

# «Med seg selv som verktøy»

-Ivaretagelse av seg selv som terapeut i psykomotorisk  
fysioterapi

**Kristine Rørvik Kjærnem**



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap**

**HØGSKOLEN I BUSKERUD OG  
VESTFOLD**

15. 09. 2015





## FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP

Papirbredden, Drammen Kunnskapspark

Grønland 58

3045 DRAMMEN

<b>Navn:</b>  <b>Kristine Rørvik Kjærnem</b>	<b>Dato:</b>  <b>15. september 2015</b>
<b>Tittel og undertittel:</b> «Med seg selv som verktøy» -Ivaretagelse av seg selv som terapeut i psykomotorisk fysioterapi	
<p><b>Sammendrag: Bakgrunn:</b> Studien gjennomføres som en del av masterstudiet i klinisk helsearbeid, psykisk helsearbeid, ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV). Utgangspunktet for valg av tema er egne erfaringer som psykomotorisk fysioterapeut og hvor spennende og krevende denne arbeidsformen kan være.</p> <p><b>Hensikt:</b> Å finne ut mer om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter ivaretar seg selv i arbeidshverdagen. Det er lite forskning på terapeutrollen og utvikling etter videreutdannelsen innenfor psykomotorisk fysioterapi. Gjennom deltagerens erfaringer ønsker jeg å bidra til økt forståelse og fokus på viktigheten av ivaretagelse av seg selv for psykomotoriske fysioterapeuter spesielt, og med gjenkjennelse hos helsepersonell generelt.</p> <p><b>Teoretisk forankring:</b> det presenteres teorier om kropp og fenomenologi, om psykomotorisk behandlingsmetode, om terapeutrollen og faktorer i arbeidslivet. Studien bygger på forskning om terapeutrolle og psykomotorisk fysioterapi.</p> <p><b>Design og metode:</b> Studien har et deskriptivt og eksplorerende design, og er inspirert av en fenomenologisk-hermeneutisk metode. Det er gjennomført 2 kvalitative fokusgruppeintervjuer med psykomotoriske fysioterapeuter, en gruppe fra privat praksis og en gruppe fra psykisk helsearbeid. Studien er analysert og inspirert etter Graneheim og Lundmans kvalitative meningsinnholdsanalyse (2004).</p> <p><b>Resultat:</b> Pusterom, refleksjon og støtte skaper ivaretagelse og utvikling i terapirommet. Ivaretagelsen skjer på flere områder; gjennom kollegastøtte, holdninger til behandling, gjennom ytre teknikker og gjennom terapeutrollen.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Ivaretagelse av seg selv er et tema som er sentralt og viktig for psykomotoriske fysioterapeuter. Det varierer med arbeidssted og rammebetingelser i hvor stor grad man får prioritert ivaretagelse. På bakgrunn av funn i studien kan det synes at ivaretagelse av seg selv som terapeut bør styrkes som tema inn i videreutdanningene og av faggruppen for psykomotorisk fysioterapi i fysioterapeutforbundet. Mer forskning bør gjøres rundt emnet.</p>	
<b>Nøkkelord:</b> psykomotorisk fysioterapi, den psykomotoriske fysioterapeuten, ivaretagelse, fokusgruppeintervju.	



FACULTY OF HEALTH SCIENCES

Papirbredden Drammen Kunnskapspark

Grønland 58

3045 DRAMMEN

<b>Name:</b>  <b>Kristine Rørvik Kjærnem</b>	<b>Date:</b>  <b>15. september 2015</b>
<b>Title and subtitle:</b> Using oneself as an instrument -taking care of one self as a therapist in Norwegian Psychomotor Physiotherapy	
<b>Abstract:</b>  <b>Background:</b> this thesis is written as part of my Master`s degree in mental health, study of clinical health, faculty of Health sciences at Buskerud and Vestfold University College. The basis for my choice of topic is my own experiences working and how challenging and exciting this work can be.  <b>Purpose:</b> to find out how Norwegian Psychomotor physiotherapists take care of themselves at work. There are just a few studies regarding professional development as a therapist after specializing to a Norwegian Psychomotor Physiotherapist. There is not much research on the role and development of the physiotherapist after further training in psychomotor physiotherapy. Through the experiences described by the participants, I wish to contribute to increased understanding of, and focus on the importance of taking care of oneself. Particularly for psychomotor physiotherapists, but also for health care workers in general.  <b>Theoretical framework:</b> theories about the body and phenomenology, the method of treatment in Norwegian Psychomotor Physiotherapy, the role of the therapist, theories of working life. The study is based on research on the role of the therapist and psychomotor physiotherapy.  <b>Design and method:</b> the thesis has an explorative and descriptive design and is inspired by a phenomenological-hermeneutical approach. Two qualitative focus-group interviews were carried out, represented by a group working in mental care and a group working in private practice. The material was analyzed according to Graneheim and Lundman`s qualitative content analysis (2004).  <b>Results:</b> to “taking a moment to breathe”, reflections and support, help the therapists to develop and expand as therapists. The participants describe support from colleagues, attitudes and action in the therapy, different practical techniques and improving as a therapist, as how they take care of themselves.  <b>Conclusion:</b> Norwegian Psychomotor Physiotherapists describe taking care of themselves as therapists as an important issue. To which extent the therapists can take care of themselves vary according to their place of employment and working conditions. According to the results of the study and the importance of taking care of oneself as a therapist, this should be of priority to the different schools of education and the Union of Physiotherapists - Psychomotor group. Further research should be done considering taking care of oneself as a therapist.  <b>Key words:</b> Norwegian Psychomotor Physiotherapy, the Psychomotor Physiotherapist, taking care of oneself, focus-group interview.	

## TUSEN TAKK

Jeg ønsker å takke min veileder Siren Eriksen som har vært tålmodig, alltid like blid, med en egen evne til å motivere og holde inspirasjonen oppe, og ikke minst med all sin kunnskap og ydmykhet for forskning. Jeg ønsker også å takke veiledningsgruppen min, som har vært uvurderlige som gjensidige motivatorer for hverandre helt fra starten av. Jeg ønsker å takke Kirsten Ekerholt, HiA og Anne Gretland, UiT og Merete Victoria Brun som hjalp meg med rekrutteringen av deltagere. Takk til faggruppe for psykomotorisk fysioterapi fordi jeg fikk lov til å legge ut informasjon om studien på nettsiden deres. Jeg vil også takke mine tidligere sjefer Hanne Holter og Mona Østhus, og nåværende sjef, Ellen Wille, som har vært positive og hatt tro på at jeg får ferdigstilt prosjektet mitt. Takk til kollegaer Kjersti Engan og Inger-Marit Tegdal for at dere har hørt på mine frustrasjoner. Takk til min gode kollega Gunn Kristine Henriksen for lesing av oppgaven og konstruktive tilbakemeldinger underveis. Sist, men ikke minst vil jeg takke barna mine Nora og Henrik, som synes mamma sin «lekse» har tatt veldig lang tid å fullføre, og til Morten, mannen min som har puffet og dyttet og støttet meg, hatt troen på meg, og stilt opp når jeg har trengt tid for meg selv.



## Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING .....	9
1.1	Tema og bakgrunn for oppgaven .....	9
1.2	Problemstilling og forskningsspørsmål .....	10
1.3	Begrepsavklaringer .....	10
2.0	TEORIGRUNNLAG .....	12
2.1	Presentasjon av litteratur fra forskningsfeltet .....	12
2.2	Presentasjon av teorier .....	15
2.2.1	Kroppen og fenomenologien .....	15
2.2.2	Psykomotorisk fysioterapi som behandlingsmetode .....	17
2.2.3	Terapeuten .....	18
2.2.4	Faktorer i arbeidshverdagen .....	20
3.0	DESIGN OG METODE .....	21
3.1	Vitenskapsteoretisk forankring: fenomenologisk-hermeneutisk metode .....	22
3.2	Kvalitativt studiedesign .....	23
3.3	Utvalg og rekruttering .....	23
3.4	Forforståelse .....	25
3.5	Forskningsetiske refleksjoner .....	26
3.6	Intervjuene .....	28
3.6.1	Pilotintervju .....	28
3.6.2	Det kvalitative intervjuet .....	29
3.6.3	Gjennomføring av intervjuene .....	29
3.6.4	Transkribering .....	31
3.7	Analyse .....	32
4.0	PRESENTASJON AV RESULTATER .....	33
4.1	Kollegautveksling .....	34
4.1.1	Møtepunkter med andre .....	34
4.1.2	Å føle seg alene .....	36
4.1.3	Gjensidig forståelse .....	37
4.1.4	Respekt, anerkjennelse og samarbeid i forhold til andre faggrupper .....	38
4.1.5	Det sosiale aspektet .....	39
4.2	Holdning til behandling .....	40
4.2.1	Praktisk grensesetting .....	40
4.2.2	Å være god nok .....	41
4.2.3	Valg rundt pasientene .....	42

4.2.4	Å styre arbeidsdagen selv.....	43
4.2.5	Rammeverket rundt .....	44
4.3	Ytre teknikker .....	45
4.3.1	Kurs og faglig oppdatering.....	45
4.3.2	Avreagere etter behandling .....	46
4.3.3	Mestringsstrategier på fritiden.....	46
4.4	Terapeutrollen .....	48
4.4.1	Hvordan man selv har det; privatperson og terapeut.....	48
4.4.2	Være tilstede i kroppen .....	48
4.4.3	Håndtere å bli berørt gjennom trygghet i seg selv.....	49
4.5	Overordnet forståelse .....	50
5.0	DISKUSJON .....	51
5.1	Pusterom .....	52
5.2	Refleksjon .....	55
5.3	Opplevelse av støtte .....	59
5.4	Ivaretagelse og utvikling .....	64
5.5	Kvalitet på studien .....	66
5.5.1	Troverdighet.....	67
5.5.2	Pålitelighet.....	70
5.5.3	Overførbarhet .....	73
6.0	AVSLUTNING .....	74
7.0	LITTERATURLISTE.....	76
8.0	VEDLEGG .....	82



## **1.0 INNLEDNING**

Psykomotoriske fysioterapeuter har en spennende tilnærming til pasienter med både rom for kroppslig erfaring og samtaler underveis. Dette samhandlingsrommet utfordrer fysioterapeuten på mange plan der kunnskap, ferdigheter, personlighet, allianse, åpenhet, anerkjennelse og undring er noe av det som skal til for å skape rom for endring og bevegelse hos den andre (Bunkan, 2008). Tvedten (2013) hevder at det er av avgjørende betydning i behandlingen at man som terapeut finner sitt eget uttrykk og sin egen måte for å nå frem til pasienten. Teknikk og metode er ikke nok. Fysioterapeutens personlige og kroppslige erfaringer i behandlingen, og refleksjon rundt dette er sentralt i møtet med pasienter. Tvedten (2013) karakteriserer dyktige psykomotoriske fysioterapeuter som de som «finner sin egen stemme og uttrykk» i terapien og kombinerer dette med fagkunnskap.

Psykomotorisk fysioterapibehandling kan bestå av intense øyeblikk. Som psykomotorisk fysioterapeut skal man hele tiden være oppmerksomt tilstede i seg selv og sin egen kropp, samtidig som man skal romme den andre og dennes følelser og reaksjoner. Mange av pasientene som behandles av psykomotoriske fysioterapeuter har såkalte «sammensatte lidelser» (Gretland og Thornquist, 2010). Det beskrives at selv om hovedkategorien av pasienter har muskel-skjelettdiagnoser med langvarige smerteproblemer eller nevrologiske tilstander, så er komorbiditet med emosjonelle vansker, anspenhet, pustebesvær, søvnvansker, engstelse og uro, kjente tilleggsp problemer. Samtidig har 23 % av pasientene psykisk diagnose som førstediagnose. Mange av pasientene er traumatiserte og flere studier beskriver at det er vanlig å behandle pasienter med belastende livshendelser (Sviland et al 2012, Thornquist 2005, Øien et al 2007 og Øien 2013). Hvordan påvirkes terapeuten av dette? Hvordan klarer terapeuten å stå støtt i seg selv over tid?

### **1.1 Tema og bakgrunn for oppgaven**

Denne masteroppgaven er forankret i psykisk helsearbeid. Bøe og Thomassen (2007) beskriver at psykisk helsearbeid er et tverrfaglig og flervitenskapelig felt innen praksis, forskning og utdanning. De skriver videre at en rekke ulike profesjoner og fag kan

representere relevant utgangspunkt for psykisk helsearbeid. De nevner fysioterapi som et av fagfeltene innen psykisk helsearbeid (Bøe og Thomassen, 2007). Psykisk helsearbeid er et stort fagfelt, men fysioterapi har også sin plass innenfor dette arbeidet. I psykomotorisk tradisjon tenker man at kropp og psyke henger sammen, og det er utgangspunktet for behandlingstilnærmingen (Bunkan, 2008) Psykomotoriske fysioterapeuter jobber med sammensatt problematikk, en del innen psykisk helsearbeid, psykiatri og mange i privat praksis. Jeg har selv 11 års erfaring som fysioterapeut, og ble utdannet psykomotorisk fysioterapeut i 2009. Jeg tenker at oppgaven belyser en del av virkeligheten innen psykisk helsearbeid, og jeg hadde lyst til å forske på terapeutenes arbeidshverdag. Denne oppgaven kan kanskje bidra til å belyse hva slags erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har i sin arbeidshverdag og hvordan de tar vare på seg selv på jobb.

## **1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Følgende problemstilling er formulert:

**Hvordan beskriver psykomotoriske fysioterapeuter det å ivareta seg selv i arbeidshverdagen, og hvordan kan disse beskrivelsene forstås?**

Forskningsspørsmål:

Hva innebærer det for psykomotoriske fysioterapeuter å ivareta seg selv i arbeidshverdagen?

## **1.3 Begrepsavklaringer**

*Psykomotorisk fysioterapi:*

Psykomotorisk fysioterapi er sammensatt av to begreper, og har fått navnet fordi det er en helhetlig behandlingsform basert på et integrert helsebegrep der mennesket er sammensatt av kropp, tanker og følelser (Norsk fysioterapeutforbund, 2011). *Psyko* betyr:” sjelen” (av gresk) og innebærer hvordan vi forstår, tenker og tolker om oss selv og omverden (Norsk fysioterapeutforbund, 2011). Mens *Psyke* betyr:” sjel, sans, sjelsliv eller åndelig karakter”

(Lindskog, 1998). Motorisk betyr «å sette i bevegelse» (Norsk fysioterapeutforbund, 2011) eller «som har sammenheng med bevegelse» (Lindskog, 1998).

Behandlingsformen er særegen norsk innen fysioterapi og ble utviklet gjennom samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bulow Hansen i 40-årene. (Bunkan, 2001). Behandlingsmetoden representerte et helhetssyn på mennesket, hvor symptomet ble sett på som ubalanse i kroppen. Kropp og følelser påvirker hverandre gjensidig. Parallelt med den kroppslige omstillingsprosessen gjennom behandling, gjennomgikk mange en psykisk omstilling (Bunkan, 2011). Behandlingsformen utviklet seg fra praktisk opplæring, til videreutdanninger og Master som kom i 2010 (Gretland og Thornquist, 2010). I dag kan man ta Masterprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø eller Videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus (ibid). I pasientinformasjonsbrosjyren til Norsk fysioterapeutforbund (2011) står det blant annet at ”behandlingen innebærer samtale, ulike former for massasje, berøring og bevegelse”. Videre beskrives det at man får kontakt med muskelspenninger og pust, og at man kan få tilbake naturlig avspenningsevne, og spontan pust, at bearbeiding av vanskelige følelser kan være del av tilnærmingen. Det er beskrevet at psykomotoriske fysioterapeuter kan ha et bredt nedslagsfelt. De kan jobbe innen kommunehelsetjeneste, offentlig og privat praksis, i spesialisthelsetjenesten i smertepoliklinikker, nevrologiske avdelinger, i psykiatrien på avdelinger eller poliklinikker. De kan jobbe med barn, unge og voksne, eller i bedriftshelsetjeneste, eller som konsulentvirksomhet (Norsk fysioterapeutforbund, 2011).

Psykomotorisk fysioterapi kan forkortes PMF og denne forkortelsen brukes flere steder i oppgaven.

#### *Ivaretagelse:*

I denne sammenhengen selv-omsorg. Å bevisst legge merke til det som er hensiktsmessig, bra og riktig for deg i din tilværelse (Brudevold, 2008). Å vise en åpenhet mot indre opplevelser og selvforståelse. En tilstedeværelse og fokus i seg selv, som Løvlie Schibbye beskriver som livsbevissthet (Løvlie Schibbye, 2006). Gjennom å kjenne etter i seg selv og være bevisst, kan man gjøre endringer, eller ta hensyn som kan føre til at man ivaretar seg selv (Williams et al, 2010).

### *Psykisk lidelse:*

Som Bøe og Thomassen (2007) beskriver, omfatter begrepet psykisk helsearbeid et mangfold av ulike fenomener. Bøe og Thomassen (2007) skriver at mennesker med psykiske lidelser ofte kan ha en særlig sårbarhet. Samtidig trekker de frem at man skal være forsiktig med å skape felles språklige begreper siden dette feltet er veldig nyansert, og omdiskutert, og et begrepsmessig og språklig mangfold kan være nyttig i psykisk helsearbeid. Med denne ydmyke holdningen til feltet i grunn, men av praktiske hensyn, og fordi det benevnes i ulik aktuell litteratur, og fordi noen av deltagerne sier det, velger studenten likevel i denne oppgaven å benytte begrepet «psykiske lidelser» noen steder om dem som kommer til psykomotorisk behandling med en psykiatrisk diagnose på henvisningen.

### *Pasienten:*

Man kan omtale personene som kommer til behandling hos psykomotorisk fysioterapeut på mange ulike måter for eksempel som; klient, pasient eller bruker. Psykomotorisk fysioterapi har en forankring som setter brukerperspektivet i fokus, og som vektlegger den erfaringsbakgrunnen brukerne har. Man snakker om en terapi som ofte kan være en hjelp til selvhjelp, bevisstgjøring av kroppslige og personlige ressurser (Bunkan, 2008 ). Fordi deltagerne i denne oppgaven snakket om «pasienter» , så vil hovedsakelig denne benevnelsen brukes, men teoretikere og litteraturen bruker også de andre benevnelsene, og derfor vil det forekomme flere begreper.

## **2.0 TEORIGRUNNLAG**

### **2.1 Presentasjon av litteratur fra forskningsfeltet**

Det foreligger bøker som omhandler psykomotorisk fysioterapi som metode, (Bunkan 2008, Gretland 2007 og flere andre bøker) og det har i de senere årene kommet mer litteratur, men det har vært forsket relativt lite på feltet norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Den forskningen som er gjennomført dreier seg stort sett om pasientens perspektiv, både i forhold til behandling, diagnose og erfaringer. Majoriteten av forskningen på området er av kvalitativ

metode, selv om noe kvantitativt er gjort med tanke på skalering og undersøkelsesmetoder (Bunkan 2003, Kvåle et al 2010).

Når jeg skulle gjøre litteratursøk til oppgaven brukte jeg søkeord som «psykomotorisk fysioterapi» og «Psychomotor physiotherapy». Jeg forventet ikke å finne så mye på de engelskspråklige databasene, først og fremst fordi psykomotorisk fysioterapi er en særegen norsk metode, og fordi det er gjort relativt lite forskning på emnet særlig når det gjelder terapeutrollen. Jeg søkte på Cochrane og PEDro, men fikk ingen treff her, noe jeg egentlig ikke forventet. På Embase fikk jeg 18 treff, hvor jeg kikket nærmere på 7 av studiene, på Cinahl 13 treff og på PsycINFO 7, men det meste omhandlet terapeut-pasient relasjonen som egentlig ikke passet til min problemstilling, og mange av de samme studiene var presentert i de ulike databasene. SveMed hadde jeg mer tro på i utgangspunktet fordi det er samlet mye nordisk forskning her. Jeg fikk 68 treff (peer reviewed), og gikk igjennom listene og sjekket ut flere funn herfra. Når jeg kombinerte psykomotorisk fysioterapi med «erfaring» fikk jeg ingen treff. Jeg søkte også på «psykomotorisk fysioterapeut» og fikk 5 treff, men det var ikke noe aktuelt om terapeutrollen ut i fra dette. Jeg søkte på «psykomotorisk fysioterapi og behandling» og fikk 40 treff, men ikke noe nytt her heller. Jeg måtte gå igjennom og se spesielt på de aktuelle funn jeg kom over. Jeg søkte videre ut i fra hva jeg fant på SveMed på tidsskriftene Fysioterapeuten, og Tidsskrift for den Norske Lægeforening. Jeg hadde også en del artikler fra før.

Når det gjelder litteratur som er spesifikt rettet mot den psykomotoriske terapeuten, og terapeutrollen, er det gjort feltarbeid der man har fulgt terapiprosesser, for eksempel multiple case studier (Øien et al, 2009). Andre metoder har vært observasjoner med og uten video (Stokkenes, 1999) intervjuer som; dybdeintervju (Øien et al, 2007) og fokusgruppeintervjuer (Dragesund og Råheim, 2008). Noe av forskningen er litteraturstudier eller essays (Sviland et al, 2012) og noe er kasuistikker med og uten litteraturhenvisninger (Hafsahl, 2000, 2007; Thornquist, 2005). Tvedten (2013) har gjort et feltarbeid blant fem erfarne fysioterapeuter og sett på erfaringens betydning som terapeut i bevegelsespraksis.

Jeg søkte også på bibsys/Oria etter masteroppgaver fordi det er en del psykomotorikere som tar master, blant annet de som tar master i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi Tromsø,

og jeg fant flere aktuelle funn her. Flere masteroppgaver har i de senere årene studert tematikken terapeutrollen i psykomotorisk fysioterapi (Haugli 2012, Nyre 2013 og Hagen 2014). De har kommet inn på tema ivaretagelse av seg selv som terapeut, og det har vært sentrale funn i oppgavene rundt ivaretagelse, selv om dette tema ikke var utgangspunkt for oppgavene (Hagen 2014, Haugli, 2012, Nyre 2012 ). Nyre har nå laget en kvalitativ artikkel om profesjonell utvikling etter spesialisering i psykomotorisk fysioterapi (Nyre, 2015).

Hildegunn Nyre (2012) skrev masteroppgaven: «Mellom relasjon og refleksjon», og har nå skrevet artikkelen «Profesjonell utvikling etter spesialisering i psykomotorisk fysioterapi» (2015). Hun gjorde 3 kvalitative dybdeintervjuer med psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis, der hun undersøkte hvordan de beskrev sin terapeutiske rolle som psykomotoriker, den faglige utviklingen som hadde skjedd etter utdanningen, og hvem eller hva som hadde bidratt til denne utviklingen. Hun fant at kildene til vekst som terapeut lå i møtene med pasientene i praksis, og i stor grad i kontakt og støtte med kollegaer. Egenbehandling, veiledning og skifte av arbeidsplass var også noe som ga vekst, mens den teoretiske kunnskapen hadde hatt mindre å si for utviklingen av terapeutene (Nyre, 2012 og 2015). En større toleranse for ulike pasienter, relasjonell trygghet, og relasjonell og kroppslig forståelse er beskrivelser av utviklingen terapeutene har hatt. Deltagerne trekker fram privat praksis som en utilstrekkelig ramme for profesjonell utvikling på grunn av manglende veiledningsordninger og manglende tverrfaglig samarbeid. Deltagerne beskriver at de kan stå svært alene med tunge utfordringer. Studien (2012) og artikkelen (2015) stiller spørsmålsteget til om ambisjonene og kunnskapsnivået psykomotorikerne har, står i stil til det de lærte på utdanningen og de rammene som er i privat praksis.

Nils Harald Haugli (2012) gjorde i sin masteroppgave 10 kvalitative dybdeintervjuer med psykomotoriske fysioterapeuter. Hans utgangspunkt var å få en fordypet kunnskap om psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid, og oppgaven het «Psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid. Psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner». Han hadde fire forskningsspørsmål der terapirollen var ett av spørsmålene. De andre spørsmålene gikk på samtaleens betydning, hva psykomotorisk fysioterapi betyr for pasientene, og hva psykomotorisk fysioterapi bidrar med innen psykisk helsearbeid. Han fant blant annet at viktige egenskaper hos en psykomotorisk fysioterapeut er å være tilstede for pasienten, og

egen ivaretagelse som terapeut. Sentralt når han beskriver disse underkategoriene er empati, motoverføring og egenomsorg. Han fant også at utfordringer deltagerne står i er lange ventetider for pasientene, prosessen rundt avslutning av terapien, og for lite samarbeid med andre fagpersoner (Haugli, 2012).

