasjoner som «åpne og dynamiske» fremfor å definere pasienten som krevende blir ansett som et virksomt perspektiv (Øien, 2010).

Ekerholt (2002) belyser omsorg i fysioterapi, et begrep som vanligvis settes til side til fordel for mestring og aktivitet. Omsorg innebærer å møte den enkeltes behov med medfølelse og barmhjertelighet uten motkrav. Behovet for lindring og trøst kan være like viktig, eller vel så viktig som behovet for mestring (Nåden (2000) i Ekerholt, 2002). Dette behovet trenger ikke å være uttalt verbalt, men kan både uttrykkes og tas inn gjennom stemningen mellom mennesker og gjennom kroppen ved at vi gjensidig påvirker hverandre kroppslig og emosjonelt (Ekerholt, 2002).

Anerkjennelse

Anerkjennelse er sentralt begrep i NPMF. Gjennom anerkjennende relasjoner kan mennesker oppnå vekst og utvikling. Slike relasjoner preges av likeverd (Schibbye, 2012). Gjensidig anerkjennelse oppnås ved at begge kan ta hverandre synspunkt og bytte perspektiv. «...*det dreier seg om å endre fokus – fra å forholde meg til meg selv, til å ta den andres subjektive perspektiv og igjen kunne gjenvinne mitt eget ståsted*» (Schibbye, 2012 s.43). Gjennom å bli anerkjent av andre blir et individ selvstendig. Anerkjennelse gir den andre rom og det er mulig å drøfte sammen og erfare intersubjektiv deling. Den enkelte må få være ekspert på sin egen opplevelse. Dette oppnås først når den andre parten i relasjonen anerkjenner historien. Å lytte, vise forståelse, aksept, toleranse og åpenhet er vesentlig i den sammenheng. Disse begrepene danner hverandres forutsetning og viser til hverandre; de er dialektiske (Schibbye, 2012). I følge Schibbye (2012) vil de samværsmåtene som inkluderes i anerkjennelse bidra til en atmosfære av trygghet, i tillegg til inntonning, empati, speiling, intersubjektiv deling og emosjonell tilknytning. Trygghet betegnes av at det er rom for å kjenne på vanskelige følelser, aksept og respekt for pasientens rett til å føle slik han/hun gjør, en speilende og bekreftende terapeut og empatisk innlevelse. Trygghet er fundamentalt for å kunne få kontakt med smertefullt psykisk materiale (Schibbye, 2012).

Empati og affektbevissthet

«*Empati er å kunne forstå hvordan det er å ha en annens sko på, og vite at det ikke er dine egne*» (Alberta Szalita (1976) i Nerdrum, 2011 s.55).

I et terapeutisk møte er empati av avgjørende betydning (Berge & Repål, 2008). Kohut i Nerdrum (2007 s.256) skriver at empati består av tre komponenter: *Affektiv empati* – å føle som den andre. Ved affektiv empati slippes signalet/emosjoner fra den andre inn «under huden» til seg selv (Nerdrum, 2011). *Kognitiv empati* – å tenke seg inn i hvordan en annen

person har det (Nerdum, 2007). Denne komponenten innebærer å sette seg inn i den andres opplevelse utover egne behov og å løfte seg ut av den affektive, spontane tilstanden (Nerdum, 2011). *Observasjon/Strukturelle sider (selv-andre-differensiering)* – å forstå at den emosjonelle opplevelsen har sin utspring i den andre. Altså, å skille den andres følelser fra egne følelser. Denne komponenten innebærer muligheten gå inn og ut av å kjenne på den andres følelser (Nerdum, 2007, 2011).

I all terapeutisk virksomhet er det vesentlig at terapeuten empatisk går inn i pasientens verden for å forsøke å forstå hvordan individet ser seg selv og livet sitt, etterfulgt av å ordlegge sin opplevelse og undersøke om han/hun har forstått riktig (Bohart & Greenberg (1997) i Berge & Repål, 2008). Terapeutisk empati innebærer at terapeuten prøver å fange opp pasientens opplevelse slik den er og bekrefte den, uten å prøve å endre. Øyekontakt og samsvar mellom verbale og ikke-verbale kommunikasjon er vesentlig (Berge & Repål, 2008). En empatisk terapeut ønsker å opprette en følelse hos pasienten om at terapeuten forholder seg til *akkurat meg* (Nerdum, 2007). Nerdum (2007) påpeker, at etter hans skjønn, er denne følelsen umulig å oppnå uten empati fra terapeuten. Terapeutisk empati er betydningsfullt for at pasienten skal føles seg forstått og øke han/hennes ønske om samarbeid og dertil gi økt utbytte av terapien (Greenberg et al., 2001). Et empatisk møte kan gjøre det enklere å prate om vonde og utfordrende temaer og samtidig utgjøre korrigerende relasjonell erfaring for pasienten. Empati kan gi pasienten en opplevelse av å fortjene anerkjennelse og respekt. Å bli forstått kan hjelpe pasienten til å åpne opp for emosjonell bearbeiding med økt grad av refleksjon om det vanskelige (Greenberg et al., 2001). Berge & Repål (2008) mener at empati kan sees på som en gjensidig skapt «klimavariabel» i terapi. Empati er tilknyttet en tosidig atmosfære i terapirommet der pasientens bidrag også er vesentlig. «Empatisk arbeidsrom» kan beskrive et terapirommet som danner rammen for terapeutisk endring (Berge & Repål, 2008).

Monsen & Monsen (2000) benytter begrepet affektbevissthet om evnen til å gjenkjenne følelser, tenke om følelser og uttrykke dem. Affekter kan bidra til at vi opplever oss selv og andre som sammenhengene og er det viktigste signalet for å både fysiske og psykiske trusler. I henhold til Monsen (1989), er det å ha kontakt med egne affekter svært betydningsfullt da det motsatte, undertrykking av ekte følelser og fornektning av seg selv, ansees som en sykdomsfremmende faktor. Følelser kan brukes til informasjon om både den indre og ytre verden, på denne måten kan følelser bidra på essensiell måte til mestring, også mestring av relasjoner (Schibbye, 2012). Affektregulering læres gjennom trygg tilknytning til omsorgspersoner de første leveårene (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006). En trygg

tilknytning synes å gi barnet mer tid og rom til å reflektere over egne tankeprosesser og bearbeide følelsesmessige opplevelser. Å ha kontakt med egne følelser er vesentlig for å forstå andres, det skaper et potensiale til å gå inn i den andres opplevelsesverden og er dermed betydningsfullt for at relasjoner skal fungere (Schibbye, 2012). I møtet med pasienter som har opplevd vesentlige forstyrrelser i tilknytningen er det hensiktsmessig at terapeuten fungerer som en affektregulator for at pasienten skal lære å tåle følelser og reaksjoner uten å bli overveldet. Å bekrefte og gyldiggjøre følelser er i så måte en viktig del av terapiarbeidet (Anstorp et al., 2006).

Empowerment

Begrepet «Empowerment» er nedfelt som et vesentlig prinsipp i vårt velferdssamfunn og er omtalt i ulike norske offentlige dokumenter (Meld. St. 29 (2012–2013), 2013; NOU 1998:18, 1998). På norsk benyttes ord som myndiggjøring, bemyndigelse eller styrking, uten at de dekker begrepet tilfredsstillende (Walseth & Malterud, 2004). NOU 1998: 18 påpeker at det engelske begrepet er mer omfattende og har en tredelt betydning; 1) gi makt eller autoritet til 2) gjøre i stand til og 3) å tillate.

«...Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov...» (NOU 1998:18, 1998 s.274).

Empowerment er knyttet til tre nivåer; individuelle eller psykologisk, organisasjons- og lokalsamfunn. I denne sammenheng er det den individuelle/psykologiske empowerment som er av betydning; menneskets evne til å ta beslutninger og kontroll over eget liv (Almvik & Borge, 2000; Hummelvoll, 2004). Denne forståelsen gir mennesket anledning til å handle målrettet for å bedre egen livssituasjon. Empowerment og en helhetlig behandlingsprosess er avhengig av en god terapeutiske relasjonen. Nærvær og samarbeid i relasjonen kan lede til mål og planer som igjen kan bidra til empowerment (Hummelvoll, 2004).

Ekerholt & Bergland (2008) trekker inn empowerment-begrepet i NPMF. Behandling i NPMF kan føre til at pasienter opplever økt forståelse av å være en enhet (både kropp og sjel) og en opplevelse av økt herredømme over livet. Videre kan terapeutiske samtaler gi pasienter mulighet til å utforske, reflektere og bli bemyndiget (Ekerholt & Bergland, 2008). Samtidig poengterer Stokkenes (2009) at det er vesentlig at pasienter deltar aktivt i behandlingen og får bruke egne erfaringer og kunnskap. Å forstå pasientens prioriteringer, samt bruke tid på å

arbeide mot en felles forståelse av helseutfordringene er essensielt (Stokkenes, 2009). Dette for å sikre «hjelp til selvhjelp» ved å fremme tanker om muligheten til innflytelse på egen situasjon, noe som er spesielt viktig da mange er fremmedgjort i forhold til egen kropp og plager (Thornquist & Bunkan, 1995). Ekerholt (2002) trekker videre frem at pasientens opplevelse av terapeuten som bekreftende, støttende, tillitsskapende og tilstedeværende er betydningsfullt for pasientens opplevelse av delaktighet og samspill (Ekerholt, 2002).

3 Metode

3.1 Litteratursøk

Den litterære basen for oppgaven er forankret i litteratur om den terapeutiske relasjonen generelt i psykoterapi og om terapeutisk relasjon og relasjonsforståelse spesifikt i NPMF. Det er utført litteratursøk i Medline, Cochrane, Psyc INFO, PubPsyk, AMED, PEDro, SveMed+, ODA, Google scholar og BIBSYS. Videre er relevante artikler, forskning og litteratur innhentet fra kollegaer og kjente innen psykisk helsearbeid og Norsk psykomotorisk fysioterapi.

Brorparten av forskningsstudiene som finnes i NPMF er kliniske kaustikk-historier og kvalitative intervjuer (Biguet, 2012). Etter litteratursøk i ansette helsefaglige databaser finnes det ikke forskning som direkte tar for seg begrepet terapeutiske relasjon i NPMF.

Betydningen av den terapeutiske relasjonen, samhandling og relasjonelle elementer i NPMF er imidlertid beskrevet i en rekke artikler og kvalitative studier, eksempelvis Ekerholt (2002); Ekerholt & Bergland (2006, 2008); Stokkenes (2009); Øien, Steihaug, Iversen & Råheim (2011).

3.2 Forskningsdesign

Problemstillingen og forskningsspørsmålene er utslagsgivende for valg av forskningsdesign og metode (Malterud, 2011). Denne studien er en tverrsnittstudie med en todelt problemstilling. Den ene delen; «hva kjennetegner den terapeutiske relasjonen i psykomotorisk fysioterapi», besvares ved hjelp av kvalitativ metode. Den andre; «i hvilken grad måler STAR betydningen av kvaliteten på den terapeutiske relasjonen mellom psykomotorisk fysioterapeut og pasient», belyses med både kvantitativ og kvalitativ metode.

3.2.1 Kvantitativ metode

Kvantitative tilnæringer kjennetegnes av formaliserte prinsipper som utgangspunkt for en tydelig forskningsprosess. På tross av at kvantitative metoder er preget av konsise krav til struktur gir også disse metodene muligheter for fleksibilitet og formålstjenlig tilpasning til temaet som skal forskes (Befring, 2015). Kvantitativ metode er egnet for å teste hypoteser, erverve breddekunnskap og se årsakssammenhenger (Friis & Vaglum, 1999). Teoretiske begreper om fenomener operasjonaliseres til kategorier eller tall. De tillegges å representere en del av virkeligheten og blir gjenstand for analyse med statistiske metoder (Johannessen et al., 2010). Den kvantitative bestanddelen i studien er deskriptiv og eksplorativ med statistisk analyse av selvutfyllende spørreskjema. Tverrsnittstudier gir ikke mulighet til å belyse årsak og virkning. I tråd med induksjonsprinsippet vil korrelasjon kunne underbygge og styrke en hypotese, uten at de sier noe om kausalforkaringer (Kvernbekk, 2002).

3.2.2 Kvalitativ metode

Malterud (2011) presiserer at kvalitativ metode egner seg til å utforske problemstillinger som åpner for et mangfold av mulige svar. Problemstillingen søker nyansert og eksplorerende kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuter og deres pasienters individuelle opplevelser, erfaringer og meninger om den terapeutiske alliansen. Kvalitativ metode egner seg til å gi kunnskap om slike spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). Forskeren er en aktiv del av kunnskapsutviklingen som aldri blir fullstendig (Malterud, 2011). I henhold til Malterud (2011) benyttes menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) parallelt i denne studien: «*Enhver beskrivelse er farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser*» (Malterud, 2011, s. 50). Den kvalitative komponenten i denne studien består av semistrukturerte dybdeintervju, hvor Malteruds modifiserte systematiske tekstkondensering, basert på Georgis fenomenologiske analyse, er brukt som analysemetode (Malterud, 2011).

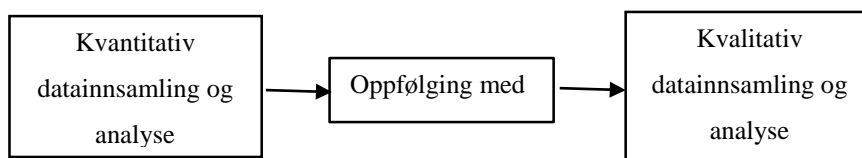
3.2.3 Mixed Methods Research

Pragmatisme er et vitenskapsteoretisk paradigme som åpner opp for å benytte "Mixed Methods Research" (MMR) som forskningsdesign. Forskningsmetoden kjennetegnes av at både kvalitative og kvantitative tilnæringer benyttes i én empirisk studie (Holloway & Wheeler, 2010). Den gjennomgripende forståelsen i det pragmatiske paradigmet, og i MMR, er at ved å kombinere kvalitative og kvantitative metoder kan styrkene til begge metodologiske tradisjoner utnyttes. Forståelsesrammen og tilnæringsmåten i kvantitativ og kvalitativ metode er komplementære; de utfyller hverandre. Et funn vil øke sin gyldighet

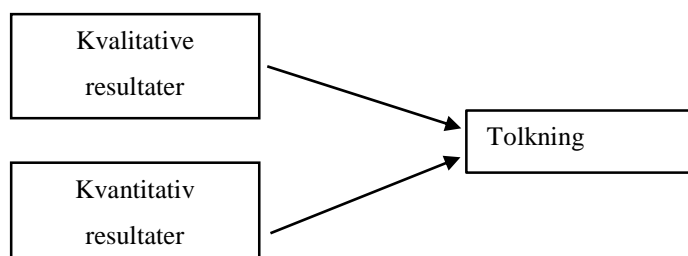
dersom den kan underbygges av motsvarende metode (Creswell, 2009). I henhold til Johnson & Onwuegbuzie (2004) er intensjonen i dette studiet å kunne besvare videre og mer komplekse forskningsspørsmål uten å være fastlåst til en metode .

Basert på ovenfor nevnte, anvender denne studien «fixed mixed methods research» (Creswell, 2009), der forholdet mellom kvantitativ metode og kvalitativ metode er planlagt i forkant. MMR kan gi ny innsikt, men forskningsmetoden er komplisert og utfordrende. Metoden bør kun benyttes der det er tiltrengt. Helse- og sosialforskning er sammensatt og bruk av enten kvalitativ eller kvantitativ tilnærming kan være utilstrekkelig for å møte kompleksiteten. Kombinasjonen kan gi en utvidet forståelse av problemstillingen (Creswell, 2009), og en metodes svakhet kan overkommes av den andre (Tashakkori & Teddlie, 2010). I denne studien gir den kvantitative delen mulighet til å beskrive demografiske variabler, korrelasjoner for N-STARp og N-STARb, samt sammenligne N-STAR med tidligere forskning. Den kvalitative komponenten belyser den terapeutiske relasjonen mer detaljert og i dybden.

Ved bruk av MRR må forskeren avgjøre hvordan de kvantitative og kvalitative komponentene av studien skal forholde seg til hverandre. Fire vesentlige beslutninger må tas for å finne en egnet MRR til en studie; graden av interaksjon mellom komponentene, prioriteringen av komponentene, tidspunkt for komponentene og fremgangsmåte for sammensetning av komponenten (Creswell, 2009). Figur 1 og 2 illustrerer hvordan kvantitative og kvalitative komponentene forholder seg til hverandre i denne studien.



Figur 1: Kvantitativ og kvalitative komponenters interaksjon i datainnsamling og analyse



Figur 2: Kvantitative og kvalitative komponenters interaksjon i resultater og drøfting

I tråd med Creswell (2009) er det flere argumenter for å anvende MRR i denne studien;

- 1) Utvikling – å benytte resultater fra en metode for å bidra til å utvide eller informere den andre metoden (se rekruttering).
- 2) Triangulering – å søke bekreftelse, korrespondanse, konvergens fra de ulike metodene (se diskusjon).
- 3) Innvielse – å søke paradokser, selvmotsigelser, nye perspektiver og rammer ved å sette spørsmål eller resultater fra en metode opp mot spørsmål og resultater fra motsvarende metode (se diskusjon).

