

Psykomotorisk fysioterapi i evidensens tidsalder

En kvalitativ studie om perspektiver på kunnskap, praksis og
fagets fremtid sett fra praksisfeltet.

Emilie Hagelsteen Dalelid



Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap

**HØGSKOLEN I BUSKERUD OG
VESTFOLD**

15.mai 2015

«Å undre seg er begynnelsen til større innsikt»

--gresk ordtak--



Navn: Emilie Hagelsteen Dalelid	Dato: 15.mai 2015
Tittel og undertittel: Psykomotorisk fysioterapi i evidensens tidsalder. En kvalitativ studie av perspektiver på kunnskap, praksis og fagets fremtid, sett fra praksisfeltet.	
Bakgrunn: Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) har fått kritikk for manglende dokumentasjon, samtidig som det i dag stilles stadig strengere krav til dokumentasjon. Kunnskapsbasert praksis (KBP) er et begrep som ofte brukes i sammenheng med kvalitet innen helsefag. Bakgrunnen for denne oppgaven er et ønske om å få kunnskap om privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters forhold til KBP, evalueringsmetoder, deres tanker om fremtiden til faget, og videre lære om hvilken plass faget NPMF har innen psykisk helsearbeid, generelt og sett fra praksisfeltet. Oppgaven er basert på Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), og kunnskapsbasert praksis (KBP) slik begrepet er definert av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester.	
Formålet: Formålet med studien er å undersøke hvilke holdninger og erfaringer privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter har til begrepet KBP, og hva det innebærer for dem i praksis. Økt forståelse av KBP innen NPMF vil kunne bidra til kunnskapsutvikling innen faget, og i samhandling med andre faggrupper.	
Teoretisk forankring: Det teoretiske rammeverket i oppgaven er basert på teori om NPMF, KBP, brukermedvirkning og Normalization Process Theory (NPT). Sistnevnte er en teori om implementering av ny praksis.	
Metode: Studien har en kvalitativ design, hvor datamaterialet er innhentet gjennom fem semistrukturerte individuelle intervjuer av privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter på Østlandet. Analysen er basert på stegvis deduktiv-induktiv metode.	
Resultater/funn: Det var fire hovedkategorier som fremkom av datamaterialet: « <i>KBP snakker man om det samme?</i> », « <i>Evaluering av behandlingen-behovet for en felles plan?</i> », « <i>Tverrfaglig samarbeid-som del av noe større</i> » og « <i>Veien fremover for NPMF?</i> ». Informantene ga uttrykk for at faglig utvikling innen psykomotorisk fysioterapi er nødvendig. Behovet for forskning, evaluering og dokumentasjon av faget er sentralt, men det er utfordringer knyttet til praksis.	
Konklusjon: Selv om funn fra fem informanter ikke kan generaliseres til resten av fagmiljøet, er det klare indikasjoner på at det finnes åpenhet og vilje til å styrke kunnskapsgrunnlaget blant privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter. Begrepet KBP er ikke entydig. For en fruktbar diskusjon om KBP er en felles forståelse av begrepet nødvendig. NPMF kan dra nytte av mer dokumentasjon, og mer variert og tverrfaglig forskning. Evalueringsmetoder som praktikere kan enes om og anvende i praksis, kan bidra til en styrking av faget.	
Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, psykomotoriske fysioterapeuter, privatpraktiserende, psykisk helse, psykisk helsearbeid, kunnskapsbasert praksis, dokumentasjon, kunnskapsutvikling.	



Name: Emilie Hagelsteen Dalelid	Date: 15. mai 2015
Title and subtitle: Psychomotor physiotherapy in the time of evidence A qualitative study on perspectives on knowledge, practice and the future of the profession, from a practitioner's perspective.	
Background: Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMP) has been criticized for being insufficiently documented while, simultaneously, the demands for documentation in general are increasing. "Evidence based practice" (EBP) is a term often used in relation to quality within health professions. The background for this study is a need to gain knowledge about private practice psychomotor physiotherapists' relationship to EBP, evaluation methods, their thoughts on the future of the profession, and to learn more about NPMP' position within mental health care in general and from the practitioner's perspective. The study is based on NPMP, and EBP as the term is defined by Nasjonalt kunnskapssenter.	
Purpose: The purpose of the study is to examine the the experiences and views of psychomotor physiotherapists working in private practice regarding EBP, and what this means for them in practice. Increased understanding of EBP within NPMP can contribute to development of knowledge within the profession, and in cooperation with other professions.	
Theoretical basis: The theoretical framework in the study is based on theory from NPMP, evidence based practice, user involvement and Normalization Process Theory (NPT). The latter is a theory on implementation of new practices.	
Methodology: The study is based on a qualitative research design, where data material was gathered from five semi-structured individual interviews of private practitioners. The analysis is based on Stepwise-Deductive Induction method.	
Results: Four main categories were identified from the data material: "Evidence based practice – are we talking about the same thing?", "Treatment evaluation – the need for a common plan?", "Interdisciplinary cooperation", "The way forward for NPMP". The informants expressed a need for professional development within psychomotor physiotherapy. The need for research, evaluation and documentation of the profession is imperative, but there are practical challenges implementing EBP.	
Conclusion: Although findings from five informants are not sufficient to generalize the whole profession, there are clear indications that there is openness and will among Norwegian psychomotor physiotherapists to strengthen the knowledge base. The term EBP is not unambiguous. For there to be a fruitful discussion on EBP, there needs to be a common understanding of the term. NPMF could benefit from more documentation, and more and varied interdisciplinary research. Evaluation methods, which practitioners can agree upon and apply in practice, can contribute to a strengthening of the profession.	
Key words: Psychomotor physiotherapy, Norwegian psychomotor physiotherapists, mental health care, evidence based practice, documentation development of knowledge.	

Forord

Det føles som lenge siden prosessen med denne masteroppgaven startet, og det er godt å kunne si seg ferdig. Det har vært en lærerik, utfordrende og spennende prosess for meg. Den kunnskapen jeg har fått innsikt i er berikende og noe jeg tar med meg inn i min hverdag som kliniker.

Det er mange personer som har bidratt til at jeg kunne gjennomføre dette arbeidet, og de vil jeg gjerne få takke.

Først og fremst tusen takk til informantene som stilte opp og brukte av sin tid. Uten deres vilje til å dele sin kunnskap og erfaring hadde det ikke blitt noen oppgave.

Til min veileder Deede Gammon, tusen takk for alt du har bidratt med både av konstruktive og lærerike tilbakemeldinger, ny innsikt og inspirasjon som har vært avgjørende for meg i denne prosessen. Det har vært med på å holde motivasjonen oppe.

Takk til mine flotte kollegaer: Marius, Sissel, Delani og Cathrine som har vist forståelse og fleksibilitet i denne perioden. Spesielt takk til Cathrine for gode samtaler og lærerike innspillene, og til Sissel for omtanke og energi til sluttspurten.

Takk til mine inspirerende pasienter som lærer meg masse, som får meg til reflektere over hva jeg gjør og bidrar til at jeg vil lære mer.

Takk til min kjære mamma for alt du har gjort for meg gjennom hele denne prosessen.

Takk til min kjære mann og min to små barn for tålmodighet, hjelp og motivasjon.

Nittedal, mai 2015

Emilie Hagelsteen Dalelid

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	6
FORKORTELSER, FIGURER OG TABELLER	10
1 INNLEDNING OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	11
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål	12
1.2 Oppgavens formål, oppbygging og begrensing.....	13
2 TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	14
2.1 Helse, psykisk helse og psykisk helsearbeid	14
2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi og behandling (NPMF)	17
2.2.1 Kunnskapsstatus i Norsk psykomotorisk fysioterapi.....	19
2.3 Kunnskap fra et helseperspektiv	22
2.4 Introduksjon til kunnskapsbasert praksis (KBP).....	24
2.4.1 “Evidence-based medicine” (EBM).....	24
2.4.2 Kunnskapsbasert praksis (KBP)	27
2.4.3 Kunnskapsbasert praksis og psykisk helsearbeid	30
2.4.4 Kunnskapsbasert fysioterapi (KBF) og NPMF.....	31
2.4.5 Kritikk av kunnskapsbasert praksis (KBP) og evidence-based medicine.....	33
2.5 Systematisk kunnskapsutvikling, brukermedvirkning og klient- og resultatstyrt praksis (KOR).....	35
2.6 Normalization Process Theory (NPT).....	38
3 METODE	41
3.1 Min forforståelse	41
3.1.1 Refleksivitet	42
3.2 Kvalitativ metode	42
3.3 Kvalitativt intervju	43
3.3.1 Intervjuguide og samtykkeerklæring	44
3.3.2 Rekruttering og utvalg	45
3.3.3 Informantene	46
3.3.4 Gjennomføring av intervjuer	46
3.3.5 Transkribering.....	47

3.4	Analysen.....	48
3.4.1	Tekstnær koding	48
3.4.2	Fra tekstnær koding til kategorier og hovedtemaer	49
3.4.3	Fra hovedtema til kunnskapsutvikling	50
3.5	Etiske betraktninger.....	50
3.6	Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet	51
4	PRESENTASJON AV RESULTATENE.....	54
4.1	«KBP – forstår man det samme?».....	54
4.2	«Evaluerings – behov for en felles plan?».....	59
4.3	«Tverrfaglig samarbeid, NPMF som del av noe større»	62
4.4	«Veien fremover for NPMF»	66
4.5	Oppsummering av hovedfunn	67
5	DISKUSJON.....	69
5.1	Overordnet forståelse	69
5.2	Kognitiv deltakelse.....	73
5.3	Kollektiv handling.....	74
5.4	Formell/uformell evaluering	77
5.5	Oppgavens styrker og svakheter	80
6	VIDERE FORSKNING OG AVSLUTTENDE KOMMENTAR.....	81
6.1	Videre forskning.....	81
6.2	Avsluttende kommentar	81
	LITTERATURLISTE.....	83
	VEDLEGG	87
	Vedlegg 1.: CEBM- hierarki skjema	87
	Vedlegg 2.: Oversikt over databaser, søkeord og treff – høst 2012	88
	Vedlegg 3.: Eksempler fra analyseprosessen	89
	Vedlegg 4.: Godkjenning Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS	90
	Vedlegg 5.: Forespørsel om å delta i studiet med samtykkeerklæring.....	91
	Vedlegg 6.: Intervjuguide	93

Forkortelser, figurer og tabeller

Forkortelser:

NPMF: Norsk psykomotorisk fysioterapi

PMF'ere: psykomotoriske fysioterapeuter

EBM: evidence -based medicine

EBP: evidence- based practice

KBP: kunnskapsbasert praksis

KBF: kunnskapsbasert fysioterapi

RCT: randomisert kontrollert studie

NPT: normalization process theory

KOR: klient- og resultatstyrt praksis

SDM: shared decision making

SDI: stegvis deduktiv- induktiv metode

Figurer og tabeller

Figur 1. Seks blinde menn og en elefant

Figur 2. Kunnskapspyramiden

Figur 3. Den tredelte kunnskapskilden til KBP

Figur 4. Seks-stegsmodellen til KBP

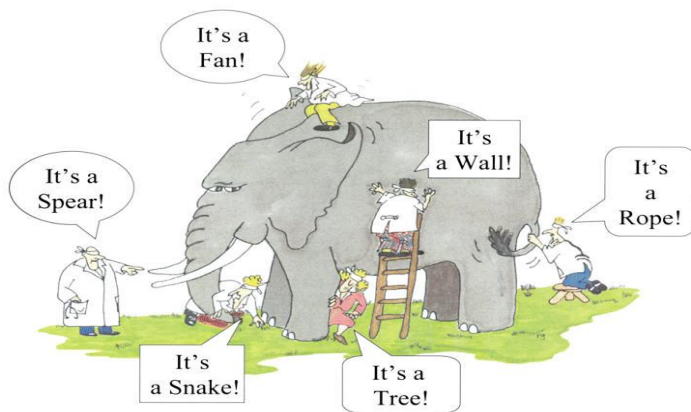
Tabell 1. Tuntland (2009) sin oversettelse av CEBMs «Evidensnivåer»

1 Innledning og bakgrunn for valg av tema

På Fysiokongressen 2015 holdt Emma Stokes, leder for World Confederation for Physical Therapy (WCTP), et innlegg hvor hun minnet om at refleksjon over praksis er helt nødvendig: «When we say treatment works, what does it mean?» (Stokes, 2015). Stokes oppfordret til å våge å tenke stort fordi kunnskapsutvikling er nødvendig for å overleve innen fysioterapi. Kunnskapsutvikling og implementering av ny kunnskap var et sentralt tema på Fysiokongressen 2015, og det er også et viktig tema for faget Norsk psykomotorisk fysioterapi.

Stadig er kunnskapsbasert praksis, ulike kunnskapsperspektiver og spørsmålet om evidens, aktuelle begreper i debatter om og i helsevesenet. Et eksempel fra mediebildet er TV-programmet «Folkeopplysningen» på NRK. Programmet undersøkte ulike behandlingsmetoder ved å stille vitenskapelige spørsmål, og søke bevis for hva som virker og ikke virker (NRKTV, 2012). I tillegg kommer begrepet opp i fagspesifikke debatter som i «Fysioterapeuten», et fagtidsskrift for fysioterapi, hvor blant annet Gro Jamtvedt har skrevet flere artikler om kunnskapsbasert praksis og fysioterapi. Kunnskapsbasert praksis blir også vist til som ledd i kunnskapsutvikling og kvalitetssikring i ulike helsepolitiske dokumenter; Nasjonal kvalitetsstrategi (SHD, 2006), Nasjonal helse- og omsorgsplan (HOD, 2011) og gjennom helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999). Også innen utdanningsfeltet er kunnskapsbasert praksis presisert. I studieplanen for mastergrad i klinisk helsearbeid (2010) til Høgskolen i Buskerud og Vestfold påpekes det blant annet at: «helsearbeideren må kunne vurdere og utvikle sin tjenesteutøvelse i tråd med kunnskapsbasert praksis» (HIBU, 2010-2014, p. 7), og i Stortingsmelding nr. 13 (2012) står det at: «målet om kunnskapsbasert praksis krever at utdanningene har sterke fagmiljøer som driver, kjenner til og bruker forskning». (Kunnskapsdepartementet, 2012, p. 90). Kunnskapsbasert praksis er noe alle helsearbeidere må forholde seg til på en eller annen måte og det er derfor interessant å undersøke hvordan kunnskapsbasert praksis forstås.

Bildet av elefanten i figur 1. illustrerer hvordan enkeltdelene gir en helt annen mening enn om man ser helheten (Proprofs, 2015). På bildet ser man hvordan seks blinde menn kommer frem til seks ulike svar på hva som står foran dem. Bilde illustrerer en problematikk som også kan overføres til fysioterapi



Figur 1. Seks blinde menn og en elefant (Proprofs, 2015)

I møte med pasienter vil valg av behandlingsmetode være avhengig av hva den enkelte fysioterapeut oppfatter som pasientens problem. Dette kan føre til ulike måter å tilnærme seg problemet på, og det er interessant å reflektere over hvorfor man velger noe fremfor noe annet. På bakgrunn av dette er temaet for oppgaven privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter og kunnskapsbasert praksis. Norsk psykomotorisk fysioterapi har fått kritikk for å være utilstrekkelig dokumentert og som psykomotorisk fysioterapeut var det naturlig å se på kunnskapsbasert praksis innen eget fagfelt. Norsk psykomotorisk fysioterapi er en spesiell behandlingsmetode med en helhetlig behandlingstilnærming og kunnskap som kanskje ikke er så opplagt eller lett å dokumentere. Gjennom å forske i praksisfeltet ønsker jeg å bidra til videreutviklingen av fagfeltets fundament. Oppgaven er basert på Norsk psykomotorisk fysioterapi, heretter kalt NPMF og kunnskapsbasert praksis, heretter kalt KBP, slik begrepet er definert av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester (Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2012).

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Oppgavens problemstilling er: Hvordan beskriver privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter sine holdninger og erfaringer til kunnskapsbasert praksis?

Oppgavens forskningsspørsmål er:

Hvilke holdninger og erfaringer har privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter til:

- kunnskapsbasert praksis?
- evalueringsmetoder?
- psykisk helsearbeid?
- fremtiden?

1.2 Oppgavens formål, oppbygging og begrensing

Formålet med oppgaven er økt forståelse av praktikerens forhold til kunnskapsbasert praksis (KBP). Økt innsikt i praktikerens holdninger til og erfaring med kunnskapsbasert praksis kan bidra til økt faglig bevissthet og dialog omkring kunnskapsutvikling i norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Oppgavens tema er også motivert av ønsket om å lære mer om hvilken plass faget Norsk psykomotorisk fysioterapi har innen psykisk helsearbeid generelt, og sett fra praksisfeltet.

I første kapittel presenteres oppgavens problemstilling og oppbygging. I neste kapittel belyses teoretiske perspektiver som er knyttet opp til oppgavens problemstilling og kunnskapsstatus. Begrepene helse, psykisk helsearbeid, og kunnskap belyses. Videre følger en kort innføring i Norsk psykomotorisk fysioterapi og kunnskapsstatusen innen fagfeltet, «evidence- based medicine» og kunnskapsbasert praksis innen psykisk helsearbeid, fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi. Til slutt blir Normalization Process Theory, brukermidvirkning og klient- og resultatstyrt praksis gjort rede for.

Oppgaven er basert på kvalitative intervjuer av privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter. I kapittel 3. redegjøres det for metodevalg, forfatterens forforståelse og flere sider ved kvalitative intervjuer. Metodekapittelet inneholder også analysen av hvordan funnene fra de kvalitative intervjuene er kommet frem. Funnene fra analysen presenteres i kapittelet 4. I kapittel 5. diskuteres funnene i lys av de teoretiske perspektiver som presenteres, og oppgavens styrker og svakheter beskrives. Avslutningsvis i kapittel 6. presenteres implikasjoner for videre forskning og avsluttende kommentarer

2 Teoretiske perspektiver

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for ulike perspektiver, tilnærminger og begreper som jeg benytter i oppgaven. Dette teoretiske rammeverket vil jeg bruke til å belyse problemstillingen, for så å se dette i sammenheng med empirien jeg får fra kvalitative intervjuer av praktikere.

Innledningsvis defineres helse og psykisk helse slik begrepene anvendes i oppgaven. Det redegjøres så for innholdet i Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) og fagets kunnskapsstatus klargjøres. Ulike tanker om kunnskapsbegrepet sett fra et helseperspektiv beskrives. Videre forklares begreper knyttet til «kunnskapsbasert praksis» (KBP). Deretter presenteres «Normalization Process Theory» (NPT), som benyttes til å danne grunnlaget for hvordan teori og empiriske data blir presentert i diskusjonskapittelet. Perspektiver på systematisk kunnskapsutvikling, brukermedvirkning og evalueringsmetoden «klient- og resultatstyrt praksis» (KOR) belyses avslutningsvis. Samlet er dette nødvendig bakgrunnsinformasjon for forståelsen av problemstillingen og den kunnskapen som oppgaven tar sikte på å bringe frem gjennom de kvalitative intervjuene.

2.1 Helse, psykisk helse og psykisk helsearbeid

Helse

I boken «Hva er helse» (2009) belyser Mæland flere sider ved begrepet «helse», et ord han hevder det kan være viktig å ha reflektert over som helsearbeider. Ordet helse har ”dype kulturelle røtter, en sterk kunnskapsstamme og mangfoldig forgreninger av ulik betydning” i følge Mæland (Mæland, 2009, p. 9).

Det finnes ikke én allment akseptert definisjon av begrepet «helse». Ulike faktorer påvirker vårt syn på hva helse er, og synet kan endre seg med tiden, variere mellom kjønn, alder og ulike erfaringer (Mæland, 2009). «Eksperter» har også ulike innfallsvinkler og forklaringsmodeller for hvordan de forstår helsebegrepet. Dette avhenger blant annet av profesjon og hvilken sykdomsforståelse som legges til grunn, da helse ofte knyttes til fravær av sykdom. En kan skille mellom ulike, men også komplimenterende sykdomsforståelser: biologiske, psykologiske, samfunnsmessige og holistisk oppfatninger av sykdom (Mæland, 2009, p. 20).

Helsebegrepet blir også omtalt i offentlige dokumenter. I Folkehelsemeldingen «God helse – felles ansvar» beskrives god helse som «[...] å ha overskudd til å mestre hverdagens krav» (Meld. St.34, (2012 - 2013), p. 8). Dette er en enkel og praktisk definisjon av helse.

Verdens Helseorganisasjons (WHO) konstitusjon fra 1946 definerer helse som:

[...] good health is a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity. Health is a resource for everyday life, not the object of living, and is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities (WHO).

WHO har med denne definisjonen tatt med helheten av mennesket, ikke bare det som er fysisk, eller bare fravær av sykdom. Definisjonen har fått kritikk for å være for vid, ambisiøs og utopisk (Mæland, 2009, p. 42). Den er likevel med i oppgaven fordi den bygger opp under den helhetsoppfatning som ligger i forståelsen av NPMF. Definisjonen ser sammenhengen mellom flere faktorer som er med å påvirke menneskers opplevelse av helse. Likevel kan definisjonen i Folkehelsemeldingen være mer anvendbar i praksis enn WHO's definisjon.

Psykisk helse og psykisk helsearbeid

WHO's beskrivelse av psykisk helse bygger på deres definisjon av helse og det essensielle er at psykisk helse ikke bare dreier seg om fravær av en psykisk sykdom eller funksjonshemming, men « [...] is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community » (WHO). I rapporten fra Folkehelseinstituttet «Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger» (2011) var WHO's definisjon oversatt til «en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for samfunnet» (Major et al., 2011, p. 15). Dette er en beskrivelse av psykisk helse som gir uttrykk for at mangfold og inkludering er nødvendig innen psykisk helsearbeid.

Det har vært økende politisk satsing på psykisk helse i Norge de siste årene. Dette kommer frem i politiske dokumenter som «Opptappingsplan for psykisk helse 1998-2008» og «Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse 2013-2016» (ABD & HOD, 2013). Som et ledd i satsingen på psykisk helse, utarbeidet Sosial og helsedirektoratet i 2005 en veileder for psykisk helsearbeid i kommunene for voksne. I veilederen defineres psykisk helsearbeid i kommunene som:

[...] tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både

et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering (SHD, 2005).

Definisjonen sier noe om de mange problemstillingene og utfordringene som inngår i psykisk helsearbeid. Det kommer frem av definisjonene at det kan angå mange, derfor favner den bredt, og den fremhever også forebygging og informasjon om hva psykiske lidelser er.

Tidsskriftet for psykisk helsearbeid definerte i 2008 psykisk helsearbeid slik:

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelse av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (redaksjonen, 2008).

Denne definisjonen er mer utfyllende enn Sosial- og helsedirektoratets definisjon. Her utdypes nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid enda klarere. I tillegg kommer hensikten frem – hva de ønsker å oppnå med arbeidet. Begge definisjonene viser at Norsk psykomotorisk fysioterapi har en naturlig plass innen det som defineres som psykisk helsearbeid fordi mye av det som fremheves er forenlig med det en psykomotorisk fysioterapeut arbeider med.

Etter at den nye Lov om folkehelsearbeid og Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, har kommunene fått et større ansvar for psykisk helsearbeid. Loven innebærer at kommunene har økt ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i hele samfunnet (HOD, 2014). Samhandlingsreformen innebærer økte utfordringer til kommunens helsetjenester. Reformen medfører nye helsepolitiske målsetninger, som fører til endringer i organisering og samarbeid i helsevesenet (HOD, 2014). Samhandlingsreformens mål er en styrket kommunehelsetjeneste hvor forebygging, behandling og rehabilitering står i fokus. Denne målsettingen påvirker privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter som er en del av det kommunale helsetilbudet (Fysioterapeutforbund, 2012).

2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi og behandling (NPMF)

Psykomotorisk behandling er utviklet fra kliniske erfaringer og var en av de første tilnærmingene innen fysioterapi som tok hensyn til samspillet mellom psyke, soma og miljø. Metoden innebærer kroppsbehandling, forståelse og en tenkemåte med et helhetsperspektiv på mennesket (Berit Heir Bunkan, 1997). Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utviklet av psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen på slutten av 1940-tallet (B. H. Bunkan, 2001). Trygve Braatøy var inspirert av Wilhelm Reich og hans arbeid som psykiater og forsker. Reich hadde en spesiell forståelse av sammenhengen mellom kropp og sinn, og blir av noen omtalt som kroppsterapiens far (Berit Heir Bunkan, 2015). Aadel Bülow-Hansen var første fysioterapeut innen psykiatrien. Hun jobbet på Ullevål sykehus sammen med Trygve Braatøy som var psykiater og overlege. De hadde nært samarbeid om pasientene og utviklet kunnskapen som ble opphavet til faget Norsk psykomotorisk fysioterapi. Grunnlaget i psykomotorisk fysioterapi er også basert på tradisjonell fysioterapi. Det bygger på et naturvitenskaplig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk teorigrunnlag og har fokuset på kropp, bevegelse og funksjon (NFF, 2012).

Ordet «psykomotorisk» har sin opprinnelse fra det greske ordet for «sjelen», «psyko», og «motor» som betyr «sette i bevegelse». Sammenhengen mellom disse ordene danner også grunnlaget for hva behandlingen innebærer. Den handler om hvordan du forstår og hvordan du tolker deg selv og verden rundt deg. Pusten, spenningstilstanden i muskulaturen og hvordan kroppen beveger eller ikke beveger seg kan si noe om hvordan en har det. Levd liv og erfaringer setter seg i kroppen og gjenspeiler seg i bevegelsesmønstre, språk og holdning. Kroppen er derfor en rik kilde til informasjon om både fysiske og følelsesmessige aspekter. Psykomotoriske fysioterapeuter jobber med utgangspunkt i hele mennesket, og er opptatt av hvordan kropp og psyke henger sammen (Thornquist & Bunkan, 1986). Et viktig redskap i behandlingen er klinikernes egen kropp, ved å være sensitiv til hva pasienten forteller og ikke forteller – den tause kunnskapen. Denne sensitiviteten er noe man lærer gjennom erfaring og er ikke noe man kan lese seg til (Thornquist, 2012, pp. 35-36).

