

MASTEROPPGAVE
Master i psykisk helsearbeid
mai 2019

Tittel

Navigering i kroppens reaksjoner og ressurser – hvilken erfaring har psykomotoriske fysioterapeuter i å bruke de nevroaffektive kompassene i pasientbehandling?

Navn

Nina Solli Vatland

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

1 INNHold

| | |
|---|-----------|
| 2 FORORD | 1 |
| 3 SAMMENDRAG | 2 |
| 4 ABSTRACT | 4 |
| 5 INNLEDNING | 5 |
| 5.1 TEMA OG BAKGRUNN FOR OPPGAVEN | 5 |
| 5.2 STUDIENS PROBLEMSTILLING | 6 |
| 5.3 INSPIRASJONSKILDER | 6 |
| 6 TEORI OG BEGREPSAVKLARING | 8 |
| 6.1 FYSIOTERAPI | 8 |
| 6.2 PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI FØR OG NÅ | 8 |
| 6.3 NEVROAFFEKTIV PSYKOTERAPI | 9 |
| 6.4 DE NEVROAFFEKTIVE KOMPASSENE | 11 |
| 6.4.1 DET AUTONOME KOMPASS | 11 |
| 6.4.2 DET LIMBISKE KOMPASS | 12 |
| 6.4.3 DET PREFRONTALE KOMPASS | 13 |
| 6.5 TERAPEUTISK ALLIANSE | 14 |
| 6.6 KROPPSFORSTÅElsen | 15 |
| 6.7 SPORENE I KROPPEN ETTER TRAUMER | 16 |
| 7 DESIGN OG METODE | 17 |
| 7.1 KVALITATIVT DESIGN MED FENOMENOLOGISK-HERMENEUTISK TILNÆRMING | 17 |
| 7.2 FORFORSTÅElsen | 18 |
| 7.3 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU | 18 |
| 7.4 GJENNOMFØRING AV STUDIEN | 19 |
| 7.4.1 FORBEREDELSE | 19 |
| 7.4.2 REKRUTTERING OG UTVALG AV INFORMANTER | 20 |
| 7.4.3 DATASKAPING | 21 |
| 7.4.4 TRANSKRIBERING | 22 |
| 7.5 ANALYSE | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 7.6 METODEREFLEKSJONER | 25 |
| 7.6.1 VALIDITET | 25 |
| 7.6.2 RELIABILITET | 26 |
| 7.6.3 REFLEKSIVITET | 27 |
| 7.6.4 GENERALISERBARHET | 27 |
| 7.6.5 FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER | 27 |
| 8 PRESENTASJON AV RESULTATER | 29 |
| 8.1 HOVEDKATEGORI - VOKSE I ROLLEN SOM TERAPEUT | 30 |
| 8.2 UNDERKATEGORIER | 31 |
| 8.2.1 UNDERKATEGORI 1 - STYRKER DEN TERAPEUTISKE ALLIANSEN | 31 |
| 8.2.2 UNDERKATEGORI 2 - STOLT AV Å VÆRE PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPEUT | 37 |
| 8.2.3 UNDERKATEGORI 3 - FYLLER ET FAGLIG TOMROM | 39 |
| 9 DISKUSJON | 42 |
| 9.1 REFLEKSJON OM EGET FAGFELT | 42 |
| 9.2 DEN TERAPEUTISKE ALLIANSEN | 43 |
| 9.3 ANERKJENNELSE | 44 |
| 9.4 SAMTALE | 46 |
| 9.5 KROPPEN SOM UTGANGSPUNKT | 47 |
| 9.6 DE NEVROAFFEKTIVE KOMPASSENE | 48 |
| 9.7 STOLT AV Å VÆRE PSYKOMOTORIKER | 50 |
| 9.8 VOKSE I ROLLEN SOM TERAPEUT | 51 |
| 10 OPPSUMMERING OG AVSLUTNING | 55 |
| 11 REFERANSER | 56 |
| 12 VEDLEGG | 61 |
| 12.1 VEDLEGG 1 - SAMTYKKE TIL STUDIEN | 61 |
| 12.2 VEDLEGG 2 - GODKJENNING NSD | 65 |

2 FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har pågått i snart ett år, det har vært en lang og lærerik reise. Nå kjenner jeg på en blanding av tomhet og en god porsjon mestringsfølelse i å bli ferdig. Det er mange som har bidratt og fortjener en takk.

De fire kollegaene som ikke trengte noen betenkningstid før de sa ja til å være med. Takket være deres entusiasme og iver etter å dele erfaringer, tanker og refleksjoner har det gitt oppgaven omfattende råmateriale for bearbeiding. Dere har også bidratt med fine skildringer og pasienthistorier fra en travel arbeidshverdag.

En stor takk til Dag Willy Tallaksen, min veileder på OsloMet som har holdt meg fokusert, vært tilgjengelig, og gitt meg god veiledning gjennom hele året.

Tusen takk til dere flotte kollegaene på jobben, det har blitt gode diskusjoner og dere har bidratt til viktige innspill.

Takk også til alle dere i gruppen min på skriveseminarene, både medstudenter og lærere som har kommet med konstruktive tilbakemeldinger.

Tusen takk til Norsk Fysioterapiforbund, Fond til etter- og videreutdanning for økonomisk støtte.

Utarbeidelse av en masteroppgave opplevdes til tider som en stor tålmodighetsprøve. Jeg ønsker å rette en stor takk til guttene mine, særlig deg Svein, min Yang, uten deg hadde det tekniske rundt oppgaven vært et komplett kaos.

“Et stigtrinn er ikke der for å hvile seg på, men for å holde foten din lenge nok til at du kan sette den andre litt høyere”

Thomas Henry Huxley

3 SAMMENDRAG

Bakgrunn: De nevroaffektive kompassene er en del av nevroaffektiv psykoterapi og er en teoretisk forståelsesramme for å forstå menneskets personlighetsutvikling. Den er utviklet fra en integrasjon av utviklingspsykologi, traumeforskning, tilknytningsteori, hjerneforskning og evolusjonspsykologi. Forskning på virkning av denne forståelsesrammen syntes å være mangelfull. Økt kunnskap kan bidra med evidens rundt terapeuters erfaringer.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å få et dypere innblikk i psykomotoriske fysioterapeuters hverdag, gjennom deres erfaringer og refleksjoner av å bruke de nevroaffektive kompassene i pasientbehandling.

Metode: Fire psykomotoriske fysioterapeuter med etterutdanningen *Sporene i kroppen etter traumer* som jobber med kommunalt tilskudd ble intervjuet to ganger med semi-strukturert intervju. Materialet ble analysert etter Lindseth & Nordberg (2004) sin fenomenologisk hermeneutiske metode.

Resultat: Basert på intervjuene ble det mulig å definere en hovedkategori og tre underkategorier.

- Hovedkategori: *Vokse i rollen som terapeut*
- Underkategori 1: *Styrker den terapeutiske alliansen* med undertemaene *Samtale og Anerkjennelse*.
- Underkategori 2: *Stolt av å være psykomotorisk fysioterapeut* med undertemaene *Kropp og Trygg fagplattform*
- Underkategori 3: *Fyller et faglig tomrom* med undertema *De nevroaffektive kompassene*

Konklusjon: De psykomotoriske fysioterapeutene anser de nevroaffektive kompassene som et viktig supplement i pasientbehandling og egen faglig utvikling. Terapeutene beskriver sin faglige og profesjonelle utvikling i retning av økt trygghet i arbeidet. De nevroaffektive kompassene blir trukket frem som en mer fleksibel innfallsvinkel i forhold til pasientene og styrker den terapeutiske alliansen. Videre skaper kompassene en refleksjon tilbake til terapeutenes opprinnelige faglige plattform.

Nøkkelord: Terapeutisk utvikling, terapeutisk vekst, profesjonell utvikling, den terapeutiske alliansen/relasjon, Empowerment.

4 ABSTRACT

Aim: The purpose of this study is to gain knowledge about the experience psychomotor physiotherapists have of using Neuroaffective Developmental Psychology (NADP) in their treatment of patients.

Methodology: This study has a qualitative design. Four psychomotor physiotherapists were interviewed twice using a semistructured interview. Data were analyzed using a phenomenological and hermeneutical method developed by Lindseth & Nordberg (2004).

Results: One main category together with three subcategories and five themes were the results of the analysis.

Main category: *Professional growth*

Subcategory 1: *Strengthened the therapeutic alliance* with themes *Conversation* and *Recognition*

Subcategory 2: *Proud of being a psychomotor physiotherapist* with themes *Body* and *Sound professional background*

Subcategory 3: *Fulfills professional emptiness* with theme *The neuroaffective compasses*

Conclusion: The four psychomotor physiotherapists found NADP as an important contribution to both patient treatment and their own professional growth. The therapists describe their academic and professional development, this development is towards increased confidence in work, both when it comes to methods in coping and understanding the therapeutic alliance. NADP is brought forward as a more flexible angle to meet their patients and provides reflection back to their academic background.

Keywords: therapeutic growth, professional development, the therapeutic alliance/ relation, Empowerment, therapeutic development.

5 INNLEDNING

Hvilken erfaring har psykomotoriske fysioterapeuter med å bruke de nevroaffektive kompassene i pasientbehandling?

Denne masteroppgaven ønsker å søke innsikt i en terapeutisk virkelighet. Psykomotorisk fysioterapi gir en spennende tilnærming til pasientene, det er rom for både kroppslig erfaring og samtaler underveis i behandlingsforløpet. Ofte observerer terapeuten at teknikk og metode ikke er tilstrekkelig, den terapeutiske alliansen utfordrer den psykomotoriske fysioterapeuten på mange plan. Flere avgjørende faktorer som personlighet, anerkjennelse, kunnskap, åpenhet og undring er grunnleggende elementer som skal til for å kunne skape endring hos pasienten.

Pasientgrunnet til psykomotoriske fysioterapeuter med kommunale driftsavtaler er mennesker med såkalte *sammensatte lidelser*. Sammensatte lidelser omfatter tilstander med betydelige somatiske symptomer der biopsykososiale faktorer er vevd tett sammen, hvor ingen anerkjent diagnose kan forklare symptomene (Borchgrevink, Fredheim, Fors, Hara, Holen & Stiles, 2009, s1368). Ofte kan behandlingen bestå av intense øyeblikk. Dette krever et oppmerksomt nærvær og tilstedeværelse i egen kropp hos den psykomotoriske fysioterapeuten. Dette medfører blant annet til at terapeuten sin erfaring og refleksjon står sentralt i pasientmøtet. Tvedten (2013, s31) kaller dette *å finne sitt eget uttrykk*.

5.1 TEMA OG BAKGRUNN FOR OPPGAVEN

Psykisk helsearbeid er et stort fagfelt hvor fysioterapi har fått sin plass. Psykomotoriske fysioterapeuter jobber med sammensatt problematikk innen psykisk helsearbeid og psykiatri. Psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis med kommunalt driftstilskudd blir i dagligtale ofte benevnt som psykomotorikere, denne benevnelse benyttes videre i oppgaven. Det finnes i dag rundt 425 fysioterapeuter med kompetanse i psykomotorisk fysioterapi i Norge og nye utdannes hvert år (Norsk fysioterapiforbunds hjemmeside mars-19). Psykomotorisk behandling blir ofte forkortet til PMF, noe som blir benyttet i denne oppgaven.

Under videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi var jeg så heldig å overvære en forelesning av psykomotorisk fysioterapeut Karen Margrete Sæbø. Teamet var traumeforståelse sett fra et nevroaffektivt perspektiv. Dette møtet gav en tankevekker rundt behandling av traumatiserte mennesker. Sæbø foreleste om *den levde kroppen* og et sitat som gjorde inntrykk på meg var: *“Du må kle på før du kler av”*.

Observasjoner fra egen arbeidshverdag er at mange pasienter med en traumbakgrunn snur terror, raseri, skyld og skam innover. Dette kan gradvis påvirke deres helsetilstand. Hvis denne tvangstrøyen ikke blir forløst og avsluttet, vil pasienten utvikle både helsemessige og følelsesmessige plager (Johnsen, 2004, s10). Etter å ha praktisert som psykomotorisk fysioterapeut i mer enn 6 år oppleves fagfeltet fortsatt stort og komplekst. Dette var motivasjon for å ta videreutdanningen *Sporene i kroppen etter traumer*, et 12 dagers kurs hvor innholdet er basert på nevroaffektiv psykoterapi. Videreutdanningen har åpnet opp for nye muligheter i kontakt med pasienten gjennom samtale og i selve behandlingen. Forhåpentligvis vil denne masteroppgaven bidra til å belyse psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med å bruke de nevroaffektive kompassene i sitt møte med pasienter.

5.2 STUDIENS PROBLEMSTILLING

Følgende problemstilling er formulert:

Hvilken erfaring har psykomotoriske fysioterapeuter med å bruke de nevroaffektive kompassene i pasientbehandling?

Forskningsspørsmål:

- Hvilke praksiserfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter om de nevroaffektive kompassene?
- På hvilken måte bidrar de nevroaffektive kompassene til utvikling i den psykomotoriske behandlingen?

5.3 INSPIRASJONSKILDER

En kilde til inspirasjon har kommet fra masteroppgaven til Kristine R. Kjærnem (2015), hvor hun skriver om ivaretagelse av seg selv som terapeut i psykomotorisk fysioterapi. Et resultat fra Kjærnems studie er at refleksjon og ivaretagelse skaper utvikling i terapirommet gjennom ytre teknikker og selve terapeutrollen. Ved å benytte søkeordet “Professional Development” dukket det opp en spennende internasjonal studie utført av Rønnestad og Skovholt (2003). Studien (Minnesotastudien) undersøkte den profesjonelle utviklingen til 100 psykoterapeuter ved bruk av kvalitative metoder. Videre utførte de en ISDP-studie hvor over 7000 psykoterapeuter fra forskjellige profesjoner og representert fra 24 land studert med både kvalitative og kvantitative metoder.

En annen masteroppgaven “Den psykomotoriske fysioterapeutens opplevelser i møtet med pasienten” (Hagen, 2014) fant to hovedtemaer: å være i følelsene og ta vare på seg selv. Hagen beskriver av psykomotorikerens bevissthet rundt egne følelser og grenser som påvirker terapeutens eget liv. Denne forskningen vekket nysgjerrighet og et ønske om å undersøke i hvilken grad nevroaffektiv psykoterapi og de nevroaffektive kompassene har bidratt til eventuelle endringer, vekst eller utvikling?

6 TEORI OG BEGREPSAVKLARING

6.1 FYSIOTERAPI

Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell og er underlagt helsepersonelloven som innebærer at de skal utøve faglig forsvarlig fysioterapi. Deres kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon, og det teoretiske grunnlaget er forankret i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap. En fysioterapeut forstår kroppslige plager i lys av hendelser og opplevelser gjennom nåværende situasjon, sosiale og kulturelle forhold og gjennom pasientens livsløp. Dette danner grunnlaget for hvordan skader og plager i bevegelsesapparatet kan oppstå, behandles og forebygges (Norsk Fysioterapeutforbund, 2019).

6.2 PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI FØR OG NÅ

Psykomotorisk fysioterapi er en behandlingsform som ble utarbeidet av fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy på 1940-tallet. Bülow-Hansen hadde bakgrunn fra ortopedisk fysioterapi og Braatøy kom fra psykiatrien. Trygve Braatøy var utdannet psykoanalytiker, med en sterk psykodynamisk forankring. Gjennom sitt yrke var Bülow-Hansen faglig interessert i pasienter med såkalte yrkesnevroses, som smertetilstander i nakke, skuldre og armer hvor det ikke ble funnet noen patologisk årsak. På denne tiden var Braatøy overlege ved den psykiatriske avdelingen ved Ullevål sykehus, og da han hørte Bülow-Hansen presentere sin behandlingsmetode på et foredrag vakte det hans interesse. Braatøy argumenterte for at det ofte ikke var tilstrekkelig å drive kun med avgrenset muskulær behandling for mange pasienter med muskelsmerter da spenningene ofte hadde rot i følelsesmessige vansker. Sammen la disse to fagpersonene en ny grunnleggende behandlingstilnærming, psykomotorisk fysioterapi, basert på en relativt ny forståelse av sammenhengen kroppen og levd liv (Bunkan, 2001).

Aadel Bülow-Hansen ble sett på som en genuint tenkende fagutøver og hun hadde en særegen terapeutisk stil (Thornquist & Bunkan, 1986). PMF har over lang tid vært opptatt av å bevare hennes profesjonelle genialitet og videreføre hennes faglige blikk og håndlag. Det har gått over 70 år og PMF har fått et tilfang fra flere teoretiske perspektiver. Tidligere litteratur knyttet til tradisjonell PMF behandling viser eksempler på samtale i pasientbehandlingen, noe vi i dag neppe kan kalle relasjonell eller alliansedannende (Lien, 2018, s50). Dette kan sees i

sammenheng med at pasienten lenge har blitt sett på som *subjekt* i forskjellige terapier, og terapeuten/fagpersonen skulle ha rollen nøytral observatør som utførte forskjellige behandlingsmetoder (Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen & Rønnestad, 2013).

Flere fagpersoner har bidratt til å videreutvikle PMF i nyere tid. Eline Thornquist har i mange år bidratt til å løfte PMF akademisk gjennom sin kvalitative forskning om metoden og sitt bidrag til vitenskapsteori for helsefag. Andre viktige bidragsytere er Berit H. Bunkan, Gudrun Øvreberg, Aud Marie Øien, Kirsten Ekerholt, Astrid Bergland og Anne Gretland. De har i en årrekke bidratt med forskning, samt å lede utdannelsen av psykomotorikere ved Høgskolen i Oslo og Akershus og ved Universitetet i Tromsø.

For å bli psykomotorisk fysioterapeut kreves fysioterapeut grunnutdanning. Fysioterapeuten har i en klinisk hverdag kroppen som arbeidsfelt. Fokus er først og fremst rette mot det som befinner seg under kroppens overflate og fysioterapeuten jobber til en stor grad bokstavelig talt under huden på pasienten. Fysioterapiprofesjonen er en av få profesjoner som har dette særegne perspektivet på mennesket. Faget har sin opprinnelse og forgreining fra det store kunnskapstreet som medisinsk vitenskap er og alltid har vært. Den psykomotoriske tradisjonen hevder Thornquist (2009), befinner seg i skjæringsfeltet mellom naturvitenskapen og samfunnsvitenskapen. Denne plasseringen mellom to sterke fagområder kan gi både muligheter og utfordringer. Siviland, Martinsen & Råheim (2007, s23) beskriver PMF som en mellomting mellom medisin og psykologi.

PMF forsøker å formidle en integrert tenkning om kropp og psyke hvor bevegelse og kroppsholdning beskrives i sammenheng med følelser og affekter (Siviland et al., 2007, s23). Her vil både de nevrobiologiske, biomedisinske og ulike filosofiske teorier være med på å belyse faget fra ulike sider. Undersøkelse av kroppslige reaksjoner i forhold til pasientens evne til å regulere eget følelsesliv vektlegges “Sentralt å utføre undersøkelser som gjør oss i stand til å si noe om karakter og omfang av kroppens deltagelse i regulering av vårt følelsesliv” (Thornquist, 1988, s150). Forfatteren skriver også at pasientens evne til forandring, veksling og regulering står sentralt. Implisitt ligger evnen til å åpne, mulighet for spontanitet og evne til å lukke – sette grenser (Thornquist, 1988, s150).