3.3 Rekruttering, utvalg, datainnsamling

3.3.1 Kvantitativ del

De psykomotoriske fysioterapeutene ble rekruttert via Norges fysioterapiforbunds (NFF) liste over medlemmer i denne spesifikke faggruppen. Forsker hadde tilgang til denne listen gjennom medlemskap i NFF. Det fremkom ikke i listen om medlemmene arbeidet med individuell psykomotorisk behandling. Det var totalt 283 medlemmer som bor sør for Sør-Trøndelag. I tråd med Johannessen et al. (2010); prinsippet om tilfeldig utvalg, ble hvert tredje medlem av disse, 97stk, tilsendt invitasjon til studien per brev. Dette foregikk i månedsskiftet mars-april 2015. De psykomotoriske fysioterapeutene, med en pasient hver, ble forespurt om å fylle ut et selvutfyllende spørreskjema som inkluderte demografi, arbeidsforhold og N-STAR. Brevet terapeutene mottok inneholdt invitasjon til å delta i studien (vedlegg 1), samtykkeerklæring (vedlegg 2), spørreskjemaets terapeutversjon (vedlegg 3) og frankert returkonvolutt for eventuell tilbakesending av samtykkeerklæring og spørreskjema. Samtidig mottok hver terapeut en pasientinvitasjon (vedlegg 4) med samtykkeerklæring, et eksemplar av spørreskjemaets pasientversjon (vedlegg 5) og frankert

returkonvolutt. Terapeuten ble i sitt informasjonsbrev spurt om å overlevere dette til en av sine pasienter etter prinsippet om tilfeldig utvalg. Terapeut- og pasientversjon av spørreskjema ble nummerert med identiske nummer (eks. 1b(behandler) og 1p(pasient)) slik at svarene kunne sammenlignes. I informasjonsskrivet ble det informert om at de som ønsket å delta i intervju måtte krysse av for dette i det informerte samtykket.

Invitasjonen inneholdt informasjon om inklusjonskriterier; den psykomotoriske fysioterapeuten skulle arbeide med individuell psykomotorisk behandling og at deltagerne måtte snakke norsk og være i stand til å kommunisere verbalt. Årsaken til at pasientene gikk til behandling var ikke av betydning. Samtidig ble det presisert at pasienter som ble vurdert til å være for sårbare for en intervjusituasjon skulle ekskluderes fra studiet. Det samme gjaldt pasienter under myndig alder og/eller pasienter med redusert samtykkekompetanse.

I henhold til etiske prinsipper var invitasjonen tydelig med informasjon om frivillig deltagelse, at deltakerne kunne, uten å oppgi grunn, trekke seg fra studien når som helst og at datamaterialet ville bli slettet umiddelbart. Dette var spesielt viktig da pasientene stod i relasjon til terapeuten som overleverer invitasjon til studien. Ingen informanter ble presset til deltagelse eller stod i avhengighetsforhold til forskeren.

Grunnet ukjent adresse kom 5 av de utsendte invitasjonene i retur. Det ble sendt ut påminnelsemail til alle inviterte. 28 behandlere og 27 pasienter returnerte spørreskjemaer og samtykkeerklæringer innen medio mai 2015 (fristen var utgang april 2015). Det single svaret fra terapeuten ble ekskludert da pasienten med tilsvarende ID ikke responderte.

3.3.2 Kvalitativ del

3.3.2.1 Rekruttering og utvalg

I denne delen ble parede psykomotoriske terapeuter og pasienter inkludert til å delta på individuelle semistrukturerte intervju. Utvelgelsen baserte seg på teorien om strategisk utvalg (Malterud, 2011) med vekt på mangfold og variasjonsbredde i besvarelsen av spørreskjemaene. Alle informantene fra den kvantitative delen ble inkludert i prosessen. Parene som hadde de mest spesielle poengkombinasjonene, som ble vurdert til å kunne belyse temaet med variasjonsbredde og ulike nyanser, ble ansett som aktuelle intervjuobjekter. Studiens intervjuobjekter ble kontaktet på bakgrunn av både poengkombinasjoner og tidligere samtykke.

3.3.2.2 Datainnsamling

Sted og tidspunkt for intervjuene ble avtalt med terapeuter og pasienter via mail- og telefonkontakt og ble tilpasset deres ønsker. Et intervju fant sted hjemme hos pasient. To intervju ble gjennomført på kafe (en terapeut og en pasient), mens tre intervjuer (to terapeuter og en pasient) fant sted i lokalene til terapeuten. Før intervjuene startet presenterte jeg meg, presenterte studien kort og informerte om at det var deres oppfattelser, tanker, opplevelser som var interessante, samt at de selv bestemte hva de ville dele. Informasjon fra tidligere mottatt informasjonsbrev ble repetert; anonymitet, retten til å trekke seg og sletting av informasjon, informasjon om lydbånd og håndtering og oppbevaring av data.

Alle intervjuene ble gjennomført i perioden 12.juni – 2.juli.og tatt opp på digitalt lydbånd. De forløp uten forstyrrelser og hadde en varighet på 40 min – 1 time. Dybdeintervjuene tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide til terapeut (vedlegg 6) og pasient (vedlegg 7). I tråd med semistrukturert intervjuguide (Malterud, 2011) ble interessante eksempler, tanker og følelser relatert til relasjonens betydning fulgt opp med oppfølgingsspørsmål. Underveis i intervjuene ble det benyttet ord som; ja..., mm..., akkurat...for å vise at jeg lyttet, samt å skape rom for utfyllende kommentarer og beskrivelser (Johannessen et al., 2010). I tillegg ble det brukt oppsummeringer som; Forstår jeg deg riktig på at du tenker...? Betyr det at...? med tanke å sikre at jeg oppfattet korrekt. Dette i henhold til (Malterud, 2011) som presiserer at å validere er å stille spørsmål for å trygge at svaret blir slik informanten står inne for.

I en intervjusituasjon er det vesentlig å stille enkle, presise og lettfattelige spørsmål som er tilpasset intervjuobjektet (Johannessen et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). I enkelte intervjuer var dette en utfordring. Forsker er vant til å snakke om relasjon- og alliansetemaet og å benytte ulike faglige begreper, noe intervjuobjektene nødvendigvis ikke er vant til. I tillegg måtte forsker tenke raskt for å stille relevante oppfølgingsspørsmål. I andre intervju var det en utfordring å intervju terapeuter jeg har stor respekt for som dyktige fagpersoner. Dette kan bety, i henhold til Gadamer i Gulddal & Møller (1999), at vurderingsevnen ble svekket grunnet autoritetens innvirkning på intervjusituasjonen.

3.4 Måleinstrumenter

3.4.1 Demografi

Demografiske variabler som kjønn og alder, samt varigheten på pasient-terapeut relasjonen var inkludert i spørreskjema for alle deltagerne. For terapeutene ble det i tillegg spurt om hvor lenge de har arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut.

3.4.2 Skala for å vurdere terapeutisk relasjon (STAR)

Den norske versjonen av det selvutfyllende spørreskjemaet STAR ble benyttet. Måleverktøyet STAR er i to versjoner. Den ene for behandlere (STARb) og den andre for klienter/pasienter (STARp) (McGuire-Snieckus et al., 2007). Måleverktøyet ble utviklet med utgangspunkt i kvalitative semistrukturerte intervjuer med leger og pasienter i England og Sverige, samt elementer fra ni etablerte måleverktøy relatert til den terapeutiske relasjon. Instrumentet består hver av 12 spørsmål og er oversatt til norsk av Geirdal et al. (2015). Et eksempel av spørsmål fra henholdsvis pasient,- og behandlerversjonen er: «Min behandler og jeg er åpne med hverandre» og «Min pasient og jeg har god kontakt».

De 12 spørsmålene deles inn i tre delskaler, mens totalscoren representerer det overordnede mål på kvaliteten i den terapeutiske relasjonen. Både pasientversjonen og terapeutversjonen består av delskalaene *Positivt samarbeid* (6 spm.) som reflekterer en god kontakt, felles forståelse av mål, og åpenhet og tillit i den terapeutiske relasjonen og *Positive terapeutisk innspill* (3 spm.) som representerer at terapeuten blir oppfattet som støttende, oppmerksom, forståelsesfull og oppmuntrende. I tillegg inkluderes *Ikke-støttende terapeutiske innspill* (3 spm.) i pasientversjonen, mens *Emosjonelle vansker* (3 spm.) er den tredje delskalaen i terapeutversjonen. Begge reflekterer problemene i den terapeutiske relasjonen slik den oppfattes av henholdsvis pasient og terapeut (Geirdal et al., 2015; McGuire-Snieckus et al., 2007).

Hvert spørsmål har 5 svaralternativer: 0 = aldri; 1 = sjelden; 2 = noen ganger; 3 = ofte; 4 = alltid, med totalskår 0-48. Positivt samarbeid har score 0-24, mens positive terapeutisk innspill, ikke-støttende terapeutisk innspill og emosjonelle vansker har alle skår 0-12. Svarene på spørsmålene inkludert i ikke-støttende terapeutisk innspill og emosjonelle vansker ble reversert før utregning av del- og totalsum. Jo høyere poengsum jo bedre terapeutiske relasjoner.

3.4.3 Semistrukturert intervjuguide

Strukturen i intervjuguiden var 5-delt; presentasjon, innledende spørsmål, den terapeutiske alliansen, STAR og avslutning. De to hovedtemaene omhandlet spørsmål omkring den enkeltes meninger og refleksjoner om den terapeutiske alliansen og hva den innebærer, samt spørsmål om opplevelsen av STAR-spørreskjemaets relevans i psykomotorisk fysioterapi. Intervjuguiden ble utarbeidet for å fungere som en huskeliste, med rom for å endre rekkefølge på temaer og å komme med nye oppfølgings spørsmål underveis i intervjusituasjonen (Johannessen et al., 2010). Intervjuguiden ble utformet slik med tanke på å kunne møte informantene med åpent sinn.

3.5 Statistisk databehandling og analyse

Dataene fra spørreskjemaene ble punchet av forsker i The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 23. Det var valide svar fra 27 pasienter og 27 behandlere. Det ble utført deskriptive analyser og anvendt krystabeller på score for sum STARp/STARb. Det ble anvendt tilsvarende statistiske analyser som i Geirdal et al. (2015): Cronbach`s alpha ble brukt for å måle instrumentets intern konsistens/ reliabilitet, T-tests ved sammenligning mellom grupper, korrelasjon med Pearson korrelasjonskoeffisient (r), intraclass korrelasjon koeffisient (ICC) for å undersøke sammenhenger mellom gruppene og Cohen`s d for å måle effektstørrelse.

3.6 Kvalitativ databehandling og transkribering

3.6.1 Semistrukturert intervju

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver et semistrukturert livsverden-intervju som «*en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet*» (Kvale & Brinkmann, 2009 s.325). I denne studien var det viktig å fremme informantenes egne erfaringer, opplevelse og meninger knyttet til den terapeutiske relasjon, samt å få frem opplevelse om STAR var et nyttig verktøy for å måle relasjonen mellom terapeut og pasient. Semistrukturert intervju ble valgt for å sikre at informantene fikk tilnærmet identiske spørsmål, men samtidig kunne følge interessante utsagn og beskrivelser med utdypende og avklarende spørsmål. Slike intervju har til hensikt å frembringe data og krever særpregete teknikker og tilnærminger, samtidig bærer de preg av dagligdagse samtaler (Kvale &

Brinkmann, 2009). Målet var å tilstrebe en likeverdig relasjon med trygghet og tillitt som en god ramme for å kunne dele personlige opplevelser og meninger. I henhold til Dalen (2004) ble det vektlagt å lytte og å vise oppriktig interesse for det informantene formidlet og å opptre anerkjennende både ved lytting og spørsmålsstilling.

3.6.2 Transkribering

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver at et lydtekst er en abstraksjon av samtalen og den fysiske tilstedeværelsen mellom de involverte. Transkripsjoner er enda en abstraksjon av virkeligheten. «*En transkribert tekst er kort sagt svekkende, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervju samtaler*» (Kvale & Brinkmann, 2009 s.187). Dataene ble transkribert ordrett av forsker selv. Nonverbale betraktninger som gestikulering og ansiktsmimikk ble forsøkt notert underveis i intervjuene. De muntlige dimensjonene (pauser, lyd, latter og lignende) ble opprettholdt i transkriberingen. Dialekt på lydbåndet ble transkribert til bokmålsform. Det transkriberte materialet utgjorde totalt tetskrevne 65 sider. All identifiserbar informasjon ble fjernet da intervjuene ble transkribert.

3.7 Kvalitativ analyse – systematisk tekstkondensering

I dette avsnittet presenteres den kvalitative analysen som er benyttet i forhold til opplevelsen av relasjonens betydning. Evalueringen av STAR betraktes som informantenes direkte evaluering av STAR og presenteres som egne avsnitt.

Det kvalitative datamaterialet som ikke omhandler N-STAR er basert på «editing analysis» style (datastyrt analyse) der enheter i teksten identifiseres som utgangspunkt for å fremstille databaserte kategorier. Disse kategoriene benyttes til å reorganisere teksten slik at meningsinnholdet i teksten kommer tydelig frem (Malterud, 2011). Fremgangsmåten ved systematisk tekstkondensering som analyseverktøy består av fire trinn: 1) Få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsbærende enheter, 3) kondensering av enhetene og 4) sammenfatte innholdet (Malterud (2003) i Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011)

- 1) I denne fasen ble alle intervjuene gjennomlest med tanke på å skaffe et helhetsinntrykk av datamaterialet og å finne interessante foreløpige temaer (Johannessen et al., 2010). Det ble bestrebet å innta et fugleperspektiv på materialet der forforståelse og teoretisk plattform ble satt til side (Malterud, 2011). I denne fasen ble intervjuene til pasienten og behandlerne lest samlet. De midlertidige temaene, 7 stk. fikk navn (se tabell 1).

Temaene sammenfalt ikke med hovedtemaene i intervjuguiden. Dette kan være positivt og tyde på en kreativ analyse (Malterud, 2011).

Tabell 1: Oversikt over midlertidige hovedtema fase 1 kvalitativ analyse

Fase 1 Behandler og pasient
Annerkjennelse
Empati
Kjemi
Håp
Trygghet
Relasjon som utgangspunkt
Relasjon nonverbal/kroppslig

- 2) I denne fasen fortettes meningsinnholdet (Johannessen et al., 2010). Med de foreløpige temaene i bakhodet begynte arbeidet med å systematisere tekst med meningsbærende enheter. Dette arbeidet kalles koding og er systematisk dekontekstualisering (Malterud, 2011). I denne fasen ble behandlere og pasientenes intervjuer holdt adskilt. Parallelt med å fortette meningsinnholdet ble temaene justert. Det dannet seg nye koder for behandler og nye koder for pasient, noen like og noen ulike. I denne fasen lå forforståelse og teoretisk plattform i bakhodet som hjelp til å sortere ut temaer som ikke belyste problemstillingen. Forsker opplever at det gav en økende nærhet til materialet, med positive følger i form av å få frem nyanser.

Tabell 2: Oversikt over i koder for behandlere og pasienter fase 2 kvalitativ analyse

Fase 2 Behandler	Fase 2 Pasient
Hva er en terapeutisk relasjon	Relasjonens betydning
Tillit – åpent rom	Anerkjenne
Anerkjenne	Tillitt
Trygghet	Trygghet
Empati	Åpne perspektivet/sannhet
Endringsarbeid	Empati
Betydningen av relasjonen	

- 3) I den tredje fasen ble innholdet i fra trinn to, de meningsbærende enhetene, abstrahert. Ved å belyse en og en kodegruppe kom det frem ulike undergrupper basert på faglig perspektiv og ståsted (Malterud, 2011). Basert på en grundigere forståelse av materialet ble kodegruppene noe endret fra forrige trinn.

Tabell 3: Hoved- og undergrupper behandlere og pasienter fase 3 kvalitativ analyse

Fase 3 Behandler		Fase 3 Pasient	
Hovedgruppe	Undergruppe	Hovedgruppe	Undergruppe
Relasjonen – et bakteppe	- å være følgesvenn	Relasjonen - et bakteppe	- Takknemlighet, nærhet og distanse
Tillitt, anerkjennelse og empati	- Å lytte empatisk - Åpent rom	Tillitt, anerkjennelse og empati	- Nestekjærlighet og omsorg - Åpent rom
Å skape trygghet		Fysisk og mental trygghet	

- 4) I den avsluttende fasen ble det utført en rekontekstualisering for å utarbeide nye beskrivelser og begreper (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011). Det var viktig å sammenfatte med lojalitet ovenfor deltagerens uttalelser, men samtidig gi leseren innsikt og tillitt. Med utgangspunkt i de kondenserte tekstene og sitatene ble det utarbeidet en analytisk tekst for hver kodegruppe med vitaliserende sitater. De løsrevne tekstene ble validert opp mot sin opprinnelige sammenheng. Den analytiske teksten presenteres i resultater (neste kapittel) og drøftes opp mot teori i diskusjonen.

Tross en skjematisk fremstilling av prosessen foregikk den, i henhold til Johannessen et al. (2010) og Malterud (2011), med «et skritt frem og to tilbake» der økt nærhet og innsikt i materialet, samt vurdering av resultatene mot gjeldene teori og empiri, førte til justeringer underveis. Prosjektloggen ble aktivt benyttet for å notere ulike valg i analyseprosessen og hvilke temaer som ikke ble tatt med til videre analyse. Malterud (2011) presiserer at prosjektloggen er et viktig arbeidsdokument for å sikre refleksivitet og gjøre veivalg tilgjengelig for andre.

3.8 Datakvalitet og metoderefleksjon

I vitenskapelig forskning er det svært viktig å håndtere kunnskap på en selvkritisk, systematisk og pålitelig måte. I denne sammenheng er det viktig med intersubjektivitet. Det innebærer at leseren er en informert deltaker som får innsikt i de forutsetningene som kunnskapen er utviklet under (Malterud, 2011).

3.8.1 Validitet

Data er representasjoner av virkeligheten. Begrepet validitet handler om gyldigheten til dataene (Johannessen et al., 2010). I denne studien er det fokusert på å ha en åpen prosess, forstå med åpent sinn og å få bekreftelser på om tolkninger er riktig. Dette gjelder spesielt den

kvalitative delen av studien. Samtidig er den interne validiteten (Malterud, 2011) påvirket av å forske i eget fagfelt. Det var krevende å opprettholde en tilstrekkelig avstand til informantene. Forhåndskunnskap og erfaring som psykomotorisk fysioterapeut og har preget hele forskningsprosessen. Dette har lagt føringer for kunnskapen som er produsert.