På spørsmål om det fantes en oppskrift eller et fasitsvar sa Bülow-Hansen: «Det er aldri noe vi alltid gjør. Det hele dreier seg om å ta hensyn til respirasjon, tenke med hendene» (Thornquist & Bunkan, 1986, p. 94). Den røde tråden i psykomotorisk behandling er «å oppleve kroppen, og å oppleve via kroppen» (Thornquist & Bunkan, 1986, p. 72). I all terapi er målet på en eller annen måte endring (Gretland, 2007, p. 87). Det overordnede målet i psykomotorisk fysioterapibehandling er å utvikle bedre kroppsressurser hos pasienten (Berit

Heir Bunkan, 1997). Behandling er hjelp til selvhjelp. Innen NPMF-behandling skiller man mellom støttende- og omstillende behandling. Hvilken behandlingstilnærming som benyttes er en vurdering som blir gjort utfra en anamnese og kroppsundersøkelse. Det finnes ulike kroppsundersøkelsesmetoder, og en av dem er den «Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen» (ROK), utviklet av Berit Heir Bunkan (Berit Heir Bunkan, 2008). Det er en systematisk undersøkelsesmetode som kartlegger hvilke ressurser pasienten har, og er en hjelp i å avgjøre behandlingstiltak. Dette er en av flere undersøkelsesmetoder det undervises i på videreutdanningen i NPMF. Valget mellom støttende eller omstillende behandling baseres på om pasienten har nok ressurser til å ha nytte av eller kan tåle en endring eller omstillende prosess. Støttende behandling er «jeg-styrkende tiltak» hvor målet er å hjelpe pasienten til å få bedre grep om seg selv og sin situasjon. (Gretland, 2007, pp. 88-89). Det «kroppslige forsvaret» som er bygget opp, har en funksjon og bør ikke i alle tilfeller endres. I omstillende behandling er målet en endring. Det kjennetegnes ved at man utfordrer kroppens vanemønstre og forsvar gjennom mer inngripende tiltak. Det går blant annet på endring av muskulære spenninger og pustemønstre (Gretland, 2007). Det er rom for at man bruker tid med pasienter i NPMF-behandling, både per behandling og over den totale behandlingsperioden, dette fordi det tar tid å skape en relasjon med tillit og trygghet som for mange er nødvendig for å muliggjøre en endring.

Fysioterapeuter utfyller ifølge Gretland (2007) andre fag innen psykisk helsearbeid. De er ikke konkurrerende, men utfyllende i forhold til andre faggrupper. Fysioterapeuter har kroppen i fokus, og gjennom ulike behandlingstiltak som bevegelser og berøring, kan pasienter oppleve ulike og andre erfaringer enn under samtale med for eksempel psykolog. Kroppen er konkret «her og nå», men tankene kan være mer frem og tilbake i tid og sted. Målet for fysioterapi innen psykisk helse kan variere, men en eller annen form for endring er, som tidligere nevnt, målet i all terapi (Gretland, 2007, p. 87).

Det er også fysioterapeuter som jobber og har utdanning innen psykisk helse som ikke er NPMF. De som har videreutdanning i NPMF kalles ofte «psykomotorikere», men det er ingen beskyttet tittel. Internasjonalt er det behandlingsformer som bruker ordet psykomotorikk uten at det har noe med NPMF å gjøre (Berit Heir Bunkan, 2015). For å skille den norske behandlingsmetoden fra andre liknende behandlingsformer brukes derfor begrepet Norsk psykomotorisk fysioterapi. I denne oppgaven vil jeg konsekvent bruke Norsk psykomotorisk fysioterapi og forkorte det NPMF, de som har utdannelsen PMF'ere og behandlingen for

PMF-behandling. PMF'ere kan jobbe privat som selvstendig næringsdrivende, i det offentlige på sykehus eller i kommunale stillinger.

Videreutdanning i NPMF gir spesialkompetanse i utredning og behandling av sammensatte lidelser. Utdannelsen retter seg mot forebygging og behandling av psykiske og fysiske helseproblemer. Det finnes ingen identiske videreutdannelser utenfor Norge, selv om noen har likhetstrekk. For å ta videreutdanning i NPMF må man være fysioterapeut og ha to års relevant arbeidserfaring. Fram til 1994 foregikk videreutdanningen i regi av Norske Fysioterapeuters Forbund, men fra 1994 ble behandlingsformen integrert i en nyutviklet videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Høgskolen i Oslo (B. H. Bunkan, 2001). I Norge kan man få tittelen norsk psykomotorisk fysioterapeut enten ved å ta en masterutdannelse ved Tromsø UIT eller videreutdanning på deltid ved Høgskolen i Oslo og Akershus (NFF, u.å.). Internasjonalt finnes organisasjonen «International Organization of Physical Therapists in Mental Health» (IOPTMH) som ble opprettet i 2011. Det er en undergruppe av WCPT og er en relativt ny og voksende organisasjon med fokus på psykisk helse (ICPPMH, 2015).

2.2.1 Kunnskapsstatus i Norsk psykomotorisk fysioterapi

NPMF er en videreutdanning som bygger på grunnutdanningen og teori grunnlaget i fysioterapi. Fysioterapifaget har hovedsakelig utviklet seg gjennom praksis og i følge Gretland er utviklingen av teori grunnlaget for fysioterapifaget lite (Gretland, 2007).

Erfaringer som har gått i arv er hovedkilden til kunnskapsgrunnlaget i NPMF. Flere personer har preget faget og formet det til det faget er i dag. Bunkan og Thornquist (1986) skriver i sin bok at behandlingsformen er utviklet fra erfaringer i praksisfeltet og er basert på hvordan virkelighet faktisk er – mennesket og hvordan kroppen fungerer (Thornquist & Bunkan, 1986, pp. 123-124). Det er flere personer som har vært med å utvikle faget som kunne vært nevnt, men jeg begrenser meg her til å omtale en av hovedpersonene i arbeidet for å systematisere NPMF. Berit Heir Bunkan har utviklet metoder for kroppsundersøkelse og har vært aktiv i å forme faget gjennom forskning og utdanning (Berit Heir Bunkan, 2008, p. 420).

Det er utviklet flere kartleggingsmetoder for undersøkelse innen fysioterapi og NPMF. I dette kapitlet presenteres kun et fåtall, for å gi et innblikk i undersøkelser som finnes. Eksempler på kroppsundersøkelser som benyttes er: Global fysioterapi metode (GFM-52), Den omfattende kroppsundersøkelse (DOK) (Kvåle, Bunkan, Ljunggren, Opjordsmoen, & Friis, 2010), Comprehensive body examination (CBE) (Berit Heir Bunkan, Ljunggren, Opjordsmoen, Friis,

& Moen, 2004) og Den Ressursorientert kroppsundersøkelse (ROK) (Berit Heir Bunkan, 2008). I tillegg har Tove Dragesund utarbeidet et spørreskjema om kroppsbevissthet, som var en del av hennes doktoravhandling fra 2012 (Dragesund, 2012). Det er også andre tverrfaglige kartleggingsskjemaer som kan benyttes i undersøkelse, for eksempel spørreskjema for angst og depresjon, selvrapporterende skala om smerte som Visuell Analog Skala (VAS) (Faiz, 2014), og andre selvrapporteringskjemaer som Tampa Scale for Kinesiophobia (frykt for bevegelse) (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, u.å.). I tillegg har PMF'ere grunnutdanningen i fysioterapi hvor de har gjennomgått andre undersøkelsesmetoder og mer spesifikke tester.

NPMF har fått kritikk for manglende vitenskapelig dokumentasjon (Gundersen, 2014, pp. 96-97; Malt, 2003, p. 420). Kritikken dreier seg om at det er for lite forskning, at forskningen som er gjort er lite anvendt, og at det er få studier som er publisert internasjonalt. Det er innen NPMF hovedsakelig gjort kvalitativ forskning, noe som innen visse fagtradisjoner ikke har like høy status som kvantitativ forskning, hvor Randomisert kontrollert studie (RCT) er regnet som «gullstandard».

Det finnes få publikasjoner som omhandler NPMF i nasjonale og internasjonale forskningsdatabaser. Jeg har gjort et bredt litteratursøk, med flere søkeord i kombinasjon i flere databaser: SWEmed+, PEDro, PubMed og i tillegg den ikke-vitenskapelige databasen Google scholar. Databasen som ga flest interessante treff var SWEMED+. I Pedro, som er en database spesielt for fysioterapi, var det få treff. Oversikt over søkene finnes i vedlegg 1, men jeg vil her gjøre rede for noen av søkeresultatene. Ingen av resultatene var direkte relevante for min tematikk, men flere av artiklene bidro til forståelse av hva slags forskning som er tilgjengelig.

Jeg søkte først på ordene norsk psykomotorisk fysioterapi og Norwegian Psychomotor physiotherapy. Videre kombinerte jeg disse ordene med kunnskapsbasert praksis og fysioterapi, effekt og behandling. Jeg brukte både engelske og norske ord. Det er som nevnt mest kvalitativ forskning innen NPMF. Særlig er undersøkelser av effekten av NPMF-behandling mager (Breitve, Hynninen, & Kvale, 2010). Med søkeordene Norwegian psychomotor physiotherapy and effect er det variabelt hva som kommer opp. Fra to artikler på Pubmed, til Google scholar som ga 701 treff på samme søkeord. De artiklene jeg finner publisert på effekt er: Aabakken et al. (1991) som studerte effekten av PMF-behandling i en prospektiv studie av 152 pasienter med kroniske smerter (Aabakken, Aabakken, Öfsti,

Schröder, & Wilhelmsen, 1991). Resultatene antydde at pasienter som tidligere hadde liten gevinst av annen terapi, hadde effekt av PMF-behandling. Men det påpekes at behandlingen er ressurskrevende og langvarig både for pasient og terapeut, og at det er behov for tilsvarende studier med mer objektive effektkriterier. Ekerholt og Bergland (2006 og 2008) studerte den subjektive effekten av massasjen som blir gitt i PMF-behandling og konkluderte med at massasjen kan bidra til emosjonelle opplevelser, bevissthet om kroppen og tilgang til tidligere minner (Ekerholt & Bergland, 2006, 2008). Breitve et al. (2010) publiserte én studie som ser på effekten av PMF-behandling på subjektive helseplager og psykologiske symptomer. Deres studie gir indikasjoner på at PMF-behandling kan redusere ulike helseplager og bedre livskvalitet. Men de påpeker også behovet for mer forskning og særlig randomisert kontrollerte studier (RCT) (Breitve et al., 2010). Studiene som er publisert viser at NPMF kan ha effekt eller redusere ulike helseplager, men at det er behov for flere studier og videre forskning, gjerne en RCT. Positivt er det derfor at Kirsten Ekerholdt og Astrid Bergland har satt i gang med en effektstudie på Høgskolen i Oslo og Akershus som skal se på effekten av psykomotorisk fysioterapi, og som vil være den første randomiserte kontrollerte studien innen NPMF (Lindvåg, 2014).

Det er også andre kunnskapskilder som er av interesse for NPMF. Det er blant annet kunnskapen Per Brodal, professor i nevroanatomi, presenterer. Han har samarbeidet med flere fysioterapeuter, også PMF'ere og delt av sin kunnskap. På Fysiokongressen 2015 holdt han innlegget «Læring og nervesystemets plastisitet, Relasjon til fysioterapeuters praksis?» (Brodal, 2015). Brodal har gjennom nyere nevrobiologisk forskning beskrevet kroppens muligheter for å påvirke ulike nettverk i hjernen. Han gir grunnleggende informasjon og kunnskap om hjernens mange nettverk, for eksempel nettverk for oppmerksomhet, hukommelse, smerteopplevelser, følelser, tanker og av nyere dato bevegelser (Fadenes, Leira, & Brodal, 2011).

Astrid Bergland, professor og faglig leder for et nytt doktorgradsstudium i helsevitenskap, hevder forskningen innen fysioterapi er økende, men det er en ung disiplin og flere kunnskapshull bør fylles. Bergland påpeker behovet for forskningsbasert fysioterapi for å synliggjøre og øke gjennomslagskraften for fysioterapeutenes synspunkter. Hun minner om at forskningsbasert kunnskap er ferskvare (Lindvåg, 2013).

2.3 Kunnskap fra et helseperspektiv

Kunnskap er et omfattende begrep det har vært tenkt og skrevet mye om. I en helsefaglig praksis deler man gjerne opp de ulike kildene til kunnskap i forskningsbasert-, erfaringsbasert-og brukerkunnskap. En helsearbeider må forholde seg til mangfoldige problemstillinger og varierte utfordringer. Det stilles derfor krav til forskjellige typer av kunnskap (Aadland, 2011, p. 95) og i følge Aadland (2011) finnes det flere «sannheter» og ulike typer kunnskap.

Helt fra antikkens tid har filosofer som Platon forsøkt å gi kunnskapsbegrepet mening. En definisjon funnet i Store Norske leksikon (2014) er at «kunnskap er en begrunnet sann oppfatning» (Holmen, 2014). Og når man leser om kunnskap kommer to sentrale begreper opp, epistemologi og ontologi. Epistemologi er læren om viten, altså læren om det vi vet om kunnskap og dets natur, og ontologi er læren om det som finnes, væren eller hvordan virkeligheten faktisk er (Aadland, 2011). Ekeland (2011) bruker en metafor som kan illustrere dette; kart og terreng, hvor kartet er epistemologi og terreng er ontologi (Ekeland, 2011, p. 18). Aadland (2011) utfyller metaforen ved å si at ny vitenskap både utvider kartet og gjør det mer detaljert. Informasjonen vi får gjennom ny vitenskap forandrer gamle «sannheter» eller den kan perfeksjonere «sannheter» som alt finnes (Aadland, 2011)

Den franske filosofen René Descartes regnes som en av grunnleggerne av moderne matematisk naturvitenskap og var opptatt av hvordan man kom frem til «sikker» kunnskap. Descartes metodiske tvil: «det kan tviles på alt, for ingenting er slik det syns å være». Begrepene epistemologi og ontologi var sentrale begreper i hans filosofi og ifølge Thornquist (2012) var Descartes med sin filosofi med på å gjøre problemstillingen om kunnskapen som gjenstand til kunnskapen som subjekt (Thornquist, 2012). I helsesammenheng er Descartes kjent for sitt dualistiske menneskesyn, hvor han så på kroppen som bestående av to substanser. Han skilte kropp og sjel. Kroppen som objekt, en materiell substans og fornuft, bevissthet og tenkning hørte til den immaterielle verden, sjelen. Denne inndelingen har preget helsevesenet og gjør det fortsatt gjennom ulike begreper, språk, tankemodeller og teorier (Thornquist, 2012, p. 33). Den dualistiske tankegangen står i kontrast til en annen fransk filosof, fenomenologen Maurice Merleau-Ponty. Han var opptatt av det fenomenologiske og kropp og sjel som en enhet. Sistnevnte filosof har med sin fenomenologiske filosofi inspirert NPMF og andre helsefag (Gretland, 2007).

Innen helsesektoren er det som sagt flere kunnskapskilder, og i følge Thornquist (2012) er forholdet mellom kropp og kunnskap en tematikk som har vært lite belyst tidligere. Det at kunnskapsbegrepet bør utvides til også å gjelde praktisk og kroppslig kompetanse, argumenteres ifølge Thornquist av flere (Thornquist, 2012). Et viktig dilemma om kunnskap, bruken og utviklingen av det, uttrykkes av Aadland (2011) i sitatet under:

En utelatelse av taus-, kroppslig-, moralsk- og religiøs kunnskap til fordel for en rasjonell og instrumentalistisk tilnærming vil redusere og avkorte yrkesutøvernes område for refleksjon og teoriutvikling. Det mellommenneskelige samspillet ville bli bundet fast i en tvangstrøye av fornuft og mekanikk. På den andre siden vil en overbetoning av de myke kunnskapsformene kunne føre til diffus praksismystisme (Aadland, 2011, p. 93)

Sitatet belyser noen sentrale utfordringer knyttet til begrepet «kunnskap». Utfordringene gjelder særlig fag som NPMF hvor mye av kunnskapen kan være vanskelig å sette ord på eller beskrive. Likevel er kunnskapsutvikling på flere plan viktig, slik at ikke faget mister sin faglige legitimitet. Som kliniker vet man at refleksjon over personlige og kroppslige erfaringer er sentralt i utvikling av kunnskap som brukes i møte med pasienter (Tvedten, 2013).

Kunnskap er ferskvare, så gjeldende kunnskap er «riktig» for en gitt periode, før nye «sannheter» og paradigmer erstatter eldre kunnskap. Det skilles ofte mellom kunnskap man får fra kvantitativ forskning, hvor det forskes på det som er objektivt, systematisk og målbart, og på kvalitativ forskning, hvor tolkning av erfaringer er det som danner grunnlaget for kunnskapen som blir produsert. I dag brukes også forskningsmetodene sammen, noe som gjør at man får utvidet informasjon om det man forsker på, både det målbare og erfaringsbaserte.

Det finnes ulike syn på hva kunnskap er. Det har sammenheng med at mennesker ikke kan forstås isolert fra hverandre fordi mennesker påvirkes og påvirker omgivelsene rundt seg (Mæland, 2009). Filosofien i sosialkonstruksjonismen dreier seg om hvordan «virkeligheten» påvirkes av samfunnet. I boken «Den samfunnsskapte virkelighet» (2000) vises det til en gjensidig påvirkning mellom individ og samfunn som igjen påvirker hva som oppleves som «virkelig». Slik kan opplevelsen av hva som er «virkelig» være samfunnsavhengig å påvirkes av faktorer som blant annet kultur, religion og tradisjon (Berger & Luckmann, 2000). De samme påvirkningsfaktorer avgjør hvordan et samfunn ser på kunnskap. I en

helsesammenheng kan dette illustreres gjennom synet på hva som er tradisjonell- og alternativ medisin i ulike samfunn.

2.4 Introduksjon til kunnskapsbasert praksis (KBP)

Kunnskapsbasert praksis har sitt utspring i «evidence-based medicine» (EBM) og «evidence-based practise» (EBP). Det er en arbeidsmåte, en metode eller filosofi, for å finne det beste mulige behandlingsalternativet (Gro Jamtvedt, Hagen, & Bjørndal, 2003). «Evidence-based practice» er på norsk oversatt til kunnskapsbasert praksis (KBP), men begrepet er ikke entydig (Gro Jamtvedt et al., 2003, p. 17).

I oppgaven forholder jeg meg til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesters definisjon av begrepet KBP: «Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon» (Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2012). Definisjonen av KBP viser at det legges vekt på en tredelt kunnskapskilde; brukermedvirkning og brukerkunnskap, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap. KBP innebærer å bruke flere kunnskapskilder i vurderingen av hva som er best behandling. De ulike elementene vil bli nærmere beskrevet senere i oppgaven i delkapittel 2.4.2

KBP er som nevnt i innledningen et begrep helsearbeidere må forholde seg til gjennom lovverket og ulike politiske satsinger. Det er stadig økende krav til kunnskapsbasert praksis (KBP) innen helsearbeid, både nasjonalt og internasjonalt (WCPT, 2003).

2.4.1 “Evidence-based medicine” (EBM)

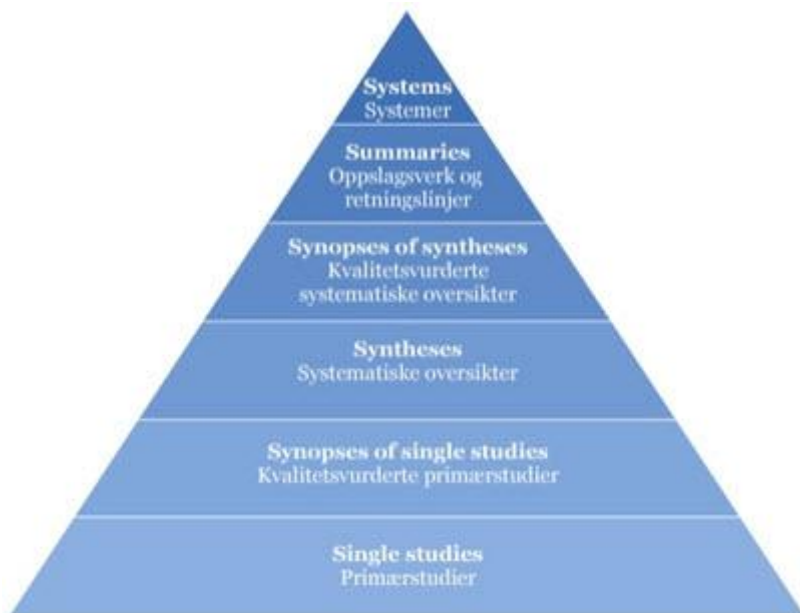
EBM ble særlig populær på 1980-tallet, som et ledd i å heve kvalitetssikringen på pasientbehandlinger. Det vokste frem politiske føringer om at EBM skulle brukes innen ulike helseforetak. Årsaken var krav om kvalitetssikring ved at tilgjengelig kunnskap ble anvendt. Metoden skulle forhindre at man «ikke bare gjorde som før», men at det ble stilt kritiske og nysgjerrig spørsmål til egen praksis (Gro Jamtvedt et al., 2003). EBM går ut på å innhente den mest relevante forskningen, ved å søke i internasjonale anerkjente databaser, og bruke den best tilgjengelige forskningen i beslutningen om hvilke behandlingstiltak som gir best effekt og som bør benyttes. Kunnskapen fra forskningen skal alltid sees i sammenheng med erfaringsbasert og brukerbasert kunnskap, og forskningsfunn skal brukes med klokskap og ydmykhet. De andre elementene er viktige slik at ikke forskningen blir det eneste gjeldende,

samtidig er forskning nødvendig slik at et praksisfelt ikke stagnerer og utfører behandling som kan være skadelig eller ikke har noen virkning (Gro Jamtvedt et al., 2003, p. 17).

Centre for Evidence Based Medicine (CEBM) beskriver EBM som « the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values» (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Beskrivelsen til CEBM inneholder, som kunnskapssenterets definisjon, tre elementer som skal benyttes i valg av behandlingstiltak.

En kjent og viktig kilde for å kunne jobbe etter EBMs metode er samarbeidsnettverket The Cochran Collaboration- and Library. Målsetningen med samarbeidsnettverket er å samle og systematisere medisinsk forskning slik at helsepersonell lettere kan finne informasjon og ta veloverveide avgjørelser i valg av behandlingstiltak. Gjennom databasen The Cochran Library, er kunnskap om best behandlingsmetode tilgjengelig. Det er et uavhengig samarbeidsnettverk og er bare en av mange anerkjente databaser for helsepersonell. Internettets økte utbredelse har gjort informasjonsflyten smidig og lett tilgjengelig (Collaboration, 2015)

Kvalitetsgraderingen av «best research evidence» illustreres gjerne som en pyramide som den under.



Figur 2. Kunnskapspyramiden (Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2012).

Pyramiden er en modell som viser en stigende gradering av kvaliteten på «best research evidence». En gylden regel er at man bør forsøke å starte så høyt på pyramiden som mulig. Nederst er primærstudier som er enkeltstudier publisert på ulike databaser som

PubMed. Videre opp er kvalitetsvurdert og systematiske oversikter, og helt øverst finner man det som blir kalt systemer. Det er fremtidens pasientjournaler med mulighet til integrert kildeinformasjon til forskningsbasert kunnskap (Nordheim, 2008).

En annen beskrivelse av hvordan «best research evidence» vurderes, sett fra «evidence-based medicine» kan sees i tabell 1. Rangeringen går fra en til fem, hvor nivå en innebærer høyest «evidence», og fem lavest «evidence». Tabellen under er hentet fra Tuntland (2009), men originalen til CEBM ligger ved som vedlegg 1. Tabell 1. viser at Randomisert kontrollerte studier (RCT), «gullstandarden», er rangert høyest, mens ekspertuttalelser rangeres lavest. RCT er egnet til å måle effekt. I en RCT sammenlignes ofte to grupper hvor deltagerne er tilfeldig plassert. Det at RCT regnes som gullstandard er noe av årsaken til kritikken av EBM.

Tabell 1. CEBMs «Evidensnivåer» (Tuntland, 2009):

Nivå	Behandling/forebygging, etiologi/skadevirkninger
1a	Systematisk oversikt av RCT.
1b	Enkeltstående RCT av god kvalitet
1c	Alle eller ingen.
2a	Systematisk oversikt over kohortstudier.
2b	Enkeltstående kohortstudier. Dårlige RCT.
3a	Systematisk oversikt over kaskontrollstudie.
3b	Enkeltstående kaskontrollstudie.
4	Caseserier, samt kohortstudier eller kaskontrollstudier av dårlig kvalitet.
5	Ekspertsynspunkter uten kritisk vurdering, eller basert på fysiologi, «bench research» eller «first principles».

Innen NPMF vil man finne at det meste av «best research evidence» ligger i kategori 4-5.

Noe av årsaken til at EBM vokste frem var behovet for kvalitetssikring. Det var nødvendig å stille spørsmål om ulike behandlingstiltak eller praksiser var det rette. Det er flere eksempler på at EBM har ført til praksisendring (Heneghan, 2015). Det at spebarn i dag skal sove på rygg og ikke på magen er et eksempel. Gjennom forskning og erfaring ble det påvist sammenheng mellom å sove på magen og krybbedød. Da praksis ble endret til at babyer skulle sove på ryggen, ble tallene på krybbedød redusert (Øyen, 2007). Andre eksempler kan være bruken av antibiotika hvor forskning blant annet har vist sammenheng mellom bruk av antibiotika og resistens. På bakgrunn av denne type forskning arbeides det med å redusere bruken av antibiotika (Sundsford & Simonsen, 2012). Innen psykisk helsearbeid har også forskning ført til endringer i behandling. Et eksempel er Lobotomi som i sin tid ble sett på som en moderne behandlingsmetode og var en mye brukt behandlingsmetode for psykiatriske pasienter i Norge på 1940 tallet og frem til 1974. Det var lite kunnskap om metoden, høy dødelighet, behandlingen ble ofte gjennomført uten samtykke, og de som overlevde hadde store skader. Til tross for dette var det en behandlingsmetode som varte i over tretti år. På bakgrunn av den kunnskapen vi har i dag er behandlingsformen avskaffet i Norge (Engelstad & Engedal, 2004). Gjennom forskning har det også vist seg at fysisk aktivitet kan være et alternativ til medisiner i enkelte psykiske lidelser. Fysisk aktivitet har få bivirkninger og koster samfunnet lite (Martinsen, 2004). Kunnskap er makt, og om man ikke stiller spørsmål ved vedtatte sannheter, kan man risikere at feilaktige og skadelige behandlingsformer ikke blir endret. Kvalitetssikring gjennom kontroll kan være nødvendig for å sikre seg mot at uheldig praksis opprettholdes. Kunnskap er ferskvare og med stadig ny teknologi åpnes det mange muligheter for utvikling av ny kunnskap.

Evidencebegrepet er imidlertid kontroversielt, og blir omtalt under 2.4.5.

2.4.2 Kunnskapsbasert praksis (KBP)

I 2004 ble Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester etablert som et av flere tiltak for å forbedre kvaliteten i helsetjenestene i Norge. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester jobber aktivt med informasjon om hva KBP er, hvorfor de mener det er viktig og hvordan metoden kan benyttes. «Evidence-based Practice» (EBP) er på norsk oversatt til kunnskapsbasert praksis (KBP) (Gro Jamtvedt et al., 2003). KBP er ment å være et ledd i kvalitetssikringen av de helsetjenestene som tilbys (Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2012).

Det å arbeide KBP innebærer i følge kunnskapssenteret å bruke en tredelt kunnskapskilde slik som definisjonen beskriver og som illustreres i figur 3. (Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenester, 2012). De ulike elementene er forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerkunnskap og brukermedvirkning satt i en kontekst. De ulike elementene i KBP vil bli utdypet under.