6.3 NEVROAFFEKTIV PSYKOTERAPI

Susan Hart (Cand. Psyc. og PhD) og psykoterapeut Marianne Bentzen har siden 1989 stått sammen om å utvikle nevroaffektiv utviklingspsykologi. Den samler utviklingspsykologi,

traumeforskning, tilknytningsteori, hjerneforskning og evolusjonspsykologi (Bentzen, 2014). Marianne Bentzens erfaring kommer fra sitt psykoterapeutiske arbeid med voksne. Susan Harts erfaringsgrunnlag stammer fra hennes arbeid med barn og familier (Hart, 2012).

Nevroaffektiv utviklingspsykologi har fått en del kritikk. Gro V. Brean skriver i bokanmeldelsen av boken “Den følsomme hjernen” at Hart bør utvise forsiktighet med å trekke konklusjoner på bakgrunn av enkeltstudier og tentative sammenhenger (Brean, 2019).

Nevroaffektiv utviklingspsykologi benytter seg av en overordnet strukturell forståelse av kompleksiteten av psykologi og hvordan nervesystemet modnes (Hart & Jacobsen, 2018, s29). Susan Hart skriver at hvis barn ikke får hjelp til å regulere følelsene sine, vil det øke innholdet av stresshormoner i blodet, noe som kan føre til svekkelse av hjernens vekst (Hart, 2016). Det er mye vi enda ikke vet om hjernen og dens kompleksitet og derfor ser vi at det ikke finnes en enkel psykoterapeutisk metode overlegen til å behandle og forstå psykiske lidelser. Utviklings- og traumepsykologien har i løpet av de senere år gått fra å være ganske adskilt til å bli integrerte disipliner. Det har kommet en voksende dokumentasjon av de store konsekvensene traumer ofte får når de skjer i omsorgsrelasjoner og i utviklingssensitive perioder av livet (Hart & Jacobsen, 2018, s39).

Vår hjerne er bruksavhengig, dette betyr at den formes og utvikles gjennom stimulering. Det finnes kritiske perioder hvor utviklingen av konkrete egenskaper modnes og avhenger av bestemte typer stimuli (Nordanger, 2014). Det er et økende forskningsfokus blant helsearbeidere på kroppserfaringer knyttet til sykdom og lidelse. Forskningen skjer i større grad sett fra et kroppsfenomenologisk perspektiv. Slik grunnlagsforskning omkring kroppserfaring utvikler ny kunnskap og skaper en utvidet forståelse innen helsefagene (Nordtvedt, 2008, s55).

Affektiv neurovitenskap integrerer innsatsen til psykologer, psykiatere, neurologer, filosofer og biologer. En bredere anatomisk modell ble presentert av den amerikanske nevrologen Paul MacLean på 1960 tallet. Han lanserte “The triune brain model”, den tredelte hjerne modellen. Det er denne modellen nevroaffektiv utviklingspsykologi bygger på (Hart, 2012). MacLeans teori om den tredelte hjernen tildelte for første gang følelsene en viktig rolle i nevropsykologi og psykopatologi (Ploog, 2003, s488).

MacLean delte menneskehjernen inn i tre distinkte områder. Denne hierarkiske organiseringen av hjernen er påvirket av menneskets utvikling over millioner av år og er delt opp i tre regioner:

1. Reptil/primalhjernen (Basal Ganglia)
2. Paleomammalian/emosjonelle hjernen (Limbiske system)
3. Neomammalian/rationalhjernen (Neocortex)

Den første delen er den antikke reptilhjernen (hjernestammen, mellomhjernestrukturer og det autonome nervesystemet). MacLean så dette som hovedsete for personlighetens fysiologiske grunnlag for å kunne sanse eller føle og det utgjør basen for reflekser, instinkter, drifter og er følelseslivets anker (Hart, 2012, s109).

Den andre delen, som står for emosjonell metallisering kalte MacLean den “gamle pattedyrshjerne hjernen” (eller det limbiske system). Denne inneholder reptil, emosjonelle responser (typisk frykt) og sosiale emosjoner. Det limbiske system muliggjør utvikling av sosialt samspill og dermed også sosiale emosjoner, eksempelvis tristhet og lysten til å leke (Hart, 2012, s121).

Til slutt beskrev MacLean den “nye pattedyrshjerne”. Denne inkluderer blant annet prefrontal cortex. Denne delen foretar den ultimate affektregulering, som muliggjør både metallisering og planlegging og spiller en kritisk rolle i å bevare følelsesmessig stabilitet (Hart, 2012, s131). Modellen til MacLean er nyttig for å kunne forstå og håndtere følelser. Den danner utgangspunkt for en moderne forståelse av relasjonelle traumer. MacLeans teori innebærer en forståelse av at delene er forbundet med hverandre gjennom massive nerveforbindelser og de fungerer som tre hjerner i en – en triune (Hart, 2012, s71).

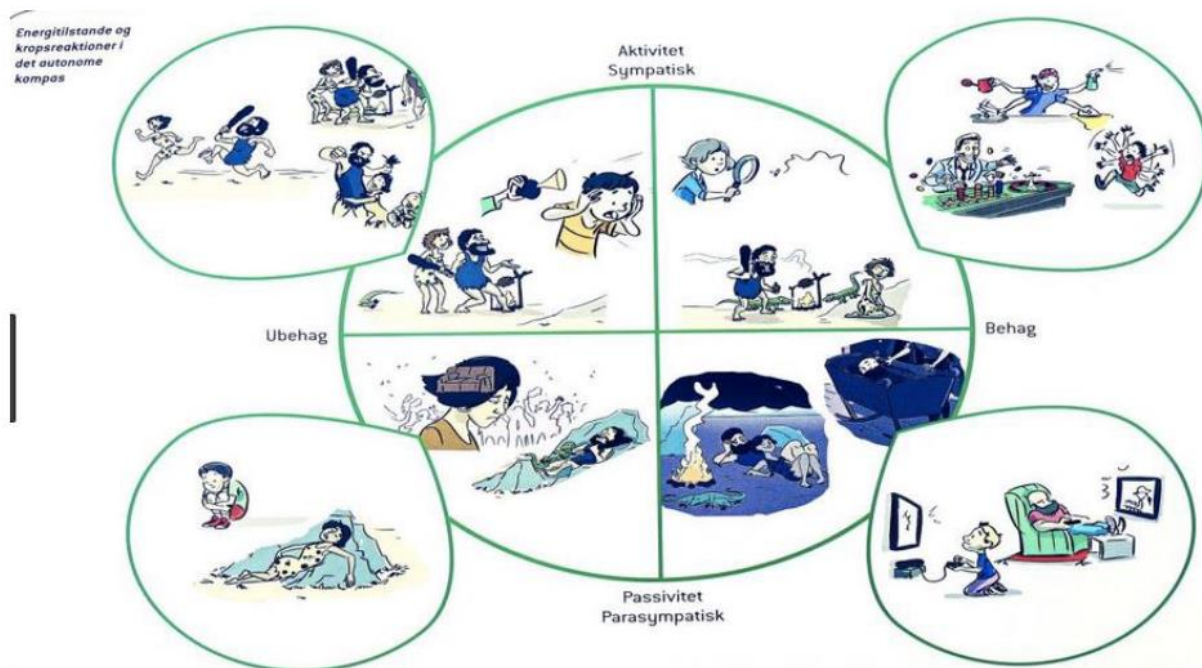
6.4 DE NEVROAFFEKTIVE KOMPASSENE

De nevroaffektive kompassene er en overordnet forståelsesmodell basert på “*The Triune Brain*” og blir brukt til å legge et forståelsesgrunnlag og identifisere pasientens emosjonelle utvikling og deretter skreddersy et behandlingsopplegg (Hart & Jacobsen, 2018, s39).

6.4.1 Det autonome kompass

Den autonome utviklingsperioden foregår fra siste trimester av graviditet til ca. 3 måneders alder. Regulering og utvidelse av sympatisk og parasympatisk aktivitet er av stor betydning for psykisk resiliens (evnen til å håndtere stress og katastrofer) og også for den

psykoterapeutiske prosess. Når det sympatiske nervesystemet aktiveres, øker det refleksstyrte oppmerksomhetsfokuset med dyp sansning og høy beredskap. Videre når det parasymptiske systemet aktiveres oppstår en avspent tilstand. De to motpolene kan symboliseres ved to akser i en kompass modell og kan benyttes for å orientere seg i det autonome kompass. Ved å slå sammen aksene får man fire kvadranter, dette omfatter de basale opplevelsessermer på hjernestamme nivå og er vist i Figur 1.



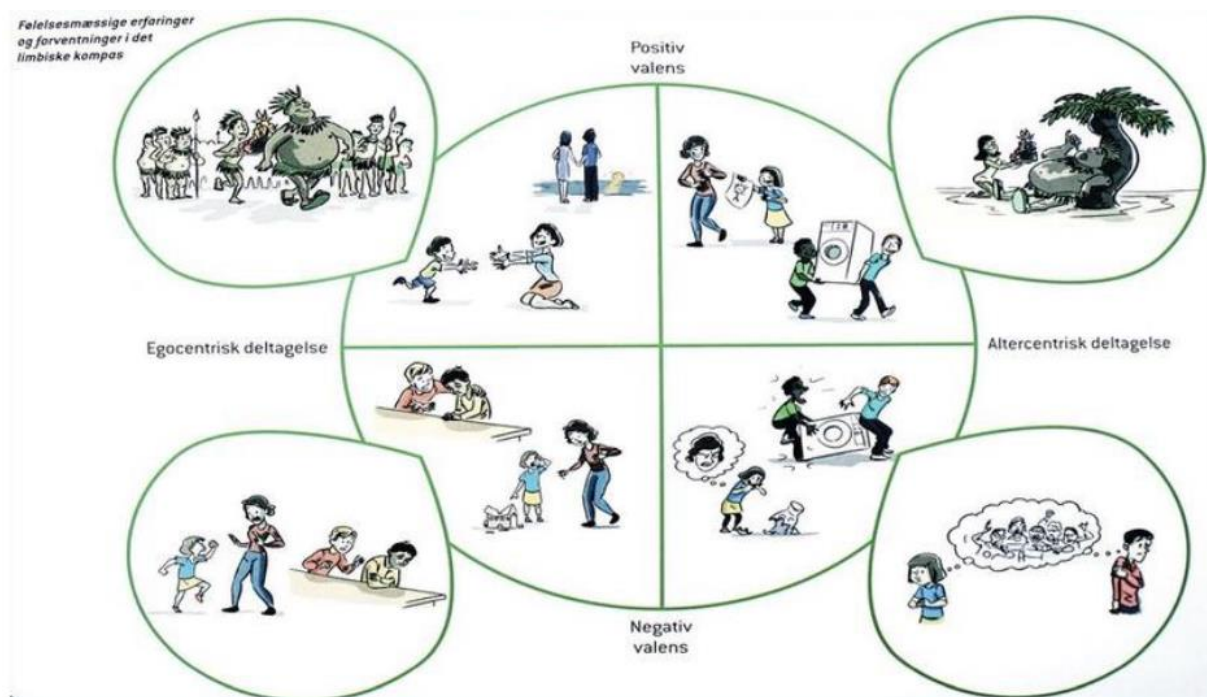
Figur 1: Det autonome kompass

Den ubehagelige (dyshedone) opplevelsene av sympatikus aktivitet kan være impulser som overvåkenhet, forsvar, kamp og flukt. Den ubehagelige parasymptikus aktivering opplever ofte som apati, likegyldighet, stivning og immobilitet. Alle tilstandene skal naturlig forekomme og de fleste mennesker opplever kraftige eller mildere utgaver av denne aktivering (Hart, 2012, s117).

6.4.2 Det limbiske kompass

Den limbiske utviklingsperioden foregår fra rundt 3 til 12 måneders alder. Her interagerer barnet både med omsorgspersoner og andre voksne og barn. Barnet veksler mellom et sunt selvsentrert fokus og oppdager også en interesse for andres handlinger og tilstand. Det er i denne perioden barnet utvikler evnen til å kunne adskille seg fra andre. Det vil si evnen til å kombinere selvoppmerksomhet med oppmerksomhet rettet mot andre og kunne regulere seg

emosjonelt, evnen til både ego- og altersentrisk deltagelse. De to aksene i dette kompasset blir som følger; den lodrette akse uttrykker den følelsesmessige valensen mellom positive og negative følelsesmessige opplevelser. Den vannrette akse fokuserer på om personen primært har fokus på sin egen opplevelse eller den andres. De fire erfaringskvadrantene kan beskrives gjennom positive følelser forbundet med selvcentrering og positive følelser forbundet med oppmerksomheten mot den andres velbefinnende. Hvis en person blir fastlåst i en av kvadrantene, kan det gi seg uttrykk i ekstrem selvopptatthet, narsissisme, hvor det kun dreier seg om å få dekket egne behov. Eller man blir selvutslettende og alltid stiller seg til rådighet for å dekke andres behov (Hart, 2012, s127-129). Figur 2 viser det limbiske kompass.



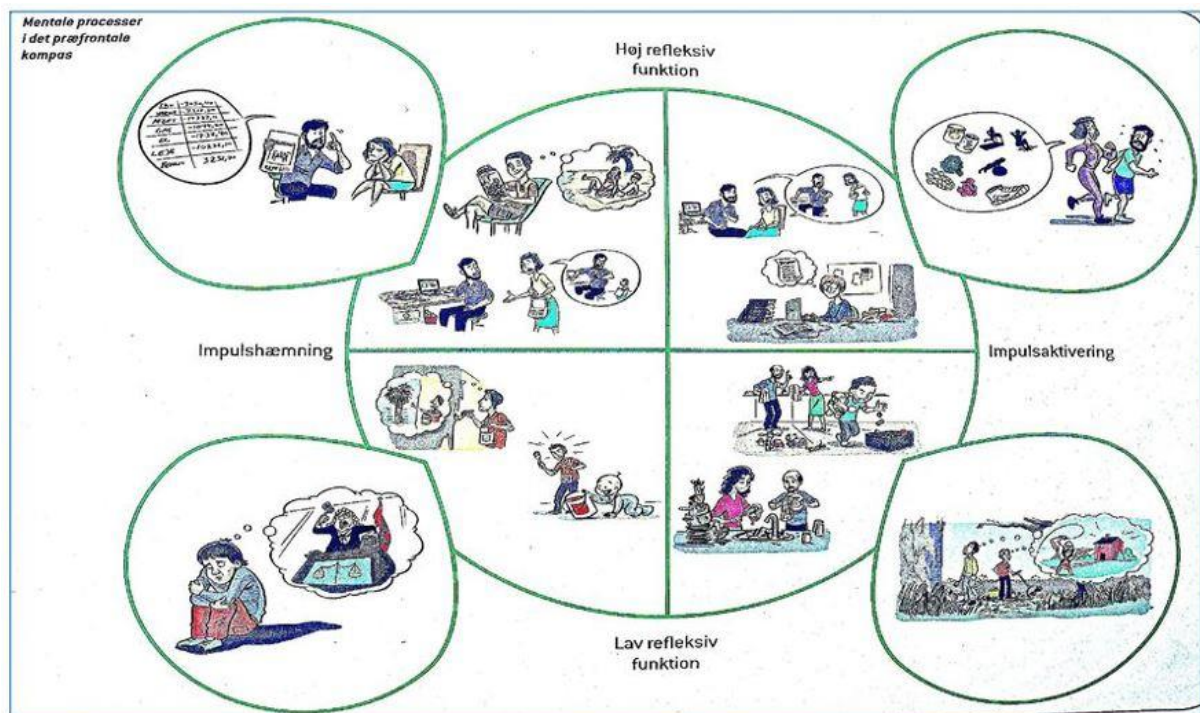
Figur 2: Det limbiske kompass

6.4.3 Det prefrontale kompass

Den prefrontale cortex begynner å modnes fra omkring 6-9 måneders alder. Størsteparten av den kognitive- og metalliseringsfunksjonen kommer etter første modningsbølge (fra omkring 12 måneder). Moderate nivåer av skamfølelse hjelper barnet å regulere sin relasjon til omverdenen og fungerer også som et signal til forandring og selvrefleksjon. De to aksene i det prefrontale kompass dreier seg om henholdsvis behovsstyring og metallisering. Impulser til å tilfredsstille sine behov og ønsker kan hemmes eller aktiveres. Metallisering handler om evnen til å se seg selv utenfra og andre innenfra og kunne se konsekvenser av sine egne

handlinger. Dette er evnen til å forestille seg både interpersonelle reaksjoner og fremtidige konsekvenser av det man har lyst til. Det krever ofte i livet at individet er i stand til å foreta impulshemninger eller impulsaktiveringer selv om behovet vil noe annet. Noen ganger er det sunt å gi slipp på den høye grad av reflekssive metallisering. Her kan individet bli fastlåst og eksempelvis komme i en nevrotisk tilstand (Hart, 2012, s144-149).

Figur 3 viser det prefrontale kompass.



Figur 3: Det prefrontale kompass

Det foreligger få studier rundt emnet, Susan Hart og Marianne Bentzen har skrevet noen få bøker.

6.5 TERAPEUTISK ALLIANSE

I de senere årene har det vært økt fokus på den terapeutiske alliansen. Kvaliteten på alliansen blir målt på forskjellige måter, sett fra forskjellige perspektiver og på forskjellige behandlingsmodeller (Safran & Muran, 2000, s233).

Edward S. Bordins modell (Safran & Muran, 2000, s234) forklarer den terapeutiske alliansen med tre elementer:

1. *Terapeutiske mål:* Pasient og terapeut må være enige om målene for terapien, hva skal det jobbes med og mot?
2. *Terapeutiske oppgaver:* Det må være en klar enighet mellom terapeut og pasient om de ulike terapeutiske oppgavene, hvordan det skal jobbes
3. *Det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut*

6.6 KROPPSFORSTÅELEN

Det finnes mange forskjellige måter å se og forstå kroppen på. Økologiske, kulturelle og sosiale perspektiver sees i flere fagdisipliner. Nyere biologisk kunnskap har økende plass i omtale av kropp og helse i medisin, psykologi og helsefag. Hvis vi ser på grunnlagstenkingen, kan imidlertid to basale kroppssyn kategoriseres:

- Kartesiansk
- Fenomenologisk

Filosofen Rene' Descartes introduserte tanken på at kroppen kunne betraktes som et rent fysisk legeme løsrevet fra den menneskelige erfaringsverden. Denne dualismen er nedfelt i teorier og begreper, men kan fort bli utfordrende når vi snakker om begrepet kropp (Crossley, 2013, s46). Filosofen Maurice Merleau-Ponty var den først fenomenologen som ga kroppen forrang, og som beskrev kroppen i første persons entall, egenkroppen. Kroppen blir sett på som et sammensatt fenomen og den forstås både som subjekt og objekt, en grunnleggende tvetydighet. Kroppens subjektstatus er imidlertid primær (tilgang til verden og dermed all erfaring og erkjennelse), herav Merleau-Pontys begrep "den levde kroppen" (Nordvedt, 2008, s53). For pasienter med uttalte muskulære plager kan kroppsfenomenologisk forståelse si at vanemessige reaksjonsmønstre som pasienten ikke lenger er oppmerksom på har satt seg "fast" i den levde kroppen. Når slike spredningsmønstre skaper smerter store nok til å hindre pasientens livsutfoldelse blir han/hun oppmerksom på dette og søker hjelp (Ottesen & Thornquist, 2015).