Ekstern validitet (overførbarhet) omhandler i hvilken kontekst funn kan gjøres gjeldene utover den sammenhengen fenomenet er studert i (Malterud, 2011). I denne studien var utvalget i den kvantitative delen basert på tilfeldig utvalg, mens den kvalitative delen var basert på strategisk utvalg ut ifra de som deltok i studien. Det var imidlertid frivillig å delta, og det er derfor mulig at de som valgte å delta var behandlere og pasienter som syntes relasjonstemaet er interessant og viktig, og var i en god terapeutisk relasjon. For å redusere denne effekten ble behandlerne bedt om å velge ut pasient i henhold til tilfeldig utvalg (se informasjonsskriv). Om reell utvelgelse ble foretatt på denne måten kan ikke forsker bekrefte. En kan også stille spørsmål om tilsvarende fenomen med å være i en god relasjon gjorde seg gjeldende da informantene som returnerte spørreskjemaet krysset ja eller nei til og eventuelt delta på intervju.

3.8.2 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler i forskningsresultaters konsistens og troverdighet og hvilken grad resultatene kan gjentas på andre tidspunkt av andre forskere med samme metode (Kvale & Brinkmann, 2009). I en intervjusituasjon vil det alltid være elementer ved relasjonen og kommunikasjonen som gjør det er vanskelig å etterprøve av andre forskere. Også når det gjelder transkribering og analysing vil individuelle menneskelige faktorer påvirke (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette er vesentlig i den kvalitative delen av studien, mens den kvantitative delen i større grad vil la seg etterprøve. I den kvantitative delen av studien er den *interne* konsistensen målt ved hjelp av Cronbach's alpha. Cronbach's alpha som måler hvor tett de ulike delskalaene i N-STAR er koblet til hverandre.

I intervjusituasjonene var forsker bevisst på at det som fremkom foregikk i samspill med informantene. Forskers personlighet og kommunikasjon i samhandling med intervjuobjektens personlighet og kommunikasjon skapte relasjonen som kunnskapen ble etablert i. Kvale & Brinkmann (2009) uttaler at for stort fokus på reliabilitet kan gå på bekostning av kreativitet og variasjon. Det er et kvalitetsmål å gjøre studien så transparent som mulig (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er en styrke at forsker selv utførte transkriberingen. Det gjorde det trolig enklere å skjønne fremstillingene og skildringene som

ble gitt med tanke på egen tilstedeværelse i intervjusituasjonen. At veileder har bidratt og rettleidet i analyseprosessen styrker også studiens validitet og reliabilitet.

3.8.3 Generaliserbarhet og overførbarhet

Begrepet generaliserbarhet kan gi urealistiske assosiasjoner om allmenngyldig overførbarhet. Overførbarheten har bestandig begrensninger. Utvalgsstrategien er den mest vesentlige forutsetningen for å avgjøre dette, både i kvalitativ og kvantitativ forskning (Malterud, 2011). Malterud (2011) presenterer overførbarhet som et begrep som i større grad tar høyde for at det finnes grenser og vilkår for hvordan funn kan gjøres gyldig i andre sammenhenger enn der det spesifikke studiet er utført.

I denne studien kan funnene overføres til å si noe om den terapeutiske relasjonen mellom terapeut og pasient i psykomotorisk fysioterapi, samt hvilke elementer som kan være viktige for terapeuter og pasienter i en slik relasjon. I tillegg kan studien si noe om relevansen til måleverktøyet N-STAR i psykomotorisk fysioterapi. Alle funnene har trolig begrensninger i at de er gjeldene for relasjoner der begge parter opplever relasjonen som god og som viktig for behandlingen. Likevel vil studien trolig bidra til økt innsikt i relasjonen i NPMF, samt representere et utgangspunkt for videre forskning på bruk av N-STAR i psykomotorisk fysioterapi. Det er imidlertid etter at studien er publisert at vi får et endelig svar på om andre kan benytte vår innsikt til noe betydningsfullt (Malterud, 2011).

3.9 Etikk og personvern

I forskning er det vesentlig at informantene blir ivaretatt med tanke på forståelig informasjon og samtykke (Olsson, Sörensen & Bureid, 2003). I første omgang ble prosjektet søkt godkjent av REK (Regional etisk komite), med tilbakemelding 23.10.2014 (vedlegg 8). Prosjektet ble vurdert til å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og kunne gjennomføres uten deres godkjenning. Prosjektet ble godkjent av NSD 24.11.2014 (vedlegg 9). I tillegg til godkjenningen fra NSD ble juridiske og etiske hensyn ivaretatt ved grundig informasjonsskriv til aktuelle deltagere. Forespørselen om deltagelse fra pasienter gikk via behandler grunnet Lov om helsepersonell, kapittel 5 om taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999 § 21,22 og 29). Alle data, SPSS filer og transkriberte data, ble registrert i aidentifisert form og ble lagret på passordbeskyttet PC. Dataene er beskyttet for innsyn. Kun forsker har tilgang til datamaterialet. I rapporteringen vil det ikke være mulig å identifisere deltagere tross lite

utvalg. Informasjon som er vurdert til å være skadelig for deltagerne er utelatt i rapporteringen.

Samtykkeerklæringene og spørreskjemaene er oppbevart i låsbart arkivskap godkjent for å oppbevare pasientinformasjon. Kun forsker har hatt nøkkel til arkivskapet. Koblingsnøkkel som kobler deltagernavn og ID-nr. er lagret på passordbeskyttet PC. Digitale lydbånd ble overført til passordbeskyttet PC og ble slettet rett etter overføringen. Datafilene er aidentifisert ved hjelp av ID-nr. All pasientinformasjon vil bli slettet etter prosjektets slutt, senest november 2015.

Ved intervjuene med pasienter var det viktig for forsker å være *intervjuer* og ikke *terapeut*. Terapeutene som vervet pasientinformanter hadde i forkant gjort en vurdering på om den aktuelle pasienten ville tåle en intervjusituasjon. Forsker var oppmerksom på eventuelle reaksjoner underveis i intervjuene, med tanke på at intervjuene kunne komme inn på relasjonstematikk som berørte den enkelte. Samtidig var det en trygghet at pasientinformantene hadde en pågående relasjon til en psykomotorisk fysioterapeut. Terapeuten kunne eventuelt håndtere vanskelige reaksjoner i etterkant av intervjuet.

3.10 Forskerens rolle i prosjektet

Studiens fokus er påvirket av egen forforståelse og interessefelt. Dette gjelder av valg tema, problemstilling, teori, metode, analyse, presentasjon av resultater og diskusjon. Forskerens forforståelse er basert på tidligere arbeidserfaring som fysioterapeut innen sammensatte smertetilstander og psykiske plager i et holistisk perspektiv, samt videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og arbeidserfaring som psykomotorisk fysioterapeut. Med tanke på mellommenneskelige relasjoner er forskeren, i henhold til psykomotorisk fysioterapi, spesielt interessert i relasjoner i et nonverbalt perspektiv. Både i arbeidssammenheng og som person er undertegnede nysgjerrig og interessert i å lytte til andre menneskers tanker og opplevelser, også når dette ikke stemmer overens med egne oppfatninger. Med denne forforståelsen ble det bestrebet, i den kvantitative del av studien, å være selvrefleksiv og observant på eventuelle bias. I den kvalitative bestanddelen av oppgaven var forskeren delaktig i alle deler av prosessen (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011; Tjora, 2012). Samtidig er det viktig å beskrive den teoretiske forståelsesrammen da den sier noe om «brillene vi har på» i forskningsprosessen. Teorigrunnlag har spesiell betydning for analysedelen (Malterud, 2011). Studien hadde ingen finansieringskilder, interessekonflikter eller avhengighetsforhold. Forskeren stod alene ansvarlig (under veiledning) for utførelse og rapportering.

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres studiens funn, både fra kvalitativ- og kvantitativ analyse. Da første delen av problemstillingen besvares ved hjelp av kvalitativ metode presenteres denne delen først. Deretter følger kvantitativ analyse som knyttes til andre del av problemstillingen.

4.1 Kvalitative resultater

De kvalitative resultatene baserer seg på 6 intervjuer med 3 par (n = 3 terapeuter og 3 pasienter). Resultater fra behandlerne presenteres først, både opplevelser av relasjonens betydning og deres direkte evaluering av STAR. På tilsvarende vis presenteres kvalitative resultater for pasientene.

4.1.1 Resultater behandlere

4.1.1.1 Relasjonen – et bakteppe

Alle terapeutene hadde et bevisst forhold til relasjonens betydning: Å skape en god relasjon var grunnleggende i møtet med pasienten og basisen for å åpne for pust og spenninger. Uten den ville det ikke bli noen endringsprosess. Relasjonen i seg selv kunne være viktigere enn selve behandlingstiltakene, og den ble beskrevet på følgende måte;

«Relasjonen blir som et bakteppe som er tilstede i alt som skjer mellom terapeuten og pasienten ... så blir behandlingen til i relasjonen ...»

Terapeutene presiserte at relasjonen skapes på ulike nivåer; verbalt, gjennom kroppsspråk, men også fysisk. De brukte eget kroppsspråk og tok inn pasientens kroppsspråk. Berøring var vesentlig, og det ble presisert at ved berøring, var det *responsen* under hendene som var viktig for relasjonen, samtidig var denne responsen viktig i behandlingen. På denne måten overlappet relasjonen og behandlingen hverandre. En terapeut beskrev at å følge med og ta på kroppen, muskulaturen og sjekke spenninger er en fin måte å ha en allianse på:

«Jeg tror det har mye å si for relasjonen hvordan pasienten opplever å bli berørt; om det er profesjonelt, på avstand eller for nært. Det handler jo også om at jeg kan klare å lese hvor pasienten er.»

Å være følgesvenn

«... takknemligheten med tanke på det pasienten tar meg med inn i... og å få være en følgesvenn på veien i den prosessen vi starter...Ja, det synes jeg er fantastisk givende og inspirerende.»

Terapeutene verdsatte den nære relasjonen til pasienten. De var takknemlige over at de kan samarbeide og følge pasienten over tid, noe de mener psykomotorikken gir dem mulighet til. Det kom frem at det er terapeutens ansvar å skape og åpne opp for relasjonen og terapeuten må vise en oppriktig interesse for det som er pasientens problem.

«Når pasienten forteller at hun har lagt merke til at det har skjedd endringer i kroppen, så blir jeg så glad. Da får jeg en bekreftelse på at vi jobber sammen.»

Terapeutene var opptatt av at pasientene skal eie sin egen endringsprosess og at de skal være bevisst på endringer som skjer i dem. Behandlerne ønsket å ansvarliggjøre pasientene til dette, slik at de kan fungere som veileder og en følgesvenn. Prosessen starter i den nære behandlingsrelasjonen, men pasienten må gjøre jobben selv ute i det virkelige liv.

4.1.1.2 Tillitt, annerkjennelse og empati

Å lytte empatisk

Empati ble trukket frem som svært betydningsfullt. Det ble eksplisitt uttrykt at om du ikke kan føle empati med en pasient, er det ikke noe å starte behandling på. Alle terapeutene lyttet med hele seg. Det ble brukt beskrivelser som å lytte ved og empatisk være inne hos pasienten og prøve å skjønne hvordan pasienten kan ha det. Den følelsesmessige opplevelsen som beskrev situasjonen til pasienten ble gitt tilbake igjen:

«... empatisk, at jeg har vært inne og prøvd å forstått pasienten og kan gi tilbake igjen i en følelsesmessig ramme ... ofte kan pasienten komme med mange ord uten at det er en følelse i ordene de sier ...»

Samtidig ble viktigheten av å lytte på riktig måte poengtert; å søke svar hos pasienten og å lytte til deres oppfatning av hvordan en problemstilling skal løses. Det ble stilt spørsmål om man som terapeut har lyttet godt nok og tatt nok hensyn til pasienten når endringsprosessen stopper opp og en må gå et par skritt tilbake.

Åpent rom

Å skape et rom og en kommunikasjon som er basert på åpenhet og tillitt ble trukket frem av alle terapeutene. Det var vesentlig å «tune» seg inn på pasienten og skape en likeverdig relasjon. En terapeut fortalte at hun prøver å løsrive seg fra det hun drar med seg inn i behandlingsrommet. Relasjonen skapte også et ønske om å hjelpe pasienten videre. Ved å åpne opp for pasienten og ved spontan tilstedeværelse ble det vekket et engasjement for pasienten. På spørsmål om hva en allianse er for deg kom det frem:

*«... Å skape en kommunikasjon hvor det er mulig å åpne seg og den er basert på tillitt ...
Også at jeg åpner opp for å kunne ta inn pasienten og gi tilbake. Sånn at en får et åpent rom i mellom oss.»*

Behandlerne vektla å legitimere pasientenes følelser, kroppslige reaksjoner og tanker. Pasienten skulle føle seg sett, hørt og respektert og pasientens opplevelse stod i fokus. Terapeutene ba pasientene komme med verbale tilbakemeldinger, men de leste også kroppsspråk og autonome reaksjoner hos pasienten og spurte gjerne om dette. På denne måten anerkjente de og trakk frem reaksjoner pasienten muligens ikke er vant til å uttrykke verbalt.

«... jeg ser hele pasienter som er der og kan gi tilbake det jeg kan se at kroppen uttrykker av følelsesmessige uttrykk på en ikke-verbal måte, og gjerne gi det tilbake. Og i det ligger vel å føle seg sett.»

Behandlerne trakk frem å alminneliggjøre det pasienten kommer med for å øke forståelse av at det ikke er noe rart med ham/henne. Det å benytte psykoedukasjon opplevdes som nyttig, og kunne eksempelvis handle om å forklare hva som skjedde når en pasient berørte angsten sin og å lære bort mekanismen slik at pasienten kunne roe seg selv ned.

4.1.1.3 Å skape trygghet

Å skape trygghet i relasjonen var grunnleggende for alle behandlerne; å være en trygg terapeut og at pasienten skal oppleve trygghet i terapirommet. En terapeut påpekte at det er en trygghet for pasienten, og en forpliktelse og et ansvar for henne, å være tilstede og følge en endringsprosess uten å trekke seg ut. Terapeutene kom med flere eksempler på tiltak for å skape trygghet i terapirommet. Det kunne handle om å være lyttende, å gi tilbake, passe på å ha øyekontakt og å dreie tilbake til temaet om samtalen sporet av:

«... for når ting blir vanskelig kan det være lett å spore av, så da sporer jeg alltid tilbake til teamet og holder på det vanskelige og viser at jeg er interessert i å høre det også ...»

Oppgaven med å utfordre og komme med innspill slik at pasienten kunne se ting med i et litt annet perspektiv ble presisert av behandlerne. Samtidig skulle pasienten ikke føle seg avvist og oppleve innspillet som kritikk. De mente at en god terapeut mestrer dette.

«Det er gjennom utfordring i trygge rammer at endring skjer.»

En behandler presiserte at når hun merket at pasienten skjønte henne på riktig måte og tillitten var der, så kunne hun tillate seg å utfordre mer uten at det opplevdes som avvising. Tross lang fartstid som psykomotoriker kom det frem at også egen trygghet, av og til, kunne være

en begrensning. I møtet med enkelte pasienter kunne det være utfordrende å tørre å komme så nærme på det emosjonelle plan.

4.1.1.4 N-STAR behandler

Behandlerne mente at deres avkrysning på spørreskjemaet sa noe om den terapeutiske relasjonen mellom dem og deres pasient slik de opplevde den. Skjemaet berørte viktige temaer med tanke på relasjonen. Samtidig ble utfordringen med spørreskjemaer trukket frem; det ikke er rom for å utdype avkrysningene og forklare. To terapeuter syntes det hadde vært interessant å sammenligne terapeuten og pasientens score. De mente at det er først da spørreskjemaet blir relevant:

«... det hadde vært gøy å se om det stemmer overens; om jeg opplever at jeg har en god relasjon til en pasient er det ikke sikkert at pasienten har en god relasjon til meg og omvendt.»

Terapeutene hadde sprikende oppfattelser om hvordan de ville kryssset av om det dreide seg om andre pasienter. Det ene synspunktet var at avkrysningen sannsynligvis blitt annerledes om det omhandlet andre pasienter. Fra det andre ståstedet kom det frem at avkrysningen ville blitt tilnærmet likt med andre pasienter på grunn av opplevelsen av å ha en god relasjon til alle pasientene.

Ved besvarelsen av STAR tok behandlerne utgangspunkt i ulike aspekter ved relasjonen til pasienten, både det verbale, opplevelsen og følelsen, kroppsspråket, hvordan pasienten reagerte i de ulike settinger:

«... for meg var det viktig å ta inn bildet av pasienten når jeg kryssset av... at jeg tenkte på henne og meg i situasjonen ...»

En behandler nevnte at det kunne vært flere spørsmål relatert til det nonverbale i relasjonen. Samtidig ble det presisert at flere spørsmål knyttet til det nonverbale kunne resultert i et spørreskjema som omhandlet kroppslig opplevelse.

To terapeuter mente at STAR ikke favner den *fysiske* komponenten av relasjonen, uten at de tenkte på det da de besvarte skjemaet. Det kom også frem oppfattelser av spørreskjemaet hadde blitt enda mer relevant om det hadde blitt utarbeidet mer spesifikt med tanke på psykomotorisk behandling, eksempelvis spørsmål knyttet til hvordan kroppsspråk møtes og spørsmål om berøring. Samtidig ble det undret på om det ofte er samsvar mellom kvaliteten på det verbale, nonverbale og fysiske aspektet ved relasjonen.

Terapeutene nevnte at noen spørsmål var vanskelig å forstå. Det dreide seg om at de snudde spørsmålene kunne være vanskelig å lese og besvare, og opplevelsen av å måtte tolke spørsmål 4 og 6. En behandler trakk frem at spørsmålet om empati var noe merkelig da empati opplevdes som så fundamentalt for relasjonen.

4.1.2 Resultater pasienter

4.1.2.1 Relasjonen – et bakteppe

Alle pasientene opplevde å ha en svært god relasjon til sin respektive terapeut, noe de hadde reflektert over før intervjuet. De mente relasjonen var fundamentet og avgjørende med tanke på å åpne seg opp for terapeuten:

«Jeg tror den er veldig avgjørende ... Jeg stoler 100% på henne og er ikke redd noe.»

To pasienter forklarte at den terapeutiske relasjonen for dem bestod av det verbale og det nonverbale som lå i rommet og de betraktet det fysiske i behandlingsrommet som noe annet. Dette var iakttagelser som kommer frem i intervjusituasjonene:

«Relasjonen vår er at vi snakker sammen og det som skjer her ute (viser med hendene), altså kroppsspråk og sånt, og en stemning mellom de forskjellige situasjonene.»