Ingrid Hagen (2014) skrev masteroppgave om «Den psykomotoriske fysioterapeutens opplevelser i møtet med pasientene». Hun gjorde tre fokusgruppeintervjuer med til sammen 13 deltagere. Hun fant to hovedtemaer; «å være i følelsene og ta vare på seg selv». Hovedtema «å ta vare på seg selv», ble delt i tre kategorier: «å være i egen kropp, hva gjør denne jobben med en, og følelsesventilenes viktighet». Hagen sine resultater viste at psykomotoriske fysioterapeuter opplever mange ulike følelser i seg selv når de arbeider med pasienter. Det er en bevissthet hos psykomotoriske fysioterapeuter på sine egne følelser og grenser, som også gjør noe med dem inn i eget liv. Følelsene er en veiviser underveis i behandlingen, samtidig som terapeutene er tydelige på at pasientens følelser er fokus i behandlingen (Hagen, 2014).

## **2.2 Presentasjon av teorier**

For å forstå grunnlaget for hvordan psykomotoriske fysioterapeuter er opplært med forankring og forståelse i et fenomenologisk og humanistisk syn på kropp og helse, er det naturlig å trekke linjene tilbake til kroppsfenomenologien

.

### **2.2.1 Kroppen og fenomenologien**

I mange år har vårt syn på helse i vesten vært preget av dualismen. Rene Descartes (1596-1650) utviklet sin filosofi om at kroppen er et objekt. Kroppen kan observeres, måles, veies. Kroppen ble sett på som noe mekanisk, som en maskin, eller noe instrumentelt. Denne forståelsen av kroppen var det rådende synet, der virkeligheten ble delt i to gjennom kropp og sjel (Engelsrud, 2006), også kalt dualismen. Her kom skillet mellom «det fysiske og det psykiske».

Heidegger, Husserl og Merleau- Ponty var filosofer innen den fenomenologiske retningen. Merleau Ponty (1908-1961) var en fransk filosof som skrev boken kroppens fenomenologi i 1945, som var hans hovedverk. Merleau- Ponty skiller seg fra de fleste andre vestlige filosofer i det at han tok utgangspunkt i kroppen i sin filosofi. Han mener at vi forstår verden gjennom kroppen (Østerberg i Merleau- Ponty, 1994). Merleau- Ponty beskriver persepsjonens fenomenologi, gjennom den persiperende menneskekroppen. Som Husserl observeres fenomenene uten å være forutinntatt, og med en åpenhet og oppmerksomhet, og Merleau- Ponty utvider Heideggers begrep «å være i verden» til å omfatte «å være til i verden». Engelsrud (2006) skriver om Merleau- Ponty at han mener at menneskers erfaringer i verden er gjennom kroppen, «den levde kroppen». Følelser er i kroppen, ikke adskilt i noen egen kategori. Vi er vendt ut mot verden og andre gjennom kroppen, og retter oss etter hva vi opplever i relasjon til andre. En dialektisk forståelse oppstår når fenomener bestemmes gjennom at de har et forhold til hverandre, og kan ikke årsaksforklares (Engelsrud, 2006). Den levde kroppen er både subjektiv og intersubjektiv. Det er ikke bare en fysisk og psykisk verden, men en integrert levd erfaring (Engelsrud, 2006). Ut i fra et kroppsfenomenologisk ståsted tenker man at kroppen skaper mening. Levde kropper kommuniserer og er i gjensidig avhengighet av sine omgivelser (Råheim, 2002). Råheim skriver: «levde kroppers evne til å skape og uttrykke mening konstituerer relasjoner mellom mennesker» (side 16). Dette har betydning for hvordan man som helsearbeider møter den andre og forstår og fortolker de kroppslige ytringene, som en kilde til kunnskap for situasjonen her og nå, og for videre samarbeid (Råheim, 2002).

Engelsrud (2006) beskriver Merleau-Pontys syn med at kroppen er relasjonell, det er ingen skarpe grenser mellom min kropp og andres kropper. Man kan merke andre og oss selv gjennom kroppen, og nærværet av andre kan oppleves sterkt. Engelsrud (2006) trekker dette videre til å omfatte helsearbeidere. Man kan ikke arbeide upåvirket og observere en lidende pasient som et objekt, men helsearbeideren lever i sameksistens med andre. Vi mennesker lever sammen i en felles verden, men alle har vi forskjellige levemåter og vår unike erfaring. Gjennom dette synet blir kroppsforståelsen slik at subjektet er aktivt skapende, samtidig som det også blir formet av den verden det lever i (Engelsrud, 2006).



### 2.2.2 Psykomotorisk fysioterapi som behandlingsmetode

Sviland et al (2007) beskriver psykomotorisk fysioterapi som en mellomting mellom medisin og psykologi. I essayet: «Hvis ikke kropp og psyke - hva da»? beskrives teori om hvordan psykomotorisk fysioterapi forsøker å formidle en integrerende tenkning om kropp og psyke. Bevegelse og kroppsholding beskrives i sammenheng med følelser og affekter. Opplevelsen av sykdom, seg selv, kroppen i relasjoner og kulturelle sammenhenger forklares gjennom fenomenologiske perspektiv gjennom tankene til filosofer som Merleau-Ponty og Løgstrup. Øien (2009) beskriver at i psykomotorisk fysioterapi ser man på fysiske, psykologiske og sosiale belastninger som påvirker kroppen som en funksjonell enhet. Ekerholt og Bergland (2006) skriver også at belastningene kan være relatert til emosjonelle konflikter eller psykiske problemer. Øien (2009) forklarer at disse belastningene påvirker pust, bevegelse, holdning og balanse og fører til spenninger i muskulatur. Den terapeutiske målsettingen i psykomotorisk fysioterapi er å fasilitere endringer, slik at funksjonsnivået bedres (Øien, 2009).

Respirasjonssvarene<sup>1</sup> til pasienten er en av de viktigste veiviserne og hjelp til dosering underveis i behandlingen i PMF (Bunkan, 2008). «Fri pust» defineres innenfor PMF som en pust som gjennomstrømmer hele belgen uten stive partier, og uten noe særlig aktivitet på utpust i hvile. Den frie pusten evner både spontanitet og omstilling, og den endrer seg også naturlig med endringer i følelsene (Bunkan, 2008). Man er også ute etter å oppnå fri bevegelse, som innebærer fulle utslag i leddene, uten at andre deler spennes samtidig, og at det er en naturlig elastisk spenst i kroppsdelene ved passive grep og bevegelser, og uten at pasienten hjelper eller holder igjen. Målet for behandlingen har tradisjonelt vært fri omstilling av kroppen, men ofte i praksis kan målsetningen være friere bevegelse, og større bevegelsesutslag. Når kroppen har endret seg til fri pust, og bevegelse, utvikles ofte en større kontakt med følelser og opplevelser, men dette fordrer at terapeuten er sensitiv for dette hos pasienten.

At terapeuten tåler og rommer følelsene og endringene vil være sentralt for at kroppslig omstilling skjer (Bunkan, 2008). Samtalen har fått en sentral plass i PMF. Samtalen er ofte konsentrert rundt de kroppslige opplevelsene og gjennom «kroppslig og verbal dialog» (Gretland, 2007) Hun skriver om dette som hun kaller innsiktsorienterte samtaler der man ønsker at pasienten skal få mer innsikt i sine egne væremåter og reaksjoner. Etter hvert vil pasientene kunne se sammenhenger mellom sine plager og livserfaringer. Bunkan (2008)

---

<sup>1</sup> Respirasjonssvar er hvordan pasienten reagerer med pusten på behandlingen.

skriver at et velutviklet kroppsbilde er en forutsetning for et velfungerende selvbilde, og slik kan man tenke seg at det å få til en omstilling i kroppen kan føre til at pasienten endrer synet på seg selv og selvfølelsen kan vokse. Gretland (2007) skriver at nyansering og utforskning gjennom kroppslig og verbal dialog kan hjelpe pasienten til en økt selvforståelse, selvfornekkelse og utvikling.

### 2.2.3 Terapeuten

Gullestad (1999) har skrevet en artikkel om «den fortrolige samtalen» opplæring av psykologistudenter i psykoterapeutisk kommunikasjon. Det ble utført en spørreskjemaundersøkelse om emosjonelle utfordringer ved kommunikasjon. Studentene svarte at noe av det mest krevende ved å være terapeut, var å ha klienten i fokus og ikke sin egen prestasjon, det å kunne lene seg tilbake, slappe av og bli nærværende. Det som var mest utfordrende for studentene var å få tillit til at terapi ikke er å gjøre så mye, eller å snakke, men det å være nærværende og lytte.

Engelsrud (2005) utførte en studie om bevegelsespraksis der 20 fysioterapeuter deltok på en bevegelsesgruppe og skulle undersøke hvordan det opplevdes å bevege seg sammen med andre. Deltagerne beskrev at de fikk kunnskap om seg selv og andre ved å ha oppmerksomhet mot seg selv og andre gjennom kroppen. Deltagerne var åpne og undrende i utforskningen av bevegelsene. Noen beskrev selvoppmerksomhet, kontakt med seg selv og ro, heller enn noe som tappet. Det ble beskrevet som en avlastning og en inspirasjon når de jobbet med andre. Tvedten (2013) har også undersøkt fysioterapeuters erfaringer, personlig og kroppslig gjennom bevegelsesgrupper, som har ført til innsikt og kunnskap over tid. Deltagerne snakker om mot til å ta sin egen erfaring på alvor, tørre å gjøre ting på sin måte, faglig og personlig, være tryggere og tydeligere som terapeut. Tvedten (2013) skriver at for å bli en dyktig terapeut er forutsetningen at man bruker det man kjenner i egen kropp som utgangspunkt for refleksjon.

Kåver (2012) mener at man må passe på seg selv som terapeut dersom man skal klare å holde en stor grad av kvalitet og profesjonalitet i arbeidet. Dette er særlig viktig hvis man over tid har hatt for mange klienter, eller har mange svært komplekse tilfeller som er vanskelige å

behandle. Kåver (2012) skriver at dersom man rammes av personlige problemer kan det svekke evnen til å fungere godt som terapeut. Hun beskriver at når man jobber med traumatiserte kan man selv være utsatt for sekundær traumatisering gjennom å høre om overgrepshistorier, mobbing, naturkatastrofer, terror og så videre. Figley (2002) beskriver begrepet «compassion fatigue», som en form for sekundær traumatisering der vår evne eller vår kapasitet eller vår interesse for å kunne bære og tåle den andres lidelse blir redusert, eller man blir overinvolvert og hjelperen mister evnen til å ivareta seg selv.

Kåver (2012) foreslår mindfulness, og det å stoppe opp og aktivere relasjonen til seg selv og alliansen til klienten som måter å ivareta seg selv på. Hun omtaler selvrefleksjon, som defineres slik: «en intellektuell og emosjonell utforskning av dine egne indre opplevelser, med sikte på å øke forståelsen av og avklare oppfatningen om det som skjer» (s. 136). Den dyktige terapeuten er bevisst at samspillet og terapeuten selv har stor betydning for behandlingen. Hun beskriver at de som er utsatt for sekundær traumatisering, kan bruke selvrefleksjon og selvvalidering til å holde en sunn distanse og avgrensning til tematikken, uten å miste empatien.

Schibbye (1996) skriver at for å kunne oppleve klienter som subjekter, og forholde seg til klienten som et likeverdig subjekt, må terapeuten skille ut og sortere egne opplevelser, og hva som er sitt. Larsen (2011) definerer begrepet motoverføring: «Motoverføring (og overføring) impliserer at en ubevisst reagerer på andre, ikke bare etter hvordan de er, (objektiv motoverføring), men også delvis som følge av hvordan en selv er (subjektiv motoverføring), og tilskriver andre personer egenskaper som ikke er reelle» (side 18). Larsen (2011) skriver at som en måte å håndtere og avreagere på motoverføringene man får av pasienter, kan det å ha bissarr humor, avreagerende tanker, uformelle eller avreagerende samtaler på vaktrommet, være til hjelp (Hegdal, 2006). Han skriver også at det å være profesjonell er å anerkjenne at vanskelige og politisk ukorrekte følelser kan dukke opp når man er sammen med pasienten. Når man er bevisst disse tankene så klarer man å oppføre seg overfor pasienten i terapien. Larsen (2011) sier at terapeutens personlighet er det viktigste «instrumentet» i terapien.

Øverland (2014) skriver at terapeuter også har behov for å bli sett og anerkjent, og mange får noe av dette behovet dekket ved å jobbe som terapeut. Øverland (2014) skriver at ikke alle terapeuter takler at relasjonen gjør noe med dem, slik at noen distanserer seg eller beskytter seg mot sine egne reaksjoner. Han mener at ærlighet er viktig i terapi og i alle relasjoner.

Bøe og Thomassen (2007) trekker frem at det ikke bare er samtalen eller det språklige som kan være terapeutisk virksomt. Noen føler seg ikke hjemme i samtalen, og da kan felles aktiviteter og opplevelser være noe som gir god kontakt og relasjon. Bøe og Thomassen (2007) beskriver «hellige øyeblikk» som noe som gir spesielt god kontakt, en dybde, opplevelse av å forstå hverandre, å gå opp i noe sammen, eller å dele en dyp fortvilelse. Det kan både skje i samtale, men også gjennom ordløst fellesskap på andre måter. Slike erfaringer kan forandre noe. Bøe og Thomassen (2007) beskriver relasjon slik: «når det i forholdet mellom to mennesker har utviklet seg kvaliteter, bånd, en gjensidig opplevelse av at en betyr noe for hverandre» (s. 186).

#### 2.2.4 Faktorer i arbeidshverdagen

Karasek og Theorell (1990) utviklet jobbkrav-kontroll-støtte-modellen. De fant ut at jobbkrav kombinert med autonomi og sosial støtte gir positiv gevinst innen arbeidslivet. De fremhever viktigheten av den sosiale støtten man får på jobben både gjennom relasjonen til de andre kollegaene og ledere, og mener at innvirkningen fra de sosiale relasjonene på jobben klart innvirker på den psykososiale helsen til arbeidstakeren.

Richardsen og Martinussen (2008) har undersøkt jobbengasjement blant yrkesgrupper innenfor helse-og omsorgsykker i Norge. Jobbengasjement beskrives i Richardsen og Martinussen (2008) som å bestå av flere dimensjoner som vitalitet, evne til fordypelse i arbeidet og entusiasme. De har sett på hva som skal til for å øke motivasjon og arbeidsglede, og definerer jobbengasjementet som en motvekt til utbrenthet. I studien hadde de med 995 personer. Yrkesgruppene som var representert var barnevernspedagoger, sosionomer, lærere, sykepleiere, fysioterapeuter, hjelpepleiere og vernepleiere. I denne undersøkelsen viste det seg at fysioterapeutene skåret mye høyere enn de andre yrkesgruppene på alle aspekter av jobbengasjement. De forklarer det med at fysioterapeuter ofte har en mer selvstendig rolle med mer frihet og autonomi på arbeidsplassen, sammenliknet med mange andre yrkesgrupper.

De har også mer avsluttende behandlinger. Man fant også at generelt sett øker jobbengasjement i forhold til økt kompetanse og erfaring.

Schaufel og Skodvin (2012) undersøkte legers praksis for kollegastøtte og samtaler. Det å finne tid til å prioritere, og finne gode arenaer for å luften ut og diskutere vanskelige hendelser, har vist seg vanskelig å få til i en hektisk arbeidshverdag for leger som jobber i sykehus. Forfatterne spør seg om det går på at det er en manglende kultur for å prioritere dette, og ikke at det ikke er behov for det. Kirchhoff (2011) skrev om yrkesrelatert stress hos hjelpepleiere og sykepleiere i de hjemmebaserte tjenestene. Studiet viste at det kollegiale samholdet og samarbeidet var svært viktig for å bearbeide yrkesrelatert stress. Både sykepleierne og hjelpepleierne beskrev den sosiale støtten, det de fikk gjennom samtaler, støtte og diskusjoner med kollegaer som viktig (Kirchhoff, 2011). Aass (2008) beskriver prosessen rundt å innføre faglig veiledning på sykehjem. Man fant at sykepleiefaglig veiledning kan bidra til godt samarbeid og etiske refleksjoner hos den enkelte arbeidstager dersom forholdene legges til rette for å få til veiledning (Aass, 2008).

### **3.0 DESIGN OG METODE**

I studien ønsker jeg å se nærmere på psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med ivaretagelse av seg selv i arbeidshverdagen. I oppgaven valgte jeg kvalitativ metode som er hensiktsmessig i forhold til den aktuelle problemstillingen. I følge Malterud (2011) egner kvalitativ metode seg godt for utforskning av meninger og erfaringer. Kvalitative metoder kan utvikle nyansert og mangfoldig kunnskap på vitenskapelig måte. Problemstillingen for studien er vesentlig når en skal velge om kvalitativ eller kvantitativ metode skal benyttes. Målet med kvalitative metoder er å utforske meningsinnholdet i kulturelle eller sosiale fenomener, slik det oppleves for den enkelte innen sin egen kontekst. Kvalitativ metode bestreber å forstå, ikke forklare, og vil ikke predikere, men beskrive (Malterud, 2011). Aadland (2011) skriver at hensikten med kvalitative metoder kan være å finne ut deltagernes tenkemåter, oppfatninger, meninger og motiver.

### **3.1 Vitenskapsteoretisk forankring: fenomenologisk-hermeneutisk metode**

Husserl var sentral for utviklingen av fenomenologien (Aadland, 2011). Husserl beskriver at vi ser verden, men tolker den ut i fra vår bevissthet. Man ser fenomenet gjennom egne «briller» i lys av erfaringer og opplevelser. Vi ser tingene slik de fremtrer for oss. Vi er i vår livsverden. Vi har alle våre unike erfaringer, men i tråd med fenomenologien finnes det fellesmenneskelige erfaringer, en felles essens av meninger og forståelse. Husserl var opptatt av at vi i møte med andre må stille oss åpne, undrende, fordomsfri og uten fortolkninger, slik at fenomenet kan fremstå mest mulig slik det er (Aadland, 2011). I forskning med et fenomenologisk innslag er det derfor viktig å sette sin forforståelse i parentes.

Aadland (2011) beskriver hermeneutikken som fortolkningsvitenskap. Den moderne hermeneutikken med Gadamer og Habermas ser på dialogen som det fremtredende ved menneskets væren. Vi er meningsskapende og utformende som mennesker i forhold til omgivelsene våre. Hermeneutikken innebefatter kjerneverdiene i helsefagene som går på møtet med den annen, der vi ønsker å forstå den annen som tenkende, menende, villende mennesker (Aadland, 2011).

Jeg har valgt en fenomenologisk-hermeneutisk metode fordi jeg tenker at en kombinasjon av disse vil ivareta studiens problemstilling. Psykomotorisk fysioterapi er forankret i en kroppsfenomenologisk forståelse (Råheim, 2002) og som psykomotorisk fysioterapeut har jeg med meg denne erfaringsbakgrunnen og min forforståelse. Jeg har tenkt mye på hvordan min forforståelse påvirker arbeidet med masteren på alle nivå, og jeg har derfor forsøkt å sette forforståelsen min tilside. Jeg valgte bevisst å ha en fenomenologisk tilnærming til intervjusituasjonene og stille meg selv så langt til siden som mulig, fordi jeg ville påvirke deltageres svar minst mulig, og på den måten kunne se nye aspekter av tema slik det fremstod gjennom deltagerne. Hermeneutikken ligger der som et bakteppe for å kunne gå dypere inn i meningen, fortolkningen av teksten og for å kunne gjøre analysen og ha et bevisst forhold til det skriftlige og hvordan jeg leser og fortolker (Aadland, 2011).

### **3.2 Kvalitativt studiedesign**

Denne oppgaven har et deskriptivt og eksplorerende design. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med psykomotoriske fysioterapeuter som deltagere.

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

For å rekruttere deltagere til studien, benyttet jeg bruk av kontaktpersoner/ portvaktfunksjon og snøballmetoden. Dette er ifølge Malterud (2012) aktuelle metoder for rekruttering til fokusgruppeintervju. Rekrutteringen til studien ble gjort gjennom å sende forespørsel til de to utdanningsinstitusjonene i Norge som utdanner psykomotoriske fysioterapeuter, Høgskolen i Oslo og Akershus og Universitetet i Tromsø. Lærerne ble bedt om å sende mailen min med informert samtykke videre til aktuelle kandidater.

Rekrutteringen gikk mye tregere enn antatt. Det kom fire interesserte på denne måten. Det ble en del telefoner og kontakt frem og tilbake, men det skulle vise seg utfordrende å få kandidatene til å samles for et gruppeintervju. Flere av disse var svært opptatt og bodde også ulike steder i landet. Det endte til slutt opp med at ingen av disse deltok i studien.

Studenten fikk via en kontaktperson anledning til å legge ut informasjon om studien på facebook siden til faggruppen for psykomotoriske fysioterapeuter. Det ble også lagt ut generell informasjon på facebook gruppe for psykomotorikere som studenten er medlem av. Studenten konfererte med sin veileder at det var anledning til å få til rekrutteringen på denne måten. Slik kom det en del respons og noen flere interesserte, der to stykker endte opp med å delta i studien. Den ene av disse rekrutterte den andre. Det ble vurdert sammen med medstudenter og studieledere på fremlegg/veiledning på masterseminar om det var lurt av undertegnede å gå for gruppeintervju, eller om det skulle satses på individuelle intervju siden rekrutteringen gikk så tregt. Studenten hadde mest tro på fokusgruppe eller gruppeintervju som den beste måten å innsamle data, blant annet grunnet den gode responsen i pilotintervjuet. Via medstudent på masterstudien, som kjente til noen psykomotorikere, ble det ytterligere rekruttert personer til å delta på gruppeintervju. Studentens veileder fikk også rekruttert en deltager til studentens

studie. Det ble tilslutt to fokusgruppeintervjuer, ett med tre deltagere og ett med fire deltagere. Prosessen med rekruttering tok mye lenger tid enn forventet, intervjuene ble utført flere måneder senere enn planlagt. Den største utfordringen var å samle alle til samme tid på samme sted. Det ble derfor valgt å gjennomføre intervjuene med de få deltagerne det ble tilslutt.

Inklusjonskriterier for deltagelse var at de var ferdig utdannede psykomotoriske fysioterapeuter, og at de jobbet med psykomotoriske pasienter. Jeg fikk også en henvendelse fra utlandet, men valgte å kun inkludere de som jobber som psykomotoriske fysioterapeuter i Norge. Mitt utvalg er et hensiktsmessig utvalg. Jeg har valgt å inkludere alle slags psykomotoriske fysioterapeuter, både de med lang og kort erfaring. I utgangspunktet ønsket jeg å representere ulike landsdeler, men det ble sentrert rundt Sør-Norge. Deltagerne hadde ulike arbeidsfelt, jeg tenker at det gir en viktig og spennende variasjon for de resultatene man kan få. Jeg ekskluderte de som ikke var psykomotoriske fysioterapeuter, grunnet tid og omfang for denne masteroppgaven, der det hadde blitt for stort å se på flere grupper, selv om man kan diskutere hvor hensiktsmessig den vurderingen var.

Jeg har valgt å gi informantene mine fiktive navn for å ivareta dem bedre og gjøre det anonymisert.

Deltagerne i det første intervjuet, som representerer privat praksis:

<b>Navn</b>	<b>Alderskategori</b>	<b>Erfaring som fysioterapeut</b>	<b>Erfaring som psykomotoriker</b>
<b>Torhild</b>	40-50	14 år	8 år
<b>Lisbeth</b>	50-60	27 år	5 år
<b>Signe</b>	30-40	10 år	5 år

TABELL 1

Dette var en gruppe der det viste seg at noen kjente til de andre deltagerne, mens andre hadde aldri møttes før. Studenten visste også hvem et par av deltagerne var, men visste ikke noens identitet før de selv tok kontakt med studenten med ønske om å delta.