For denne studien benyttes ordet kropp i tilknytningen til et "helt" menneske og et "helhetlig" menneskesyn.

6.7 SPORENE I KROPPEN ETTER TRAUMER

Sporene i kroppen etter traumer er en etterutdanning utviklet av KaMa klinikken – senter for bevissthetstrening og kroppspsykoterapi (www.kamaklinikken.com). Etterutdanningen beskrives som følger:

Etterutdanningen henvender seg til terapeuter som har gått introduksjonskurset “Sporene i kroppen etter traumer” eller har tilsvarende forkunnskap og er interessert i en videre fordypning. Forløpet består av 4 samlinger a 3 dager.

Forskning vider at traumer setter seg dypt i kroppen og at mange symptomer hos traumatiserte er kroppslige og autonomt styrt, i utforskning og bearbeidelsesprosessen kan det derfor være viktig å kombinere psykoterapi inn i det kroppslige.

Kurset gir en innføring i grunnleggende traumeteori og konkrete terapeutiske intervensjoner. Vi legger vekt på hvordan du som terapeut kan styrke din evne til å være tilstede og skape trygghet i terapirommet. Undervisningen består av teoretisk innlegg, nærværstrening, kroppsorienterte øvelser, terapitrening, erfaringsutveksling og refleksjon.

7 DESIGN OG METODE

Dette kapittelet redegjør for valg av metode, rekruttering og utvalg, gjennomføring av studien og til slutt metoderefleksjoner.

7.1 KVALITATIVT DESIGN MED FENOMENOLOGISK-HERMENEUTISK TILNÆRMING

Studiens mål er å se nærmere på psykomotoriske fysioterapeuters erfaring med å bruke de nevroaffektive kompassene i pasientbehandling. Ifølge Malterud (2017, s30) er kvalitativ metode hensiktsmessig når ønsket er å utforske meninger og erfaringer. Denne metoden søker å få frem en dypere forståelse av fenomener og mennesker gjennom å fortolke det meningsinnholdet som avdekkes (Kvaale & Brinkmann, 2015, s43). For å få et innblikk i psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer ble kvalitativt fokusgruppeintervju valgt.

Studiens problemstilling førte til at en fenomenologisk-hermeneutisk metode ble foretrukket. Denne metoden er tenkt best egnet fordi studien ønsker å få frem en dypere forståelse av fenomenet *de nevroaffektive kompassene*, og hvilken erfaring psykomotorikere har av å benytte seg av disse. Malterud (2017, s35) fremholder at kvalitativ forskningsmetode er et egnet hjelpemiddel for å kunne beskrive og analysere fenomener. Den vitenskapsteorien som ligger til grunn for kvalitativ tilnærming er fenomenologi og hermeneutikk. Ofte er det material bestående av tekst fra samtale, observasjon eller skriftlige kilder som ligger til grunn når fokuset er å få frem det unike fremfor det allmenne (Olsson & Sørensen, 2009).

Husserl, som var sentral i utviklingen av fenomenologien, beskriver at vi ser verden men tolker den ut fra egen bevissthet. Vi er i vår egen livsverden og ser fenomener gjennom egne “briller” i lys av erfaringer og tidligere opplevelser (Malterud, 2017, s29). Fenomenologien søker kunnskap om opplevd erfaring. Studien ønsker å få frem erfaringer fra terapirummet og skal forståes ut fra utvalgets egne perspektiver, særlig fortolkninger av meninger med fenomenet *de nevroaffektive kompassene*. Malterud (2017, s29) slår fast at siden persepsjon og kroppserfaring har stor plass i fenomenologien er den spesielt aktuell innen fysioterapivitenskap.

Hermeneutikken kan beskrives som forståelselære. Dette er en metode for meningsfortolkninger med utspring fra en filosofisk retning. Her søkes det etter beskrivelser om hvordan det er mulig å forstå meningsuttrykk (Leseth & Tellmann, 2018, s115). Kjernen i

hermeneutikken handler nettopp om å søke etter meningen med en tekst gjennom gjentatte fortolkninger av tekstens deler sammenlignet med helhetsforståelsen av den.

En hermeneutisk sirkel innebærer at deler av teksten fortolkes. Den blir sett i forhold til tekstens helhet frem og tilbake mange ganger for å kunne gi en økt forståelse og innsikt i materialet (Kvaale & Brinkmann, 2015, s237).

7.2 FORFORSTÅElsen

Malterud (2017, s44) oppgir forforståelsen som den “ryggsekk” forsker tar med seg inn i forskningsprosessen. Min “ryggsekk” inneholder flere ting som kan påvirke min forforståelse. Jeg er selv fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Mitt daglige virker er som privatpraktiserende med kommunalt tilskudd og jeg har også gjennomført etterutdanningen *Sporene i kroppen etter traumer*. Malterud (2017, s45) slår fast at ofte er forforståelsen en viktig faktor for vår motivasjon for å sette i gang med studier omkring et bestemt tema. Studiens utvalg er en gruppe jeg selv er en del av, har mye kjennskap til, og erfaringer med. Derfor har jeg brukt mye tid på å reflektere over hvordan min forforståelse kunne påvirke arbeidet på alle nivåer. Mitt perspektiv som forsker i denne studien, med det dialektiske samspillet mellom empiri og teori, har medført at min forforståelse både har blitt endret og utviklet. Det har til tider opplevdes som en kontinuerlig runddans mellom min forforståelse, forskningsspørsmålet og teoretisk tilnærming (Nordtvedt, 2008, s55).

7.3 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU

Valg av forskningsdesign falt naturlig på fokusgruppeintervju. Det kvalitative forskningsintervju skiller seg ut fra gruppeintervju ved at det er en profesjonell samtale med ett formål, innhente data om et gitt tema. Malterud (2017, s133) poengterer at denne formen for tilnærming er spesielt godt egnet når man vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i en gruppe med til dels felles bakgrunn.

Et fokusgruppeintervju kjennetegnes ifølge Kvale & Brinkmann (2015, s178), en ikke-styrende intervjustil, og har ikke som formål at deltagerne skal komme til enighet om eller presentere løsninger på de temaene som diskuteres. Det viktigste er å få frem forskjellige synspunkter.

I startfasen av arbeidet med masteroppgaven ønsket jeg kun å gjennomføre ett fokusgruppeintervju, men etter samtale med veileder, bestemte jeg meg for å intervju

gruppen bestående av fem personer to ganger med kort tidsintervall. Det å ha to intervjuer ble en veldig lærerik opplevelse, jeg fikk tak i et mer nyansert bilde for deretter å kunne utdype utvalgets erfaringer.

7.4 GJENNOMFØRING AV STUDIEN

7.4.1 Forberedelser

Under mitt første møte med veileder i juni 2018 ble det bekreftet at studien min var meldepliktig til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD), søknad ble sendt før sommeren (Vedlegg 2). Basert på enighet med veileder utarbeidet jeg en intervjuguide til det første fokusgruppeintervjuet hvor formålet var å få frem erfaringer fra informantenes arbeidshverdag. Jeg valgte å benytte meg av et semistrukturert intervju på bakgrunn av ønske om å innhente beskrivelser fra intervjupersonenes egen livsverden. Den først intervjuguiden inneholdt følgende spørsmål:

1. Hvilken erfaring har dere med å bruke de nevroaffektive kompassene i pasientbehandling?
2. Hva opplever dere er nyttig med kompassene?
3. Hva opplever dere at kompassene har gitt av kompetanse som psykomotorisk fysioterapeut?
4. Hvordan kan denne kompetansen kobles til behandling opp mot egen kunnskap og teori?

Før først intervju fikk deltagerne et informasjonsskriv på mail, og under vårt første møte ble de bedt om å undertegne samtykkeerklæring (Vedlegg 1).

Til det andre intervjuet ble en ny intervjuguide utarbeidet basert på det transkriberte materialet som forelå og inneholdt følgende:

1. Hvilke tanker eller refleksjoner har dere gjort dere rundt de temaene som ble tatt opp sist?
2. Hva legger dere i psykomotorisk fysioterapi?
3. Hva mener dere er forskjellen på psykomotorisk fysioterapi og nevroaffektiv psykoterapi/ de nevroaffektive kompassene?
4. På bakgrunn av det dere har sagt, hvorfor opplever dere at dette er et godt verktøy for nettopp psykomotorikere?

7.4.2 Rekruttering og utvalg av informanter

For å finne deltagere etter mine nedfelte inklusjonskriterier, benyttet jeg meg av snøballmetoden. Leseth & Telmann (2018, s45) omtaler dette som en aktuell metode for å rekruttere til fokusgruppeintervju. Rekrutteringen gikk bedre enn først antatt, og utvalget endte med fem personer. Det hadde vært ønskelig med flere personer i utvalget, men praktiske årsaker gjorde at jeg valgte å gjennomføre med de fem som hadde sagt seg villig til å være med. Nordtvedt (2008, s54) hevder at det ikke er antallet på informanter som er avgjørende for studiets resultater eller gyldighet, men at informantene i utvalget er typiske representanter med særegne erfaringer knyttet til fenomenet som skal undersøkes. Dette støttes av Malterud (2017, s138), som mener en liten gruppe på tre til fire vil kunne gi mer dybde og mindre variasjon, mens en større gruppe på åtte til ti ofte vil gi mer variasjon, men mindre dybde.

Utvalget består av fem personer, en mann og fire kvinner. Terapeutene ble valgt ut fra geografisk spredning på Østlandet, har kommunale tilskudd og innehar lang erfaring med mange ulike pasientgrupper av typen; rusmisbrukere, angstproblematikk, depresjon, spiseproblematikk, PTSD og pasienter med generell smerteproblematikk. Utvalget har alle tatt videreutdanningen *Sporene i kroppen etter traumer*. Informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv hvor de ble informert om prosjektet bakgrunn, hensikt, praktiske implikasjoner og etiske anliggende.

Jeg har valgt å gi mine informanter nummer for å holde dem anonymisert, transkriberingen er på riksmål, da flere av deltagerne snakker dialekt.

Utvalgets deltagere:

| Navn | Alderskategori | Utdannet fysioterapeut | Utdannet psykomotorisk fysioterapeut | Sporene i kroppen etter traumer |
|------|----------------|------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| R 1 | 40 - 50 | 2002 | 2008 | 2012 |
| R 2 | 50 - 60 | 1994 | 2002 | 2007 |
| R 3 | 30 - 40 | 2004 | 2009 | 2014 |
| R 4 | 40 - 50 | 1997 | 2007 | 2010 |
| R 5 | 30 - 40 | 2004 | 2010 | 2017 |

Tabell 1: Utvalgets deltagere

Det viste seg at noen kjente til andre deltagere fra tidligere, andre hadde aldri møttes før.

7.4.3 Dataskaping

Jeg valgte å bruke en kollega som intervjuer, han er ikke psykomotorisk fysioterapeut og fikk en kort introduksjon om de nevroaffektive kompassene før oppstart. Selv inntok jeg rollen som observatør. Valget av intervjuer var bevisst, da jeg ønsket innspill fra en som har en annen fagbakgrunn og muligens hørte innholdet fra et annet perspektiv enn mitt.

Jeg utarbeidet to forskjellige intervjuguider til de respektive intervjuene. Med det første intervjuet ønsket jeg primært at informantene kun skulle drøfte sine erfaringer med å benytte seg av de nevroaffektive kompassene i pasientbehandlingen. Videre ønsket jeg å se om det var mulig å gjennomføre dette intervjuet med kun forskningsspørsmålene. Jeg hadde i bakhånd utarbeidet noen få nedfelte spørsmål, men jeg ønsket i minst mulig grad å påvirke eller styre samtalen. Mitt ønske var at fokusgruppeintervjuene skulle være frigjørende og åpne opp for mange diskusjoner. Jeg håpet at deltagerne tok kontroll, stilte hverandre spørsmål og kanskje utfordret hverandre gjennom ulike erfaringer. Ifølge Smithson (2000, s105) skapes kollektive meninger i felleskap i konteksten. Ofte er det vanlig at det skifter mellom individuelle stemmer som dominerer og meninger som blir løftet frem underveis i intervjuet gjennom gruppedynamikken (Smithson, 2000, s116).

Begge intervjuene ble gjennomført på kontoret til en kollega. Dette lokalet har et romslig lyst og innbydende behandlingsrom med god plass til alle. Intervjurommet ble ommøblert med bord og stoler, det ble servert kaffe/te, frukt og kjeks. Intervjueren og jeg møttes i god tid før intervjuet begge ganger for å avtale og forberede oss på det som skulle skje.

Første intervju ble gjort tirsdag 25.09.18 kl.18.00. Samme dag fikk jeg beskjed at grunnet sykdom i nær familie måtte en av deltagerne melde avbud. Jeg valgte å gjennomføre intervjuet som planlagt. Resten av informantene ankom i god tid og fikk dermed tid til å bli bedre kjent med hverandre. Jeg startet intervjuet med å ønske alle velkommen og gjentok formålet med prosjektet og avklarte min (observatør) og intervjuers/moderators rolle. Deretter informerer jeg om etiske aspekter rundt studien og taushetsplikt. Før intervjuet begynte oppfordrer jeg deltagerne om å ikke snakke i munnen på hverandre, ha tydelig tale med hensyn til lyd-opptak.

Ved starten av intervjuet virket det som om deltagerne var veldig fokusert på båndopptageren. De tittet ofte bort på meg for å få en bekreftelse på at svarene de gav var "riktige" sett ut fra studiens formål. Liten oppmerksomhet ble rettet mot intervjueren selv om han stilte oppfølgingsspørsmål og var deltagende på sin måte. Etterhvert som tiden gikk ble de mindre

opptatt av både båndopptageren og meg. Praten gikk friere, det kom informasjon, synspunkter og etter hvert ble det livlige diskusjoner rundt bordet. Intervjuet ble avrundet ved å gi en kort oppsummering av de temaene jeg opplevde informantene hadde snakket om og åpnet opp for eventuelle kommentarer. Dette ble gjort bevisst for å sikre intern validering. Da intervjuet var slutt og båndopptageren slått av fikk informantene sitte og prate sammen. Intervjueren og jeg gikk på et annet rom for en rask gjennomgang og evaluering. Det var to ukers mellomrom til neste intervju, denne tiden ble brukt til å transkribere. Målet var å få transkriberingen ferdig så fort som mulig for å få nok en gjennomgang av materialet og for å utarbeide en ny intervjuguide.

Det var utfordrende å innta en objektiv holdning som observatør med samme bakgrunn og en sterk oppfatning av tema som ble diskutert. Opplevelsen underveis var at jeg brukte mye krefter for å ikke bryte inn og “være en av dem”. Profesjonell opptreden og holde på forskerrollen og ikke fremstå som kollega var til tider en stor utfordring ved gjennomføring av begge intervjuene. Min kollega som intervjuer ble en stor bidragsyter for å holde på min profesjonalitet som forsker og ikke bli fristet til å blande meg inn. Refleksjonene tok jeg med meg videre inn i neste fokusgruppeintervju.

Neste intervju ble gjennomført i samme lokaler tirsdag 9.10.18 kl.18. Personen som meldte avbud første gang måtte av samme grunn også denne gangen melde avbud. Innledningsvis listet intervjuer opp hovedtrekkene fra det forrige møtet og informantene ble spurt om de hadde gjort seg noen refleksjoner siden sist. Denne gangen opplevde jeg en helt annen stemning rundt bordet. Gruppen var ikke i like stor grad opptatt av diktafonen og ved flere tilfeller ble de så ivrige at de snakket i munnen på hverandre. Til dette møtet hadde jeg laget en intervjuguide med noen få spørsmål rundt temaer jeg ønsket å få utdypet. Etter at intervjuet var over og diktafonen slått av lot jeg ordet flyte fritt rundt bordet. Det var en felles oppfatning av at det var utfordrende og krevende å bli “presset” til å holde seg til tema. De måtte reflektere og tenke nøye gjennom sin rolle som psykomotoriske fysioterapeuter og hvordan de erfarte å benytte seg av nevroaffektiv utviklingspsykologi i behandlingsrommet.

7.4.4 Transkribering

Etter første intervju startet forberedelsene til analysearbeidet. Lydopptaket ble transkribert til skriftlig form. Kvaale & Brinkmann (2015, s137) definerer transkribering å transformere, det muntlige språket blir oversatt til skriftlig. Transkriberingen er i seg selv et ledd i å klargjøre intervjumaterialet for analyse. Malterud (2017, s77) beskriver intervjusituasjonen som

faktiske hendelser som danner rådata og transkriberingen i seg selv er bare en tekst. Under selve transkripsjonen hørte jeg på lydopptaket fra fokusgruppeintervjuet og skrev alt ned på datamaskin. Det ble mange steder med gjentakelser og ord som eh og hm. Pauser ble og latter der det oppstod og sukk ble notert. Under hele transkriberingen prøvde jeg å ivareta det opprinnelige materialet, slik at deltagerne meninger og erfaringer ble oppfattet og formidlet under datainnsamlingen. Jeg ser i etterkant at det var veldig bra å ha min forforståelse. Det var lettere å lese mellom linjene og forstå det deltagerne fortalte om erfaringer som krever viktig kunnskap og faglige forutsetninger. Utvalgets felles erfaringsbakgrunn kan ifølge Malterud (2017, s63) representere en felles kunnskapskapital. Her er alle fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter, en tilsvarende bakgrunn som meg. Samtidig gjorde jeg meg noen refleksjoner da jeg transkriberte materialet. Jeg kunne i noen tilfeller ønsket meg en dypere utredning, en mer presis formulering og beskrivelse av visse synspunkter og erfaringer. Som fagpersoner benytter vi oss ofte av samme “stammespråk”, eller fagspråk, men legger vi samme mening i de forskjellige begrepene?

Det andre fokusgruppeintervjuet ble vanskeligere å transkribere. Jeg opplevde at det var elementer i intervjusituasjonen som jeg ikke klarte å fange opp i teksten. Det kunne virke som om noe av usikkerheten og nervøsiteten gruppen uttrykte første gang var borte. Talen satt løsere og friere sammenlignet med første intervju. Personlig ble det en stor utfordring å skrive korrekt ned det som ble sagt. Jeg måtte derfor høre flere ganger på samme segment for å transkribere og fange innholdet på en presis måte. Samtidig bidro dette til økt kjennskap til eget datamateriale.

Begge intervjuene transkriberte jeg selv. Dette erfartes tidkrevende men også en meningsfull og spennende prosess. Siden jeg selv var observatør under samtalen husket jeg momenter som eventuelt kunne oppklare uklarheter, det gav mulighet til å “lese mellom linjene”. Ikke-verbale uttrykk ble nedskrevet og ikke minst den stemningen som var rundt bordet under intervjuene. Transkriberingen åpnet opp for et nytt møte med teksten som gav rom for ettertanke og refleksjon. Jeg har tilstrebet en mest mulig ordrett transkribering av teksten, samtidig var det nødvendig å redigere teksten forsiktig under utskriften. Dette for og ikke risikere å latterliggjøre eller kunne gjenkjenne deltagerne. Informantene består av to personer som har dialekt, en er ikke etnisk norsk og snakker med en blanding av flere språk.

Lydfilene ble lagret sikkert på min hjemme PC og ble umiddelbart kryptert etter opptaket. Deltagerne ble gitt nummer R1 til R5 umiddelbart etter første intervju.