Takknemlighet, nærhet og distanse

Pasientene presiserte betydningen av å få gå til sin respektive behandler. Den måten de ble møtt på berørte dem. De uttrykte stor takknemlighet og trakk dette uoppfordret frem:

«Hun kommer til å være dypt inni hjertet mitt resten av livet ... (sukker, tårer i øynene). Jeg kommer aldri til å bli ferdig med henne ... Hun er HELT spesiell.»

Utfordringen med å ha et så personlig og nært forhold til terapeuten ble også beskrevet. På den ene siden var det nødvendig med den tette relasjonen, men samtidig var relasjonen profesjonell og krevde en viss avstand. Dette opplevdes som vanskelig:

«... for at jeg skal få utbytte så må jeg la henne slippe helt, tett innpå skjela mi, men samtidig skal jeg jo ikke det. Så skal jeg knytte henne sterkt inntil meg, så skal jeg holde avstand til ...»

4.1.2.2 Tillit, anerkjennelse og empati

Nestekjærlighet og omsorg

Pasientene trakk frem at de hadde blitt kjent med *mennesket* bak terapeuten. Opplevelsen av at terapeutene virkelig brydde seg om dem og var svært omsorgsfulle var felles. Behandlerne

hadde også fortalt pasientene sine at de virkelig betydde noe for dem. At terapeuten viste omsorg med hele seg ble beskrevet slik:

«Det er liksom omsorg i hendene hennes ... litt smygende, men fast... vippe litt sånn og hånda innunder... Altså, den måten hun møter meg på hun tar liksom vare på meg...»

Opplevelsen av at terapeutene viste forståelse ble presisert av pasientgruppen. Det gjaldt både fysiske plager, tanker, følelser, opplevelser og krevende situasjoner de stod i og arbeidet med. Eksempelvis kom det frem at terapeutene viste omsorg ved å tilby å være en sikkerhetsventil utenfor behandlingstimen ved å gi pasientene muligheten til å ringe eller sende sms. Dette gjorde stort inntrykk og økte opplevelsen av å ha en spesiell plass hos terapeutene.

Åpent rom

Pasientene opplevde at tillitt var vesentlig i relasjonen og beskrev at terapeuten utstrålte tillitt og ro. Ord som «å ha god kjemi» og «å finne tonen» ble brukt for å illustrere relasjonen til terapeuten, noe som ble gjentatt av alle tre:

«Det er noe spesielt der. Når jeg ser og møter henne så kjenner jeg at det er en god kjemi mellom oss... det er liksom hele personligheten hennes som gjør at kjemien vår passer så godt sammen.»

Pasientene kom med mange eksempler på tillitsskapende elementer, som for eksempel at terapeuten oppleves både faglig flink og fin som menneske. Det var svært betydningsfullt at terapeutene, som de hadde stor respekt for, også har lært dem mye. Dette kan visualiseres ved følgende sitat som synliggjør at pasienten og terapeuten var likeverdige på hvert sitt nivå:

«Jeg henter og tømmer liksom fra henne, men når hun sier at jeg gir så mye tilbake så tenker jeg at jeg ikke bare tar, men at jeg gir litt også... Hun er der i sitt og jeg der i mitt, samtidig så tar og gir vi til hverandre... Det er veldig viktig for meg!»

Samtidig kom det frem at terapeutene delte av seg selv, og av og til fortalte fra sitt eget liv. Dette var en tillitsskapende faktor for pasientene.

«... man trenger ikke å være enig eller mene det samme... at man er villig til å lytte til hverandre og at man kan diskutere det som er. At man kan få lov til å være den man er og ikke forme seg etter en annen person for å bli sett, anerkjent eller godtatt.»

Pasientgruppen opplevde å bli tatt for den de er, uansett hva de sa eller kom med. Det ble nevnt at å bli anerkjent på denne måten var viktigere enn å bli likt som person. Terapeutene så dem, tok imot, lyttet og viste forståelse.

«... det høres sikkert helt på tryne ut, men det er bare en ting jeg må få ut» sier jeg. «Jada» sier hun. «Bare få det ut» og så ler hun og så er vi i alvoret i det likevel. Hun ler ikke av meg, hun ler med meg.»

Samtidig ble det presisert at det også var greit og ikke ville prate. Det ble akseptert og terapeutene var ikke *«slitsomt pågående»*. Det kjentes som at behandlerne merket på pasientene hva de hadde mest behov for den dagen, eksempelvis å gå rett på behandlingen. Følelsen av å bli lest og at terapeutene så hva de trengte var veldig god. Denne følelsen kunne oppstå raskt i behandlingsforløpet:

«Gjennom den første samtalen altså... Å ta meg på den måten der det er... Hun kjente meg ikke fra før... Nei, hun leser meg utrolig godt.»

Pasientene fortalte at terapeutene gav dem gode forklaringer på hvorfor kroppen var som den var. Det kom frem at terapeutene både bekreftet og tok dem alvorlig:

«... hun forteller hvorfor ting skjer og jeg får bekræftelser på det jeg kjenner i kroppen er riktig.»

4.1.2.3 Fysisk og mental trygghet

«Jeg stenger helt av om jeg er på utrygg grunn, både det fysiske og mentale..., men en person som gir meg sikkerhet og trygghet får alt sammen servert og jeg kan ta imot»

Pasientene vektla trygghetens betydning. Uten tryggheten ville det ikke skjedd noen endring. Trygghet og respekt ble presisert som en vesentlig faktor for fysisk berøring og behandling.

«Det er ikke alltid vi er helt enig og det er helt greit. Det er sånn det fungerer; jeg kan bli ganske ensporet og trenger av og til litt korrigering»

Pasientene ønsket ikke et «jatte-forhold» og var takknemlige for at terapeuten hjalp dem med å åpne perspektivet og fikk dem til å se ting med et annet blikk. Trygghet ga terapeutene mulighet til å komme med råd og innspill uten at det opplevdes som kritikk eller er truende. Samtidig kom det frem beskrivelser av å være provosert, irritert og sint etter behandling, men etter litt refleksjonstid kom forståelsen av at det likevel var noe i det behandleren sa.

Følelsen av å være til bry ved å gå til behandling ble trukket frem. Det var en utfordring for pasientene å tenke at de hadde lov til å være der. Men, når de kom til behandling, opptrådte terapeutene slik at pasientene likevel turte å ta plass og bare fokuserte på seg selv. Det var en trygghet at terapeuten lovet å gi beskjed når det begynte å nærme seg behandlingsslutt.

4.1.2.4 N-STAR pasient

Det var sprikende meninger om hvordan det var å fylle ut STAR. På den siden; det var enkelt å fylle ut spørreskjemaet, noe som sannsynligvis handlet om at de var tilfreds med relasjonen og behandlingen:

«Det var enkelt å fylle ut spørreskjemaet, sånn er det når vi har en så god relasjon. Alt er jo bare positivt»

STAR ga en kort presentasjon av relasjonen slik den var og spørreskjemaet opplevdes som relevant. På den andre siden var synspunktet om at deler av spørreskjemaet var vesentlig og at enkelte spørsmål ikke var så avgjørende. Ved avkrysning tok pasienten utgangspunkt i relasjonen ved *samtale*. Det nonverbale, kroppsspråk og stemningen rundt situasjonene inngikk i dette, mens det *fysiske* ikke var inkludert. Dette var refleksjoner som kom frem i intervjusituasjonene.

Angående spesifikke spørsmål ble spørsmål 10 (bli likt) trukket frem. Pasientene var ikke så opptatt av å bli likt som person, det var viktigere å bli sett, få gehør og tilbakemeldinger. Samtidig fremkom undring om betydningen av spørsmålet «Min behandler og jeg er åpne med hverandre». Det var ikke alltid å prate som hadde hovedfokus. Pasientgruppen hadde ulike oppfattelser av spørsmål 5 (ærlig relasjon). Et synspunkt var at spørsmålet var mindre viktig da ærlighet inngikk i å ha en åpen relasjon. I motsetning, ble spørsmål 5 ansett som viktig, samtidig som spørsmål 4 (sannhet) ble oppfattet som enda mer betydningsfullt. Det er kun sannhet som kan bygges videre på.

Det ble også nevnt at noen spørsmål var mer «jobbrelaterte», uten å være elementære for relasjonen. Dette gjaldt spørsmål 6, 8 og 11. Eksempelvis ble det presisert at å sette mål er mer vesentlig for behandlingen enn for relasjonen. Med tanke på mål uttrykte en pasient at hun og behandleren hadde felles mål, men at det ikke var så konkret:

«Ja, vi har mål. Men det er kanskje ikke så konkrete mål. Det blir litt sånn fra gang til gang, små delmål».

Med tanke på spørsmål som ble savnet, ble betydningen av å ha blitt kjent med *mennesket* bak terapeutene og at de delte av seg selv nevnt. Dette var et element som kunne vært inkludert i et slikt spørreskjema. Samtidig ble aspektet ved å kunne ta kontakt og ha mulighet til å sende et signal utenom behandlingstimen trukket frem, en faktor som ikke fremkom i spørreskjemaet.

4.2 Kvantitative resultater

4.2.1 Beskrivelse av utvalget

Utvalget består av totalt 27 behandlere (n=27) og 27 pasienter (n=27). Svarprosenten er 29% (27 av 92 inviterte). Av de 27 behandlerne som besvarte spørreskjemaet var det 5 menn og 22 kvinner. Blant dem hadde 37% arbeidet som psykomotorisk fysioterapeuter i 0-5 år.

Pasientutvalget bestod av 1 mann og 26 kvinner. Av dem hadde 67% vært til 36 eller flere behandlinger. Øvrig demografi og variabler for behandlere og pasienter er tydeliggjort i tabell 4 og 5.

Tabell 4: Demografi behandlere

	Antall (n)	Prosent (%)
Kjønn		
Menn	5	18,5
Kvinner	22	81,5
Alder		
28-37 år	6	22,2
38-47 år	6	22,2
48-57 år	5	18,5
58-67 år	9	33,3
Ikke svart	1	3,7
Antall år arbeidet som psykomotoriker		
0-5 år	10	37
6-10 år	6	22,2
11-15 år	3	11,1
16-20 år	3	11,1
21-25 år	2	7,4
26 år →	3	11,1

Tabell 5: Demografi pasienter

	Antall (n)	Prosent (%)
Kjønn		
Menn	1	3,7
Kvinner	26	96,3
Alder		
8-17 år	1	3,7
18-27 år	1	3,7
28-37 år	7	25,9
38-47 år	7	25,9
48-57 år	3	11,1
58-67 år	8	29,6
Varighet på behandlingsforløp		
1-5 ganger	1	3,7
6-10 ganger	1	3,7
11-15 ganger	1	3,7
16-20 ganger	2	7,4
21-25 ganger	1	3,7
26-30 ganger	2	7,4
31-35 ganger	1	3,7
36 ganger →	18	66,7

4.2.2 Sammenligning av N-STAR i pasient- og terapeutgrupper

Tabell 6 viser totalscore og delscore blant denne studiens psykomotoriske fysioterapeuter sammenlignet med tverrfaglig psykiske helsearbeidere i Geirdal et al. (2015), mens tabell 7 fremstiller denne studiens pasienter sammenlignet med pasientene i Geirdal et al. (2015).

Sammenlignet med resultater i Geirdal et al. (2015) viste psykomotoriske fysioterapeuter signifikant høyere totalscore ($p < 0,05$ og Cohens $d = 0,31$) og signifikant høyere på positivt samarbeid ($p < 0,05$, Cohens $d = 0,40$) (tabell 6). Pasientscorene var alle signifikant høyere sammenlignet med psykisk helsearbeideres pasienter (Geirdal et al., 2015) (tabell 7).

Tabell 6: Sammenligning av N-STAR hos psykomotoriske fysioterapeuter og tverrfaglige psykiske helsearbeidere

Skala/subskala	N-STAR		p	Effektstørrelse (Cohens d)
	Psykomotoriske fysioterapeuter (n=27)	Psykisk helsearbeidere* (n=29)		
	Gjennomsnitt \pm standardavvik (SD))			
STAR total sum (0-48)	41,9 (3,8)	40,2 (6,9)	< 0,05	0,31
Positivt samarbeid (0-24)	20,9 (2,3)	19,9 (2,7)	< 0,05	0,40
Positive terapeutisk innspill (0-12)	10,6 (1,1)	10,5 (1,2)	ns	
Emosjonelle vansker (0-12)	10,5 (1,0)	10,8 (1,4)	ns	

N-STAR: Norsk versjon av «Scale To Assess the therapeutic Relationship», * Geirdal et al. (2015)

Tabell 7: Sammenligning av N-STAR pasienter til psykomotoriske fysioterapeuter og psykiske helsearbeideres pasienter

Skala/subskala	N-STAR		p	Effektstørrelse (Cohen's d)
	Psykomotoriske fysioterapeuters pasienter (n=27)	Pasienter psykisk helsearbeid* (n=29)		
	Gjennomsnitt \pm (standardavvik (SD))			
STAR total skår (0-48)	45,4 (2,5)	40,9 (4,8)	< 0,001	1,18
Positivt samarbeid (0-24)	23,0 (1,5)	20,3 (3,9)	< 0,001	0,91
Positive terapeutisk innspill (0-12)	10,7 (1,2)	9,6 (1,9)	< 0,001	0,69
Ikke-støttende terapeutiske innspill (0-12)	11,7 (1,3)	10,3 (1,9)	< 0,001	0,86

N-STAR: Norsk versjon av «Scale To Assess the therapeutic Relationship», * Geirdal et al. (2015)

4.2.3 Intern konsistens av N-STAR

Tabell 8 viser Cronbach's alpha verdier for pasientversjon og behandlerversjon av N-STAR. Alle verdiene er under $< 0,70$. I pasientversjonen (N-STARp) er verdiene for totalscore høyest (0,51), mens i behandlerversjonen (N-STARb) er totalscore behandler (0,68) høyeste verdi.

Tabell 8: Intern konsistens i N-STAR pasientversjon og behandlerversjon

Skala	Spørsmål	Cronbach's alpha
Pasient versjon		
Positivt samarbeid	2, 3, 5, 6, 8, 11	0,223
Positive terapeutiske innspill	1, 10, 12	0,210
Ikke-støttende innspill	4, 7, 9	0,117
Totalscore	1–12	0,514
Behandler versjon		
Positivt samarbeid	1, 2, 5, 7, 10, 12	0,281
Positive terapeutisk innspill	3, 8, 11	0,672
Emosjonelle vansker	4, 6, 9	0,312
Totalscore	1–12	0,676

4.2.4 Bivariate assosiasjoner mellom delskalaer og totalscore

Tabell 9 viser de bivariate assosiasjonene mellom delskalaene og totalscore i N-STARp og N-STARb. N-STAR totalskår viser signifikant korrelasjon med alle delskalaer i både pasient,- og behandlerversjonen. «Positive terapeutiske innspill» og «ikke-støttende terapeutiske innspill» er delskalene med signifikant korrelasjon ($p < 0.05$) hos pasienten, i behandlerversjonen er alle delskaler innbyrdes signifikant korrelert.

Tabell 9: Bivariate assosiasjoner mellom delskalaer og totalscore

Pasientversjon			
	Positive terapeutiske innspill	Ikke-støttende terapeutiske innspill	Totalscore
Positivt samarbeid	0,35	0,31	0,83**
Positive terapeutiske innspill	1	0,45*	0,78**
Ikke-støttende terapeutiske innspill	-	1	0,61**
Totalscore	-	-	1
Behandlerversjon			
	Positive terapeutiske innspill	Emosjonelle vansker	Totalscore
Positivt samarbeid	0,61**	0,52**	0,92**
Positive terapeutiske innspill	1	0,60**	0,82**
Emosjonelle vansker	-	1	0,76**
Totalscore	-	-	1

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Pearsons r ble også benyttet for å undersøke korrelasjonen mellom behandlere (N-STARb) og pasienters (N-STARp) vurderinger av forholdet til sin respektive pasient og behandler. Ingen signifikante korrelasjoner ble funnet. Heller ikke ICC viste signifikante sammenhenger, og disse funnene er derfor ikke vist i tabell.

5 Drøfting

I dette kapittelet presenteres først studiens hovedfunn etterfulgt av drøfting av funnene inndelt etter den todelte problemstillingen. Kjennetegn på den terapeutiske relasjonen slik pasienter og behandlere erfarer det presenteres først, altså funn basert på kvalitativ metode. Deretter diskuteres i hvilken grad STAR måler betydningen av den terapeutiske relasjon mellom

terapeut og pasient: funn basert på kvantitativ og kvalitativ metode. Kapittelet avsluttes med metodediskusjon.

5.1 Hovedfunn

Hovedfunnene i studien var at det fremkom tre hovedtemaer for både terapeuter og pasienter. To av hovedkategoriene var felles for terapeuter og pasienter; «Relasjonen - et bakteppe» og «Tillit, anerkjennelse og empati». Terapeutenes tredje kategori var «Å skape trygghet», mens pasientens var «Fysisk og mental trygghet».

Reliabilitetsskårene i N-STAR delskalaene var lavere enn anbefalt, men totalskårene var relativt høye både i pasient- og behandlerversjonen. N-STAR-totalskår viste positive sammenhenger med alle delskalaer hos både behandlerne og pasientene. I behandlerversjonen fremkom i tillegg signifikante korrelasjoner mellom alle delskalene, mens det i pasientversjonen var signifikant korrelasjon mellom «Positive terapeutiske innspill» og «Ikke-støttende terapeutiske innspill». Det var ingen sammenheng mellom behandler og pasients N-STAR skår. Sammenlignet med behandlere i Geirdal et al. (2015), scoret psykomotoriske fysioterapeuter høyere på totalscore og positivt samarbeid. Pasientgruppen viste høyere skår på alle delskalaer og N-STAR totalskår sammenlignet med pasientgruppen i Geirdal et al. (2015). Ved intervju fremkom det noe sprikende (moderat til positiv) oppfattelse av N-STAR sin relevans i NPMF.