Deltagerne i det andre intervjuet, som representerer psykiatrien:

Navn	Alderskategori	Erfaring som fysioterapeut	Erfaring som psykomotoriker
Ida	30-40	10 år	2 år
Gunn	40-50	14 år	2 år
Kjersti	30-40	6 år	1 år
Anette	30-40	9 år	4 år

TABELL 2

I dette intervjuet kjente deltagerne til hverandre fra før. Mitt utgangspunkt for studien var at jeg skulle se på psykomotorikere og deres arbeidshverdag. På intervju nummer to var det en gruppe fysioterapeuter samlet der alle var psykomotorikere unntagen en. Den siste fysioterapeuten ønsket å være tilstede og høre på intervjuet, og kan således ha vært med på å påvirke de andre med sitt nærvær. Jeg ønsket ikke innspill fra denne da jeg tenkte det ville gi utfordringer i forhold til inklusjonskriteriene mine. Samtidig så kan man diskutere hvorvidt den avgjørelsen var riktig da personen sikkert hadde hatt mange erfaringer å dele, men jeg valgte å gjøre det slik av praktiske hensyn.

### 3.4 Forforståelse

Når man skal forske på en gruppe man selv er en del av, og har mye kjennskap til og erfaringer med, må man være seg forforståelsen bevisst. Dette er en faktor som kan påvirke forskningen og materialet på mange måter, og som kan svekke studiens validitet, dersom man ikke inntar en selvkritisk og reflekterende holdning gjennom hele studieprosessen (Kvale og Brinkmann, 2009). De ønskene og motivene som ligger bak hvorfor man vil studere nettopp dette, kan forstyrre resultatene, i hvert fall om man forventer et spesielt resultat. Samtidig kan erfaringer bidra til økt forståelse og dypere innsikt når man skal gjøre et kvalitativt forskningsprosjekt (Sundet, 2014). Det at man har stor kjennskap til feltet kan gi bedre kvalitet på problemstilling og forskningsspørsmål, og det som velges ut og studeres blir ofte relevant og nyttig for praksisfeltet.

Som nevnt i innledningen har jeg fått det meste av min erfaring som fysioterapeut i psykisk helsearbeid siden jeg i over 11 år har jobbet innen dette fagfeltet. Min erfaring som psykomotorisk fysioterapeut er fra sykehusavdeling i psykiatrien, dps og fra privat praksis i kommunehelsetjenesten. Jeg har selv erfart at videreutdanningen i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi<sup>2</sup>, ivaretar studentene gjennom veiledningsgrupper. Samtidig vektlegger utdanningen i liten grad kunnskap om ivaretagelse av seg selv etter endt utdanning. Nemlig hvordan man skal ta vare på seg selv når man kommer ut i arbeid.

Fysioterapeutforbundet har krav om 20 timers egenbehandling for å kunne praktisere som psykomotorisk fysioterapeut. Når man så kommer ut i praksis, er man mer overlatt til seg selv, og ut ifra min egen opplevelse kan det virke som at mange savner veiledningsordninger, kollegasamarbeid og egenbehandling. Tips til ivaretagelse av seg selv kan forebygge utbrenthet i en hverdag der man står alene med utfordrende saker. Jeg ønsket å finne ut hva andre tenker, mener og har erfart rundt dette. Hvordan er mangfoldet, likhetene og forskjellene mellom psykomotorikernes erfaringer? Er det likheter og ulikheter mellom det de erfarer i privat praksis eller innenfor sykehus/det offentlige?

Forforståelsens betydning er sentralt i det arbeidet jeg har gjort. Studenten har selv reflektert over viktigheten av ivaretagelse av seg selv som terapeut, og nettopp fordi det ikke var ønskelig å påvirke informantenes svar, ønsket studenten en fenomenologisk tilnærming med en veldig åpen og tilbakelent rolle i fokusgruppeintervjuet. Å stille seg så åpen og undrende som mulig er essensielt innen fenomenologisk metodologi (Aadland, 2011). Studenten har vært opptatt av å beholde både en nærhet og distanse til feltet og ha en refleksiv holdning mellom det forskningsmessige og det terapeutiske som de ulike rollene består i (Sundet, 2014). I tillegg har jeg brukt veileder og veiledningsgruppen min, og en annen kollega, for å gi meg konstruktiv tilbakemelding underveis i prosessen.

### **3.5    Forskningsetiske refleksjoner**

I planleggingen av studien hadde jeg flere diskusjoner med veileder, og i veiledningsgruppen, rundt etiske betraktninger ved rekruttering og gjennomføring av intervju. Studien ble meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Jeg

---

<sup>2</sup> Også kalt psykomotorisk fysioterapi

skulle forske på yrkesutøvere og ikke pasienter, men Personvernombudet tok i sin vurdering høyde for at det kunne fremkomme sensitive opplysninger om helseforhold gjennom intervjuene med deltagerne.

I fokusgruppeintervjuene var det ingen intervjuguide, så det var lagt opp til at deltagerne styrte dialogen og diskusjonene selv. På den måten kunne de styre retningen på intervjuene. Det kan likevel være vanskelig å være deltager dersom man kommer inn på sensitive tema underveis. Samtidig kan det også være lærerikt og spennende å delta i et intervju. Jeg forsøkte hele tiden å være var for deltagerens reaksjoner og var opptatt av å skape en trygg ramme og atmosfære i intervjusituasjonen. Jeg hadde også litt tid i etterkant av intervjuet til å spørre hvordan de syntes det hadde gått.

Fagmiljøet innenfor psykomotorisk fysioterapi i Norge er ikke så stort og mange kjenner hverandre eller har felles referansebakgrunn. Personvernombudet kom med noen retningslinjer til studien. Blant annet var det viktig at undertegnede ikke kjente til deltagerens identitet før de selv tok kontakt med undertegnede, siden de skulle rekruttere seg selv.

I forkant av studien skal det innhentes skriftlig informert samtykke fra deltagerne. Det innebærer at det skal opplyses og informeres om studien. Man skal informere om hovedtrekk i designet og eventuell risiko og fordeler ved å delta (Kvale og Brinkmann, 2009). I god tid i forveien fikk alle deltagerne informert samtykkeskriv på mail. Noen hadde med seg samtykkeskjema ferdig underskrevet til intervjuet, og noen underskrev før selve intervjuet, men alle hadde lest igjennom i forkant. Vi gikk igjennom informasjonen i starten av intervjuet, med mulighet for å stille spørsmål til skjemaet. De hadde fått skriftlig informasjon om at de når som helst, og uten grunn, kunne trekke seg fra studien. De fikk også informasjon om at all informasjon om dem ble anonymisert, og at dataene om dem ville bli slettet etter fullføring av oppgaven.

Krav om konfidensialitet fordrer at all informasjon om personlige forhold blir behandlet konfidensielt. Forskningen skal ikke skade enkeltpersoner (Kvale og Brinkmann, 2009).

Personopplysninger som navneliste og kodenøkkel ble oppbevart i låsbart skap og det ble slettet etter avtalt frist med Personvernombudet. Personvernombudet presiserte i sin vurdering av studien at ingen enkeltpersoner skal kunne gjenkjennes i materialet. For å kunne ivareta deltagerne anonymitet, ønsket jeg ikke å gi ut noe geografisk informasjon, eller å si noe særlig spesifikt om arbeidssted, da det kan være mulig for andre å finne ut hvor deltagerne jobber, eller hvem de er. Det var også et naturlig valg å lage fiktive navn på deltagerne og kun oppgi noen få opplysninger om erfaring, slik at det ikke skulle være mulig å forstå hvem som er hvem. Jeg valgte derfor også å presentere alderen i kategorier for å ikke presisere for mye rundt hvem som er hvem. Noen var også opptatt av dette og spurte hvordan jeg kom til å presentere materialet. De ønsket ikke at arbeidsstedet kom frem. Det er en diskusjon mellom hensynet til åpenhet, informasjon, redelighet og etterrettelighet i oppgaven på den ene siden og kravet om konfidensialitet på den andre siden, når jeg oppgir noen opplysninger om utvalget. Jeg mener likevel at etter diskusjon med veileder og refleksjon rundt saken, at de opplysninger som nå er i oppgaven ivaretar deltagerne krav om anonymitet.

### **3.6 Intervjuene**

#### **3.6.1 Pilotintervju**

I startfasen av arbeidet med masterstudien ønsket jeg å teste ut det å være i rollen som intervjuer. Jeg ville se om det kunne fungere å gjennomføre et intervju uten intervjuguide, kun med et forskningsspørsmål som innledning til diskusjon. Jeg inviterte psykomotorikere jeg kjenner og gjorde det klart for gruppen at dette ikke skulle brukes i forskning. Det ble ikke innhentet noe informert samtykke, og rekrutteringen hadde vært gjort av meg, så det var kun ment som en øvelse. Jeg informerte gruppen slik jeg hadde planlagt å gjøre på et virkelig intervju. Det var servering og løs stemning som skapte en hyggelig ramme først. Det ble brukt båndopptaker, og man klarte å ha en dynamisk og reell fokusgruppe. Det kom mye informasjon, mange synspunkter, og det ble diskusjoner. Jeg lurte selvfølgelig på om min rolle som en man kjente til fra før, påvirket den gode stemningen og måten samtalen fløt på, selv om jeg var svært tilbaketrukket underveis i intervjuet. Disse tankene tok jeg med meg videre i prosessen. Deltagerne mine fortalte at de syntes ivaretagelse av seg selv i arbeidshverdagen var et viktig tema. Den livlige praten og alle innspillene gjorde at jeg også selv opplevde at temaet var viktig. Pilotintervjuet styrket troen på at jeg ville forsøke samme metode i de andre fokusgruppeintervjuene, og at problemstillingen var sentral for deltagerne.

### 3.6.2 Det kvalitative intervjuet

Malterud (2012) skriver at man bør la problemstillingen avgjøre hvilken metode for innhenting av data som er best egnet. Hun fremhever at dersom man vil utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, synspunkter, holdninger i et miljø der det er samhandling, så kan fokusgrupper være en aktuell forskningsmetode. Fokusgrupper er egnet for å studere synspunkter og erfaringer hos helsepersonell, skriver hun (Malterud, 2012). Studenten tenker at problemstillingen kan besvares gjennom å bruke fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode, og har valgt å gjennomføre to slike intervjuer.

Smithson (2000) definerer fokusgrupper som: «a controlled group discussion, on the basis that the group interaction generated through discussion is of prior importance to this methodology». (s.104) Hun mener at man ikke skal tenke at fokusgruppeintervjuet er som en helt vanlig diskusjon, eller samtale, men det dreier seg om diskusjoner som foregår i en kontrollert og spesifikk setting eller kontekst. Malterud (2012) skriver om fokusgrupper og kvalitativ metode at empirien består av tekster som representerer samtaler eller samhandlinger.

Dragesund og Råheim (2008) skriver at fokusgruppeintervju er velegnet til å produsere bred informasjon om menneskers følelser, persepsjoner og tanker om utvalgte aspekter av livet. Psykomotoriske fysioterapeuter er svært vant til fortrolige samtaler og har ofte har en felles forståelsesramme. Fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode fremfor individuelle dybdeintervjuer kan derfor være en relevant metode. Samtidig kan ønsket om variert og rik informasjon gå på bekostning av den dypere innsikten man kan oppnå ved individuelle dybdeintervjuer (Malterud, 2012). Smithson (2000) skriver at fokusgruppeintervjuet ofte har vært brukt i tidlige stadier av større forskning for å fremskaffe temaer som deltagerne tenker er relevante og som kan brukes inn i designet på større studier. Det kan være aktuelt å velge fokusgrupper på områder som det har vært forsket lite på som eventuelt kan gi indikasjoner på temaer som kan tas inn i videre forskning på emnet.

### 3.6.3 Gjennomføring av intervjuene

Begge fokusgruppeintervjuene ble gjennomført med lydbåndopptager og en ekstra backup lydfil. Med bakgrunn i erfaringene jeg fikk på gjennomføring av pilotfokusgruppeintervjuet,

ville jeg forsøke meg uten intervjuguide. Jeg ønsket å stille ett innledende spørsmål til diskusjon, siden målsetningen var samtale og meningsutvekslinger deltagerne imellom (Malterud, 2012). Dersom det ble lite aktivitet, ville jeg ha noen tema i bakhånd, men jeg ønsket i minst mulig grad å påvirke hva det ble snakket om, og jeg hadde ikke laget noe skjematisk i forhold til dette. Felles for intervjuene var at jeg startet begge gangene med et informasjonsskriv og litt praktiske opplysninger.

Det første fokusgruppeintervjuet ble gjennomført på ettermiddag/kveldstid slik at deltagerne hadde mulighet for å møte opp. Jeg reiste i begge tilfeller til nærområdene til deltagerne, og på det første intervjuet samlet vi oss på et fysikalsk institutt der den ene deltageren jobber. Jeg hadde tatt med bevertning, og vi fikk til en god og avslappet atmosfære før intervjuet. Jeg ønsket å lage en hyggelig setting med servering av enkel mat og drikke. Det andre intervjuet foregikk ved et psykiatrisk sykehus. Deltagerne var kjent for hverandre fra før. Der hadde deltagerne selv ordet med bevertning og de hadde satt av tid til at studenten skulle komme. Begge steder opplevde studenten at psykomotorikerne hadde reflektert over tema i forkant, og det var ikke noe problem å få i gang samtalen. Det er mulig fordi en selv jobber som psykomotoriker, og har den samme erfaringsbakgrunnen som deltagerne, så gjorde det noe med åpenheten, tilliten og den raske igangsettelsen av samtalen i intervjusituasjonene. Det å opptre profesjonelt, holde på forskerrollen og ikke fremstå som kollega, var en utfordring ved gjennomføring av intervjuene. Det var som nevnt bevisst at jeg var tilbaketrukket verbalt, selv om jeg var henvendt deltagerne med kroppsspråket.

I forkant av intervjuene hadde alle deltagerne fått informert samtykkeskriv og hadde lest hva som var tema for dagen. Noen tok kontakt før intervjuet og lurte på om det var noe å forberede seg på, men de fikk beskjed om å ikke forberede seg på noe utover å tenke over problemstillingen i forkant. Jeg synes at deltagerne hadde mange tanker rundt det å ivareta seg selv. Det virket som om dette var noe de hadde tenkt mye på, reflektert mye over og tatt tak i selv. De sa også at det er en viktig tematikk. Flere ytret ønske om å få lese studien i etterkant når den var ferdig, og sa de mente det ville være lærerikt i forhold til egen arbeidssituasjon.

Det var en del viktige innspill som kom på slutten av begge intervjuene. Det virket som når de egentlig følte seg tomme og ferdige, så plutselig så kom det viktig informasjon. Min erfaring er at det var viktig å ikke avrunde eller slutte av for tidlig. Flere av de sa også med en gang vi var ferdige med intervjuet, at det å ha deltatt i fokusgruppe var nyttig. De mente metoden førte til at de pratet mer, de assosierte mer, og at det var en bedre metode enn dybdeintervju. De sa de ikke trodde de ville ha kommet på alt alene i et dybdeintervju. Smithson (2000) fremhever at mer private, intime synspunkter vil være lettere å snakke om i dybdeintervjuer. Man kan være redd for andres synspunkter eller fordømmelse dersom man snakker fritt. Samtidig kan fokusgruppeintervjuet være frigjørende og åpne opp for mange diskusjoner, dersom deltagerne tar kontroll, stiller hverandre spørsmål, og utfordrer hverandre gjennom ulike meninger (Smithson, 2000). Dette var noe som ble åpnet opp for i og med at det ikke var noen intervjuguide og de av og til stilte hverandre spørsmål, selv om det var mye kollektive meninger. Smithson (2000) skriver at kollektive meninger kan skapes i fellesskap i konteksten, men det kan også være en individuell mening som tas opp i fellesskapet. Det er vanlig at det skifter mellom individuelle stemmer som dominerer og meninger som blir laget underveis i intervjuet gjennom gruppedynamikken (Smithson, 2000).

Jeg gjennomførte fokusgruppeintervjuene uten ko-moderator. Det er mulig at det hadde vært lurt med en ko-moderator siden jeg er uerfaren som intervjuer. Det kunne man kanskje gjort annerledes en annen gang. Samtidig hadde jeg i forkant gjennomført et vellykket pilotintervju, og ønsket å forsøke meg alene. Når intervjuene var gjennomført, skrev jeg refleksjonsnotat for å notere umiddelbare tanker som kom etter gjennomføringen. Dette var nyttig for transkriberingen og analyseprosessen senere.

#### 3.6.4 Transkribering

Kvale og Brinkman (2012) skriver at transkribering betyr å transformere, at det muntlige språket blir oversatt til skriftlig språk. Transkriberingen er i seg selv et ledd i å klargjøre intervjumaterialet for analyse. Malterud (2012) beskriver den faktiske hendelsen som de virkelige rådataene, og at transkriberingen i seg selv bare er en tekst. Det er mye som skjer i en intervjusituasjon som ikke fanges opp i en tekst. Samtidig er det teksten som er utgangspunktet for analysen (Malterud, 2012). Jeg transkriberte begge intervjuene selv, og opplevde at det var en svært tidkrevende, men også en meningsfull og interessant prosess, da

man blir godt kjent med materialet. Jeg skrev ned alt som ble sagt, slik at det var mange steder med gjentakelser, og ord som eh og hmm, ble skrevet ned. Pauser ble markert, både kortere og lengre, og jeg omskrev noen få dialektord på bakgrunn av hensynet til deltagernes anonymitet. Det var artig å høre stemmene og intervjuene på nytt, men også interessant at teksten når den blir nedskrevet i seg selv fremstår selvstendig og med en egen betydning.

### **3.7 Analyse**

Kvale og Brinkman (2012) skriver at man vurderer analysemetoden ut ifra problemstilling og utgangspunkt for oppgaven, emnet for oppgaven og hvordan intervjumaterialet fremstår. Det bør være en sammenheng mellom problemstilling, metode og analyse. Jeg valgte å bruke Graneheim og Lundmans kvalitative meningsinnholdanalyse (2004). Utgangspunktet for denne analysemodellen er at virkeligheten kan tolkes på ulike måter og forståelsen avhenger av subjektive tolkninger. Den tar utgangspunkt i både det manifeste, det som faktisk fremstår direkte slik i teksten, og det latente, den underliggende meningen med teksten. Her kommer forskerens tolkninger av teksten (Graneheim og Lundman, 2004). Graneheim og Lundman (2004) posisjonerte seg ikke i forhold til en spesiell vitenskapsteoretisk retning, men studenten tenker og tolker at det latente og manifeste kan være et uttrykk for fenomenologi og hermeneutikk og i den sammenheng passer analysemetoden godt med en fenomenologisk-hermeneutisk forankring, og i forhold til problemstillingen i oppgaven.

Fremgangsmåten jeg brukte i analysen var at jeg tok for meg ett og ett intervju, og startet med å lese gjennom den transkriberte teksten i intervjuene for å få et helhetsinntrykk. Graneheim og Lundman (2004) presenterer 5 steg i analyseprosessen. Første steg er å finne 1) meningsenheter og 2) kondenserte meningsenheter med nærhet til teksten, og 3) koder. Når jeg hadde sortert alt innholdet fra meningsenheter, og i meningskondenseringer, koder, jobbet jeg videre med å finne 4) kategorier i materialet. Her ble det mye tankearbeid, vurderinger og jeg endte tilslutt opp med 4 subkategorier. Graneheim og Lundman (2004) er opptatt av troverdighet i forskningsresultatene. De skriver at det kan være viktig å velge de mest egnede meningsenhetene. De bør ikke være for brede eller for smale i meningsinnhold. Jeg opplevde at jeg hadde svært meningsfortettede tekster å jobbe med, og at det var vanskelig å utelate meningsenheter. Det var mange aktuelle kategorier, og noen måtte jeg slå sammen, det var



krevende. På dette punktet opplevde jeg at forforståelsen min som psykomotoriker og rollen min som forsker måtte holdes høyt oppe i bevisstheten. Hva *jeg* synes er viktige funn, og hvilke tema som står frem i teksten som viktige funn ble vurdert nøye. Graneheim og Lundman (2004) er opptatt av at kategoriene bør reflektere kjernen i budskapet fra intervjuet. Det å ikke utelate relevante data, eller å inkludere irrelevante data kan også være noe som gjør studien mindre troverdig. Troverdighet kan også gjelde overførbarheten til andre settinger eller grupper. Troverdighet når det gjelder tolkning innen kvalitativ forskning går ut på å finne den mest sannsynlige tolkningen. Dersom leseren får muligheter til å kunne komme med andre mulige tolkninger, vil troverdigheten øke (Graneheim og Lundman, 2004).

Når jeg hadde sortert teksten inn under kategorier, skulle det jobbes med å finne 5) overordnet tema. Da spurte jeg en kollega som er psykomotoriker om å lese igjennom arbeidet mitt. Jeg hadde behov for å få innspill på teksten i forhold til «hva handler dette egentlig om», samtidig som jeg hadde fortløpende kontakt med veilederen min. Tilslutt fant jeg et hovedtema som jeg mener er dekkende for innholdet i intervjuene. Analyseprosessen som er gjort er presentert i tabeller som er vedlagt oppgaven.

## **4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER**

I tabellen under presenteres funnene i studien. Tabellen er delt inn i fire kategorier; kollegautveksling, holdning til behandling, ytre teknikker og terapeutrolle. Sitatene representerer deltagernes tanker og de illustrerer hver kategori på en god måte. Punktene i subkategoriene følger under hver kategori. I resultatkapitlet presenteres hver kategori, og hver subkategori blir belyst gjennom sitater og forklaringer. Kapitlet avsluttes med en overordnet forståelse.

KATEGORIER			
KOLLEGAUTVEKSLING	HOLDNING TIL BEHANDLING	YTRE TEKNIKKER	TERAPEUTROLLE
<i>«Å dele hva man går med på hjertet og i hodet»</i>	<i>«en veldig stor utfordring, det å kunne sette grenser»</i>	<i>«hvordan du kan håndtere de inntrykkene du får i løpet av arbeidsdagen»</i>	<i>«nå skjønner jeg virkelig at er det noe jeg møter hos pasientene, så er det meg».</i>
SUBKATEGORIER			
Møtepunkter med andre	Praktisk grensesetting	Kurs og faglig oppdatering	Hvordan man selv har det
Gjensidig forståelse	Å være god nok	Avreagere etter behandling	Være tilstede i kroppen
Respekt og anerkjennelse fra andre faggrupper	Valg rundt pasientene	Mestringsstrategi er på fritiden	Håndtere å bli berørt gjennom trygghet i seg selv
Det sosiale aspektet	Å styre arbeidsdagen selv		
	Rammeverket rundt		

TABELL 3

## 4.1 Kollegautveksling

### 4.1.1 Møtepunkter med andre

Alle deltagerne var veldig opptatt av å møte kollegaer, og hva det kunne gi av inspirasjon, motivasjon, refleksjon og samhold i arbeidshverdagen. Deltagerne beskrev viktigheten av samarbeid med kollegaer de jobbet sammen med av ulike fagbakgrunn. Flere fremhevet også at de prioriterte møter med andre psykomotoriske fysioterapeuter, og hvordan man kunne hente

inspirasjon og læring av hverandre som igjen ble en viktig bit til ivaretagelse av seg selv som terapeut. De fleste av deltagerne var med i kollokvi gruppe, nettverksgruppe, veiledningsgruppe, eller kulttreff. Deltagerne fra privat praksis hadde dannet egne private initiativ, mens de som jobbet i psykiatrien hadde mer organiserte ordninger der utvekslinger med kollegaer var ivaretatt gjennom systemet de jobbet i. Flere av deltagerne hadde også vært med i NFF sine generelle kollegaveiledningsgrupper som består av ulike fysioterapeuter, og er et generelt veiledningstilbud på tvers av arbeidsplasser. Det var delte meninger om disse gruppene fungerte.

De som jobbet innen psykiatrien beskrev flere ulike samarbeidsformer. Det var både de formelle veiledningene der det var satt av tid til å ta opp ting rundt pasientene med personalet, der det var rom for å gå inn til hverandre uformelt for å hente støtte der og da, og det var egne møtepunkter mellom noen få samarbeidspartnere som jobbet i team rundt pasienten.