7.5 ANALYSE

Dette kapitlet presenterer analyseresultatene og belyser dem med teori. Jeg har i analysen av datamaterialet valgt å følge Lindseth og Nordberg (2004) sin fenomenologiske – hermeneutiske metode for å undersøke informantenes levde erfaringer. Analysemetoden består av tre trinn. Første trinn “naiv lesning” som innebar at jeg hørte på og leste igjennom materialet fra de to intervjuene ved å innta en så åpen holdning som mulig. Jeg lot teksten snakke til meg som helhet, både bli berørt og beveget (Lindseth & Nordberg, 2004). Etter “naiv lesning” fant jeg flere temaer som gikk igjen. Et tema var hvor stor innflytelse de nevroaffektive kompassene har i samtalen med pasienten. De legger et godt grunnlag for relasjon, anerkjenner pasienten ved å møte dem der de er, gir mange wow-øyeblikk i behandlingen og møtet med pasientene. Videre gir kompassene refleksjon tilbake til egen rolle som terapeut. Det er et forståelseskonsept som kan være grensesprengende i forhold til PMF, kompassene brukes psykoedukativt og blir sett på som et godt kroppslig verktøy.

For trinn to i analysen ble en strukturell analyse av hele tekstmaterialet gjennomført for å validere den naive lesningen. Jeg prøvde å finne meningsbærende enheter. En meningsbærende enhet kan være en del av en setning, en hel setning, flere setninger eller en paragraf (Lindseth & Nordberg, 2004). Hvert tema fikk sin egen farge, og deretter ble de meningsbærende enhetene farget etter hvert som teksten ble lest. Jeg opprettet et Word dokument hvor de meningsbærende enhetene ble plassert under de forskjellige temaene. De meningsbærende enhetene ble kondensert, delt inn i undertemaer og deretter fordelt på underkategorier. Prosessen medførte at de meningsbærende enhetene ble flyttet rundt etter hvert som temaene modnet for meg. Flere av dem gikk på kryss og passet inn under mer enn ett av undertemaene. For å validere undertemaene ble de vurdert opp mot den “naive lesning” (Lindseth & Nordberg, 2004).

Det siste trinnet i analysen handler om å få en forståelse av teksten som helhet. Ved starten av denne prosessen kom følgende temaer frem:

- Gir godt grunnlag for relasjon
- Anerkjenner pasienten med de plagene han/ hun kommer med
- Terapeuten får større rom å være i
- Et sorteringsverktøy i kaos
- Et kroppslig verktøy og et forståelseskonsept som favner mer

Etter gjennomgang av materialet med en kollega som også er psykomotorisk fysioterapeut, konkluderte vi at anerkjennelsen til pasienten kommer via kroppen. Det å møte dem der de er, anerkjenne følelser, reaksjoner og menneskeliggjøre de plagene pasienten kommer med blir sett på som viktige faktorer for å kunne bygge en god relasjon.

Jeg hadde videre en gjennomgang med veileder og etter dette ble tiden brukt på gjennomlesning av transkriberingen på nytt. Nå var jeg kommet i en fase hvor jeg kjente teksten godt, jeg hadde en opplevelse av de “snakket” til meg på en ny måte. Teksten ble lettere å lese, det var en kontinuerlig veksling mellom de mange meningsbærende enheter og helheten. Dette er et sentralt prinsipp i hermeneutikken, en prosess som i likhet med den hermeneutiske spiral foregår igjen og igjen. Til slutt satt jeg igjen med en hovedkategori og tre underkategorier.

7.6 METODEREFLEKSJONER

Det er flere viktige områder innenfor metode og metodevalg og nedenfor vil jeg ta for meg begrepene validitet, reliabilitet, refleksivitet, generaliserbarhet og forskningsetiske refleksjoner.

7.6.1 Validitet

Validering går gjennom hele forskningsprosessen og dette handler om studiens fokus, valg av informanter, datainnsamlingen og analysen (Kvaale & Brinkmann, 2015, s212). Undersøker mine to fokusgruppeintervjuer det som skal undersøkes? Er spørsmålene mine dekkende nok for å få frem den erfaringen og kunnskapen som utvalget er i besittelse av? Dette handler i stor grad om kunnskapens gyldighet. Det innebærer å undersøke om metoden faktisk undersøker det den skal, og sier derfor noe om kvaliteten på forskningen (Kvaale & Brinkmann, 2015, s212).

Jeg har i studien valgt å forske i eget fagfelt blant psykomotorikere. Utvalget bestod til slutt av kun kvinner (da en person meldte avbud) med til dels ulik erfaringsbakgrunn og ulik alder. Samtidig har informantene med sin felles yrkesbakgrunn en sannsynlighet for sammenfall i sin forforståelse. Det at jeg innehar den samme bakgrunnen som utvalget kan føre til at jeg og informantene lettere forstår hverandre. Dataene som har blitt inkludert i studien har blitt påvirket av mitt interessefelt og hvem jeg er som forsker.

En annen side ved validiteten er metoden for datainnsamlingen og de mange sider med data jeg fikk. De to intervjuene gav meg nesten førti transkriberte sider, noe jeg opplever tilstrekkelig for å belyse problemstillingen. Internvalidering ble sikret ved at jeg hadde en kort oppsummering etter hvert intervju med informantene. Videre satt jeg og intervjuer sammen og diskuterte det vi hadde hørt. Veileder som har en annen fagbakgrunn har også lest gjennom transkriberingene. Det har vært veldig nyttig å invitere andre inn i diskusjonen for å få diskusjoner opp mot mine egne tanker og konklusjoner.

7.6.2 Reliabilitet

Denne studiens reliabilitet handler om til hvilken grad resultatene kan gjentas av andre forskere på andre tidspunkt ved å bruke den samme metoden. Kvale & Brinkmann (2015, s211) påpeker at hvis validiteten er god, forutsetter det blant annet god reliabilitet som vil styrkes av å få frem mening om et ønsket fenomen. Elementer som relasjon og kommunikasjon kan vanskelig etterprøves fullstendig. Videre hevder Kvale & Brinkmann (2015, s211) at for sterkt fokus på reliabilitet kan være et hinder for kreativitet og variasjon. Ved kvalitativ forskning er det vanskelig å gjenta en studie med identiske resultater. Dette er fordi hele forskningsprosessen er nært knyttet til i hvilken grad forskeren påvirker prosessen (Leseth & Tellmann, 2018, s16). Min egen bakgrunn vil ha betydning for resultatene til denne studien. Dette gir seg utslag i problemstilling, teoretisk grunnlag og gjennomføringen av studien. Jeg har positiv bred erfaring ved å bruke de nevroaffektive kompassene i behandling. Denne forforståelsen kan ha preget resultatene og den ble delvis også bekreftet. Forholdene var imidlertid mye mer komplekse og detaljerte enn jeg hadde sett på forhånd.

Utvalget er ikke en homogen gruppe. Det er forskjeller i erfaringsbakgrunn og alder. Informantene har hatt forskjellige kursledere på videreutdanningen *Sporene i kroppen etter traumer*. Dette kan gjøre noe med reliabiliteten. Samtidig kan det også være med på å gi utvalget en enda bredere erfaringsbakgrunn som igjen vil kunne gjenspeile dataene. Jeg ser på det som en styrke for studien at jeg både har vært til stede under selve intervjuene og utført all transkriberingen selv. Det ble lettere å forstå og beskrive intervjuene da jeg kjente igjen stemmene på lydfilene og hadde vært tilstede i situasjonen. Malterud (2017, s78) påpeker at transkribering likevel gir et avgrenset bilde, ved overgangen fra lyd til tekst vil alltid noe av meningen gå tapt.

7.6.3 Refleksivitet

Refleksivitet innebærer at jeg i rollen som forsker kan reflektere rundt min egen rolle og hva det har betydd for de funnene jeg har gjort (Leseth & Tellmann, 2018, s14). Det er min oppgave å vise til hvordan kunnskapen i oppgaven har blitt til. Refleksivitet handler om systematisk refleksjon av selve forskningsarbeidet. Følgende spørsmål bør man hele tiden spørre seg selv i denne prosessen:

- Hvordan har tolkningen av materialet blitt påvirket av meg som forsker?

7.6.4 Generaliserbarhet

Det er fortolkninger og beskrivelser av datamaterialets mønstre som ligger til grunn for generaliserbarhet (Leseth & Tellmann, 2018, s18). Flere forfattere skriver at forskning bare i helt sjeldne tilfeller kan gi allmenngyldige resultater (Kvaale & Brinkmann, 2015, s289; Malterud, 2017, s66). Hvorfor skal vi generalisere? (Kvaale & Brinkmann, 2015, s289).

Denne studien kan si noe om en gruppe psykomotorikeres erfaringer, den kan si noe generelt om deres erfaringer ved å bruke de nevroaffektive kompassene i pasientbehandling. Risikoen med utvalg er at det avviker systematisk fra hele populasjonen med hensyn til hva som registreres og observeres. Samtidig kan jeg ikke på bakgrunn av studien trekke noen konklusjon om at resultatene er gjeldene for hele gruppen psykomotorikere med samme videreutdanning. Håpet er at funnene i studien kan bidra til kunnskap andre kan dra nytte av. Funnene gjelder ikke alle psykomotorikere med samme videreutdanning, men jeg vil tro at mange vil gjenkjenne seg. Jeg håper at resultatet av studien kan bidra til økt forståelse av forskjellige “arbeidsverktøy” i faget.

7.6.5 Forskningsetiske refleksjoner

Det har ved gjennomføring av studien vært viktig å ivareta informantene med hensyn til informasjon, forståelighet og samtykke. Før intervjuene startet fikk samtlige informanter tilsendt en mail med informasjon om studiens hensikt, eventuell deltagelse er frivillig, de kan når som helst trekke seg fra studien. Datamaterialet (lydfiler og transkribert tekst) er anonymisert, forsvarlig oppbevart og slettes når studien er fullført.

Sommeren 2018 kom det nye forskrifter fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) vedrørende bruk av samtykke og informasjonsskriv til deltagere på studier. Jeg benyttet meg av et standardskriv fra NSD. Informantene signerte samtykkeerklæring ved første møte. Innledningsvis på første intervju tok jeg en rask gjennomgang av studien, taushetsplikt,

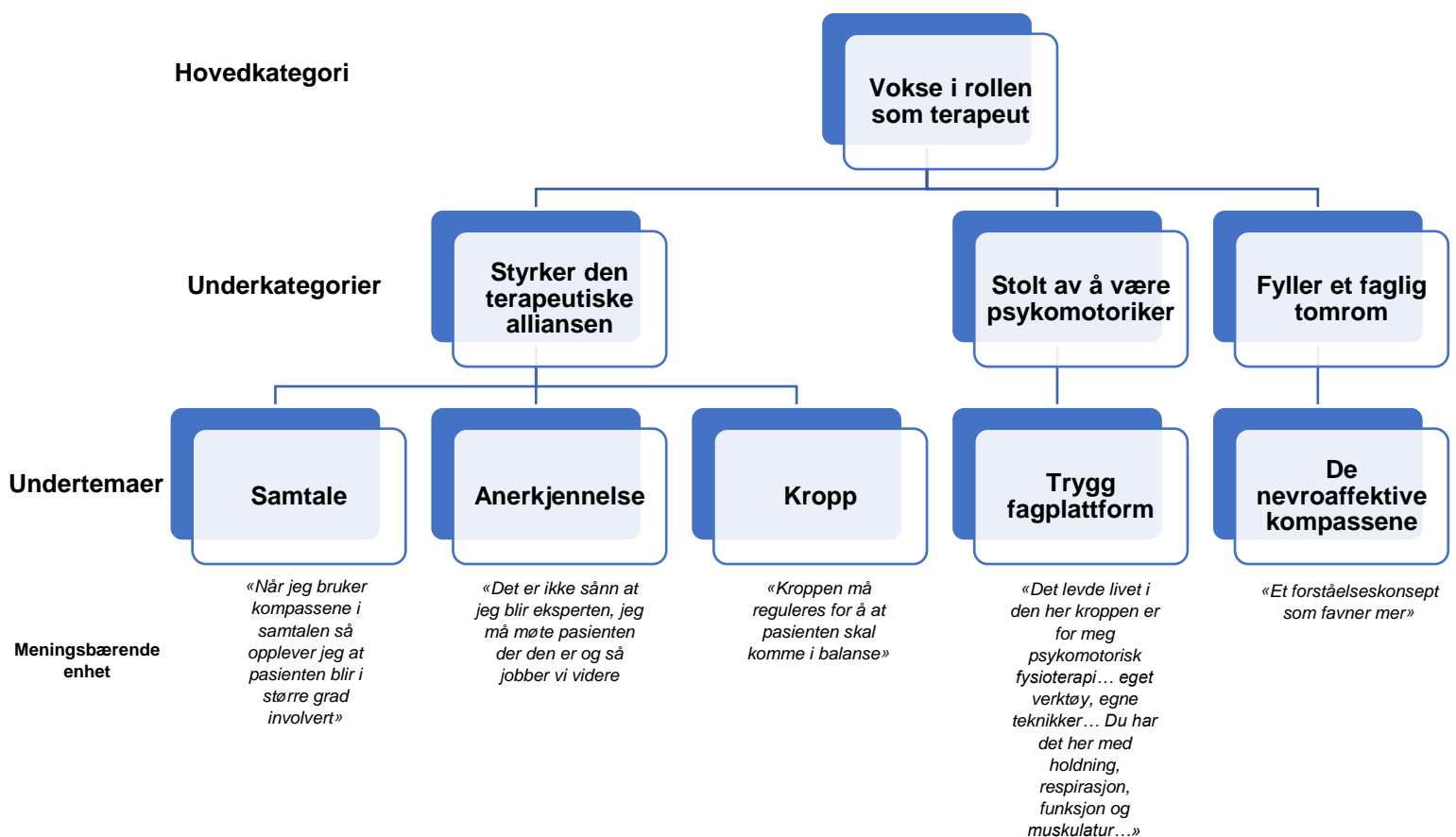
oppbevaring av datamateriell og innsyn til datamateriell. Det er viktig å presisere at jeg ikke anser temaet for forskningsintervjuet spesielt sensitivt. Selv om informantene deler egne kliniske erfaringer og pasienthistorier er dette ikke et sårbart tema for deltagerne å snakke om. Jeg har tilstrebet mine fortolkninger av utvalgets ytringer ikke skal gå i retning av krenkelser eller feilsiteringer. Gjennom hele analysen har jeg prøvd å holde meg tro til det erfaringsnære innholdet i datamaterialet og min fortolkning.

8 PRESENTASJON AV RESULTATER

Dette kapittelet er viet presentasjon av resultater fra intervjuene. Hovedelementene fra analysen er fremstilt i Figur 4 nedenfor. Dette gjør jeg for å gi en bedre oversikt og for ytterligere å tydeliggjøre sammenhengen mellom analysen og empirien. Figuren fremstiller hovedkategori, underkategorier, undertemaer og meningsbærende enheter.

Følgende hovedkategori med underkategorier har blitt analysert frem:

- Hovedkategori: *Vokse i rollen som terapeut*
- Underkategori 1: *Styrker den terapeutiske alliansen*
- Underkategori 2: *Stolt av å være psykomotorisk fysioterapeut*
- Underkategori 3: *Fyller et faglig tomrom*



Figur 4: Hovedelementene fra analysen

Videre ble følgende undertemaer identifisert:

- Samtale
- Anerkjennelse
- Kropp
- Trygg fagplattform
- De nevroaffektive kompassene

Jeg vil nå gå nærmere inn på hovedkategori, underkategorier og undertemaer.

8.1 HOVEDKATEGORI - VOKSE I ROLLEN SOM TERAPEUT

Gjennom fokusgruppeintervjuene har det kommet tydelig frem at bruken av de nevroaffektive kompassene fører til at terapeutene opplever å være i stadig utvikling. På mange måter fremstår dette som den viktigste effekten av videreutdanningen *Sporene i kroppen etter traumer*. Derfor ble “Vokse i rollen som terapeut” valgt som hovedkategori.

Psykomotorikerne i utvalget har lang jobberfaring og de beskriver behandlingssituasjoner hvor de er på tomannshånd med pasienten. Dette oppleves ensomt og innebærer ofte et stort ansvar. Som terapeut må de være trygge, både i seg selv som person og som yrkesutøver. Informantene uttrykker at etter videreutdanningen kom de ofte til kort i møtet med flere av pasientene. De merker at grunnkunnskapen er for liten for å kunne behandle tungt traumatiserte pasienter. Dette er pasienter med lang sykehistorie og kan hatt lengre opphold på DPS. Videre er det pasienter innen akuttpsykiatri, suicidale personer, personer med alvorlig omsorgssvikt og relasjonstraumer. Pasientene har gjerne tunge psykiatriske diagnoser som psykotiske eller schizofrene. En informant sier “*Jeg trengte mer kunnskap om traumer*”. Kursrekken *Sporene i kroppen etter traumer* ble den retningen som fylte og fortsatt fyller både deres faglige og personlige tomrom.

Det å løfte seg i faget sitt blir trukket frem som en stor berikelse hvor de nevroaffektive kompassene blir ansett som et verktøy til å sortere og sette egne grenser. Informantene forteller om bedre nærvær med pasienten, en sier “*Kompassene gir refleksjon tilbake til hva jeg opplever samstemmer med min rolle som både fysioterapeut og psykomotoriker, mye har falt på plass*”. Hun eksemplifiserer med at som terapeut må hun være trygg i seg selv som fagutøver, og hun konstaterer hvor viktig det er å regulere egen deltagelse i møtet med den andre. Flere opplever ofte i behandlingssituasjonen å bli berørt av pasientens livshistorie eller

nærvær, dette er ikke alltid lett å håndtere. For å kunne møte andres problematikk har det blitt viktig få ta det de beskriver som *“en reise i egne kompass, regulere meg selv”*. En utdyper dette med *“bevisstgjøre for meg selv; hvor mye er jeg klar for å ta imot i dag?”*. De er alle svært opptatt av avgrensning og bruker kompassene til å regulere egne reaksjoner og følelser. Informantene ser på regulering som like viktig for terapeuten som for pasienten og regulering trekkes frem som like sentral i behandlingsrommet som i livet forøvrig.

Flere beskriver *Sporene i kroppen etter traumer* kursene som veldig praktisk rettet, teori og praksis er flettet inn i hverandre, et kjennetegn flere trekker frem også når det gjelder PMF. Erfaringen av å ha egenbehandling har gitt dem nyttig faglig og personlig påfyll. Dette beskrives som å utvikle et godt og bevisst forhold til seg selv. Videre legger det et fundament ved at det blir lettere og tryggere å møte den andre. De omtaler kompassene som godt forankret i dem selv *“en depo medisin, det tar tid å pakke det opp”*. Selv om de har lang erfaring i bruken av de nevroaffektive kompassene opplever de at det tar det tid å få kunnskapen og forståelseskonseptet integrert. Informantene fremhever at tidligere kunnskap og deres terapeutiske rolle har blitt formet og utviklet parallelt. De presiserer viktigheten av videreutvikling, det ligger naturlig for dem som menneske å ville vokse og utvikles. Kompassene blir omtalt som et verktøy som bidrar sterkt til selvutvikling som terapeut.

8.2 UNDERKATEGORIER

Jeg har endt opp med tre underkategorier etter nøye analyse av resultatene fra begge fokusgruppeintervjuene og vil i det følgende gå nærmere inn på underkategoriene.