5.1.1 Kjennetegn på den terapeutiske relasjon

5.1.1.1 Relasjonen - et bakteppe

Terapeutene og pasientens opplevelse av den terapeutiske relasjonen som fundamentet for behandlingen står i samsvar med forskning både i psykoterapi (Norcross & Lambert, 2011), fysikalsk rehabilitering (Hall et al., 2010) og psykomotorisk fysioterapi (Gretland, 2007; Råheim, 2002; Øien, 2010). Informantenes poengtering av at relasjonene er avgjørende for endringsprosessen er sammenfallende med det Norcross (2001) presiserer; at det er vanskelig å utføre behandlingsteknikker uten en trygg terapeutisk relasjon. Det at informantene parallelt beskriver at relasjonen er *nær*, kan relateres til den relasjonelle behandlingsmodellens forståelse av den terapeutiske relasjon, slik den er beskrevet av Rønnestad & Lippe (2011). Altså, at den *nære* relasjonen kan sammenfalle med at relasjonen er en teoretisk kjerne der endringspotensialet ligger. Forståelsen av relasjonen som en kjerne for endring står også i overensstemmelse med NPMFs forankring i nyere psykodynamisk teori (Gretland, 2007).

Når terapeutene mener at relasjonen kan være viktigere enn behandlingstiltakene er det i samsvar med McGuire-Snieckus et al. (2007) som antyder at relasjonen kan være en kurativ faktor, og Thornquist (1998) som presiserer at relasjonsaspektet er mer betydningsfullt enn behandlingsteknikkene. At relasjon kan være det viktigste kan samtidig kobles til Barber et al. (2006); behandlingsteknikker kan ha mindre betydning når alliansen er god. Dette synet kan innebære at behandlingsteknikkene kommer i andre rekke fordi behandlerne og pasientene er tilfreds med relasjonen. Samtidig fokuserer terapeutene på den fysiske berøringen er en del av relasjonen, noe som også poengteres av tidligere kunnskap i NPMF (Råheim, 2003; Thornquist, 1994; Thornquist & Bunkan, 1995). Her kommer den tette sammenhengen mellom relasjon og behandling frem; berøring er betydningsfull for relasjonen, men er også et behandlingsverktøy. Synergien mellom behandling og relasjon poengteres av både av Norcross & Lambert (2014) og Øien (2010). Dermed kan de gode relasjoner samtidig si noe om tilfredshet på behandlingen i sin helhet. Oppdelingen mellom relasjon og behandling kan i praksis fremstå noe kunstig. Samtidig kan en slik oppdeling, i tråd med Gelso (2014), være nødvendig for å undersøke den terapeutiske relasjon som fenomen.

Pasientene, derimot, anser den fysiske berøringen som adskilt fra relasjonen. Dette står i motsetning til terapeutens uttalelser og kunnskapsbasen i NPMF. Det ansees således som naturlig at psykomotoriske fysioterapeuter, med sin faglige bakgrunn, har et mer bevisst forhold til det fysiske aspektet ved relasjonen. Pasientens adskilte opplevelse av relasjon og berøring kan sees i lys av Gretland (2007) som presiserer at kropp-sjel-dualismen er dominerende i vestlig tenkning. Thornquist (1992) presiserer at denne virkelighetsoppfattelsen kan prege oss ubevisst eller bevisst. På denne måten kan relasjonen oppfattes til å omhandle det «sjelelige», mens berøring (kropp) er behandling. Parallelt er det mulig å anta at pasientens forståelse kan forklares med kroppsfenomenologien; sykdom og funksjonssvikt kan føre til at kroppen føles fjern og blir desintegret i en mellommenneskelig verden (Råheim, 2002). I denne sammenheng, at kroppen oppleves adskilt fra den mellommenneskelige relasjonen.

Terapeutene poengterer at de har ansvaret for å skape og åpne opp for relasjonen, noe som sammenfaller med Stokkenes (2009) presisering av den asymmetriske relasjonen og at terapeuten har hovedansvaret for samspillet. Asymmetrien i terapirelasjonen kan også illustreres med pasientene som belyser utfordringen mellom nærhet og distanse i relasjonen. Dette er i tråd med det Håland (1986) understreker; pasienter er de mest sårbare i relasjonen. Bae & Waastad (1992) trekker frem behovet for både å være selvstendig og samtidig være i

relasjon, og at selvutforming er et kompromiss mellom disse behovene. Som pasientene uttaler, skal de både slippe terapeuten tett *inn på sjela* for å få utbytte av behandlingen, men samtidig *holde avstand*. Utfordringen mellom nærhet og distanse kan muligens relateres til kompromisset mellom de to ulike behovene i en selvutformingsprosess. Terapeutene, på sin side, fokuserer på at pasientene skal eie sin egen endringsprosess og at de som terapeuter er følgesvenn i prosessen. Et slikt fokus kan også knyttes til selvutviklingsprosessen (Råheim, 2001) som innebærer å gi den sårbare (pasienten) økt opplevelse av selvstendighet og tro på egne handlingsmuligheter. Samtidig kan det trekkes en parallell til empowerment-begrepet, som ifølge NOU 1998:18 (1998) innebærer å styrke den enkeltes, i dette tilfellet *pasientens*, makt til å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Når pasientene eier endringsprosessen, samtidig som terapeutene er der med støtte, betraktes det som terapeutene etterlever empowerment-begrepets tre deler som beskrives i NOU 1998:18 (1998): å gi makt til, gjøre i stand til, og å tillate pasientene å ta ansvaret for endringsprosessen. Dette kan karakteriseres som at terapeutene *gir hjelp til selvhjelp*, noe som trekkes frem av Thornquist & Bunkan (1995).

5.1.1.2 Tillitt, anerkjennelse og empati

Terapeutene lytter med hele seg og er «empatisk inne» for å prøve å forstå hvordan pasienten har det. Sammenfallende opplever pasientene at de blir møtt med forståelse. I NPMF ansees kroppen som den viktigste erkjennelseskilden (Råheim, 2003). Dermed, betraktes det som sentralt at terapeutene lytter empatisk med *hele seg* for å forstå den enkelte. Terapeutene uttrykker også at empati er avgjørende for å starte en behandlingsprosess. I henhold til Råheim (2003) og NPMF, er det vesentlig at terapeuten stiller seg åpen for pasientens livsverden. Dette kan betraktes å sammenfalle med terapeutens uttalelser om at empati og å forstå pasienten er grunnleggende. Gjennom å være empatisk får terapeuten mulighet til å ta inn og fortolke pasientens spesifikke livsverden. Nerdrum (2007) presiserer at empatiske terapeuter arbeider for at pasienten skal oppleve å føle seg sett *akkurat* sånn de er. Og, etter hans skjønn, er det umulig å oppnå dette kriteriet uten empati fra terapeuten. Pasientene i studien presiserer nettopp dette; de blir sett og tatt for den de er.

Samtidig med å være empatisk inne hos pasienten for å forstå, beskriver terapeutene å gi tilbake den følelsesmessige opplevelsen som kan være tilknyttet situasjonen pasienten gjengir. Det å være empatisk inne hos pasienten kan bety at terapeutene med affektiv empati lar emosjoner fra pasienten gå inn «under huden», en beskrivelse Nerdrum (2011) benytter. Det å være inne hos pasienten for å *forstå*, kan relateres til kognitiv empati og å *tenke* seg inn i

hvordan den andre har det (Nerdum, 2007). Terapeutenes beskrivelse tyder også på et bevisst forhold til at følelsene har utspring i den andre. Det forstås som at terapeutene går bevisst inn og ut av pasientens følelser, noe Nerdum (2011) betegner som *observasjon/Strukturelle sider* av empati. Terapeuten beskriver videre å fange opp følelser hos pasienten som han/hun nødvendigvis ikke har ord for, og at de bidrar til at pasienten kan bli mer bevisst disse følelsene. Monsen & Monsen (2000) benytter begrepet *affektbevissthet* for å gjenkjenne følelser, tenke om følelser og å uttrykke dem. I henhold til Monsen (1989), er det å ha kontakt med følelser betydningsfullt da det motsatte, undertrykking av ekte følelser og fornektning av seg selv, sees som en sykdomsfremmende faktor. Uten at det ble artikulert kan det synes som at terapeuten bidrar til økt affektbevissthet hos pasienten. Schibbye (2012) påpeker også at affektbevissthet er vesentlig for å oppleve seg selv og andre som sammenhengende. Rollen som affektregulator, altså å bekrefte og gyldiggjøre følelser og å hjelpe pasienter til å tåle følelser og reaksjoner, er ifølge Anstorp et al. (2006) et vesentlig element i terapiarbeidet. Dette peker på den tette synergien mellom den terapeutiske relasjonen og behandlingen, poengtert av Norcross and Lambert (2011). Det å fungere som en affektregulator kan betraktes som behandling, noe som ansees å samsvare med NPMFs tilknytning til nyere psykodynamisk teori (Gretland, 2007) og at relasjonen i seg selv kan være en terapeutisk metode (Rønnestad & Lippe, 2011).

Når pasientene opplever å få omsorg og nestekjærlighet kan dette knyttes til Ekerholt (2002) som trekker inn begrepet *omsorg* i fysioterapi. Nåden ((2000) i Ekerholt, 2002) poengterer at behovet for lindring og trøst kan være like viktig som mestring. Det kan virke som at pasientene i denne studien hadde et behov for, og satte stor pris på denne omsorgen. Pasientene poengterte spesifikt at terapeutene viste omsorg med *hendene* og med *hele seg*. Ekerholt (2002) presiserer også at omsorg kan uttrykkes via stemningen mellom mennesker og gjennom kroppen. Samtidig står dette i henhold til NPMFs vesentlige prinsipp, presisert av Thornquist & Bunkan (1995), at kroppen er en vesentlig inngangsport for kommunikasjon. Ekerholt & Bergland (2006) viser også til at berøring og massasje kan gi en psykologisk opplevelse av nonverbal kommunikasjon.

Pasientene trekker også frem at de har blitt kjent med *mennesket* bak terapeuten. Å bli kjent med et menneske som virkelig bryr seg kan relateres til at terapeutene fremstår som ekte og kongruente. Ackerman et al. (2001) viser til at ekthet og kongruens er et relasjonelt element som med stor sannsynlighet har innvirkning på den terapeutiske relasjonens kvalitet. Dette kan bety at det er positivt for relasjonens kvalitet at terapeutene viser seg frem som menneske

At terapeutene deler av seg selv, blir trukket frem av pasientene. Råheim (2003) presiserer at i kliniske møter, der pasientens og terapeutens livsverden møtes, må begge parter by på seg selv. Det at terapeutene deler av seg selv kan bety at de *byr* på seg selv og deler fra *sin* livsverden. Pasientene beskriver videre at *jeg der i mitt* og terapeuten *er der i sitt*, men at de samtidig *tar fra* og *gir til* hverandre. Terapeuten uttrykker også at pasienten gir så mye tilbake. Disse beskrivelsene kan knyttes til dialektisk relasjonsforståelse og Schibbye (2012) som viser til at to parter påvirker hverandre i en gjensidig prosess; begge partene står både adskilt, men samtidig i sammenheng med den andre. En slik forståelse kan innebære, i tråd med Stokkenes (2009), at terapeut og pasient inspirerer hverandre og at begge parter utvikler seg og lærer i løpet av en samhandlingsprosess. Dette kan vise tilbake til pasientenes uttalelser om å *ta fra* og å *gi til* hverandre.

Terapeutene og pasientene beskriver relasjonen med ulike forklaringer som, i henhold til Schibbye (2012), kan stå i forbindelse med hverandre; å lytte, åpne opp, akseptere og å få forståelse. Disse begrepene viser til hverandre, danner hverandres forutsetning og er vesentlige med tanke på anerkjennelse (Schibbye, 2012). Å anerkjenne pasientene er viktig for terapeutene og noe som pasientene med sine beskrivelser opplever å bli møtt med. Behandlerne beskriver også å «*tune seg inn*» og å skape «*et åpent rom*», mens pasientene trekker frem å ha «*god kjemi*» og å «*ha en god tone*». Dette er alle beskrivelser som kan relateres til likeverd i relasjonen. Schibbye (2012) fremhever dette, at anerkjennende relasjoner er basert på *likeverd*. Videre poengterer hun at anerkjennelse gir den andre rom og mulighet til å drøfte og erfare intersubjektiv deling. I denne studien kan pasientens opplevelse av at det er rom for å lytte til hverandre og diskutere sammen, knyttes til intersubjektiv deling. Pasienten trenger ikke å endre seg, men blir akseptert og anerkjent som han/hun er. Den anerkjennende relasjonen mellom pasienten og terapeut, sees på som en *forutsetning* for den intersubjektive delingen som skjer i terapirømmet.

Pasientens uttalelser om å bli sett, anerkjent og at terapeuten viser omsorg med hele seg og terapeutene som anerkjenner pasientens følelser, tanker og kroppslige reaksjoner kan også kobles til kroppsfenomenologien. I henhold til Råheim (2003) er anerkjennelse og innsikt i pasientens livsverden vesentlig for å forstå og hjelpe den enkelte. Med et slikt fokus, rettet mot den enkelte pasients livsverden er det naturlig å trekke en parallell til Råheim (2003) som presiserer at terapirelasjoner ikke kan standardiseres.

5.1.1.3 Trygghet

Terapeutene uttaler at det er i trygge rammer at endring skjer. Trygghetens betydning underbygges av pasientene som uttaler at trygghet og sikkerhet gir dem muligheten til å *servere alt* og å *ta imot*. Behandlerne påpeker viktigheten av å *være trygg* og å *skape trygghet i rommet*, noe som muligens kan knyttes til at terapeutene fungerer som en trygg tilknytning. I tråd med Schibbye (2012) skaper trygg tilknytning rom for å reflektere over tanker og bearbeide følelsesmessige opplevelser. Det forstås som at terapeutene er opptatt av å være en trygg terapeut i alle nivåer av relasjonen; verbalt, kroppsspråk og fysisk berøring. Pasientene poengterer at trygghet er viktig for den fysiske berøringen, noe som kan knyttes til kroppsfenomenologien og at sykdom og funksjonssvikt kan føre til at kroppen føles fjern og lite integrert i selvpoppfattelsen (Råheim, 2002). Om dette er tilfelle, er det naturlig at pasientene trenger trygghet for å slippe terapeuten fysisk inn på kroppen. Terapeutens evne til å skape trygghet i det fysiske aspektet av relasjonen betraktes derfor til å være betydningsfullt. Når pasientene beskriver at de kan slippe opp for fysisk berøring, kan det bety at terapeutene er sensitive for reaksjoner, tilpasser kroppslig avstand og nærhet, behandlingsgrep og tempo, slik Thornquist (1994) påpeker viktigheten av. Videre presiserer Ekerholt & Bergland (2006) at terapeuten bør gjenkjenne og akseptere pasientens grenser, noe det kan se ut som terapeutene respekterer og tar hensyn til.

Tryggheten beskrives også til å skape rom for at terapeutene kan utfordre og komme med innspill uten at det oppleves som kritikk eller avvising, noe som virker å være en viktig komponent i endringsprosessen for begge parter. Gretland (2007) presiserer at det er ulike oppfattelser av samtalsens betydning i NPMF. Terapeutene i denne studien virker til å representere synet om at samtalen har en vesentlig plass i relasjonen. Samtidig satte pasientene pris på å få innspill og hjelp til å se ting med annet blikk. Dette sammenfaller med Ekerholt (2002), som i sin studie fant at pasientene opplevde samtalene som noe av det viktigste i behandlingen.

At pasientene hadde vært provosert og sinte når de hadde gått fra behandling kan muligens relateres og forklares med det Øien (2010) kaller en «krevende kommunikativ situasjon» som samtidig skaper mulighet for å oppnå et bedre behandlingsresultat. Gelso (2014) hevder at spenninger i samarbeidsforholdet kan ha innvirkning på en vellykket terapi, mens Ackerman et al. (2001) presiserer at reparasjon av alliansebrudd sannsynligvis er betydningsfullt for støttende terapirelasjoner. Således kan episoder med sinne og provokasjon muligens være positivt for den videre behandlingen. Samtidig trekker både pasienter og terapeuter frem at

trygghet i relasjonen gjør at innspill og korrigering ikke oppleves truende. I denne sammenheng kan tryggheten i relasjonen muligens føre til at pasienten får bedre forutsetning for å mestre situasjonen. Dette er i tråd med Øien (2010) som presiserer at utfallet av spenninger i kommunikasjonen avhenger av pasienters og terapeuters evne til å bære og komme gjennom slike situasjoner.

5.1.2 N-STAR og kvaliteten på den terapeutiske relasjon

5.1.2.1 Sammenligning av N-STAR mellom pasient- og terapeutgrupper

Da både denne studien og Geirdal et al. (2015) studie mangler detaljerte sosiodemografiske data, er det begrensede muligheter til å undersøke om ulikheter i utvalgene skyldes sosiodemografiske faktorer. Ulikheter i, og karakteristikkk av utvalget, blir ofte benyttet for å prøve å forklare slike forskjeller (Geirdal et al., 2015). Resultatene i Geirdal et al. (2015) viste bedre vurdering av relasjonen enn i originalstudien av STAR (McGuire-Snieckus et al., 2007). I den forbindelse antyder Geirdal et al. (2015) at det kan relateres til lavere symptomgrad i denne pasientgruppen sammenlignet med originalstudiens pasienter. I originalstudien (McGuire-Snieckus et al., 2007) bestod pasientutvalget hovedsakelig av pasienter med schizofreni, langvarige psykiske plager og i gjennomsnitt fem sykehusinnleggelser i løpet av sykdomsperioden. I Geirdal et al. (2015) var 28% av pasientene inneliggende pasienter. I denne aktuelle studien har det ikke vært fokus på årsaken til at pasientene går til NPMF, men som nevnt innledningsvis kommer pasienter til NPMF grunnet både kroppslige og psykiske plager (Bunkan, 2008). I likhet med Geirdal et al. (2015) sin antydning, kan dette bety et lavere symptomnivå og at pasientutvalget i denne studien har mindre psykiske plager enn utvalget i Geirdal et al. (2015). Dette kan være en mulig forklaring på at den terapeutiske relasjonen scores høyere.