Deltagerne beskrev de ulike formene for møtepunkter de hadde på sykehuset:

*Anette: her på sykehuset så syns jeg vi er veldig heldige som har hele organiseringen av arbeidsdagene våre sånn at vi blir ivaretatt. Det er arenaer som veiledning, for eksempel. Vi har hatt hver uke, nå har det dessverre blitt annenhver mandag. Med jevne mellomrom har vi fast gruppe og møter til veiledning hvor nettopp alle sånne ting tas opp, og man får de tilbakemeldingene på når man føler seg elendig og man får de tankene om at hva er det egentlig jeg driver med. Når pasienter utspiller så mange følelser.*

*Gunn: og man byner å tvile på hva man egentlig holder på med.*

*Anette: og ha organisert veiledning hvor man får de tilbakemeldingene, ( ) ja det er så viktig.*

De som jobbet i privat praksis var mer overlatt til seg selv i forhold til om de klarte å få organisert seg et eget tilbud for å ivareta utvekslingen med kollegaer. De kom med noen tanker om dette:

*Torhild: ... Kanskje i faggruppen, særlig her i ... eller de områdene som er sånn tett da, med mange psykomotorikere, skulle tro at det ville vært litt lettere å skaffe møteplasser som man ikke måtte ta seg fri hele dagen for de som er interessert.*

*Lisbeth: ja bare ha en gruppe som man treffes som ... man prater om løst og fast.*

*Torhild: åpne opp faggruppen tenkte jeg. Nå er det jo litt mer facebook, og alle er jo stort sett veldig opptatt i hverdagen sin, så det er jo en balansegang. Jeg var litt forbauset da jeg meldte meg inn at det var såpass lite tilbud her i... ( ) også organisere det privat krever jo mye syns jeg, men hvis det var organisert sentralt...på en måte lav terskel å komme inn og... måtte bare hatt en møteplass. Det kan jo ikke være at vi er de eneste som synes at det hadde vært spennende?*

*Signe: åpen dag.*

*Lisbeth: ha en åpen kveld ja! i NFFs<sup>3</sup> lokaler.*

#### 4.1.2 Å føle seg alene

Det er særlig de deltagerne som jobbet i psykiatrien som var opptatt av å ikke stå alene, og de mente at man var mer utsatt for dette i privat praksis. Noen av disse hadde bevisst valgt å jobbe i psykiatrien fordi de verdsatte det kollegiale i stor grad og trivdes best sammen med flere. Disse beskrev et fellesskap i psykiatrien av tverrfaglig helsepersonell som de følte tilhørighet til og støtte hos:

*Ida: jeg merker veldig stor forskjell i forhold til å jobbe ved et sykehus kontra det å jobbe i privat praksis. Når du jobber på et institutt så står du innmari alene. Du kan gro deg litt fast, og bli dratt inn i det med pasienter. Når man jobber på sykehuset og har det kollegiale hele veien, flere ergoterapeuter, andre fysioterapeuter, så har man egentlig en form for debriefinger hele tiden. Jeg føler det er en veldig god ivaretagelse at man diskuterer og snakker mye om pasientene det er en veldig ivaretagelse av seg selv.*

De som jobbet i privat praksis beskrev ikke at de følte seg alene, de hadde mange kollegaer rundt seg, men ikke nødvendigvis kollegaer som var psykomotoriske fysioterapeuter eller som forsto hva de jobbet med. De satte pris på kollegamøtene de hadde, selv om det kanskje gikk

---

<sup>3</sup> Norsk fysioterapeutforbund

lang tid mellom møtepunktene. De prioriterte de møtene som fantes, og beskrev den inspirasjonen de hentet gjennom å være sammen med en veiledningsgruppe:

*Signe: vi har også en gruppe, men det er ikke så ofte. Det er veldig viktig, særlig i forhold til at man ikke har psykomotoriske kollegaer på instituttet. Jeg kjenner at hver gang jeg kommer dit, så må jeg bare få diskutert noen saker som ingen egentlig forstår, hvis jeg snakker om det på instituttet.*

*Lisbeth: nei det er nettopp det.*

*Signe: og det er faktisk utrolig godt når man er i den gruppa. Det er sånn at det letter litt. Glad når man går derfra fordi du har fått noen innspill ....*

#### 4.1.3 Gjensidig forståelse

Alle deltagerne var opptatt av den gjensidige forståelsen man møter hos kollegaer som var psykomotorikere. De brukte beskrivelser som «å gjenkjenne den andres situasjon», «møte andre med samme forståelsesbakgrunn», «å få umiddelbar aksept» og «gjenkjennelse i arbeidssituasjonen»:

*Torhild: det at man gjenkjenner seg veldig i den andres situasjon*

*Signe: at vi føler vi er i samme situasjon og at vi møter de samme ....*

*Lisbeth: ... problemstillingene.*

*Signe: ... underveis.*

*Lisbeth: og hvor viktig det er for oss å møte terapeuter som har samme forståelsesbakgrunn. Fordi du får sånn umiddelbar aksept. Gjenkjennelse i din arbeidssituasjon.*

Andre fysioterapeuter, eller kollegaer ute i privat praksis forsto ikke alltid hvordan psykomotorikerne arbeidet. De hadde ikke bestandig kunnskap eller informasjon om måten det ble jobbet på, og forståelsen av helse og sykdom kunne være helt annerledes. Flere av deltagerne kjente seg igjen i lite forståelse fra andre fysioterapeuter som ikke var psykomotorikere, og her beskrev den ene deltageren det på denne måten: «... Jeg føler at jeg

må forsvare min måte å se sykdom på, symptomer, diagnoser, jeg får ikke den umiddelbare forståelsen og det sliter litt!» (Lisbeth).

#### 4.1.4 Respekt, anerkjennelse og samarbeid i forhold til andre faggrupper

Det er særlig de deltagerne som jobbet i psykiatrien som var opptatt av å bli sett og anerkjent i sine arbeidsoppgaver, og som mente at dette hang sammen med trivsel og følelse av å være ivaretatt:

*Kjersti: ... hvis jeg får vært tydelig på hva jeg gjør til legene og psykologene så er det noe med å få respekt fra de. Som jeg synes er utrolig god å ha, når de får høre hva jeg gjør, og forstår det litt så føler jeg at min plass i behandlingsteamet blir mer respektert, og markert og at det er en sånn boost å holde fast i mine oppgaver.*

De var også opptatt av å synliggjøre sin rolle i det tverrfaglige feltet de jobbet i, og at de noen ganger kunne bli sett på som de som drev med fysisk aktivitet, kanskje fordi det ikke var nok tydelighet rundt arbeidsoppgavene:

*Ida: Jeg er nok en person som har behov for å bli sett og anerkjent for det jeg gjør. Jeg trives liksom ikke med å bare, surre rundt og ikke bli sett. Det er vel allment for alle mennesker, men jeg kjenner på et behov for å ...*

*Gunn: få tilbakemeldinger?*

*Ida: ja, å få litt tilbakemeldinger og bli en viktig del, det er jo så mye som går på kropp, og min leder og sa at du er jo en terapeut, fysioterapeut. Altså, og at du kan brukes som terapeut i alt det kroppslige som skjer. Så man jobber jo med det, å bli sett, anerkjent og ivaretatt.*

I psykiatrien jobbet fysioterapeutene i et tverrfaglig sammensatt miljø, og de fortalte at det var samarbeidsmøter, debriefinger og uformelle samtaler kontinuerlig. Fysioterapeutene i privat praksis fortalte at de samarbeidet med fastleger og psykologer, og annet helsepersonell der det var naturlig. De måtte selv ta initiativ til samarbeidet, og det kunne gå en del tid i mellom møtepunktene. De fleste privatpraktiserende psykomotorikerne jobbet på fysikalske institutt sammen med andre fysioterapeuter med ulike spesialiseringer, men ofte ikke sammen med

andre psykomotorikere (selv om noen slike lokaler finnes). Noen av deltagerne som jobbet i privat praksis kunne tenke seg å lage et fagmiljø rundt seg, der det var flere som jobbet på lignende måte, eller med lignende problemstillinger som dem selv. De snakket om fagmøter, ha noen i nærheten av seg som kollegaer, noen å spørre i arbeidshverdagen. Her beskrev deltagerne hvem de kunne tenke seg å jobbe sammen med i samme lokaler hvis de hadde hatt anledning til det:

*Torhild: jeg tenker andre psykomotorikere eller også psykolog. De pasientene jeg har for tiden ville jeg kunne ha samarbeidet med psykiatrisk sykepleier eller psykolog med ...*

*Lisbeth: det er jo også superbra. Hvis man kunne velge ...*

*Signe: spille litt mer på hverandre ...*

#### 4.1.5 Det sosiale aspektet

Flere beskrev den sosiale støtten man får fra kollegaer som viktig. Det kunne være gode kollegaer fra ulike faggrupper, og de som jobbet i psykiatrien trakk dette kanskje mest fram. Her beskrev de det at man følte seg tryggere i teamet rundt pasientene og med et bedre samarbeid når man kjente de man jobbet sammen med. Opplevelsen av et godt arbeidsmiljø kunne være av stor betydning for trivsel på arbeidsplassen. Noen deltagere trakk frem det sosiale ved arbeidsmiljøet som noe som man var bevisst på i forhold til å ivareta seg selv:

*Anette: det sosiale er super- viktig. En lønningspils i ny og ne. Jo bedre du kjenner kollegaene dine jo tryggere er du*

*Gunn: ... på jobb*

*Anette: jo lettere er det å være her eller å dele hva man går med på hjertet og i hodet.*

De som jobbet i psykiatrien trakk frem de små tingene i arbeidshverdagen som å feire bursdager, ta en time-out og spise sjokolade, kunne le sammen i lunsjen. Humor var en mekanisme som flere snakket om, galgenhumor for å stå støtt mellom de tøffe pasientmøtene og dele følelser sammen:

*Ida: jeg er avhengig av kollegaer, jeg er avhengig av å kunne le høyt. Jeg er avhengig av å kunne flåse og slenge litt med leppa. ( ) Så det går vel på å kjenne seg selv i hvilken setting man passer inn i, og hva man trives med, og akkurat nå er jeg på et sted der i livet at jeg har behov for rammer, struktur, og at jeg har lov til å le, jeg har lov til å ( )*

*Kjersti: både le og grine?*

*Ida: ja, rett og slett. Og da blir det heldigvis ikke så mye gråt, da blir det mest latter, så lenge det er lov ...*

## **4.2 Holdning til behandling**

### **4.2.1 Praktisk grensesetting**

Deltagerne i begge intervju beskrev hvordan det var mange ting man gjorde for å skape rammer og sette grenser underveis i behandlingene. Det kunne være praktiske ting som å holde tiden, hvor mange pasienter man behandlet på en dag, og å ikke ta telefonen underveis i behandlingstiden.

*Lisbeth: ... avslutte i tide slik at jeg kan få luftet ut lukten av den som har vært der før og ikke minst bare slippe meg nedpå eller gjøre noen ... bevegelser selv. Få tid til å skrive noen notater og samtidig sette seg inn i den som skal komme. Ha tid til å bruke et minutt eller to på det. Du rister av deg den ene og setter deg inn i den nye mellom hver.*

Når det gjaldt ivaretagelse og varhet overfor pasientens og terapeutens egne grenser og personlige rom og integritet, beskrev deltagerne at det spilte en rolle også med lokalene, hvor man plasserte seg i rommet i forhold til hverandre, størrelsen på rommet m.m:

*Signe: jeg prøver å ha den avstanden jeg føler er komfortabel, men det er ikke sikkert det egentlig er det rette. Som regel så sitter de jo der de blir bedt om å sitte.*

*Lisbeth: ja, de gjør det. Noen har jeg spurt; «er det greit for deg å sitte bak døra? Jeg skulle jo ønske at jeg hadde et større behandlingsrom ...*



#### 4.2.2 Å være god nok

Deltagerne snakket om å være gode nok, gjøre en god nok jobb. Det kunne virke som de jobbet med å senke kravene til seg selv om hva man kunne få til i løpet av en behandling. Deltagerne i begge intervju snakket om å føle seg gode nok i forhold til andre kollegaer, og flere snakket om en bevissthet om hva man holdt på med, og om det var godt nok. Her snakket en av deltagerne i privat praksis om hvor mange elementer man skulle presse inn i timen:

*Lisbeth: så ønsker de jo kroppsberøringen, de er jo fornøyd når de får lagt seg litt ned på benken, uansett bare bli tatt litt på og ikke minst en person som er 100 % tilstede for deg omtrent en klokke time. Om så bare en halvtime. De er superfornøyd, det har jeg tenkt litt på ... Dette her er **godt nok**. Du må ikke fylle timen helt, det her er superbra. Jeg må virkelig tenke litt på det her med snill pike, flink pike ( ) **det er godt nok**.*

Deltagerne snakket om at de hadde endret sin måte å jobbe på etter at de ble ferdig med videreutdanningen. De hadde oftere færre pasienter, roligere dager enn da de jobbet som tradisjonelle fysioterapeuter. Det hadde, særlig tidligere, vært en tradisjon for å jobbe mest mulig. Inntjening har vært sentralt blant fysioterapeuter i privat praksis. Deltagerne beskrev det slik:

*Signe: der er det jo stor forskjell tenker jeg på hvordan vi jobber og tradisjonelle fysioterapeuter jobber. De har jo fullere liste og kortere tid på hver pasient. Og de kjører på.*

*Lisbeth: og snakker om vær og vind ikke sant? De berører jo ikke dype ...*

*Signe: trenger ikke gå inn i ... så mye,*

*Lisbeth: nei ... nei (bekreftende) ...*

*Signe: vi har en utfordring, i forhold til ... det personlige.*

Holdningen om å jobbe mest mulig og få god inntjening er noe psykomotorikerne kjente til, men som de hadde gått mer bort ifra siden de nå jobbet på en annen måte. Deltager i privat praksis beskriver det slik:

*Torhild: Så snakker jeg litt med de kollegaene på jobben som er allmenn-fysioterapeuter, men det blir litt sånn at hver har sin arbeidshverdag og ... det er ikke mulighet for å sette av tid til felles lunsj en gang fordi tid er penger.*

#### 4.2.3 Valg rundt pasientene

Deltagerne som jobbet i privat praksis snakker om at dersom pasientene var innstilt på å jobbe med seg selv, ble terapiprosessen mer interessant. De fremhevet at det kunne være lurt å klargjøre hvordan man skulle jobbe i terapirelasjonen. De hadde erfart at en måte å avgrense for seg selv og pasientene i behandlingen, kunne være å ta stilling til dette allerede i det første møtet med pasienten: «sette de forventningene man klargjør i første møte da» (Signe). «Det har du alltid igjen for» (Lisbeth). «Og være litt tydelig» (Signe).

Noen hadde erfaringer med at pasientene kom med høye målsetninger om at terapeutene skulle «gjøre dem friske», og en hadde reflektert over at man burde satt realistiske rammer for terapiprosessen, der pasienten fikk noe av ansvaret tilbake: «kanskje sette litt krav til hva man skal oppnå innenfor realistiske ...» (Signe) «og ikke tro at man er den eneste som man kan gå til i all evighet.» (Torhild).

Det er ofte lange ventetider og flere av fysioterapeutene hadde ikke fulle driftstilskudd<sup>4</sup>. De gjorde seg noen tanker om prioriteringer. Når færre pasienter fikk nyte godt av tilskuddsordningen beskrev deltageren her at hun måtte prioritere hvem som trengte behandlingen mest av de som var på ventelisten. Dette ble også en form for avgrensning, og ivaretagelse som også var en konsekvens av at fysioterapeuten hadde et lite driftstilskudd, men en lang venteliste:

*Torhild: en annen ting jeg kom på var også det å velge ut de jeg føler, der kommer vi videre. Kanskje de litt yngre pasientene, og ta de inn litt tidligere, eller de som er i jobb, veldig motiverte fremfor de som er på vei og ønsker å bli uføretrygdet ... Jeg*

---

<sup>4</sup> Driftstilskudd tildeles fysioterapeuter som har avtale med kommunen. Driftstilskuddet utløser støtte fra HELFO slik at pasienten ikke må betale full pris, men får refusjon på behandlingen og kan betale en egenandel. Ofte deler kommunene tilskuddene opp i mindre andeler da det er mer lønnsomt for kommunen, men fysioterapeuten jobber like mye for mindre lønn.

*prøver å ta bevisste valg og er litt strengere med å ... etter ti ganger, hvis det ikke skjer så mye, at jeg tar det opp og eventuelt avslutter.*

Pasientene i psykiatrien har vanligvis en mer alvorlig grad av psykisk lidelse enn pasienter i privat praksis, og i privat praksis er det ofte sammensatt problematikk, men ofte ikke like alvorlige psykiske lidelser. Deltagerne som jobbet i psykiatrien beskrev at de måtte legge opp arbeidsdagen og behandlingstiltakene på en annen måte:

*Anette: vi møter dem jo på det dårligste her ... Det er ikke så rart at de er i dårligst forfatning og i minst mulig grad av kontakt med seg selv.*

*Kjersti: ja akkurat i denne fasen ...*

*Anette: så det er jo mer utfordrende, å nå inn ...*

*Gunn: så rent psykomotorisk kan man ikke alltid bruke, i hvert fall ikke inngripende behandling som det heter. Det er jo mye sånn, «pakke sammen», eller?*

*Kjersti: det er jo det.*

#### 4.2.4 Å styre arbeidsdagen selv

Det er ikke alle yrker man har en stor grad av selvbestemmelse over arbeidsdagen.

Fysioterapeuter har ofte muligheten til å styre deler av arbeidsdagen sin selv og deltagerne beskrev at det kunne bidra til ivaretagelse av seg selv. Deltagerne beskrev frihet innenfor arbeidshverdagen sin. De som jobbet i psykiatrien hadde muligheten for å ta en kontordag, eller ta en pause dersom det skulle være behov for det, og de møtte ofte anerkjennelse for dette behovet på arbeidsplassen sin. Deltagerne i psykiatrien beskrev også at de hadde møtt fordommer hos andre med at det måtte være så tøft å jobbe i psykiatrien, men beskrev her at de hadde tiltak for å beskytte seg, og som ivaretok dem gjennom arbeidsdagen:

*Gunn: ja, det er i hvert fall sånn at vi kan styre mye av arbeidsdagen selv, det er ikke noen som står over meg og sier at, nå skal du gjøre det, og det. Jeg legger opp dagene selv, og det betyr også at jeg kan, trekke meg tilbake, eller lage pauser for meg selv.*

*Jeg merker jo hvis jeg er ekstra sliten, og hvis jeg har mulighet, tar jeg kanskje kontordag. Sitter og ... leser ting, eller skriver ... faktisk holder meg unna pasientene for å skjerme meg litt. Det er veldig godt å kunne gjøre det.*

De psykomotorikerne som jobber i psykiatrien hadde en hverdag, der det var mer aksept for at situasjoner er belastende. Noen sammenlignet seg og sin situasjon med fysioterapeutene på somatiske sykehus:

*Kjersti: når jeg snakker med andre fysioterapivenner som jobber i somatikken og ... i andre typer arbeidsplasser, de opplever jo og masse belastning, og de er jo og borti psykiatri selv om de ikke tar tak i det på den måten, men uansett krevende pasientsituasjoner, ( ) men den slitasjen de kjenner på er jo ikke anerkjent på samme måten som den slitasjen vi kjenner på i psykiatrien har jeg inntrykk av.*

#### 4.2.5 Rammeverket rundt

Ordningen med driftstilskudd i privat praksis er omdiskutert. Flere av fysioterapeutene hadde mindre tilskudd, men opplevde pasienttilstrømmingen som massiv. Noen hadde begynt å synliggjøre hvordan de jobbet for å kunne påvirke kommunen og eventuelle politiske prosesser:

*Lisbeth: ... Jeg har bare 14 timer i uka<sup>5</sup>. Da jeg jobbet 100 %, og hadde veldig mange psykomotoriske så fikk jeg veldig mange tunge. Da ble jeg sittende og skulle skrive rapporter til NAV og Gud og hvermann. Så sitter jeg på fritiden føler jeg, og uten å få noe penger for det, jeg ble så irritert. Jeg følte meg utnyttet, og det var så tappende for energi at det halve kunne vært nok. Nå har jeg sagt at de som ønsker psykomotorisk fysioterapi får betale privat, og så jobber jeg med tradisjonell fysioterapi de 14 timene.*

Deltagerne i begge intervjuer beskrev oppgavens tema med ivaretagelse av seg selv som terapeut som lite, eller ikke berørt som tema på videreutdanningen, og at det var noe de skulle ønske de hadde lært mer om før de startet å jobbe:

---

<sup>5</sup> 14 timer i uka med driftstilskudd, som vil være rundt to arbeidsdager og 40% driftstilskudd.

*Lisbeth: dette her med selvavgrensning, eller det å ta vare på seg selv som terapeut, det berørte vi absolutt ikke, jeg husker ikke at vi gjorde det i utdanningen og det savner jeg virkelig.*

*Torhild: det stemmer det, jeg kan heller ikke huske det ...*

*Lisbeth: nei, det var utrolig dårlig.*

*Signe: først på kulltreff ...*

Den ene deltageren foreslo å bruke denne oppgaven som del av undervisningen, fordi det hadde vært lite fokus på hvordan man skal ivareta seg selv som terapeut på videreutdanningen, og oppgaven ville kunne synliggjøre mange eksempler fra praksisfeltet:

*Gunn: Jo, jeg tenkte på at hvis det her blir en ålright oppgave, så synes jeg det er viktig at, lærerne på videreutdanningen på psykomotorisk fysioterapi kanskje kan bruke den i undervisningen. Jeg tror vi hadde litt om det, men det er jo veldig bra å ha, lese, det er jo fra praksis, ikke sant. Da blir det nesten en sånn oppskrift på hvordan ta vare på seg selv.*

### **4.3 Ytre teknikker**

#### **4.3.1 Kurs og faglig oppdatering**

Deltagerne i begge intervjuene beskrev kurs og faglig oppdatering som en kilde til mentalt påfyll og at det var motiverende og energigivende. Noen hadde tatt veldig mange kurs etter videreutdanningen, og beskrev at mye hadde vært nyttig. De fysioterapeutene som jobbet i privat praksis fortalte om et ønske, og behov for å lære mer etter videreutdanningen: «jeg har følt behov for veldig mye mentalt påfyll, lære mer, og har gått 400 kurstimer siden vi var ferdig på psykomotorisk» (Lisbeth).

Andre som jobbet i privat praksis fortalte at kursene var tidkrevende og at man tapte inntekt av det: «først gikk jeg på mange kurs, de første to årene etter at jeg var ferdig på videreutdanning. I og med at jeg ikke har fullt driftstilskudd så ble det veldig uøkonomisk ...» (Torhild). De fysioterapeutene som jobbet i psykiatrien snakket om en arbeidshverdag der det var mer tilrettelagt for faglig oppdatering: «En ting som er bra med psykiatrien er at, det er jo

alltid sånne små kurs og foredrag, og forelesninger. Det synes jeg er herlig, både for faglig påfyll, men og for et avbrekk» (Kjersti).

#### 4.3.2 Avreagere etter behandling

Det var flere i begge intervju som snakket om å gjøre teknikker etter behandling for å «riste av seg» inntrykkene, «sporene» av personen som de hadde hatt i rommet, eller som de hadde vært sammen med. Flere hadde lært slike teknikker gjennom å se hva kollegaer hadde gjort, eller gjennom å lære av terapeuten som de hadde gått til i egenbehandling<sup>6</sup>:

*Gunn: Noen vasker seg, godt opp etter armene, eller hører på musikk, eller ...*

*Ida: de går i arbeidsantrekk på jobben, skifter over til annet tøy der, og liksom legger alt fra seg ... og jeg tenker at det og er et sånt rituale.*

I psykiatrien kunne det å være sammen med dårlige pasienter være en belastning, og flere av informantene snakket om det å kunne avreagere med å gjøre noe fysisk etter å ha vært sammen med en pasient:

*Anette: jeg har egentlig brukt mer teknikker sånn i etterkant av en time, ( ) for å få utløp, for noen av de følelsene jeg har tatt imot. Det kan være gå ned i gymsalen. Jeg er veldig glad i å sparke fotball, så da sparker jeg litt med veggen. Noen ganger har jeg hatt lyst til å ha boksesekken hengende oppe. Der og da, sånn at du får det litt ut av kroppen.*

#### 4.3.3 Mestringsstrategier på fritiden

Fysioterapeutene var alle opptatt av ivaretagelse også på fritiden og at det kunne innvirke på arbeidshverdagen. En var opptatt av å få nok søvn, noen drev med yoga og meditasjon. Flere drev med trening. Noen var rett og slett opptatt av å ha det bra, gjøre ting som var gøy og gir overskudd som å gå på konsert, kino, eller være med venner for å hente energi. Det å prioritere å ta seg råd til ferier når man jobber i privat praksis er også nevnt.