8.2.1 Underkategori 1 - Styrker den terapeutiske alliansen

Informantene ble bedt om å dele erfaringene de har knyttet til å bruke de nevroaffektive kompassene i pasientbehandling. De var entydige på at kompassene brukes daglig og at kompassene har gitt dem et hjelpemiddel i samtalen med pasienten gjennom hele behandlingsforløpet. Flere av dem trekker frem hvor viktig det er å anerkjenne pasientens smerter og utfordringer i tillegg til pasientens kroppslige uttrykk. Med dette mener de det *“kroppslige forsvaret”*, en kroppsholdning pasienten har inntatt for å komme seg gjennom hverdagen. Kan også beskrives som *“kroppens overlevelsesmekanisme”*. Pasientens kropp kan være holdt, fastlåst, stiv, anspent eller helt slapp. Terapeuten benytter observasjon av pasientens holdning, pust, funksjon, avspenningsevne og muskulatur. Basert på hva som er beskrevet fremkommer undertemaer: samtale, anerkjennelse og kropp.

Undertema - Samtale “De neuroaffektive kompassene har gitt meg et fantastisk verktøy i samtalen med pasienten”

Samtalen blir trukket frem som det grunnleggende for å skape en god terapeutisk relasjon eller allianse. Informantene opplever at de neuroaffektive kompassene bidrar til et felles grunnlag og bidrar til forståelse mellom pasient/terapeut. Ved å bruke kompassene er det lettere å forklare pasienten hvordan kropp, følelser og tanker henger sammen. De neuroaffektive kompassene benyttes til undervisning av pasienter. En informant opplever at ved å invitere pasienten inn i sin egen behandling, noen ganger ved hjelp av tegninger og plansjer, merker hun at pasienten lettere kan se sammenhengen med sine somatiske smerter.

“I samtalen med pasienten bruker jeg kompassene psykoedukativt, for på en måte lage en teoritilknytning til det pasienten kommer med”.

De påpeker også viktigheten at pasienten forstår budskapet og at de som terapeuter må ha fokus på hvor de kan “møte” pasienten. En av terapeutene uttrykker seg på følgende måte:

“Jeg hadde en pasient som jeg tenkte var veldig ressurssterk og jeg tenkte at nå skal jeg presentere det autonome kompasset, for det syntes jeg er smart å bruke. Mitt forsøk falt så pladask ned i gulvet, min iver etter å forklare, vise henne.....for å oppdage at hun var ikke der! Det har jeg tatt lærdom av, jeg må ikke briefe, men la det komme spontant”.

Flere av informantene har tatt lærdom av sin egen iver etter å vise pasienten, hvor de opplever at pasienten ikke henger med. En forteller om erfaringer knyttet til å overvurdere pasientenes forståelsesevne. Hun forteller om pasienter som har vært lenge i behandlingsapparatet ofte har dårlig innsikt i egen livssituasjon. Noen har fått høre om smertene sine: *“Det er bare psykisk”*. Ved å møte pasientene sine med et verktøy som kan forklare at det er flytende overganger på hva som forårsaker pasientens smerter blir for henne en viktig brikke i behandlingen:

“Jeg bruker mye tid på samtale, for meg er det helt essensielt for å få en god relasjon til pasienten. Når vi jobber sammen pasienten og jeg peker jeg på at plagene dine er normalt innen kompassene, det er stress av en eller annen grunn. Det kan være traumer eller om det er relasjon som har påvirket i feil retning og pasienten har kommet for langt ut i det som kalles stresskompasser, pasienten er langt utenfor sitt eget tolleransevindu. Da blir samtalen så utrolig viktig”.

Hun sier videre at når de sammen kan plassere pasientens smerter eller plager i de tre kompassene, så ser hun ofte at pasienten opplever å bli forstått, og at samtalen legger et godt fundament for pasientrelasjonen.

De nevroaffektive kompassene benyttes også i samtale med annet helsepersonell. En informant opplever ofte at NAV presser for å få pasienter tilbake i arbeid, eller ønsker snarlig bedring i pasientens situasjon. Dette oppleves frustrerende, denne pasientgruppen trenger tid og ro for å kunne komme videre i behandling. Hun forklarer det slik:

“Jeg pleier å bruke kompassene også når jeg er i møte eller har samtale med fastleger, psykiatriske sykepleiere, psykologer, ansatte på NAV eller andre instanser. Det skaper en forståelse for hvor viktig det er å bruke tid, at kroppen må faktisk reguleres før man kan komme helt i balanse”.

For henne har det blitt viktig å gi pasientene tid, hun presiserer at det trengs tid for å kunne endre. Vi må ikke bli for ambisiøse på pasientens vegne.

Undertema – Anerkjennelse “En mer anerkjennende måte å møte pasienten på”

Informantene erfarer at kompassene legger bedre til rette for at de som psykomotorikere kan bedre forstå og møte sine pasienter, ikke definere dem ved å se seg blindet av diagnoser. En forteller at hvis hun analyserer for mye, blir for faglig, da har hun opplevd å “miste” pasienten. Derfor sier hun:

“Jeg må se vekk fra diagnose, det å være forutinntatt opplever jeg kan hindre meg i å se pasienten i et større perspektiv”.

De er som fagpersoner opptatt av å “romme” pasienten. Med dette menes at de må kunne inkludere den historien pasienten kommer med, favne følelseladete øyeblikk og de kroppslige smertene. Det å kunne “romme pasienten” beskriver en informant som følger:

“Det er ikke sånn at jeg er eksperten, pasientene kommer til behandling med sin smerte, sine plager eller utfordringer, jeg må møte han eller hun akkurat der den er”.

Ved å benytte seg av de nevroaffektive kompassene i behandlingssituasjonen, tar terapeuten utgangspunkt i her og nå, de presiserer at dette møtet og kontakten gjør at det skapes et felles rom. En vektlegger hvor viktig og respektfullt det er å anerkjenne pasientens plager, de er der for en grunn og som terapeut leter hun ikke etter feil.

“Det er ikke slik at noe er sykt, eller det er friskt, det er flytende overganger. Det alminneliggjør det å være menneske. Det tar vekk mye skam og det gjør at det smelter mye forsvar”.

“Jeg oppfatter skammen som veldig..... skam og skyld på en måte som veldig i veien for prosesser, det kommer jeg til livs gjennom å plassere dem ut i kompassene”.

En sier hun ofte kommer til kort ved å kun bruke det hun beskriver som tradisjonell PMF. Hun forteller at flere av hennes pasienter responderer dårlig på funksjonelle tester, observasjoner, funksjonsanalyse og eventuelt palpasjon. Hun opplever å møte pasienter som befinner seg i det hun beskriver som *“De er oppe i fornuften, det kognitive”*. Dette utdyper hun med pasienter som av ulike årsaker ikke har kontakt med egen kropp. Det kan være pasientens bakgrunn, diverse overlevelsesstrategier som har medført at pasienten velger å ikke kjenne etter, dette blir beskrevet med følgende pasienthistorie:

“Jeg jobber med ei jente som har blitt henvist med store kroniske smerter. Mot alle odds har hun klart seg i jobb, mot anbefalinger fra fastlegen, psykolog, til og med konsulenten fra NAV. Hennes mentalitet var at hun skulle vise at det var bare å tenke positivt, bite tenna sammen og stå på! Så rammes hun av flere dødsfall i familien, hun mistet den jobben hun ville ha og så sier plutselig kroppen stopp. I behandlingssituasjonen ser vi sammen på hennes kroppslige mønster, hevede skuldre, knytta fingre, sammenbite tenner og pusten har hun ikke kontakt med. Hun ser totalbelastningen på kroppen, men velger å neglisjere kroppens signaler om at nå er det nok! Skammen av å gi seg, orker ikke vise at hun ikke strekker til gjør at hun fortsetter i samme spor litt lenger..... så blir det bråstopp, og hun får etter hvert diagnosen ME”.

Historien ovenfor er gjentakende i informantenes arbeidshverdag. Pasienter blir henvist til psykomotorisk behandling, pasienter med somatiske plager.

Terapeutene er med sin grunnleggende fagbakgrunn opplært til å analysere pasientens kropp. En sier hun opplever det som å lete etter feil, og på denne måten kan hun overse at pasientens somatiske plager ofte er der for en grunn. Det kan være overlevelsesmekanismer pasienten har ubevisst opparbeidet seg over flere år. Hun fortsetter videre:

“Ofte så har jeg pasienter hos meg hvor jeg gjenkjenner blant annet kroppslige tegn til kamp, flukt eller frys. Hele personligheten er på en måte forankret i denne tilstanden... det har vært nødvendig for å overleve. Da jobber vi med dette: Er det mulig å forkaste noe av

overlevelsesmekanismene som pasienten så sårt har trengt? Det å plassere pasientens symptomer i kompassene, blir en mer respektfull måte å bryte noen mønstre på..... Du gjør det du gjør av en grunn, men trenger du dette forsvaret, dette mønsteret lenger?”.

Det er en felles enighet om at kompassene sier noe om det menneskelige, pasientenes somatiske plager er ofte et resultat av for mye stress i livet. Som terapeuter har de alle sammen erfart at de må ivareta og se “hele” pasienten. Med “hele” mener de ikke bare det rent fysiske som pasienten kommer med, men livsforløpet og pasientens livshistorie er med på å tegne et større bilde.

Undertema - Kropp “Fasinasjon av hvor mye som kommer frem ved stille spørsmål inn til kroppen”

Psykomotoriske fysioterapeuter er lært opp til å håndtere kroppen gjennom ulike former for massasje, stillingsendringer, grep og øvelser. En påpeker at noen ganger så trenger hun ikke berøre med hender, men hun berører og blir berørt allikevel. Hun er utrolig fasinert over hvor mye som kommer frem ved å stille spørsmål til kroppen. Er det slik at de snakker både om følelser og kroppen samtidig når de ber pasienten om tørre å kjenne etter, være i kroppen, hvordan er det for akkurat deg? De erfarer at denne jobben er tidkrevende. Pasienten trenger tid for å sortere og regulere sine egne følelser. En sier at de nevroaffektive kompassene er fine å bruke når hun snakker om livet, om mønstrene pasientene er preget av, om pusten, bevegelser eller spenninger:

“Jeg kan ha en pasient som jeg opplever veldig stresset, høy arousal.....mye aktivitet i det autonome kompasset, da prøver jeg å snakke med rolig stemme, ta pauser, bruke tid og kanskje sitte ekstra rolig i stolen min. Jeg må ikke speile pasientens tempo. Så kan det være andre igjen som bare er opptatt av den eller de andre, da kan jeg spørre Kan du tenke litt mer på deg selv? Eller motsatt, en som bare er opptatt av egen lidelse og at alt dreier seg bare om dem selv. Det å være så lukket i det limbiske systemet....da må vi jobbe med det”.

Hun beskriver det som et forskningsreiseprosjekt, samarbeidet mellom pasient og terapeut. Hun sier det er en fantastisk reise hun får være med på i et annet menneskes liv.

“Det er jo kropp, krenkelser, vi kommer ikke unna det. Men du må nødvendigvis ikke ta i den kroppen i første omgang, det er masse kroppsbehandling å bare være i kontakt”.

Informantene forteller om hvor fasinerte de er over hvor mye som blir avdekket når de kan stille spørsmål som går direkte på pasientens kropp. Hvordan er det for deg å være i den kroppen? Fortell hva du kjenner? Hva skjer nå? Hva merker du nå? Kursrekken *Sporene i kroppen etter traumer* har lært og gitt dem støtte i å stille så direkte spørsmål. Mange pasienter har distansert seg fra kroppen, den kan oppleves som ulevelig eller for smertefull. Derfor har pasienten ofte stengt av for reaksjoner og følelser og eksisterer i det prefrontale kompasset, eller det intellektuelle. Pasienten har ofte en logisk forklaring på det han eller hun blir spurt om, men lite kontakt med det som skjer i kroppen. Denne pasienthistorien blir brukt til å forklare dette:

“I dag hadde jeg en pasient som har veldig store problemer med å ivareta sine egne behov, hun er ekspert på å ivareta andres behov. Så i dag plasserte jeg henne halvsittende på benken, jeg tilrettela med puter rundt henne og så masserte jeg føttene hennes. Dette ble en situasjon som ble veldig uvant for henne. Plutselig kom det tydelig frem for henne hvor flink hun er til å serve andre, barna sine, mannen sin, familienhvor lite hun kjenner etter hva hun selv har behov for”.

En sier at pasienten må ned i kroppen, hun må lære pasienten å kunne kjenne etter. Hvis pasienten våger å føle etter i egen kropp, tørre å være i sin egen kropp, da kan mye skje. Nettopp dette er viktig for at pasienten skal komme videre i behandlingen. Det er ikke enten kropp eller følelser. De nevroaffektive kompassene er ute etter å avdekke sammenheng mellom kroppslige reaksjoner, følelser og tidligere opplevelser/erfaringer.

Flere opplever at det å jobbe så tett på pasientene gjør at de må fastholde sin egen profesjonelle rolle og privatliv. Derfor er det viktig, men samtidig utfordrende å holde en optimal avstand mellom terapeut og pasient. Ved å være så tett på pasientene merker de at de kjenner det godt i egen kropp.

“Det er mye kroppsbehandling bare det å være i kontakt”.

En informant sier hun ofte kjenner på egen kropp det uttrykket pasienten gir:

“Jeg kan kjenne det i egen kropp. Det er ofte smittsomt i egen kropp. Pasienten kan sitte ansent, urolig, lite blikkontakt, kan være rastløs eller gir tydelige tegn på stress. Da pleier jeg å bruke det... ..speile det tilbake, jeg bruker meg selv i behandlingen”.

En annen sier hun liker så godt den muligheten kompassene har gitt henne til selv å være aktiv i pasientbehandling. At hun kan tillate seg å kjenne på sine følelser i møtet med pasienten:

“Vi lever i kroppen! Hvis jeg selv har et forhold til min kropp, så vil det gjøre noe med den andre”.

Det føles krevende å jobbe så tett på pasientene. Bruk av kompassene i egen livssituasjon eller dagsform blir trukket frem som et nyttig verktøy. En sier hun før hver behandlingstid tar en “scanning” i egen kropp, hva er hun som terapeut klar for å åpne opp for eller ta imot? For henne er det viktig å avgrense slik at pasientbehandlingen ikke åpner opp for mer enn hun er i stand til. Hun må beskytte seg selv:

“Det krever en enorm tilstedeværelse å reise i andres kompass”.

8.2.2 Underkategori 2 - Stolt av å være psykomotorisk fysioterapeut

Tidlig i andre fokusgruppeintervju kom det frem at alle sammen var veldig stolte av å være psykomotoriske fysioterapeuter. Etter lang erfaring opplever de å ha fått bedre innsikt i seg selv som terapeut og at deltagelse på *Sporene i kroppen etter traumer* har vært en viktig bidragsyter når det gjelder deres yrkesstolthet.

“Det er kroppen de kommer for”.

De kroppslige smertene har blitt så overveldende at det påvirker pasientens livssituasjon og hverdag. Som psykomotorisk fysioterapeut sier en informant, må jeg regulere kroppen. Det er en utrolig ressurs hun som psykomotoriker har, som kan ta det helt enkelt ned til de kroppslige reaksjonene pasienten fornemmer:

“Jeg kjenner jeg blir så stolt av å være fysioterapeut, psykomotoriker når det gjelder disse kompassene, fordi det er kroppen som ligger til grunn. Det er et hierarki, hvor man må regulere kroppen for å få ordentlig styr på det følelsesmessige og det tankemessige”.

Som faglig utgangspunkt opplever de å være i en unik posisjon innen psykisk helsearbeid hvor de får lov til å ta tak i pasientens kroppslige plager, de jobber med kroppen, en sier:

“Vi er kroppens terapeut”.

“Det er en utrolig ressurs vi som psykomotorikere har, det å bruke kompassene og den fagkunnskapen vi har om kroppen, ta det helt enkelt ned til pasientens kroppslige reaksjoner

og smerter. Kunne jobbe med nettopp dette, hvordan er det for den pasienten å være i det ubehaget?”.

Det å ha grunnutdanningen som fysioterapeut i bunnen opplever informantene som en enorm styrke. Deres faglige grunnplattform med anatomi, fysiologi, bevegelseslære, nevrologi og rehabilitering er det få andre yrkesgrupper som har. De trekker frem et viktig element i videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi, krav til egenbehandling. Det å erfare på egen kropp, bytte rolle å være pasient, fremheves som nyttig. En beskriver egenbehandlingen som noe av det mest lærerike ved hele videreutdanningen. Når hun har kjent på egen kropp er det lettere å overføre det til pasientene. Evnen til å kjenne på egen styrke som fagutøver har kommet tydeligere frem etter hvert som de har fått lengre erfaring. En forteller at for henne har mange av de grunnleggende elementene fra videreutdanningen i PMF kommet tydeligere frem etter hvert som hun har tatt videreutdanning og kurser. For henne gir dette en stor trygghet og mulighet for kontinuerlig faglig spissing og utvikling.

Undertema - Trygg fagplattform “*Det levde livet i kroppen*”

Informantene ble bedt om å reflektere over hva de definerte som psykomotorisk fysioterapi?

“Det er en egen metode innen fysioterapi med egne verktøy og egne teknikker”.

Det ble påpekt at også PMF er en trening på relasjoner, terapeuten er i kontakt med pasienten enten det er i behandlingsrommet eller i en treningssal. En av terapeutene sier at her må du prøve ut og kanskje være litt annerledes enn det pasienten har vært vant til fra andre yrkesgrupper. Hos meg sier hun, er det ikke fokus på det stillesittende, det passive, pasienten får ofte lov til å være i bevegelse og i aktivitet. Hun trakk frem opphavskvinnen Aadel Bulow-Hansen, og mener at hun var god på å bygge pasientrelasjoner. Bulow-Hansen var opptatt av å få god kontakt med pasienten og en innsikt i deres livsverden. På tross av dette opplever flere informanter at deres fagmiljø har hatt en restriktiv holdning til å *“røre for mye med pasientens følelser”*, samtidig trekker de frem at opp gjennom tiden har faget utviklet seg i tråd med forskjellige personer som har satt sitt preg.

“I PMF har det vært litt sånn mester/svenn utdanning, startet med Bulow-Hansen som lærte opp noen i faget, som igjen lærte opp.....osv”.

Informantene opplever det positive med PMF er at faget er utrolig praktisk rettet. De forteller om kroppsundersøkelsen av pasienten, delundersøkelser, prøvebehandling og forskjellige

grep. De bruker dette i hverdagen, men tilpasset egen praksis. En sier at det å bruke ROK undersøkelse på pasienten gir et fint oversiktsbilde av pasienten, en annen sier:

“Innfallsvinkelen i PMF oppleves for meg som en smørbrøddliste”.

“Metoden skaper mindre rom”.

Informantene begrunner dette med deres erfaring og at det er vanskelig å planlegge behandlingene. For dem er fokuset for hver behandling å møte pasienten der pasienten er den dagen. De må være romslige og sette pasienten i fokus, kunne være kreative og spontane i dette møtet. Samtidig konkluderte en informant med følgende:

“Jeg tror jeg trengte de oppskriftene eller den smørbrøddlisten fra videreutdanningen i starten, før jeg ble tryggere på meg selv i rollen som psykomotoriker”.