At terapeutene og pasientene i denne studien har høyere totalscore enn i Geirdal et al. (2015) kan også muligens forklares med lengre behandlingsforløp. Sekstisyv prosent av terapeutene i denne studien har 36 eller flere behandlinger med pasienten, i motsetning til Geirdal et al. (2015) der 69% av terapeutene hadde møtt pasienten mer enn 20 ganger. Selv om det er naturlig å tenke at terapeutiske relasjoner i langvarige behandlingsprosesser er gode behøver det ikke være slik. Utover totalscore, vurderte denne studiens terapeuter delskalen *positivt samarbeid* bedre enn behandlerne i Geirdal et al. (2015). Delskaler reflekterer en god kontakt, felles forståelse av mål, og åpenhet og tillitt i den terapeutiske relasjonen. I følge Ackerman et al. (2001) er terapeutisk allianse, enighet om mål og samarbeid faktorer som empirisk bevist har betydning for støttende terapirelasjoner. Det kan muligens sees paralleller mellom

delskalaen *positivt samarbeid* og disse faktorene. Om dette er tilfelle, er det gunstig at terapeutene scorer denne delskalen høyt; disse faktorene er betydningsfulle for støttende relasjoner. Bordin (1979) definerer den terapeutiske allianse til å innebære fungerende bånd, enighet om mål og tiltak. I tråd med dette er Ackerman et al. (2001) som i begrepet *terapeutiske allianse* inkluderer faktorene enighet om mål og samarbeid.

Videre kan de høyere totalscore i denne studien sammenlignet med Geirdal et al. (2015) ha forbindelse med at det i denne studien kun er psykomotoriske fysioterapeuter og deres pasienter. I Geirdal et al. (2015) derimot, var behandlerne ulike helse- og sosialarbeidere i psykisk helsevern. NPMF fokusering på den terapeutiske relasjonen som det bærende elementet i terapien (Råheim, 2003) og at endringspotensialet ligger i relasjonsdynamikken (Rønnestad & Lippe, 2011), kan ha betydning for resultatet. På den annen side er bevissthet knyttet til relasjonens betydning i møte med klienter og pasienter også stor blant de andre yrkesgruppene i psykisk helsevern. Det er derfor vanskelig med en entydig forklaring på forskjellen. I motsetning til de øvrige faggruppene i psykisk helsearbeid, kan det imidlertid tenkes at den *nære* fysiske relasjonen mellom pasient og behandler i NPMF kan være av avgjørende betydning, ikke minst i lys av terapeutens oppfatning av at den fysiske kontakten er en viktig del av relasjonen.

Gjennom intervjuene presiserer pasientene, i motsetning til terapeutene, at det fysiske aspektet ikke oppleves som en del av relasjonen. I N-STAR vurderer pasientene samtidig relasjonen høyere enn pasientene Geirdal et al. (2015), noe som kan tale imot overfor nevnte resonnementet. Opplevelsen av at det fysiske ikke er en del av relasjonen kan, som tidligere nevnt, relateres til Råheim (2002) som presiserer at sykdom og funksjonssvikt kan føre til at kroppen føles lite integrert i en mellommenneskelig verden. Å oppleve respekt i det kroppslige og fysiske møtet, kan muligens, på et ubevisst plan, likevel ha betydning for pasientens opplevelse av relasjonen. I denne sammenheng kan en anta at terapeutene utøver stor sensitivitet i det kroppslige møtet som, i tråd med Råheim (2002), ansees som viktig for relasjonen. I henhold til de høye score på *positivt samarbeid*, ble tillitt, åpenhet og å tune seg inn på den enkelte, trukket frem fra terapeutintervjuene. Dette viser elementer på positivt samarbeid som også kan relateres til at terapeuten åpner seg for pasientens livsverden, noe som er vesentlig i NPMF (Råheim, 2003). Fokuset på å åpne seg for pasientens livsverden i NPMF, kan være av betydning for høye score i denne delskalen.

Når pasientene scorer relasjonen høyt med store effektstørrelser i alle delskaler og totalscore, innebærer det at det har klinisk betydning og at *relasjonen i seg selv* ser ut til å utgjøre en

betydningsfull faktor for behandlingsresultatet. Berge & Repål (2008) trekker frem at pasientens opplevelse av relasjonen har mest å si for behandlingsresultatet. Det betraktes derfor som positivt at pasientene vurderer relasjonen høyest i denne studien. At relasjonen utgjør en vesentlig faktor for behandlingsresultatet er i overensstemmelse med Norcross & Lambert (2014) som presiserer at relasjonelle elementer i seg selv kan utgjøre opptil 25-30% av behandlingsutfallet. Pasientens resultater fra N-STAR, om at relasjonen virkelig betyr noe, underbygges videre av intervjuene; det fremkommer konvergens mellom funnene i de to ulike metodene. I henhold til Creswell (2009), kan et funn øke sin gyldighet om den underbygges av motsvarende metode.

Samtidig viser pasientintervjuene at pasientene ikke inkluderer det fysiske aspektet ved relasjonen generelt, og ved besvarelsen av N-STAR. Fra intervjuene presiserer også terapeutene at N-STAR ikke favner den *fysiske* komponenten i relasjonen. Her bidrar de kvalitative funnene til økt innvielse og nye perspektiver på de kvantitative funnene, noe Creswell (2009) poengterer at Mixed Methods Research gir mulighet til. Da det fysiske aspektet ved relasjon ikke kommer frem i N-STAR, kan det tyde på at måleverktøyet bare fanger opp *deler* den terapeutiske relasjonen i NPMF. Mer spesifikt, at N-STAR kun sier noe om kvaliteten på det verbale og nonverbale (som ikke omhandler berøring) i relasjonen. Da pasientene scorer relasjonen høyt med store effektstørrelser, uten å inkludere det fysiske aspektet, kan det bety at pasientenes resultater peker på *samtalenes* plass i relasjonen. Samtalenes vesentlige plass underbygges også av denne studiens intervju, og står i samsvar med Ekerholt (2002) som i sin studie fant at pasientene opplevde samtalene som noe av det viktigste i behandlingen.

Med tanke på at det fysiske aspektet i relasjonen ikke fremkommer i N-STAR, kan muligens spørreskjemaets validitet til bruk i NPMF synke. Johannessen et al. (2010) presiserer at data er representasjoner av virkeligheten og at validitet omhandler gyldigheten til dataene. Det kan se ut som N-STAR i NPMF bare presenterer deler av virkeligheten (relasjonen). Da pasientene mener at en trygg relasjon er viktig for fysisk berøring, betraktes det som vesentlig å få frem det fysiske aspektet når relasjonens kvalitet skal måles. Fra dette perspektivet er det naturlig å tenke at N-STAR, slik måleverktøyet fremstår i dag, mangler elementer for å måle kvaliteten på den terapeutiske relasjon i NPMF.

5.1.2.2 Intern konsistens i N-STAR

Det kan være vanskelig å oppnå tilfredsstillende intern konsistens når skalaene inneholder mindre enn 10 enheter, da skalaer med få enheter tenderer til å vise lavere intern konsistens enn skaler med flere enheter (Pallant, 2013). I N-STAR har alle delskalene mindre enn 10 spørsmål (3 og 6). Ingen av delskalaene eller totalskår, verken hos pasienter eller behandlere i denne studien, viser skår $> ,70$ som er anbefalt som tilfredsstillende verdier (Pallant, 2013). Samtidig viser behandlernes totalscore forholdsvis god intern konsistens og viser dertil lovende resultat. I henhold til overfor nevnte (Pallant, 2013) og antall spørsmål, er det dermed naturlig at totalscore viser høyeste verdi. McGuire-Snieckus et al. (2007) rapporterte imidlertid god intern konsistens, mens Geirdal et al. (2015) viste akseptable verdier på totalscore, men noe lavere på delskalaene. Denne studien viser generelt lavere intern konsistens enn Geirdal et al. (2015). Få spørsmål i hver delskala ansees derfor ikke alene til å kunne forklare de lave verdiene. Årsakssammenhengen for de relativt lave verdiene i denne studien virker noe uklar. De lave reliabilitetsverdiene kan i noen grad forklares med svarene i intervjuene, hvor det fremkom sprikende oppfattelser av de ulike spørsmålenes betydning og viktigheten av dem. Spørsmålene som omhandlet endringsarbeid og mål ble forstått til å være mer «arbeidsrettet» og å dreie seg mer om behandlingen enn relasjonen. Noen spørsmål ble oppfattet som vanskelig å forstå, spesielt gjaldt dette de snudde spørsmålene. Det er usikkert om disse forholdene kan være av større betydning i denne studien enn i Geirdal et al. (2015), som viste høyere intern konsistens. Et annet element som kan ha betydning er, i henhold til Råheim (2003), at relasjonen mellom terapeuter og pasienter blir til i møtet mellom terapeut og pasient i det deres livsverden møtes. Det antas dermed at hver relasjon er særegen. Dermed kan noen spørsmål vektlegges mer i en relasjon, mens i en annen relasjon er andre spørsmål mer vesentlige.

5.1.2.3 Bivariate assosiasjoner mellom delskalaer og totalscore

Hos pasientene sees det kun sammenheng mellom hver delskala og totalscore, samt assosiasjon mellom *positive terapeutiske innspill* og *ikke-positive terapeutiske innspill*. *Positive terapeutiske innspill* i N-STAR representerer en støttende, oppmerksom og forståelsesfull terapeut (McGuire-Snieckus et al., 2007), mens *Ikke-støttende terapeutiske innspill* innebærer emosjonelle vansker i relasjonen (McGuire-Snieckus et al., 2007). Med tanke på hva disse to delskalaene innebærer, kan det synes naturlig at det er nettopp de som er assosiert til hverandre. Det fremstår logisk at relasjoner hvor terapeuten oppleves som støttende, oppmerksom og forståelsesfull samtidig har lite emosjonelle konflikter. Delskalaen

positivt samarbeid (felles oppfatning av mål, åpenhet og tillitt) hos pasientene står ikke i sammenheng med de to andre delskalaene. Dette kan relateres til informasjon fra pasientintervjuene; noen spørsmål fra *positivt samarbeid* ble oppfattet som viktigere for behandlingen enn for selve relasjonen. Selv om N-STAR ikke måler den terapeutiske relasjonen ut ifra Gelso (2014) sin tredelte modell, er det likevel interessant å se noen mulige sammenligninger. Delskalaen *positivt samarbeid* i N-STAR kan muligens relateres til arbeidsalliansen i Gelso (2014). Gelso (2014) betegner arbeidsalliansen som faktoren med størst direkte betydning for terapiarbeidet, en forståelse som muligens også kan gjelde *positivt samarbeid* i N-STAR, spesielt da pasientene presiserer at enkelte av disse spørsmålene er viktigst for behandlingen. I forlengelse av denne sammenligningen kan muligens *positive terapeutiske innspill* i N-STAR knyttes til det virkelige forholdet i Gelso (2014) sin modell, og *ikke-støttende terapeutiske innspill* i N-STAR kan foreslås relatert til overføring/motoverføring i Gelso (2014). Blant terapeutene fremkommer det assosiasjoner mellom alle delskalaene og totalscore i N-STAR, noe som kan bety at terapeutene mener at delskalaene og totalscore peker på hverandre og henger sammen. I henhold til den mulige parallellen til Gelso (2014), trekker han frem at faktorene i den tredelte modellen er relatert til hverandre, noe som muligens kan gjenspeile seg i delskalaene i N-STAR og terapeutens besvarelse.

På tross av at både terapeuter og pasienter i denne studien scorer relasjonen til sin respektive pasient og terapeut høyt, fremkommer det ingen sammenheng mellom behandleres og pasienters vurderinger av den terapeutiske relasjon. Relasjonen er viktig for begge parter, men partene ser ut til å ha ulike oppfattelser av elementene i relasjonen. Dette funnet står i kontrast til Geirdal et al. (2015) som fant en relativ god sammenheng mellom terapeuters og pasienters vurdering av relasjonen. Derimot fant McGuire-Snieckus et al. (2007) svak korrelasjon mellom terapeuter og pasienters vurderinger. McGuire-Snieckus et al. (2007) påpeker at dette også samsvarer med tidligere studier i psykoterapi og psykiatri. De sprikende vurderingene kan ha sammenheng med det Hardy, Cahill & Barkham (2007) i Berge & Repål (2008) presiser; pasienter og terapeuter kan se ut til å vektlegge ulike elementer når de vurderer alliansens kvalitet. Terapeutene vektlegger ofte pasients samarbeidsevne og aktive deltagelse, mens pasientene vektlegger terapeutens emosjonelle involvering og varme mest. En slik forklaring synes fornuftig og av betydning med tanke på å forklare de sprikende oppfatningene. Det kan samtidig være av betydning at terapeutene fokuserer på det fysiske aspektet i relasjonen mens pasientenes opplever av at det fysiske elementet ikke inngår i relasjonen.

5.2 Metodiske styrker og svakheter

Resultatene i studien kan bære preg av at begrepene terapeutisk relasjon og terapeutisk allianse er benyttet synonymt i deler av studien, slik det antydes at er mulig også av Horvath (2001). Under datainnsamlingen ble i så måte begrepene benyttet synonymt av forsker.

Da studien var basert på frivillig deltagelse er det mulig at informantene i studien representerer psykomotoriske fysioterapeuter som er spesielt bevisst og opptatt av det relasjonelle elementet i behandlingen. På tross av at det ble presisert i invitasjonsskrivet til terapeutene at pasientrekrutteringen var basert på tilfeldig utvalg, er det uvisst om dette skjedde i praksis. Dermed kan studiens pasientutvalg også representere pasienter som står i en god relasjon til, og er særlig bevisst på relasjonen til sin behandler. Det er samtidig vesentlig å poengtere at pasientene og terapeutene stod i en pågående relasjon til hverandre da studien ble gjennomført. Dette kan ha ført til at pasientene følte en forpliktelse ovenfor sin terapeut og dermed uttrykte økt grad av positivitet til relasjonens kvalitet. I denne sammenheng kan pasientene samtidig ha ønsket å uttrykke takknemlighet for den hjelpen de har opplevd å få i møtet med sin behandler, noe som også kan ha påvirket resultatene i form av bedre vurdering av relasjonens kvalitet.

I henhold til Creswell (2009) er Mixed Method Research komplisert og utfordrende, noe som også er erfart i denne studien. Det har vært krevende å sette seg inn i, og forholde seg til, to vitenskapelige metoder og resultater parallelt og å diskutere funnene opp mot hverandre. Basert på studiens begrensede omfang har dette ført til at hver metode og deres resultater har blitt belyst på en mindre grundig måte enn det som hadde vært tilfelle ved å benytte en metode og ett sett resultater. Fra dette perspektivet kunne kvaliteten på studien muligens hevet seg ved å forholde seg til en metode. I så måte, og i henhold til studiens omfang, kunne studien fokusert på kun en av komponentene i problemstillingen; den terapeutiske relasjonen i NPMF kunne blitt grundigere belyst med kvalitativ metode, eller studien kunne vært rettet mot en større kvantitativ studie av N-STAR. På den annen side var studiens formål å belyse den terapeutiske relasjon i NPMF, og samtidig vurdere N-STAR sin relevans i NPMF. Et slikt fokus vurderes som komplekst, og MMR ansees å ha bidratt til en utvidet forståelse av problemstillingen. MMR som metode i denne studien har resultert i en konklusjon som trolig ikke ville fremkommet ved å benytte enten kvalitativ eller kvantitativ tilnærming.

Med tanke på prinsippet om metning (Malterud, 2011) kunne det muligens blitt utført intervjuer på et informantpar til. Samtidig presiserer Johannessen et al. (2010) at i studentprosjekter vil tid, økonomi og hva som lar seg praktisk gjennomføre påvirke antall

informanter. Parallelt trekkes det frem at utvalget som besvarte N-STAR var relativt lite og at det dermed er en begrensende faktor med tanke på overførbarheten av resultatene til andre sammenhenger. Her er også utvalgsstrategien, i tråd med Malterud (2011), en vesentlig faktor for overførbarheten. Da studien, som tidligere nevnt var basert på frivillig deltagelse, ansees det som en begrensende faktor for overførbarheten. Samtidig gjør mangelen på sosiodemografiske data det vanskelig å beskrive utvalget mer detaljert. Slike data kunne vært av betydning for å grundigere undersøke sosiodemografiske variablers innvirkning på resultatene i N-STAR.

6 Konklusjon og kliniske implikasjoner

6.1 Oppsummering og konklusjon

Denne studien brukte MMR forskningsdesign for å undersøke og besvare den todelte problemstillingen om kjennetegn på den terapeutiske relasjon i NPMF og i hvilken grad N-STAR måler kvaliteten på denne relasjonen. Det var viktig å benytte resultatene fra første del av problemstillingen til å bidra med økt innsikt i den andre delen av problemstillingen. Samtidig var det vesentlig å sammenholde resultater fra N-STAR i denne studien med pilotstudien til Geirdal et al. (2015) og den engelske originalstudien til McGuire-Snieckus et al. (2007). En tverrsnittstudie i to deler ble utført våren-sommeren 2015. I den første delen besvarte 27 psykomotorisk fysioterapeuter og 27 av deres respektive pasienter på et selvutfyllende spørreskjema bestående av N-STAR og et fåtall demografiske spørsmål. Basert på strategisk utvalg av informantene i første del, ble det i andre del utført semistrukturerte intervju med tre psykomotoriske fysioterapeuter og deres respektive tre pasienter.

Tidligere forskning har vist at den terapeutiske relasjon er betydningsfull for behandlingsutfall i psykisk helsearbeid og i fysisk rehabilitering. Viktigheten av den terapeutiske relasjon er også beskrevet i kvalitative studier i NPMF. I pilotstudien på N-STAR og i originalstudien på STAR bestod utvalget av ulike helse- og sosialarbeidere i psykisk helsevern. Hensikten med studien var å belyse den terapeutiske relasjonen i NPMF og å finne ut om N-STAR er et relevant måleverktøy for å måle kvaliteten på den terapeutiske relasjonen i NPMF.