Figur 3. Den tredelte kunnskapskilden til KBP (Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenester, 2012)

Forskningsbasert kunnskap er den kunnskap som bygger på anerkjente vitenskapelige metoder innenfor et gitt fagfelt. Ofte snakker man om naturvitenskaplig kunnskap, hvor man ønsker å bekrefte eller avkrefte. Dette er kunnskap som blir utviklet gjennom å studere «noe» under gitte betingelser for deretter å analysere det systematisk. Forskningsbasert kunnskap kan produseres gjennom både kvantitative og kvalitative studier, men som nevnt tidligere blir denne kunnskapen rangert ulikt innenfor EBM systemet (Jf. Figur 2. og tabell 1.).

Gullstandarden er Randomiserte kontrollerte studier (RCT) (Gro Jamtvedt et al., 2003).

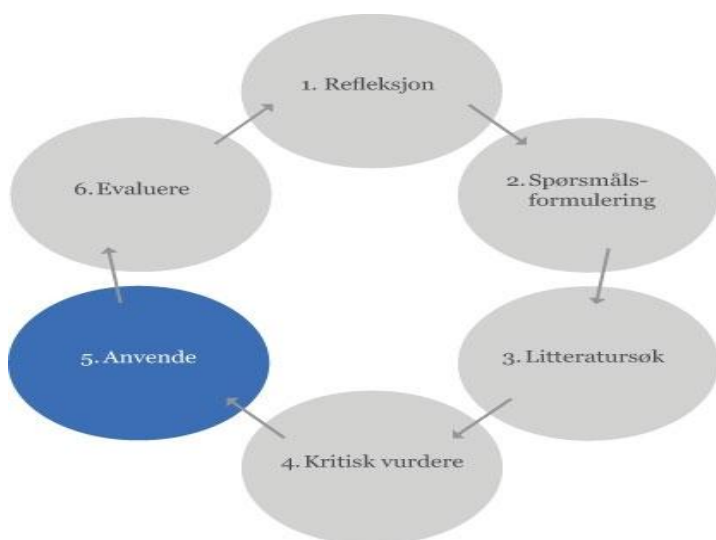
Systematisk gjennomgang av eksisterende forskning, såkalt oppsummert forskning, kan gi en samlet kunnskapsoversikt på et område. Slike oversiktsartikler kan vise likheter og ulikheter i forskningen som er gjort, avdekke kunnskapshull og gi ny innsikt. The Cochran Collaboration er en av organisasjonene som systematiserer og produserer oversiktsartikler over helsetjeneste tiltak (Gro Jamtvedt et al., 2003).

Erfaringsbasert kunnskap er den kunnskapen som skapes gjennom menneskers opplevelser og tolkninger av situasjoner. På bakgrunn av dette dannes erfaringer. Det er den personlige erfaring en får gjennom klinisk arbeid, kurs som bygger på noens erfaring eller ved å lese

andres nedskrevne erfaringer. Som klinisk helsearbeider får man erfaring med tiden og ulike arbeidsutfordringer. «All kunnskap er erfaringsbasert enten den er siktet gjennom hjernen eller hjertet» (Aadland, 2011).

Bruerkunnskap og brukervedvirkning er kunnskap som brukeren av helsetjenesten har med seg inn i en behandling. Deres erfaringer, verdier, ønsker og oppfatninger er et viktig kunnskapsgrunnlag. Brukervedvirkning er noe det stadig legges mer vekt på innen helsevesenet og begrepene vil bli utdypet i 2.5.

Hvordan KBP anvendes i praksis forklares teoretisk, og visualiseres i figur 4. Modellen i figur 4. er hentet fra Norsk kunnskapssenter for helsetjenester og illustrerer en seks stegs sirkel som er ment som et «hjelpesverktøy» for anvendelse av KBP-metoden i praksis.



Figur 3. Seks-stegsmodellen til KBP (Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2012)

Den innebærer en kontinuerlig seksstegs-prosess som starter med refleksjon. Det å reflektere over hva en gjør er viktig, fordi det fører til at man stiller spørsmål. For eksempel: Hvorfor gjør jeg som jeg gjør? Hvorfor velger jeg ett fremfor et annet behandlingstiltak? Er det flere måter å løse dette på? Med disse spørsmålene søker man etter kunnskap gjennom litteratursøk. Det man finner av ny kunnskap i litteratursøkene må kritisk vurderes, og da brukes erfaringskunnskapen. Vil man anvende noe nytt i en behandling må man ta med pasientens stemme og erfaringer – er det forenlig med pasientens ønsker? Forskingen må overføres til praksis gjennom anvendelsen av erfaringskunnskap, og pasientens stemme må bli hørt. Til slutt må det evalueres for å kunne si noe om hvordan den nye kunnskapen fungerte i

praksis. Evalueringen føre til refleksjon om hvorfor den nye kunnskapen fungerte, eller ikke fungerte, og hva det er nødvendig å ha mer kunnskap om. Sirkelen stopper derfor ikke opp (Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenester, 2012).

I den nasjonale strategiplanen for kvalitetsforbedring, «Og bedre skal det bli», påpekes det at «grunnlaget for kontinuerlig forbedring er å utvikle kunnskap og læring ved å knytte sammen teori og praksis» (HOD, 2005). For at slik kunnskap skal være mulig må det først være en erkjennelse av behov for ny kunnskap innen et aktuelt fagfelt. Først da gis det mulighet til å undersøke fagfeltet systematisk, slik at ny kunnskap kan utvikles (SHD, 2006). I praktiske fag er det viktig at praksis og kunnskap knyttes sammen. Det må legges til rette for å undersøke konkret praksis, slik at det utvikles praksisbasert kunnskap (Thornquist, 2012). Det vil ha en større klinisk verdi fordi den er mer anvendbar i praksis. Praktisk forskning gir muligheten til å studere fagutøvelse på nært hold og besvare de spørsmålene som er relevante. Slik forskning kan bidra til å få frem både uheldige sider, og potensialer ved en praksis (Thornquist, 2012). Det hjelper lite hvis ikke forskningen er overførbar til praksis, for da blir den ikke tatt i bruk. Forskning må avspeile den praksisen som utøves. Derfor er det viktig at forskning innen for eksempel fysioterapi må ha gode klinikere involvert, og det må være knyttet opp til praksisfeltet. På denne måten kan forskningen bli mer praksisnær og anvendbar (Gro Jamtvedt et al., 2003, p. 142).

2.4.3 Kunnskapsbasert praksis og psykisk helsearbeid

KBP er innen psykisk helsearbeid ofte et definert mål, men for å nå denne målsettingen i praksis må de ytre rammene være på plass. KBP må settes i system og gis tid og plass (Karlsson & Borg, 2013). Det er enighet om at forskning og kunnskapsutvikling er viktig, men innen psykisk helsearbeid er KBP også et omdiskutert tema. Det er uenigheter knyttet til blant annet kunnskapsbegrepet og hvordan forskningen vektlegges i EBM-systemet. Borg og Karlsson mener praksis og erfaringsbaserte kunnskapsområder må komme først, og at dette må være grunnlaget i en systematisk kunnskapsutvikling. De setter spørsmålsteget ved hvorfor Randomisert kontrollerte studier har blitt «gullstandard» (Karlsson & Borg, 2013).

Kunnskap om biologiske strukturer og prosesser er viktig også innen psykiatrien, men det må sees i en større kontekst. Det er mennesker som er mottakere og det tilsier at også andre perspektiver må inkluderes, som det sosiale og det psykologiske. Behandling av pasienter med psykiske lidelser må sees innenfor en fenomenologisk grunnlagsforståelse. Det er den

bio-psyko-sosiale modellen, hvor man ser de forskjellige elementene i en helhet som må ligge til grunn i følge Gretland (Gretland s.87).

Innen psykisk helsearbeid er det behov for en systematisk kunnskapsutvikling hvor man legger vekt på et samarbeid mellom de personene og miljøene som det angår. Borg og Karlson (2013) etterlyser høyere prioritering av forskning som er knyttet til sosial forståelse av psykiske helseproblemer. De nevner samfunnsdeltakelse, hjem, økonomi og arbeid som sentrale temaer som må inn i forskningen (Karlsson & Borg, 2013, pp. 188-189). Det er mange som sitter med kunnskap og disse stemmene må i følge Borg og Karlsson (2013) bli hørt. Dette er verdifull kunnskap, men som noen ganger kan være vanskelig å dokumentere, og som er viktig og nødvendig for å synliggjøre det man gjør. Karlsson og Borg (2013) utfordrer fagfolk innen psykisk helsearbeid til å bryte det de beskriver som et taushetsregime som de mener bygger på et hierarkisk og dominerende kunnskapsregime, altså at det er visse profesjoner som har bestemt hva som er god kunnskap. Fokus på tette bånd mellom praksis og forskning er nødvendig for en god kunnskapsutvikling (Karlsson & Borg, 2013). Det er flere tilbakemeldingssystemer som knytter forskning og praksis sammen, og som er et ledd i systematisk kunnskapsutvikling. Klient og resultatstyrt praksis (KOR) er et slikt evalueringssystem som vil bli beskrevet i kapittel 2.5.

2.4.4 Kunnskapsbasert fysioterapi (KBF) og NPMF

Kunnskapsbasert fysioterapi har som KBP sitt utspring fra «evidence-based medicine». I 2000 ble en serie artikler med tema KBF publisert i Fysioterapeuten. Den første artikkelen var en introduksjon av begrepet KBF og en redegjørelse for behovet av KBF (G. Jamtvedt, Hilde, & Risberg, 2000). De påfølgende artiklene som ble presentert var knyttet til gjennomføringen av KBF i praksis. Artiklene om KBF skapte debatt og Britt Vigdis Ekeli stilte kritiske spørsmål om metoden og begrepsbruken i en artikkelserie på fire samme år (B. V. Ekeli, 2000). Innholdet i kritikken vil bli belyst i delkapittel 2.4.5.

Den internasjonale organisasjonen World Confederation for Physical Therapy (WCPT) definerte i 2001 «evidence-based physiotherapy» som følger: «At each encounter physiotherapists will combine expert clinical skills with current best evidence, and place it in a context meaningful to the client» (Gro Jamtvedt et al., 2003, pp. 17-18). I 1999 ble «Centre of Evidence-Based Physiotherapy» (CEBP) etablert av en gruppe kliniske og akademiske australske fysioterapeuter. CEBP er hovedorganisasjonen bak Physiotherapy Evidence

Database og Physiotherapy Choices, bedre kjent som PEDro. PEDro er en kunnskapsdatabase for behandlere, pasienter og pårørende (Sundelin, 2010).

Fysioterapi og NPMF har ikke lange forskningstradisjoner, men i dag er det fokus og engasjement om kunnskapsutvikling innen faget, og i følge Jamtvedt har trolig noe endret seg fra de funnene som ble gjort i spørreundersøkelsen, av norske fysioterapeuter i 1999, uten at man har tall på det (Gro Jamtvedt et al., 2003, p. 12). Undersøkelsen fra 1999 omhandlet hvilke informasjonskilder fysioterapeutene benyttet og den viste at det var få fysioterapeuter som brukte forskning i sin praksis, og at det var grunnutdanningen og egen erfaring som var de mest relevante kunnskapskildene for klinisk praksis (G. Jamtvedt & Rösberg, 1999). Det ble gjort lignende studier i England og Australia som hadde sammenfallende funn med den norske studien (Gro Jamtvedt et al., 2003, p. 12). I en annen studie, fra 2010 gjort av svenske fysioterapeuter, ble fysioterapeuters forhold til «evidence-based practice» (EBP) undersøkt. I undersøkelsen skåret fysioterapeutens egen vurdering av kunnskap om EBP høyt, men undersøkelsen viste at da de samme terapeutene skulle definere begrepet, var det flere av komponentene i EBP som ble utelatt (Nilsagård & Lohse, 2010).

KBP er blitt omfavnet av mange. Det kan skyldes at fysioterapiprofesjonen i stadig økende grad er avhengig av empiriske, målrettede «evidenser» i kliniske avgjørelser (Jevne & Christoffersen, 2015). Jevne og Christoffersen (2015) hevder at denne utviklingen har vært et etterlengtet paradigmeskifte, men at det også har skapt ubehagelige fremstillinger av faget. I følge forfatterne har forskning vist at enkelte fysioterapitiltak har liten effekt, men de minner om at dette gjelder mange ting innen helsevesenet. De trekker frem ulike kirurgiske inngrep sammenliknet med konservativ behandling, hvor praksis ikke samsvarer med evidensen. Det er viktig å huske på alle elementene i KBF, slik at ikke manglende evidens gjør oss handlingslammet (Jevne & Christoffersen, 2015).

NPMF

NPMF er kritisert for å være lite kunnskapsbasert og det er utfordringer knyttet til forskning og evalueringsmetoder. T.B. Wyller (2001) peker imidlertid i sitt innlegg i Tidsskrift for den Norske legeforening på at: «[s]elv om fagfeltet har utfordringer i å gjøre behandlingen mer kunnskapsbasert kan ikke NPMF fritas for en slik utvikling» (Wyller, 2001). Målet for KBF er at pasienter skal få den beste egnete behandlingen for sine plager. KBF kan bidra til at pasienter raskere får den behandlingen som er best egnet, (Gro Jamtvedt et al., 2003) og i noen tilfeller kan det være NPMF.

2.4.5 Kritikk av kunnskapsbasert praksis (KBP) og evidence-based medicine

Evidencebegrepet er kontroversielt og i boken «Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?» stiller forfatteren Britt-Vigdis Ekeli kritiske og viktige spørsmål til metoden. Boken bygger på de fire artiklene Ekeli skrev i Fysioterapeuten 2000 som motsvar til artikkelserien om KBF. Ekeli er særlig opptatt av kunnskapsbegrepet og savner en klargjøring av begrepets innhold. Det bakenforliggende kunnskapssynet burde blitt ytterligere vurdert hevder Ekeli, og stiller spørsmål ved oversettelsen av «evidence-based» til kunnskapsbasert. Hun mener bevisbasert er en mer dekkende beskrivelse på norsk (B.-V. Ekeli, 2002).

Ekeland (2008) er en annen kritiker som hevder at «evidensbasert» har blitt et styringskonsept for å gi vitenskapelig legitimitet til helsepolitikken, og derfor legger opp til konkurranse mellom profesjonene. Ekeland påpeker at selv om begrepet «evidensbasert» tilpasses til å inneholde flere former for forskning, er det fortsatt RCT som er gullstandard ute i verden, og det er relasjonen mellom tiltak og resultat som er viktigst (Ekeland, 2008). Metoden det legges opp til i «evidens-based medicine» passer ikke innen psykoterapien. Ekeland mener kartet (epistemologien) ikke passer overens med terrenget (ontologien) (jf.s.20).

Evidencebegrepet rommer i dag flere former for vitenskap enn tidligere i følge forfatterne av «Psykiatriboken, sinn - kropp – samfunn» (Skårderud, 2013). I boken hevdes det at mye av evidencetradisjonen har hatt fokus på tekniske utenfra-perspektiver og i mindre grad innenfra-perspektiver, noe som er uheldig i psyksikhelsearbeid for fokus er anerledes enn i annen medisinsk forskning. Derfor er det problematisk at det i EBM så sterkt vektlegges RCT som eneste gullstandard. Et eksempel er forskning på diagnostiske grupper, som er problematisk fordi man kan sammenfallende symptomer til en diagnose, men det betyr ikke at andre variabler av den grunn lik. Forfatterne mener dette er lite problematisert i RCT studier (Skårderud, 2013, p. 129).

I et debattinnlegg i Fysioterapeuten (2013) diskuterer Gretland kunnskapsbasert fysioterapi slik kunnskapssenteret definerer det og refererer til studien som ble gjort av norske fysioterapeuters bruk av informasjonskilder i 1999 (jf. s.30). Gretland er kritisk til «kunnskapsbasert fysioterapi»:

Fram til ny forskning eventuelt dokumenterer at «kunnskapsbasert fysioterapi» er bedre enn vanlig, kunnskapsbasert fysioterapi, håper jeg fysioterapeuter gjør som i 1999: Spør kollegaer og eksperter, gjør som de har lært på skolen hvis de finner

det nyttig og lærer av egen erfaring – og at de kritisk og reflektert lar forskningskunnskap få betydning for, men ikke foreskriver praksis (Gretland, 2013).

Hanne Tuntland har oppsummert kritikken av KBP i en artikkel fra 2009. Her skriver Tuntland at skeptikere til KBP er redd for at metoden er med på å utvikle en form for «kokebokmedisin», at alt blir standardiserte retningslinjer som gjør at evnen til å bruke skjønn reduseres. En annen problemstilling som påpekes er at KBP kan føre til at helsepolitikkerne kan regulere praksiser og gi økonomiske fordeler til behandling som oppfyller kravene til KBP. Dette kan føre til at bredden i fagretninger, den kliniske ekspertisen, og pasientens stemme inn i behandlingen, svekkes. De økonomiske føringene vil da i stor grad styre hvilke behandlingsformer som vil bli gitt (Tuntland, 2009). Videre skriver hun at de som er opptatt av å fremme KBP og de som er skeptiske til KBP nå er kommet nærmere hverandre og at det nå diskuteres mer samme sak. Tuntland viser til at i de landene som er lenger i implementeringen av KBP er diskusjonen om KBP et tilbakelagt stadium (Tuntland, 2009).

Per Brodal understekte på Fysiokongressen 2015 at forskningsbasert kunnskap er nødvendig, men den må alltid sees i sammenheng med erfaringskunnskap, og erfaringskunnskap er ikke noe man bare kan lese seg til (Brodal, 2015). Knud Rasmussen, som er kliniker, gir uttrykk for det samme som Brodal, og understreker at: «the best external evidence from EBM can guide, but never replace, our best clinical judgement when facing an individual patient » (Rasmussen, 2004, p. 152). Vitenskapelig forskning er viktig og nødvendig, men den må alltid sees i sammenheng med det totale kliniske bildet. Rasmussen hevder det er svært uheldig at helsemyndighetene og helsepolitikken legger føringer for kvalitetskontroll gjennom EBM, fordi det kan skade relasjonen mellom behandler og pasient, og redusere behandleres frihet til å handle og tenke selv. Det er sjelden ting er svart hvitt når det gjelder pasienter (Rasmussen, 2004). Siden det i dag er stadig er fokus på evidencebegrepet er det ifølge forfatteren av «Psykiatriboken, sinn - kropp – samfunn» viktig at helsefagsutøvere har en nødvendig metode- og ideologikritisk forhold til «evidence» fordi ikke all «evidence» er god «evidence» (Skårderud, 2013, p. 127). Det påpekes videre at det generelt er større aksept for at ulike typer forskning kan være relevant for å finne «best evidence» (Skårderud, 2013).

2.5 Systematisk kunnskapsutvikling, brukermedvirkning og klient- og resultatstyrt praksis (KOR)

I avsnittet om KBP og psykisk helsearbeid blir begrepet «systematisk kunnskapsutvikling» benyttet. Dette er ikke en motsetning til KBP, men systematisk kunnskapsutvikling vil unngå den hierarkiske klassifiseringen av kunnskap som ligger til grunn i EBM, og som KBP springer ut fra. Metoden vektlegger og anerkjenner andre kunnskapskilder som like verdifulle (Karlsson & Borg, 2013). Utviklingen av KBP og brukermedvirkning har ført til endringer. «Evidence- based practise» blir i følge Jamtvedt og Hagen (2015) i dag erstattet med «evidence- informed decision» og «evidence- informed patient choice». Evidencebegrepet uttrykker at de valgene en pasient tar er støttet opp av kunnskap fra forskning. Denne utviklingen har også vært et utgangspunkt for det som i dag kalles «Shared Decision Making» (SDM). SDM handler om å delta i bestemmelser som omhandler en selv, og at brukerne og helsepersonellet sammen skal komme frem til valget av behandlingsmetode. Det er viktig at begge parter er klar over hverandres synspunkter. Utsagnet: «ingen beslutning om meg, uten meg» er betegnet for SDM (BMJ Group, 2012). Felles for de ulike begrepene at de beskriver en prosess som innebærer «å bruke forskning i praksis», og at dette er et felt hvor mer kunnskap og erfaring er nødvendig (G. Jamtvedt & Hagen, 2015). Det å invitere pasienter til aktivt å delta i sin egen behandlingsprosess viser en forståelse av at pasientens forståelse og ressurser er viktig.

Brukermedvirkning og brukerkunnskap anses som et nødvendig og viktig bidrag til kunnskapsutviklingen. Det er også et av kjerneelementene i KBP. Brukermedvirkning er et politisk satsningsområde og det er lovpålagt gjennom pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (HOD, 2009). Det er et virkemiddel for å kartlegge og sikre at alle får de samme rettighetene (Westerlund, 2012), og viktig for en sunn og bærekraftig helsepolitikk (G. Jamtvedt & Hagen, 2015).

Dagens helseminister, Bent Høie, understreket viktigheten av brukermedvirkning på topplederforumet, HelseOmsorg21:

Brukere og pårørendes erfaringskunnskap må, sammen med helsefaglig kunnskap, være driveren for å bestemme tiltak. Pasienter skal bli deltakere i egen situasjon i stedet for passive mottakere. Opplevelsen av egen helse handler om opplevelsen av å kunne mestre eget liv (Bordvik, 2013).

Publikasjonen «Mer enn bare ord?» omtaler ulike ord og begreper innen psykisk helsearbeid (Westerlund, 2012). Her beskrives brukermedvirkning som det mest etablerte begrepet for samarbeid og samhandling innen en tjeneste. Det er en arbeidsform hvor de berørte partene er med på å utforme den aktuelle tjenesten eller tiltakene i tjenesten. Brukerne av helsetjenesten får mer makt, og det er ikke lenger fagfolk og myndigheter som bestemmer alt. Forskning og erfaring viser at tjenesten endrer seg når brukeren er med på en slik utforming, men det er varierende hva slags interaksjon tjenesterepresentanter rapporterer som brukermedvirkning (Westerlund, 2012).

Det har vært endringer innen psykisk helsearbeid, fra en institusjonstankegang til mer lokalbaserte tilbud. I forbindelse med denne omleggingen og endringen har behovet for brukerkunnskap vært nødvendig for å finne ut av hva som oppleves som god og meningsfull hjelp. Personer med brukererfaring innen psykisk helse vektlegger at ting tar tid og at det dreier seg om menneskelig utvikling og ikke resultat (Karlsson & Borg, 2013). I følge Marit Borg (2009) som har forsket på bedringsprosesser hos personer med alvorlige psykiske lidelser er et sentralt punkt at «de blir møtt som en aktør i eget liv». De må bli møtt i den konteksten de lever i, i sin hverdag. Forskningen på bedringsprosesser støtter opp under behovet for brukermedvirkning innen psykisk helse (Borg, 2009).

Brukerkunnskap er ikke entydig, men i følge boken om ord og begreper innen psykisk helsearbeid, «Mer enn bare ord?» kan det defineres som følger: «Brukerkunnskap er den erfaringsbaserte kunnskapen en person har om sitt liv, lidelse og bruk av tjenester» (Westerlund, 2012). Brukererfaring er subjektivt. Den kan være mer enn egenerfaring fra ulike opplevelser. Den kan også være forankret i politiske og verdimessige valg. Videre vil anvendelsen av brukerkunnskapen variere med graden av hensyn til denne kunnskapskilden i den aktuelle tjenesten (Westerlund, 2012). Et dilemma er når en på den ene siden skal være brukerorientert, og på den andre siden anvende standardiserte prosedyrer (Borg, 2009). For å prøve og «løse» dette dilemmaet har ulike verktøy blitt utviklet. Et eksempel er klient -og resultatstyrt praksis (KOR) som er en systematisk metode for å innhente kunnskap med brukeren i fokus (Ulvestad, Henriksen, Tuseth, & Fjellstad, 2012).

KOR har sitt utspring fra Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) som ble lansert i 1998. CORE ble utviklet gjennom et treårig samarbeid mellom forskere og klinikere. Målet med samarbeidet var å utvikle et evalueringssystem med pasienten i fokus innen psykologiske terapiformer. KOR innebærer systematisk brukermedvirkning på individnivå. Systemet

vektlegger pasientens stemme inn i en behandlingssituasjon, og skal være enkelt å anvende i behandlingssituasjonen. Forskning har gitt kunnskap som har vist at klientens vurderinger av den terapeutiske alliansen, og vurderingen av tidlig endring, er faktorer som kan si noe om resultatet av terapien. Å vite om behandlingen fungerer for pasienten er viktigere enn å gi «korrekt» behandling. Utfordringen blir å gå fra «evidence-basert praksis» til «praksisbasert evidence». I en behandlingssituasjon kommer man ingen vei hvis man ikke har klienten med seg. Da kan man bruke alle mulige «evidensbaserte» metoder og tiltak uten at det vil hjelpe (Ulvestad et al., 2012, pp. 55-57). Både klient og terapeut må ha tro på det som skjer i en behandlingssituasjon. I boken «Klienten-den glemte terapeut» (2012) trekkes Bruce Wampolds forskning frem for å illustrere relasjonenes betydning. Wampold er en anerkjent forsker innen psykoterapi, og har utført en metaanalyse av 277 komparative terapiformer hvor hensikten var å analysere effekten av ulike faktorer innen terapi. For å forstå forskningsresultat fremla han en kontekstuell modell som vektet forholdet mellom terapeut og klient og deres relasjon og samarbeidsevne. Det viser seg at det avgjørende ikke er hvilken metode som blir brukt, men terapeutens og klientens tro på metoden. Forholdet mellom terapeut og klient har også stor betydning for endring eller bedring. At disse faktorene har stor betydning og må tas hensyn til, utelukker ikke at forskning som søker å finne hvilken terapi som har best effekt på ulike problemstillinger, er nødvendig og viktig (Ulvestad et al., 2012, pp. 51-52).

I praksis er KOR ment å være en lett forståelig og lite tidkrevende evalueringsmetode. Det er utviklet to evalueringsskjemaer, et om endring og et om terapeutisk allianse.

De to evalueringsskjemaene er:

1. «Outcome Rating Scala» (ORS) er skjemaet for endring. Det er basert på det mer omfattende «Outcome Questionnaire - 45» (OQ45) som har som hensikt å måle tre dimensjoner: personlig velvære/ubehag, fungering i nære relasjoner og sosial fungering. Ut fra de tre dimensjonene i OQ45 og en generell dimensjon, utviklet Duncan og Miller et analogt format med 10 cm. linjer som pasienter enkelt kan skåre (Ulvestad et al., 2012, p. 58).
2. «Session Rating Scala» (SRS) bygger på tre elementer som er grunnleggende for en god terapeutisk allianse: et positivt emosjonelt bånd mellom klient og terapeut, enighet om mål og enighet om metode for å nå målet. Basert på disse tre elementene og dimensjon om pasientens tro og tillit til det terapeutiske arbeidet, utviklet Duncan og Miller et analogt skjema liknede ORS

Begge skjemaene har kommet godt ut ved sammenligning med mer omfattende målemetoder. De gir systematisk kunnskap om klientens vurdering av endring i terapi og pasientens vurdering av den terapeutiske alliansen. Det er fokus på resultat og endring, ikke på diagnose og manualer. Valg av behandling skal tilpasses den enkelte pasient og utvikles i prosess med pasientens tilbakemeldinger. Evalueringsskalaene er utviklet med utgangspunkt fra måleinstrumenter med høy reliabilitet og validitet (Ulvestad et al., 2012, p. 58). Evalueringsskjemaer er også utviklet for barn, men da uten at disse skåres. Tanken er at barn også skal få være aktive i sin egen behandlingsprosess.