---

<sup>6</sup> Egenbehandling er et krav som stilles av Fysioterapeutforbundet som en del av videreutdanningen. For å selv kunne praktisere som psykomotorisk fysioterapeut må man ha hatt min. 20 timer behandling hos psykomotorisk fysioterapeut.

*Gunn: deilig å kunne gå hjem, eller sykle hjem, eller gjøre noe aktivt når arbeidsdagen er slutt og få det ut på den måten, eller sitte med musikk på øret på toget, skjerme seg og bare ... komme ut av jobben, og inn i seg selv, inn i en annen setting.*

De som jobbet i psykiatrien trakk frem at det ikke var realistisk å ikke ta med seg jobben hjem, men at det gikk mer på hvordan man tok med seg inntrykkene hjem, og hvordan man håndterte inntrykkene:

*Ida: vi hadde jo hun pasienten som var inne på skjerming, som sleit ut personalet noe enormt, ... og man tok imot utskjellinger dag ut og dag inn. Hun kasta mat veggimellom, kasta vann på bordet ... Selv om jeg som fysioterapeut egentlig var den mest «hvitkledd» av oss alle, så fikk jo jeg og mine skyllebøtter. Å se på en nesten 40 år gammel dame, holde på sånn, ( ) og det å ivareta seg selv oppi det. Det kjente jeg var vanskelig, for når jeg kom hjem til mine små barn, som søler med maten, som heller ut vann, som legger seg på gulvet og begynner å sprelle, de hadde akkurat samme atferd som den personen hos oss. Det som jeg kjente på da, var at jeg kjefta på de, og det var jo egentlig den damen som burde fått den korrigeringa. Da var det veldig vanskelig ... men jeg skjønnte at det hadde noe med det å gjøre på jobb. Jeg slet likevel innmari med å avgrense det fordi alle mulige tips som dra og tren, gjør det og gjør det, jeg hadde ansvar hjemme som jeg ikke kom meg unna.*

Det er flere deltagere som snakket om sekundærtraumatisering, eller at det å jobbe med pasienter som var i skjør forfatning psykisk, og med sterke historier, gjorde noe med en som behandler. Mange pasienter var traumatiserte med spor av vold og overgrep i kroppen. De var bærere av dette i historiene sine. Noen av deltagerne nevnte Per Isdahl, som hadde jobbet i fengsel og som hadde hatt både artikler og foredrag om sekundærtraumatiseringen som terapeuter ble utsatt for gjennom alle historiene en møtte. Noen av deltagerne fortalte at de hadde vært på foredraget: «smittet av vold». Der fortalte Isdahl at han hadde endret musikksmak til en mer mildere, koseligere stil, og var bevisst på å bruke mestringsstrategier som dette for å skjerme seg mot de sterke inntrykkene han fikk av å tilbringe mye tid under tøffe forhold i fengselet. Noen deltagere kjente seg igjen i behovet for å beskytte seg selv fra de inntrykkene og historiene man fikk ved å være sammen med svært syke mennesker: «ja, det er derfor jeg kanskje ikke leser Jo Nesbø akkurat nå, fordi nå trenger jeg å skjerme meg.

Skjerme meg fra drap og elendighet, leser Donald (latter fra flere) på senga for tiden»  
(Anette).

#### 4.4 Terapeutrollen

##### 4.4.1 Hvordan man selv har det; privatperson og terapeut

Flere beskrev at ens egen livssituasjon eller dagsform kunne påvirke behandlingen. Det kunne være vanskelig å ivareta pasientene og seg selv, hvis man slet privat av en eller annen grunn.

*Signe: jeg synes det er så avhengig av hvordan jeg har det selv! Hvis jeg har en dårlig dag, og hvis en ting er vanskelig personlig, så kjenner jeg at det er ti ganger verre å ta vare på pasienten, og da synes jeg at det spiller tilbake på meg selv ... jeg tar ting kanskje mer inn på meg. Jeg går mer inn i pasientens sorger ...*

Samtidig trakk også noen deltagere frem det motsatte, nettopp det at å være tilstede i behandlingene, og å gjøre øvelser for eksempel, kunne skape en avstand fra sitt eget og bidra til en indre ro for terapeuten selv også:

*Torhild: det at man faktisk kan bruke litt tilstedeværelse med pasienten til å jorde seg litt, eller å være tilstede i øyeblikket og glemme seg selv, eller sine egne ting. Også det at man bruker seg selv så mye at, hvordan behandlingen egentlig arter seg den dagen, kan ha mye å si for hvordan man selv har det.*

##### 4.4.2 Være tilstede i kroppen

Flere av fysioterapeutene trakk frem at psykomotorikere på en måte var i en særstilling i det å kunne kjenne etter på seg selv og registrere reaksjoner og hva som skjedde i kroppen. Således kunne de være i stand til å ta grep for å ivareta seg selv. Flere beskrev hvordan de kjente etter på egen kropp i løpet av behandlingen og var innom seg selv for å ivareta seg:

*Anette: vi har en stor fordel ved å være psykomotorikere for vi kjenner egentlig oss selv så godt og forstår hva som foregår. Vi vet hvordan man skal handle på det, vi bruker jo egentlig det i pasienttimene hele tiden.*



Deltagerne beskrev at de kjente etter i kroppen for å kunne ivareta seg selv, forankre seg selv og beholde bakkekontakten. De kunne bruke hva de kjente i seg selv som et barometer på overføring, motoverføring av følelser. Når pasientene fortalte sterke, gripende ting, brukte deltagerne kroppen til å skille på hva som var deres egne og hva som var pasientens følelser:

*Kjersti: jeg tenker på at alt det jeg har lært i psykomotorikken og på kurs og sånn, det er jo ting som jeg bruker på meg selv, egentlig».*

*Gunn: det er meninga og det at vi skal bruke, he, he.*

*Kjersti: ja ikke sant! Det er jo absolutt den ivaretagelsen det, det å bruke teknikkene. På å bevare bakkekontakten og ...*

*Ida: ja, også vil det jo være ... grensene liksom, sitte og kjenne på at som du sier, dette er ikke mitt.*

*Kjersti: her er jeg, der er du og jeg kan bare ta vare på meg selv.*

#### 4.4.3 Håndtere å bli berørt gjennom trygghet i seg selv

Noen av deltagerne fremhevet at det man møter hos pasienten var seg selv og sine egne følelsesmessige reaksjoner. Derfor var det viktig å jobbe med seg selv som terapeut for å kunne tåle den andre med dennes følelser, historie og reaksjoner. Her beskrev deltageren at hun opplevde å kunne ivareta seg selv bedre etter at hun hadde jobbet med seg selv personlig, og som terapeut. Hun sier at hun ville følt seg sliten som en vaskefille dersom hun ikke hadde lært mer om seg selv.

*Lisbeth: nå skjønner jeg virkelig at, er det noe jeg møter hos pasienten så er det meg, ... jeg må jobbe med meg selv ... Kurs for å lære mer om meg selv med tanke på å bli en bedre terapeut og ikke dra hjem som en vaskefille.*

Fysioterapeutene beskrev at de opplevde at det å ta vare på seg selv som terapeut var kommet litt mer i fokus i psykisk helsearbeid. Fysioterapeutene, uavhengig av arbeidssted, beskrev at de kunne bli berørt av pasientens historier, men det var oftest fysioterapeutene i psykiatrien som sto overfor de mest smertefulle historiene. Her beskrev hun en kroppslig strategi hun brukte for å ivareta seg selv:

*Ida: hvis det er noen som forteller noen veldig, sterke historier og spesielt en jeg husker veldig godt og det han fortalte traff meg sånn enormt at jeg kjente at jeg ble veldig, veldig beveget. Og det var vanskelig å ta imot, for jeg fikk så vondt av han. Men at det da var nyttig å konsentrere seg om sitteknutene, hvordan jeg satt, sveipe en tur innom meg selv for å kjenne at det var jo ikke mitt i det hele tatt det som ble presentert. Og så gå tilbake.*

Flere av deltagerne, var opptatt av å våge å kjenne etter på sin egen usikkerhet i møtet med pasienten, og lære seg til å stole på at det man gjorde var bra nok, at det ga en trygghet i møtet med den andre:

*Signe: og så tror jeg på trygghet i seg selv, jeg tenker at det jeg gjør, det er faktisk bra nok, det her er min måte å jobbe på. Det er sånn jeg vil gjøre det. Ikke tenke at man hele tiden, skulle gjøre mer og mer og, men skape litt ro.*

Noen av deltagerne var opptatt av at det å bli god i faget handlet ikke om å gå på flest mulig kurs, eller stadig å prøve ut nye metoder, men våge å stole på det man kunne fra før som terapeut; at «less is more». At det å være god var å bruke seg selv og frigjøre seg fra utryggheten, og stole på det man hadde lært, og bruke det: «... det å lære seg å stole på de verktøyene man har og skape det egne påfyllet som gjør seg selv i stand til å bruke det. Selvtilliten til å bruke det» (Torhild).

#### **4.5 Overordnet forståelse**

Pusterom kan forstås som et sted der man har plass til å vokse, utvide seg, utvikle seg, med rom rundt seg, tid til refleksjon, tid til samtaler med kollegaer og tid til veiledning. Pusten er det livgivende, vitale, åndelige og sentrale i tradisjonell psykomotorisk behandling, det som frigjør spenninger og åpner opp fysiske blokkeringer og som løsner på følelsene. Refleksjon rundt oss selv og måten vi er som terapeuter, og hva vi vektlegger i behandling, og de gode samtalene og refleksjonene sammen med pasientene, og med kollegaer ble beskrevet som viktige for deltagerne. Ønsket om støtte og gjensidig forståelse fra kollegaer i

arbeidshverdagen er beskrevet. Variasjonen av ytringer om dette kan forstås som et savn av støtte og forståelse hos noen, til opplevelsen av godt kollegasamarbeid, både uformelt i arbeidsmiljøet og strukturert og organisert gjennom møter for andre. Gjennom de ulike formene for ivaretagelse utvikles terapeutene. Erfaringer må til for å utvikle seg, og deltagerne beskrev erfaringer der de ønsket å prestere mindre, stolte mer på seg selv og sine ferdigheter, og lærte å bruke seg selv som verktøy. Min tolkning og forståelse gjennom analysen har ført til dette hovedtema: «*Pusterom, refleksjon og støtte skaper ivaretagelse og utvikling i terapirommet*».

## 5.0 DISKUSJON

Utgangspunktet for denne studien var å undersøke hvordan psykomotoriske fysioterapeuter beskriver det å ivareta seg selv i arbeidshverdagen, og hvordan disse beskrivelsene kan forstås. Ut i fra funnene tolker jeg at ivaretagelse av seg selv i arbeidshverdagen var sentralt og viktig for deltagerne, og at det er mange former for ivaretagelse. Jeg tenker at en del av tiltakene deltagerne beskrev som de gjorde for å ivareta seg skjedde helt bevisst, mens andre faktorer rundt dette ble synliggjort i fokusgruppene, der de diskuterte og reflekterte sammen om hva de tenkte var viktig for ivaretagelse. Deltagerne beskrev ivaretagelse på det personlige og det kroppslige planet, gjennom refleksjoner alene og med andre, og ivaretagelse gjennom systemet på arbeidsplassen eller gjennom tilrettelegging fra fysioterapeutforbundet. Fokusgruppedeltagerne representerte privat praksis i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, og ga gjennom dette en variasjon og bredde av hvordan psykomotoriske fysioterapeuter arbeider innenfor psykisk helsevern med utgangspunkt i forskjellig arbeidshverdag. Samtidig må det påpekes at funnene i denne studien er gyldig, troverdig og pålitelig i forhold til de psykomotoriske fysioterapeutene som deltok. I diskusjonsdelen skal jeg gå nærmere inn på elementer rundt hovedtema sett i lys av teorier, litteratur og egne betraktninger. Jeg har valgt å dele opp diskusjonen i underkapitler i tråd med hovedtema. Underkapitlene heter; pusterom, refleksjon, og støtte og i konklusjonen oppsummeres betraktningene tilslutt.

## 5.1 Pusterom

*«Hvordan du kan håndtere de inntrykkene du får i løpet av arbeidsdagen»*

Berulfsen og Gundersen (1985) definerer pusterom blant annet som «hvil, mellomrom, opphold, pause» (side 184). Kåver (2012) beskriver restitusjon for terapeuten som å få hvile og senke kravene til seg selv. Deltagerne i studien beskrev at de var opptatt av det som skjedde mellom behandlinger, men også etter at arbeidsdagen er slutt, på fritiden. De var opptatt av å skape pusterom for seg selv. De fortalte om at de var bevisste på at å koble av på fritiden var viktig for å samle overskudd. De beskrev alt fra å lytte til musikk på vei hjem, sykle til og fra jobb, gå på kino og gå på kafe, til å trene, meditere eller lese noe hyggelig. Noen likte også å brette og ordne tøy. Kanskje gjorde de dette for å skape mer orden rundt seg dersom opplevelsene på jobb hadde vært kaotiske?

Ekerholt og Bergland (2008) skriver at hovedforskjellen mellom psykomotorisk fysioterapi og vanlig fysioterapi er fokuset på pusten. Å være i kontakt med pusten og spontaniteten i pusten gir en unik tilgang til ens egne følelser. Det er ofte en sammenheng mellom tilbakeholdt eller kontrollert pust, spenninger i kroppen og tilbakeholdte følelser. Det kan være smertefullt å kjenne etter hvordan man egentlig har det. Følelsene uttrykkes og oppleves gjennom kroppen og gjennom kroppslige reaksjoner (Ekerholt og Bergland, 2008). Deltagerne i studien min brukte seg selv og sin egen kropp som barometer for egne følelser, og reaksjoner. Råheim (2002) skriver at oppmerksom tilstedeværelse er et stikkord for både terapeut og pasient.

Deltagerne beskrev at det kunne være mange voldsomme inntrykk når man jobber med sammensatte problemer hos pasientene. Det var særlig deltagerne i psykiatrien som kom med eksempler på å avreagere etter møter med pasienter. Det kunne være å snakke med kollegaer, fortelle noe vittig, ha humor, sort humor og galgenhumor. De beskrev et samhold på tvers av profesjoner og en fellesskapsfølelse gjennom det de sto i sammen. Dette fenomenet ble beskrevet av Larsen (2011) som viktig aspekt for å kunne stå i de motoverføringene man kan kjenne på i møte med pasienter, eller som en viktig måte å kunne avreagere på. Deltagerne beskrev at de ivaretar seg selv på den måten. Det kunne også dreie seg om de små tingene som gjorde arbeidshverdagen enklere og fylte den med mening, som feiring med god lunsj eller kake, at noen hørte på deg når du var nedfor, eller hadde litt sjokolade i skuffen klar til

deg på vanskelige dager. Noen hadde lønningspils eller sosiale arrangement der man ble bedre kjent. Flere deltagere fremhevet at det å være trygge på hverandre som kollegaer gjorde at man også kjente seg tryggere og mer fornøyd på jobb. Gjennom at de ble kjent med flere sider av personene som utgjorde kollegiet, kunne man stole bedre på hverandre og man ble trygge på hverandre. Man må mange steder kunne spille på hverandre og vite at kollegaen din «backer deg opp» i krisesituasjoner, og når man kjenner hverandre godt kan et blikk, eller kroppsspråket være nok til å reagere i situasjonen. Dette er viktig mange steder i psykiatrien, og særlig i akuttpsykiatrien, fordi det kan gå på ivaretagelse av pasienters sikkerhet og sin egen sikkerhet dersom man jobber med for eksempel ustabile voldsrisikopasienter eller psykotiske pasienter. Nyre (2015) fremhever at det å ha nære kollegaer blir sett på som viktig for psykomotoriske fysioterapeuter også i privat praksis. Det vektlegges at personer man er trygg på og som kjenner en gjør en mer bevisst fordi, man kan diskutere prosesser rundt seg selv.

Bang (2003) hevder at det er særlig to faktorer som beskytter mot sårbarheten for å bli sekundær traumatisert; det å ha god teoretisk kompetanse på tap og traumer, og det å ha redskaper for å takle sine egne reaksjoner og egne overføringsreaksjoner. Når man skal behandle mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og kjenner på dypt alvor rundt eksistensielle tema som suicidalitet, eller jobber med kroppen til alvorlig traumatiserte pasienter, så gjør det noe med deg som behandler og person. Deltagerne beskrev at når man ble fylt opp av rystende historier eller mye emosjonelt materiale, kunne det å gi seg selv pusterom gjennom å av reagere mellom pasientene, være av avgjørende betydning for å ivareta seg selv i arbeidshverdagen. Bang (2003) skriver at vi både kan bli tappet, men også beriket gjennom å jobbe med mennesker. Hun beskriver paradokset ved at man kan føle seg stresset før man kommer på jobb. Når man så setter seg ned sammen med pasienten, blir man rolig selv, tross at pasienten kan være urolig. I prosessen med å romme den andre må man sette seg selv i en tilstand av indre ro. Bang (2003) beskriver dette som en «sentring», en ubevisst og bevisst tilstand av ro og tilstedeværelse. Deltagerne mine beskrev denne tilstanden blant annet gjennom å ha ro i terapien og å kjenne at man «sitter på sitteknutene», være tilstede i rommet, men samtidig kjenne etter hvor man har seg selv gjennom kroppslig tilstedeværelse og forankring her og nå.

Det er mange måter som deltagerne beskrev det å styre tiden og sette rammer og grenser innenfor behandlingene. Studien viste at det å balansere mellom nærhet og avstand, fysisk og følelsesmessig i behandlingene virkelig er en balansekunst. Friheten til å legge opp dagene selv var noe psykomotorikerne hadde muligheten til, og særlig de som jobbet i psykiatrien. I følge Richardsen og Martinussen (2008) er selvbestemmelsen over egen arbeidshverdag noe som er sterkt relatert til jobbtilfredsheten, og man kan således ivareta seg selv bedre etter dagsformen når man bestemmer mye selv. Deltagerne fortalte at dersom man var sliten, var det respekt for at man kunne ta seg en kontordag og lese aktuell litteratur. Deltagerne snakket om hvordan de kunne sette grenser og avreagere i mellom behandlingene som en ivaretagelse av seg selv. Måter å gjøre dette på var gjennom å avgrense, og sette praktiske rammer for behandlingene, og hvordan behandlingen ble dosert i forhold til ulike personer. Eksempler på dosering kunne være gjennom å kaste ball, eller gå tur med pasienten som ikke tålte berøring den dagen. Noen sparket ball med veggen etter behandlinger, spøkte med galgenhumor og snakket med kollegaer og prioriterte lunsj. I privat praksis var det mindre tid mellom pasientene, men en del var opptatt av de små pusterommene, og brukte tiden bevisst på å skape seg god tid i mellom pasientene, skrev litt i journalen, luftet ut den oppbrukte luften i terapirommet, vasket hendene godt. De tok hensyn til den fysiske utformingen av terapirommet, og hvordan man plasserte seg i forhold til hverandre fysisk f.eks. på stoler og i rommet. Hordevik (2008) hevder at det å skrive journal kan også være en måte å bearbeide det man har opplevd på, organisere det man tenkte og opplevde, og få det ned på papiret.

I min studie beskrev deltager Torhild at hun hadde valgt å være mer bevisst i utvelgelsen av hvem som ble prioritert fra ventelisten. Jeg tolker at hun gjorde dette som en form for ivaretagelse og avgrensning som gjorde terapiprosessen mer givende og spennende for begge parter. Disse som ble valgt ut var ofte mer motiverte og ansvarlige for egen bedring. Hun prioriterte de pasientene som var yngre, de som var i jobb, eller de som var veldig motiverte, fremfor de som ønsket å bli uføretrygdet. Hun hadde også en bevisst tanke om å avslutte behandlingene, vurdere etter ti ganger, om det hadde skjedd noen endring. Dersom det ikke skjedde noe tok hun det opp med pasienten og avsluttet. Deltagerne i studien hadde gjort seg egne erfaringer om hva som tappet dem for krefter, og at dersom pasientene er innstilt på å jobbe med seg selv så ble terapiprosessen mer interessant. Jeg tolker at det også blir lettere å jobbe når man kan opprettholde en glød og inspirere hverandre i en slik terapirelasjon.

Når man kjenner på slitenhet og trøtthet som ikke går over, kan det være tegn på en slitasje med fare for å bli utbrent (Kåver, 2012). Dersom man har det slik foreslår Kåver (2012) konkret å snakke med kollegaer om hjelp, dele ansvaret, si nei til flere klienter, ta ferie eller få sykemelding. Det kan nok være vanskelig for mange som jobber alene i privat praksis å se disse signalene selv, man strekker seg langt med lange ventelister, og siden mange pasienter man møter er fortvilet over sin sammensatte situasjon, kan psykomotorikeren føle seg presset til å ta inn flere og flere. Haugli (2012) beskriver i sin studie at det å avslutte behandlingene kan være en utfordring, og noe som kan slite på og gi belastninger til en terapeut som allerede har en lang venteliste. Hordevik (2008) beskriver at det mange klinikere beskriver som slitasje er når antallet pasienter på venteliste er større enn de man faktisk klarer å behandle. Ofte er det et stort lidelsestrykk på de som trenger behandling, og det å klare å si nei er viktig, men vanskelig, skriver hun. Dersom man tar inn for mange kan kvaliteten på det man gjør bli dårligere. Man er ikke en god hjelper når man er for sliten eller ikke får tid til å følge opp skikkelig. Hun skriver at når man får økt erfaring på hva som sliter på en selv, og har fått kunnskap om egne mestringsstrategier og passer på å ha varierte arbeidsoppgaver går det lettere å tåle påkjenninger (Hordevik, 2008). Nyre (2015) Deltagernes erfaring var at det var nyttig å klargjøre hvordan man skulle jobbe i terapirelasjonen allerede i første møtet med pasienten. Sette forventningene til hverandre, være tydelig, gi pasienten ansvaret tilbake og sette realistiske rammer for terapien. Jeg tenker at det ikke er terapeuten sitt ansvar å gjøre noen frisk, men et felles samarbeidsprosjekt for terapirelasjonen.

## 5.2 Refleksjon

*«Nå skjønner jeg virkelig at er det noe jeg møter hos pasientene, så er det meg»*

Studien viste at selvrefleksjon rundt terapeutrollen både intellektuelt og kroppslig var viktig for deltagerne. Det er noe som har å gjøre både med å kjenne etter på egen kropp, hvordan man selv har det følelsesmessig, men også kroppslig tilstedeværelse, kroppsopplevelser underveis i behandlingene, og det å kjenne seg trygg i seg selv, som terapeut gjennom en kontinuerlig utviklingsprosess. Kåver (2012) beskriver selvrefleksjon som det å observere, tolke og evaluere sine egne følelser, tanker og handlinger. Hun beskriver at det som kjennetegner dyktige terapeuter er når dette gjøres underveis i behandlingen. At man er selvreflekterende, empatisk tilstede, tilpasser kontinuerlig teknikker der og da i forhold til de

unike klientene som er tilstede. Deltagerne i Nyre (2015) sin studie trekker frem refleksjon som en viktig del av den profesjonelle utviklingen hos psykomotorikere. Refleksjon og bearbeiding av det pasientene formidler, samt refleksjon som viktig del av kollegakontakt og veiledning blir trukket frem.