8.2.3 Underkategori 3 - Fyller et faglig tomrom

En informant beskriver det psykomotoriske miljøet som “kantete”, metoden har stagneret og fått lite tilførsel fra senere års stress- og traumeforskning. Terapeutene føler at de i sitt daglige møte med traumatiserte pasienter trengte et faglig påfyll, nettopp for å utvide sin traumeforståelse. Samtidig opplevde de også at den nye vinnende kunnskapen kan bryte på det de anser som tradisjonell psykomotorisk behandling.

Undertema – De nevroaffektive kompassene “Et sorteringsverktøy i kaos”

En av terapeutene beskriver sitt møte med de nevroaffektive kompassene med entusiasme og forteller hvordan dette forståelseskonseptet forandret henne og bidro til å øke innholdet i sin “*terapeutiske verktøykasse*”. Hun baserer dette på opplevelsen av hvor effektivt det virker i praksis, enten det gjelder pasienten eller henne selv. Nevroaffektiv psykoterapi, blir av informantene beskrevet som en forståelsesmodell som favner mer. De opplever at her deles det ikke inn i fysisk og psykisk, hva som er sykt eller frisk, det er en modell som forklarer individets utvikling. Konseptet er basert på nyere forskning innen traumebehandling og forklarer enkelt hvordan vi som mennesker utvikler oss og blir påvirket både av det miljøet vi vokser opp i og av de omsorgspersonene som omgir oss. En annen informant sier at det hun syntes er så fint med kompassene er at de følger ingen oppskrift, det foreligger ingen manual hun slavisk må følge, det er få konkrete rammer.

“De nevroaffektive kompassene har gitt meg større rom å være i sammen med pasienten, større faglig ramme og utvider hva psykomotorisk fysioterapi er”.

Det kan virke som om hun tilsynelatende har et pragmatisk forhold til andre behandlingsmetoder, hun sier:

“Jeg bruker det jeg har erfart virker”.

Hun trekker frem biter hun omtaler som glede, iver, nysgjerrighet, vitalitet og lek, det fikk hun lite kontakt med på videreutdanningen i PMF. Der opplevde hun at det var mye fokus på ro, det å få pasientene til å regulere gjennom glede savnet hun. Det er en felles enighet om hvor viktig det er at pasientene kan integrere sine ressurser, noe *Sporene i kroppen etter traumer* kursene har hatt stort fokus på. Pasienten må integrere sine ressurser for å kunne jobbe videre med det tunge, det vanskelige. Ofte må pasienten kunne være i leken, iveren for å deretter regulere det kroppslige.

“Det er så mye å hente i å få til mer aktivitet og spontane bevegelser Store rom, kreativitet og dansen av grunnen til at jeg søkte en annen innfallsvinkel når det gjelder traumebehandling, var at jeg følte jeg trengte et verktøy til å kjenne på at jeg kunne leke, bruke bevegelser eller musikk og dans i behandlingsrommet”.

“Betydningen av ressurser, det er virkelig noe som har komplimentert min psykomotoriske forståelse. Man anerkjenner betydningen å forankre ressurser, evnen til å kjenne behag, før man går over i ubehaget”.

Behandlingsmetoder som meditasjon og mindfulness blir trukket frem som nyttige verktøy for at pasienten skal kunne få det mentale på plass, for deretter gå dypere ned både i pasientens følelser og reaksjoner. Flere erfarer at pasientene responderer veldig godt på denne vinklingen, ofte må de både være impulsive og kreative i møtet med pasienten. En trekker frem eksempel på at noen ganger benytter hun seg av maling, hun ber pasienten male eller tegne sine ressurser og så kan hun koble på kroppen etterpå. Hun deler så denne pasienthistorien:

“Det er en ung jente, som jeg har hatt litt av og på i behandling. Hun er traumatisert med seksuelle overgrep, hun er veldig belastet. Jeg har forsøkt å jobbe kropp med henne, men hun er ikke interessert! Vi møtes ikke! Hun er en veldig kreativ jente og når hun tar med seg ting hun har laget, viser meg, da er vi i møte! Da kan vi snakke sammen, da forteller hun meg. Jeg har merket at vi ikke har vært i samme rom liksom, når vi har snakket om henne og kroppen. Det har vært så viktig å bruke tid, gitt henne tid slik at hun har kunnet tørre og åpne opp for å kunne være i kroppen, sammen med meg”.

De nevroaffektive kompassene blir sett på som et etterlengtet kroppslig verktøy som hjelper terapeuten å få pasienten til å reflektere rundt det autonome, følelsesmessige og det kognitive.

En av terapeutene sier:

“Kompassene sprenger litt på det gamle vokabularet, sprenger på det jeg tidligere har definert som psykomotorisk fysioterapi. Har dette medført at jeg har sklidd ut over mine faglige grenser?”.

Hvis de beveger seg for langt utover grensene, hvis det sklir over i noe helt annet som gestalt terapi eller kognitiv terapi, kan man fremdeles kalle det psykomotorisk? Har de som fagperson blitt så lojale til det de har lært, eller er det viktig å kombinere deres ønske om å bevare PMF med behov for videreutvikling av eget fagområdet?

Informantene diskuterte dette under begge intervjuene og konkluderte med at hvis man som terapeut hele tiden har oppmerksomheten rettet mot pasienten og finner strategier som er tilpasset han eller hun, så er det innenfor det de definerer som psykomotorisk behandling.

9 DISKUSJON

Utgangspunktet for denne studien er å undersøke hvilken erfaring psykomotoriske fysioterapeuter har med å bruke de nevroaffektive kompassene i pasientbehandling. På bakgrunn av funnene sitter jeg igjen med at det å vokse i rollen som terapeut står sentralt. Dette ble veldig synliggjort i det siste fokusgruppeintervjuet hvor informantene reflekterte rundt sin rolle som psykomotoriske fysioterapeuter. Informantene beskriver sin egen utvikling basert på det personlige og kroppslige plan. Videre basert på sin grunnleggende fagplattform som fysioterapeut, gjennom videreutdanning og til slutt sin lange erfaring fra terapirommet.

Selv om studiens primære fokus er hvilken erfaring informantene har med å bruke de nevroaffektive kompassene i pasientbehandlingen, vil jeg først skrive om hvordan informantene definerer psykomotorisk fysioterapi. Denne utdanningen utgjør fundamentet som deres videre utvikling baseres på. Funnene vil bli diskutert sett i lys av teori, litteratur og egne betraktninger. Diskusjonen blir delt opp i underkapitler i tråd med studiens formål.

9.1 REFLEKSJON OM EGET FAGFELT

Informantene har en felles forståelse av at PMF er en metode som er praktisk rettet. Flere av dem erfarte under videreutdanningen at mye av fokuset var rettet mot gjennomføring av ressursorientert kroppsundersøkelse (ROK). Deretter skulle funnene registreres, noe flere av informantene opplevde kantede. Flere av dem gir uttrykk for at innfallsvinkelen fort kan ligne en “smørbrøddliste”. De er lært opp til å observere pasientens holdning, respirasjon, avspenningsevne, muskulatur og funksjon. Dette støttes av Kirsti Monsen (1989) som i boken *“Psykodynamisk kroppsterapi: en behandlingstilnærming basert på fysioterapi og psykologi”* retter kritikk til det hun kaller en instrumentell tilnærming til pasientene innen PMF. En av informantene trekker frem eksempler hvor følelser ofte er synlige i pasientenes kroppsuttrykk. Hun beskriver en pasientgruppe som ikke klarer, eller opplever det for smertefullt å kjenne etter hvordan de egentlig har det. Mangel på ord kan medføre at undertrykte følelser kommer til uttrykk i pasientens kroppsspråk. Psykosomatiske symptomer hevder Ekerholt og Bergeland (2008, s836) kan oppstå i tilfeller hvor pasienten har redusert kontakt eller ikke kan sette ord på egne følelser.

Det kommer tydelig frem at informantene er trygge på egen fagbakgrunn, men de har sett behov for dypere traumeforståelse og flere verktøy å spille på. En felles oppfatning er at videreutdanningen i PMF har gitt dem en solid plattform, men den er ikke tilstrekkelig i

forhold til de problemstillingene de møter i sin praksis. Kurs og faglig oppdatering blir trukket frem som kilder til mentalt påfyll siden det er både motiverende og energigivende.

9.2 DEN TERAPEUTISKE ALLIANSEN

“Jeg må møte dem der de er”

Det å finne en metode som passer for alle er umulig poengterer informantene. De nevroaffektive kompassene erfares som en forståelsesmodell som gjør det enklere for terapeutene å se konteksten eller den virkelighet pasienten lever i. En informant trekker frem allianse- og relasjonsbygging, og nettopp relasjonen er en av hovedpilarene i nevroaffektiv psykoterapi. Susan Hart (2016, s37) hevder at det er terapeutens empati, pasientens tilknytning til terapeuten og deres felles nysgjerrighet som legger grunnlaget for den terapeutiske alliansen. Fjermestad, K.W (2011, s12) understreker at det følelsesmessige båndet mellom terapeut og pasient ofte er en vesentlig faktor for å holde pasienten motivert til å gå i behandling. En informant trekker frem viktigheten av å ikke fremstille seg som ekspert, men å kunne nullstille seg og invitere inn i et tankesett for å avdekke pasientens muligheter og ressurser til vekst. Ved å oppmuntre pasienten inn i sin egen behandling legger de grunnlag for et samarbeid og enighet om behandlingsmål. Dette er i tråd med Edvard Bordins (1913-1992) definisjon av den terapeutiske alliansen. Han beskriver den bestående av tre gjensidige avhengige komponenter:

1. Det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut
2. Pasientens og terapeutens oppgaver
3. Terapiens mål

De nevroaffektive kompassene hjelper i stor grad å tilpasse alliansebyggingen til hver enkelt pasient. Dette støttes av Fjermestad (2011, s15) som fremhever at terapeuten må tilpasse seg pasientens alder og utviklingsnivå, motivasjon for behandling og sin egen problemopplevelse.

En av informantene fremhever at det er styrken i den terapeutiske alliansen som først og fremst er avgjørende for virkningen av terapi. Flere studier viser at hvis pasienten vurderer alliansen til terapeuten som dårlig, er sjansene for at behandlingen skal føre til ønsket resultat liten og motsatt. Hvis pasienten vurderer alliansen som god er sannsynligheten stor for at behandlingsresultatet også blir svært bra. Terapeutens subjektive vurdering ser ut til å ha mindre betydning for å forutsi resultatet av behandlingen. Det kan virke som om det er et godt

terapeutisk forhold eller den terapeutiske alliansen som er nødvendig, men ikke alltid en tilstrekkelig betingelse for endring (Johnsen & Lundby, 2002, s1).

Et annet element som blir utpekt av informantene er at de nevroaffektive kompassene hjelper dem å ta tak i egen problematikk. Dette kan forstås at terapeuten, både som fag- og privatperson, bearbeider sine egne problemer. De nevroaffektive kompassene er kanskje i større grad en hjelper for dem å utvikle en egen personlig og profesjonell stil. Professor Dag Nordanger fastslår i sitt innlegg på RVTS Sør (2018) at de beste terapeutene har utviklet betydelig mengde mellommenneskelig kompetanse. Han legger i dette terapeuter som er empatiske, fleksible, søker samarbeid og tilpasser seg sine pasienter. En studie gjort av Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen & Rønnestad (2013) viser at terapeutens personlige stil påvirker pasientens forventninger og samarbeidsklimaet i terapirommet. Terapeuter som rapporterte om et velfungerende privatliv, med elementer som glede, intimitet og emosjonell støtte medførte til en bedre terapeutisk allianse enn i tilfellene hvor terapeuten opplevde personlig/privat konflikter. Dette støttes av Dag Nordanger (2018), som sier det er tre ganger viktigere hvem som sitter i terapistolen enn hvilken som helst behandlingsmetode terapeuten bruker.

9.3 ANERKJENNELSE

“Når pasienten blir rommet på det den ikke har blitt rommet på før”

Felles for informantene i denne studien er at de trekker frem de nevroaffektive kompassene som et verktøy til å nullstille seg fra å være eksperten til å vise en genuin interesse for å møte pasientene på en anerkjennende måte. Løvlie Schibbye (2002, s256) definerer anerkjennelse som ”se igjen”, gjenkjenne, skjelne, befeste og styrke. En informant sier hun må gå forsiktig frem i behandlingen og de nevroaffektive kompassene legger til rette for å se sammenhengen med at pasienten ofte har laget seg forsvarsstrategier for å opprettholde selvhevdelsen i en sårbar situasjon. Ved å anerkjenne pasienten og den problematikken han eller hun kommer med, innebærer ifølge Schibbye (2002, s254) at pasientens indre opplevelse blir satt i fokus og verdsatt av terapeuten. Videre trekker flere av informantene frem hvor grunnleggende det er å forstå, ikke dømme og bedømme, men alliere seg med pasienten. Ofte opplever de at en avventende holdning signaliserer at pasienten kan komme frem med sitt. En informant bemerker at de nevroaffektive kompassene bidrar til å møte pasienten på en respektfull og anerkjennende måte, hun leter ikke etter feil, pasientens plager er der for en grunn. Hun

understreker at diagnosen blir ikke så viktig, de nevroaffektive kompassene peker ikke på sykdom, det er stress, hun kaller det stresskompasser. Stress, om det kommer fra traumer, relasjon eller annet så blir det ikke sykeliggjort. Dette støttes av Cand.psychol. og Dr.philos. Tor-Johan Ekeland som i sitt intervju med Dønnestad & Dovran (2018) fastholder at våre pasienter er mer enn sine diagnoser, sine problemer og sykdommer. De kan ikke defineres og beskrives på grunnlag av dette. En informant presiserer at det å lete etter feil, eller bruke tid på diagnoser, kan oppleves som et teoretisk handicap. Hun sier:

“Kanskje skal man kaste kunnskapen på døren og heller bare være, lytte, respondere på det en hører, hva hjertet hører?”.

Fra egen arbeidspraksis opplever informantene ofte at diagnoser kommer i veien, deres faglighet kan både være en ressurs, men også en hemsko. Som terapeut ser de det nødvendig å nullstille seg fra å være eksperten som skal forandre til en som legger til rette for den terapeutiske konteksten.

Det kan gi inntrykk av at de nevroaffektive kompassene tilrettelegger for en grunnleggende respekt hos informantene for at det pasienten kommer med er viktig og ikke skal bagatelliseres. Dette støttes av Råheim (2003, s15), som mener der er vesentlig at terapeuten stiller seg åpen for pasientens livsverden. Informantene trekker frem ulike faktorer som kreves for å få tak i hva som er pasientens premiss. Det er kombinasjonen av den fortrolige tonen, pasientens opplevelse av å bli tatt på alvor, sett for den han eller hun er, som ofte er helt avgjørende for å få vekket kroppens uttrykk og deretter gjøre det mulig å jobbe videre med å verbalisere dette. Flere informanter erfarer at de nevroaffektive kompassene hjelper dem å skape en trygg og empatisk pasientrelasjon. Susan Hart (2012, s256) hevder at ved å etablere en lydhør kontekst, kan dette skape et miljø hvor pasienten kjenner seg trygg nok til å kunne håndtere optimale stressnivåer. Informantene fremhever at pasienten skal ha et eieforhold til egen endringsprosess, og som terapeut er man følgesvenn i behandlingsprosessen. Ved å ha et slikt fokus er erfaringen at pasienten får økt opplevelse av selvstendighet og øker troen på egne handlingsmuligheter. Her kan det trekkes en parallell til begrepet *“Empowerment”*. Empowerment innebærer ifølge NOU 1998:18 (1998) å styrke den enkeltes pasients makt til å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Dette trekkes også frem av Thornquist (1995), terapeuten *gir hjelp til selvhjelp*. Både PMF og de nevroaffektive kompassene omfatter hele mennesket, tanken er at alle mennesker har ressurser og mulighet til å finne frem til egne strategier, ha innflytelse, medbestemmelsesrett og autonomi.

9.4 SAMTALE

“De nevroaffektive kompassene er et godt verktøy i samtalen med pasienten”

Flere av informantene vektlegger samtals betydning og at den er en vesentlig del av det samspillet som utvikles mellom pasient og terapeut. Som terapeuter er de opptatt av at samtalen i stor grad handler om å orientere seg om pasientens perspektiv. Dette støttes av Gretland (2007, s86) som skriver at fysioterapeutens samtale i psykisk helsearbeid dreier seg oftest om pasientens kroppslige forhold og erfaringer og derfor skiller den seg ut fra samtaler i terapeutiske sammenhenger. Informantene understreker ved å bruke de nevroaffektive kompassene i terapisaamtalen avdekkes de kroppslige reaksjonene og pasientens bevisstgjøring i mye større grad. For at pasienten skal kunne regulere seg selv, må han eller hun lære å få kontakt, tåle og utnytte deres indre sanseopplevelser. For mange traumatiserte personer har kroppen blitt fienden. Stort sett vil hver enkelt sanseopplevelse tolkes som et uvelkomment varsel om fare og hjelpeløshet (Hart, 2012, s446). Ved en slik setting benytter informantene de nevroaffektive kompassene til å observere forandringer i pasientens uttrykk, for eksempel ansiktsuttrykk, eller forandringer i kroppsholdning og deretter søker å rette pasientens oppmerksomhet mot egen sansing. Susan Hart (2012, s446) beskriver dette som at pasienten gradvis kommer i kontakt med opplevelser som gir mulighet for utforskning av eget indre landskap og utvikler en toleranse for sansning, både behagelige og ubehagelige, plagsomme så vel som rare.

En annen komponent flere informanter viser til er at de nevroaffektive kompassene har lagt grunnlaget for deres interesserte, lyttende og støttende innfallsvinkel. Det å utforske gjennom å ha en kroppslig og verbal dialog med pasienten kan hjelpe til en økt selvforståelse, selvfornekkelse og utvikling. Ekerholt (2002) stiller seg spørrende om det er en misforstått tilbakeholdenhet som har gjort seg gjeldene innenfor PMF. Hennes studie beskriver informantene (fysioterapeuter) som interesserte, lyttende og støttende, men pasienten måtte ta opp tema. Slik jeg forstår informantene har de nevroaffektive kompassene endret pasientsamtalen. En slik kontekst tilrettelegger for at pasienten kan fremstå som et subjekt med muligheter og ressurser til vekst og kunne finne sin egen vei videre.

9.5 KROPPEN SOM UTGANGSPUNKT

“Vi har en kjempeforse som får lov til å møte pasienter med kropp”

Informantenes arbeidshverdag har kroppen som et utgangspunkt. De har fokus på at et levd liv, en traumatisert bakgrunn eller glemte minner kan sette sine spor i kroppen. Braatøy observerte en sammenheng mellom kroppslig og verbal samhandling, noe Stensland (2000) også mener gir et godt grunnlag for å inkludere kroppen i samtalen. Som psykomotoriker har de allerede fått innblikk i sammenhengen mellom kroppslig og verbal samhandling. Ved å benytte seg av de nevroaffektive kompassene oppdager informantene at det blir mer naturlig å stille direkte spørsmål underveis slik at pasienten skal kunne registrere sine kroppslige reaksjoner. Det er kroppen som er innfallsvinkelen til den informasjonen pasienten kommer med gjennom hele behandlingsforløpet. En viktig oppgave for terapeuten er å hjelpe pasienten til å kjenne på følelsene og sette ord på dem. Stensland (2000) skriver at et emne som berører pasienten, følger han eller henne, “surrer rundt i hodet” som indre stemmer. Disse stemmene, eller egensamtalene inngår i pasientenes opplevelse av å være syk. Når terapeuten ber pasienten fortelle om sine smerter, tar pasienten frem disse stemmene og presenterer dem for sin samtalepartner. Dette første-persons perspektivet skriver Ekerholt & Bergeland (2018, s19) kan være en viktig dimensjon for at pasienten kan se sammenhengen mellom personlig erfaring, refleksjoner og tanker som kan føre til en mobilisering av pasientens ressurser. En informant fastslår at med sin bakgrunn som både fysioterapeut og psykomotoriker har hun allerede et godt utgangspunkt i den kroppslige samtalen. Med de nevroaffektive kompassene har hun fått en bredere forståelsesramme rundt nyere neuropsykologiske teorier på hvordan både følelsesmessige og kognitive strukturer utvikles på bakgrunn av en dyptliggende og tidligere utvikling av kroppslig avstemming og selvsansning. Susan Hart (2012, s74) trekker frem at psykisk utvikling handler om å utvide nervesystemets arousalkapasitet, støtte limbisk avstemming og aktivere høyere neurokortikal aktivitet. Dette betyr at mennesker kan reflektere over seg selv og ha impulskontroll.

Av egen erfaring påpeker informantene at følelser er i kroppen, de er ikke adskilt i noen egen kategori. Pasientens levde kropp kan sies å være både subjektiv og intersubjektiv.

Kroppsfenomenologiens far Merleau-Ponty mener vi forstår verden gjennom kroppen.

Kroppen er også rasjonell, det er ingen skarp grense mellom terapeuten kropp og pasientens kropp. Flere informanter sier de kan merke den andre og seg selv gjennom egen kropp, nærværet i behandlingsrommet kan ofte oppleves veldig sterkt. Det er spennende å høre hvordan informantene har erfart at de nevroaffektive kompassene gir dem muligheten til å

bruke seg selv i større grad i behandlingssituasjonen. Å vise åpenhet mot indre opplevelser og selvforståelse, det er å ha en tilstedeværelse og fokus i seg selv (Løvlie Schibbye, 2006, s38). En av informantene karakteriserer terapisisituasjonen som to kropper som møtes. Hun kjenner det ofte i sin kropp i møtet med den andre. Dette utdyper hun med at noen ganger sanser hun at hun holder pusten, hun blir kald og noen ganger kan pasientens kroppsholdning si mer enn tusen ord. På denne måten bidrar terapeuten med sin empati og sitt nærvær i terapisisituasjonen. Dette krever gode empatiske egenskaper hos terapeutene. Når terapeuten både kan lytte til seg selv og til pasienten, er de selv en aktiv deltager som bidrar til å skape noe som er spesielt nettopp for denne situasjonen. Samtidig kan empati bidra til økt belastning for terapeuten (Anstrup, Benum & Jakobsen, 2006, s256). Slikt sett er det paradoksalt at empati er en forutsetning, men kan samtidig være til belastning for terapeutens arbeid. Det er ikke alltid like lett i pasientmøtene å ha en empatisk tilstedeværelse når det pasienten forteller kan oppleves som overveldende, smertefullt og hjerteskjærende. Terapeuten er også et subjekt skriver Schibbye (2009, s254), med det mener hun å være et subjektivt senter for opplevelse i relasjon.

En informant fastslår at i slike møter erfarer hun som terapeut både viktigheten og vanskene av å kunne kjenne etter i egen kropp hvordan det er for pasienten, samtidig med å opprettholde en terapeutisk distanse. Hun sier videre at de nevroaffektive kompassene inviterer til en dypere kroppslig samhandling. De åpner også opp for å bruke seg selv som terapeut i større grad enn tidligere, gjennom tilstedeværelsen, egne følelser og reaksjoner i samspillet med pasienten. For å bli en dyktig terapeut er en av forutsetningene at man må kunne bruke det man kjenner i egen kropp som utgangspunkt for refleksjon skriver Tvedten (2013, s31). Schibbye (2009, s255) fremholder at når terapeuten toner inn og deler så vil han eller hun formidle egne følelser. Informantene forteller om pasientmøter hvor de kan kjenne på uro, anspenhet eller pusten som strammer seg, da benytter de seg av de nevroaffektive kompassene til å avstemme seg selv eller reflektere over situasjonen. En informant påpeker viktigheten av å sette grenser for seg selv. Dette støttes av Schibbye (2009, s255) som skriver at når terapeuten setter grenser opprettholdes egen identitet og integrasjon.

9.6 DE NEVROAFFEKTIVE KOMPASSENE

“Et forståelseskonsept som favner mer”

Informantene finne stor hjelp i traumeforståelsen som ligger bak de nevroaffektive kompassene og “Den tredelte hjernen” i en arbeidshverdag hvor de møter pasienter med smertefulle kropper som kan romme mange diagnoser og sykdommer. De møter en pasientgruppe som ofte har blitt såret, ydmyket, oversett, mobbet, utestengt og misbrukt. Kirkengen (2009, s38) skriver om skakede kropper som er forstyrret i sin balanse, eller har vært eksponert for toksiske relasjonelle eller sosiale strukturer. Hun mener det er en korrelasjon mellom det å være eller ha vært eksponert for toksiske relasjonelle eller sosiale strukturer og forskjellige lidelser. Informantene beskriver denne pasientgruppen med nevnte sykdommer eller lidelser som irriterbar tarm, fibromyalgi, kronisk tretthet, kroniske smerter, depresjon, angst og flere. Fra egen arbeidshverdag bruker informantene kompassene som en forklaringsmodell, kroppens uttrykk er et resultat av langvarig påkjenninger eller stress. Ved store påkjenninger er det naturlig at kroppen automatisk reagerer, og over tid kan dette manifesteres enten i form av smerter eller et kroppslig uttrykk. Susan Hart (2012, s82) hevder at tidligere hendelser har en radikal innflytelse på nåtiden.

Et spørsmål som dukket opp under første fokusgruppeintervju var om de nevroaffektive kompassene er innenfor rammene av PMF? En informant var spesielt opptatt av om de sprenger på hennes faglige grenser og det hun definerer som PMF? Av nyere forskning ser vi at erfaringer har stor innflytelse på menneskets biologi, vedvarende belastninger og stress kan være med på sykdomsutvikling (Ottesen & Thornquist, 2015). Flere informanter understreker pasientens manglende kontakt med eget følelsesliv. Bunkans bok *Kropp, respirasjon og kroppsbildet* (2001) knytter alexitymibegrepet til PMF. Ordet alexitymi betyr direkte oversatt “ingen ord for følelser”. Dette karakteriserer i praksis fenomenet pasienter med kroppslige symptomer, men som ikke har ord for følelsene (Lien, 2018, s43). Dette kommer frem i studien til Ekerholt & Bergland (2018) hvor de intervjuet tolv PMF rundt fenomenet “Lytte til kroppen”, hvor flere av terapeutene opplevde at deres pasienter hadde begrenset tilgang til egne følelser. For å komme videre i behandlingen er det essensielt at pasienten får kontakt med og aksepterer sine følelser og ser disse i sammenheng med sin livssituasjon.

Etter mange år og lang arbeidserfaring forteller flere av informantene at de har tilpasset PMF i sin praksis. I deres pasientbehandlinger må de til tider være svært kreative og benytte seg av andre metoder for å “møte” pasienten der han eller hun er. De forteller at det å benytte seg av de nevroaffektive kompassene i behandlingen har i stor grad bidratt til at kunnskapen blir brukt mer selektivt, de møter pasientene på en nysgjerrig og tilstedeværende måte. Flere

faktorer kreves for å få tak i hva som er pasientens premiss. Informantene trekker frem kombinasjonen av den fortrolige tonen, pasientens opplevelser av å bli tatt på alvor, sett for den han eller hun er som helt avgjørende for å få vekket kroppens uttrykk og deretter jobbe videre med å verbalisere dette. En studie av Øien, Steihaug, Iversen & Råheim (2011) hvor fokuset var hvordan en psykomotorisk fysioterapeut og pasient kommuniserte verbalt og nonverbalt i krevende behandlinger identifiserte de viktigste kommunikasjonsmønsteret som “søken etter felles grunnlag”. Jeg forstår det slik at med de nevroaffektive kompassene har informantene funnet en viktig faktor for felles grunnlag.

9.7 STOLT AV Å VÆRE PSYKOMOTORIKER

“Vi har fysioterapibakgrunnen, grunnleggende kunnskaper om kropp og det er trygt”

Informantene ser på PMF som en metode hvor pasienten får et ansvar for å bedre egen situasjon. De mener terapien ofte kan vær en døråpner inn til den enkelte pasient. Med sin bakgrunn som fysioterapeuter har de kroppen som innfallsvinkel, også i psykisk helse. De er “*kroppens terapeut*” og ser på kropp og erfaring som en sammenheng for å forebygge, forstå og behandle pasientene som blir henvist til dem. Det er bred enighet om at ved å øke den kroppslige kontakten vil det bidra til at følelsene og selvfølelsen til pasienten blir berørt. Vår kroppslige erfaring skriver Ekerholt & Bergeland (2018, s20), er nært knyttet opp mot hver enkeltes forståelse av sine omgivelser og spesifikk kontekst. En informant trekker frem hvor viktig det er at pasienten blir bevisst egne mentale og fysiske mønstre, det kan gjøre det lettere å påvirke uhensiktsmessige kroppslige forhold.

Flere av informantene uttrykker en stolthet over å være psykomotorikere og at de nevroaffektive kompassene bidrar ytterligere til en bevisstgjøring om at den fysiske berøringen er en viktig del av relasjonen. En informant trekker frem hvor betydningsfull berøring er i forhold til relasjonen, den er et behandlingsverktøy. Det å føle at de som terapeuter gjør en forskjell, de erfarer fra daglig pasientkontakt en opplevelse av å bety noe for noen. De har gjentatte ganger hørt fra pasienter at endelig er det noen som ser meg, hele meg. Informantene er opptatt av å gi pasientene en opplevelse av å gjøre noe som gir dem mening. Hvis oppgavene oppleves meningsfulle, bidrar dette til engasjement i de utfordringene pasientene eller terapeuten stilles ovenfor. Arbeidsglede og yrkesstolthet går ofte hånd i hånd. Samtlige informanter fremstår i høy grad av fagutøvere som identifiserer seg med eget fagfelt. De uttrykker et stort engasjement i jobbhverdagen, de opplever at terapien

de utfører er meningsfull og viktig for pasientene. Richardsen & Martinussen (2008) beskriver en tilfredsstillende arbeidsrelatert tilstand som en relativt permanent positiv følelsesmessig tilstand som karakteriseres av vitalitet, entusiasme og evnen til fordypelse. De definerer vitaliteten som:

“Et høyt energinivå, utholdenhet og vilje til å anstrenge seg i arbeidet”.

Entusiasme defineres med inspirasjon, stolthet, utfordring og en følelse av å kunne identifisere seg med arbeidet, en følelse av at det en gjør som yrkesutøver er viktig. Fordypningen i arbeidet defineres som en evne til dyp konsentrasjon. Ved å ha gjennomført *Sporene i kroppen etter traumer* kursene og fått tilgang til de nevroaffektive kompassene, har det skjedd en positiv endring i retning faglig utvikling. Informantene opplever en dypere forståelse både av seg selv og sine pasienter som igjen bidrar til økt entusiasme. De opplever en positiv endring i retning faglig forståelse, de har overkommet tidligere begrensninger de har hatt, og de erfarer personlig og profesjonell vekst og progresjon.

9.8 VOKSE I ROLLEN SOM TERAPEUT

”Det ligger naturlig i oss at vi vil vokse og utvikles. I vårt møte med pasientene ønsker vi å romme mer”

Denne studien viser en profesjonsgruppe som søkte ut fra eget fagfelt med ønske om mer spesifikk kunnskap slik at de bedre kan forstå sammenhengen mellom pasientenes problemer og det livet de lever. Den profesjonelle utvikling de har gjennomgått etter endt videreutdanning fremstår uløselig knyttet til det fundamentet som er lagt i fagfeltets utdanning. Deres faglige engasjement virker styrt innenfra, som en tørste etter jevnlig påfyll fra ulike kurs og kilder. Som de fleste fagutøvere ønsker også informantene å være i faglig vekst og utvikling. De vektlegger en kontinuerlig refleksjon over egne erfaringer og opplevelser i møtet med pasientene som en forutsetning for profesjonell utvikling. Denne utviklingen er i retning av en mer fleksibel og variert bruk av tradisjonell psykomotorisk fysioterapi og dem selv. Forskning innen profesjonell utvikling blant psykoterapeuter har vist at terapeuter i løpet av arbeidslivet i økende grad velger metoder og teorier som de opplever står i samsvar med sitt eget selvbylde og de verdiene de har (Rønnestad & Skovholt, 2003).

Det å være i profesjonell vekst blir høyt vektlagt av samtlige informanter. De beskriver en gjensidig påvirkning mellom sitt terapeutiske arbeid, sin arbeidsmoral og det å være i en profesjonell utvikling eller ikke. Jeg forstår det slik at en opplevelse av vekst er en sterk

bidragsyter til deres terapeutiske involvering. De vektlegger også selvinnsett, noe som har dype røtter i den terapeutiske kulturen (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Det å ha en bredde, erfaringsbredde og dybde i sitt møte med forskjellige pasienter og problemer, også gjennom ulike behandlingsformer blir sett på som en stor faglig styrke. Dette kommer tydelig frem i studien til Rønnestad & Orlinsky (2006). Ifølge denne studien erfarte terapeuten primært gjennom å reflektere over egne erfaringer både i eget profesjonelle og personlige liv.

Profesjonell utvikling handler også om en faseteori fra novise til ekspert. Rønnestad & Orlinsky (2006) definerer seks nivåer:

1. Noviser – mindre enn 1 ½ års arbeid med pasienter
2. Lærlinger – mellom 1 ½ til 3 ½ år
3. Kandidater – 3 ½ til 7 år
4. Etablerte terapeuter – 7 til 15 år
5. Erfarne terapeuter – 15 til 25 år
6. Senior terapeuter – mellom 25 til 30 års erfaring med klinisk praksis

Informantene i denne studien trekker frem det å være noviser i fysioterapifaget, de har trengt ”smørbrødlister” og oppskrifter i startfasen før de har opparbeidet en faglig trygghet til å kunne gå utenfor rammene av hva de beskriver som PMF. Det er trolig ikke uenighet om at en trenger teori for å kunne drive profesjonelt terapeutisk arbeid, som Killingmo skriver: *”Teoriløshet kan lett føre til en fagetisk betenkelig praksis”* (Killingmo, 1984, s130). Det å vokse inn i egen fagtradisjon involverer en innlemmelse av en metode og et begrepsapparat som er omfavnet med kunnskap og teori. En av informantene forteller at hennes egen profesjonelle utvikling først og fremst impliserer en økt trygghet i møtet med pasienten, spesielt en økt trygghet på at hun behersker den psykomotoriske metoden. Man kan forstå profesjonell utvikling som en tilegnelse av kunnskap og kompetanse (Nyre & Steinsvik, 2015, s24). Flere av informantene fremhever at de i mindre grad må følge en oppskrift. De har med de nevroaffektive kompassene i større grad fått en frihet til å bruke seg selv på varierte måter ut fra hva pasienten situasjonen krever. Rønnestad & Skovholt (2003) skriver at terapeutiske profesjoner fokuserer på kanskje en av menneskehetens viktigste oppgaver – vår egen

utvikling. Dette understrekes av en informant når hun sier det ligger naturlig i oss å ville vokse, utvikles og vårt ønske å bedre evnen til å være tilstede som terapeut.

Informantene i denne studien trekker frem en annen viktig faktor for profesjonell utvikling som er kontinuerlig refleksjon over egne erfaringer og opplevelser i og utenfor behandlingsrommet. En sier hun vektlegger egen tilstedeværelse, og at de nevroaffektive kompassene er et godt verktøy for å kunne være selvreflekterende og at hun hele tiden kontinuerlig må tilpasse teknikker i forhold til de unike pasientene hun møter hver dag. Nyre (2015) sin studie trekker frem refleksjon som en viktig del av den profesjonelle utviklingen hos psykomotorikere. Et annet element som blir trukket frem er viktigheten av å ha et godt balansert privatliv og inneha nok trygghet i rollen som psykomotoriker i møtet med tungt traumatiserte pasienter. Sett fra et fenomenologisk syn bør terapeuten være forankret i sin egen livsverden for å ha forutsetning for å kunne forstå andres erfaringsverden (Råheim, 2003, s16). Flere av informantene kjenner seg til dels igjen i deres pasienters oppdagelsesferd i egen kropp. De har selv erfart kroppslig gjennom egenbehandling og veiledning. Dette handler nok om følelsen av å kunne være til stede, kunne romme pasienten med alt det pasienten kommer med. Videre om terapeuten egen evne til metallisering, det vil si, kompetansen til å forstå den andre, forstå seg selv og ha en forståelse av selve relasjonen (Skårderud, Haugsgjerd & Stænicke, 2010, s54).

Flere av informantene beskriver at etter rystende historier eller mye emosjonelt materiale er det avgjørende å ivareta seg selv i arbeidshverdagen. De nevroaffektive kompassene blir trukket frem som stor hjelp for å kunne sette grenser i møtet med pasientene, kunne stå alene i det de beskriver som tøffe møter. Psykomotorisk behandling krever en stor grad av oppmerksomhet og tilstedeværelse kroppslig og verbalt av terapeuten. Slik jeg forstår informantene tar de en reise gjennom egne kompass, forankrer seg i sitt eget gjennom å kjenne på egen kropp, hvilken sinnsstemning de selv befinner seg i før møtet med pasienten. Bunkan (2001) skriver at terapien kommer ikke lengre enn dit terapeuten har kommet selv. Terapeutens egen kroppslige forankring før hver behandlingstime øker muligheten for en tydelig og empatisk tilstedeværelse for pasienten. Informantene påpeker at dette er avgjørende for å kunne sette egne grenser og ivareta seg selv. En stresspreget terapeutisk involvering med pasienten kan i verste fall føre til en ond sirkel hvor terapisisituasjonen blir sett på som et stresspreget møte.

Denne studien viser at selvrefleksjon rundt egen rolle som terapeut både intellektuelt og kroppslig er viktig. For informantene handler dette om å kjenne etter på egen kropp, sin egen kroppslige tilstedeværelse, sine egne kroppslige reaksjoner underveis i pasientbehandlingen, det å kjenne seg trygg som terapeut gjennom en kontinuerlig utviklingsprosess. Selvrefleksjon kan beskrives som det å observere, tolke og evaluere egne følelser, tanker og handlinger. Som terapeut er man selvreflekterende, har en empatisk tilstedeværelse, tilpasser kontinuerlig metoder og innfallsvinkler der og da i forhold til de unike pasientene en har foran seg i behandling (Kåver, 2012). De nevroaffektive kompassene har gitt dem et viktig verktøy for at de kan være tilstede i kroppen underveis i pasientbehandlingen, kunne forankre seg selv og skille mellom hva som er egne følelser og hva som er pasientens. En informant var opptatt av å finne tilbake til sine egne strenger. Hun presiserte at det er ikke bare er pasienten, men også terapeuten som må bruke seg selv som instrument. Dette støttes av Tvedten (2013, s31), hun skriver at terapeuten må finne sine egne strenger, sitt eget uttrykk og sin egen stemme, og at det er dette i kombinasjon med fagkunnskap som kan gjøre at terapeuten når frem med sitt budskap til pasienten.

Vår utvikling når det gjelder det følelsesmessige, personlighetsmessige og vår sosiale læring skjer gjennom tusenvis av daglige mikrosynkroniseringer med andre mennesker. Det er disse prosessene som regulerer hvordan vi inngår en relasjon med andre, eller man må selv-regulere seg selv for å inngå gode relasjoner. Susan Hart (2012, s74), setter fokus på den tredelte hjernen i et traumeperspektiv og presiserer viktigheten av meg selv som hjelper. Av egen erfaring ser jeg at profesjonalitet er når jeg tør å være meg selv i behandlingssituasjonen, være ydmyk og undre ovenfor relasjonen til pasienten, samtidig med at jeg har en forankring i egen fagbakgrunn.

10 OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

Den overordnede forståelse av resultatdelen viser ved å implementere de nevroaffektive kompassene i pasientbehandlingen opplever psykomotoriske fysioterapeuter et nyttig verktøy i deres arbeidshverdag. Som psykomotoriske fysioterapeuter har de en forståelse av at pasientens kroppslige plager kan være forårsaket av et levd liv og de føler de er privilegerte som har mulighet å bruke kroppen som innfallsvinkel. De nevroaffektive kompassene er et godt hjelpemiddel for terapeuten til å kunne være tilstede med hele seg, i sin egen kropp. Det å være i terapirommet kan ofte oppleves som en balanseøvelse, særlig når det gjelder det kroppslige fokuset. Kompassene åpner også opp en mulighet for terapeuten til å sette grenser for seg selv, alt etter hva det enkelte pasientmøte krever. De nevroaffektive kompassene blir trukket frem som et godt kroppslig verktøy for å kunne både være i seg selv og ivareta seg selv når pasienten utspiller sine følelser.

Psykomotorikerne beskriver at utvikling skjer ved å lære å stole på de verktøyene de har og skape sin egen stil. Deres egen terapeutiske utvikling impliserer først og fremst en økt trygghet i møtet med pasienten, spesielt en økt trygghet på at de behersker den psykomotoriske metoden og de har lært seg å stole på de terapeutiske verktøyene de har. De trekker frem viktigheten av å skape sitt eget påfyll og jobbe videre med seg selv. Videre påpeker deltagerne at de nevroaffektive kompassene ikke bare har fylt et faglig tomrom, men de har åpnet opp for en faglig stolthet. De er stolte av å inneha en faglig kompetanse hvor de har kroppen som innfallsvinkel. Som psykomotorikere er de opplært i et fenomenologisk syn på helse som omfatter hele mennesket. Kroppsphenomenologien har blitt mer fremtreden etter de tok kursrekken *Sporene i kroppen etter traumer*.

Ut fra denne studien kan det virke som om det trengs større fokus på egenutvikling, noe deltagerne opplever som et viktig tema. På bakgrunn av funn som støttes av erfaringer fra deltagerne kan det virke som om nevroaffektiv psykoterapi er et konsept hvor man lærer å ivareta seg selv og vokse i rollen som terapeut.

11 REFERANSER

- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (Red.). (2006). *Dissosiasjoner og relasjonstraumer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bang, S. (2003) *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.
- Bergeland, A. & Øien, I. (1998) *Fysioterapi i praksis. Et sted for oppdagelse og begrunnelse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Borchgrevink, P, Fredheim, O., Fors, E., Hara, K., Holsen, A. & Stiles, T. (2009) Hva er sammensatte lidelser? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. vol129(13), s1368.
- Bunkan, B.H. (2001) Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, nr.24, s2845-2848.
- Bunkan, B.H. (2001) *Kropp, Respirasjon og Kroppsbildet*. Gyldendal.
- Dønnestad, E. & Dovran, A. (2018) «Når det vi ikke vet hva er, leger». RVTS sør.
- Ekerholt, K. (2002) *Psykomotorisk fysioterapi – behandling og samhandling*. (Hovedfagsoppgave). Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet, Bergen.
- Fjermestad, K.W. (2011). Terapeutisk allianse i kognitiv adferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol.48(1), s12-15.
- Hagen, I.A. (2014) Den psykomotoriske fysioterapeutens opplevelser i møtet med sine pasienter. Mastergrad i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Hedmark.
- Hart, S. (2012) *Nevroaffektiv psykoterapi med voksne*. Hans Reitzels forlag.

- Hart, S. & Jacobsen, S.L. (2018) Zones of Proximal Emotional Development – Psychotherapy Within a Neuroaffektive Perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 17:1, s28-42.
- Johnsen, A & Lundby, G. (2002) Redaksjonelt. *Fokus på familien.*, nr1, s1-2.
- Johnsen, H. (2004) «Fysioterapi og traumebehandling» *Fysioterapeuten*, nr.8, s10-11.
- Killingmo, K. (1984). Hva er dynamisk psykoterapi? *Nordisk Psykologi*, 36(3), s129-146.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal.
- Kåver, A (2012) *Allianse. Den terapeutiske relasjonen*. Gyldendal Akademiske.
- Lien, J. (2018) *Relasjon og kropp*. Kolofon.
- Monsen, K. (1989). *Psykodynamisk kroppsterapi: en behandlingstilnærming basert på fysioterapi og psykologi*. Oslo. TANO
- Nissen-Lie, H.E., Havik, O.E., Høglend, J.T. & Rønnestad, M.H. (2013) The Contribution of the Quality of Therapists' Personal Lives to the Development of the Working Alliance. «*Journal of Counselling Psychology*» vol.60(4), s483-495.
- Nyre, H. (2013) Mellom relasjon; en kvalitativ intervjuundersøkelse om profesjonell utvikling blant fysioterapeuter i psykomotorisk fysioterapi. Masteroppgave i helsefag. Universitet i Tromsø.
- Leseth, A.B. & Tellmann, S.M (2018) Hvordan lese kvalitativ forskning. Cappelen Damm Akademiske.
- Lindseth, A. & Nordberg, A. (2004) «A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience» *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol 18, s 145-153.

- Malterud, K. (2017) Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Universitetsforlaget.
- Nordanger, D.Ø. (2008). Relasjonens kraft. RVTS Sør, publisert 07.11.18.
- Nordanger, D.Ø. (2014) Regulering som nøkkelbegrep og tolleransevindu som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, vol 51, nr 7, s530-536.
- Nordvedt, F. (2008) Kroppsfenomenologisk forskning – i grenselandet mellom empiri og filosofi. *Nordic Journal of Nursing Research* (3) vol.28, s53-55.
- Nyre, H. & Steinsvik, K. (2015) Profesjonell utvikling etter spesialisering i psykomotorisk fysioterapi; kvantitativ intervjustudie. *Fysioterapeuten*, nr.7, s24-29.
- Olsson, H. & Sørensen, S. (2009) *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Ottesen, A., & Thornquist, E. (2015) Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (02), s130-138.
- Ploog, D.W (2003) The place of the Triune Brain in psychiatry. *Physiology & Behavior*.nr.79, s487-493.
- Richardsen, A.M. & Martinussen, M. (2008) Hva skal til for å øke arbeidsglede og motivasjon?; en undersøkelse av jobbengasjement i helse-og omsorgsykker. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening* (2008), vol45, nr.3, s249-257.
- Rønnestad, M.H. & Skovholt, T.M. (2003). The journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30(1), s1-45 doi: 101177/089484530303000102.
- Rønnestad, M.H. & Orlinsky, D.E. (2006) Terapeutisk arbeid og profesjonell utvikling: En

internasjonal studie. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, vol 43, nr 11, s 1175-1178.

Råheim, M. (2003) Kroppsfenomenologi – innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten* 2003 (1), s14-18.

Safran, D.D. & Muran, J.C. (2000) Resolving therapeutic alliance ruptures: diversity and integration. *Journal of clinical psychology*. February 2000, vol.56(2), s233-43.

Schibbye, A-L,L. (2009) *Relasjoner*. Universitetsforlaget.

Sivland, R., Martinsen og Råheim, M (2007). Hvis ikke kropp og psyke – hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten* 74(12), s23-28.

Skau, Greta Marie (2011) *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm akademiske.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stenicke, E. (2010) *Psykatrieboken sinn- kropp – Samfunn*. Oslo: Gyldendal Forlag.

Solheim, I.J. (2012) Nærvær i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*,9/1), s44-53.

Stensland, P. (2000). Kroppslige dialoger – inngangsport til samtaler om fastlåste plager. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*,24(10),120:2925- Lokalisert 17,01.2012 på <http://tidsskriftet.no/article/190606>.

Thornquist, E. (1988). Kap.: Livet innebærer variasjon og veksling. I: *Fagutvikling i fysioterapi* (s149-163). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag AS.

Tvedten, N. (2013) Øvelse gjør mester. Erfaringens betydning som kunnskapskilde i fysioterapeuters bevegelsespraksis. *Fysioterapeuten*, 2013 (6), s28-31.

Øien, A.M, Steinhaug, S., Iversen, S.& Råheim, M. (2011) Communication as negotiation process in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (2011), vol25(1), s53-61.

Øvreberg, G.& Andersen, T. (2002) *Aadel Bulow-Hansens fysioterapi. En metode til omstilling av avspent muskulatur og hemmet respirasjon*. (Skarnes). Compendius forlag AS.

12 VEDLEGG

12.1 VEDLEGG 1 - SAMTYKKE TIL STUDIEN

Nedenfor følger samtykkeerklæring fra studiens utvalg.

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel.

- Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her.
- Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan dokumentere at du har fått samtykke fra rett person (se veiledning på NSDs nettsider).
- Hvis konteksten tilsier at du bør gi muntlig informasjon og innhente muntlig samtykke (f.eks. ved forskning i muntlige kulturer eller blant analfabeter), anbefaler vi at du tar lydopptak av informasjon og samtykke.

Hvis foreldre/verge samtykker på vegne av barn eller andre uten samtykkekompetanse, må du tilpasse formuleringene. Husk at deltakerens navn må fremgå.

Tilpass avkryssingsboksene etter hva som er aktuelt i ditt prosjekt. Det er mulig å bruke punkter i stedet for avkryssingsbokser. Men hvis du skal behandle særskilte kategorier personopplysninger og/eller de fire siste punktene er aktuelle, anbefaler vi avkryssingsbokser pga. krav om eksplisitt samtykke.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet (sett inn tittel), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i (sett inn aktuell metode, f.eks. intervju)
- å delta i (sett inn flere metoder, f.eks. spørreskjema) – hvis aktuelt
- at lærer kan gi opplysninger om meg til prosjektet – hvis aktuelt
- at mine personopplysninger behandles utenfor EU – hvis aktuelt
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes (beskriv nærmere) – hvis aktuelt
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til (beskriv formål) – hvis aktuelt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. (oppgi tidspunkt)


(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Samtykkeerklæring

Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel.

- Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her.
- Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan dokumentere at du har fått samtykke fra rett person (se veiledning på NSDs nettsider).
- Hvis konteksten tilsier at du bør gi muntlig informasjon og innhente muntlig samtykke (f.eks. ved forskning i muntlige kulturer eller blant analfabeter), anbefaler vi at du tar lydopptak av informasjon og samtykke.

Hvis foreldre/verge samtykker på vegne av barn eller andre uten samtykkekompetanse, må du tilpasse formuleringene. Husk at deltakerens navn må fremgå.

Tilpass avkryssingsboksene etter hva som er aktuelt i ditt prosjekt. Det er mulig å bruke punkter i stedet for avkryssingsbokser. Men hvis du skal behandle særskilte kategorier personopplysninger og/eller de fire siste punktene er aktuelle, anbefaler vi avkryssingsbokser pga. krav om eksplisitt samtykke.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet (*sett inn tittel*), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i (*sett inn aktuell metode, f.eks. intervju*)
- å delta i (*sett inn flere metoder, f.eks. spørreskjema*) – hvis aktuelt
- at lærer kan gi opplysninger om meg til prosjektet – hvis aktuelt
- at mine personopplysninger behandles utenfor EU – hvis aktuelt
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes (*beskriv nærmere*) – hvis aktuelt
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til (*beskriv formål*) – hvis aktuelt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. (*oppgi tidspunkt*)

Hilde P. Væddel, 25.09.2018

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Samtykkeerklæring

Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel.

- Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her.
- Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan dokumentere at du har fått samtykke fra rett person (se veiledning på NSDs nettsider).
- Hvis konteksten tilsier at du bør gi muntlig informasjon og innhente muntlig samtykke (f.eks. ved forskning i muntlige kulturer eller blant analfabeter), anbefaler vi at du tar lydopptak av informasjon og samtykke.

Hvis foreldre/verge samtykker på vegne av barn eller andre uten samtykkekompetanse, må du tilpasse formuleringene. Husk at deltakerens navn må fremgå.

Tilpass avkryssingsboksene etter hva som er aktuelt i ditt prosjekt. Det er mulig å bruke punkter i stedet for avkryssingsbokser. Men hvis du skal behandle særskilte kategorier personopplysninger og/eller de fire siste punktene er aktuelle, anbefaler vi avkryssingsbokser pga. krav om eksplisitt samtykke.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet (sett inn tittel), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i (sett inn aktuell metode, f.eks. intervju)
- å delta i (sett inn flere metoder, f.eks. spørreskjema) – hvis aktuelt
- at lærer kan gi opplysninger om meg til prosjektet – hvis aktuelt
- at mine personopplysninger behandles utenfor EU – hvis aktuelt
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes (beskriv nærmere) – hvis aktuelt
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til (beskriv formål) – hvis aktuelt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. (oppgi tidspunkt)

Mona Larsen 25.09-18
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Samtykkeerklæring

Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel.

- Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her.
- Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan dokumentere at du har fått samtykke fra rett person (se veiledning på NSDs nettsider).
- Hvis konteksten tilsier at du bør gi muntlig informasjon og innhente muntlig samtykke (f.eks. ved forskning i muntlige kulturer eller blant analfabeter), anbefaler vi at du tar lydopptak av informasjon og samtykke.

Hvis foreldre/verge samtykker på vegne av barn eller andre uten samtykkekompetanse, må du tilpasse formuleringene. Husk at deltakerens navn må fremgå.

Tilpass avkryssingsboksene etter hva som er aktuelt i ditt prosjekt. Det er mulig å bruke punkter i stedet for avkryssingsbokser. Men hvis du skal behandle særskilte kategorier personopplysninger og/eller de fire siste punktene er aktuelle, anbefaler vi avkryssingsbokser pga. krav om eksplisitt samtykke.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet (*sett inn tittel*), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i (*sett inn aktuell metode, f.eks. intervju*)
- å delta i (*sett inn flere metoder, f.eks. spørreskjema*) – hvis aktuelt
- at lærer kan gi opplysninger om meg til prosjektet – hvis aktuelt
- at mine personopplysninger behandles utenfor EU – hvis aktuelt
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes (*beskriv nærmere*) – hvis aktuelt
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til (*beskriv formål*) – hvis aktuelt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. (*oppgi tidspunkt*)

Kari Eikeland, 09.10.18

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

12.2 VEDLEGG 2 - GODKJENNING NSD

Nedenfor følger godkjenning fra NSD.

26 11 2018

NSD - Min side

Nina Solli Vatland

Navigering i kroppens reaksjoner og ressurser. Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer ved å bruke de nevroaffektive kompasser.

Referanse: 946022

Sist endret

17.09.2018 12:13

Status

Vurdert

Åpne Meldeskjema

Dialog om meldeskjema 946022

Skriv melding her

Send melding

N

NSD Personvern

17.09.2018 15:21

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 946022 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

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

MELD ENDRINGER

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

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

<https://minside.nsd.no/meldeskjema/5b5f2bea-597b-40f7-b8a3-f689314eaaa7/meldinger>

1/3

26.11.2018

NSD - Min side

formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Ida Jansen Jondahl

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

N

NSD Personvern

17.09.2018 12:13

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 946022 er innsendt og mottatt.

N

NSD Personvern

15.09.2018 13:46

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 946022 må kompletteres for at NSD kan gi det en vurdering.

Følgende kommentar er gitt av NSDs personvernrådgiver:

Hei.

Du må gjøre en oppdatering til i meldeskjemaet ditt. På siden "behandling" må du legge til at du som student har tilgang til opplysningene. Beklager dersom dette virker pinkete, men jeg har ikke mulighet til å redigere i skjemaet ditt. Meldeskjemaet er dokumentasjon på behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt, og det må derfor være komplett.

I tillegg minner vi om at fysioterapeutene har taushetsplikt, og anbefaler at du tar dette opp med informantene i forbindelse med intervjuet. Forsker og informant har et felles ansvar for at det ikke kommer taushetsbelagte opplysninger om pasientene inn i datamaterialet. Forsker må stille spørsmål på en slik måte at taushetsplikten kan overholdes. Det må utvises varsomhet ved bruk av eksempler, og vær oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, f.eks. alder, kjønn, tid, sted og eventuelle spesielle hendelser/saksopplysninger.

Når du har gjort oppdateringene, må du på siste side i skjemaet under «Send inn» velge «Bekreft innsending». Når du har gjort dette vil vi ferdigvurdere meldeskjemaet ditt.

Du finner meldeskjemaet ditt på meldeskjema.nsd.no/5b5f2bea-597b-40f7-b8a3-f689314eaaa7/rediger

Du kan chatte direkte med NSDs personvernrådgivere fra ditt meldeskjema. Du kan også svare på denne meldingen på minsida.nsd.no.

N

NSD Personvern

08.09.2018 16:37

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 946022 er innsendt og mottatt.

N

NSD Personvern

01.09.2018 14:02

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 946022 må kompletteres for at NSD kan gi det en vurdering.

Følgende kommentar er gitt av NSDs personvernrådgiver:

Hei,

Vi har gjort en første vurdering av ditt innsendte meldeskjema og har på bakgrunn av dette noen kommentarer:

1. Du må besvare alle spørsmål i meldeskjemaet. Du må derfor krysse ja eller nei på spørsmålet: "Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?" Sjekk ut hjelpeteksten om du er usikker.

2. Ser at du har en intervjuguide i projektskissen din, men kan du også laste denne opp som vedlegg under gruppeintervju?

3. Informasjonsskrivet du har utformet er i hovedsak godt laget, men det må oppdateres slik at prosjektet ditt er i tråd med det nye personvernregelverket som ble innført 20. juli. Du må blant annet opplyse utvalget om sine rettigheter. Bruk gjerne informasjonsskrivet du har laget som utgangspunkt, men ta en titt på våre nettsider/nye mal for å få med de opplysningene som mangler:

nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke

Vi ber om at du oppdaterer meldeskjemaet i henhold til punktene over og laster opp aktuelle vedlegg. Vi minner om at du på siste side i skjemaet under «Send inn» må velge «Bekreft innsending». Når du har gjort dette vil vi gjøre en ny vurdering av ditt prosjekt.

Lykke til med videre utfylling!

Du finner meldeskjemaet ditt på meldeskjema.nsd.no/5b5f2bea-597b-40f7-b8a3-f689314eaaa7/rediger

Du kan chatte direkte med NSDs personvernrådgivere fra ditt meldeskjema. Du kan også svare på denne meldingen på minside.nsd.no.

N

NSD Personvern

30.07.2018 17:38

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 946022 er innsendt og mottatt.