2.6 Normalization Process Theory (NPT)

Endringer i helsevesenet som følge av KBP er i seg selv gjort til gjenstand for forskning. Blant modeller som konseptualiserer slike endringer er NPT (May et al., 2009). Nytenkning og kunnskapsutvikling av praksis er viktig. Hvordan ny praksis blir til det normale er en prosess. Implementeringsforskning er et felt som har vokst frem for å få mer systematisk kunnskap om slike prosesser. NPT kan derfor være en nyttig teori for å belyse hvordan ny praksis innarbeides i en slik prosess. Teorien er ment å være et praktisk verktøy for å si noe om hvilke forutsetninger som må foreligge for at ny praksis blir normalisert. Det kan altså være en modell som bidrar til forståelse av hvordan, for eksempel KBP, kan bli en del av arbeidshverdagen i klinisk praksis. Den gjør det mulig å forstå de menneskelige prosessene som foregår når vi blir introdusert for nye former for forståelser og praksis. NPT forklarer hvordan mennesker handler, ikke hvordan de tenker.

Implementering og integrering av KBP kan gi ulike utfordringer for alle involverte parter. En av utfordringene er få behandlere til å tenke og anvende den nye praksisen. En annen kan være å integrere ny praksis inn i etablerte systemer (May et al., 2010). For at implementeringsfasen skal lykkes er iverksetting av målrettede tiltak nødvendig. Det er en dynamisk prosess som gjør at ny kunnskap blir implementert og integrert i praksis. Som beskrevet er det en utfordrende og krevende prosess (Hage, 2006, p. 8).

NPT forutsetter at fire elementer må være på plass for at ny praksis blir innarbeidet. Hver av de fire består igjen av underelementer som blir beskrevet kort (May et al., 2010).

Overordnet forståelse: handler om hvordan behandlere setter seg inn i og forstår den nye praksisen eller teorien som skal implementeres. Det Fire stikkord som må utdypes:

- I. Differensiering: Identifisere forskjeller fra andre teorier og behandlinger.

- II. Individ forståelse: Individet må forstå sin rolle og oppgaver i helheten.
- III. Felles forståelse: Gruppen må ha samme forståelse av mål og fordeler ved en ny praksis.
- IV. Forankring: Individet og gruppen må forstå verdien, fordelene og viktigheten av praksis.

Kognitiv deltagelse: handler om hva behandlere må forplikte seg til, og bli engasjert av den nye praksisen eller teorien.

- I. Initiering: det er nøkkelpersoner som må jobbe for å få ny praksis introdusert og implementert. (mange jobber alene – lite gruppejobbing - fagringer)
- II. Gruppestøtte: hver enkelt må reorganisere seg selv for å bidra til kollektiv implementering av ny praksis.
- III. Legitimering: relasjonsbyggingen må overbevise hver enkelt om at ny praksis er positivt så de bidrar til at ny praksis (kunnskap) blir tatt i bruk.
- IV. Aktivering: deltagere må sammen definere nødvendige handlinger for å gjennomføre ny praksis.

Kollektiv handling: handler om det arbeidet behandler må gjøre for å få ny praksis til å fungere.

- I. Samhandling: samhandlingen som individer må gjøre for å sette ny praksis ut i livet.
- II. Relasjons-integrasjon: kunnskapsarbeidet som må gjøres for å bygge ansvarsfølelse og tro på at ny praksis fungerer og skal brukes.
- III. Arbeidsfordeling-egenskaper: arbeidsoppgaver må fordeles fornuftig ut fra personlige og faglige egenskaper.
- IV. Kontekst (de ytre rammene): tildeling av tilstrekkelige resurser til at handlinger kan gjennomføres.

Formell/uformell evaluering: handler om hva behandler evaluerer og reflekterer over egen praksis.

- I. Systematisering: av informasjon som evalueres, kan være formelt og uformelt.
- II. Individevaluering: individet kan eksperimentere med hvordan informasjon til evaluering kan innhentes. Evalueringen påvirkes også av helheten i arbeidssituasjonen (tid til evaluering?)

- III. Fellesevaluering: gruppediskusjon om erfaringer og om hva som fungerer, det kan være formelt og uformelt.
- IV. Endring/justering: evalueringen fra individer og grupper kan føre til en endring eller justering av praksis.

Disse fire hovedpunktene i NPT sier noe om hva som kan fremme og hva som kan hemme innføring av ny praksis inn i en klinisk hverdag. Det er også viktig å huske at det er en kontinuerlig prosess som ikke stopper selv etter at en praksis er innarbeidet, Det vil fortsatt være behov for videre investering i arbeidet, ellers vil praksisen kunne falle bort (May et al., 2009). NPT er på den måten en naturlig parallell til «seks stegs modellen» i KBP som også er en kontinuerlig prosess knyttet til kunnskapsutvikling.

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg først starte med å gjøre rede for min forforståelse, videre vil jeg gjøre rede for kvalitativ metode, hvorfor metoden er valgt og hvordan den er anvendt i lys av problemstillingen. Oppgavens problemstilling fordrer at empirien som innhentes gjennom intervjuene må tolkes, oppgaven vil derfor ha en hermeneutisk tilnærming

I kvalitative studier blir veien til mens man går. Derfor bør forskeren være så åpen, fleksibel og nysgjerrig som mulig, og søke å forstå informantenes synsvinkler, motiver og meninger. Kvalitetene (egenskapene) av fenomenet som undersøkes kan bare tolkes, og aldri gjøres om til objektive harde fakta, som i kvantitativ forskning (Aadland, 2011).

I analysen og presentasjonen av empiriske data brukes Tjoras «Stegvis deduktiv induktiv metode» (SDI) (Tjora, 2013).

3.1 Min forforståelse

Malterud beskriver forforståelse som den ryggsekken vi bringer med oss inn i en forskningsprosess (Malterud, 2013). Min «ryggsekk» inneholder flere ting som kan påvirke min forforståelse. Jeg er fysioterapeut med videreutdanning i NPMF og jobber til daglig som privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut. Jeg forsker derfor i eget felt, noe som kan være en utfordring hvis man ikke er bevisst sin egen forforståelse. Det var på bakgrunn av min interesse for faget, og hvordan det utvikles fremover, at tema ble valgt.

Den tyske filosofen, Hans-Georg Gadamer mente at selve forforståelse er avgjørende for hvilke meninger man finner i tekst eller handling, og hevdet at: «Vi vil aldri kunne møte verden uten et sett med «briller» eller for-dommer som hjelper oss til å finne system, en orden eller kort og godt mening i det vi står overfor» (Aadland, 2011, p. 182). Det har vært viktig for meg gjennom hele denne prosessen å være bevisst min forforståelse om hvordan det er å jobbe som privat praktiserende psykomotorisk fysioterapeut. I min hverdag forholder jeg meg til kollegaer, pasienter og annet helsepersonell, som med sine opplevelser og historie preger meg og min erfaring som helsearbeider. Som selvstendig næringsdrivende vet jeg også hva det innebærer av plikter og gjøremål også utenom det rent faglige. Å jobbe som privatpraktiserende innebærer stor frihet og en kan derfor legge opp sin hverdag relativt fritt. De ulike problemstillingene som dukker opp kan variere fra person til person, men er også avhengig av de ytre rammene som en må forholder seg til, slik som økonomiske rammer, ventelister, pasientgruppe og størrelse på driftstilskudd. Jeg har min forforståelse med meg

gjennom ulike erfaringer, men jeg har også en undring på hva andre opplever og hva de tenker om fagets retning videre. Selv om jeg har mange likheter med de aktuelle informantene vil det også kunne være store forskjeller på bakgrunn av friheten og de ytre rammene.

Min erfaring er begrenset av at jeg kun har jobbet i noen få år som psykomotorisk fysioterapeut. Dette kan gjøre det lettere å ha et åpent sinn og en nysgjerrighet, fordi jeg ikke kan «lene meg» på erfaringen i en slik forskningsposisjon. I mitt yrke er det krav om å holde seg faglig oppdatert og gi pasienter egnet behandling, og i den forbindelse var jeg kjent med begrepet kunnskapsbasert praksis fra fysioterapien. Jeg hadde imidlertid begrenset kunnskap om hva begrepet innebar, og hvilke positive og negative sider begrepet kunne ha. Min forståelse av innholdet KBP var liten i begynnelsen av oppgaven, men etter å ha lest teori ble min forståelse endret fordi jeg fikk mer kunnskap. Jeg måtte være bevisst på denne endringen gjennom forskningsprosessen, slik at jeg var oppmerksom på hvordan det ville prege innholdet i oppgaven. Jeg har forsøkt å være åpen og nysgjerrig for å tilegne meg bred kunnskap om det jeg ville undersøke. Gjennom valg av metode åpnet jeg for mulighetene til å favne bredt.

3.1.1 Refleksivitet

Det er forskerens oppgave og vise hvordan kunnskapen i oppgaven er blitt til. Refleksivitet handler om systematisk refleksjon av forskningsarbeidet. I hvilken grad har man latt subjektive meninger skinne gjennom i kunnskapen som presenteres. Hvordan har tolkningen av materialet blitt påvirket av forskeren? Ingen forskning er verdinøytral, så en må gjøre rede for hvordan dette har påvirket forskningsarbeidet. En forsker må tolke sin egen tolkning av kunnskapen, og avklare sin posisjon og ståsted, for å kunne vurdere kunnskapsutviklingen og se om flere tolkningsperspektiver er mulig. Ved å redegjøre for dette i oppgaven vil troverdigheten av det som presenteres øke.

Min rolle som forsker vil bli beskrevet i delkapittel 5.5 som omhandler styrker og svakheter i studien.

3.2 Kvalitativ metode

I kvalitative studier benytter man både beskrivelse og tolkning, og begrepene er tett knyttet sammen fordi en beskriver det en tolker, og tolker det en beskriver (Malterud, 2013).

Metoden bygger på den hermeneutiske erkjennelsestradisjonen hvor tolkning av menneskelige uttrykk er det vesentlig. Informantenes erfaringer ble tolket gjennom det de formidler i samtalen, og det blir brukt for å skape mening i oppgavens tema som undersøkes.

Oppgavens problemstilling søker å belyse hvilke holdninger og erfaringer privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter har til KBP. Det finnes lite forskning om NPMF og KBP. Der kunnskapsgrunnlaget er lite og man ønsker å få frem særtrekk og egenart, er kvalitativ metode egnet fordi metoden åpner for flere alternative svar som gir bredde og nyanser til temaet som skal undersøkes (Malterud, 2013). Metoden benyttes for å belyse erfaringer og holdninger. På bakgrunn av dette mener jeg kvalitativ metode er egnet til å svare på oppgavens problemstilling.

Det finnes ingen allment akseptert definisjon av kvalitativ forskning og forskningsmetode (Brinkmann, 2010). Kvalitativ forskning innebærer å se på hvordan noe gjøres, sies, oppleves eller utvikles. Dette gjøres ved å beskrive, forstå, fortolke, eller belyse menneskers opplevelser, erfaringer og det sosiale liv. Man søker å forstå ulike menneskelige prosesser ved å undersøke hvordan mennesker tenker, føler, handler eller utvikles, altså ved å undersøke livet innenfra, der hvor livet leves (Brinkmann, 2010). Formålet med kvalitativ forskning er å forstå menneskers opplevelser og meningsverden (Thornquist, 2012).

Tjora åpner for større metodisk åpenhet enn andre beskrivelser av kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning er mangfoldig og metodevalget bør reflektere det man ønsker å undersøke. Det er vesentlig hvordan vi innhenter empirien, men også hvordan vi bruker den. Det er viktig å bruke empirien på en god måte, slik at resultatet ikke bare ender opp som en samling av anekdoter (Tjora, 2013). Tjora (2013) har utviklet «stegvis deduktiv-induktiv metode» (SDI), et verktøy som kan forenkle analyseprosessen i kvalitativ forskning. I oppgaven er SDI-metode benyttet i analyseprosessen. I analysedelen 3.4 vil SDI- metoden beskrives nærmere.

3.3 Kvalitativt intervju

I oppgaven blir semistrukturerte intervjuer benyttet for å innhente kunnskap (empiri). Semistrukturert intervju er et annet ord for dybdeintervju, hvor formen har en halv-fast struktur (Tjora, 2013). Kvale & Brinkmann (2010) bruker beskrivelsen semistrukturert livsverden intervju og beskriver det som en planlagt og fleksibel samtale hvor formålet er å innhente informantens beskrivelser av temaet i intervjuet. De beskriver det kvalitative forskningsintervju som søken etter intervjuobjektets måte å forstå verden på. Det er en aktiv kunnskapsprosess der både forsker og informant er med på å produsere kunnskapen. Gjennom samtale, hvor vi spør og lytter, lærer vi folk å kjenne. Slik får vi informasjon om holdninger, erfaringer og opplevelser av den verden de lever (Kvale, 2010).

Gjennom det Kvaale og Brinkmann (2010) kaller «Inter Views», en samtale hvor det utveksles synspunkter om gitt tema som både er interessant for forsker og den intervjuede, ønsket jeg å oppnå økt kunnskap om oppgavens problemstilling (Kvale, 2010).

I utgangspunktet anså jeg både fokusgruppeintervju og individuelle semistrukturerte intervjuer som egnet til å belyse problemstillingen, og besvare forskningsspørsmålene. Den opprinnelige planen var å gjennomføre et fokusgruppeintervju, og min første forespørsel om deltakelse i studien gjaldt derfor fokusgruppeintervju. Det var flere som kontaktet meg, men det var kun tre som sa seg villige til å delta. Jeg ønsket å forholde meg til tidsplanen og måtte derfor innhente kunnskap (empiri) på andre måter. Jeg besluttet heller å gjennomføre individuelle intervjuer. Individuelle intervjuer er lettere å organisere rent praktisk med tanke på tidspunkt og valg av sted. De tre som hadde sagt seg villig til å delta på fokusgruppeintervju sa også ja til å delta på individuelt intervju. En informant svarte ja til å delta på fokusgruppeintervju etter at fristen for svar var gått ut. Denne informanten var også villig til å delta på individuelt intervju. Den siste informanten ble rekruttert da jeg sendte ny forespørsel om informanter til kollegaer etter endring til individuelle intervjuer. I oppgaven gjennomførte jeg fem semistrukturerte intervjuer. Formålet med intervjuene var å undersøke informantenes egne beskrivelser av forhold knyttet til problemstillingen.

3.3.1 Intervjuguide og samtykkeerklæring

Informantene fikk tilsendt intervjuguide og samtykkeerklæring før intervjuene ble gjennomført. Begge dokumenter ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Intervjuguiden skulle gi informantene mulighet til å forberede seg på temaene i intervjuet. Samtykkeerklæringen var en forutsetning for at datamaterialet fra intervjuene skulle kunne brukes i oppgaven.

Formålet med intervjuguiden var å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene. Intervjuene var semistrukturerte og intervjuguiden gjenspeilet dette. Den inneholdt tre hovedtemaer med tilhørende spørsmål, som var ment som en huskeliste, slik at jeg skulle få dekket de områdene jeg ønsket svar på. Spørsmålene ble ikke nødvendigvis stilt slik de sto i intervjuguiden, og spørsmålene ble formulert ulikt i de forskjellige intervjuene ut fra det som var naturlig i hvert enkelt intervju. Jeg bestrebet meg på å stille åpne spørsmål og kun å avkrefte/bekreftede der det var naturlig. Dette var noe jeg lyktes bedre med i de siste intervjuene, etter å ha høstet erfaring i de to første intervjuene.

3.3.2 Rekruttering og utvalg

Metoden som ble brukt til rekruttering av informanter var «snøballmetoden» beskrevet av Patton (2002). Dette er en metode som går ut på å kontakte personer som kan videreformidle en forespørsel om å delta i et forskningsprosjekt, og at de som da får forespørselen videreformidler, slik at «ballen begynner å rulle». Metoden ble benyttet fordi jeg ikke ville kontakte personer direkte siden jeg har en slags dobbeltrolle hvor jeg forsker på kollegaer. Miljøet i NPMF er lite og inklusjonskriteria i oppgaven var også avgrenset til østlandsområdet. Direkte kontakt kunne påvirket påliteligheten i oppgaven. Metoden var også en praktisk rekrutteringsmetode, men en svakhet ved metoden er at den kan gi en begrenset variasjon av informanter (Tjora, 2013). Det positive med denne metoden er at man kan nå flere folk hvis «ballen begynner å rulle» og utvalget kan bli mer tilfeldig.

Jeg kontaktet kollegaer i faget og Norsk fysioterapeutforbunds faggruppe for psykomotoriske fysioterapeuter gjennom en informasjonsmail, hvor jeg spurte om de kunne videreformidle min forespørsel om å delta på intervju. Ansvarlig for nettsiden faggruppen til psykomotorisk fysioterapi la deretter ut et informasjonsnotat med en forklaring om studien, og spørsmål om deltagelse. Dette var en måte å spre informasjonen bredt.

Inklusjonskriteria for informantene var først definert som psykomotoriske fysioterapeuter som arbeidet i privatpraksis. Etterhvert ble dette endret til de som hadde erfaring fra arbeid i privatpraksis. Endringen ble gjort for å få økt tilgang til informanter.

Privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter ble valgt på grunn av måten de er organisert på. Å jobbe i privatpraksis innebærer at man er selvstendig næringsdrivende og i stor grad har frihet til å velge hvordan man vil jobbe. Som privatpraktiserende kan man både jobbe med driftstilskudd¹ fra kommunen og uten. Med driftstilskudd er man bundet til å jobbe et gitt antall timer for kommunen, avhengig av størrelsen på driftstilskuddet, og man må forholde seg til en rammeavtale mellom Kommunenes sentralstyre (KS) og Norsk fysioterapeutforbund (NFF) (NFF, 2013). Uavhengig av dette, har privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter friheten til å styre sin egen hverdag. Det gjør at det er rom for forskjeller i hvordan praksis drives og hva det legges vekt på i behandling. Jeg valgte kun å inkludere privatpraktiserende fysioterapeuter fordi i offentlige og kommunale stillinger er man bundet av flere regler og retningslinjer knyttet til arbeidsplassen og det påvirker arbeidet som utføres. De som jobber i offentlige og kommunale instanser kan være pålagt å følge visse

¹ Driftstilskudd dekker 1/3 av inntekten til fysioterapeutene. Det er kommunene som betaler denne delen. De to andre delene er egenandel fra pasientene og fra HELFO.

prosedyrer og har ikke alltid frihet til «å velge selv» på samme måte som de privatpraktiserende fysioterapeutene. Selv om det også hadde vært interessant å undersøke offentlige ansatte, er de ytre rammene mindre fleksible enn for de privatpraktiserende. Det var friheten til å ta egne valg som gjorde at det var de privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeutene jeg ville ha med i studien.

Jeg satte også opp kriteria for reisetid på inntil to timer, da jeg ikke hadde mulighet til å reise lengre unna enn to timer. Dette gjør at empirien i studiet kun er hentet fra informanter fra østlandsområdet.

3.3.3 Informantene

Fem informanter har vært intervjuet, tre kvinner og to menn. Det psykomotoriske miljøet i Norge er relativt lite, derfor har jeg gjengitt begrenset informasjon, slik at identiteten til informantene ikke kan identifiseres. Begrensningen har ikke påvirket oppgavens innhold, da de identifiserende opplysningene ikke er vesentlige for oppgavens problemstilling. Felles for alle informanter var en interesse for temaet og et engasjement for faget. Flere hadde mastergrad eller i ferd med å fullføre en masterutdanning.

Informantene hadde mellom 5 og 38 års arbeidserfaring som fysioterapeut. Antall års arbeidserfaring som psykomotorisk fysioterapeut varierte. De arbeidet alle på Østlandet. De hadde utdannelsen fra begge steder hvor man kan ta videreutdanning i NPMF i Norge – Tromsø og Oslo.

Jeg gjengir ikke hvilken informant som siteres, men bemerker det hvis samme informant kommer med flere utsagn om samme tema.

3.3.4 Gjennomføring av intervjuene

De fem intervjuene ble gjennomført i løpet av våren og sommeren 2014. Totalt brukte jeg fire måneder på å fullføre alle intervjuene. Tre av intervjuene ble gjennomført i mai og juni, og to i august. Det tok noe tid å gjennomføre intervjuene da jeg måtte få godkjent endringen fra fokusgruppeintervju til individuelle intervjuer i NSD. Jeg måtte også sende ut nye forespørsler om å delta på intervjuene. I tillegg var det sommer og ferieavvikling.

Før intervjuene forberedt jeg meg ved å lese teori om selve temaet og om kvalitative intervjuer. Jeg lærte mye av å gjennomføre intervjuene og tok med meg erfaringen fra de første intervjuene inn i de neste. Intervjuguiden ble ryddet etter det første intervjuet, og en av informantene fikk tilsendt feil versjon, uten at det hadde betydning for selve intervjuet.

Informantene fikk selv velge hvor og når intervjuet skulle gjennomføres. En av informantene kom til min arbeidsplass, mens jeg besøkte de andre informantene på et sted de valgte. Lengden på intervjuene varierte fra 43 minutter, til 1 time og 6 minutter.

Intervjuene ble innledet med at jeg kort oppsummerte informasjon fra samtykkeerklæringen. Før intervjuet og lydopptaket startet, stilte jeg spørsmål om det var noe informantene lurte på, og før lydopptaket ble slått av spurte jeg om jeg kunne kontakte informanten igjen hvis noe var uklart senere i prosessen. Alle informantene svarte ja til å bli kontaktet igjen. Umiddelbart etter at intervjuet var ferdig satte jeg meg ned og skrev ned mine tanker om intervjuet, og om det var noe jeg syntes hadde utmerket seg. Jeg hadde med en matbit til alle informantene.

3.3.5 Transkribering

De kvalitative intervjuene ble omformet til tekst gjennom transkribering. Teksten (rådataen) gjør at «virkeligheten» blir tilgjengelig for analyse. Transkripsjonen kan aldri bli mer en et avgrenset bilde av det vi undersøker, fordi mening vil kunne bli forvrengt eller gå tapt i en transkriberingsprosess (Malterud, 2013). Transkribering kan være utfordrende. Det å omforme talespråk til skrevne tekster er en fortolkningsprosess som kan skape praktiske og prinsipielle problemer. Transkripsjoner er i følge Kvale og Brinkmann (2010) svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler (Kvale, 2010).

Jeg gjorde lydopptak av alle intervjuene og transkriberte fortløpende etter at intervjuene var gjennomført, dvs. intervju nr. 1 ble transkribert først, så intervju nr. 2 osv. Transkriberingen av ett intervju var ikke alltid ferdig før neste intervju ble gjennomført. Jeg valgte å transkribere detaljert, slik at jeg ikke skulle miste noe av innholdet. Siden det var vanskelig å vite nøyaktig hva jeg hadde behov for av detaljer valgte jeg å følge Tjoras råd om å være mer detaljert i transkriberingen enn det jeg først trodde var nødvendig (Tjora, 2013). Jeg forsøkte å gjengi all muntlig kommunikasjon som for eksempel pauser og latter, men det var utfordrende å omforme muntlig språk til skriftlig. Noen steder ble lyden borte og innholdet uklart. Dette ble markert i transkriberingen med «[...]» eller «[hører ikke]». Små pauser ble markert med tre prikker..., det vil være synlig i sitatene som brukes i oppgaven. Jeg har fått hjelp til transkriberingen av de tre siste intervjuene, ved at en person skrev, mens jeg lyttet og styrte lydopptaket. Enkelte teoretikere mener det er viktig at forskeren gjør transkriberingen selv, for ikke å miste nærheten til stoffet, men jeg opplevde ikke at den hjelpen jeg fikk, påvirket min nærhet til stoffet. Det gjorde heller nedtegnelsen mer nøyaktig fordi vi var to personer som lyttet. Malterud mener transkriberingsprosedyren må være gyldig og pålitelig for å

ivareta meningsinnholdet (Malterud, 2013). Jeg opplevde min prosedyre som en god arbeidsmåte for å kontrollere at innholdet ble så nøyaktig og detaljert som mulig. Personen som hjalp meg jobbet kun med anonymiserte data og signerte en taushetserklæring. Da jeg var ferdig med transkriberingen, lyttet jeg over alle intervjuene på nytt for å få en mer total og samlet oversikt av innholdet.

3.4 Analysen

I analysen har jeg benyttet «stegvis deduktiv-induktiv» metode (SDI), en trinnvis metode hvor man jobber oppover (induktivt) fra data mot teori, og nedgående (deduktivt), hvor man sjekker teorien opp mot den kunnskapen man selv har kommet frem til gjennom intervjuene (Tjora, 2013, p. 175). Dette er et verktøy som kan forenkle og systematisere analyseprosessen. Teoretisk er SDI satt opp i etappevis prosess, men i praksis kan man være på flere ulike stadier i prosessen samtidig.

Analysefasen ble innledet med intervjuene, hvor råmateriale (empirien til oppgaven) ble innhentet. Videre ble rådataen omdannet til det ferdige resultatet gjennom å følge trinnene i SDI- metoden. Empirien i forskningen skal omdannes til forståelig kunnskap og det er i denne fasen potensialet til kvalitativ forskning ligger. Det er avgjørende for resultatet hvordan empirien og forskningen blir presentert og anvendt (Tjora, 2013).

Utfordringen er å finne frem det som er interessant i empirien, slik at det ikke blir oppramsing av det som alt er kjent. Det kan ta tid å identifisere det interessante, og prosessen krever modning. Jeg har hele tiden måttet gå tilbake til problemstillingen og forskningsspørsmålene for å se hva jeg ønsket å få svar på. Etter hvert i analysen har jeg fått en mer presis forståelse av hva jeg ønsker å svare på. Malterud har påpekt at «[i] den kvalitative forskningsprosessen skal ikke forskeren være redd for å lære av sin innsikt ved å revidere sin problemstilling» (Malterud, 2013, p. 92). Jeg har endret på problemstillingen gjennom prosessen, i takt med analysen og hva jeg opplevde som meningsfullt å svare på. Det har vært en modningsprosess å jobbe med materialet i oppgaven.