Studien viser at den terapeutiske relasjon fremstår som nær og et fundament for behandlingen i NPMF. Dette er sammenfallende med teori og tidligere forskning som viser til at den terapeutiske relasjon er avgjørende for at endringsprosessen kan skje. Sammenfallende med Thornquist (1998) kan det synes som at relasjonen kan være viktigere enn

behandlingstiltakene i NPMF. Det å møte en trygg tilknytning, å bli anerkjent og å oppleve intersubjektiv deling trekkes frem. Dette viser at NPMF knytter seg til de relasjonelle behandlingsmodellene og forståelsen om at endringspotensialet ligger i relasjonsdynamikken (Rønnestad & Lippe, 2011). Studien belyser at samtalen er et viktig element i relasjonen og behandlingen, noe som tidligere studier også viser (Ekerholt, 2002). Samtidig sees det overensstemmelse med denne studiens resultater og NPMFs tilknytning til kroppsfenomenologien (Råheim, 2002). Terapeutene anerkjenner hele pasienten og retter fokus mot pasientens livsverden og er bevisst både det verbale, nonverbale og fysiske aspektet i møtet med pasienten. Terapeutene presiserer altså at det fysiske er en del av relasjonen, mens pasientene har en forståelse av at relasjonen ikke innebærer fysisk berøring. Samtidig har pasientene behov for trygghet i relasjonen for å slippe terapeuten til med berøring og massasje. Både terapeuter og pasienter scorer den terapeutiske relasjonen høyt i N-STAR og understreker at relasjonen er viktig i NPMF. Pasientens opplevelse av at relasjonen i seg selv kan ha en vesentlig betydning for behandlingsutfallet kommer særlig frem i N-STAR. På tross av dette ansees N-STAR ikke til å dekke alle betydningsfulle elementer for å måle den terapeutiske relasjonen i NPMF. Det fysiske aspektet med berøring, massasje og fysisk nærhet fremkommer ikke i måleverktøyet. Spesielt med tanke på pasientenes opplevelse av at en trygg relasjon er avgjørende for massasje og berøring, betraktes N-STAR, slik det fremstår i dag til kun å fange deler av relasjonens kvalitet i NPMF. Det ansees derfor ikke til å være et fullgodt måleverktøy for å måle kvaliteten på relasjonen i NPMF.

6.2 Kliniske implikasjoner

Da studien belyser at samtalen er et viktig element for pasienter som går til NPMF, kan dette bety at psykomotoriske fysioterapeuter bør ha et aktivt forhold til verbal kommunikasjon i behandlingen. Med tanke på at den terapeutiske relasjonen kan være viktigere enn behandlingsteknikkene, ansees det samtidig som svært viktig for psykomotoriske fysioterapeuter å ha fokus på, og vektlegge relasjonell kompetanse i sin profesjonelle utvikling. Samtidig påpeker studien at det er svært viktig å være sensitiv i det fysiske møtet med pasienten. Å utvikle gode ferdigheter til å fange pasientens kroppslige reaksjoner, tilpasse kroppslig avstand og nærhet, behandlingsgrep og tempo ansees som vesentlig. Det kan også være av klinisk betydning at N-STAR, slik det fremstår i dag, ikke ansees som et fullgodt måleverktøy for å måle kvaliteten på den terapeutiske relasjon i NPMF.

7 Videre forskning

Med tanke på den terapeutiske relasjonens betydning og sentrale plass i NPMF, både belyst med teori og som det fremkommer fra denne studien, ansees det som relevant å etablere et måleverktøy for å måle kvaliteten på den terapeutiske relasjonen i NPMF. Et slikt måleinstrument kan benyttes i klinisk praksis, men også i forskningsøyemed. For å etablere et slikt måleverktøy er et alternativ å benytte N-STAR, men å samtidig inkludere tilleggsspørsmål som omhandler hvordan kroppsspråk møtes og spørsmål om berøring. Dette ble også trukket frem som et forslag fra terapeutintervjuene. En annen mulighet er å undersøke om andre måleverktøy er bedre egnet, mens et tredje alternativ kan være å utvikle et spesifikt måleverktøy for å måle kvaliteten på relasjonen i NPMF. Å gå nærmere inn på dette, ansees som et viktig tema for videre forskning.

8 Referanser

- Aase, T.H. & Fossåskaret, E. (2014). *Skapte virkeligheter : om produksjon og tolkning av kvalitative data* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ackerman, S.J., Benjamin, L.S., Beutler, L.E., Gelso, C. J., Goldfried, M.R., Hill, C., . . . Norcross, J.C. (2001). Empirically supported therapy relationship: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 495-497.
- Almvik, A. & Borge, L. (2000). *Tusenkunstnerne : muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer : integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bae, B. & Waastad, J.E. (1992). *Erkjennelse og anerkjennelse: perspektiv på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Barber, J., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M., Weiss, R. & Beth Connolly Gibbons, M. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16(2), 229-240.
- Befring, E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Biguet, G. (2012). Psykomotorisk fysioterapi - grunnleggende prinsipper, potentialer och utmaningar. I G. Biguet, R. Keskinen-Rosenqvist, & A. Levy Berg (Red.), *Att förstå kroppens budskap - sjukgymnastiska perspektiv* (s. 223-242). Lund: Studentlitteratur.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic alliance. New directions. I A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Red.), *The Working alliance : theory, research and practice* (s. 13-37). New York: John Wiley & Sons.
- Breitve, M.H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 75(12), 19-26.
- Bunkan, B.H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi : prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 121(24), 2845-2848.
- Bunkan, B.H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bunkan, B.H. (2014). *Wilhelm Reich og Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen-tradisjonen i Norge : utviklingen fra interessegruppe til akademisk utdanning i årene 1956-2006*. Oslo: ABM-media.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Creswell, J.W. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode : en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning -en introduksjon og oversikt. *Norsk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 100-113.
- Drageset, S., Ellingsen, S. & Lindstrøm, T.C. (2008). Sykepleieforskning : kvantitativ tilnærming - en diskusjon og oversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 10(4), 28-40.

- Ekerholt, K. (2002). *Psykomotorisk fysioterapi - behandling og samhandling : Psykomotoriske behandlingsprosesser belyst med pasienterfaringer*. (Hovedfagsoppgave, Universitetet i Bergen). K. Ekerholt, Bergen.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403-410.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in Physiotherapy*, 8(3), 137-144.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2008). Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action. *Physical Therapy*, 88(7), 832-840.
- Elvins, Rachel & Green, Jonathan. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187.
- Falkenström, F., Granström, F. & Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy Research*, 24(2), 146-159.
- Fjermestad, K.W. (2011). Terapeutisk allianse i kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(1), 12-15.
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Psykisk helse i Norge : tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* (Bind 2011:2). Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/felles/rapporter/psykisk-helse-i-norge-tilstandsrapport-med-internasjonale-sammenligninger>
- Friis, S. & Vaglum, P. (1999). *Fra idé til prosjekt : en innføring i klinisk forskning* (2. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Geirdal, A.Ø., Nerdrum, P., Aasgaard, T., Misund, A. & Bonsaksen, T. (2015). The Norwegian version of the Scale To Assess the therapeutic Relationship (N-STAR) in community mental health care: Development and pilot study. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 22(5), 217-224.
- Gelso, C.J. (2011). *The real relationship in psychotherapy : the hidden foundation of change* (1. utg.). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Gelso, C.J. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117-131.
- Gelso, C.J. & Bhatia, A. (2012). Crossing Theoretical Lines: The Role and Effect of Transference in Nonanalytic Psychotherapies. *Psychotherapy*, 49(3), 384-390.
- Gelso, C.J. & Carter, J.A. (1994). Components of the Psychotherapy Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306.
- Gelso, C.J., Kelley, F.A., Fuytes, J.N., Marmarosh, C., Holmes, S. E., Costa, C., . . . Hansen, J.C. (2005). Measuring the Real Relationship in Psychotherapy: Initial Validation of the Therapist Form. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 640-649.
- Greenberg, L.S., Elliott, R., Watson, J.C., Bohart, A.C., Silverman, W.H. & Norcross, J.C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 380-384.
- Grencavage, L.M. & Norcross, J.C. (1990). Where Are the Commonalities Among the Therapeutic Common Factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gulddal, J. & Møller, M. (1999). *Hermeneutik : en antologi om forståelse*. København: Gyldendal.

- Hall, A.M., Ferreira, P.H., Maher, C.G., Latimer, J. & Ferreira, M. L. (2010). The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 90(8), 1099-1110.
- Helsepersonelloven. (1999). *Taushetsplikt og opplysningsrett*. (2015). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (3. utg.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Horvath, A.O. (2001). THE ALLIANCE. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365-372.
- Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håland, W. (1986). *Psykoteraspi : relasjon, utviklingsprosess og effekt*. Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/53da8babef56dfcd8f38c8a3a831ad45.nbdigital?lang=no#0>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P.A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A.J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. Hentet fra <http://edr.sagepub.com/content/33/7/14.abstract>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I T. Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 19-78). Oslo: Unipub forlag.
- Kåver, A. (2012). *Allianse : den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lambert, M.J. & Simon, W. (2008). The therapeutic relationship: Central and essential in psychotherapy outcome. I S. F. Hick, & T. Bien (Red.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (s. 19-33). New York: Guilford.
- Loos, S., Kilian, R., Becker, T., Janssen, B., Freyberger, H., Spiessl, H., . . . Puschner, B. (2012). Psychometric properties of the German version of the Scale to Assess the Therapeutic Relationship in Community Mental Health Care (D-STAR). *European Journal of Psychological Assessment*, 28(4), 255-261.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martin, D.J., Garske, J.P., Davis, M. K. & Kendall, P.C. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- McCabe, R. & Priebe, S. (2003). Are therapeutic relationships in psychiatry explained by patients' symptoms? Factors influencing patient ratings. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 18(5), 220-225.
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L. & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, 37(1), 85-95. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706009299>
- Meld. St. 29 (2012–2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?q=empowerment&ch=5#match_0
- Monsen, J.T. & Monsen, K. (2000). Affekter og affektbevissthet : et bidrag til integrerende psykoteraspi-modell. I M. H. Rønnestad (Red.), *Psykoteraspi og psykoteraspiveiledning : teori, empiri og praksis* (s. 71-90). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Monsen, K. (1989). *Psykodynamisk kroppsterapi : en behandlingstilnærming basert på fysioterapi og psykologi*. Oslo: TANO.
- Nerdum, P. (2007). Empatiske utfordringer i terapeut-pasient-relasjonen. I P. Nerdum (Red.), *Pasienten og sykdommen - psykiske faktorer ved somatisk sykdom* (s. 255-262). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nerdrum, P. (2011). Om empati. I H. M. Rønnestad (Red.), *Det kliniske intervjuet. Bind II. Praksis med ulike klientgrupper*. (s. 55-78). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norcross, J.C. (2001). Purposes, processes, and products of the Task Force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 345-356.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work : therapist contributions and responsiveness to patients*. Hentet fra https://books.google.no/books?id=jEtD2YFC5XoC&printsec=frontcover&hl=no&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Norcross, J.C. (2010). The therapeutic relationship. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Red.), *The Heart & soul of change : delivering what works in therapy* (2. utg., s. 113-141). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 4.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2014). Relationship Science and Practice in Psychotherapy: Closing Commentary. *51*(3), 398-403.
- NOU 1998:18. (1998). *Det er bruk for alle— Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-18/id141324/?q=empowerment&ch=2#match_0
- Nyre, H. & Steinsvik, K. (2015). Kvalitativ intervjustudie: Profesjonell utvikling etter spesialisering i psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 7, 24-29.
- Olsson, H., Sörensen, S. & Bureid, G. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill.
- Rogers, C. (1956). Becoming a person. *Pastoral Psychology*, 7(1), 9-13.
- Rønnestad, H.M. & Lippe, A.von der. (2011). *Det Kliniske intervjuet Bind II: Praksis med ulike klientgrupper* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Råheim, M. (2001). *Kvinnens kroppserfaring og livssammenheng : En fenomenologisk-hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter*. (Doktorgradsavhandling), Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2477-2480.
- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi ; innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*, 70(1), 14-18.
- Schibbye, A.L.L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stokkenes, G. (2009). Hvordan samhandle aktivt med pasienten i fysioterapibehandlingen. I K. Ekerholt (Red.), *Festskrift til Berit Heir Bunkan* (s. 247-255). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2010). *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (2. utg.). Thousand Oaks, Calif SAGE Publications.
- Thornquist, E. (1994). Anerkjennelse og avhengighet: Når pasienter og helsepersonell møtes. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 114(11), 1293-1297.

- Thornquist, E. (1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi, tenkning og tilnærming Del I. *Utposten*, 5, 28-32.
- Thornquist, E. & Bunkan, B.H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Thornquist, E. (1992). *Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern*. Forskningsrapport. Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/48449eb52a15e0eb8a768ce80584b183.nbdigital?lang=no#35>
- Tjora, A.H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Walseth, L.T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(1), 65-66.
- Øien, A.M. (2010). *Change and Communication. Long-Term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain*. (Doktorgradsavhandling), Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Øien, A.M., Råheim, M., Iversen, S. & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 11(3), 121-129.
- Øien, A.M., Steihaug, S., Iversen, S. & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 53-61.

Den terapeutiske alliansen og måleverktøyet STAR i Norsk psykomotorisk fysioterapi
22.03.2015

Forespørsel til behandler om deltakelse i forskningsprosjektet

«Den terapeutiske alliansen og måleinstrumentet STAR i Norsk psykomotorisk fysioterapi»

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg som psykomotorisk fysioterapeut og som arbeider med individuell psykomotorisk behandling om å delta i en forskningsstudie. Jeg er psykomotorisk fysioterapeut og student på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Denne studien er et mastergradsprosjekt i forbindelse med mastergrad i «Psykisk helsearbeid». HiOA er ansvarlig for studien.

Bakgrunnen for studien er at det er kjent at den terapeutiske alliansen/relasjonen mellom pasient og terapeut er viktig i psykisk helsearbeid generelt. Målet med studien er å få mer kunnskap om den terapeutiske relasjonen i Norsk psykomotorisk fysioterapi hvor både terapeut og pasient inkluderes, samt å undersøke om spørreskjemaet STAR er relevant med tanke på å måle kvaliteten på den terapeutiske relasjonen.

Jeg henvender meg til deg som psykomotorisk behandler. Du har blitt tilfeldig utvalgt fra medlemsliste i psykomotorisk faggruppe i NFF. Jeg er interessert i å få kunnskap om hvordan du og din pasient opplever relasjonens betydning i møte med hverandre. Til dette trenger jeg din hjelp til å gi pasienten vedlagte informasjonsskriv, samtykkeerklæring til deltagelse og spørreskjema. Det stilles spørsmål om alder og jobblengde som psykomotorisk fysioterapeut, mens behandlingsårsak, den enkeltes plager, diagnoser og eventuelle personlige utfordringer ikke vil bli etterspurt.

Hva innebærer studien?

Studien er todelt. Trinn A består i å fylle ut vedlagte spørreskjema og sende det tilbake til meg sammen med samtykkeerklæring. Basert på resultatene i trinn A vil et kvalitativt strategisk utvalg av terapeut/pasient parene inviteres til individuelle dybdeintervjuer i trinn B. Målet med intervjuene er å få utvidet kunnskap knyttet til alliansens betydning for Norsk psykomotorisk fysioterapi behandlingsresultater, samt kunnskap om STAR oppleves som et relevant instrument for å måle alliansen i Norsk psykomotorisk fysioterapi. Du bestemmer selv hva og hvor utfyllende du vil svare. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og transkriberes (skrives ned ord for ord) i anonymisert form i etterkant av intervjuet.

Vedlagt følger STAR med noen tilleggsspørsmål; en versjon til deg som behandler og en til pasient samt informasjonsskriv til pasienten og informert samtykke til dere begge. Pasienten må være i myndig alder, tåle belastningen ved å fylle ut skjema og møte meg i et eventuelt intervju og snakke god norsk. Behandler og pasient som hører sammen har fått samme IDnr., f.eks. 1b(ehandler) og 1p(asient). Pasientdeltagelse skjer via tilfeldig utvalg etter kriterier fastlagt til å inkludere pasient nr2 første tirsdag etter mottatt brev. Om pasienten ikke kan/ønsker deltagelse velges pasient nr.2 onsdag (så nr. 2 tors. el. fre.).

Om du takker ja til deltagelse fyller du ut samtykkeerklæring og spørreskjemaet. Spørreskjemaene har totalt 16 spørsmål med ulike utkrysningsalternativ. Det finnes ingen rette eller gale svar. Det er

Ønskelig å få din oppfatning. Spørreskjemaet returneres direkte til meg i frankert konvolutt. Det er kun jeg som får innsyn i hva du svarer.

Ønsker du å delta i dybdeintervju, krysser du av for dette i samtykkeerklæringen og jeg tar eventuelt kontakt med i løpet av de neste 2 måneder. Intervjuet vil vare i ca. 60 min, og foregå der det er best for deg.

Mulige fordeler og ulemper

Studien medfører ikke andre ulemper enn belastningen ved å fylle ut spørreskjemaet og eventuelt delta i intervju.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene blir behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenner opplysninger (avidentifisert). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste som vil bli oppbevart i låsbart skap, og alle opplysninger lagres på passord beskyttet PC. HiOA og jeg er ansvarlig for håndteringen og sikringen av data. Opplysningene vil ikke bli utlevert til andre. Det er kun jeg (forsker) som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Studien skal etter planen ferdigstilles september 2015. Etter at studien er ferdig vil informasjonen bli slettet, senest november 2015. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og du vil bli gitt mulighet til å lese igjennom det transkriberte intervjuet. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til deltagelse.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Elisabeth Rygge på telefon 95 77 76 96 eller på mail: erygge@hotmail.com

Som deltager i studien har du rett til å få informasjon om utfallet av studien. Når studien er ferdig vil du få en forespørsel per SMS eller epost om du ønsker å få tilsendt endelig resultat og rapport. Du kan også krysse av for dette på samtykkeerklæringen.

Det er ønskelig med tilbakemelding innen utgangen av april-15.