Deltagerne beskrev det «å være tilstede i kroppen» underveis i behandlingen, der deltagerne selv kjente etter på sin egen kropp, for å forankre seg og beholde bakkekontakten, og skille på hva som var sine egne følelser og hva som var pasienten sine følelser. Deltagerne beskrev det som en ivaretagelse av seg selv å bruke de kroppslige teknikkene for å kunne kjenne seg selv og være i seg selv når pasienten utspilte følelser. I psykomotorisk fysioterapi, så vel som i kroppsfenomenologien, trekkes aspektet med den persiperende kroppen inn. Kroppen er en kilde til erfaringer, til kontakt med verden og med oss selv (Gretland, 2007). Kroppen er bærer av meninger, og det er også gjennom kroppen at vi får kontakt med oss selv og andre. Hvordan vi presenterer oss kroppslig og reagerer på hverandre påvirker samspill og intersubjektivitet mellom mennesker (Gretland, 2007). Kåver (2012) hevder at dyktige terapeuter er de som forstår at både samspillet, tilliten og kontakten med pasienten, men også terapeuten selv har stor betydning for behandlingen. Slik hun beskriver selvrefleksjon er det en kontinuerlig prosess som både er en emosjonell og intellektuell prosess der man utforsker sine egne indre opplevelser for å finne ut hva som egentlig skjer. Engelsrud (2006) siterer Maurice Merleau-Ponty: «*Uansett om det dreier seg om en annen kropp eller min egen kropp, så kan jeg kun lære å kjenne et menneskes kropp ved å leve sammen med det og kunne forholde meg til at det ikke er skarpe grenser mellom egen og andres kropp*» (side 32. Kanskje beskriver det foregående sitatet den spesielle implisitte kunnskapen som psykomotoriske fysioterapeuter besitter når de skal behandle pasienter. De kjenner seg igjen i pasientens oppdagelsesferd i kroppen, fordi de har vært der selv, erfart selv kroppslig gjennom egenbehandling, veiledning og øvelser. Som Merleau-Ponty (i Engelsrud, 2006) påpeker er vår forståelse av verden sammenvevd med vår kropps opplevelse av situasjon og sammenheng. Man kan si som Råheim (2003) skriver om at relasjonen kan være med på å gjenintegre kroppen i pasientens erfaring: «*terapi som bevisst tar i bruk kroppen som erfaringskilde, arbeider med forholdet mellom det å erfare seg selv kroppslig og bevisst reflektere over det, med relasjonen mellom pasient og terapeut som det bærende element*» side 17.



Anerkjennelse av den andre ligger der som et grunnleggende prinsipp i PMF. Mange har selv jobbet for å akseptere og anerkjenne seg selv, for å kunne formidle og fremstå troverdig overfor pasienten. Terapeutens varhet og sensitivitet overfor seg selv, er sentral for å kunne vise sensitivitet for pasientens reaksjoner på seg selv og kroppen. Kåver (2012) skriver at relasjonens følelsesmessige kvalitet er av stor betydning for endringer som skjer i behandlingene. Man kommer til kort i behandlingene dersom ens egne følelsesmessige reaksjoner setter begrensninger for relasjonen og behandlingsalliansen (Kåver, 2012). Det å være tilstede i seg selv underveis i behandlingene, forankre seg i sitt eget gjennom å kjenne på egen kropp, for eksempel merke at jeg «sitter på sitteknutene», er noe deltagerne snakket om som viktig for å kunne skille på følelsesmessige overføringer. Noen var opptatt av å ikke ha for mange pasienter på en dag, og at det å kanskje jobbe med andre diagnoser og problemstillinger i tillegg kan være nyttig i blant. Dette er særlig fordi psykomotorisk behandling krever en stor grad av oppmerksomt tilstedeværelse kroppslig og verbalt fra terapeuten. Det bør også være en henvendt nysgjerrighet overfor pasientens generelle og følelsesmessige reaksjoner underveis. Jeg tenker at dette kan være krevende og slitsomt.

Sletvold (2005) skriver om den «emosjonelle kroppstilstanden» og kroppen i psykoterapi. Fornemmelsen av vår egen kropp er grunnlaget for selvfølelsen. «Den emosjonelle kroppstilstanden er kroppens ubevisste reaksjon på alle inntrykk fra omgivelsene og hukommelsen, fra det ytre og det indre miljø. Følelser oppstår idet vi blir oss bevisst denne kroppstilstanden» (side 497). Psykomotoriske fysioterapeuter har en spennende mulighet for å bruke kroppen som innfallsvinkel til å «komme bak skallet» til pasientene, til det innerste indre, der følelser og det personlige kommer frem. Deltagerne beskrev at når pasientene fortalte sterke, gripende ting, brukte deltagerne sin egen kropp, med teknikker de hadde lært selv, og de klarte å avgrense som Kjersti sa: «her er jeg, der er du, og jeg kan bare ta vare på meg selv». Samtidig er det en utfordring i terapien når man åpner opp for reaksjoner hos pasienten at det som kommer kan gi voldsomme inntrykk. Er man som psykomotorisk fysioterapeut godt nok rustet for å stå i disse utfordringene? I studieplanen til psykomotorisk fysioterapi (programplan 2015-2016) står det at: «studenten skal kunne analysere og reflektere over samspillet mellom pasient og terapeut og, justere egne bidrag i det terapeutiske samspillet» (side 4). Nyre (2012) spør seg om man som psykomotorisk fysioterapeut har for store ambisjoner i behandlingene. Jeg tenker at det er et viktig og interessant spørsmål å stille seg. Deltagerne i studiet til Haugli (2012) trekker frem flere faktorer som deltagerne beskriver

som viktige egenskaper som terapeut; å være tilstede med hele seg, være tydelig på egen rolle, og kunne sette grenser, være følsom for pasientens reaksjoner og ikke gjøre pasientenes utfordringer om til sine. Flere av disse deltagerne ser på seg selv som veileder og pedagog i tillegg til fysioterapeut. Haugli (2012) skriver at det er viktig at deltagerne ikke mister seg selv av syne, selv om de er følsomme for pasientene. Han skriver at terapeutens evne til egenomsorg og personlig integritet er viktig, og å kunne ivareta eget liv og personlig livskvalitet bør være i fokus. Jeg tror dette er helt sentralt for ikke å bli utbrent som terapeut når man stiller så store krav til seg selv. Deltager Lisbeth sa at hun hadde prioritert å lære mer om seg selv. Hun trodde hun hadde vært sliten som en «vaskefille» dersom hun ikke hadde jobbet med seg selv personlig.

Det var også noen av deltagerne som beskrev at deres egen livssituasjon påvirket behandlingene som skjedde med pasienten på slike dager. Noen beskrev at de ble roligere og kunne glemme seg selv og sitt eget gjennom å gjøre øvelser med pasientene, og det ble som en slags «egenterapi». Øverland (2014) fremhever at det å være en hjelper er en takknemlig rolle, man kan få mye tilbake fra pasientene. Bang (2003) og Hordevik (2008) beskriver at det å jobbe med utfordrende pasientsaker kan være tappende på den ene siden, men også svært meningsfullt på den andre siden. Det kan gi terapeuten mye tilbake til seg selv. En fallgrube er å bli for narsissistisk og opptatt av seg selv som terapeut (Øverland, 2014). De som klarer å holde de profesjonelle grensene som terapeut, kan gi den gode relasjonen, mener han. Hva er så det å være profesjonell og hvordan kan man bli det? Flere av deltagerne snakket om det å være god nok og, finne trygghet i seg selv, som viktig i deres arbeidshverdag. De var bevisste på at man selv som terapeut påvirker terapien, møter seg selv og egne reaksjoner i møtet med den andre. Flere prioriterte kurs som nettopp var myntet på selvutvikling og det å jobbe med seg selv som instrument. Tvedten (2013) skriver at forutsetningen for å bli gode terapeuter ligger i at man kjenner sin egen kropp som utgangspunkt for refleksjon, og at man tar det man erfarer på alvor. Det å finne sitt eget uttrykk og sin egen stemme, er i kombinasjon med fagkunnskap, det som kan gjøre at en terapeut når fram med budskapet til pasienten (Tvedten, 2013). Nyre (2015) skriver at det som kjennetegner den profesjonelle utviklingen hos psykomotorikerne går mye på å bli tryggere på sin egen kompetanse. Når man får større tiltro til egne vurderinger, bruker man metoden mer fleksibelt, man trenger kanskje ikke lenger å følge metodene slavisk, men kan dosere der og da, og terapeutene blir flinkere til å avgrense seg selv, mer realistiske i forhold til målsetninger med behandlingene. Slik jeg ser det, kan

profesjonalitet være når man tør å være seg selv, ta et skritt tilbake med ydmykhet og undring, overfor relasjonen til den andre, samtidig som man er forankret i det faglige i bunn.

### 5.3 Opplevelse av støtte

*«Å dele det man går med på hjertet og i hodet»*

Den sosiale støtten i arbeidshverdagen, det å kunne «blåse ut» på pauserommet, og at man får støtte gjennom det sosiale med andre kollegaer var viktig for flere av deltagerne. Ida fortalte at hun er avhengig av å le sammen med kollegaene, og fikk ut både latter og gråt sammen med kollegaene hvis hun trengte det. Karasek og Theorell (1990) utviklet jobbkrav-kontroll-støtte-modellen. De mener at det er viktig for vår psykososiale helse at vi har sosial støtte gjennom jobben. De finner også en sammenheng mellom et passende nivå av krav kombinert med hvor mye autonomi/selvbestemmelse som finnes på jobb. Dersom man jobber med passende utfordrende saker, og har en stor grad av selvbestemmelse og innflytelse og samtidig opplever sosial støtte, så har man et godt grunnlag for fornøyde arbeidstakere med en god psykososial helse.

Deltagerne beskrev et samhold og en spesiell forståelse i å møte andre psykomotoriske fysioterapeuter. Det kan virke som at det underforståtte, implisitte som ligger i det å være i det samme rommet eller tilstede der man kan forstå hverandre med den samme fagbakgrunnen, uten at det blir sagt så mye, var viktig for deltagerne. Eggen (2008) skriver at man kan se på sosial støtte gjennom et individperspektiv eller et sosialt perspektiv, og man kan plassere sosial støtte som noe strukturelt og underliggende i alle sosiale relasjoner. House (1981) definerer emosjonell støtte som den viktigste formen for støtte som innebærer det å vise omsorg, empati, kjærlighet og tillit, for eksempel det å vise at man bryr seg om den andre og lytter til problemer. Jeg tror at den nærheten og forståelsen som deltagerne beskrev de opplevde i møtet med kollegaene kan være en slik form for støtte.

Deltagerne i studien, var opptatt av den gjensidige forståelsen man fikk gjennom å være sammen med andre kollegaer som er psykomotorikere. Man møtte gjenkjennelse og gjenklang

sammen med disse. Det ble beskrevet av deltagerne som noe man savnet når man jobbet på et vanlig fysikalsk institutt, fordi ingen forsto hva man egentlig jobbet med. Det ble beskrevet som en lettelse å gå i veiledningsgruppe der man møtte andre med samme forståelsesbakgrunn. Studien til Nyre (2012) finner også at kilder til vekst og utvikling i stor grad kommer gjennom kontakt og støtte fra kollegaer.

I min studie beskrev deltagerne hvordan de opplevde at de vanlige fysioterapeutene hadde en annen arbeidshverdag, med fullere pasientliste og kortere tid til hver pasient, og at de snakket om vær og vind og behøvde ikke å berøre dypere emosjonelt materiale. Deltagerne beskrev at vanlige fysioterapeuter kom inn døren til terapirommet uten å banke på, hadde en annen kommunikasjon med pasientene, hadde oftest en mer hektisk arbeidshverdag, og mange hadde en annen forståelse av helse og sykdom enn den kroppsfenomenologiske forståelsen psykomotorikeren ofte var forankret i. Hagen (2014) finner i sin studie av psykomotoriske fysioterapeuter at deltagerne beskriver at den psykomotoriske fysioterapibehandlingen og arbeidshverdagen inneholder en god del mer følelser enn deltagerne opplevde når de jobbet som fysioterapeuter uten videreutdanning. Man kan spørre seg om det virkelig er slik at fysioterapeuter virkelig er så lite sensitive for pasientenes reaksjoner, er det så stor forskjell mellom en fysioterapeut uten videreutdanning og en psykomotorisk fysioterapeut? Har psykomotorikerne fordommer mot vanlige fysioterapeuter? Mange fysioterapeuter er vant til å lytte og ta imot vanskelige historier, og mange har personlige egenskaper som gjør dem til gode terapeuter. Er det slik at alle psykomotorikere er like vare, sensitive og med god kontakt med egne følelser? Her er det selvfølgelig stor variasjon mellom personer, og mange fysioterapeuter uten videreutdanning i psykomotorikk viser gode holdninger, er lyttende, undrende og empatiske, og tenker helhetlig når de behandler en pasient. Samtidig kan det være elementer av behandlingstilnærmingen som er lagt opp bedre for å ivareta pasientene sammen med psykomotoriske fysioterapeuter, som for eksempel at det alltid er en times behandling, slik at man har satt av god tid. En vanlig fysioterapitime er oftest en halvtime. Hvordan er så virkeligheten sammensatt? Det finnes en del fysioterapeuter som nok er påvirket av en mer tradisjonell medisinsk-reduksjonistisk tankegang, der kun det somatiske sykdomsbildet er i fokus. Øverland (2014) skriver at mange terapeuter kan bli urolige når relasjonen gjør noe med dem, og en del kan da distansere seg fra pasienten, beskytte seg på ulike måter. Samtidig blir det helhetlige synet på mennesker og helse undervist og implementert i grunnutdanningen av fysioterapeutene. Dette er muligens mer innarbeidet hos nyutdannede fysioterapeuter enn

de som har jobbet lenge. Det råder flere ulike praksiser, og ulike generasjoner av terapeuter kan ha ulike tilnærminger, men det finnes også både yngre og eldre terapeuter som praktiserer forskjellig, og personlige egenskaper og erfaring spiller også en rolle, så det er store forskjeller i praksis.

I studieplanen til psykomotorisk fysioterapi kull 2015-16 står det at studentene etter studien skal klare å anvende kunnskap om relasjoner og at man skal kunne etablere og vedlikeholde en terapeutisk allianse med pasienten ([HiOA, 2015-16](#)) Hagen (2014) skriver at deltagerne i hennes studie har kontakt og tilgang til egne følelser og beskriver det som en fordel når man skal jobbe som en empatisk terapeut, men det kan også være belastende å være så åpen og tilgjengelig for pasientene. Er det slik at å ha god kontakt med egne følelser nødvendigvis er det samme som å være åpen og tilgjengelig for pasientene? Her vil igjen personlige egenskaper spille en rolle, men det å kunne kjenne etter på egen kropp, og egne følelser og, klare å skille mellom sitt eget og pasienten sitt er nyttig. Det å kunne tåle å ta imot hva pasienten kommer med, og klare å åpne opp for at pasienten tør å komme med vanskelige og vonde historier, fordrer nok at man har kontakt og tilgang til egne følelser. Hordvik i Dyregrov red. og Dyregrov red.(2008) skriver at det er viktig å skille mellom det som er vårt private og det som er den andre sitt, og at man godt i det ene øyeblikket kan være nær og tilstede med pasienten i noe vanskelig, for så å kunne ha det fint og skille på dette når man går hjem fra jobben. Dersom man tar alle sorger inn over seg og ikke klarer å skille på jobben og det private, vil man ende opp uten overskudd til å hjelpe og komme «oppbrukt» hjem (Hordevik, i Dyregrov, red. og Dyregrov, red. 2008).

Hagen (2014) tolker at det er en del tretthet og oppgitthet hos terapeutene i sin studie. Det som beskrives i hennes studie som en opplevelse av «risikofaktorer» for slitasje, er møtet med pasienter som ikke er motiverte for endring, eller som ikke tar ansvar for seg selv, eller de som er svært deprimerte. Hagen (2014) undrer seg over hvorfor det ikke er pålagt egenterapi eller veiledning etter endt utdanning når terapeutene opplever seg så tappet og utslitt (Hagen, 2014 og Nyre, 2013). I studien min blir det synliggjort at det er en forskjell mellom privat praksis og psykiatrien i forhold til hvordan man blir ivaretatt gjennom systemet man arbeider i.

I psykiatrien er det innarbeidet flere arenaer for støtte fra kollegaer både formelle og uformelle. I privat praksis beskriver deltagerne at de savner veiledningsordninger, og har skaffet seg ulike grupper og tatt eget initiativ til dette. Det blir således svært tilfeldig hvordan man blir ivaretatt og helt opp til en selv og eget initiativ om man får deltatt i veiledningsordninger. Man kan tenke seg at det også vil være geografiske forskjeller i forbindelse med tilgjengelighet på psykomotoriske kollegaer i nærheten. Nyre (2015) skriver at det er utilstrekkelighet i betingelsene i privat kommunal avtalepraksis med tanke på profesjonell utvikling for psykomotorikere. Hun trekker frem mangelfulle veiledningsordninger som det ene, og at det er for dårlig tverrfaglig samarbeid mellom profesjonene.

Haugli (2012) fant i sin studie at egen veiledning eller kollegaveiledning ble sett på som viktig for terapeutene, men at det var variasjon mellom de forskjellige psykomotorikerne i hvor stor grad de var involvert i dette. Deltagerne i studien til Haugli (2012) spør seg om det skulle vært stilt mer krav til at psykomotoriske fysioterapeuter skulle fortsatt å gå i veiledning etter utdannelsen. Psykomotoriske fysioterapeuter er vant til å være i veiledningsgrupper fordi det er et obligatorisk krav å delta i 72 timer med gruppeveiledning. Dette foregår med psykomotorisk fysioterapeut som veileder og skjer parallelt med utdannelsen (HiOA, 2015-2016). Når utdanningen er ferdig, er det ingen slike krav lenger, eller ingen fast ordning man kan være med på. Fysioterapeutforbundet (NFF) har riktignok frivillig veiledningsordning de kaller for kollegaveiledning. Den er basert på deltagelse fra alle slags fysioterapeuter, og det kan være geografiske variasjoner (Fysioterapeutforbundet, 2011). NFF sine generelle kollegaveiledningsgrupper er et tema som kommer frem flere ganger i intervjusituasjonene i min studie. I studiene til Haugli (2012) og Hagen (2014) var psykomotorikerne også opptatt av dette. Det er delte meninger blant deltagerne, både i disse studiene og i min studie, om dette var en god erfaring eller ikke. Min tanke er at det kan virke som NFF sitt tilbud til generell kollegaveiledningsgruppe er et ok tilbud. Deltagerne synes å foretrekke de gruppene der det har vært med flere psykomotorikere i kollegaveiledningen, eller man velger heller egne veiledningsgrupper kanskje nettopp fordi man ikke føler seg forstått og ivaretatt i møte med andre fysioterapeuter.

I studien beskrev deltagerne fra privat praksis at de savnet kollegaer som forsto hva de sto i, og de savnet at NFF tok mer ansvar for dette. De foreslo uformelle møteplasser, åpen dag, mer tilbud fra forbundets side, som kunne ivareta deres interesser bedre. Kanskje har ikke denne slitasjen ved å stå alene vært avdekket eller dokumentert tidligere slik at verken forbundet, utdanningsinstitusjonene, eller de kommunale arbeidsgiverne har vært tilstrekkelig klar over dette. Det har som nevnt heller ikke vært noe særlig tradisjon for å tenke ivaretagelse av terapeuten i legeyrket der legene undret seg over om kollegastøtte og samtaler ikke prioriteres i arbeidshverdagen hevder Schaufel og Skodvin (2012). Psykologer og psykoterapeuter har nok vært flinkere til å ivareta seg med tanke på sekundær traumatisering m.m. Samtidig er det også slik at privatpraktiserende fysioterapeuter driver som selvstendig næringsdrivende, og det kan være utfordringer rundt det å kreve at de som driver selv skal fortsette i veiledning eller lignende. Det kom frem i studien at de privatpraktiserende ønsket seg mer tilbud og tilrettelegging, slik at de kunne hatt større valgfrihet og ikke måtte være nødt til å bruke tid på å finne egne veiledningsordninger. Nyre (2015) sin studie påpeker også at veiledningsbehovet til de psykomotoriske fysioterapeutene i privat praksis har vært større enn hva man har fått, men den veiledningen man har fått har vært givende og gitt vekst hos den enkelte. Små grupper, der man har våget å kjenne på egen sårbarhet og åpenhet har vært mest fruktbare. Tema for veiledning har gått på relasjoner, forstå seg selv og egne reaksjoner og følelser, samt prosesser i behandling og rundt pasientene.

Deltagerne som jobbet i psykiatrien beskrev et fellesskap av tverrfaglig helsepersonell som de følte tilhørighet til. Det var veiledningsordninger, kursing og debriefing satt i system. Noen av deltagerne hadde bevisst valgt å jobbe i psykiatrien fordi man følte seg så alene som psykomotoriker i privat praksis. Ida beskrev at hun opplevde seg ivareta hele veien gjennom det kollegiale, der man snakket om pasientene gjennom det kontinuerlige tverrfaglige samarbeidet. Eggen (2008) skriver at trivsel på jobben har sammenheng med sosial støtte fra kollegaer. Det er særlig de psykomotoriske fysioterapeutene som jobbet i psykiatrien som beskrev at de hentet mye støtte hos sine tverrfaglige kollegaer. Her møtte de forståelse for den arbeidshverdagen de sto i, med de pasientene de møter. De utfordringene de delte sammen, gjennom mange tøffe situasjoner og pasientmøter, belastende opplevelser, virker som bandt dem sammen i et spesielt fellesskap. Noen av deltagerne gikk så langt at de sa at de bevisst valgte å takke nei til å jobbe i privat praksis og heller ville jobbe innenfor psykisk helsearbeid

eller psykiatri fordi de ble møtt med støtte og ivaretagelse gjennom debriefinger, samtaler og møter der det kollegiale og faglige sto i sentrum.

Samtidig beskrev deltagerne at det å møte respekt og anerkjennelse fra andre faggrupper, som leger og psykologer var viktig. Dette en utfordring som mange forskjellige yrkesgrupper i helsevesenet kan kjenne seg igjen i. Man kan spørre seg om det kan oppleves som en mangel på respekt og anerkjennelse fra disse yrkesgruppene når man savner og setter stor pris på deres oppmerksomhet på denne måten. I min studie beskrev noen av deltagerne et behov for å tydeliggjøre sin rolle om hva en fysioterapeut gjør i psykiatrien. De snakket om å skape en bevissthet rundt sin rolle i behandlerteamet, og det virket som det eksisterte en forvirring eller en uvitenhet i forhold til hva fysioterapeutene drev med. Problematikken rundt flerfaglighet kontra tverrfaglighet kommer frem her. Man kan undre seg over ønsket om å bli respektert av legene og psykologene og de maktforholdene som muligens eksisterer mellom det som forhåpentligvis skulle vært likeverdige helseaktører og et tverrfaglig team. Er det slik at det er et hierarki bygd opp under legen og psykologen som de øverste lederne? Deltagerne sa at de måtte jobbe for å bli sett, anerkjent og ivaretatt for å kunne føle seg gode nok. Kanskje var det slik at psykomotorikerne trenger mer tydelighet rundt sin egen rolle og kanskje tørre å stole mer på sin ekspertise og «verktøykasse» som er med kroppen som utgangspunkt.

#### **5.4 Ivaretagelse og utvikling**

*«Vi har en stor fordel ved å være psykomotorikere, vi kjenner egentlig oss selv så godt, og forstår hva som foregår»*

Man kan stille seg spørsmålet om psykomotoriske fysioterapeuter er spesielt flinke på dette med ivaretagelse og selvrefleksjon siden de er så godt kjent med seg selv og egne reaksjoner. Alle har gått i 20 egenbehandlinger hos psykomotorisk fysioterapeut. Gjennom egenbehandling, refleksjon med seg selv og medstudenter, så har man kjent på kroppen mye av det samme som man behandler pasienter for. Deltagerne beskrev mange ulike former for teknikker som de hadde lært i PMF som de brukte på seg selv, blant annet når de avreagerte etter behandling ved at de «rister av seg inntrykkene og sporene» etter en pasient, før de satt seg inn i den neste som skulle komme. Bunkan (2007) skriver hvordan et velutviklet



kroppsbilde er en forutsetning for et velfungerende selvilde. Jeg tenker at det å oppleve en omstilling i kroppen hos seg selv gjennom egenbehandlinger for mange kan ha utvidet synet på seg selv personlig og som terapeut. Flere av deltagerne nevnte at det å gå i egenbehandling under utdannelsen var en viktig erfaring.

Jeg har undret meg over om denne oppgaven presenterer et syn som er gjennomsnittlig for psykomotoriske fysioterapeuter eller om det er «gullstandard-deltagere» som har vært med. Er disse deltagerne ekstra flinke til å ivareta seg selv, og er de spesielt interesserte i tema de som kunne tenke seg å delta i studien? Eller er det faktisk slik at man i PMF er opplært til å ivareta seg selv, og at man jobber kontinuerlig med ivaretagelse av pasientene og det å lære bort noe av dette til våre pasienter? Hvordan er vi selv til å stå i det som vi lærer våre pasienter å gjøre? Jeg har jo selv som student fått kjenne på den dobbeltheten i å jobbe fullt, studere og liksom skal prøve å praktisere det jeg selv prediker til andre.

Deltagerne i studien beskrev det å stå alene uten samarbeidspartnere i privat praksis som noe som tappet dem, flere var så opptatt av dette at de hadde valgt å jobbe i psykiatrien fordi der var det mer kollegialt samarbeid. Andre fagtradisjoner man kan sammenlikne seg med, som psykologene, har en annen tradisjon for å kvalitetssikre at man ikke blir utbrent e.l (Kåver, 2012). Det snakkes mer åpent om temaet, og det finnes mye litteratur om emnet. Oppgaven belyser at det er ganske store forskjeller mellom opplevelsen av ivaretagelse gjennom veiledninger og debrifinger og det kollegiale i psykiatrien enn i privat praksis. Det kommer også frem i resultatdelen som deltager Lisbeth synliggjorde, at det er en del fagpolitiske begrensninger i forbindelse med små driftstilskudd som kunne oppleves som en belastning gjennom ytre rammer, og indirekte hemme mulighetene for ivaretagelse av seg selv. Nyre (2015) skriver at organiseringen av arbeidet til psykomotorikere i privat praksis i dag har en del begrensninger som kan bidra til slitasje over tid, med et ansvar som kan oppleves for krevende. Deltagerne i hennes studie, som har lang erfaring innen feltet, sier at pasientgruppen som henvises til privat praksis i økende grad er yngre og mer belastet enn før, de kan føle på at de bærer ansvaret for pasientene alene og det kan være krevende med lite samarbeidsnettverk.

Flere av deltagerne som jobbet i privat praksis fortalte at de følte støtte og tilhørighet hos kollegaer innenfor psykisk helsearbeid. De ønsket å jobbe tettere sammen med kollegaer som psykiater, psykiatrisk sykepleier, psykolog, og andre psykomotorikere, og drømte om å dele kontorfellesskap med disse. Dette kan være en tankevekker for organiseringen av psykomotoriske fysioterapeuter innenfor kommunehelsetjenesten, kanskje bør det ikke bestandig være mest naturlig å være tilknyttet et fysikalsk institutt? Nyre (2015) skriver at psykomotorikerne i hennes studie ønsker seg mer samlokalisering med andre kollegaer som jobber på samme måte, fordi de ønsker mer faglig utveksling og økt samarbeid.

Hva er det som gjør at ivaretagelse kan føre til utvikling? Flere av deltagerne beskrev at de hadde begynt å ta et skritt videre i sin profesjonelle utvikling, og Signe beskrev dette ved at hun våget å kjenne etter på sin egen usikkerhet, hun hadde blitt tryggere i rollen sin, og hun tenkte at de valgene hun tok på jobben, faktisk var bra nok. Signe sa at hun tidligere tenkte at hun skulle gjøre mer for at kvaliteten i behandlingen var bra nok, hun måtte prestere. Hun var etter hvert blitt mer opptatt av å skape litt ro i behandlingssituasjonene. Flere av deltagerne sa at når det gjaldt å bli god i faget handlet det ikke om å streve etter å ta flest mulig kurs, eller å stadig lære seg nye metoder, men som Torhild sa: «det å lære seg å stole på de verktøyene man har og skape det egne påfyllet som gjør seg selv i stand til å bruke det...selvtilliten til å bruke det». Kunnskapsoverføringen gjennom mye av kroppsbehandlingen som er lært bort til deltagerne og som læres videre til deltagerne pasienter er i en stor grad «taus kunnskap». På lik linje med å lære å svømme, eller sykle, så må det erfaringer til for å utvikle seg. Det er vanskelig å forklare hvordan man skal utføre en øvelse, eller kjenne etter på en spesiell måte dersom man ikke prøver det selv. Like viktig som annet faglig påfyll blir det å pleie «instrumentet», stemme det, finne sitt toneleie, bruke seg, utfordre seg og hvile seg, spille alene og spille sammen med andre. Man må som Tvedten (2013) sier finne sin egen stemme, sitt eget uttrykk og bruke seg selv og sin egen måte å nå frem på til pasienten. Gjennom dette kan ivaretagelsen av seg selv bidra til en utvikling av seg selv i terapirommet.

## **5.5 Kvalitet på studien**

I de følgende underkapitlene vil jeg se nærmere på refleksjoner rundt metode, og jeg har valgt å dele inn underkapitlene inn i troverdighet, pålitelighet og overførbarhet, for å se nærmere på

studiens kvalitet. Kvalitative studier gir vitenskapelig kunnskap, men å vurdere studiens kvalitet skjer ikke på samme måte som i kvantitative studier der ting måles etter fastlagte kriterier (Malterud, 2011). Graneheim og Lundman (2004) skriver at troverdighet, pålitelighet og gyldighet er viktige momenter for å vurdere studiens kvalitet.

#### 5.5.1 Troverdighet

I følge Polit og Beck (2012), så kan man spørre seg om studien er utformet og utført på en troverdig måte, og er presentasjonen av resultatene troverdige? Dette er viktige momenter når det gjelder studiens kvalitet i forhold til troverdighet.

Sundet (2014) presenterer forskjellen mellom den kliniske forsker og den forskende kliniker. Han mener at den forskende kliniker kan ha en mer praksisstyrt forskning, og at nærheten til deltagerne kan være avgjørende for å få valide data fordi nærheten til deltagerne og fagfeltet gir en forståelse av deres livsverden. Samtidig er avstanden til materialet og deltagerne, og en kritisk holdning til sitt eget arbeid, et viktig aspekt for å opprettholde en kvalitet i forskningsarbeidet (Sundet, 2014). I følge Thagaard (2013) vil forskerens relasjon og posisjon til det som forskes på ha en betydning for studiens validitet. Smithson (2000) skriver at forskerens likhet med deltagerne kan være en fordel som får deltagerne til å slappe mer av og fasilitere diskusjoner, samtidig som det også kan hindre kritisk, refleksiv forskning.

Gjennom hele oppgaven har jeg vært opptatt av nærheten til det jeg studerer fordi jeg kjenner meg igjen i det deltagerne beskriver, men jeg har gjennom hele prosessen forsøkt å være min forforståelse bevisst. Jeg valgte å ikke ha en intervjuguide og stille kun ett spørsmål på intervjuene, fordi jeg ville at deltagerne skulle diskutere fritt uten mine føringer, selv om jeg er klar over at min tilstedeværelse og min bakgrunn påvirket intervjuene. Graneheim og Lundman (2004) skriver at virkeligheten og kvalitativ forskning blir tolket på ulike måter, og forståelsen vil være subjektiv. Jeg har forsøkt å se på teksten gjennom analysen med en åpen og undrende holdning, men vel vitende om at teksten kan tolkes og forstås på flere måter, med flere ulike meninger og gjennom konteksten den ble skapt i (Graneheim og Lundman, 2004). Nyre (2015) problematiserer det å forske i sitt eget felt og har forsket på psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis, som har den samme yrkesbakgrunnen som hun selv har. Hun

fremhever som en fordel at hun kommer med en forståelse fra «innsiden», samtidig som det å bli forsket på i forhold til sin profesjonelle utvikling kan oppleves som noe som kan redusere tillit og åpenhet fordi man blir vurdert, kikket på.

Jeg er psykomotorisk fysioterapeut og det vil påvirke min tolkning av datamaterialet. Jeg har forsøkt å være kritisk til alle deler av analyseprosessen, men ser at det har vært et krevende, lærerikt og utfordrende arbeid. Er de tolkningene jeg har kommet frem til troverdige i forhold til virkeligheten av det jeg har studert? En kritikk av kvalitativ analyse kan være at man mangler et helhetlig perspektiv, dersom teksten settes ut av sin opprinnelige sammenheng (Thagaard, 2013). Jeg forsøkte å ha dette med meg og ikke plukke fra hverandre teksten på en slik måte at budskapet fremsto annerledes. Under analysen forsøkte jeg å sette min forforståelse i parentes for å ivareta det fenomenologiske i beskrivelsene av deltagerens erfaringer, men samtidig kommer fortolkningene inn når jeg fortolker resultatene hermeneutisk. Mitt inntrykk og bilde av deltagerens erfaringer påvirkes av min tolkning og forforståelse (Thagaard, 2013). Det er også nettopp en forståelse og et samarbeid mellom deltager og forsker, som kreves i kvalitativ forskning. Konteksten teksten ble skapt i, er av avgjørende betydning (Malterud, 2011)

Graneheim og Lundman (2004) fremhever at dersom utvalget representerer deltagere med forskjellige erfaringer, så vil det belyse forskningsspørsmålet fra ulike sider. Det at de to fokusgruppene representerer ulike arbeidsssteder tenker jeg kan være positivt for validiteten. Studien gjenspeiler dermed en bredere del av virkeligheten der personer jobber innen ulike deler av psykisk helsearbeid og i kommunehelsetjenesten. Det var ingen menn som ble med i studien. En var i utgangspunktet interessert, men det ble vanskelig å delta av praktiske årsaker. Jeg hadde ikke så mange inklusjonskriterier, fordi jeg ønsket å inkludere flest mulig. Det er generelt sett færre menn enn kvinner som utdanner seg til psykomotorikere på landsbasis, men det kjønnsmessige perspektivet burde ha vært bedre representert i studien. Det kunne vært interessant å finne ut hvordan menn oppfatter viktigheten av ivaretagelse av seg selv i forhold til det kvinner gjør.

Som det fremkommer av tabellene er alle deltagerne relativt ferske som psykomotorikere. Det kan utelate viktig informasjon som erfarne psykomotorikere kunne kommet med. Dette er noe som kunne vært undersøkt nærmere. Samtidig er det flere som har lang erfaring både som fysioterapeuter og som fysioterapeut i psykiatrien der man ofte jobber mer likt som psykomotoriske prinsipper i utgangspunktet. Jeg ser i etterkant at det godt kunne ha vært med flere deltagere med lengre erfaring. Den deltageren som har lengst erfaring innen psykomotorisk fysioterapi, har jobbet som dette i 8 år og det er relativt kort fartstid, og det kan tenkes at dette er en svakhet ved utvalget som kan påvirke validiteten av studien. Mer erfarne deltagere ville kanskje ha hatt en annen opplevelse av virkeligheten.

I etterkant av intervjuene skrev jeg ned umiddelbare tanker og refleksjoner, som var nyttig for meg i det skriftlige arbeidet senere, og til undring og ettertanke for meg selv. Jeg utførte all transkriberingen selv. I følge Malterud (2012) styrkes validiteten på materialet når man transkriberer selv. Teksten i materialet er ikke det samme som virkeligheten. Det å fange opp virkeligheten på en lydfil er jo også en begrensning i seg selv, i en del av oversettelsesprosessen fra virkeligheten og det levde livet ned i en skriftlig fremstilt tekst. Gjennom transkriberingen oversettes det muntlige, kontekstuelle og kroppslige i en tekst, og derfor blir dette bare et bilde på hva som er studert (Malterud, 2012). Og det er teksten som jobbes videre med, og analyseres, det er ikke personene som fortalte det som blir analysert. Når det er slik kan man miste, eller endre noe av meningen underveis. Man kan si som Malterud (2012) at det derfor kun er deler av virkeligheten som vises i det utskrevne materialet. Jeg har likevel forsøkt å fange opp det som ble sagt og få det ned i en skriftlig tekst, slik at det skulle gjenspeile virkeligheten på en troverdig måte.

Jeg har gjennom hele masteroppgaven forsøkt å presentere alle deler av arbeidet på en åpen og redelig måte. Det har jeg gjort med ønske om at hele prosessen og skrivearbeidet skal vise transparens slik at andre kan gå igjennom arbeidet, og tydelig kunne se hva jeg har tenkt og gjort.

### 5.5.2 Pålitelighet

Er resultatene fra studien pålitelige? Malterud (2012) skriver at i kvalitativ forskning er forskeren sitt eget forskningsinstrument. Når det gjelder studiens pålitelighet kan man også spørre seg om denne forskningen kunne vært gjort med samme metode av andre forskere og om man hadde kommet frem til samme resultat i en annen kontekst og ved et annet tidspunkt (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jeg valgte å gjennomføre kvalitative fokusgruppeintervjuer som datainnsamlingsmetode. Jeg var alene som moderator i intervjusituasjonen. Som fersk forsker har man mye å lære. Jeg hadde deltatt som deltager i et kvalitativt dybdeintervju før, men hadde ikke hatt trening i å være moderator i en intervjusituasjon. Det kan påvirke påliteligheten i måten funnene ble fremskaffet på at man som relativt uerfaren forsker var alene som moderator (Malterud, 2011). Samtidig hadde jeg forberedt meg på intervjusituasjonen ved å gjennomføre et pilotintervju der jeg fikk øvd meg på alle deler av intervjuet. Dette gjorde meg bedre rustet til å gjennomføre intervjuene på en god måte. Kanskje hadde det styrket min studie om jeg hadde brukt en ko-moderator i intervjusituasjonene og fått mer hjelp til å se på analyseprosessen fra en utenforstående forsker. Jeg opplevde det likevel naturlig og trygt og lede og være tilstede i begge intervjusituasjonene. Som psykomotoriker er man vant til samtaler, og har lært en del om samtaleteknikker via utdanning og praksis, som kan gjøre at man ikke er fremmed i intervjusituasjonen. Samtidig er dette terapeutiske samtaler som ikke kan sammenlignes med forskning.

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at målsettingen med et kvalitativt forskningsintervju er at man skal innhente kunnskap om de fenomen som utforskes. En intervjuer bør ha kjennskap til det som skal undersøkes, ha ferdigheter innen samtaleteknikk og ha et godt språk (Kvale og Brinkmann, 2009). Det er klart at en erfaren forsker vil bidra til en god pålitelighet i studien fordi man har gjort det før, og har lært seg teknikkene og oftere unngår feiltrinn. Jeg måtte være meg bevisst at jeg var uerfaren forsker, og jeg forsøkte å ha en profesjonell avstand til deltagerne, men likevel med en stor bevissthet om at mitt nærvær som psykomotoriker selv, påvirket konteksten i intervjusituasjonen. Man kan spørre seg om deltagerne hadde svart annerledes dersom en forsker med en annen bakgrunn hadde vært moderator. Det blir vanskelig å svare på, men det at deltagerne hadde så stor frihet til å styre samtalen og tema fritt påvirket nok svarene i mindre grad enn om det hadde vært en detaljert intervjuguide.

Smithson (2000) skriver at interaksjonen mellom deltagerne i fokusgruppeintervjuet bør reflekteres i analysen. Smithson (2000) fremhever tre punkter som man bør være oppmerksom på at kan påvirke fokusgruppeintervjuet. Det kan være at en persons stemme er dominerende og påvirker de andres meninger, at det blir en felles mening, eller en synsvinkel som blir vektlagt og trukket frem, eller at gruppedynamikken kan skygge for andre mer kontroversielle tema. Smithson skriver at dette er ting som kan begrenses gjennom teknikker som moderator bruker, men som også kan være begrensende for fokusgruppeintervjuets kvalitet og validitet.

Å forske i eget felt er krevende, og jeg forsøkte å være tydelig overfor deltagerne på at min rolle i denne sammenhengen var som forsker. Jeg kjente til et par av deltagerne fra før, og det var viktig for meg å fremstå likt og profesjonelt overfor alle. Det kan hende at dette har påvirket stemningen i intervjusituasjonen til å gi en tryggere atmosfære, men siden jeg ikke selv hadde noen aktiv rolle, annet enn å delta med nikk, smil, blikk, og generelt sett et henvendt og oppmerksomt kroppsspråk, og ikke stilte noen særlig flere spørsmål enn det innledende (eller å si; kan du gjenta det du sa der) så tror jeg ikke det var en begrensning for intervjuene. I det andre intervjuet kjente deltagerne til hverandre fra før, dette var antagelig en fordel for at praten gikk så greit, og det er uvisst hvor lett samtalen hadde gått dersom alle var fremmede for hverandre. Det kan tenkes at det hadde vært et større behov for aktiv deltagelse fra min side, med spørsmål og kommentarer underveis. Malterud (2012) hevder at forskeren har en betydning for hvordan deltagerne svarer, og man kan spørre seg hvor stor betydning dette har hatt i min studie.

Kvale og Brinkmann (2009) fremhever at det er en ubalanse i maktforholdet mellom forsker og deltager, det er forskeren som setter premissene for intervjuet. Lokalene der intervjuene ble utført kan ha hatt noe å si for stemningen og relasjonene mellom forskeren og deltagerne. Selve intervjuene foregikk henholdsvis på et fysikalsk institutt og på en institusjon. Jeg var begge steder på bortebane, men på hjemmebane for noen av deltagerne, og det kan ha bidratt til en mer avslappet stemning for disse. Kanskje burde jeg ideelt sett arrangert intervjuene på mer nøytrale steder der ingen hadde tilholdssted. I utgangspunktet hadde jeg planlagt og skrevet i skjema for forespørsel om deltagelse (se vedlegg) at jeg ønsket å gjennomføre intervjuene for eksempel ved en Høgskole eller et annet egnet sted, men det lot seg vanskelig gjøre i praksis. Jeg var bevisst på at det ikke hadde vært noe lurt å ha intervjuene på eget

arbeidssted, og ønsket også å reise til stedene der de aktuelle deltagerne hørte hjemme for å tilrettelegge for den praktiske gjennomføringen. Jeg var bevisst på å komme i god tid i forveien, ha tid til å snakke litt og informere slik at stemningen skulle være avslappet før intervjuene.

Det ble brukt båndopptager til gjennomføringen av intervjuene. For å være sikker på at ikke noe gikk galt tok vi en liten lydtest før hvert intervju, noe som også løste opp stemningen. Det ble også brukt en backup lydfil for sikkerhetsskyld, som ble slettet etter gjennomføringen. Intervjusituasjonen kan bli påvirket av at noe blir tatt opp på bånd, og noen kan muligens føle behov for å sensurere hva man sier. Samtidig når man er klar over at identiteten er anonymisert skal dette egentlig ikke ha noen betydning. Jeg opplevde likevel at ettersom intervjuet hadde vart en stund og deltagerne var blitt mer «varme i trøya», så kom de frem med mer sensitive og mer interessante opplysninger. Jeg opplevde selv å være litt rask til å skru av båndet i begge intervjuer, fordi det ble en lengre stillhet, men så plutselig begynte deltagerne å snakke igjen, og det om tema som var viktige. Jeg måtte dermed skru på båndet igjen. Dette har jeg tatt opp med lærer og veileder på utdanningen, og det var ikke ideelt, men heller ikke uvanlig. Jeg tenker at det kan være en nybegynnerfeil, og noe å ta lærdom av til eventuelle senere studier. Det bør ikke være noe problematisk at det kommer lange pauser, og de lange pausene kan føre til ettertanke, refleksjon og videre samtale om viktige erfaringer.

Thagaard (2013) skriver at dersom andre forskere deltar i prosjektet kan reliabiliteten styrkes. Jeg har deltatt i både gruppeveiledninger og fått tilbakemeldinger fra veileder underveis i arbeidet med oppgaven. Både veileder og veiledningsgruppen er personer med annen yrkesfaglig bakgrunn enn meg. De kan bidra til å se andre sider når man selv ser seg blind på materialet. Den konstruktive kritikken tar man med seg i vurderingene. Selv om veileder og veiledningsgruppen ikke direkte har deltatt i studien, har det muligens indirekte styrket reliabiliteten gjennom de tilbakemeldingene jeg har fått. Jeg hadde også hjelp fra en uavhengig kollega med psykomotorisk bakgrunn som har fått lese oppgaven, og har kommet med innspill og tanker. Dette var også noe jeg tenkte kunne være en styrke for studiens pålitelighet.



### 5.5.3 Overførbarhet

På hvilken måte kan min studie si noe om virkeligheten og sammenhenger utover den konteksten som data oppstod i? Kan den forståelsen som oppstod i denne studien være overførbar til andre kontekster? (Malterud, 2011). I utgangspunktet ønsket jeg å ha større fokusgrupper, og med en større geografisk varians. Det viste seg mer vanskelig å rekruttere enn jeg forventet, og jeg måtte etter hvert ta høyde for de deltagerne som var aktuelle. I utgangspunktet ønsket jeg 5-8 deltagere i hver gruppe slik det er beskrevet som ideelt for fokusgrupper (Malterud, 2012). Jeg hang meg litt opp i at det skulle være så mange personer for å gi de beste diskusjonene, men jeg endte opp med et intervju med 4 personer og et med 3. Noen av dem som egentlig ønsket å være med ble det av praktiske grunner vanskelig å samle på samme tid til samme sted. Jeg vurderte også å gjøre dybdeintervjuer fordi rekrutteringen ble tidkrevende, men ønsket å gjøre fokusgruppeintervjuer, da jeg mente at denne metoden ville kunne gi svar på problemstillingen på en rikere og mer variert måte. Det hadde nok vært en fordel å hatt flere deltagere i intervjuene, samtidig ble det nok diskusjoner og refleksjoner, og det kunne også virke som at den «intimiteten» som kom når det ikke var så mange med, førte til mer tillit og åpenhet hos deltagerne. Dette kan være positivt når man skal dele erfaringer i et slik forum.

I utgangspunktet kan jeg ikke generalisere mine funn til å gjelde erfaringene til alle psykomotoriske fysioterapeuter. Jeg kan bare si noe om mitt utvalg av deltagere og mine funn. Deltagerne i studien beskriver jo sin hverdag, og de ser verden med sine briller, og dermed er det de beskriver en del av en virkelighet som kan fremstå annerledes dersom man hadde spurt noen andre deltagere. Denne studien gir et bilde som ikke nødvendigvis gjenspeiler virkeligheten for alle, men den er virkelig for deltagerne som har erfart dette fra sitt ståsted. Samtidig kan resultatene være gjenkjennelige for andre psykomotorikere, fordi det er et relativt lite fagmiljø i Norge, med mange felles referanserammer (Nyre, 2015). Det vil være elementer som kan gi en pekepinn på hva andre psykomotorikere kjenner seg igjen i, og man kan således tenke seg at de beskrivelsene som kommer frem i resultatdelen kan gi en indikator på hvordan ting kan fremstå i virkeligheten.

Å ivareta seg selv i arbeidslivet kan være et aktuelt tema som kan interessere fysioterapeuter og helsepersonell generelt. Det kan nok også være elementer av gjenkjennelse i deler av

materialet som er felles for mange andre utover de som jobber som psykomotoriske fysioterapeuter. Thagaard (2013) fremhver at overførbarhet kan være knyttet til at den aktuelle tolkningen virker gjenkjennende for lesere som kjenner til fenomenet som studeres.

## **6.0 AVSLUTNING**

Funn i studien og i pilotgruppeintervjuet jeg gjennomførte, samt studiene til Haugli (2012), Hagen (2014), Nyre (2015) belyser at tema ivaretagelse av seg selv engasjerer og interesserer psykomotoriske fysioterapeuter. Den overordnede forståelsen i resultatdelen viser hvordan pusterom, refleksjon og støtte er elementer som må være tilstede for å skape ivaretagelse og utvikling i terapirommet. Ivaretagelse beskrives gjennom kategoriene kollegastøtte, holdninger til behandling, ytre teknikker og i terapeutrollen. Utvikling skjer gjennom å lære seg å stole på de verktøyene man har og skape sitt eget påfyll. Like viktig som det faglige påfyllet er en personlig utvikling der man blir tryggere på seg selv og jobber videre med seg selv. Det er mange psykomotoriske fysioterapeuter som selv gjennomgår en kroppslig omstilling, og en personlig utvikling gjennom å ha tatt utdannelsen, og som stadig reflekterer rundt seg selv gjennom å være terapeut. På den måten tror jeg mange ønsker- og en del klarer, å prioritere å ivareta seg selv på en god måte. Jeg tenker at det er slik at psykomotoriske fysioterapeuter er opplært i et fenomenologisk syn på helse, de er opptatt av en utvidet helseforståelse som omfatter hele mennesket. De er opptatt av å se etter ressursene, og ikke begrensningene. Samtidig er det også ulike mennesker med ulike arbeidsteder og ulik personlighet. Noen har lite erfaring og andre har mye erfaring. Noen kjenner kanskje mer på presset med lange ventelister, eller stor pågang til behandling. Dette kan gjøre at det er vanskeligere å få til pusterom, refleksjon og støtte og det å ta grep for ivaretagelse av seg selv i arbeidshverdagen. Samtidig ligger det en del utfordringer i rammene rundt deltagerne. Det er gjennom økonomiske rammer, veiledningsordninger, organiseringen av arbeidsplasser og så videre slik det er presentert i resultatdelen. Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi i fysioterapeutforbundet bør merke seg at ivaretagelse av terapeuten oppleves som et viktig og sentralt tema for deltagerne.

Som det påpekes innledningsvis med mine egne betraktninger, kan det virke som om det trengs et større fokus på ivaretagelse av seg selv i undervisningen til å bli psykomotorisk fysioterapeut. Dette er noe som deltagerne opplever som et viktig tema når man kommer ut i arbeidslivet, og som flere av deltagerne har måttet kurse seg opp på, eller har savnet i etterkant. På bakgrunn av funn som støttes av utsagn i begge fokusgruppeintervjuene, kan det virke som man burde forberede eller ruste studentene bedre på møtet med arbeidslivet og man kunne lære mer om hvilke metoder man kan bruke for å ivareta seg selv.

Det bør gjøres flere studier for å finne ut mer om hvordan ivaretagelsen av seg selv som psykomotoriske fysioterapeuter foregår i praksis. Studiene bør representere mangfold av deltagere, en større del av landet, og med psykomotoriske fysioterapeuter som representerer de ulike utdanningsinstitusjonene.

## 7.0 LITTERATURLISTE

- Alstad, E., Stiles T. C., Fladmark A. M. (2011). Engruppes oppfølgingsstudie: Kvantitativt mindre ryggsmelter etter psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten* .78 (5) 24-32.
- Bang, S. (2003) *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Berulfsen, B. og Gundersen D. (1985) *Fremmedord og synonymer*. Oslo: Bokklubbutgaven.
- Breitve, M.H, Hynninen, M., & Kvåle, A (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*. 75 (12) 19-26.
- Brudevold, A. (2008) *Stress og det lille øyeblikks avspenning*. Otta: Noras Ark.
- Bunkan, B.H. (2001) Psychomotor physiotherapy –principles and guidelines. *Tidsskrift for den Norske lægeforening*. 121 (24) 2845-2848.
- Bunkan, B.H. (2003) *Den omfattende kroppsundersøkelsen. DOK*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Bunkan, B.H. (2008) *Kropp, respirasjon og kroppsilde*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.
- Bulow Hansen A & Houge H (1990). Samarbeid mellom fysioterapeut og lege i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 110 (27) 3498-3500.
- Bøe, T.D. og Thomassen, A. (2007) *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dragesund, T. & Råheim, M (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients`perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory & Practice*, 24 (4): 242-54.
- Eggen, T. (2008) Betydningen av sosial støtte på arbeidsplassen. En studie av sammenhenger mellom sosial støtte, nedbemanning, trivsel og helse. Masteroppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo.

- Engelsrud, G. (2002) The validity of the body in qualitative research –an example. *Nordisk Pedagogik*. Vol 22, 13-24.
- Engelsrud, G. (2005) The lived body as experience and perspective: methodological challenges. *Qualitative Research* (5) 267-284.
- Engelsrud, G. (2006) *Hva er kropp?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Ekerholt. K & Bergland, A. (2006) Massage as interaction and a source of information. *Advances in Physiotherapy*, 8 (3):137-44.
- Ekerholt og Bergland (2008) Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action. Journal of the American Physical Therapy Association and de Fysioterapeut, Royal Dutch Society for Physical Therapy. *Physical Therapy* Vol.88, (7) 832-840.
- Faggruppe for psykomotorisk fysioterapi (2011) Psykomotorisk fysioterapi. Kroppen husker. Pasientinformasjonsbrosjyre. Norsk Fysioterapeutforbund
- Figley C.R. (2002) Compassion fatigue: Psychotherapists Chronic Lack of Self Care. *Psychotherapy in Practice*, Vol 58 (11) 1433-1441.
- Fysioterapeutforbundet (2011) Håndbok i kollegaveiledning  
[www.fysio.no/FAG/Kollegaveiledning](http://www.fysio.no/FAG/Kollegaveiledning)
- Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004: 24, 105-112.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Gullestad (1999) Den fortrolige samtalen. Om opplæring av psykologistudenter i psykoteraeutisk kommunikasjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.1999: 36: 428-435
- Hagen, I.A. (2014) Den psykomotoriske fysioterapeutens opplevelser i møte med sine pasienter. Mastergrad i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Hedmark.
- Hafsahl, E. (2000) Behandling av kvinner utsatt for incest. *Fysioterapeuten* 2000: 67 (4) 8-11.

- Hafsahl, E. (2007) Kan det å snakke om følelser lette muskelplager. *Fysioterapeuten* 2007: 74 (11) 28-9.
- Haugli, N. H.(2013) Psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid. Psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner. Master i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Hedmark.
- Hordevik, E. i Dyregrov, K (red). og Dyregrov, A. (red). (2008) *Krisepsykologi i praksis. Korleis påverkar det oss å arbeide med kriser og katastrofar?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Houge H. (1990) Psychomotor physiotherapy and psychomotor treatment. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 1990: 99 (15) 787-788.
- Houge N.H. Braatoy (2001) and psychomotor physiotherapy. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 2001: 121, (4), 505.
- Hummelvold J.K (2004) *Helt –ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag
- Høgskolen i Oslo og Akershus (2015), Studieplan for videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi 2015-2016 [www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Psykomotorisk-fysioterapi/Programplan-for-videreutdanning-i-psykomotorisk-fysioterapi-kull-2015-16](http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Psykomotorisk-fysioterapi/Programplan-for-videreutdanning-i-psykomotorisk-fysioterapi-kull-2015-16)
- Karasek R. and Theorell T. (1990) *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. USA: Basic Books, a division of Harper Collins Publishers.
- Kirchhoff J.W. (2011) Yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester. *Sykepleien* 2011: 6:144-150
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Kvåle, A., Bunkan, B.H., Ljunggren, A. E., Opjordsmoen, S. Friis, S. (2010) Sammenligning av to u.s. metoder innen psykomotorisk tradisjon. GFM-52 og DOK. *Fysioterapeuten* 2010:77 (2) 24-32.
- Kåver, A. (2012) *Allianse. Den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindskog, B. (1998) *Store medisinske ordbok*. Oslo,Universitetsforlaget.
- Løvlie Schibby, A. L. (2006) *Livsbevissthet. Om å være tilstede i eget liv*. Oslo: Universitetsforlaget
- Larsen K (2011) «Bare gå og heng deg, din jævla dritt» Motoverføring og suicidalitet. *Suicidologi* 2011, 16. (1), 18-24.

- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Merleau Ponty, M. (1994) *Kroppens fenomenologi*; oversatt til dansk ved Bjørn Nake; innledning ved Dag Østerberg. Oslo: Pax forlag.
- Nyre, H. (2013) Mellom relasjon og refleksjon; en kvalitativ intervjuundersøkelse om profesjonell utvikling blant fysioterapeuter i psykomotorisk fysioterapi. Masteroppgave i helsefag. Universitetet i Tromsø.
- Nyre, H. (2015) Profesjonell utvikling etter spesialisering i psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten* 2015, (7) 24-29.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2012) *Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer
- Richardsen A. M. og Martinussen M. (2008) Hva skal til for å øke arbeidsglede og motivasjon? En undersøkelse av jobbengasjement i helse- og omsorgsyrker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2008: 45, (3) 249-257.
- Råheim, M. (2003) Kroppsfenomenologi –innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten* 2003 (1), 14-18.
- Schaufel, M. A. og Skodvin, B. (2012) *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. 132: 271.
- Schibbye, Anne-Lise Løvlie (1996) Anerkjennelse: en terapeutisk intervensjon. *Tidsskrift Norsk Psykologforening* 1996:33; 530-537.
- Sletvold, J. (2005) I begynnelsen var kroppen ... Kroppen i psykoterapi: teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*. 2005: 42. 497-504.
- Smithson, J. (2000) Using and analysing focus groups: limitations and possibilities *International Journal of Social Research Methodology*, 2000: 3 (2). 103-119.
- Stokkenes, G. (1999) Erkjennelse og anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi. Verbal og non-verbal kommunikasjon mellom pasient og fysioterapeut i to behandlingsforløp. *Nordisk fysioterapi*. 1999:3, 168-173.

- Sundet, R. (2014) Forsker og terapeut –Sammenfletting av roller som grunnlag for en forskende klinisk praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2014: 11. (1). 34-43.
- Sviland, R. Martinsen, K., Råheim M (2007). Hvis ikke kropp og psyke - hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten* 74 (12) 23-8.
- Sviland, R. Raheim, M., Martinsen, K. (2012) Touched in sensation- Moved by respiration *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012: 26 (4) 811-819.
- Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thaulow, J.F. (2000) Pasientens talsmann Trygve Braatøy *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 120 (24) 2802-3.
- Thornquist, E. (2003). *Lungefysioterapi. Funksjonsvurderinger og klinisk arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.
- Thornquist E (2005) Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2 (1) 30-44.
- Tvedten, N.(2013) Øvelse gjør mester. Erfaringens betydning som kunnskapskilde i fysioterapeuters bevegelsespraksis. *Fysioterapeuten* 2013 (6) 28-31.
- Universitetet i Tromsø (2014) Studieplan Mastergradsprogram i helsefag, Studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. [www.uit.no/Content/418138/Studieplan-psykiatrisk-og-psykosomatisk-fysioterapi-kull-2013](http://www.uit.no/Content/418138/Studieplan-psykiatrisk-og-psykosomatisk-fysioterapi-kull-2013). Universitetet i Tromsø.
- Øien AM., Iversen S., Stensland P. (2007) Narratives of embodied experiences- therapy process in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*, 9 (1): 31-9.
- Øien, A.M; Råheim M; Iversen S; Steihaug (2009); Self-Perception as embodied knowledge-changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 2009: 11 (3): 121-9.
- Øien, A.M., Steihaug S., Iversen S., Raheim M.(2011) Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2011: 25, (1), 53-61.



Øien, A.M. (2013) Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring

*Fysioterapeuten* 80 (3) 226.

Øverland (2014) Terapi er kjærlighet. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*. 2014. 51, 51-52.

Aadland, E. (2011). ” *Og eg ser på deg ...* ”. *Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo:

Universitetsforlaget.

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### ***”Med seg selv som verktøy” -Ivaretagelse av seg selv som terapeut i psykomotorisk fysioterapi***

##### **Bakgrunn og formål**

Dette studiet er en del av masterstudiet i klinisk helsearbeid, psykisk helsearbeid, ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV). Utgangspunktet for valg av tema er egne erfaringer som psykomotorisk fysioterapeut og hvor spennende og krevende denne arbeidsformen kan være. Jeg ønsker å utforske terapeutrollen for å finne ut mer om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter ivaretar seg selv når man jobber med sammensatt problematikk. Studiet har følgende problemstilling:

”Hvordan beskriver psykomotoriske fysioterapeuter det å ivareta seg selv i arbeidshverdagen, og hvordan kan disse beskrivelsene forstås?”

Utvalget er et hensiktsmessig utvalg der studenten har tatt kontakt med og spurt Høgskolen i Oslo og Akershus og Universitetet i Tromsø om å kontakte aktuelle kandidater. Alle psykomotoriske fysioterapeuter som er i jobb er aktuelle deltagere. Det spiller ingen rolle hvor man jobber eller hvor lang erfaring man har så lenge man jobber som psykomotorisk fysioterapeut.

##### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Det skal gjennomføres to fokusgruppeintervju med 5-8 deltagere. Det vil bli fokus på erfaringer om ivaretagelse av seg selv som terapeut, og dialogen og samtalen i gruppeintervjuet er det sentrale. Fokusgruppeintervjuet vil foregå enten ved henholdsvis Høgskolen i Oslo og Universitetet i Tromsø eller på annet egnet sted som forsøkspersonene kan samles. Intervjuet vil foregå på ettermiddag/kveldstid og hele samlingen inkludert intervjuet vil vare i inntil 1,5 – maks 2 timer. Hver deltager deltar kun på ett intervju. Det kreves ingen forhåndskunnskaper eller forberedelser. Data gjennom fokusgruppeintervjuet vil tas opp på bånd. Det er studenten som står for gjennomføringen av intervjuet.

##### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

I løpet av studietiden vil kun veileder og veiledningsgruppe ha innsyn i datamaterialet. Det er kun undertegnede som har tilgang til personopplysninger brukt til navneliste/kodingsnøkkel underveis i studieprosessen. Det skal ikke fremkomme i publikasjonen noen gjenkjennbare opplysninger om personer som har deltatt. Navneliste/kodingsnøkkel vil bli oppbevart i låsbart skap atskilt fra øvrige data.

Prosjektet skal etter planen avsluttes våren 2015. Datamaterialet anonymiseres og opptak slettes når masterstudiet er fullført.

### **Frivillig deltakelse**

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Prosjektleder Kristine Rørvik Kjærnem

[Kristine.r.kjaernem@hotmail.com](mailto:Kristine.r.kjaernem@hotmail.com), 907 42 735.

Eller veileder: Siren Eriksen Kouwenhoven , [Siren.Eriksen.Kouwenhoven@hbv.no](mailto:Siren.Eriksen.Kouwenhoven@hbv.no), 99293231

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

☐ *Jeg samtykker til å delta i intervju*

### **Om intervjuguide/temaguide**

Jeg vil forsøke meg uten intervjuguide, og stille ett innledende spørsmål til diskusjon, som er forskningsspørsmålet, siden målsetningen er samtale og meningsutvekslinger deltagerne imellom (Malterud, 2012).

#### Forskningsspørsmål:

Hva innebærer det for psykomotoriske fysioterapeuter å ivareta seg selv i arbeidshverdagen?

Dette har jeg testet ut i pilotfokusgruppeintervjuet der dette var vellykket. Dersom det blir lite aktivitet vil jeg ha en temaguide i bakhånd, men jeg ønsker i minst mulig grad å påvirke hva det snakkes om. Jeg vil lage en hyggelig setting med servering av enkel mat og drikke. Jeg kommer sannsynligvis til å gjennomføre fokusgruppeintervjuene uten ko-moderator. Når intervjuene er gjennomført vil jeg skrive refleksjonsnotat for å skrive ned umiddelbare tanker som kom etter gjennomføringen. Transkriberingen vil gjennomføres i dagene etter fokusgruppeintervjuene.

Meningsenhet	Meningskondensering	Koder	Subkategori	Kategori
L:Ja! ...det å få støtte av en kollega som har samme kroppssyn og kroppsforståelse synes jeg er veldig givende	L: Støtte av kollega med samme kroppssyn og kroppsforståelse	Støtte av kollegaer med samme forståelse	Gjensidig forståelse	Kollegautveksling
S: vi har også en gruppe, men det er jo ikke så ofte L: nei S: men det er jo også, er veldig sånn, eh viktig fordi, ja særlig i forhold til at man ikke har psykomotoriske kollegaer, eller man eh T:mm S:psykomotoriske fysioterapeuter på instituttet da, så har du liksom, jeg kjenner at hver gang jeg kommer dit så har du liksom, så er det noe som, jeg må bare få diskutert noen saker som ingen egentlig forstår, hvis jeg snakker om det på instituttet. L:nei det er nettopp det. S: og det er faktisk veldig sånn, det er så utrolig godt når man er i den gruppa. det er sånn at det letter litt. L:ja! S: sånn glad når man går derfra fordi du har fått noen innspill	S: En (veilednings)gruppe er viktig når man ikke har psykomotoriske fysioterapeuter på instituttet. Hver gang jeg kommer dit få jeg diskutert saker ingen på instituttet egentlig forstår. Men det er utrolig godt i den gruppa, du er glad etter hver gang fordi du har fått noen innspill	veiledningsgruppe er viktig når man ikke har psykomotoriske kollegaer på instituttet. Man får diskutert saker og får innspill	Gjensidig forståelse	Kollegautveksling

Meningsenhet	Meningskondensering	Koder	Subkategori	Kategori
<p>L:Jeg har tatt mye (kurs i ) kommunikasjon</p> <p>S: ja L: og nærvær og sånn. Jeg synes jeg måtte for mitt tema har jo hele tiden vært...eh..selvavgrensning, som man snakker om i veiledning, men og... det der med å skille mitt og ditt, og jobbet mye med affektbevissthet og S:mm L: tåle, alle følelser og romme (ler) det blir litt sånn (flere ler) L: romme følelsen og sånn, nå skjønner jeg virkelig at, er det noe jeg møter hos pasienten så er det meg, meg...jeg må jobbe med meg selv.... Kurs.... for å lære mer om meg selv med tanke på å bli en bedre terapeut og ikke dra hjem som en vaskefille.</p>	<p>Kurs i kommunikasjon og nærvær. Kurs.... for å lære mer om meg selv med tanke på å bli en bedre terapeut. Mitt tema har vært selvavgrensning, det med å skille mitt og ditt, jobbet mye med affektbevissthet, tåle alle følelser og romme følelser...noe jeg møter hos pasienten er meg, jeg må jobbe med meg selv.</p>	<p>Kurs for å lære mer om meg selv og bli en bedre terapeut.</p> <p>Kurs for å ikke dra hjem som en vaskefille (ikke bli utslitt).</p> <p>Jeg møter meg selv hos pasienten, jeg må jobbe med meg selv.</p>	<p>Håndtere å bli berørt gjennom trygghet i seg selv</p>	<p>Terapeutrolle</p>
<p>L: ja i dag er jeg rastløs eller irritert eller what ever,T :mm. L: som jeg ikke klarer å sette helt fingern på. K:mm L: så sier jeg til pasienten «nå skal vi gjøre litt øvelser» (flere ler).S: ja, men ikke sant! ...det er jo veldig godt da. L: ja også er jo pasienten med på det! (snakker i munnen på hverandre, ler)S: de er jo fornøyd med det. L: så er det liksom bare, de er veldig liksom med på det.</p>	<p>L: Man kan være rastløs eller irritert og si til pasienten, i dag skal vi gjøre øvelser, og pasientene er med på det og fornøyd med det.</p>	<p>Fokus på kroppen ved å gjøre øvelser for å skjerme seg som terapeut.</p>	<p>Være tilstede i kroppen</p>	<p>Terapeutrolle</p>

Meningsenhet	Meningskondensering	Koder	Subkategori	Kategori
<p>K: ja, det er i hvert fall sånn at vi kan styre mye av arbeidsdagen selv, det er ikke noen som står over meg og sier atte, nå skal du gjøre det, og det og det. Jeg legger opp dagene selv, og det betyr også at jeg kan, eh....eh også trekke meg tilbake, eller lage pauser for meg selv da, for jeg merker jo hvis jeg er ekstra sliten, så.... og hvis jeg har mulighet så...tar jeg kanskje mere sånn kontordag. Sitter og.... leser ting, eller skriver eller...faktisk holder meg unna pasientene for å skjerme meg litt. ehmmm det er veldig godt å kunne gjøre det.</p> <p>K: mm.</p>	<p>Vi kan styre mye av arbeidsdagen selv. Jeg legger opp dagene selv, og kan også trekke meg tilbake, eller lage pauser for meg selv. Hvis jeg har mulighet så tar jeg kanskje mere sånn kontordag. Faktisk holder meg unna pasienten for å skjerme meg litt.</p>	<p>Vi styre mye av arbeidsdagen selv. Holde seg unna pasienten for å skjerme seg litt.</p>	<p>Å styre arbeidsdagen selv</p>	<p>Holdning til behandling</p>

Meningsenhet	Meningskondensering	Koder	Subkategori	Kategori
A: jeg har egentlig brukt mer teknikker sånn i etterkant av en time, eh.. ( ) ja, for å få utløp, holdt jeg på å si, for noen av de følelsene jeg har tatt imot, eh.. det kan være å gå ned i gymsalen og, jeg er veldig glad i fotball så da sparker jeg litt med veggen. Ehm, noen ganger har jeg hatt lyst til å ha den derre boksesekken hengende oppe. I:mm:men ett eller annet sånn der og da sånn at du på en måte får det litt ut av kroppen. Eh...synes jeg har vært ganske virkningsfullt.	teknikker i etterkant av en time, for å få utløp, for noen av de følelsene jeg har tatt imot. Det kan være å gå ned i gymsalen og, jeg er veldig glad i fotball så da sparker jeg litt med veggen. Noen ganger har jeg hatt lyst til å ha den boksesekken hengende oppe. Ett eller annet sånn at du får det litt ut av kroppen. Har vært ganske virkningsfullt.	har brukt teknikker i etterkant av en time, for å få utløp, for noen av de følelsene jeg har tatt imot. Få det ut av kroppen.	Avreagere etter behandling	Ytre teknikker
A: før da jeg jobbet unna hadde en halvtime å kjøre, og da var det musikk-terapi på full guffe altså hjem fra jobb. Det var sånn avhengig av hvilken pasient jeg hadde hatt den dagen, så var det enten knallhard rock på full guffe, he, he og det var det som skulle til for at jeg landa før jeg kom hjem. G:mm. Andre ganger så kunne det være klassisk eller, helt stille. K, G:mm, musikk det gjør jeg og av og til.	før da jeg jobbet unna hadde en halvtime å kjøre, og da var det musikk-terapi på full guffe altså hjem fra jobb. og det var det som skulle til for at jeg landa før jeg kom hjem.	halvtime å kjøre, musikk-terapi på full guffe hjem fra jobb. Det som skulle til for at jeg landa før jeg kom hjem.	Mestringsstrategier på fritiden	Ytre teknikker





Siren Eriksen Kouwenhoven  
Institutt for sykepleievitenskap Høgskolen i Buskerud og Vestfold  
Postboks 7053  
3007 DRAMMEN

Vår dato: 19.05.2014

Vår ref: 38740 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.05.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

38740	<i>Med seg selv som verktøy- Ivaretagelse av seg selv som terapeut i psykomotorisk fysioterapi</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Siren Eriksen Kouwenhoven</i>
Student	<i>Kristine Rørvik Kjærnem</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kristine Rørvik Kjærnem [kristine.r.kjaernem@hotmail.com](mailto:kristine.r.kjaernem@hotmail.com)

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kym.svarve@svt.ntnu.no](mailto:kym.svarve@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaal@svt.uit.no](mailto:nsdmaal@svt.uit.no)



Utvalget består av psykomotoriske fysioterapeuter som rekrutteres via ulike utdanningsinstitusjoner. Personer ved utdanningsinstitusjonene videreformidler kontakten/informasjonen om prosjektet på vegne av student, slik at det legges opp til at informantene rekrutteres seg selv. Det bør da understrekes i informasjonsskrivet at studenten ikke kjenner de som forespørres sin identitet før de eventuelt samtykker til deltakelse.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, forutsatt at setningene "Dersom studenten skal publisere funn i vitenskapelig artikkel vil personopplysninger og opptak oppbevares frem til dette er publisert. Hvis ikke anonymiseres datamaterialet, og opptak slettes når masterstudiet er fullført. Det er kun studenten og evt veileder som da vil ha tilgang på materialet dersom det skal skrives artikkel" slettes, jf. telefonsamtale med Kristine Rørvik Kjæmem 16.05.2014. Vi foreslår følgende alternativ formulering: "Innen 01.08.2015 vil datamaterialet anonymiseres og navneliste/kodenøkkel slettes". Vi gjør også oppmerksom på at følgende setning i samtykkeerklæringen, "Jeg samtykker til at personopplysninger kan publiseres/lagres etter prosjektslutt", må slettes.

I lys av prosjektets tematikk tas det høyde for at det vil kunne fremkomme sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

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

Ombudet har justert dato for forventet prosjektslutt til 01.08.2015, jf. telefonsamtale med student. Innsamlede opplysninger skal da anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, stilling, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.