3.4.1 Tekstnær koding

Etter transkribering er koding neste ledd i SDI-modellen. De transkriberte intervjuene ble kodet etter det Tjora (2013) kaller tekstnær koding. Tekstnær koding skal være unik for hvert enkelt intervju, skal ikke kunne være forutbestemt og koden skal gjengi det informanten sier, og ikke det informanten snakker om (Tjora, 2013, p. 182). Under arbeidet med kodingen gjennomgikk jeg det transkriberte materialet og notatene jeg tok i etterkant av intervjuene. I

arbeidet med kodingen etterstrebet jeg å være detaljert og forsøkte å benytte begrepene som var i datamaterialet. Intervjuene ble kodet ett og ett av gangen, og alle intervjuene fikk sitt eget kodesett. Dette fordi informantene uttrykte seg ulik om de samme tingene og jeg ville sikre det tekstmære i alle intervjuene. Intervju 1: 77 tekstmære koder, intervju 2: 98, intervju 3: 104, intervju 4: 102 og intervju 5: 99. Kodene ble deretter sett på samlet, det ga meg en bedre oversikt til å samle de kodene jeg opplevde hørte sammen. Jeg brukte god tid på dette arbeidet for ikke å gå glipp av viktige eller uventede funn i det empiriske materialet. Kvalitativ metode innebærer mer enn tall og statistikk, jeg har kun benyttet tall og opptelling til å skape system og organisere materialet. Det har ikke påvirket innholdet i de tekstmære kodene. Tjora (2013) advarer mot variabeltenking, som i kvantitativ forskning. Jeg var bevisst på den induktive analysen i SDI-metoden: at temaene utvikles fra kodene og ikke blir sortert og oppdelt etter allerede bestemte kategorier. Tjora (2013) henviser til dataprogrammer som kan benyttes i kvalitativ analyse, som et effektivt analyseverktøy for å sikre kodestrukturert empiri, men et slikt dataprogram ble ikke benyttet i denne oppgaven.

3.4.2 Fra tekstmær koding til kategorier og hovedtemaer

Da de tekstmære kodene var klare var neste steg kategorisering. Det er ikke mulig å lage en hovedstruktur for analyse med et stort antall koder (Tjora, 2013). For å kategorisere samler man de kodene som er relevante for problemstillingen i grupper. Jeg gikk gjennom alle de tekstmære kodene og samlet de som var like. Til slutt satt jeg igjen med et kodesett på 71 koder. Enkelte av kodene overlappet, men meningsinnholdet var, slik jeg tolket det, ikke identisk. Neste steg i analyseprosessen var å se kodene i sammenheng med problemstillingen og forskningsspørsmålene. Basert på kodesett, problemstilling og forskningsspørsmål ble kodene først samlet i ti kategorier, som senere ble til fire hovedtemaer under.

1. «KBP – forstår vi det samme?»: Utdanning, Forskning og utfordringer ved å anvende forskning
2. «Evaluerings- behov for en felles plan?»: Holdning til evaluering, evaluering i dag, utfordringer og hva bør evalueres?
3. «Tverrfaglig samarbeid, NPMF som del av noe større»: synlighet, rolle i psykisk helsearbeid og ulike kunnskapsbehov innen NPMF.
4. «Veien fremover for NPMF»: møtegå kritikken, primærkontakt rollen, klargjøre innholdet i NPMF.

3.4.3 Fra hovedtema til kunnskapsutvikling

I SDI-metoden er hovedtemaene utgangspunktet for konsept-, teori -eller metodeutvikling. Dette er noe som ofte mangler, og noe Tjora (2011) mener bør være målet for kvalitativ forskning. Jeg syns det er et spennende, utfordrende og ambisiøst mål å skulle utvikle et nytt konsept, teori eller metode. En masteroppgave har visse begrensninger, blant annet som følge av begrenset tid, resurser og antallet informanter. Men ved å belyse hovedtemaer fra en ny innfallsvinkel, kan den likevel, som et utgangspunkt, gi opphav til ny og nyttig kunnskap. Hvis oppgaven avdekker interessante funn, kan en av konklusjonene være en anbefaling om videre forskning på temaet.

3.5 Etiske betraktninger

Kvale og Brinkmann (2010) beskriver fire områder som viktige etiske retningslinjer for forskere: informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle.

Informert samtykke:

Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) godkjente studien. De aktuelle deltakerne til studiet fikk tilsendt et informasjonsskriv med informert samtykke. Samtykkeerklæringen inneholdt informasjon om hensikten med studien og hvordan studien praktisk ville foregå. Det var informasjon om at studien var frivillig og at man kunne trekke seg fra studiet om ønskelig.

Konfidensialitet:

Kvalitative intervjuer genererer data som dreier seg om informantenes tanker og livserfaringer. Ofte kan det språklige uttrykket gi en personlige og sensitiv karakter som preger datamaterialet (Malterud, 2013, p. 204). Dette gjør at man som forsker har et stort ansvar for det innsamlete materialet, både med tanke på hvordan innholdet blir videreformidlet og hvordan det blir oppbevart. Ifølge Malterud (2013) må forsker kjenne ansvar for å håndtere det som blir sagt, på en måte som mest mulig samsvarer med hvordan det var ment (Malterud, 2013, p. 202). Datamaterialet jeg samlet inn har jeg behandlet med respekt og etter beste evne formidlet innholdet på rettmessig måte. Jeg har også vært bevisst på å oppbevare datamaterialet på en etisk forsvarlig måte.

NPMF er et lite miljø slik at det var viktig for meg at alle deltakerne forble anonyme i oppgaven. Alt som kunne avsløre identitet ble valgt bort eller endret uten at meningen falt bort.

Konsekvenser:

I en kvalitativ undersøkelse bør risikoen for å skade deltakerne være lavest mulig. I denne studien var det viktig å ta hensyn til informantene og hva de delte av informasjon. Det har vært viktig å behandle datamaterialet fra informanten med varsomhet, slik at det ikke skulle få noen uønskete konsekvenser for informanten som deltok. Med det menes ivaretagelse av deres anonymitet og formidlingen av informasjonen informantene delte. En av informantene ønsket sitat sjekk før oppgaven var ferdig, noe som ble gitt.

Forskerens rolle:

I følge Malterud (2013) finnes det ingen nøytral forsker. En forsker vil i en eller annen grad påvirke kunnskapen som presenteres utfra faglig interesse, forskerens ståsted, motivasjon og personlig erfaring. Men uavhengig av det har man som forsker et moralsk ansvar for at å følge etiske forskningsregler. Tjora (2013 s.39) uttrykker at: «en etisk sans bør ligge implisitt i all forskning, strengt tatt uavhengig av de formelle juridiske kravene til forskning». I kvalitativ studier innhenter man kunnskap gjennom intervjuer. Forskerens integritet, ærlighet, rettferdighet, kunnskap og erfaring, er avgjørende for de etiske beslutningene og den vitenskapelige kunnskapen som blir presentert (Kvale, 2010).

For min del har forskningsrollen vært en utvikling på flere områder. Ved å redegjøre for min forforståelse ble det ennå tydeligere for meg hvilke faktorer som har påvirket og kan påvirke min forskerrolle. Det å jobbe med kvalitativ forskning gir mye frihet, og derfor er etterrettelighet viktig og nødvendig. Hvordan forskningsprosessen skulle gjøres i praksis fikk jeg innsikt i ved å lese litteratur, gjennom deltagelse på mastergradsamlinger og ved å få veiledning av en erfaren forsker. Disse informasjonskildene har vært nødvendig i forskningsprosessens pålitelighet og gyldighet.

3.6 Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet

I kvalitativ forskning legges det vekt på ulike kriterier for å vurdere kvaliteten. Det finnes ingen konsensus om hvilke kvalitetskriterier som sikrer god kvalitativ forskning (Malterud, 2013). Det er likevel ofte tre begreper eller kvalitetskriterier, som ifølge Tjora (2013), blir

brukt. Det er pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet. Disse kvalitetskriteriene vil også bli diskutert i kapittel 5.5 under oppgavens styrker og svakheter.

Pålitelighet

I kvalitative studier er det viktig å gjøre rede for oppgavens mange faser og hvordan man er kommet frem til det man presenterer i oppgaven. En annen forsker som anvender samme metode skal kunne komme frem til det samme. Det er viktig å gjøre rede for hele prosessen slik at det kommer klart frem hva som springer ut av forskerens egen analyse og hva som eventuelt har påvirket prosessen. Jeg har gjennom hele prosessen vært opptatt av å være etterrettelig, og forsøkt å beskrive valgene i prosessen nøyaktig og detaljert, slik at oppgaven skal være transparent. Det at jeg selv er privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut kan påvirke påliteligheten, noe som er redegjort for under min forforståelse. Kunnskapen til forskeren kan være en ressurs, men det må komme klart frem i oppgaven hvordan den er brukt (Tjora, 2013). Direkte sitater kan styrke påliteligheten, men det må også komme frem hvorfor sitatene er brukt, og i hvilken kontekst de er hentet fra. Jeg har brukt sitater fra informantene der jeg mente det ville styrke påliteligheten i oppgaven, og forsøkt å gjøre det klart hva som er fra empirien, hva som er teori eller hva som er mine tolkninger. Sitatene er forsøkt gjengitt i sin helhet, og der det er gjort endringer er det markert med [...] eller [mine ord].

Gyldighet

Kvalitativ forskning handler i stor grad om oppgaven svarer på de spørsmålene som faktisk ble stilt. Er valgt metode den rette for å svare på det som skal undersøkes? For å styrke gyldigheten er åpenhet om hvordan forskningen har blitt gjennomført i praksis viktig. I følge Tjora (2013) er den viktigste kilden til høy gyldighet: «at forskningen pågår innenfor rammene av faglighet, forankret i relevant forskning » (Tjora, 2013, p. 207). I oppgaven har valg av metode blitt redegjort for, også de endringene som ble gjort med tanke på intervjuform. Det teoretiske rammeverket er ment for å styrke den faglige forankringen. Innenfor Norsk psykomotorisk fysioterapi og kunnskapsbasert praksis er forskningen begrenset, slik at gyldigheten påvirkes av det. Funnene i oppgaven vil være gyldige for informanten i oppgaven, men også andre kan oppleve det som gyldig og oppleve gjennkjennelsesfaktorer.

Generaliserbarhet

Dette er et sentralt begrep når man arbeider etter SDI-modellen, hvor målsettingen er å utvikle innsikt knyttet til et fenomen som kan testes ved en form for konsept- og teoriutvikling (Tjora,

2013). Hvis gyldigheten er gjeldende for andre utenfor dem og det som ble utforsket, er det generaliserbart. Tjora (2013, s.2008-209) deler generaliserbarhet inn i tre:

- Naturalistisk generalisering: ved god nok redegjørelse av det som ble studert skal leseren selv kunne vurdere funnenes gyldighet, for eksempel for leserens egen forskning.
- Moderat generalisering: med det menes en generalisering som er mer lik den i kvantitativ forskning, hvor det er opp til forskeren selv å beskrive i hvilke situasjoner studiens funn er gyldig.
- Konseptuell generalisering: ved kvalitativ forskning kan man utvikle konsepter, typologier eller teorier som vil ha relevans for andre tilfeller enn det som er studert.

Oppgaven kan ikke generaliseres til alle psykomotoriske fysioterapeuter, men jeg håper at min redegjørelse kan gi leserne en naturalistisk generalisering.

4 Presentasjon av resultatene

I kapittelet presenteres funnene fra empirien. Hovedtemaene er: «KBP – forstår vi det samme?», «Evaluerings- behov for en felles plan?», «Tverrfaglig samarbeid, NPMF som del av noe større» og «Veien fremover for NPMF». Problemstillingen i oppgaven er: Hvordan beskriver privatpraktiserende PMF'ere sine holdninger og erfaringer til kunnskapsbasert praksis? Funnene vil bli presentert under de fire hovedtemaene som fremkom av analysen. Disse er tett knyttet sammen og overlapper hverandre delvis.

Avslutningsvis i kapittelet vil en oppsummering av hovedfunnene bli gitt.

4.1 «KBP – forstår man det samme?»

Innledningsvis ble informantene spurt hva de tenkte om kunnskapsbasert praksis og evaluering. Kunnskapsbasert praksis var et kjent begrep for alle informantene. Detaljgraden av kunnskap varierte imidlertid. Det var ikke klart for alle hva begrepet KBP innebar. En av informantene uttrykte:

Jeg tenker mye på kunnskapsbasert som forskningsbasert [...]Og har blanda de begrepa litt i forhold til innholdet, og så har jeg nå forstått det sånn at kunnskapsbasert, det blir brukt som en sum av tilgjengelig forskning, egen erfaring og pasientbidrag... hvordan pasienten forholder seg. Og sånn har vi jo på en måte alltid jobba.

Informantens utsagn tyder på at innholdet i KBP kan vurderes forskjellig, og at det ikke nødvendigvis er en felles forståelse av hva begrepet betyr. Samme informant beskriver KBP som «et nytt navn på noe en alltid har brukt» og er derfor usikker på hvor stor forskjell det er mellom det å arbeide KBP og slik arbeidet alltid har blitt utført. De andre informantene hadde ikke lignende utsagn, men flere av informantene var klar på at pasientens stemme var en del av det å arbeide kunnskapsbasert.

Utdanning

I hvilken grad psykomotoriske fysioterapeuter hadde kjennskap til KBP begrepet, kunne i følge en informant henge sammen med utdanning og utdanningssted. Informanten ga uttrykk for at tankegangen som lå i masterutdanningen gjorde at forskning eller kunnskapsbegrepet fikk en annen betydning, sammenlignet med slikt det ble forstått og formidlet i grunnutdanningen i fysioterapi. Utdanning og utdanningssted hadde betydning for

informanten, men om det var avgjørende for forståelsen til de andre informantene i oppgaven kom ikke klart frem. Det var kun en av informantene som uttrykte spesifikt at utdanningssted hadde hatt betydning for forståelsen av begrepet. Men betydningen av utdanning og utdannelsessted ble trukket frem av flere informanter, ved at de ga uttrykk for et behov for akademisering av faget. De trakk frem nødvendigheten av mer forskning. Det ble fremhevet som positivt at det nå tilbys utdanning på masternivå flere steder, og at ulike forskningsmetoder blir benyttet, ikke bare kvalitativ forskning, som har vært overrepresentert innen NPMF.

To informanter sa også noe om innholdet i utdanningen. En om hvordan KBP ble vektlagt, uten at informanten spesifikt brukte begrepet KBP. Informanten beskrev hvordan deler av NPMF utdannelsen ble oppfattet og uttrykte et savn etter noe mer konkret:

Det at det er mange ting du lærer, sånn skal du gjøre og sånn skal du gjøre, og det her er riktig, og det var ingen... jeg følte ikke at det var noe forskning som tilsa at vi skulle gjøre en øvelse på den ene eller den andre måten. Så det ble jo av og til litt diskusjon, og det kunne jo være nyttig.

Informantens utsagn kan tolkes som et uttrykk for mangel på faste faglige retningslinjer, eller vitenskapelig forankring. Den andre informanten trakk frem egenbehandling som positivt ved utdanningen. Å gjennomgå en omstilling eller behandlingsprosess gir nyttig egenerfaring for en terapeut som del i det å jobbe kunnskapsbasert.

Flere informanter ga uttrykk for at det ville være positivt å knytte seg opp til mer internasjonal forskning, siden vi har lite forskning selv, og man sannsynligvis vil finne mange av de samme problemstillingene i andre land. En svakhet ved NPMF kan altså være at fagmiljøet eller forskningsmiljøet er for lite. Fordi faget er så spesifikt norsk kan man gå glipp av perspektiver fra et bredere, internasjonalt forskningsmiljø. En informant uttrykte imidlertid grunn til å anta at man i Norge ikke er unike. Sannsynligvis vil det være mulig å utvikle faget ved bevisst å oppsøke og undersøke hvilke utenlandske forskningsmiljøer som har likhetstrekk med NPMF, og trekke lærdom fra hva som gjøres i utlandet. Flere informanter uttrykte at å knytte seg til andre fagmiljøer vil være positivt. De fremhevet at man da vil ha større muligheter for bredere og ulike typer forskning.

Forskning

Selv om mengden forskning har økt de siste årene, ga alle informantene uttrykk for manglende forskning innenfor psykomotorisk fysioterapi og at det var mest erfaringsbasert kunnskap innen NPMF. Informantene uttalte at spranget fra forskning innen tradisjonell fysioterapi, til NPMF, oppleves stort fordi det er så mange flere faktorer å ta hensyn til. Det ble fremhevet at det er forsket en del innen tradisjonell fysioterapi og en informant trakk frem trening og ulike operasjoner som eksempler på områder hvor det er gjort mye forskning. Informanten påpekte deretter: «[...] at det er gjort lite på psykomotorisk fysioterapi [...]». [D]et har vært kanskje mer kvalitative studier, og mer på undersøkelse osv., men det er jo lite som er dokumentert, og det er jo en stor utfordring som psykomotorisk fysioterapi står overfor». Flere informanter gir uttrykk for liknende synspunkter, og etterlyser forskningsbasert kunnskap. Både mangelen på kvantitative studier, og den generelt begrensede mengden studier, uavhengig av type, trekkes frem som svakheter ved faget. Faget beskrives av flere som «lite forskningsbasert». Det var ingen informanter som ga uttrykk for motstridende syn, og det synes derfor å være enighet blant informantene om behovet for mer tilgjengelig dokumentasjon og forskning. På spørsmål om hvilken kunnskap som kunne vært nyttig, og hva de ønsket mer av, svarte flere informanter at det var nødvendig med ulike typer forskning, både kvalitativ og kvantitativ. Det ble fremholdt at ulike metoder gir ulike svar som kan utfylle hverandre. I følge en informant er det flere måter å forske på NPMF, men utgangspunkt må være en felles forståelse av styrkene i NPMF og en erkjennelse av at forskningsobjektet er mennesket.

Utfordringer ved å anvende forskning

Flere av informantene ga uttrykk for at forskning kan være utfordrende. De ga uttrykk for at «evidence» ikke er det eneste gjeldende innen forskning og at det er mye forskning som kan være nyttig selv om det ikke blir regnet som «evidence-based». Selv om trenden i dag er at ting skal bevises, kan det være vanskelig innen vårt yrke i følge en informant. Informanten ga ingen klar begrunnelse for hvorfor det er vanskelig i vårt yrke, men en annen informant sier noe om dette spørsmålet: «[V]i kan ikke finne ”hard biological reduksjonistiske facts” på noe som er så dynamisk og som endrer seg hele tiden[.][...] [D]et gjør jo at forskning er mer krevende, fordi det er mange flere nyanser, mennesket er multifasetert». At forskningsobjektet er selve mennesket oppleves altså som en særlig utfordring i seg selv. Selv om dette med «evidence» kan oppfattes som problematisk, fremheves det også som noe positivt og som en mulighet av flere. Det ble fremhevet at kunnskapen føltes sikrere når den er konkretisert, målbar og objektiv.

Kunnskap

Forskning kan benyttes for å fremskaffe ny kunnskap, eller for å bekrefte kunnskap man allerede besitter. Alle informantene uttrykte et bevisst forhold til kunnskap, uten at kunnskapsbegrepet av den grunn ble definert entydig. En informant benyttet negativ avgrensing og beskrev at kunnskap ikke er god hvis den ikke har en praktisk verdi. I følge denne informanten er kunnskap noe som kan brukes og overføres i praksis. Det at kunnskapen må være tilgjengelig ble fremhevet av flere. Hvis det skal ha noen betydning for praksis så må kunnskapen gjøres kjent for potensielle brukere av kunnskapen. Flere trakk frem at ulike veiledningsgrupper, informasjon fra faggruppen til psykomotorisk fysioterapi og sosiale medier som facebook var gode måter å spre kunnskap på. Informantene var alle enige i at kunnskap kan komme fra ulike typer forskning og ulike funn i forskning. Kunnskap som kan benyttes i en pasientbehandling er ikke begrenset til det som kan anses som «gode» forskningsresultater. En informant uttaler at det kan ligge mye ny kunnskap, som er relevant i praksis, i negative resultater. Dette kan sees i sammenheng med det en annen informant påpekte, og det var nødvendigheten av å ha en rød tråd mellom praksis og teori. Det å arbeide praktisk med pasientene samtidig som man tilegner seg teoretisk kunnskap, opplevde informanten som meningsfullt. Denne måten å tenke på ble tydeligere for informanten under utdanningen gjennom parallelt arbeid med praksis og teori. En slik praktisk-teoretisk tilnærming var informanten opptatt av fordi mennesket både er objekt og subjekt.

Å bruke kunnskap fra forskning i praksis, ble som nevnt, beskrevet av flere informanter som potensielt problematisk. Det er utfordringer knyttet til implementering av kunnskap fra forskning til praksis. Utfordringene kan gi ringvirkninger i den kunnskapsbaserte arbeidsmåten. Sitatet under illustrerer et dilemma mellom forskning og praksis.

Jeg tenker jo for eksempel på den her diskusjonen nå på svimmelhet... hvor jeg da faktisk har erfaring med adaptasjonsøvelser der og det å rotere hodet fra side til side vil kunne minske svimmelheten. Hvis pasienten ikke vil, så er det jo nesten et overgrep å prøve å jobbe med det... Men det er kunnskapsbasert, det er det evidence for at virker. Det er jo et eksempel på hvordan man kan krasje mellom pasientens ønsker og behov, motivasjon og hva vi faktisk da vet er riktig å gjøre. Og du skal være ganske overbevist selv også for å klare skulle få gjennomført det, som terapeut[...].

Eksempelet viser at pasientens stemme i en behandlingsprosess er betydningsfull, noe informanten som uttalte seg her påpekte. Pasientens kunnskap og deres mening omfattes av det å jobbe kunnskapsbasert. Informanten mener at forskning kan tilsi en bestemt behandling, men andre faglige vurderinger kan føre til at behandlingen anses uegnet for den enkelte pasienten. Dette støttes av en annen informant som uttrykte at:

[...]det jo må være mange fordeler med å jobbe kunnskapsbasert. En prøver vel alltid å gjøre det. Å innhente kunnskap og gjøre det best mulig. Så er det kanskje ikke så mange prinsipielle ulemper, men det som er vanskelig er at hvis man skal behandle en helt konkret individuell pasient, som en alltid gjør, så er det ikke alt som er overførbart, og da er spørsmålet om den kunnskapen som er tilgjengelig, om den stemmer for den pasienten da.

Det var ingen av informantene som var negative til å arbeide kunnskapsbasert, men flere ga uttrykk for utfordringer som i eksemplene over. Flere av informantene beskrev et ønske om at kunnskapen i NPMF bør bli bedre dokumentert, slik at anvendelsen av kunnskapen kan oppleves sikrere, for den enkelte, og i tverrfaglige sammenhenger. En av informantene uttrykte frustrasjon over manglende dokumentasjon, og uttrykker et behov for noe «å slå i bordet med», i enkelte sammenhenger. Det samme savnet etter dokumentasjon uttrykkes av en annen informant:

Jeg savner veldig at enkeltdeler av faget kan være bedre dokumentert, både i forhold til valg av tiltak, skal du massere, skal du gjøre øvelser, emh..når du jobber med pust, skal du snakke om pusten eller skal du være indirekte. [...]i har fått en hel pakke og vi har ingen holdepunkt for at enkeltdelene i den pakken er riktige.

Oppsummering

Informantene gir alle uttrykk for behov eller ønske om mer dokumentasjon og forskning. Forskningen som er gjort, og den erfaringsbaserte kunnskapen er verdifull, men den må støttes opp av mer dokumentasjon og gjerne også annen type forskning enn det som hovedsakelig gjøres i dag.

4.2 «Evaluering – behov for en felles plan?»

I intervjuene stilte jeg flere spørsmål om evaluering og hvordan evaluering kan gjøres. Alle informantene uttrykte at evaluering og dokumentasjon er viktig av flere grunner. De ga uttrykk for at det er nødvendig med evaluering som bidrag til forskning, og styrking av faget. Flere informanter mente det var viktig å dokumentere hva i et behandlingsforløp som hjelper eller nytter. De viser til behovet for å kartlegge innholdet i en behandling.

Evaluering i dag

På spørsmål om hvordan det evalueres i dag, trakk flere informanter frem at pasientens egenevaluering av behandlingen ofte ble benyttet. Pasientens tilbakemeldinger ble ansett for å være betydningsfulle og de ble brukt til å evaluere behandlingen. I følge en av informantene kan pasientens egenopplevelse i seg selv være en evaluering, fordi det er en evaluering i seg selv det at pasientene sier den erfarer, for eksempel, sier at de føler seg bedre. Bruken av slike pasientutsagn for å evaluere behandling, gjør ifølge en informant, evalueringen indirekte. Man kan «kaste ball» med pasienten og stille spørsmål som:

[Å]ssen har du det i dag, åssen har det vært i det siste, skjedde det noe etter forrige gang, eller spør hva vil du at vi skal jobbe videre med, så blir det på en måte pasienten som blir nødt til å gjøre en evaluering, og hvis han har tenkt på det på forhånd så blir det kanskje en bedre evaluering enn hvis han tenker bare akkurat de fem sekundene det tar å svare, men det er klart en går ikke inn og etterspør hva han tenkte for å evaluere, så jeg får jo ikke tilgang til [...] hva han baserer den evalueringen på.

Evaluering basert på pasienten alene blir her problematisert. Informanten setter spørsmålstegn ved i hvilken grad pasienter tenker gjennom det de uttrykker når de svarer på evalueringsspørsmål. Terapeuten kan gå inn å etterspørre hva pasienten baserer sin evaluering på, men informanten mener det i praksis kan være vanskelig fordi slike spørsmål kan være forstyrrende i behandling. En annen informant fremhever at pasient og behandlers opplevelse ikke nødvendigvis er lik, og mener et slikt misforhold kan være en evaluering i seg selv. Der terapeuten opplever liten bedring, men pasienten selv sier det er bedre:

[d]a skurrer det jo. Så da tenker jeg at da er det en evaluering. Hva er samsvaret mellom min vurdering, eller min registrering av utvikling, av pasientens egenskaper som jeg som psykomotoriker kan ha et forhold til. Og deres egen opplevelse av endring. Eller erfaring av endring, eller hva de får ut av

behandlingen. Men det kan jo godt hende at det er noe i seg selv. Det er ikke sikkert at det er de kroppslige parameterne eller egenskapene som er det nivået av personen... for å gjøre det teoretisk... hvor endringen skjer først.

Dette eksempelet viser at evaluering kan være mangfoldig og gi rom for en bred tolking av behandleren. I tillegg til pasientens egevaluering, trekkes det frem også mer spesifikke måter å evaluere på. Flere av informantene viser til konkrete tester, og «den ressursorienterte kroppsundersøkelsen» (ROK) blir særlig nevnt. En informant beskriver ROK som et standardisert testskjema som kan brukes til re-testing, og identifisere endringer, men mener at informasjon om endringens betydning er mangelfull. I hvilken grad og hvordan ROK blir brukt har jeg ikke grunnlag for å si noe om. Det kommer heller ikke klart frem i intervjuene hvilke andre tester informantene benytter. En av informantene uttalte at det finnes verktøy, til å evaluere, uten at ROK nevnes spesielt. Det ble ikke stilt oppfølgingsspørsmål som er egnet til å avklare dette. Verktøyene beskrives, av en informant, som for omfattende og tidkrevende i den daglige praksisen. Informanten uttrykte et savn etter enklere verktøy for å dokumentere og evaluere behandling, og mente at med enklere skjemaer hadde det vært lettere å samle informasjon.

Utfordringer med evaluering

Informantene ga uttrykk for at evaluering var utfordrende i praksis, men ingen av informantene uttrykte noen generelle ulemper ved evaluering. De var alle enige i at evaluering var viktig og noe de ønsket å gjøre, men det er i følge flere av informantene, uklart hvordan og hva en evaluering skal inneholde. Det er flere faktorer man må ta hensyn til og som kan komplisere svarene man får i evaluering. En av faktorene som ble nevnt var at mennesker er ulike og at behandling krever individuell tilpasning. Det kan derfor være vanskelig å standardisere det man vil evaluere. Denne individuelle tilpasningen fremheves som en styrke ved NPMF, og standardisering kan potensielt være motsetningsfylt. En annen faktor som ble trukket frem av flere var relasjonens betydning i behandling. En informant bemerker at det er mye forskning på relasjonens betydning i behandling og at vi i dag vet at relasjonen mellom behandler og pasient har mye å si for de resultatene som oppnås. Informanten trakk deretter frem at svarene vi får ved evaluering kanskje ikke alltid er helt til å stole på fordi relasjonens betydning kan ha så stor innvirkning på resultatet. Det kan være vanskelig å vurdere hvordan relasjonen påvirker en evaluering.

En annen informant formulerer en rekke spørsmål til hvordan evaluering kan gjennomføres, uten at svarene nødvendigvis er klare:

[A]Itså det ene er jo liksom å være i en samtale med pasienten og se hvordan forløpet har vært. Men hvis man skal tenke mer vitenskapelig så stiller jeg mange spørsmål om hvordan man skal evaluere. Der finnes det ulike metoder, og hva er det vi evaluerer ved PMF? Det synes jo jeg er interessant. Er det effekten, og hvordan måler vi denne effekten? Det er mange vitenskapelig store spørsmål der. Er det dette, hva skal man si, innen-fra-perspektivet, sett fra pasientens perspektiv, altså mer dette fenomenologiske, eller er det uten-fra-perspektivet, det vi som terapeuter, såkalt, ser.

Dette er mange, store og vanskelige spørsmål om evaluering. Informantene gir uttrykk for at man må definere hva man ønsker å evaluere fordi evalueringen kan gjøres på så mange måter, og det er mange hensyn som må tas. Informanten trekker frem og skiller mellom innen-fra- og uten-fra-perspektiver i evaluering. Tidligere har pasientens evaluering (innenfra) blitt trukket frem som noe som ofte benyttes, og ROK har blitt trukket frem som et eksempel på det andre, uten-fra-perspektivet.

Hva bør evalueres?

Det er ikke noe helt klart svar på hva og hvordan man bør evaluere. Dette ble også tydeligere da jeg stilte mer spesifikke spørsmål om hva informantene ønsket å evaluere. Var det hele behandlingsprosessen eller ville de evaluere enkelte tiltak? Informantene hadde her ulike synspunkter. En informant var tydelig på nødvendigheten av å evaluere begge deler og mente det var nødvendig å tenke bredt om perspektivene. Det å bygge broer mellom ulike behandlingsparadigmer ble fremhevet. Informanten begrunner nødvendigheten av en slik bred tilnærming til evaluering med at NPMF har et stort behov for dokumentasjon og at NPMF er i startfasen av et slikt arbeid.

Andre informanter fremhevet behovet for evaluering av hele behandlingsprosessen. De begrunnet det med at grunnlaget i PMF-tankegangen er å se helheten og ikke «delene» av pasienten. For disse var det helhetstankegangen som skilte faget fra tradisjonell fysioterapi. En informant ga uttrykk for at psykomotorisk fysioterapi kanskje prøver:

[...] å gå litt bort i fra det å evaluere enkelttiltak, i forhold til at vi vil se hele mennesket og ta med flere aspekter, i forhold til muskelspenninger, for eksempel

da. Som vanlig fysioterapeut så jobber du kanskje med den skulderen, og så er det det du gjør, mens vi liksom skal tenke litt annerledes i forhold til tilnærming og hvordan vi jobber da.

Slik det kommer frem er det altså ulike oppfatninger av hva som skal vektlegges i en evaluering, men at arbeidet med evaluering og dokumentasjon fortsatt er i startgropa og at videre arbeid er nødvendig. Et annet interessant punkt som kom frem i et av intervjuene var hyppigheten av evaluering. Mellomevaluering som et ledd i en behandlingsløp var noe en av informantene hadde god erfaring med. Det kom ikke frem på hvilken måte en slik evaluering ble gjennomført, bare at det var en evaluering etter ett gitt antall ganger og målet med en slik mellomevaluering for eksempel kunne være å: «[...] tydeliggjøre endringer, de er ofte underkommunisert fra pasientens side, og få frem hva har endret seg, på hvilken måte og hvordan. Og når du da går videre i behandlingen blir det tydeligere hva som er viktig å jobbe videre med». En slik mellomevaluering kan være en hjelp til å få klarhet i hvordan man legger opp behandlingen videre og unngå å jobbe inn i en blindvei.

Oppsummering

Kort oppsummert ga informantene uttrykk for at fagets kompleksitet gjør evaluering mer utfordrende. Evaluering var likevel viktig for å dokumentere innholdet i NPMF og videreutvikle feltet. Informantene hadde ikke en klar formening hva evaluering bør inneholde eller hvordan det skal gjennomføres. Det var i følge informantene store og vanskelige spørsmål å besvare. Informantene ga uttrykk for ulike praksis for hvordan evaluering gjennomføres i dag.

4.3 «Tverrfaglig samarbeid, NPMF som del av noe større»

NPMF, som en del av noe større

Alle informantene ga uttrykk for at det var viktig å være del av et tverrfaglig samarbeid. Det å være del av noe større, altså tilknyttet større miljøer, gir flere muligheter. Det var flere positive faktorer som ble trukket frem som for eksempel at det gir økt mulighet for forskning i en større skala, det bidrar til kunnskapsoverføring, og det er klinisk meningsfullt å være flere om samme pasient.

Det at så mange jobber privat er ikke nødvendigvis positivt for NPMF, og i følge en informant: «[...] så sager vi litt over vår egen gren med å gjøre det». Det kan for mange av de som jobber privat oppleves som man er litt alene om pasienten, også pasienter du absolutt

ikke burde være alene om. Det er ikke alltid like god flyt mellom behandlingslinjene og da kan det oppleves som man er litt på egenhånd.

Flere av informantene opplevde at det var få stillinger innenfor tredjelinjetjenesten og at dette er utsatte stillinger som lett blir kuttet fra budsjettene. Hvorfor det er slik var det flere teorier om. Det ble trukket frem at det samfunnsøkonomisk legges mer vekt på dokumentert effekt, NPMF er en liten gruppe med begrenset dokumentasjon på effekten av behandlingen og det er begrenset hvor godt kjent NPMF er både for fagpersoner og potensielle pasienter.

Synligheten til fagfeltet

Flere av informantene ga uttrykk for at det var varierende i hvilken grad NPMF var kjent. Vi er synlig gjennom pasientene, men en informant opplevde at psykomotoriske fysioterapeuter dessverre har blitt holdt mye utenfor psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Samtidig uttrykte flere at de opplevde at kroppen var mer akseptert og inkludert innen behandling av psykiske lidelser. Kroppen blir nå sett på som meningsbærende og viktig i behandling av psykiske lidelser. Det kan beskrives som en trend at man tenker mer helhetlig og inkluderer kroppen i behandling, i følge en av informantene. Likevel ga informantene uttrykk for at det i praksis var ulikt i hvilken grad kroppen ble inkludert, og da spesielt med tanke på NPMF som behandlingsform. Flere av informantene påpekte som sagt at det varierer i hvilken grad NPMF er kjent innen andre fagområder:

[E]nten så vet folk hva en psykomotoriker er... det er egentlig de færreste, eller så har de ikke peiling på hva det er for noe. De skjønner at vi er fysioterapeuter, men de skjønner på en måte ikke... de har liten kunnskap om hva... hvilken tilnærming vi har og hva vi har å tilby, i forhold til psykiatrien eller psykiske lidelser da. Så det tenker jeg jo... det tror jeg kanskje ligger mye hos oss, at vi ikke har greid å formidle det på en god nok måte, sånn utad.

Enkeltpersoner har klart å bygge opp nettverk som har gjort NPMF bedre kjent og akseptert i ulike faglige miljøer. I hvilken grad NPMF er synlig er derfor avhengig av den enkelte behandler og hvilke relasjoner personen har opparbeidet seg eller var opptatt av å skaffe seg. En av informantene trakk frem Gudrun Øvreberg som et eksempel på en som har klart å skape et positiv miljø, hvor NPMF er godt kjent. Det ble uttrykt av en informant at tverrfaglig samarbeid ikke er noe som det er «løftet høyest fane for» i psykomotorisk fysioterapi. Utsagnet bygger oppunder at synligheten til NPMF er personavhengig og at det dermed også kan være geografiske forskjeller, avhengig av hvor disse enkeltpersonene er lokalisert. Det

kan virke som hvor godt kjent NPMF er, avhenger av den enkelt PMF'er og i hvilken grad den enkelte selv arbeider for å være synlige.

På spørsmål om hvordan NPMF kunne synliggjøres ytterligere kom det frem at å jobbe med pasienter handler om mer enn behandlingsrommet. I følge en informant må man tørre å bevege seg også utenfor behandlingsrommet for å formidle hva en driver med. Faktorer som kan bidra til økt synlighet er å delta på ulike møter, skrive i media, økt forskning og engasjement i ulike politiske prosesser. NPMF kan synliggjøres på flere arenaer, og ikke bare gjennom pasienten. En informant uttalte at hun følte behov for at det ble laget en agenda fordi vi er «litt på kanten av stupet», og skal vi henge med som anerkjent helsepersonell må det en klar plan til. Dette ble uttrykt i sammenheng med kritikken som er kommet av NPMF hvor NPMF blir satt i bås med alternativ behandling.

Rolle i psykisk helsearbeid

Hvilke rolle NPMF har innen psykisk helsearbeid var et spørsmål som ga flere svar. Det kom blant annet frem at PMF'ere og andre faggrupper ikke nødvendigvis vurderer PMFs status likt. En informant påpekte:

[...]at vi er litt sånn ukjent mystisk gruppe, så jeg føler innenfor fysioterapi så er det litt på en måte, hva skal jeg si, forbund og de faglige miljøer, så føler jeg at psykomotorisk fysioterapi har ganske høy status. Så er jeg litt usikker på hvor godt fundert den statusen er. Hvis du kommer i andre gruppe altså i psykiatriske avdelinger eller noe sånt, så er det jo veldig personavhengig om de i det hele tatt har hørt om psykomotorisk fysioterapi.

Igjen påpekes det at kunnskapen om NPMF er tilfeldig. Man kan ikke ta for gitt at NPMF er kjent og akseptert blant andre faggrupper, selv om NPMF innad i fysioterapimiljøet har en viss status, ifølge informanten. Opplevelse av status og identitetsfølelsen til PMF'ere kan variere i følge en annen informant. Den samme informanten følte seg selv som en naturlig del av psykisk helsearbeid, men var usikker på om det var gjeldende for alle PMF'ere:

[J]eg tenker at ut fra både forskning og teori så tenker jeg at vi har en viktig stemme innenfor psykisk helsearbeid. Og jeg tenker at de siste årene så har man jo hatt en større oppmerksomhet på kropp rett og slett, at psykiske lidelser er veldig... en kroppsliggjøring også, og dette henger jo veldig godt i hop.

I forbindelse med dette utsagnet ble profesjonskamper trukket frem som en grunn til at PMFs identitet ble satt på prøve i tverrfaglig samarbeid. Det er mange som verner om sin kunnskap, også PMF'erne gjør det. Men i slike sammenhenger trodde informanten at PMF'ere kunne føle seg underlegne, og uttrykte at med økt akademisering får man kanskje mer muskler til å tørre å være med på tverrfaglige diskusjoner og snakker mer samme språk som andre helseprofesjoner gjør. En akademisering kan bidra til å styrke den faglige legitimiteten til NPMF ifølge informanten, og da ble språk og kommunikasjon trukket frem som en viktig faktor som kan påvirke det tverrfaglige samarbeidet.

I dag er det individuelt hvor godt man har lært seg: «[...] dette psykiatri-psykisk helsearbeidsspråket», og en informant trakk frem at NPMF har sitt eget «stammespråk» som fra gammelt av kanskje har vært med på å isolere NPMF. Formen på den tverrfaglige kommunikasjonen ble ikke fremhevet så spesifikt av de andre informantene, men det var, som tidligere nevnt, et savn etter noe å slå i bordet med i ulike situasjoner. Årsaken til at ingen andre spesifikt fremhevet kommunikasjon kan ha sammenheng med at det ikke ble stilt noen direkte spørsmål om kommunikasjon.

Ulike kunnskapsbehov innen NPMF

Tverrfaglighet handler også om hvordan PMF'ere utøver sitt fag. Flere informanter uttalte at det var nødvendig med tverrfaglig kunnskap for å være en god fagperson. Det innebærer at man kan tenke flere tanker samtidig. En informant uttrykte at en del av yrke også handler om å være biomedisinsk orientert og ha god patologisk kunnskap:

Er du den første som ser en føflekk som ikke er som den skal være for eksempel så bør du kunne vite om det, også sånne ting, [...] man må ikke glemme sin grunnleggende kunnskap, at vi ikke bare blir på følelser og pust som det vi kritiseres for å være, at vi kan være gode fagpersoner innebærer at vi favner fagfeltet vårt videre enn bare det psykomotoriske.

Behovet for denne tverrfaglige kunnskapen begrunnes av en annen informant med at psykomotoriske fysioterapeuter forholder seg til mennesker som sammensatte individer.

Oppsummering

Informantene belyste flere sider ved tverrfaglig samarbeid og hvilken rolle NPMF hadde i psykisk helsearbeid. Det var ingen klare motstridende meninger, men jeg opplevde at informantene la vekt på ulike sider når de beskrev tverrfaglighet, tverrfaglig samarbeid og

psykisk helsearbeid. Kommunikasjon og språk, og synlighet gjennom ulike fora ble ansett som viktig.

4.4 «Veien fremover for NPMF»

Kritikken av NPMF

Flere av informantene kjente til at NPMF nylig ble kritisert av Gundersen (2014) for å være «gurubasert» og for å mangle dokumentasjon på effekt. Han er ikke den eneste som har pekt på manglende dokumentasjon. Deler av kritikken opplevde flere av informantene som korrekt. Faget er basert på enkeltpersoner som har hatt stor betydning for fagets opphav, innhold og utvikling. Likevel blir det sagt av en informant at kritikerne av faget ikke har vurdert tilgjengelig forskning, eller det kan virke som kvalitativ forskning i deres øyne har liten verdi. Det har blitt satt spørsmålsteget ved hva PMF-behandling er og dokumentasjonen av det. Faget har en utfordring fordi enkelte plasserer NPMF i samme bås som alternativ behandling og som en informant uttaler, er det viktig å tydeliggjøre at det ikke er likegyldig om man går til NPMF eller for eksempel til en homeopat. En av informantene uttrykte at det er viktig å huske at PMF'ere har fysioterapiutdanning i bunn, hvor i hvert fall deler av teorigrunnlaget etter hvert er bedre dokumentert.

Innholdet i PMF-behandling

Flere av informantene uttalte at innholdet i NPMF kan variere og at det ikke er noen klare rammer for innholdet i behandlingen. En informant uttrykte bekymring for at enkelte PMF'ere inkluderer mange ulike behandlingsmåter i PMF-behandlingen som ikke nødvendigvis har bakgrunn i utdanningen. Denne sammenblandingen kan være uheldig i følge informanten:

[V]i må være forsiktige med, når vi driver med så mye forskjellig...[...] [som blant annet] reinkarneringskurs [...]det er sikkert vel og bra for noen, men kanskje ikke akkurat i denne sammenhengen... du kan ikke kalle det psykomotorisk fysioterapi, mener jeg da.

Innholdet i PMF-behandling er ikke klart definert og det kan tyde på at man jobber på ulike måter ut fra den kunnskapen eller interesser behandleren har. Ulike kunnskapskilder ble også fremhevet som noe positivt av flere av informanter, og noe de ønsket. Et inkluderende fagfelt er bra, uttrykte flere. Det ble ikke sagt noe om hvor grensene bør gå for hva som var greit eller ikke greit i en PMF-behandling. Behovet for en akademisering av faget kan kanskje likevel

være et uttrykk for å kartlegge nettopp dette. En akademisering kan være med på å sette en agenda for å se på innholdet i fagfeltet og dokumentasjon av behandlingen.

Utviklingen videre og primærkontakt

Flere trekker frem arbeidet som gjøres for å gjøre PMF'ere til primærkontakter² og hvilken betydning det vil kunne ha for faget. En primærkontakt har et større ansvar for pasienten gjennom muligheten til å sykemelde, og henvise videre til andre instanser. En informant uttalte at om PMF'ere vurderes til å være en viktig brikke i helsevesenet må det jobbes mot noen klare retningslinjer om hva faget skal inneholde.

Når det gjelder i hvilken retning NPMF skal utvikle seg videre, trakk flere av informantene frem at de synes det var viktig å se på NPMFs historie, hvordan det hele begynte og har utviklet seg. Men at man må ta historien med seg videre: «[...]og utvikle seg i takt med hvordan samfunnet utvikler seg også da... og [...]da blir det et skarpere øye på effekt og økonomi rett og slett fremover, og da må vi kunne vise til at vi har vår plass innenfor psykisk helsearbeid.» Det kan virke som faget i takt med samfunnets krav til dokumentasjon, går i retning av en videreutvikling av faget med økt fokus på dokumentasjon og forskning. Informantene gir uttrykk for at det er noe de synes er positivt og nødvendig for faget, men at det er utfordrende fordi pasienter er mennesker med individuelle behov.

Oppsummering

Informantene var enige i noe av kritikken om manglende dokumentasjon av NPMF og de mente det var viktig å imøtegå denne kritikken. Det ble nevnt at primærkontakt er noe som kan bli en aktuell rolle for NPMF, men at det da er behov for en klarere beskrivelse av innholdet i NPMF. Videre blir det sagt at utviklingen av faget må sees på gjennom historisk tilbakeblikk og samfunnets krav i dag. Informantene er positive til å videreutvikle faget, men er opptatte av å bevare pasientens individuelle behov.

4.5 Oppsummering av hovedfunn

Utgangspunkt for diskusjonskapittelet er funnene fra empirien, presentert i kapittel 4. Funnene vil bli belyst i sammenheng med oppgavens problemstilling som var å undersøke privatpraktiserende PMF'ere sine holdninger og erfaringer til kunnskapsbasert praksis. Følgende oppsummering av hovedfunnene danner grunnlaget for diskusjonen.

² Primærkontakt: gir rett til å sykemelde en gitt periode, henvise til andre spesialister og til bildediagnostikk.

- Den felles forståelse av kunnskapsbasert praksis er ikke entydig. Informantene hadde kjennskap til begrepet, men innholdet av hva som ligger i begrepet var ikke entydig. Utdanningen ble trukket frem som betydningsfull for forståelsen av KBP.
- Informantene så fordeler med KBP, men de problematiserer det også. De ga uttrykk for mangel på forskning, forskning som kunne være vanskelig å anvende og ikke i samsvar med pasientens ønske.
- Informantene uttrykte at evaluering er nødvendig, men at det finnes ulike måter å evaluere på. Det ble trukket frem både indirekte -og direkte evaluering. Pasientens utsagn og erfaring benyttes som evaluering av flere, og kroppsundersøkelsen ROK ble nevnt.
- Informantene uttrykte at det er mange fordeler med tverrfaglig samarbeid. I dag er det personavhengig i hvilken grad det gjøres. NPMFs status kan varierer, fra høy innad i faggruppen til lite kjennskap hos andre profesjoner.
- Informantene ga uttrykk for at faget står i startgropa med tanke på dokumentasjon og forskning, og at faget må henge med i samfunnsutviklingen for å imøtegå kritikk og krav om dokumentasjon. Det blir trukket frem at det også er nødvendig for å opprettholde statlig økonomisk støtte.

5 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres funnene fra empirien i lys av perspektivene det ble gjort rede for i det teoretiske rammeverket som ble presentert i kapittel 2. Utgangspunktet for studien var å belyse privatpraktiserende PMF'eres erfaringer og holdninger til KBP fra en praktikers ståsted.

I kapittelet anvendes NPTs fire hovedkategorier (May et al., 2009). NPT brukes vanligvis til å forstå implementering av konkrete intervensjoner. KBP er mer et sett av overordnede prinsipper, eller retningslinjer for praksis, likevel anser jeg NPT som et nyttig rammeverk for drøfting av mine funn. Det er en måte å systematisere diskusjonen av funn knyttet til problemstilling og forskningsspørsmål. NPT belyser hvilke faktorer som har betydning i en prosess hvor ny praksis skal implementeres inn i fagpersoners kliniske hverdag, så en kan også trekke parallell til «seks- stegsmodellen» som brukes i anvendelsen av KBP. De fire hovedkategoriene i NPT er: overordnet forståelse, kognitiv deltakelse, kollektiv handling og formell/uformell evaluering.

5.1 Overordnet forståelse

Som det fremgår av NPTs første kategori er en forutsetning for endring, en felles forståelse av begreper. I denne studien gjelder det begreper som NPMF og KBP.

En informant ga uttrykk for at ulike terapiformer blir inkludert i NPMF-behandling. Dette kan være uheldig fordi innholdet i hva NPMF er kan bli uklart for pasienter og samarbeidspartnere. Andre informanter ga uttrykk for det motsatte, at man må være åpen for ulike former for terapi, «mer inkluderende enn ekskluderende», som en informant uttrykte det. Forståelsen av hva NPMF skal inneholde er ikke entydig. Hvilken forståelse, kompetanse og interesse vi har av og innen NPMF-behandling er med på å forme den kliniske praksisen. En overordnet forståelse innebærer at utøverne har samme mål og forståelse av fordeler ved ny praksis. Det vil si at for å lykkes med å implementere ny praksis i NPMF må fagfeltet først bli enige om hva NPMF er og hva det skal inneholde. Alle må dra i samme retning. De som skal utøve ny praksis må se verdien i det som skal innføres, og se seg selv som en del av et større bilde.

Hvordan privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter forstår begrepet KBP og om de har en felles forståelse av begrepet er sentralt for anvendelse, videre innføring og utvikling av begrepet. Informantene uttrykte ulike oppfatninger og ga uttrykk for å ha ulike erfaringer

knyttet til KBP. Forståelsen av hva KBP er varierer blant informantene. Alle informantene var kjent med begrepet, men det som ble uttrykt viste at det ble lagt vekt på ulike deler av begrepet. Den svenske studien til Nilsgård og Lohse styrker oppfatning av at informantene ikke har en ensartet oppfatning av begrepet KBP (Nilsagård & Lohse, 2010). En informant uttrykt at sin oppfatning av KBP tidligere hadde vært at «forskningsbasert» ble vektlagt i større grad enn de andre komponentene i begrepet. I forbindelse med forberedelse til intervjuet hadde det blitt klarere for informanten at andre komponenter som klinisk erfaring og pasienterfaring er likestilt med «forskningsbasert kunnskap». Innholdet i begrepet har endret seg siden det først ble introdusert på 1980- tallet (Skårderud, 2013) og andre former av begrepet er siden introdusert (G. Jamtvedt & Hagen, 2015). Det kan være grunn til å tro at det ikke alltid er klart hvilke endringer som er gjort og hva endringen betyr i praksis.

Informantene ga alle uttrykk for et behov for å utvikle faget videre. De anså at det var nødvendig for at faget skal bestå i dagens helsevesen. Et dilemma som ble uttrykt var hvordan kunnskapsutviklingen skulle foregå og gjennomføres. I NPMF er pasientens rolle i behandlingen avgjørende, brukermedvirkning er alt etablert i behandlingsmetoden. Det ble uttrykt av informantene gjennom å vise til pasientens rolle blant annet i evalueringen av behandlingen. En problemstilling flere av informantene beskriver er hvordan evaluere og dokumentere det som skjer i behandling, uten at det påvirker behandlingen negativt. I tillegg ble den terapeutiske alliansen trukket frem som en faktor det kan være problematisk å dokumentere eller vurdere. I denne sammenheng kan KOR være et nyttig verktøy for å få belyst den terapeutiske alliansen.

I KBP er formålet, i et helseperspektiv, en kvalitetssikring av pasientbehandlingen som gis av helsearbeidere. KBP består som sagt av tre elementer hvor alle er anerkjent som viktige. Det kan tyde på at KBP som metode i kvalitetssikring og kunnskapsutvikling kan bli tydeligere i NPMF. Dette på bakgrunn av den overordnede forståelsen blant informantene om at noe mer må skje innen faget. Informantene bruker uttrykk som på «kanten av stupet» og «vi står i startgropa» for å illustrere det de mener. Hvilke erfaringer og holdninger privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter har med KBP som samlet gruppe er ikke undersøkt.

Det er også de som er kritiske til KBP og hvordan det fungerer i praksis. Den generelle kritikken av KBP handler blant annet om innholdet i kunnskapsbegrepet, og at RCT fortsatt regnes som «gullstandard» i noen kretser. Dette er problematisk fordi det i følge Ekeland (2008) og Rasmussen (2004) er en fare for at det utvikles «kokebokmedisin» og at evnen til å tenke selv blir redusert. I definisjoner av både EBM og KBP står det derimot at forskning

alltid skal vurderes og sees i sammenheng med klinisk erfaring og pasientens ønske, i den konteksten som er. En behandling skal ikke gjennomføres bare fordi det er «gullstandard». Eksempelet en av informantene uttrykte om behandling av svimmelhet illustrerer dette.

For å komme frem til hvordan faget skal utvikle seg, og om KBP er det man skal legge vekt på, må man først komme frem til hva man faktisk diskuterer. Hvis et begrep er uklart blir det vanskelig å diskutere og det kan føre til mange misforståelser slik som Tuntland påpeker i sin artikkel (Tuntland, 2009). For å ha en meningsfull debatt om KBP må man legge det samme til grunn i begrepet.

I oppgaven har jeg valgt å bruke kunnskapssenterets definisjon (Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenester, 2012), men definisjonen ble ikke presentert for informantene fordi jeg var interessert i å finne ut hva informanten selv la i begrepet. De hadde likevel muligheten til å forberede seg til tema fordi intervjuguiden ble sendt i forkant. En av informantene synes det var meningsfullt fordi det ga en sjanse til å sette seg inn i noe og førte til en ny bevissthet om innholdet i begrepet KBP.

Utdanningens betydning

Særlig en informant opplevde å få en større forståelse av begrepet KBP under sin videreutdanning i NPMF kontra på grunnutdanningen, og en annen informant ga uttrykk for frustrasjon over manglende dokumentasjon på videreutdanningen i NPMF. Informanten savnet en forklaring på hvorfor man for eksempel skulle gjøre den ene øvelsen og ikke den andre. Samlet ga informantene uttrykk for at utdanning var viktig for utviklingen av faget. Grunnlaget for fagets forståelse dannes på utdanningen, derfor kan det være viktig å se på de ulike utdanningsarenaene og undersøke om man kan skape noe mer felles. Hvordan samarbeider utdanningsstedene? Har de den samme forståelsen av faget og KBP begrepet? Bør det etterstrebtes å implementere begrepet mer likt på de ulike utdanningene, ikke for å ta bort kritisk tenking, men for å skape en felles plattform som man kan bruke til å referere til når man vurderer hva som er god praksis? I dag jobbes det for å gjøre NPMF utdanningen om til en masterutdanning i Oslo, i tillegg til den som er i Tromsø.

I en 10-års-plan (2005-2015), utformet Sosial- og helsedirektoratet en nasjonal strategi for å forbedre kvaliteten på tjenester. Navnet på strategien er «Og bedre skal det bli» (HOD, 2005). Med strategien følger anbefalinger for hvordan man kan forbedre seg (Hage, 2006). I rapporten viser de at det er mange gode intensjoner, men at dette ikke alltid er nok, og at brukere opplever kvalitetssvikt. Utdanningen har en sentral rolle og gis et stort ansvar for

kvalitetsforbedring. «Enhver utøver av sosial- og helsefaglige tjenester skal utdannes til å utøve brukerorienterte tjenester som medlem av et tverrfaglig team, med vekt på kunnskapsbasert praksis, kvalitetsforbedring og informasjonsteknologi.» Dette er anbefalingenes visjon for sosial- og helseutdanning (Hage, 2006). Det finnes ingen tilgjengelig informasjon om status for strategien da jeg kontaktet utgiverne av strategien 19.2.2015.

Er KBP «keiserens nye klær»?

En av informantene uttalte at det å jobbe KBP ikke nødvendigvis var ulikt slik mange jobber i dag, selv om mange kanskje ikke tenker bevisst over om de jobber kunnskapsbasert eller ikke. Kanskje er det mange som tror de jobber kunnskapsbasert, men som ikke gjør det. Det kan synes at en opplevelse av at man jobber «kunnskapsbasert» kan hindre KBP i praksis., men hva som skiller det å jobbe kunnskapsbasert fra slik en eventuelt arbeider er ikke entydig. En av forutsetning for endring av praksis er erkjennelse av behovet for ny kunnskap. Assimilasjon eller en holdning som «dette er jo det vi alt gjør» kan hindre kunnskapsutvikling og endring av praksis. Hvis KBP oppleves som «keiserens nye klær» vil klinikere tenke at de alt gjør det som skal til for å arbeide kunnskapsbasert og da en utfordring for implementering av KBP. Det kan tenkes mer bevissthet om KBP vil føre til at man oppdager at det kan være en forskjell fra KBP og slik en arbeider. En slik oppdagelse vil kunne skape behov for endringer i klinisk praksis, behov for ny kunnskap og bidra til å stimulere til flere typer for forskningen innen NPMF. Kritikken mot NPMF gjelder ikke bare mangel på forskning, men også på variasjonen av type forskning. I følge «evidencehierarkiet» til CEBM er forskningen i NPMF på et «lavt» nivå da ingen RCT er gjennomført. Hvis praksis skal endres må det oppleves et behov blant PMF'ere for ny kunnskap, og kunnskap fra ulike kunnskapskilder.

En av informantene ga uttrykk for en opplevelse av at mange PMF'ere ikke holdt seg faglig oppdatert og at de jobbet slik de alltid hadde gjort. Informanten nevner en hektisk hverdag og mangel på tid som mulig årsak. Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi har blant annet opprettet en facebookside hvor det daglig deles informasjon relatert til fagfeltet. Dette er et tiltak som en av informantene opplever som en fin måte å få oversikt over hva som rører seg i fagfeltet. Dette er en tidsbesparende og enkel måte å dele kunnskap, og det kan vekke interesse for å oppsøke ny kunnskap. Det er en slags «dugnad» i kunnskapsdeling, og en god måte å gjøre ny kunnskap tilgjengelig og kjent. Dagens teknologi gjør kunnskap mer tilgjengelig, for eksempel ved bruk av smarttelefon hvor man raskt kan søke og innhente informasjon. Slik får man et raskt overblikk og det kan skape grunnlag for interesse til videre

kunnskapssøk. De som ikke er tilknyttet slike faglige nettverk vil miste denne kunnskapsdelingen. Andre årsaker til manglende faglig oppdatering kan kanskje være «type» forskning, hvis forskningen ikke oppleves som nyttig eller anvendbar vil den ikke blir anvendt. Derfor er det viktig å løfte frem praksisnær forskning, og da må klinikere være med å bidra med innspill på hva som oppleves som nyttig i praksis. Informantene ga uttrykk for at de savnet mer og ulike typer forskning innen faget, og det synes nå å være en økende trend i å produsere siden det i dag blant annet er flere masterstudier og doktorgradstudium innen helsevitenskap.

I dag er det mye informasjon å finne om KBP. Kunnskapssenteret tilbyr kurs og utdanning i hvordan praktiserer KBP (Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2012), og begrepet er til stadighet med i fagartikler, politiske dokumenter og media. Det kan se ut som det er behov for en klargjøring av innholdet i begrepet, da det kan virke som det fortsatt er forskjellige oppfatninger om innholdet i KBP.

5.2 Kognitiv deltakelse

Som redegjort for tidligere er NPMF historisk sett en relativt ung fagtradisjon. Faget er i stor grad basert på noen få personer som har utviklet faget gjennom å bruke sine egne erfaringer. Informantene ga uttrykk for at de savnet noe mer enn det erfaringsbaserte. Det at noen personer hadde utviklet faget var flott, men det ble også uttrykt et behov for noe mer konkret, «noe å slå i bordet» med. Generelt har det vært mye innen fysioterapifaget som er erfaringsbasert, men i nyere tid har man i større grad hatt fokus på dokumentasjon og forskning. Kognitiv deltakelse handler om hvilke forutsetninger NPMF har for å implementere ny praksis. Det handler om fagets struktur, organisering og om det er nøkkelpersoner som har betydning for gjennomføring av praksisendring. Det må skapes en interesse og felles forståelse blant utøverne om hvilke handlinger som er nødvendige for implementeringen av ny praksis. Innen NPMF er det personer som jobber med å videreutvikle faget og gjøre det mer konkret. Berit Heir Bunkan er en av de som har jobbet med fagfeltets utvikling i mange år, gjennom forskning og informasjonsdeling. Det er viktig å huske at forskning, særlig på et «høyt» nivå både er tid- og ressurskrevende (Berit Heir Bunkan, 2008).

I dag stilles det større krav til helseaktører om dokumentasjon på innholdet i behandling. Informantene uttrykte et behov for mer dokumentasjon. Økt faglig dokumentasjon kan bidra til større anerkjennelse og kunnskap om NPMF, slik at det ikke blir oppfattet som en mystisk

gruppe, slik en av informantene uttrykte det. Det vil også kunne gjøre kunnskapen mindre «personavhengig» slik flere informanter trakk frem.

Informantene i denne oppgaven er PMF'ere som jobbet eller hadde erfaring fra å jobbe i privatpraksis. Det å jobbe privat innebærer at man bærer alt ansvar for behandling og driften av eget selskap. Man tilhører ikke noen organisasjon med retningslinjer som påvirker behandlingen direkte. På offentlige arbeidsplasser, for eksempel et sykehus, har man prosedyrer og retningslinjer som sier hvordan en skal forholde seg til ulike problemstillinger og pasienter. Selvfølgelig må privatpraktiserende PMF'ere forholde seg til norske lover og regler, men de har stor frihet i hvordan de legger opp sin arbeidshverdag. Det innebærer at de selv må ta aktive valg om å implementere ny kunnskap i praksis. Som selvstendig næringsdrivende følger det med mange oppgaver; man er sin egen sjef, i egen bedrift, med ansvar for alt fra økonomi, drift, markedsføring og dokumentasjon til innkjøp og fakturering. Dette kan være en av utfordringene ved implementering av ny kunnskap i klinisk praksis. Man får ikke betalt i kroner og øre for å gjøre for eksempel artikkelsøk, og det er ingen «sjefer» som pålegger det, eller noen som tar ansvaret for faglig oppdatering. For at private praktiserende PMF'ere skal implementere KBP må det trolig være meningsfullt og de må forstå hvorfor det er nødvendig. Kritikken av NPMF har kanskje vekket et «forsvars- og overlevelsesinstinkt» blant PMF'ere. Dette kan bidra til at man ser behovet av å styrke kunnskapsgrunnlaget av flere grunner. Både for å styrke sin faglige identitet, men også som en aktør i den samfunns- og helsepolitiske debatten. Kunnskapsutvikling vil oppleves som meningsfullt fordi det kan skape «noe å slå i bordet med», som en av informantene savnet.

5.3 Kollektiv handling

Det kan synes at for privatpraktiserende PMF'ere vil det mest kollektive for dem være utdanningen og fagforeningen. I følge NPT er en av forutsetningene for at implementering av ny praksis skal lykkes at det skapes en kollektiv ansvarsfølelse av at en intervensjon er nyttig og nødvendig. Det er kroppen som er utgangspunktet i all PMF-behandling, men likevel kom det frem av informantene at det kunne varieres hvordan PMF-behandling ble praktisert. Dette kan skyldes ulik kompetanse, interesse og arbeidsplass. Som helsepersonell må man alltid følge norske lover og man er pliktig til å utføre faglig forsvarlig arbeid, men hva som er faglige forsvarlig kan vurderes forskjellig.

I en artikkel på «psykiskhelsearbeid.no» (Evensen, 2014) blir Terje Ogden referert da han hadde et innlegg om implementering av ny kunnskap under et seminar. Han uttalte følgende:

Praktikerne blir ikke alltid overbevist av data, eller forskningsresultater som viser effekt av nye behandlingsmodeller. Deres beslutninger om å ta i bruk ny praksis er som regel basert på at noen kan fortelle en god historie, en som har erfart metoden, en film eller en kasusbeskrivelse. For å få praktikerne motivert må vi bruke historier, anekdoter, eller andre praksisnære metoder (Evensen, 2014).

Her kommer det frem aktuelle betraktninger som kan være gjeldende for privatpraktiserende PMF'ere. Hvordan forskningen presenteres er betydningsfull for klinikers motivasjon til å anvende ny kunnskap. Det er viktig at det skapes et ønske om å implementere ny kunnskap i praksis. NPMF er et praktiskfag som allerede baserer mye av sin kunnskap på erfaring. Hvordan det kollektivt kan skapes en interesse for ulike former for forskning er interessant. Utdanning og faggrupper kan være avgjørende for å skape en kollektiv følelse. KBP vil kunne gi noe kollektive retningslinjer som kan være en hjelp i systematisk kunnskaps utvikling av faget. Kunnskap som er satt i system kan oppleves sikrere både for en terapeut, i møte med pasienten og i møte med andre fagmiljøer som man samarbeider med. NPMF er et praktisk fag hvor man jobber med ulike mennesker. Felles rammer kan være en hjelp i den kliniske praksisen. Å implementere kunnskap fra forskning til praksis kan være utfordrende og ikke nødvendigvis enkelt. Flere av informantene har gitt utsagn som sier noe om kompleksiteten i å tenke kunnskapsbasert og ivareta pasienten, men KBP inneholder elementer som ivaretar dette. Forskning kan tilsi en bestemt behandling, men andre faglige vurderinger kan føre til at behandlingen anses uegnet for den enkelte pasienten. Det må alltid gjøres en faglig vurdering basert på alle komponentene i KBP. KBP handler om å komme frem til beste behandling basert på tilgjengelig kunnskap. Hvis ikke pasienten ønsker en type behandling blir det som en informant sier «et overgrep hvis man gjennomfører tiltaket». Teori og kunnskap må kunne omsettes til hverdagen med pasienter, hvis den skal ha noen verdi i praksis.

Det kan tenkes at hvis utdanningsinstitusjonene innen faget og for eksempel faggruppa for psykomotorisk fysioterapi kan skape en kollektiv opplevelse, at man står samlet og drar i samme retning, vil det trolig gi positive ringvirkninger inn i den kliniske praksisen. Selv om man sitter på «sin lille tue» slik en informant uttrykte, vil man oppleve å være del av noe større. Fagmiljøet i NPMF er lite og bør derfor stå samlet, selv om det skal være rom for forskjeller. Det å skape noe kollektivt kan skje på flere nivåer. Informantene trakk frem kollegaveiledning og den psykomotoriske faggruppa i NFF som positivt. Kunnskapscenteret snakker om fagringer som en måte å skape et kollektivt samarbeid om for eksempel kunnskapsutveksling og utvikling. Gjennom slike grupper kan ansvaret fordeles. Da vil det

være flere som holder liv i KBP gjennom kunnskapsutveksling og refleksjon rundt de seks stegene i KBP. Slike samlingspunkter kan derfor være viktig hvis man tenker utvikling av faget videre. En samlet faggruppe vil gi mer styrke til å vise frem fagets kvaliteter.

KBP inneholder seks trinn som henger sammen i en kjede: refleksjon, spørsmålsformulering, litteratursøk, kritisk å vurdere, anvende og evaluere. For å arbeide kunnskapsbasert må man anvende disse elementene i den kliniske hverdagen. Det handler blant annet om å benytte tilgjengelig vitenskapelig forskning som publiseres. Flere informanter ga uttrykk for manglende forskningsbasert kunnskap, det var noe de savnet i det å kunne arbeide kunnskapsbasert. Innen NPMF er forskning fortsatt mangelvare, selv om mengden forskning har økt de siste årene. Det er fortsatt behov for mer og ulik type forskning ifølge informantene. Det er viktig å huske at forskning er søken etter nye «sannheter», og det som er god kunnskap i dag er ikke nødvendigvis det om fem år. Flere av informantene påpeker at forskning innen NPMF er komplekst og inneholder mange nyanser. Det er fordi samspillet mellom mennesker er så forskjellig og i NPMF skal man ta hensyn til dette. Informantene var positive til den forskningen som nå gjøres og det ble også stilt spørsmål om vi kunne se mer til utlandet for større mengde og bredde i tilgjengelig forskning.

Er det slik at enten må NPMF tilpasse seg de stadige kravene om dokumentert effekt og bli mer vitenskapelig, eller så forblir NPMF en mer alternativ udokumentert behandlingsform? I følge kritikere av faget (Gundersen, 2014; Malt, 2003, p. 420) kan ikke NPMF fritas fra forskning hvis faget skal være en seriøs helseaktør. Men de som er utøvere av NPMF kan være med på å påvirke og ta en aktiv del i hva de ønsker at det forskes på. En måte å finne frem til felles og interessante forskningsspørsmål er gjennom Delphi- metoden. Metoden baserer seg på at eksperter på et fagområde, i dette tilfelle privatpraktiserende PMF'ere, samler seg om en beslutning gjennom en flere prosessrunder. Formålet med metoden er å forene individuelle meninger til felles enighet som beslutninger kan bygges på. Det kan for eksempel gjøres ved at det gjennomføres spørreskjema som skal besvares anonymt og skriftlig, slik at alle våger å si sin mening (Kunnskapssenteret.com, 2014). Gjennom flere slike runder skal alle svarene samordnes og tilslutt vil man komme frem til noe felles om for eksempel hva det bør utvikles mer kunnskap om, problemstillinger og forskningsspørsmål. Det kan bidra til mer praksisbasert forskning, siden det skapes et forum hvor forslag om hva det bør forskes på kommer frem. Ved å inkludere klinikernes synspunkter kan forskningen bli mer praksisnær og kanskje oppleves lettere anvendelig. Faggruppen i PMF kunne være en tenkt aktør til å initiere en gjennomføring ala Delphi- metoden.

De ytre rammene vil også påvirke kollektiv handling og implementering av ny praksis slik en av informantene antydte. Ventelistene til PMF-behandling er ofte lange og flere PMF'ere strekker seg langt for å ta inn pasienter til behandling. Det kan føre til at egen fag- og kunnskapsutvikling blir nedprioritert, noe som er svært uheldig. Prioriteringsnøkkelen kan være et godt hjelpemiddel for PMF'ere når det gjelder ventelistene, men det fjerner trolig ikke problemet med lange lister. Implementere av KBP hos privatpraktiserende PMF'ere kan også ses på i sammenheng med de økonomiske rammene. Årsaken er det økonomiske ansvaret, utgiftene og tap av inntekt de privatpraktiserende PMF'erne har for eksempel ved kurs, fagutvikling på arbeidsplassen og hospitering. NFF har fond for etter- og videreutdanning (Fysiofondet), og det ble trukket frem som positivt av en informant. Den økonomiske støtten kan skape mulighet for kunnskapsutvikling. Ytre rammer som gode økonomiske vilkår og tilretteleggelse for kompetanseutvikling kan tenkes å bidra til ønske om å forske og evaluere egen praksis.

5.4 Formell/uformell evaluering

Informantene uttrykte et behov for mer dokumentasjon av faget. Det ble uttrykt et ønske om noe mer «å slå i bordet» med. Kunnskapsutvikling handler om å innhente informasjon som gir kunnskap og evaluering handler om å innhente nødvendig informasjon fra det man ønsker å undersøke. Det finnes ulike verktøy som brukes til å evaluere, evaluering kan skje på flere nivåer, i en enkelt behandling, i en større sammenheng, variere i tidsperiode og det kan innhentes både formell og uformell informasjon. Hvis det innhentes systematisert data fra flere innen NPMF har man mulighet til å si noe spesifikt om NPMFog behandlingen. Evaluering kan gi grunnlag for felles refleksjon, læring om hvilke retning et fag skal fortsette i og kanskje en endring i praksis (Dalby). Evaluering av praksis er også del av «seks-stegsmodellen» i sirkelen for KBP (Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenester, 2012). Det handler om å tilegne seg kunnskap om noe, i dette tilfelle NPMF-behandling.

Evaluering i dag

Informantene ga flere svar på hvordan det evalueres innen NPMF som verken var motstridende eller entydige: «sånn gjør vi det». Det som ble nevnt var «Den Resursorienterte kroppsundersøkelsen» (ROK). Det er en omfattende og systematisk undersøkelsesmetode som brukes i evaluering, enten som helhet eller deler av den. Det finnes også andre undersøkelsesmetoder som kan brukes, men det var ROK som ble nevnt spesifikt av informantene og som kanskje er den mest kjente innen NPMF i dag. Men om ROK blir brukt

av alle er ikke undersøkt. Flere av informantene oppga pasientens evaluering som viktig og betydningsfull, og ser man på definisjonen av KBP er pasientens stemme et av elementene i det å arbeide KBP. Informantene uttrykte at pasientens tilbakemeldinger var en måte de evaluerte på, men denne måten å evaluere på ble også problematisert av flere. For hvordan formidler pasientene sin opplevelse av behandlingen? Er det et konkret pasientutsagn som uttrykker følelser og opplevelser, eller uttrykkes det taust gjennom kroppsspråk som må tolkes av behandler? Og hvordan tolker behandlere denne tause kunnskapen? Thornquist (2012) omtaler kroppen som en undervurdert kunnskapskilde, og at dette er en av svakhetene i kunnskapsdebatten innen helsefag. Hun argumenterer med at man bruker sin egen kropp til å sanse det som ikke blir sagt. Da sanser man med sin egen kropp, blant annet er man sensitiv til de endringene som skjer i muskulaturen gjennom å bruke kroppen. Kliniske erfaringer setter seg i kroppen derfor er det avgjørende å koble kropp og kunnskap for forståelsen i helsefaglig virksomhet (Thornquist, 2012, p. 36). Når man jobber ut i fra pasienters egen evaluering kan man ikke unngå at det blir subjektive tolkinger av det som formidles. Det som kalles taus kunnskap kan være vanskelig å beskrive eller konkretisere, og blir da «usynlig» kunnskap. Pasienten er ikke alltid bevisst det de opplever eller de kan mangle ord til å formidle det. Hvordan vi får tilgang til denne kunnskapen og gjøre den mer tilgjengelig kan være interessant for NPMF. Kanskje er en metode å bryte det Borg og Karlson (2013) kaller for taushetsregime, og få fagfolk til systematisk å dokumentere hva de gjør, også det som av andre profesjoner ikke blir sett på som viktig.

I NPMF-behandling er hovedskillet om pasienten skal ha støttende eller omstillende behandling. En slik vurdering baseres på anamnese og undersøkelse. Overgangen mellom undersøkelse og behandling er ofte glidende fordi man jobber med prosess og refleksjon i samspill med pasienten. Denne arbeidsmåten kan komplisere evalueringen og kan gjøre at evalueringen blir usystematisk og subjektiv. Flere informanter tok opp relasjonens betydning i behandling og hvor avgjørende relasjonen er for resultatet i en behandling. En terapeut kan bruke den behandlingen som er best dokumenterte på effekt i behandling, men hvis ikke pasienten er mottakelig vil ikke behandlingen fungere. Evalueringsverktøyene i KOR (Ulvestad et al., 2012) inkluderer pasienten og relasjonene. Kan evalueringsverktøyene i KOR være et bidrag til deler av evalueringen i NPMF? Ideen bak KOR er en systematisk kunnskapsutvikling som har fokus på brukeren (pasienten) og som er enkel å bruke og å forstå. De som har utviklet KOR (Ulvestad et al., 2012) har laget forenklede skjemaer som kan brukes på både voksne og barn. De legger vekt på pasientens stemme inn i behandling og hvordan de opplever en behandling.

Det kan se ut som det i PMF-behandling i dag evalueres og vurderes kontinuerlig, men at den ofte er usystematisk, ubevisst og unntatt offentlighet. Gjennom erfaring har det vært vist at hvis terapeuter skal benytte evalueringsskjemaer må det kun ta noen få minutter hvis det skal bli gjennomført (Ulvestad et al., 2012, p. 57). Dette ga også en informant uttrykk for. De evalueringsverktøyene som var kjent for informanten var for omfattende til at det ble brukt i hverdagen. Det er ingen hjelp i å ha evalueringsverktøy hvis de ikke oppleves som anvendbare i den kliniske praksisen. Kunnskapen om evaluering kan være forskjellig fra terapeut til terapeut. Kanskje er det også evalueringsverktøy som ikke er kjent og som kan benyttes lettere. Hvilke evalueringsverktøy som brukes kan også være varierende ut fra kompetanse, tidligere erfaringer og tilfeldigheter.

Felles plan

Det kan evalueres på flere nivåer, i en enkeltbehandling, og i en større sammenheng. Hvis det innhentes systematisert data fra flere har man mulighet til si noe spesifikt om faget og behandlingen og kanskje hvor veien går videre. Det kan gi grunnlag for felles refleksjon og læring.

Informantene ga uttrykk for et behov og ønske om å evaluere og dokumentere av flere grunner. Gjennom evaluering og teoretisk gjennomtenkning sørger en for at kunnskap videreutvikles. Hvis man ikke kritisk reflekterer over det man gjør, og alle kun handler på rutine som terapeut, vil fagfeltet risikere en stagnasjon i kunnskapsutvikling og det vil være i utakt med samfunnsutviklingens krav til dokumentasjon og kunnskapsgrunnlag. For å skape interesse for kritisk tenkning og evaluering kan fokus på praksisbasert forskning være noe som bør løftes frem. Det kan gi en rød tråd mellom praksis, teori og forskning som en av informantene var positiv til. Det kan gjøre det spennende for flere, og vil trolig bidra til å holde liv i fagets utvikling.

Med dagens krav til dokumentasjon er fokus på evaluering og dokumentasjon. Systematisk evaluering og dokumentasjon kan styrke NPMFs faglige identitet også inn i fremtiden. Med dokumentasjon kan man lettere argumentere for sin rolle både ovenfor andre faggrupper, men også samfunnspolitisk og økonomisk. Som eksempel kan kommunene kreve dokumentasjon for å gi økte midler til driftstilskudd eller for å beholde en stilling.

Det finnes ingen felles plan for hvordan evaluering gjennomføres i dag, derfor er det også naturlig at praksisen kan være ulik hos de privat PMF'erne. På bakgrunn av dette trenger kanskje NPMF å utvikle en felles plan for evaluering? Er det andre yrkesgrupper som jobber

med lignende komplekse pasienter som NPMF kan lære av? Hvis en felles plan for evaluering er noe som er ønskelig bør det være mulig å utforme dette for eksempel gjennom utdanning og faggruppen for PMF.

5.5 Oppgavens styrker og svakheter

Oppgaven kan ikke sies å være representativ for hele fagfeltet fordi fem informanter er for få. Det var få informanter som meldte seg til studiet, og de informantene som meldte seg var de fem som ble inkludert i oppgaven. De fem informantene hadde et engasjement for faget, og kan derfor tenkes å være bias, slik at funnene ikke kan generaliseres til alle privatpraktiserende PMF'ere. I studien var også et av inklusjonskriteriene at informantene jobbet eller hadde erfaring fra å jobbe som privatpraktiserende PMF'er. Det innebærer at PMF'ere som jobber i det offentlige ikke er representert i studien. Utvalget og antall informanter er derfor en svakhet og gjør at funnene ikke er generaliserbart for hele faggruppen. Imidlertid er det en styrke at blant de fem informantene er kvinner og menn jevnt fordelt og alder og arbeidserfaring varierer fra kort til lang tid.

Oppgaven har vært en læringsprosess og jeg ser stadig ting som kunne vært gjort annerledes. Med tilbakeblikk ville jeg gjort rekrutteringen av informanter på en annen måte. Ved en annen anledning ville jeg kontaktet aktuelle informanter direkte gjennom epost eller post. På en slik måte hadde jeg hatt oversikt og bedre kontroll på hvem som hadde fått forespørsel slik at jeg kunne fulgt opp forespørselen. Som fersk forsker opplevde jeg også gjennomføring av intervjuene som utfordrende. Intervjuene kunne vært bedre med flere oppfølgingsspørsmål og mere åpne spørsmål. Likevel opplevde jeg at for hvert intervju fikk jeg mer erfaring noe som var med på å utvikle meg i en positiv retning. Alle intervjuene brakte noe inn i oppgaven.

Å forske på eget fagfelt kan både være en styrke og en svakhet ved oppgaven. Styrke fordi jeg kan mye om gruppen jeg forsker på og svakhet fordi jeg kan ha blindsoner og være farget av min forforståelse av faget. I løpet av studieperioden har jeg reflektert over hva i min forforståelse som kan påvirke påliteligheten og gyldigheten i studien. Det er ikke mulig å nullstille seg helt fra forforståelsen, men jeg har forsøkt å være bevisst den og sette min forforståelse i parentes slik at studien ikke skal være farget av den. Tjoras (2012) SDI metode var en hjelp i å sikre at empirien kom fra det innhentede materialet og ikke fra min forforståelse.

Gjennom å beskrive hva og hvordan oppgaven er blitt til, har jeg forsøkt å gjøre oppgaven transparent (Tjora, 2013). Dette for å styrke påliteligheten i oppgaven. Gyldigheten til funnen

er som sagt begrenset til å gjelde informantene som deltok i studien. Men andre vil kunne kjenner seg igjen i det som er formidles og på den måten kan oppgaven ha det Tjora (2013) kaller naturalistisk generalisering.

6 Videre forskning og avsluttende kommentar

6.1 Videre forskning

Oppgaven viser at det finnes åpenhet og vilje til å styrke kunnskapsgrunnlaget blant privatpraktiserende PMF'ere. Grunnet det lave antallet informanter og avgrensning til kun å gjelde de som jobbet i privatpraksis, kan man imidlertid ikke slutte at dette er gjeldende for fagmiljøet generelt. Bredere forskning om spørsmålene som diskuteres i oppgaven hadde vært positivt, og et funn, som selv ut fra et lavt antall informanter er betydningsfullt, er at det er en forutsetning for en fruktbar diskusjon at man har en felles forståelse av begrepet KBP. Informantene er alle enige om at det er behov for å utvikle faget, og at et større tverrfaglig miljø kan bidra positivt til kunnskapsutvikling innen NPMF. Det er positivt for fagets fremtidige utvikling.

Hvilke evaluerings- og dokumentasjonsmetoder som benyttes og hvorfor, og hvordan en systematisk kunnskapsutvikling kan gjennomføres og utvikles uten at det som oppleves unikt ved faget går tapt, er eksempler på spørsmål som med fordel kan gjøres til gjenstand for videre forskning. Det hadde vært interessant å søke svar på disse spørsmålene gjennom for eksempel Delphi-metoden blant en større gruppe PMF'ere. Både blant dem som jobber som privatpraktiserende og de som jobber i det offentlige. En slik studie kunne dra nytte av et tverrfaglig perspektiv, hvor erfaringer gjort av andre faggrupper og -retninger, som har produsert mer forskning enn PMF, trekkes inn i analysen. Et eksempel er kunnskap innen nevrobiologi som gjennom blant annet Brodal har blitt tilgjengelig og kjent for fysioterapeuter. Dette er kilder til teori og forskning som kan knyttes til NPMF's teorigrunnlag.

6.2 Avsluttende kommentar

Problemstillingen i oppgaven er hvordan privatpraktiserende PMF'ere beskriver sine holdninger og erfaringer til KBP. Informantene i studien har bidratt til økt innsikt i problemstillingen, selv om funnene ikke kan generaliseres til alle PMF'ere. Funnene tyder på at kunnskapsutvikling er ønskelig og nødvendig innen NPMF, men at det fortsatt er ulike

oppfatninger om hva som er den «viktigste» kunnskapen. Bildet av elefanten innledningsvis illustrerer at det er stor forskjell på helheten versus stykkevis og delt, noe som kan gi mange ulike oppfatninger. Hver for seg er delene viktige, men det er også viktig å se enkeltdelene i et større bilde for å forstå helheten. Ved å samarbeide om noe felles og ved å snakke samme «språk» kan det være lettere å se helheten.

KBP er et verktøy som kan brukes i systematisk kunnskapsutvikling. Derfor er det viktig at forståelsen av begrepet er godt kjent og innarbeidet. Det trenger ikke være motsetningsfylt å være privatpraktiserende PMF'er og samtidig jobbe kunnskapsbasert. KBP kan bidra til refleksjon av praksis. NPMF er en spesiell behandlingsmetode hvor noen av behandlingsprinsippene kan komme i konflikt med dagens samfunnsutvikling, en utvikling som har fokus på effekt, effektivitet og kostnad. Et eksempel på en konflikt er at tid er viktig i den psykomotoriske behandlingsprosessen, fordi møtet med en behandler som tar seg tid til pasienten kan ha egenverdi i seg selv og positivt påvirke behandlingsresultatet. En slik holdning til tid kan oppleves som motstridende med kravene generelt i samfunnet, men samfunnsutviklingen er noe NPMF må forholde seg til blant annet fordi det mange privatpraktiserende PMF'ere som får økonomisk støtte gjennom driftstilskudd og HELFO³. Gjennom systematisk kunnskapsutvikling, hvor evaluering og dokumentasjon er viktige elementer, kan man forsøke å sette ord på det man gjør i behandling, inkludert den tause kunnskapen og få med pasientens synspunkter ved å bruke evalueringsverktøy som KOR. Med slik dokumentasjon kan man lettere argumentere for sitt kunnskapssyn også ovenfor andre helseprofesjoner.

Kritikken som har vært rettet mot NPMF har også hatt en positiv side, og har styrket faget gjennom å ha skapt engasjement og debatt. Viktige spørsmål om fagets innhold har blitt satt på dagsorden, og bør diskuteres for at veien videre for NPMF skal kunne stakes ut.

³ HELFO: Helseøkonomiforvaltningen

Litteraturliste

- ABD, & HOD. (2013). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)*. Oslo: Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/rapporter/2013/oppfolgnarbogpsykhelse.pdf?id=2155420>.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapede virkelighet* Bergen: Fagbokforlaget.
- BMJ Group. (2012). Shared Decision Making. from <http://sdm.rightcare.nhs.uk>
- Bordvik, M. (2013). Bent Høie frir til pasientene [Press release]. Retrieved from <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/bent-hoie-frir-til-pasientene/>
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(5), 452-459.
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvale, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiother Res Int*, 15(4), 212-221. doi: 10.1002/pri.462
- Brinkmann, S., og Tanggard, L. . (2010). *Kvalitativ metode-En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brodal, P. (2015). *Læring og nervesystemets plastisitet, Relasjon til fysioterapeuters praksis?* . Paper presented at the Fysikongressen, Lillestrøm.
- Bunkan, B. H. (1997). *Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF), Tradisjonen under og delvis etter Aadel Bülow-Hansen og Trygve Braatøy*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Bunkan, B. H. (2001). [Psychomotor physiotherapy--principles and guidelines]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121(24), 2845-2848.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bunkan, B. H. (2015). *Fra Wilhelm Reich til Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen- tradisjoner i Norge, utvikling fra interessegruppe til akademisk utdanning i årene 1956-2006*: ABM-media As.
- Bunkan, B. H., Ljunggren, A. E., Opjordsmoen, S., Friis, S., & Moen, O. (2004). Development of body examinations - en overview. *Fysioterapeuten*, 10.
- Collaboration, T. C. (2015). About us. from <http://www.cochrane.org/about-us>
- Dalby, K. Hva er evaluering? , from https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/kampanjer/kvalitetskommuner/foredrag/pulje4/hva_er_evaluering_kristen_dalby.pdf
- Dragesund, T. (2012). " Development of a Self-report Questionnaire in the Context of Norwegian Psychomotor Physiotherapy".
- Ekeland, T.-J. (2008). Evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 406-407.
- Ekeland, T.-J. (2011). Ny kunnskap – ny praksis, Et nytt psykisk helsevern.
- Ekeli, B.-V. (2002). *Evidensbasert praksis, snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Tromsø: Høgskolen i Tromsø, Eureka Forlag.
- Ekeli, B. V. (2000). With "evidence-based physiotherapy" backwards into the future? [Med "kunnskapsbasert fysioterapi" baklengs inn i framtiden?]. *Fysioterapeuten*, 67(10), 21-26.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. [Massage as interaction and a source of information]. *Advances in Physiotherapy*, 50(2), 137-144.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2008). Breathing: a sign of life and a unique area for reflection and action. *Phys Ther*, 88(7), 832-840. doi: 10.2522/ptj.20070316
- Engelstad, J., & Engedal, K. (2004). *Psykiatrici, kunnskap, forståelse, utfordringer* (Vol. 2). Gjøvik: Akribe.

- Evensen, G. H. (2014). Implementering av ny kunnskap i psykiskhelsetjeneste. Retrieved 02.02.2015, from <http://psykiskhelsearbeid.no/content/8368/Implementering-av-ny-kunnskap-i-psykisk-helsetjeneste>
- Fadenes, B., Leira, K., & Brodal, P. (2011). *Læringsnøkkelen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Faiz, K. W. (2014). VAS – visuell analog skala. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 3. doi: 10.4045/tidsskr.13.1145
- Fysiofondet. (u.å.). Fysiofondet. Retrieved 30.04.2015, from www.fysiofondet.no
- Fysioterapeutforbund, N. (2012). Samhandling. from <http://www.fysio.no/FAG/Samhandlingsreformen>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen, fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gretland, A. (2013). "Evidence-based physical therapy": Still no good answers to basic questions. ["Kunnskapsbasert fysioterapi": Fortsatt uten gode svar på grunnleggende spørsmål]. *Fysioterapeuten*, 80(1), 26-28.
- Gundersen, K. (2014). *Snåsakoden: en kunnskapsbasert guide til alternativ*. Oslo: Aschehoug.
- Hage, I. e. a. (2006). *...og bedre skal det bli! Bli med å forme morgendagens sosial- og helsetjenester.* Retrieved from http://www.ogbedreskaldebli.no/237/6_SHdir_SFK_Styrke_Forbedringskunnskapen.pdf.
- Helsepersonelloven. (1999). -07-02 nr 64: .
- Heneghan, C. (2015). Introduction to Evidence-Based Practice from <http://www.cebm.net/resources/cebm-presentations/>
- HIBU, H. i. B. (2010-2014). *Studieplan 2010-2014, MAster i klinisk helsearbeid*
- HOD. (2005). *Og bedre skal det bli- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjeneste*. (IS-1162).
- HOD. (2009). Brukermedvirkning. Retrieved 25.09, 2009, from <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>
- HOD. (2011). *Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/?docId=STM201020110016000DDDEPIS&q=kunnskapsbasert%20praksis&navchap=1&ch=1>.
- HOD. (2014). *Samhandlingsreformen i kort form*. Regjeringen.no: Regjeringen.no Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>
- Holmen, H. (2014). from https://snl.no/teorier_om_kunnskap
- ICPPMH. (2015). The International Conference of Physical therapy in Psychiatry and Mental Health. Retrieved 01.05., 2015, from <http://www.icppmh.org/>
- Jamtvedt, G., & Hagen, K. B. (2015). Brukermedvirkning og kunnskapsbasert fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 2, 30-33.
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2003). *Kunnskapsbasert fysioterapi; metoder og arbeidsmåter* Gyldendal Akademiske.
- Jamtvedt, G., Hilde, G., & Risberg, M. A. (2000). Kunnskapsbasert fysioterapi. *Fysioterapeuten*(1).
- Jamtvedt, G., & Rösberg, A. (1999). Norwegian physical therapists' relation to the professional information deluge. [Norske fysioterapeuters forhold til den faglige informasjonsflommen]. *Fysioterapeuten*, 66(3), 10-16.
- Jevne, J., & Christoffersen, S. (2015). Det finnes ikke evidens for fysioterapi. *Fysioterapi i privat praksis*, 2.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid, Humane og sosiale perspektiver og praksiser* (1 ed.). Oslo: Gyldendal.
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *St.Meld.13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-13->

20112012/id672836/?docId=STM201120120013000DDDEPIS&q=kunnskapsbasert%20praksis&navchap=1&ch=4.

- Kunnskapssenteret.com. (2014). Delphi-metoden. from www.kunnskapssenteret.com
- Kvale, S. o. B. S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (Vol. 2): Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvåle, A., Bunkan, B. H., Ljunggren, A. E., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2010). Comparison of two examination methods from Norwegian psychomotor physiotherapy: GPE-52 and CBE. [Sammenligning av to undersøkelsesmetoder innen psykomotorisk tradisjon: GFM-52 og DOK]. *Fysioterapeuten*, 77(2), 24-32.
- Lindvåg, D. (2013, 21.11.13). Nytt doktorgradsstudium i helsevitenskap. *Nyheter*. from <http://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Nytt-doktorgradsstudium-i-helsevitenskap>
- Lindvåg, D. (2014). Første RCT på effekt av psykomotorisk fysioterapi. Retrieved 02.04.2015, from <http://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Forste-RCT-paa-effekt-av-psykomotorisk-fysioterapi>
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var...*, *Psykisk helse:Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt Retrieved from <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>.
- Malt, U. F., Retterstøl, Nils og Dahl, Alv A. (2003). *Lærebok i psykiatri* (2 ed.). Oslo: Gylendal.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn, fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- May, C., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., . . . Montori, V. M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation Science*, : doi:10.1186/1748-5908-4-29, 4(29).
- May, C., Murray, E., Finch, T., Mair, F., Treweek, S., Ballini, L., . . . Rapley, T. (2010). Normalization Process Theory On-line Users' Manual and Toolkit. Retrieved 19 februar, 2015, from <http://www.normalizationprocess.org/>
- Meld. St.34. ((2012 - 2013)). *Meld. St.34, Folkehelsemeldinge, God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>.
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse?* : Universitetsforlaget.
- NFF. (2012). Hva er fysioterapi? , from <http://www.fysio.no/nff/Fysio/FAG/Hva-er-fysioterapi>
- NFF. (2013). Avtaler, ASA4313 (2013-2014). from <http://www.fysio.no/>
- NFF. (u.å.). Videreutdanninger og Mastergradsprogram. from <http://www.fysio.no/ORGANISASJON/Faggrupper/Psykomotorisk-fysioterapi/Kurs-videreutdanning-og-fagutvikling/Videreutdanninger-og-Mastergradsprogram>
- Nilsagård, Y., & Lohse, G. (2010). Evidence-based physiotherapy: A survey of knowledge, behaviour, attitudes and prerequisites. [Evidence-based physiotherapy: A survey of knowledge, behaviour, attitudes and prerequisites]. *Advances in Physiotherapy*, 12(4), 179-186.
- Nordheim, L. (2008). Hvordan finne forskningsbasert kunnskap: En oversikt. *Ergoterapeuten (Oslo)*, 1. Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (u.å.). Frykt for bevegelse (Tampa Scale for Kinesiophobia). Retrieved 03.04.2015, from <http://utdanning.kognitiv.no/smerter>
- NRKTV. (2012). Folkeopplysningen. *Folkeopplysningen, sesong 1 og 2*. tv.NRK.no: NRK1.
- Proprofs. (2015). The Blind Men And The Elephant.
- Rasmussen, K. (2004). Evidence-based medicine and clinical practice, Does it work? In I. S. Kristiansen & G. Mooney (Eds.), *Evidence-based Medicine In its place*. (pp. 160). London/New York: Routledge. Retrieved from <http://eprints.kmu.ac.ir/2225/1/Evidence-Based%20Medicine%20in%20its%20Place.pdf>.
- redaksjonen, L. a. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 5(2), 102.

- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't *BMJ*, 312:71.
- Senter for kunnskapsbasert praksis, & Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenester. (2012). Kunnskapsbasert praksis. Retrieved 19.02.2015, from <http://kunnskapsbasertpraksis.no/>
- SHD. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. (ISBN: 978-82-8081-077-3). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>.
- SHD. (2006). *...og bedre skal det bli!Bli med å forme morgendagens sosial- og helsetjenester. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, innsatsområdet. STYRKE FORBEDRINGSKUNNSKAPENS Plass i sosial- og helsefaglige utdanninger. Arbeidsgruppens anbefalinger til delmål og tiltak*. Sosial- og helsedirektoratet.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, Svein og Stänicke, Erik. (2013). *Psykiatriboken, Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stokes, E. (2015). Paper presented at the Fysiokongressen 2015, Lilleström, Norway.
- Sundelin, G. (2010). Aspects on Evidence-Based Physiotherapy []. *Advances in Physiotherapy*, 12(4), 177-178.
- Sundsford, A., & Simonsen, G. S. (2012). Antibiotikaresistens: Fra akademisk curiositet til folkehelseproblem. from <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/antibiotika/antibiotikaresistens#>
- Thornquist. (2012). *Vitenskapsteori og Vitenskapsfilosofi for helsefag*.
- Thornquist, & Bunkan. (1986). *Hva er psykomotorisk fysioterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tjora, A. (2013). *Kvalitativ forskningsmetode i praksis* (2.utgave, 2 opplag ed.).
- Tuntland, H. (2009). Reflections on criticism against evidence-based practice. [Betraktninger om kritikken mot kunnskapsbasert praksis]. *Ergoterapeuten (Oslo)*, 52(3), 22-27.
- Tvedten, N. (2013). Øvelse gjør mester, Erfaringens betydning som kunnskapskilde i fysioterapeuters bevegelsespraksis. *Fysioterapeuten*(nr.6 2013).
- Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A. G., & Fjellstad, T. (2012). *Klienten-den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- WCPT. (2003). Evidence Based Practice – an overview Retrieved 02.04.2015, from <http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-EBP-Overview.pdf>
- Westerlund, H. (2012). *Mer enn Bare Ord? Ord og begreper i psykisk helsearbeid*, . Skien
- Trondheim: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid,.
- WHO. Health. Retrieved 02.04.2015, from <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
- WHO. Mental health. Retrieved 02.04.2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Wyller, T. B. (2001). A more evidence-based physiotherapy? (editorial). [En mer kunnskapsbasert fysioterapi?]. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 121(24), 2799.
- Øyen, N. (2007). Spedbarn skal sove på rygg – en epidemiologisk suksesshistorie *Norsk Epidemiologi* (2); 17(2), 121-125.
- Aabakken, L., Aabakken, B., Öfsti, L., Schröder, R., & Wilhelmsen, T. (1991). Psychomotor physical therapy - the patients' starting-point and their evaluation of the therapeutic result. [Psykomotorisk fysioterapi - pasientenes utgangspunkt og deres vurdering av behandlingsresultatet]. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 111(13), 1619-1623.
- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg"...,vitenskapsteori i helse og sosialfag* (3.utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1.: CEBM- hierarki skjema

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence

Question	Step 1 (Level 1*)	Step 2 (Level 2*)	Step 3 (Level 3*)	Step 4 (Level 4**)	Step 5 (Level 5)
How common is the problem?	Local and current random sample surveys (or censuses)	Systematic review of surveys that allow matching to local circumstances**	Local non-random sample**	Case-series**	N/a
Is this diagnostic or monitoring test accurate? (Diagnosis)	Systematic review of cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Individual cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Non-consecutive studies, or studies without consistently applied reference standards**	Case-control studies, or poor or non-independent reference standard**	Mechanism-based reasoning
What will happen if we do not add a therapy? (Prognosis)	Systematic review of inception cohort studies	Inception cohort studies	Cohort study or control arm of randomized trial*	Case-series or case-control studies, or poor quality prognostic cohort study**	N/a
Does this intervention help? (Treatment Benefits)	Systematic review of randomized trials or n-of-1 trials	Randomized trial or observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control studies, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the COMMON harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials, systematic review of nested case-control studies, n-of-1 trial with the patient you are raising the question about, or observational study with dramatic effect	Individual randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study (post-marketing surveillance) provided there are sufficient numbers to rule out a common harm. (For long-term harms the duration of follow-up must be sufficient.)**	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the RARE harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials or n-of-1 trial	Randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect			
Is this (early detection) test worthwhile? (Screening)	Systematic review of randomized trials	Randomized trial	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning

* Level may be graded down on the basis of study quality, imprecision, indirectness (study PICO does not match questions PICO), because of inconsistency between studies, or because the absolute effect size is very small; Level may be graded up if there is a large or very large effect size.

** As always, a systematic review is generally better than an individual study.

How to cite the Levels of Evidence Table

OCEBM Levels of Evidence Working Group*. "The Oxford 2011 Levels of Evidence".

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>

* OCEBM Levels of Evidence Working Group = Jeremy Hawick, Iain Chalmers (James Lind Library), Paul Glasziou, Trish Greenhalgh, Carl Heneghan, Alessandro Liberati, Ivan Moschetti, Bob Phillips, Hazel Thornton, Olive Goddard and Mary Hodgkinson

Vedlegg 2.: Oversikt over databaser, søkeord og treff – høst 2012

Søkeord:	PubMed	PEDro	SveMed+	Googelscholar
Psychomotor physiotherapy:	994	3	34	6690
Norwegian Psychomotorphysio therapy;	14	0	2	1120
Norwegian Psychomotor physiotherapy effect	2	0 (3 hvis jeg tar bort Norwegian)	0	701
Norwegian Psychomotor physiotherapy treatment and effect	2	0 (3 hvis jeg tar bort Norwegian)	0	869
Norsk Psykomotorisk fysioterapi:	0	0	8	315
Psykomotorisk fysioterapi behandling:	0	0	8	276
Psykomotorisk fysioterapi behandling og effekt.	0	0	0	204
Kunnskapsbasert fysioterapi:	0	0	134	340
Kunnskapsbasert psykomotorisk fysioterapi:	0	0	3	53

Vedlegg 3.: Eksempler fra analyseprosessen

Utsagn	Empirinær kode	Kategori	Teoretisk perspektiver
Jeg tenker mye på kunnskapsbasert som forskningsbasert [...]Og har blanda de begrepa litt i forhold til innholdet, og så har jeg nå forstått det sånn at kunnskapsbasert, det blir brukt som en sum av tilgjengelig forskning, egen erfaring og pasientbidrag... hvordan pasienten forholder seg. Og sånn har vi jo på en måte alltid jobba.	Tenkt mye på KBP som forskningsbasert Blanda begrepene i forhold til innholdet KBP sånn vi på en måte alltid har jobba	«KBP – forstår man det samme?»	EBM KBP NPMF NPT
Altså det ene er jo liksom å være i en samtale med pasienten og se hvordan forløpet har vært. Men hvis man skal tenke mer vitenskapelig så stiller jeg mange spørsmål om hvordan man skal evaluere. Der finnes det ulike metoder, og hva er det vi evaluerer ved PMF?	Samtale med pasienten om behandlingsforløpet Vitenskaplige spørsmål om hvordan evaluere Hva evaluerers vi i PMF?	«Evaluering – behov for en felles plan?»	KBP NPMF Brukerkunnskap KOR
så jeg håper jo at kanskje gjennom en type akademisering som vi har begynt på så får vi kanskje litt mer muskler til å tørre å være med på sånne tverrfaglige diskusjoner, at vi snakker litt samme språk som andre helseprofesjoner gjør da... om det er sykepleiere, eller leger eller psykologer som jobber innenfor disse feltene, innenfor psykisk helsearbeid.	Gjennom akademisering mer muskler i tverrfaglig diskusjoner Snakker litt samme språk som andre helseprofesjoner	«Tverrfaglig samarbeid, NPMF som del av noe større»	KBP NPMF KOR SDM
vi er litt på kanten av stupet føler jeg, men jeg tror nok hvis vi skal henge med, som helsefagpersonell, så tror jeg vi er nødt til å gjøre noe, altså vi må sette en agenda.	Litt på kanten av stupet Skal vi henge med som helsepersonell må vi sette en agenda	«Veien fremover for NPMF»	KBP NPT NPMF

Vedlegg 4.: Godkjenning Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Deede Gammon

Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning Oslo Universitetssykehuset
P.b. 4959 Nydalen
0424 OSLO

Vår dato: 24.01.2014

Vår ref: 36990 / 2 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.01.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

36990	<i>Psykomotorisk fysioterapi: kunnskap, praksis og fremtidsperspektivet sett fra praksisfeltet</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Deede Gammon</i>
Student	<i>Emilie Hagelsteen Dalelid</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 melde skjemaet, 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, 01.09.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Emilie Hagelsteen Dalelid emiliehd@gmail.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

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

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

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Psykomotorisk fysioterapi: kunnskap, praksis og fremtidsperspektiver sett fra praksisfeltet. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Ansvarlig for gjennomføring: Emilie Hagelsteen Dalelid, psykomotorisk fysioterapeut, masterstudent innen psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud.

Faglig veileder: Deede Gammon, seniorforsker ved Oslo Universitetssykehus (OUS).

Bakgrunn og formål

Hovedformålet med oppgaven er å bidra til økt bevissthet om kunnskapsbasert fysioterapi innenfor psykomotorisk fysioterapi (PMF). Hensikten er å bidra til økt kunnskap om effekten av psykomotorisk fysioterapi og de utfordringer det kan være å evaluere behandlingen.

Min problemstilling er:

Hvordan beskriver psykomotoriske fysioterapeuter utfordringer ved å utvikle og benytte metoder som kan vise effekt av behandlingen?

Prosjektet er en masteroppgave knyttet til masterstudiet i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud. Studien gjennomføres på privat grunnlag uten eksterne tilknytninger. Jeg bruker kvalitativ metode og vil gjennomføre individuelle dybdeintervjuer. Utvalget i studien er psykomotoriske fysioterapeuter som jobber i privat praksis eller som har erfaring fra å jobbe i privat praksis. Rekrutteringen vil foregå gjennom opplysninger fra Norsk fysioterapeuters forbunds faggruppe for PMF, søk på Gule sider, og ved hjelp av «snowballeffekten» som vil si at en som kjenner en, kontakter en annen, osv. Målet er å rekruttere minimum 3 informanter.

Hva innebærer deltakelse i studien?

De som samtykker til å delta i studien vil bli intervjuet individuelt. Intervjuet vil ta ca. 1-2 timer og vil foregå der det er ønskelig for informanten. Jeg vil foreslå noen datoer for selve intervjuet, og informanten kan velge det tidspunktet som passer best. Intervjuene vil gjennomføres i løpet av mai 2014. Informanten vil få tilsendt en intervjuguide på forhånd, slik at temaet i intervjuet er kjent. Intervjuet vil være semistrukturert.

Samtykkeerklæringen med kontaktinformasjon må signeres og leveres før intervjuet. Det kan enten sendes i posten, da vil porto bli refundert, eller det kan tas med til selve intervjuet.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd i sin helhet. I etterkant av intervjuet vil opptaket bli transkribert og analysert.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun undertegnede som vil ha tilgang til personopplysningene. Du vil være anonym i studien. Dine meninger og utsagn skal

ikke kunne identifiseres av utenforstående. Sitater som kan knyttes opp til personer og avsløre identitet vil bli omskrevet.

Lydfilene og intervjuet vil være innelåst i en safe og bli oppbevart der til prosjektet er ferdig. Kodeliste og navneliste vil bli holdt adskilt fra øvrig data og lagres i en annen safe enn lydbåndet. Planen er at prosjektet skal avsluttes 1.9.14. Personopplysninger og annen identifiserbar informasjon vil bli slettet senest 1.9.14. Ingen andre enn undertegnede har tilgang til disse opplysningene.

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, kan du be om at alle dine utsagn blir slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Emilie Hagelsteen Dalelid, telefonnummer: 975 12 883, e-post: Emiliehd@gmail.com.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Emilie Hagelsteen Dalelid

Samtykke til deltakelse i studiet: Psykomotorisk fysioterapi: kunnskap, praksis og fremtidsperspektiver sett fra praksisfeltet.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Kontaktinformasjon:

- Navn med blokkbokstaver: _____
- E-postadresse: _____
- Telefonnummer: _____
- Alder: _____
- Fylke: _____
- Antall års arbeidserfaring som fysioterapeut: _____
- Antall års arbeidserfaring som psykomotorisk fysioterapeut: _____

Intervjuguide

Tema:	Dynamisk:
<p>Kunnskapsbasert fysioterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> • kunnskapsbegrepet 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke erfaringer og tanker har du om kunnskapsbasert fysioterapi? • Hva vil du anse som troverdig og god kunnskap? • Hvilke utfordringer opplever du i det å arbeide kunnskapsbasert? • Hvordan opplever du det å anvende teori og forskning i praksis? • Hvordan vil du beskrive en ideell praksis? Er det motsetninger mellom det og kunnskapsbasert praksis?
<p>Evaluerings og dokumentasjon av praksis og effekt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke erfaringer og tanker har du om evaluering av psykomotorisk behandling? • Hvilke tanker har du om det å evaluere effekt på enkelttiltak (feks. massasje) versus, den totale behandlingsprosessen?
<p>Den faglige legitimiteten til Norsk Psykomotorisk fysioterapi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke tanker har du om utviklingen av faget fremover? • Hvilke beskrivelser vil du gi om tilhørigheten til PMF innen psykisk helsearbeid?
<p>Eventuelt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Noe annet som bør nevnes avslutningsvis?