Med vennlig hilsen

.....
Elisabeth Rygge, Masterstudent

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien ved å fylle ut og returnere spørreskjema

Kryss av for det alternativet som passer

Ja, jeg er også villig til å delta i intervju som tar ca. 60 min om forsker tar kontakt med meg etter at spørreskjemaet er returnert. Jeg ønsker å bli kontaktet per:

E-post Telefon

Nei, jeg ønsker ikke å delta i eventuelt intervju

Jeg ønsker å få tilsendt endelig resultat og rapport når studien er ferdigstilt

Navn:.....

Tlf:..... E-post:.....

.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Spørreskjema BEHANDLER.

Nedenfor finner du STAR behandler. Det er noen påstander som beskriver opplevelser som behandler kan ha i møte med pasienten. Kryss av i den ruten som er riktigst for dem oppfatning du har om din pasient.

Kryss slik , ikke slik

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
Jeg kommer godt overens med min pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min pasient og jeg har god kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg lytter til min pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at pasienten avviser meg som behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror at min pasient og jeg har en god relasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg underlegen i forhold til min pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min pasient og jeg har lignende forventninger til hans/hennes fremgang i behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er støttende overfor min pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er vanskelig for meg å føle empati med eller å forholde meg til min pasients problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min pasient og jeg er åpne med hverandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er i stand til å ta min pasients perspektiv når jeg arbeider med ham/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min pasient og jeg har et tillitsfullt forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Her kommer noen få demografi og arbeidsrelaterte spørsmål

Kjønn:

Mann Kvinne

Alder:

18-27 år 28-37 år 38-47 år 48-57 år 58-67 år 68 →

Hvor lenge har du arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut?

0-5 år 6-10 år 11-15 år 16-20 år 21-25 år 26 →

Hvor langvarig har kontakten med pasient vært?

1-5 ganger 6-10 ganger 11-15 ganger 16-20 ganger 21-25 ganger 26-30 ganger 31-35 ganger Mer enn 36 ganger

Den terapeutiske alliansen og måleverktøyet STAR i Norsk psykomotorisk fysioterapi
22.03.2015

Forespørsel til pasient om deltakelse i forskningsprosjektet

«Den terapeutiske alliansen og måleinstrumentet STAR i Norsk psykomotorisk fysioterapi»

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Jeg er psykomotorisk fysioterapeut og student på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Denne studien er et mastergradsprosjekt i forbindelse med mastergrad i «Psykisk helsearbeid». HiOA er ansvarlig for studien.

Bakgrunnen for studien er at det er kjent at den terapeutiske alliansen/relasjonen mellom pasient og terapeut er viktig i psykisk helsearbeid generelt. Målet med studien er å få mer kunnskap om den terapeutiske relasjonen i Norsk psykomotorisk fysioterapi hvor både terapeut og pasient inkluderes, samt å undersøke om spørreskjemaet STAR er relevant med tanke på å måle kvaliteten på den terapeutiske relasjonen.

Jeg henvender meg til deg som pasient. Din behandler er tilfeldig utvalgt fra medlemsliste i psykomotorisk faggruppe i Norges fysioterapiforbund. Han/hun er forespurt om å overlevere invitasjon til studien til en av sine pasienter. Du som pasient er tilfeldig utvalgt etter kriterier fastsatt av forsker. Jeg er interessert i å få kunnskap om hvordan du og din behandler opplever relasjonens betydning i møte med hverandre. Det stilles spørsmål om alder og behandlingens lengde, mens behandlingens årsak, den enkeltes plager, diagnoser og eventuelle personlige utfordringer ikke vil bli etterspurt.

Hva innebærer studien?

Studien er todelt. Trinn A består i å fylle ut vedlagte spørreskjema og sende det tilbake til meg sammen med samtykkeerklæring. Basert på resultatene i trinn A vil et kvalitativt strategisk utvalg av terapeut/pasient parene inviteres til individuelle dybdeintervjuer i trinn B. Målet med intervjuene er å få utvidet kunnskap knyttet til alliansens betydning for psykomotorisk fysioterapis behandlingsresultater, samt kunnskap om STAR oppleves som et relevant instrument for å måle alliansen i psykomotorisk fysioterapi. Du bestemmer selv hva og hvor utfyllende du vil svare. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og transkriberes (skrives ned ord for ord) i anonymisert form i etterkant av intervjuet.

Vedlagt følger STAR(pasientversjon) med noen tilleggsspørsmål, samt informasjonsskriv og informert samtykkeerklæring. Behandleren din har også mottatt STAR (behandlerversjon), informasjonsskriv og informert samtykkeerklæring. Behandler og pasient som hører sammen har fått samme IDnr., f.eks. 1b(ehandler) og 1p(asient). Det er kun forsker som har tilgang til utfylte skjemaer og intervjuer og det er gjensidig utelukket at terapeut og pasient får innblikk i den andres materiell.

Om du takker ja til deltagelse fyller du ut samtykkeerklæringen og spørreskjemaet. Spørreskjemaene har totalt 15 spørsmål med ulike utkrysningsalternativ. Det finnes ingen rette eller gale svar. Det er ønskelig å få din oppfatning. Spørreskjemaet returneres direkte til meg i frankert konvolutt. Det er kun jeg som får innsyn i hva du svarer.

Ønsker du å delta i dybdeintervju, krysser du av for dette i samtykkeerklæringen og jeg tar eventuelt kontakt med i løpet av de neste 2 måneder. Intervjuet vil vare i ca. 60 min, og foregå der det er best for deg.

Mulige fordeler og ulemper

Studien medfører ikke andre ulemper enn belastningen ved å fylle ut spørreskjemaet og eventuelt delta i intervju.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene blir behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger (avidentifisert). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste som vil bli oppbevart i låsbart skap, og alle opplysninger lagres på passord beskyttet PC. HiOA og jeg er ansvarlig for håndteringen og sikringen av data. Opplysningene vil ikke bli utlevert til andre. Det er kun jeg (forsker) som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Studien skal etter planen ferdigstilles september 2015. Etter at studien er ferdig vil informasjonen bli slettet, senest november 2015. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og du vil bli gitt muligheten til å lese igjennom det transkriberte intervjuet. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til deltagelse. Dette vil ikke få konsekvenser for videre behandling hos din psykomotoriske fysioterapeut.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Elisabeth Rygge på telefon 95 77 76 96 eller på mail: erygge@hotmail.com

Som deltager i studien har du rett til å få informasjon om utfallet av studien. Når studien er ferdig vil du få en forespørsel per SMS eller epost om du ønsker å få tilsendt endelig resultat og rapport. Du kan også krysse av for dette på samtykkeerklæringen.

Det er ønskelig med tilbakemelding innen utgangen av april-15.

Med vennlig hilsen

.....
Elisabeth Rygge
Masterstudent

Spørreskjema PASIENT.

Nedenfor finner du STAR pasient spørreskjema med noen påstander som beskriver opplevelser som du som pasient kan ha i møte med din behandler. Kryss av i den ruten som er riktigst for deg.

Kryss slik , ikke slik

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
Min behandler snakker med meg om mine personlige mål og tanker om behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min behandler og jeg er åpne med hverandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min behandler og jeg har et tillitsfullt forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror at min behandler holder tilbake sannheten for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min behandler og jeg har en ærlig relasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min behandler og jeg arbeider mot mål som vi er blitt enige om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min behandler er lite forståelsesfull når jeg snakker om ting som er viktig for meg og min situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min behandler og jeg har kommet frem til en forståelse av hva slags endringer som vil være bra for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min behandler er utålmodig med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min behandler ser ut til å like meg uansett hva jeg gjør og sier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er enige om hva som er viktig for meg å arbeide med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror at min behandler forstår hva mine erfaringer har betydd for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intervjuguide terapeut

«Den terapeutiske alliansen og måleverktøyet STAR i psykomotorisk fysioterapi»

1. Innledning

- Presentasjon av meg og studiet
- Konsekvenser
- Garantere anonymitet
- Informasjon om retten til å trekke seg fra prosjektet og sletting av informasjon
- Informasjon om lydopptak
- Eventuelle spørsmål før vi begynner

2. Innledningsspørsmål

- Hvor lenge har du arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut?
- Hvor mange prosent stilling jobber du?
- Hvordan synes du jobben din er?
- Hva setter du pris på med jobben din?
- Hva er utfordrende med jobben din?

3. Den terapeutiske allianse (relasjon)

- **Hva er det viktigste for deg i møtet med pasienten din?**
Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan da, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?
- **Hva betyr en allianse for deg?**
Oppfølgingsspørsmål, når, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan da, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?
- **Har du tenkt på at alliansen/relasjonen er viktig?**
Oppfølgingsspørsmål, når, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan da, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?
- **Hva betyr en terapeutisk allianse for deg?**

Oppfølgingsspørsmål, når, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan da, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?

- **Hvor viktig er den terapeutiske alliansen for deg?**

Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?

- **Hva innebærer en god terapeutiske alliansen for deg?**

Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?

4. Spørreskjemaet STAR

- **Hva tenker/mener du om spørreskjemaet STAR?**

Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner? Hvordan gir det mening?

- **I hvilken grad mener du at spørreskjemaet er relevant for å måle kvaliteten på alliansen mellom terapeut og pasient?**

Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner, hvordan?

- **På hvilken måte synes du spørreskjemaet fanger opp det som er viktig for deg i den terapeutiske alliansen?** Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner, følelser rundt dette? Hvordan gir det mening?

- **Er det spørsmål du savner?**

Hvilke? Hvorfor? Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner?

- **Er det spørsmål du synes er overflødige?**

Hvilke? Hvorfor? Oppfølgingsspørsmål

- **Hvilke spørsmål synes du er viktigst med tanke på å belyse terapeut/pasient-alliansen?**

Oppfølgingsspørsmål – hvorfor?

- **I hvilken grad synes du spørreskjemaet fanger opp det nonverbale ved den terapeutiske alliansen?** Oppfølgingsspørsmål

5. Avslutning

- Informasjon om at intervjuet skal avrundes snart.
- Er det noe du tenker at jeg burde spurt deg om eller noe annet du vil fortelle?
- Er det noe du lurer på i forbindelse med intervjuet og det videre arbeidet?
- Informasjon om hvordan henvende seg til meg om spørsmål dukker opp seinere

Intervjuguide Pasient

«Den terapeutiske alliansen og måleverktøyet STAR i psykomotorisk fysioterapi»

1. Innledning

- Presentasjon av meg og studiet
- Konsekvenser
- Garantere anonymitet
- Informasjon om retten til å trekke seg fra prosjektet og sletting av informasjon
- Informasjon om lydopptak
- Eventuelle spørsmål før vi begynner

2. Innledningsspørsmål

- Hvor lenge har du gått til psykomotorisk fysioterapi?
- Hvor ofte går du til behandling?
- Hvordan synes du det er å gå til psykomotorisk behandling?
- Hva setter du pris på ved å gå til psykomotorisk behandling?
- Er det noe du synes er utfordrende med å gå til psykomotorisk behandling?

3. Den terapeutiske allianse (relasjon)

- **Hva er det viktigste for deg i møtet med terapeuten din?**
Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan da, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?
- **Hva betyr en allianse (evt. relasjon) for deg?**
Oppfølgingsspørsmål, når, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan da, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?
- **Har du tenkt på at alliansen/relasjonen er viktig?**
Oppfølgingsspørsmål, når, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan da, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?
- **Hva betyr en terapeutisk allianse (relasjon) for deg?**
Oppfølgingsspørsmål, når, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan da, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?

- **Hvor viktig er den terapeutiske alliansen (relasjonen) for deg?**
Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?
- **Hva innebærer en god terapeutiske alliansen for deg?**
Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner, tanker, følelser, hvordan, hva gjorde du da, hvordan oppleves det?

4. Spørreskjemaet STAR

- **Hva tenker/mener du om spørreskjemaet STAR?**
Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner? Hvordan gir det mening?
- **I hvilken grad mener du at spørreskjemaet er relevant?**
Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner
- **På hvilken måte synes du spørreskjemaet fanger opp det som er viktig for deg i den terapeutiske alliansen?** Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner, følelser rundt dette? Hvordan gir det mening?
- **Er det spørsmål du savner?**
Hvilke? Hvorfor? Oppfølgingsspørsmål, eksempler, konkrete situasjoner?
- **Er det spørsmål du synes er overflødige?**
Hvilke? Hvorfor? Oppfølgingsspørsmål
- **Hvilke spørsmål synes du er viktigst med tanke på å belyse terapeutiske alliansen?**
Oppfølgingsspørsmål – hvorfor?
- **I hvilken grad synes du spørreskjemaet fanger opp det nonverbale ved den terapeutiske alliansen?** Oppfølgingsspørsmål

5. Avslutning

- Informasjon om at intervjuet skal avrundes snart.
- Er det noe du tenker at jeg burde spurt deg om eller noe annet du vil fortelle?
- Er det noe du lurer på i forbindelse med intervjuet og det videre arbeidet?
- Informasjon om hvordan henvende seg til meg om spørsmål dukker opp seinere

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Anne S. Kavli	Telefon: 22845512	Vår dato: 05.11.2014	Vår referanse: 2014/1703/REK sør-øst A
			Deres dato: 23.09.2014	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Amy Østertun Geirdal
Høgskolen i Oslo og Akershus

2014/1703 Den terapeutiske relasjonen og måleinstrumentet STAR i psykomotorisk fysioterapi

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 23.10.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus
Prosjektleder: Amy Østertun Geirdal

Prosjektbeskrivelse (revidert av REK)

Formålet med prosjektet er å undersøke om spørreskjemaet STAR (Scale to Assess the Therapeutic Relationship) er egnet og relevant for å måle kvaliteten på den terapeutiske relasjonen mellom psykomotoriske fysioterapeuter og deres pasienter. Det finnes få instrumenter for å måle den terapeutiske alliansen i tverrfaglig psykisk helsearbeid og ingen spesielle til å måle relasjonens betydning for behandlingsresultatet i psykomotorisk fysioterapi. STAR spørreskjema (Scale to assess the therapeutic relationship) er spesielt designet med tanke på å kunne måle den terapeutiske relasjonen i tverrfaglig psykisk helsearbeid. STAR er nylig oversatt til norsk og dette prosjektet er et pilotprosjekt hvor målet er å undersøke om den norske versjonen av STAR er et nyttig verktøy .

Det planlegges å sende invitasjon til 100 psykomotoriske fysioterapeuter der de som arbeider med individuell psykomotorisk behandling blir forespurt om å delta. Hver fysioterapeut skal deretter rekruttere en av sine egne pasienter. Pasienter og terapeuter fyller ut STAR og svarer på noen få demografiske spørsmål og noen arbeids- og behandlingsrelaterte spørsmål.

Basert på resultater fra første del av undersøkelsen skal 4 terapeuter og deres pasienter inviteres til å delta på et dybdeintervju. Spørsmålene i intervjuguiden dreier seg om deltakernes opplevelser av og erfaring med den terapeutiske alliansen, og om deres oppfatning av spørreskjemaet STAR og hvor egnet dette skjemaet er til å måle kvalitet på den terapeutiske alliansen mellom terapeut og pasient.

Komiteens vurdering

I prosjektets del 1 skal validiteten av STAR undersøkes, med tanke på å måle den terapeutiske alliansen mellom behandler og pasient. STAR skjemaet omhandler relevante opplysninger om behandler og pasientens opplevelse av denne alliansen.

I prosjektets del 2 vil spørsmålene i skjema og intervju dreier seg om deltakernes opplevelser av og erfaring med den terapeutiske relasjonen. Man planlegger ikke i denne delen av prosjektet å samle inn opplysninger

om helse eller sykdom.

Etter komiteens syn avhenger den alliansen som måles i prosjektet av fysioterapeutens personellatferd. Alliansen er videre av stor betydning for pasientens helseatferd. Prosjektets formål, å undersøke skjemaets validitet, kan dermed betegnes som helsetjenesteforskning.

Helsetjenesteforskning er et flerfaglig vitenskapelig felt hvor man studerer hvordan sosiale faktorer, finansieringssystemer, organisatoriske strukturer og prosesser, helseteknologi og personellatferd påvirker tilgang til helse - og omsorgstjenester, kvaliteten og kostnadene ved helse og omsorgstjenester, og endelig helse og velvære.

Helsetjenesteforskning er også forskning på forbedring av helsetjenesten og effektiv bruk av ressurser for samfunnet. I helsetjenesteforskningen studerer man blant annet hvordan helsetjenester leveres, hvordan de er utformet, og hvordan helsetjenesten fungerer som system.

Helsetjenesteforskning omfattes ikke av helseforskningslovens virkeområde, som omfatter prosjekter med det formål å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven § 2 og § 4 a, og er dermed ikke fremleggingspliktig for REK.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Knut Engedal
Professor dr. med.
Leder

Anne S. Kavli
Førstekonsulent

Kopi til: amy-ostertun.geirdal@hioa.no; Høgskolen i Oslo og Akershus ved øverste administrative ledelse: postmottak@hioa.no



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Amy Østertun Geirdal
Institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 24.11.2014

Vår ref: 40804 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.11.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

40804	<i>Den terapeutiske alliansen og måleinstrumentet STAR i psykomotorisk fysioterapi</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Amy Østertun Geirdal</i>
<i>Student</i>	<i>Elisabeth Rygge</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.11.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elisabeth Rygge s120648@stud.hioa.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektet er vurdert av REK til å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde.

Formålet er å skaffe ny kunnskap om den terapeutiske alliansen i psykomotorisk fysioterapi, samt å undersøke om STAR spørreskjema er egnet for å måle kvaliteten på alliansen mellom psykomotoriske fysioterapeuter og deres pasienter. Studiet er relevant da psykomotorisk fysioterapi skiller seg fra andre yrkes- og pasientgruppene hvor spørreskjemaet er anvendt. Det finnes ingen spesifikke måleinstrumenter som måler relasjonens betydning i psykomotorisk fysioterapi.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Vi ber om at følgende endres i informasjonsskrivet:

- "anonymt" slettes fra delsetningen "(avidentifisert og anonymt)" under "Hva skjer med informasjonen om deg", da data behandles kun avidentifisert og ikke anonymt.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 30.11.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak