



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Norske krigsveteraners erfaringer fra behandling i psykomotorisk fysioterapi

Anne-Marthe Øfstaas

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi
HEL-3901

Mai 2020

FORORD

Reisen gjennom denne utdanningen og skriveprosessen med denne oppgaven har vært både krevende og spennende. Med nye perspektiver opplever jeg en faglig så vel som personlig reise – den har gitt meg både innsikt og utsikt. Jeg er takknemlig for disse tre innholdsrike årene i Tromsø, og for alle dere på utdanningen som har beriket dem.

Først og fremst takk til informantene som stilte til intervju. Takk for at dere ønsket å dele deres historier og erfaringer, uten dere ville oppgaven aldri blitt til.

Til min veileder Cathrine Boge-Olsnes, tusen takk for dine innspill og tilbakemeldinger som stadig har drevet prosessen med oppgaven fremover.

Takk til Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte. Jeg vil også takke min arbeidsplass, jeg er takknemlig for tilrettelegging og tiden jeg er tildelt for å fullføre studiet og denne oppgaven.

Jeg vil takke svigermor for språklig assistanse og korrekturlesing. Ikke minst til alle dere rundt meg; takk for motiverende ord, tålmodighet og omsorg. Det har betydd mye for meg. Endelig skal jeg komme ut av min egen boble og være mer tilstede sammen med dere. Jeg begynte skriveprosessen på denne oppgaven som frøken Kristiansen, og skal nå levere den som fru Øfstaas. Til mannen min, takk for tålmodigheten gjennom disse tre årene. Ikke minst, takk for at du har delt dine historier som har inspirert meg til å skrive om temaet for oppgaven.

Rena, 13. mai 2020

Anne-Marthe Øfstaas

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Studiens hensikt var å belyse hvilke erfaringer norske krigsveteraner gjør seg i psykomotorisk behandling. Målet med studien var å frembringe ny kunnskap, da det ikke tidligere er skrevet om krigsveteraner som har benyttet psykomotorisk fysioterapi som behandlingsmetode for kroppslige plager.

Metode: Det er i denne studien benyttet kvalitativ metode, med semistrukturert intervju som metode for innsamling av data. Informantene er tre krigsveteraner som har benyttet psykomotorisk fysioterapi som behandlingsmetode. Data ble analysert ved bruk av temaanalyse.

Sammenfatning av resultater: Av analysen fremkom tre hovedtemaer med undertemaer:

- **Kroppskontakt og kroppslig endring:** Økt bevegelighet og endring i spenningstilstand, kroppskontakt og kroppslige fornemmelser, helhetsforståelse – kropp og sinn.
- **Bevisstgjøring av pusten:** Direkte pusteøvelser, fokus på pusten for egen regulering.
- **Det relasjonelle samspillet:** Terapeuten som samtalepartner, den anerkjennende terapeuten, danne felles forståelse.

Informantene opplevde kroppskontakt og kroppslig endring gjennom behandlingen. Resultatene viser at de i ulik grad opplever at spenningene endres og hvordan kontakt med kroppen oppleves. Informantene opplevde endring i spenning fordi det var god tid i behandlingen, gjennom strekk, massasje, berøring og bevisstgjøring av spente muskler. De har alle hatt fokus på pusten i ulik grad, gjennom at terapeuten har invitert dem til å kjenne på egen pust. To av informantene forteller om hvordan fokus på pust har hjulpet dem, enten med å finne ro eller lette innsovning. Informantene beskriver viktigheten av anerkjennelse fra terapeuten gjennom samtale og handlinger. De beskriver ulike situasjoner hvor de er usikre eller ikke ser hensikten med tiltakene som gjøres i behandlingen. Noen av erfaringene fra behandlingen har de også overført til dagliglivet.

Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, krigsveteran, veteran, kroppskontakt, kroppslig endring, bevisstgjøring pust, det relasjonelle samspillet

ABSTRACT

Background: The purpose of this study was to elucidate the experiences of Norwegian war veterans in psychomotor physiotherapy. The aim of the study was to generate new knowledge as there is no previous literature existing of war veterans using psychomotor physiotherapy as a treatment method for their physical symptoms.

Method: The study had a qualitative approach with semi-structured interviews as a method for data collection. The informants were three war veterans who received psychomotor physiotherapy as a method of treatment. Data were analysed using theme analysis.

Summary of results: The analysis resulted in three main themes with sub themes:

- **Body contact and bodily change:** Increased mobility and change of tension, body contact and body sensation, state of body and mind.
- **Breathing awareness:** Directly focus of breathing, self-regulation of breathing.
- **Interaction in the relation:** The therapist as a partner of conversations, the aware therapist, experience common understanding.

The informants did experience change in body contact and bodily change throughout the treatment. The results show that they in various degree, detected change of tension and how they experience body contact. The informants experienced changes in muscle tension during the treatment because there was plenty of time in the therapy sessions, through stretching, massage, touch and awareness of muscle tension. The informants have all had focus on breathing as the therapist encouraged this. Two of the informants tells that focus on breathing has helped them either to calm down or in relation to falling asleep. The informants report the importance of an aware therapist that gives recognition throughout conversations and actions. They describe different situations where they are insecure or are unable to see the purpose of the measure being taken in the treatment. Some of their experiences from the treatment they have transferred into daily life.

Key words: Psychomotor physiotherapy, war veteran, body contact, bodily change, breathing awareness, interaction in the relation

Innholdsfortegnelse

1	<u>INNLEDNING</u>	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	FORSKNINGSSPØRSMÅL	1
1.3	NORGES DELTAKELSE I KRIG OG VETERANENES PSYKISKE HELSE	1
1.4	STUDIENS RELEVANS	2
1.4.1	I ET SAMFUNNSPERSPEKTIV	2
1.4.2	KUNNSKAPSBEHOVET I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI	3
1.5	TIDLIGERE FORSKNING	3
1.6	OPPGAVEN OPPBYGNING	5
2	<u>TEORI OG BEGREPSAVKLARING</u>	6
2.1	BEGREPSAVKLARING	6
2.1.1	KROPPSKONTAKT	6
2.2	NORSK PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI	7
2.2.1	HISTORIE	7
2.2.2	PSYKOMOTORISK BEHANDLING	7
2.3	FENOMENOLOGI OG RASJONALISME	9
2.3.1	KROPPSFENOMENOLOGI	10
2.4	DEN SOSIALE KROPPEN	11
2.4.1	BOURDIEUS <i>HABITUS</i>	11
2.4.2	FOUCAULT OM MAKT	11
3	<u>METODE</u>	13
3.1	KVALITATIV METODE	13
3.1.1	INTERVJU SOM FORSKNINGSMETODE	13
3.1.2	UTFORMING AV INTERVJUGUIDE	13
3.2	UTVALG	14
3.2.1	INKLUSJONSKRITERIER	14

3.2.2	REKRUTTERING.....	14
3.3	DATAINNSAMLING.....	15
3.3.1	INTERVJUSITUASJONEN.....	15
3.3.2	ERFARINGER FRA INTERVJUSITUASJONEN.....	16
3.4	TRANSKRIBERING.....	17
3.5	ANALYSE.....	18
3.5.1	TEMAANALYSE.....	18
3.5.2	ANALYSEPROSESSEN.....	19
3.6	METODISKE OVERVEIELSER.....	20
3.6.1	FORFORSTÅELSE.....	21
3.6.2	UTVALG.....	21
3.6.3	ANALYSE.....	22
3.6.4	RELIABILITET, VALIDITET OG OVERFØRBARHET.....	22
3.7	FORSKNINGSETISKE FORHOLD.....	23
4	<u>RESULTATER.....</u>	25
4.1	PRESENTASJONSFORM.....	25
4.2	PRESENTASJON AV INFORMANTENE.....	25
4.3	KROPPSKONTAKT OG KROPPSLIG ENDRING.....	26
4.3.1	ØKT BEVEGELIGHET OG ENDRING I SPENNINGSTILSTAND.....	26
4.3.2	KROPPSKONTAKT OG KROPPSLIGE FORNEMMELSER.....	27
4.3.3	HELHETSFORSTÅELSE – KROPP OG SINN.....	28
4.4	BEVISSTGJØRING AV PUSTEN.....	29
4.4.1	DIREKTE PUSTEØVELSER.....	29
4.4.2	FOKUS PÅ PUSTEN FOR EGEN REGULERING.....	30
4.5	DET RELASJONELLE SAMSPILLET.....	31
4.5.1	TERAPEUTEN SOM SAMTALEPARTNER.....	31
4.5.2	DEN ANERKJENNENDE TERAPEUTEN.....	31
4.5.3	DANNE FELLES FORSTÅELSE.....	32
5	<u>DRØFTING.....</u>	35
5.1	OPPLEVELSE AV KROPPEN.....	35

5.1.1	KROPPSKONTAKT.....	35
5.1.2	DISTANSE TIL EGEN KROPP	36
5.2	EMOSJONER OG FØLELSER	38
5.3	PUSTEN	40
5.4	DET RELASJONELLE SAMSPILLET	42
5.4.1	TERAPEUTEN SOM SAMTALEPARTNER.....	42
5.4.2	DEN ANERKJENNENDE TERAPEUTEN	43
5.5	FORSTÅELSE AV PROSJEKTET PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI.....	44
5.5.1	DANNE FELLES FORSTÅELSE.....	44
5.5.2	VIKTIGHETEN AV Å DANNE FELLES FORSTÅELSE	46
6	<u>AVSLUTNING.....</u>	48
	Referanseliste.....	50

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og informert samtykke

Vedlegg 3: Eksempel koding og kategorisering

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I mitt arbeid som praktiserende fysioterapeut i tilknytning til en militærleir har jeg møtt flere soldater og krigsveteraner. Norske statsborgere som har tjenestegjort for det norske forsvaret i en internasjonal operasjon defineres som veteran (Forsvaret, 2019). I oppgaven benyttes begrepene krigsveteran og veteran om hverandre. Min erfaring er at flere av veteranene oppsøker fysioterapi for sine kroppslige plager, og flere rapporterer også om søvnevansker og stressplager. Veteraners psykiske helse omtales nærmere i kapittel 1.3. Jeg ble nysgjerrig på om dette er en gruppe som oppsøker psykomotorisk fysioterapi, og i så tilfelle, hvilke opplevelser de har av denne behandlingsformen for sine kroppslige plager. Valg av tema for oppgaven ble derfor veteraner i psykomotorisk fysioterapi. Jeg ønsker å bruke dette temaet til å øke egen forståelse av fagfeltet psykomotorisk fysioterapi (PMF). Ved å belyse erfaringer fra psykomotorisk behandling sett i et pasientperspektiv, håper jeg at dette kan bidra til utvikling hos meg som terapeut. Det er generelt skrevet mye om veteraner, men aldri om veteraner som har benyttet psykomotorisk fysioterapi som behandlingsmetode. Målet med studien vil derfor også være å frembringe ny kunnskap.

1.2 Forsknings spørsmål

Hvilke erfaringer gjør norske krigsveteraner seg i psykomotorisk behandling?

1.3 Norges deltakelse i krig og veteranenes psykiske helse

Norge har bidratt i 100 internasjonale operasjoner siden 1947, og over 100 000 soldater har deltatt i disse operasjonene (Forsvaret, 2012, 2016). Per i dag er det rundt 39 000 veteraner som siden 1978 har deltatt i internasjonale operasjoner (Forsvarsdepartementet, 2020). På bakgrunn av erfaringene fra internasjonale operasjoner er det gjennomført undersøkelser som blant annet omfatter veteraners psykiske helse. Et eksempel på disse undersøkelsene er UNIFIL-undersøkelsen fra 2016, hvor psykisk helse er kartlagt hos veteranene som tjenestegjorde i FNs Libanon-operasjon UNIFIL. I undersøkelsen synliggjøres det at forekomsten av psykiske lidelser hos norske veteraner som har deltatt i operasjoner i UNIFIL, er 12,4 prosent. Forekomsten er lik eller lavere enn i den øvrige befolkningen (Forsvaret,

2016). Afghanistanundersøkelsen har kartlagt psykisk helse hos norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan i perioden 2001-2011. I denne rapporten viser resultatene at en andel av veteranene har psykiske helseplager fire år etter at de kom hjem fra tjenesten. Til tross for dette trekker også mange frem at de har opplevd tjenesten positivt og at de har vokst på denne, mens andre opplever stressplager, angst, depresjon og andre psykiske helseplager i ettertid. I Afghanistanundersøkelsen er spørreskjemaet PTSS-10, som handler om stressplager, benyttet. En måned etter hjemkomst rapporterte 38 % av veteranene om «anspenhet i kroppen» i dette spørreskjemaet (Forsvaret, 2012). I UNIFIL-rapporten brukes det samme spørreskjemaet. På spørsmålet rundt «anspenhet i kroppen i dag» svarer 40 % på dette at de har «litt», «en del» eller «svært mye» av dette i dag. For sistnevnte rapport er det gjennomsnittlig 25 år siden veteranene tjenestegjorde i Libanon (Forsvaret, 2016). Dette er det eneste som er skrevet om kroppslige symptomer hos veteranene i rapportene, foruten opplevd søvnkvalitet og hjertebank. Det vektlegges at opplevelser med stor personlig risiko, vitne til menneskelig død og situasjoner hvor man kunne være nødt til å skade andre mennesker, gir høy belastning. Dette anses som risikofaktorer for utvikling av psykisk sykdom. Rapportene konkluderer med at arbeidet med psykiske lidelser, som et resultat av deltagelse i internasjonale operasjoner, må prioriteres gjennom videre forebygging og klinisk arbeid (Forsvaret, 2012, 2016). Videre er St.meld. nr. 34 (2008- 2009) tydelig på at dette skal prioriteres; «Det er nødvendig med langsiktighet og systematikk i oppfølgingen av personellet. Dette forutsetter dokumenterbar kunnskap. Regjeringen vil derfor prioritere forskning på psykiske belastningsskader» (Forsvarsdepartementet, 2009). Det er gjennomgående psykisk sykdom som omtales, uten at kroppslige symptomer får videre plass i rapportenes konklusjon. På bakgrunn av dette ønsker jeg å synliggjøre hvilken rolle kroppen får i dette, når «alt vi opplever som mennesker nedfeller seg i kroppen» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 19).

1.4 Studiens relevans

1.4.1 I et samfunnsperspektiv

Forsvaret er en av de største arbeidsplassene i kommunen hvor jeg arbeider som fysioterapeut. En høy andel av innbyggerne arbeider der. Med dette følger det også at mange av barna i kommunen har foreldre som er ansatt i Forsvaret. Temaet veteraner berører derfor mange i lokalsamfunnet, både veteranene selv og deres pårørende. Med en veterangruppe på rundt

39 000 personer i Norge (Forsvarsdepartementet, 2020), betyr det at mange mennesker i det øvrige samfunnet er berørt. Stortingsmelding fra 15. april 2020 fremlegger at regjeringen vil satse på forskning om veteraner i årene som kommer. Forebyggende arbeid anses som viktig, av både psykisk og fysisk helse. Det er ønskelig med kompetanseheving i det sivile hjelpeapparatet, og det fremlegges at dette har vært et satsingsområde det siste tiåret. Oppfølgingsrapporten som ligger til grunn, viser at mange veteraner ikke velger det sivile hjelpeapparatet for oppfølging av psykisk helse, men benytter hjelpeapparatet i Forsvaret (Forsvarsdepartementet, 2020).

1.4.2 Kunnskapsbehovet i psykomotorisk fysioterapi

Forskerne bak den første effektstudien i psykomotorisk fysioterapi, Bergland, Olsen og Ekerholt (2018), formidler at de håper flere ønsker å forske på psykomotorisk fysioterapi (Høstmark, 2018). I 2001 skrev Bunkan at det var gjort lite forskning på psykomotorisk fysioterapi, og at grunnen til dette kunne være få forskere blant psykomotoriske fysioterapeuter. Behandlingen kan være vanskelig å måle, da den sjelden retter seg mot et lokalt symptom (Bunkan, 2001). Også Gretland (2007) innleder sin bok med å påpeke at det er lite forskning i fagfeltet, begrunnet i at fysioterapifaget både er utviklet og læres gjennom praksis. Gjennom søk i databaser på forskning innen fagfeltet, finner jeg relativt få studier som er gjennomført, noe som støtter de overnevnte fagpersonenes uttalelser om begrenset forskning på psykomotorisk fysioterapi. Dragesund & Øien (2020) har i sin studie sett hva pasienter med langvarig muskel-skjelettlidelser erfarer i psykomotorisk behandling, og som de senere overfører til dagliglivet. De påpeker at få studier innen psykomotorisk fysioterapi har fokusert på hva pasienter tar med seg fra behandlingsrommet og overfører til dagliglivet. Med min studie ønsker jeg å belyse veteraners erfaringer fra behandling, samt belyse hva informantene har tatt med seg fra behandlingsrommet og overført til dagliglivet.

1.5 Tidligere forskning

Litteratursøk ble gjort i databasene PubMed, Cochrane, Oria, Helsebiblioteket og Google Scholar. Systematiske søk ble gjennomført med søkeordene military OR veterans, body awareness, body, therapy, physical therapy, trauma, psychomotor physical therapy, psychomotor physiotherapy, norwegian psychomotor physiotherapy. Søkene ble også gjort med tilsvarende søkeord på norsk. Ved søk i databasene er det ingen treff spesifikt om veteraner og psykomotorisk fysioterapi. Da det ikke ble funnet noe om veteraner og PMF,

gjorde jeg søk uten ordene military OR veterans, og kombinerte de øvrige søkeordene med patient experiences, også på norsk. Noen av artiklene som dukket opp, handlet om hvilke erfaringer pasienter gjorde seg i psykomotorisk behandling. Jeg gjennomgikk referanselistene til artiklene jeg kom over, og fant på denne måten andre studier med samme formål. Med utgangspunkt i egen oppgave som handler om å belyse pasientperspektivet, vil tidligere forskning med pasientperspektiv være aktuell i forståelse av egne resultater og drøftingen av disse.

Bergland mfl. (2018) fant i sin kvantitative studie at norsk psykomotorisk fysioterapi ga deltakerne en signifikant bedring i egenopplevd helserelatert-livskvalitet, bedre selvtillit, mestring og redusert smerte. Dette er den første effektstudien av psykomotorisk fysioterapi, og løfter ikke frem erfaringer fra behandlingen i så måte. Studien henviser til tidligere studier som løfter frem pasientperspektiver.

Ekerholt og Bergland (2006) har i sin studie belyst pasienters opplevelse av massasje i psykomotorisk behandling. I resultatene presenteres blant annet pasientenes opplevelse av at det ga mening at fysioterapeuten masserte, og at de samtidig hadde en samtale om det de gjorde. Det ga mening fordi samtale ikke er noe håndfast, men det er kroppen. Pasientene beskrev dette som en kontrast til samtaleterapi hvor det bare blir prat. Ekerholt (2011) sin studie om pasienters opplevelse fra psykomotorisk fysioterapi, fant blant annet at behandlingen bidro til bevisstgjøring av pustemønster og autonome reaksjoner. Begge disse studiene tematiserer også hvordan deltakerne kunne oppdage sine reaksjonsmønstre med hjelp av at fysioterapeuten gjorde dem oppmerksomme på det (Ekerholt, 2011; Ekerholt & Bergland, 2006).

Flere studier i psykomotorisk fysioterapi har undersøkt pasienters erfaringer med behandlingsformen, og flere av disse har kroppsbevissthet som en del av resultatene (Dragesund & Råheim, 2008; Øien, 2013; Øien, Iversen & Stensland, 2007; Øien, Råheim, Iversen & Steihaug, 2009). Felles for studiene var økt kroppsbevissthet, bevisstgjøring av pust og reduserte smerter. Deltakerne overførte disse erfaringene til hverdagen.

Ekerholt og Bergland (2004) har i sin studie belyst pasienters erfaringer fra undersøkelsen i psykomotorisk fysioterapi. For informantene viser det seg blant annet som viktig at terapeuten er imøtekommende, vennlig og tar seg tid til pasienten. Det presenteres også i resultatene at det ikke bare handler om kjemien mellom pasient og terapeut, men at det også er viktig for pasienten at terapeuten utøver profesjonalitet og viser seg som en seriøs aktør.

1.6 Oppgavens oppbygning

I det neste kapitlet vil jeg først redegjøre for begreper som fremkommer i resultatene. Deretter følger teoretiske perspektiver jeg har vurdert som relevante for å belyse oppgavens tema. Norsk psykomotorisk fysioterapi, kroppsfenomenologi og den sosiale kroppen belyst gjennom Bourdieus habitusbegrep og Foucaults beskrivelse av makt, vil ligge som teoretiske rammer. I metodekapitlet vil jeg redegjøre for valgt metode og hvordan jeg har gått frem under forskningsprosessen. Her vil også metodiske overveielser og forskningsetiske forhold presenteres. I resultatkapitlet vil informantene bli presentert før resultatene av analysen presenteres i respektive temaer med undertemaer. Drøftingskapitlet tar for seg resultatene diskutert opp mot de teoretiske rammene, øvrig teori og tidligere forskning. Oppgaven rundes av med et avslutningskapittel, hvor sentrale funn fra resultatene og drøftingen oppsummeres.

2 Teori og begrepsavklaring

2.1 Begrepsavklaring

2.1.1 Kroppskontakt

Begrepet kroppskontakt benyttes i oppgavens resultatdel. Kontakt med kroppen er belyst i litteraturen gjennom begrepene kroppsbevissthet, kroppsbilde og kroppsskjema, som ofte benyttes om hverandre (Fadnes, Heggenhougen, Brodal & Leira, 2010). De ulike begrepene presenteres her, da de vil benyttes for å belyse resultatet om kroppskontakt i oppgavens drøftingsdel.

Kroppsbevissthet

Thornquist og Bunkan (1995) betegner kroppsbevissthet som proprioceptiv sans. Å kunne registrere signaler fra muskel- og leddreseptorer betegnes i nevrologien som proprioceptiv sans (Brodal, 2007). Thornquist og Bunkan (1995) beskriver kroppsbevisstheten som viktig for at pasienten skal kunne lære å hjelpe seg selv. I dette ligger personens mulighet for å kunne registrere eget spenningsmønster og hvordan kroppen brukes i dagliglivet (Bunkan, 2010; Thornquist & Bunkan, 1995). Fadnes mfl. (2010, s. 35) skriver at oppmerksomhet mot kroppen og kroppslige fornemmelser ofte omtales som kroppsbevissthet.

Kroppsbilde

Kroppsbilde omtales som bevisst tilgjengelige informasjon, og omfatter både kroppens utseende og kroppens orientering i rommet. I begrepet kroppsbilde inngår også eierskap til kroppen, som at hånden er min, og det er jeg som strekker hånden frem. Kroppsbevissthet brukes ofte om oppmerksomhet mot informasjonen som inngår i kroppsbildet (Fadnes mfl., 2010, s. 35).

Kroppsskjema

I Merleau-Pontys (1994) kroppsfenomenologi beskrives kroppsskjema som den totale opplevelsen av kroppen. Dette inkluderer opplevelsen av stillingsforandringer av enkelte ledd så vel som hvordan personen er orientert i rommet, eller er i kontakt med alle kroppsdeler som en helhet. Vi er i verden som en kropp, og vi trenger ikke å rette oppmerksomheten mot de enkelte ledd for å drikke et glass vann, fordi vi vet hvor armen er i rommet, og

oppmerksomheten rettes mot glasset. Gjennom nye erfaringer vil stadig kroppsskjemaet oppdateres (Merleau-Ponty, 1994).

2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi

2.2.1 Historie

Historien bak psykomotorisk fysioterapi (PMF), startet i årene 1947-1953 som et samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy. Bülow-Hansen oppdaget i sin praksis på Sofies Mindes at det var en sammenheng mellom spenningsgrad i muskulatur og respirasjonen, selv om sammenhengen med respirasjonen først ble klart for henne senere (Øvreberg & Andersen, 1986). Hun oppdaget at personer som hadde relativt fri pust ble bedre av lokal behandling, mens personer med muskelspenninger og en kontrollert pust ikke ble bedre av plagene sine. Denne erfaringen gjorde at hun tok hele kroppen inn i behandling for å skape en endring. Respirasjonen ble sentral i Bülow-Hansens forståelse, og hun prøvde seg frem med ulike teknikker for å påvirke respirasjonen i behandlingen.

Psykomotorisk fysioterapi ble stående som en kontrast til tradisjonell fysioterapi, som hadde rettet seg mot lokal symptombehandling. I psykomotorisk fysioterapi ble hele mennesket sett og behandlet, uten å fokusere for mye på symptomene. Da tradisjonen ble utviklet var det ikke anerkjent at følelser og kropp henger sammen. Ved å rette oppmerksomheten mot pusten i behandlingen, reagerte også pasientene emosjonelt (Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 1986).

2.2.2 Psykomotorisk behandling

Å oppleve kroppen og oppleve via kroppen presenteres som den røde tråden i psykomotorisk behandling (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 92). Det overordnede målet i psykomotorisk fysioterapi formuleres av Thornquist og Bunkan (1995, s. 72) som «opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser». Behandlingen retter seg mot det totale samspillet i kroppen. Fordi kroppen ikke bare er å forstå som «utenpå» personen, gjør vi noe med hele personen i psykomotorisk fysioterapi. Kroppen er en innfallsvinkel til følelseslivet. Behandlingen retter seg mot en *omstilling* via kroppsholdning, muskulatur og pust (Thornquist & Bunkan, 1995). Omstillingsbegrepet beskrives som «personens muligheter til endring» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 16). Omstilling kan knyttes til endring av vaner, for eksempel hvordan vi snakker, beveger oss og reagerer på bestemte måter (Gretland, 2007, s.

98). Omstillingen kan innebære at vi gradvis sikter mot en endring ved at vi utfordres til dette. De vanemessige væremåtene kan være preget av at de er fastlåste eller at det kan være mulighet for endringer. Når det kan skapes endringer snakker vi også om fleksibilitet hos personen (Gretland, 2007).

Gjensidighet mellom pust, følelser og muskulatur

Som tidligere nevnt spiller pusten, respirasjonen, en sentral rolle i psykomotorisk fysioterapi. Alle kroppens funksjoner henger sammen og påvirker hverandre, derfor kan ikke muskulatur, følelser og pust ses løsrevet fra hverandre. Dette er kjernen i psykomotorisk fysioterapi, der pusten brukes som rettesnor for behandlingen (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 1986). Behandlingen i psykomotorisk fysioterapi søker mot at pasienten kan slippe pusten til, uten å holde igjen ved å tie, tåle eller bite tennene sammen. Dersom pusten holdes igjen eller kontrolleres, er det ensbetydende med å holde igjen og kontrollere seg selv. Ved en holdt pust spenner personen seg opp og muskelspenninger øker. Muskelspenninger bremser respirasjonen, bremser fri bevegelse og hindrer fri strekk av kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995).

«Enhver følelse har sitt kroppslige uttrykk» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 20). Kropp og følelser står i et gjensidig forhold til hverandre ved at vi uttrykker følelsene våre gjennom kroppen, og vi regulerer følelsene våre med kroppen. Dersom vi er glade uttrykker vi et annet kroppsspråk enn om vi er sinte. Dersom følelsene holdes igjen, kan det ses gjennom å bite tennene sammen, knytte hendene og stramme seg opp. Da reguleres følelsene med muskulær spenning. Samtidig holdes pusten, og slik kan følelser som ikke aksepteres bremses. Dette kan være hensiktsmessig for personen, men dersom det ikke samtidig finnes omstillingsevne, kan dette gi kroppslige symptomer. Dersom følelsene undertrykkes, kan det vises som vedvarende muskelspenninger og stivhet i bevegelse. Undertrykte følelser kan også vises som slapp muskulatur og mindre liv i bevegelsene. Dette kan være forenlig med å resignere eller gi opp (Thornquist & Bunkan, 1995). «Å bremse følelser og å bremse bevegelser og pust er samtidige og uatskillelige prosesser» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 21).

Å stå godt på egne ben

Å stå godt på egne ben tillegges vekt i behandlingen. En omstilling i å gi slipp på spenninger og slippe pusten til er innbyrdes avhengig av å kunne stå godt på bena. En forutsetning for å stå støtt er akseforholdet i kroppen. Stabilitet og fleksibilitet i kroppen forøvrig, vil påvirke understøttelsesflaten og hvordan vi står på bena. Å stå støtt anses både i fysiologisk og psykologisk forstand. Dette innebærer den faktiske handlingen å stå støtt på egne ben, og i psykologisk forstand til å stå støtt for å tåle det man utsettes for. Dette kan ses i lys av følelser som kroppslig uttrykk, hvor vi for eksempel kan stramme oss opp. Det innebærer at vi står på en annen måte, og akseforholdene i kroppen endres. Arbeid med føtter og ben er tradisjonelt ansett som et viktig utgangspunkt i behandlingen. Fri strekk av kroppen henger sammen med frigjøring av muskelspenninger og respirasjonsbremsere. Strekkbevegelser er derfor mye brukt, både i passiv og aktiv form. Strekkøvelser og kontaktøvelser brukes for å oppnå forankring til underlaget (Thornquist & Bunkan, 1995).

Samtalen i psykomotorisk fysioterapi

Samtalens plass i psykomotorisk fysioterapi er først og fremst rettet mot hva som skjer i kroppen og kroppslige forhold (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995). Samtalen bør ha klare rammer. Dersom det blir mye snakk som ikke er relevant for behandlingen, kan dette virke mot sin hensikt i form av å sperre for opplevelsen eller følelsen som oppstår i behandlingen (Bunkan, 2010). Samtale om det som skjer her og nå kan føre til refleksjon og assosiasjon hos pasienten til noe som gjenkjennes fra hverdagen. På denne måten kan samtale med utgangspunkt i kroppen favne livet forøvrig. Slik kan pasientens forståelse av seg selv fremmes (Gretland, 2007, 2016). Samtalen kan bidra til å bygge en relasjon mellom pasient og terapeut. Dersom man viser interesse for hverandre og bekrefter hverandre bidrar dette til tillit, som vil være et viktig utgangspunkt for å etablere en allianse for behandlingen (Gretland, 2007).

2.3 Fenomenologi og rasjonalisme

Vår historie i helsevesenet er preget av tradisjoner. En av disse sentrale tradisjonene er fenomenologien. Edmund G. A. Husserl (1859-1938) regnes som grunnleggeren av fenomenologien, som omhandler hvordan bevisstheten hos mennesket alltid er rettet mot *noe*. Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet, ikke på verden uavhengig

av subjektet (Thornquist, 2003, s. 84). Fenomenologien står som en motsats og kan ses som et brudd til René Descartes (1596-1650) kropp/sjel-dualisme. Descartes var en sentral filosof i tiden som betegnes som rasjonalismen. Sentralt for rasjonalismen var bevisstheten som eneste sikre kunnskapskilde. Descartes betraktet kroppen som en maskin, og tanken og viljen var utenfor kroppen (Martinsen, 2011; Thornquist, 2003). Thornquist (2003) påpeker hvordan helsevesenet fremdeles er preget av tankegangen fra tradisjonene fra 1600-tallet, med kropp og sjel som fremdeles behandles som uavhengige deler.

2.3.1 Kroppsfenomenologi

Filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) representerer kroppsfenomenologien, en videreutvikling av fenomenologien hvor han beskriver hvordan mennesket erfarer verden først og fremst med kroppen. Han ønsket ikke at kroppen skulle betraktes som et objekt uten subjektstatus, som noe «utenpå» subjektet. Kroppen er derfor noe vi både *er* og *har*. Å erfare verden gjennom ureflektert deltakelse omtales av Merleau-Ponty som den «levde» kroppen (Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2003). Den levde kroppen kan også forstås som at alle opplevelser, følelser og erfaringer gjennom et liv vil sette seg som spor i kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995).

Drew Leder (1990) beskriver den ekstatiske kroppen, hvor kroppen i seg selv ikke er fremme i fokus. Når vi er friske og ikke har noen kroppslige plager, fremtrer ikke kroppen i vår bevissthet. Vi trenger ikke ha fokus på kroppen når vi spiser, skriver eller snakker, oppmerksomheten er fra kroppen og ut mot verden og den aktiviteten vi utfører. Dersom vi opplever kroppslige plager, endrer dette seg, og plutselig flyttes fokuset til kroppens begrensninger når vi utfører disse aktivitetene. Dette kaller Leder den dysframtrædende kroppen (Leder, 1990). En splittelse mellom kroppen og subjektet oppstår når vi hindres i aktivitet på grunn av kroppslige plager, og kroppen blir noe som står i veien. Kroppen blir da noe vi *har*, og ikke *er*, og slik kan avstand til egen kropp utvikles (Thornquist, 2003).

Bunkan (2010) viser til at kroppsfenomenologien har fått større plass i fysioterapien de senere årene. Kroppsfenomenologien vil ligge som grunnlagstanke i min oppgave, da psykomotorisk behandling retter seg mot behandling av hele mennesket, og vektlegger sammenhengen mellom kropp og følelser (Bunkan, 2008; Thornquist & Bunkan, 1995).

2.4 Den sosiale kroppen

2.4.1 Bourdieus *habitus*

Sosiologen Pierre Bourdieu (1930-2002) er kjent for begrepet *habitus*, som handler om vanene våre (Gretland, 2007; Aakvaag, 2008). Habitus er kroppsliggjort kunnskap, og handler om hvordan kunnskap er innskrevet i kroppen gjennom vår tilpasning til samfunnet som vi sosialiseres inn i. Kulturen vi vokser opp i med dens verdier og normer påvirker og inkorporeres i oss (Gretland, 2007; Aakvaag, 2008). De vanemessige væremåtene omtales av Bourdieu som habituelle væremåter (Gretland, 2007, s. 59). Våre habituelle væremåter handler om hvordan vi er som personer, vi ter oss på en slik måte vi synes er passende gjennom bevegelse og kroppslige uttrykk. Ved at vi tilpasser oss på denne måten fra barndommen, påvirker dette utviklingen for hvordan vi beveger oss og bruker kroppen (Gretland, 2007).

2.4.2 Foucault om makt

Filosofen Michel Foucault (1926-1984) er kjent for makt som et hovedanliggende i sitt arbeid (Aakvaag, 2008). Foucault beskriver kroppen fra det 18. århundre som *føyelig*, ved at et bestemt grep kontrollerte kroppen som en maskin, og manipulerte og perfektionerte den til sitt bruk. Han hevdet at kontroll av kroppen er noe som foregår i alle samfunn, og at formen for makt som benyttes, stadig endrer seg (Foucault, 1999). Foucault har beskrevet maktstrukturen over soldaten slik:

I annen halvdel av det 18. århundre er soldaten blitt et slags fabrikat: Av en formløs deig, en klosset kropp har man laget den maskin man trengte. Smått om senn har man omformet kroppens holdninger, en velberegnet tvang utøves og gjør seg til herre over hver legemsdel, underkaster seg hele kroppen så den til enhver tid er tjenestevillig. (Foucault, 1999, s. 121)

Beskrivelsen fra det 18. århundret kan synes som den fremdeles er aktuell. Mella (2013) refererer til hvordan man som soldat tilsidesetter seg selv og egne behov, for å bidra i et fellesskap som tror på noe som er større enn en selv. I boken «For konge og fedreland» skildrer forfatteren opplevelser som soldat fra krigens innside i Afghanistan (Mella, 2013).

Gretland (2007) skriver om hvordan kroppen bærer på erfaringer, sosialt og kulturelt liv, kroppen kan altså forstås er meningsbærende. Når soldatene trenes inn i en kultur hvor fokuset flyttes fra individet over til fellesskapet, undres jeg over hvordan dette preger forholdet til egen kropp. Forsvaret er kjent for å inneha et system basert på rangorden med grader, hvor gradene representerer makt og respekt. Sett i lys av hvordan vi innordner oss kroppslig i møte med andre mennesker og maktstrukturer omtalt av Bourdieu og Foucault, vil det være nærliggende å tenke at rollen som soldat påvirker hvordan man ikke bare forholder seg til andre, men også til seg selv.

3 Metode

3.1 Kvalitativ metode

Problemstillingen tar utgangspunkt i subjektive erfaringer hos krigsveteraner. For å belyse dette kan kvalitativ metode bidra til å presentere mangfold og nyanser. Kvalitativ metode egner seg i studier hvor man ønsker å få innsikt i samhandling og helhet, og hvor man ønsker å studere «livet fra innsiden» (Malterud, 2017; Thagaard, 2018; Tjora, 2017). En målsetting med kvalitativ metode er å oppnå forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2018, s. 11). For å belyse hvilke erfaringer veteranene har med psykomotorisk fysioterapi, egner kvalitativ metode seg godt.

3.1.1 Intervju som forskningsmetode

Jeg har valgt intervju som metode for innsamling av data. Intervju brukes for å få frem de nyanserte beskrivelsene fra informantene om fenomenet jeg ønsker å belyse (Malterud, 2017; Tjora, 2017). Personers opplevelse og refleksjon over egen situasjon kan belyses gjennom intervju som metode. Gjennom intervjuet kan personen få mulighet til å beskrive opplevelser og følelser av temaet som utforskes. *Semistrukturerte intervjuer* er intervjuformen som oftest benyttes (Tjora, 2017). Denne formen for intervju er også kjent som dybdeintervju (Tjora, 2017) eller semistrukturert livsverdenintervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne typen intervju gir den som intervjues mulighet til å hente frem sine individuelle erfaringer. Da gis det også tid og rom til dette (Malterud, 2017; Tjora, 2017). Fordelen med denne formen for intervju, er at temaene som regel er definert på forhånd, men med en fleksibilitet som gjør at temaene kan endre rekkefølge. Ut fra hva informanten forteller, er det også rom for å forfølge nye temaer som informanten presenterer (Thagaard, 2018; Tjora, 2017).

3.1.2 Utforming av intervjuguide

Intervjuguiden ble utformet i tråd med Tjoras (2017) forslag til struktur for semistrukturert intervju, med oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avrundingspørsmål. Jeg forsøkte å gjøre spørsmålene så åpne som mulig. Oppvarmingsspørsmålene var overordnede spørsmål om utenlandstjenesten og varighet, og tidsrom for behandlingen med psykomotorisk fysioterapi. Deretter refleksjonsspørsmål, med hovedspørsmålet om hvilke erfaringer informanten gjorde seg i psykomotorisk behandling. Under dette spørsmålet hadde jeg en rekke støttespørsmål. Avrundingspørsmålene var spørsmål som gikk på informantens

opplevelse av intervjusituasjonen, hvordan det hadde vært å snakke om temaet. Til slutt fulgte jeg opp temaene fra informasjonsskrivet som var sendt ut på forhånd og forklaring på hva som skjer med dataene fra intervjuet. I etterkant av det første og andre intervjuet gjorde jeg justeringer av intervjuguiden basert på erfaringer jeg tok med meg ut av disse intervjuene. Intervjuguiden slik den ble benyttet i det siste intervjuet ligger vedlagt som vedlegg 1.

3.2 Utvalg

I følge Thagaard (2018) er det som regel få informanter i en kvalitativ studie. Det gjør at valg av informanter er avgjørende for hvordan problemstillingen belyses. Ved en systematisk utvelgelse av personer kan de personene som velges ut ha bestemte egenskaper som er strategisk eller hensiktsmessig opp mot problemstillingen (Thagaard, 2018). Basert på tidligere masteroppgaver, var tre informanter et omfang som synes å gå igjen. Dette antallet ble også anbefalt i veiledning og under oppgaveseminar. Derfor er denne studien basert på intervju av tre personer.

3.2.1 Inklusjonskriterier

I denne studien var det et ønske at informantene skulle ha gått i psykomotorisk fysioterapi i minimum 6 måneder. Dette som et kriterium for at de skulle hatt tid til å gjøre seg erfaringer med behandlingen. Det skulle være voksne mennesker over 18 år og de måtte ha tjenestegjort utenlands for å oppfylle kriteriet krigsveteran. Det var også et ønske at det ikke var lenger enn 6 måneder siden de hadde avsluttet behandlingen, for at de skulle ha erfaringene så ferske som mulig. Dette var ikke et endelig kriterium jeg satt da jeg søkte etter informanter, da jeg var usikker på hvor mange informanter prosjektet kunne rekruttere. Det skulle vise seg at jeg måtte endre på dette. Begrunnelsen og valg rundt dette presenteres senere i kapitlet. Jeg ønsket at den psykomotoriske fysioterapeuten skulle ha minimum tre års erfaring, men heller ikke dette gikk jeg ut med da jeg søkte informantene. Terapeutens erfaring hadde jeg mulighet til å undersøke etter å ha snakket med informantene som meldte seg.

3.2.2 Rekruttering

Rekrutteringen gjorde jeg gjennom en henvendelse til ulike forbund for krigsveteraner. Jeg ringte rundt for å informere om prosjektet mitt og spurte organisasjonene om jeg kunne sende dem informasjonsskrivet mitt. Én av organisasjonene publiserte informasjon om prosjektet

mitt på sin Facebook-side. Det var totalt 17 personer som tok kontakt med meg på bakgrunn av dette, via telefon og e-post. Fire av disse skulle vise seg å ha gått hos psykolog, og ikke i psykomotorisk behandling. Det viste seg at det kun var tre av de totalt 13 som hadde gått i psykomotorisk behandling, som oppfylte alle de ønskede inklusjonskriteriene. Av disse tre var det bare to av informantene som ønsket å delta i intervjuet, en av dem trakk seg før intervjuet. I et forsøk på å rekruttere flere informanter innenfor de overnevnte kriteriene la jeg ut informasjon om prosjektet mitt i faggruppen for psykomotorisk fysioterapi på Facebook. Dette i et forsøk på å komme i kontakt med psykomotoriske fysioterapeuter som har hatt krigsveteraner i behandling. Da dette ikke førte frem, gikk jeg tilbake til listen over de 13 informantene jeg hadde. Jeg så på varighet de ulike informantene hadde gått i behandling og hvor lenge det var siden de hadde avsluttet behandlingen. I tillegg hadde jeg notert hva de ulike informantene hadde formidlet om opplevelse av psykomotorisk behandling da de tok kontakt med meg. Hva de hadde formidlet var også avgjørende, da jeg ønsket bredde i materialet basert på erfaringer. Jeg valgte å inkludere en informant som avsluttet behandlingen for ett år siden. Dette på bakgrunn av hva vedkommende hadde formidlet gjennom første kontakt. De øvrige personene som meldte seg hadde avsluttet behandlingen i 2017 eller tidligere. De tre rekrutterte informantene hadde alle mellom ett til tre års varighet i sine behandlingsforløp. De psykomotoriske fysioterapeutene hadde over tre års erfaring. Informantene fikk tilsendt informasjonsskrivet jeg hadde utformet for hva det ville innebære å delta i studien, på e-post. De bekreftet skriftlig på e-post at de fremdeles ønsket å delta etter å ha lest informasjonsskrivet. Dette skrevet var godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Informasjonsskrivet ligger vedlagt som vedlegg 2.

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Intervjusituasjonen

Intervjuene ble gjennomført i november og desember 2019. Alle intervjuene ble gjennomført i grupperom jeg leide til formålet, som var i nærheten av informantenes tilholdssted. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene med ekstern båndopptaker og opptak med applikasjon på telefonen via Tjenester for Sensitive Data (TSD). TSD er en sikker skjematagring for innsamling av sensitive data. Fra applikasjonen blir lydfilen sendt direkte til sikker skjematagring. Båndopptakeren ble brukt som en sikkerhet, da jeg opplevde en usikkerhet ved bruk av TSD. Etter at intervjuet var avsluttet og jeg kunne logge inn på TSD for å forsikre

meg om at filen var inne i sikker skylagring, ble filen på båndopptakeren slettet. Alle intervjuene varte mellom 60-75 minutter. Underveis i intervjuene noterte jeg stikkord der informantene delte noe jeg ønsket å følge opp videre. Jeg opplevde at informantene delte sine historier og opplevelser med engasjement, og at det var en hyggelig tone mellom meg som forsker og informantene.

3.3.2 Erfaringer fra intervjusituasjonen

I forkant av intervjuene var det løs prat og avklaring av hvordan intervjusituasjonen ville foregå. Deretter åpnet jeg med oppvarmingsspørsmålene i tråd med intervjuguiden. Hovedspørsmålet om hvilke erfaringer informanten gjorde seg i psykomotorisk behandling, ble supplert med støttespørsmålene. Under intervjuet forsøkte jeg derfor å følge opp med støttespørsmålene ut fra hva informanten fortalte. Dette var også en krevende oppgave som tidvis gjorde at flyten kunne oppleves noe stakkato og tidvis ble det hopp frem og tilbake mellom temaer. Dette opplevdes lettere for hvert intervju, antagelig fordi jeg følte meg tryggere i hvilke spørsmål det var relevant å stille, samt at jeg hadde fått spørsmålene mer under huden. Til tross for at jeg forsøkte å stille oppfølgingsspørsmål og få informantene til å utdype enkelte svar, var det tilfeller jeg i etterkant tenkte jeg burde spurt enda mer i dybden. Jeg forsøkte også å unngå misforståelser ved å bruke de samme ordene som informanten og stille spørsmålet tilbake for å forsikre meg om at jeg hadde forstått dem riktig, der jeg var usikker på om jeg oppfattet rett. I det ene intervjuet hadde informanten glemt temaet for intervjuet, og etterspør dette etter en stund inn i intervjuet. Det ga meg påminnelse om viktigheten av å presisere dette innledningsvis, slik at informanten ikke blir usikker på hva som er relevant informasjon for forskeren. Til neste intervju skrev jeg derfor ned temaet øverst på intervjuguiden, slik at jeg ikke skulle glemme å tydeliggjøre dette for informanten. Etter at båndopptakeren var skrudd av snakket vi om opplevelsen informantene gjorde seg av intervjusituasjonen. Det var tid til spørsmål dersom det var noe de lurte på, og vi fikk lukket intervjusituasjonen på en god måte.

Til tross for at jeg forsøkte med et prøveintervju av en kollega for å teste lydopptaket og stille spørsmålene, opplevde jeg at det første intervjuet hadde rom for mye forbedring fra min side. Det viste seg å være annerledes å gjøre intervjuet med en informant jeg ikke kjente sammenlignet med en kollega. I tillegg kunne ikke kollegaen gi utfyllende svar som en veteran, til tross for innlevelse etter beste evne. Sett i etterkant ville det være mer

hensiktsmessig å gjøre et prøveintervju av en person som var representativ for veteraner, men dette lot seg ikke gjøre på grunn av lange reiseavstander. Da jeg lyttet gjennom det første intervjuet, ble jeg klar over min stadige bekreftelse av det informanten sier, gjennom å si «mhm». Dette ble forstyrrende, både ved gjennomhøring og transkribering av materialet, og kan i tillegg ha påvirket informanten. Ved å bekrefte på denne måten, kan det fra informantens side tolkes som at jeg som forsker er fornøyd med informasjonen jeg har fått. Dette kan resultere i at informanten stopper sin egen utdypning. Jeg opplevde at denne uvanen var vanskelig å legge fra seg, til tross for betydelig forbedring fra første til siste intervju. Som Kvale og Brinkmann (2015) skriver, og som jeg selv fikk erfare, så tar det tid og trening og bli en kvalifisert intervjuer. I tråd med Kvale og Brinkmann (2015) var dette med å vente på svarene, og gi informanten tid til å svare, noe jeg også jobbet med og som hadde forbedringspotensiale. Ingen av informantene hadde fått intervjuguiden utdelt på forhånd. Kanskje kunne dette gitt meg andre data, ved at de hadde fått tid til å reflektere rundt mine spørsmål i forkant.

Jeg opplevde også tekniske utfordringer under intervjusituasjonen ved bruk av TSD. Til tross for at det var opplyst om varighet inntil én time, stanset opptaket etter 45 minutter. Dette ble oppdaget kort tid etter at det skjedde, og jeg var forberedt på dette under neste intervju. I denne situasjonen hadde jeg god hjelp av båndopptakeren.

3.4 Transkribering

For å gjøre materialet tilgjengelig for analyse, gjorde jeg en transkripsjon av lydopptaket, hvor tale ble gjort om til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg valgte å transkribere teksten til bokmål, for å gjøre den lettere å arbeide med for meg selv, og for å sikre anonymisering. Transkripsjonen gjorde jeg ordrett ut fra både informanten og mine utsagn. Pausene ble markert med (kort pause), (pause) og (lang pause). Der informantene la trykk på enkelte ord markerte jeg disse med fet tekst. Etter at jeg hadde transkribert intervjuet lyttet jeg gjennom opptaket samtidig som jeg leste transkripsjonen. Under denne avspillingen kunne jeg lytte til hva som ble formidlet. Det første intervjuet jeg transkriberte brukte jeg mye tid på, for å finne en struktur som for meg ble så ryddig som mulig. De påfølgende intervjuene gikk betydelig raskere å transkribere. Transkripsjonenes omfang havnet på mellom 8-10 000 ord per intervju, tilsvarende mellom 15-21 maskinskrevne sider med linjeavstand 1,15.

3.5 Analyse

Analyse av data fra feltarbeidet handler om å organisere og systematisere data, som i denne studien er de transkriberte intervjuene. Første steg er å bli godt kjent med data, som gjøres gjennom å lese teksten inngående. På den måten kan man få inntrykk av hvilke fenomener som trer frem i data. Neste steg er å velge hvilken analytisk tilnærming man ønsker å benytte. Dette valget innebærer også at deler av data ikke vil belyses, da de ulike analytiske tilnærmingene fokuserer på ulike aspekter av data. I kvalitativ analyse anbefales det en veksling mellom fokus på de enkeltstående enhetene og helheten. Dersom det fokuseres for mye på enhetene, kan helheten utebli fordi det blir for mye fokus på detaljer (Thagaard, 2018). Denne måten å gjøre en analyse, kan ses i sammenheng med «den hermeneutiske sirkel»; en måte å tolke tekst på gjennom del og helhet (Thornquist, 2003). Del og helhet vil veksle, og man tolker hver del ut fra en ny helhetsforståelse (Malterud, 2017; Thornquist, 2003). Hermeneutikken som vitenskapsfilosofisk grunnlagstanke retter seg mot forståelse og fortolkning. En av hermeneutikkens «fedre», Hans-Georg Gadamer, rehabiliterte ordet fordom. I dette ligger det at vi møter noe med en forforståelse. Vi er bærere av erfaringer, og måten vi møter handlinger og tekster på vil alltid være farget av vår erfaring (Malterud, 2017; Thornquist, 2003). Som forsker vil min forståelse og fortolkning farge hvilken retning analysen tar. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 3.6.

3.5.1 Temaanalyse

For denne studien har jeg valgt temaanalyse som analysemetode i tråd med Thagaard (2018). Jeg vil først presentere Thagaard sin beskrivelse av temaanalyse og deretter beskrive min analyseprosess. Thagaard (2018, s. 152) skriver at temaanalytisk tilnærming benyttes når data om det samme temaet sammenlignes mellom alle deltakerne. Da kodes dataene enhetlig og dataene sammenlignes på tvers av deltakerne. På denne måten kan hvert tema utforskes i dybden. Den første delen av analysen starter med å lese gjennom teksten for å bli fortrolig med den. Forskeren kan lese analytisk gjennom transkripsjonen ved å notere begrunnelse for forståelse av dataene. Deretter starter koding. Koding av tekst betyr at utsnitt i teksten som ord, frase, setninger eller deler av setninger betegnes med kodeord (Thagaard, 2018; Tjora, 2017). Steget etter koding er kategorisering. Da grupperes kodene til mer overordnede

kategorier (Thagaard, 2018). På den måten vil mønstrene i hva som kom frem i intervjuene samles. Gjennom analyseprosessen kan det arbeides både induktivt og deduktivt. Å arbeide induktivt betyr å jobbe fra data mot teori. For eksempel å utvikle koder fra data. Deduktivt arbeid er når data forstås eller utvikles i lys av annen teori. Resultatene som presenteres ut fra analysen er basert på forståelsen av mønstre i data og den faglige forankringen som var bakgrunnen for prosjektet (Thagaard, 2018, s. 160).

3.5.2 Analyseprosessen

Jeg benyttet fremgangsmåten for temaanalyse gjennom egen analyseprosess. Etter at transkripsjonen var utført leste jeg gjennom transkripsjonen gjentatte ganger for å gjøre meg godt kjent med datamaterialet. Min faglige forankring i psykomotorisk fysioterapi har antagelig styrt *hva* jeg leser i det som formidles. Ved gjennomlesing noterte jeg stikkord på hva dataene handlet om slik jeg forstod dem. Dette gjorde jeg gjentatte ganger, og oppdaget at jeg fikk andre perspektiver hver gang jeg leste gjennom. Jeg laget så et tankekart for hver informant med opplevelser fra utenlandstjeneste og erfaringer fra psykomotorisk behandling. Å lage tankekart ble en måte å systematisere data for meg selv.

Etter å ha laget tankekart startet jeg kodearbeidet. Dette arbeidet gjorde jeg ved å markere utsnitt i teksten. Jeg benyttet ulik farge til de tre ulike intervjuene. Etter at jeg hadde markert ut disse klippet jeg ut alle utsnittene. På baksiden av utsnittene skrev jeg ned sidetallet de var hentet fra, dersom jeg skulle glemme konteksten til utdraget.

Neste steg var kategorisering, hvor jeg samlet de kodene som handlet om det samme. Jeg startet med å legge ned alle kodene fra en informant utover bordet. Kodene som handlet om det samme havnet under hverandre. Deretter fortsatte jeg slik med de to neste informantene, og kunne legge kodene sammen med de som allerede lå der fra før, eller lage nye kategorier. Jeg hadde til slutt lagt ned alle kodene, og jeg hadde kategorisert disse i ti kategorier som et første utkast. Jeg gikk tilbake til tankekartene jeg hadde laget for alle tre informantene og sammenlignet disse med kategoriene. Jeg arbeidet med de ulike kategoriene for å se om noen av disse handlet om det samme. Etter denne prosessen satt jeg igjen med fire hovedgrupper av kategorier og en restgruppe. Restgruppen lot jeg ligge en stund. Etter at jeg hadde finjustert de ulike kategoriene, var det koder som kunne omplasseres fra restgruppen til de andre kategoriene. Til slutt samlet jeg kodene i sine respektive kategorier, og skrev ned stikkord for

hver av kodene bak utsnittet. Eksempel fra koding og kategorisering er vedlagt som vedlegg 3. Etter at kategoriene var bestemt, skrev jeg ut resultatene samtidig som jeg leste relevant teori. Transkripsjonene ble lest en gang til i lys av en ny helhetsforståelse. Slik foregikk vekslingen mellom del og helhet en rekke ganger i prosessen, som den hermeneutiske sirkel.

Basert på gruppeveiledning, endte jeg opp med tre kategorier jeg mener fanger innholdet fra intervjuene. Det som opprinnelig var den fjerde kategorien ble omorganisert. Prosessen med underkategoriene opplevde jeg som utfordrende, da jeg hadde ønske om å ivareta helheten og hva de ulike informantene hadde formidlet. Resultatene ble skrevet ut med gjengivelser presentert så empirinært som mulig uten tolkning. Disse empirinære kodene utspiller seg fra informantenes eget språk. Sitater med utdrag fra transkripsjonen ble også benyttet for å belyse informantenes formidling. Sitatene ble noe modifisert for at meningsinnholdet ikke skulle bli borte. Måten jeg gjorde dette på var og erstatte ord som for eksempel «liksom» eller «ja, sånn» med (...). Stadig måtte jeg gå tilbake til transkripsjonen for å se at jeg hadde fått med meg hva informanten formidlet, og forsikre meg om at informantenes språk ikke ble fremmed i min fremstilling av resultatene. Til slutt hadde jeg tre kategorier med to og tre underkategorier som utgjorde resultatene. Disse kategoriene er en presentasjon av hvilke temaer som kom frem under intervjuene, og belyser oppgavens forskningsspørsmål. I resultatene presenteres de ulike kategoriene og underkategoriene som tema og undertema.

3.6 Metodiske overveielser

Forskningens troverdighet handler om hvordan kvaliteten av kvalitativ forskning kan vurderes. For at andre skal kunne vurdere fremgangsmåten og hvordan resultatene er utviklet, er begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet begreper som benyttes (Thagaard, 2018, s. 181). Forskningens transparens handler blant annet om hvordan forskningen er gjennomført, hvilke valg som er tatt, problemer underveis og rekrutteringen. Altså handler transparens om gjennomsiktighet, hvorvidt valgene forskeren har tatt synliggjøres (Tjora, 2017, s. 248). Refleksivitet handler om refleksjon over egen tolkning og forskerens forforståelse for tolkningen (Thagaard, 2018). Gjennom metodekapitlet er det forsøkt å redegjøre for valgene som er tatt og begrunnelsen for disse. Videre følger en beskrivelse av hvilke metodiske overveielser som er gjort av meg som forsker, og hvordan dette kan ha påvirket data.

3.6.1 Forforståelse

Mine erfaringer som fysioterapeut i møtet med krigsveteranene har preget meg og min forståelse, og disse erfaringene preger meg som forsker. Dette omtales som refleksivitet hos forskeren (Thagaard, 2018; Tjora, 2017). Egen forforståelse som forsker bør derfor deles med leseren, fordi dette trolig vil påvirke veien frem til et resultat. Min rolle som fysioterapeut i utdanningsforløpet psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi og min interesse for feltet om krigsveteraner former forskningsarbeidet. Et annet aspekt er at jeg også er gift med en veteran. Med min nysgjerrighet for utenlandstjenester og opplevelser har jeg lyttet oppmerksomt til fortellingene han har formidlet. Dette har gitt meg innsikt i hvordan utenlandstjeneste og tiden etterpå kan oppleves. Krigsveteraner jeg selv har hatt i behandling har fortalt sine historier fra utenlandstjeneste. Dette har bidratt til økt kunnskap om feltet jeg forsker på, og kan ha vært en fordel da spørsmålene til intervjuguiden ble utformet. Det kan også ha slått andre veien, hvor mitt inntrykk av kulturen i denne gruppen var preget av forutinntatthet (Tjora, 2017). Gjennom prosessen har jeg forsøkt å ha et bevisst forhold til dette. Dette var ledende for hvilket tema som ble valgt, hvordan intervjuguiden ble utformet, og hvordan analyseprosessen ble drevet. Denne forforståelsen preger mine tolkninger av data.

3.6.2 Utvalg

Informantene i utvalget mitt har gått i psykomotorisk behandling mellom ett til tre år. Dette har antagelig betydning for hvilke erfaringer de har fra behandlingen. Ettersom de tre informantene har gått hos ulike terapeuter, som trolig jobber ulikt, vil også dette ha innvirkning på resultatet. Jeg opplevde at informantene var ærlige i sin fremstilling av hvilke opplevelser de hadde fra behandlingen. De tre informantene forteller om ulikt utbytte av behandlingen, og de fremstiller terapeutene på ulike måter. Mitt inntrykk basert på dette er at de ikke nødvendigvis har som intensjon å fremstille sine erfaringer med psykomotorisk fysioterapi på noen bestemt måte. Alle informantene uttrykte at de hadde god erfaring med denne behandlingsformen, men de hadde nyanserte beskrivelser av hva den inneholdt. Til tross for at informantene kan ha hatt ulike intensjoner med å delta i studien anses deres meddelelser som relevant for oppgaven. To av informantene går fremdeles i behandling, mens en av informantene hadde avsluttet behandlingen et år før intervjuet fant sted. Dette kan ha innvirket på hva denne informanten husker fra behandlingen. Samtidig kan det også tenkes at denne informanten har fått tid til å reflektere over hva som faktisk kom ut av behandlingen.

3.6.3 Analyse

Utfordringen i analyseprosessen var å utvikle temaer deduktivt, ut fra informantenes egne begreper og beskrivelser. Med den faglige forankringen i psykomotorisk fysioterapi var det lett og trekkes mot ulike begreper basert på fagtradisjonen. Dette hadde jeg et bevisst forhold til, og ønsket derfor og utvikle temaene ut fra hva informantene formidlet, selv om det selvfølgelig er preget av min forforståelse og mitt fagfelt.

3.6.4 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Forskningens pålitelighet omtales som reliabilitet. Dette handler om redegjørelse for prosessen av hvordan data blir til, fra hvordan feltarbeidet ble gjennomført og dets påvirkning av hvordan data er utviklet. Dette innebærer for eksempel kontakten forskeren har hatt til informanten i feltarbeidet, om data er informantens utsagn eller forskerens tolkning (Thagaard, 2018). Dette er forsøkt redegjort for tidligere i metodekapitlet.

Validitet dreier seg om om gyldighet av resultatene og tolkningen av disse. Det handler om tolkningen av data er gyldig for den virkeligheten som er studert (Thagaard, 2018, s. 189). Teoretisk transparens kan bidra til å styrke validitet. De teoretiske referanserammene for tolkningen må redegjøres for. Hvilken rolle vi har i det miljøet vi forsker på, vil også påvirke tolkningen vår. Kritisk gjennomgang av analyseprosessen er en måte å styrke validiteten på. Validiteten styrkes også dersom vi kan vise til andre studier som har de samme funnene. Dette er forsøkt redegjort for gjennom metodekapitlet. Gjennom drøftingen vil andre studier som har sammenfallende funn trekkes inn.

Overførbarhet handler om funn fra studien kan overføres og være relevant også i andre situasjoner. Når deltakere til et studie blir valgt på en strategisk måte ut fra egenskaper, vil ikke dette være et generaliserbart utvalg for en populasjon (Thagaard, 2018). Ettersom informantene er strategisk rekruttert kan det ikke trekkes konklusjon om at funn fra studien kan overføres til annen populasjon, men det kan tenkes at visse aspekter kan være relevante for andre veteraner.

3.7 Forskningsetiske forhold

Etikken skal ivaretas gjennom hele prosjektet, fra planleggingsfase til presentasjon av resultatet (Malterud, 2017; Tjora, 2017). Jeg har fulgt etiske prinsipper i tråd med Helsinkideklarasjonen gjennom forskningsprosessen (WMA, 1964). Da prosjektet behandler personopplysninger, ble dette søkt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektplanen og informasjonsskrivet til informantene ble godkjent av NSD. Dette ligger vedlagt som vedlegg 4.

Det er et etisk hovedmål, når man intervjuer i forskning, at informantene ikke skal «komme til skade» (Tjora, 2017, s. 175). Temaet som omhandler opplevelse av psykomotorisk behandling kan innebære at følsomme temaer kommer opp. Det er viktig at informanten har fått informasjon om at intervjuet kan avsluttes når som helst, og informanten kan også trekke seg fra forskningen etter at intervjuet er gjort og be om at intervjuet ikke brukes. (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). Dette ble formidlet i informasjonsskrivet og avklart i forkant av intervjusituasjonen. Intervjuene ble avrundet med hvordan det hadde vært å delta i intervjuet og svare på de aktuelle spørsmålene.

Transkripsjonen og lydopptak skal oppbevares trygt, og opptakene slettes etter at de ikke lenger skal brukes (Kvale & Brinkmann, 2015). I intervjuene ble blant annet terapeutenes navn nevnt, og ulike navn eller avdelinger i Forsvaret. Gjennom transkripsjonen var jeg derfor nøye med å anonymisere alle disse opplysningene. Transkripsjonen ble oppbevart på en sikret minnepenn, og utskriften av transkripsjonene ble oppbevart i et innelåst skap.

De etiske dilemmaene ved bruk av temaanalyser er svakheten rettet mot at dataene tas ut av konteksten de ble presentert i. Når dataene sammenlignes på tvers av deltakerne vil sammenheng og kontekst forsvinne. Dilemmaene berører også at forskeren har definert temaene, og at forskerens faglige forankring er styrende for forståelsen som leder frem til temaene. Slik kan deltakere oppleve at de ikke gjenkjenner seg i presentasjonen av resultatene. Styrken til temaanalyse er at anonymitet i større grad kan sikres dersom situasjon og kontekst ikke presenteres fullstendig (Thagaard, 2018). Jeg har derfor valgt å unngå presentasjon av spesielle hendelser eller bakgrunnsinformasjon om deltakerne som kunne bidratt til gjenkjenning. Fordi jeg opplever konteksten, erfaringene og opplevelsene til de

ulike informantene som viktig, ønsket jeg ikke løsrive meg helt fra dette. Da jeg noterte ned refleksjoner før kodearbeidet gjorde jeg dette nettopp med konteksten som utgangspunkt.

4 Resultater

4.1 Presentasjonsform

I dette kapitlet vil jeg presentere resultatene som er kommet frem av analysen. I fremstillingen er informantene gitt fiktive navn. I tråd med Thagaards (2018, s. 171) temaanalyse, er data fra alle deltakerne sammenlignet for å få en dypere forståelse av hvert enkelt tema. Av analysen fremkom tre følgende hovedtemaer:

- *Kroppskontakt og kroppslig endring*
- *Bevisstgjøring av pusten*
- *Det relasjonelle samspillet*

Under hovedtemaene følger undertemaer. Som innledning til hovedtemaene gis en oppsummerende presentasjon som er forskerens tolkning av innholdet til de påfølgende undertemaene. Den videre presentasjonen av undertemaene er forsøkt presentert så empirinært som mulig uten tolkning. Disse empirinære kodene utspiller seg fra informantenes eget språk. Terapeuten brukes om den psykomotoriske fysioterapeuten og psykomotoriske behandling omtales som behandlingen, hvor ikke annet er presisert. Sitatene som presenteres er noe modifisert for at meningsinnholdet ikke skulle forsvinne.

4.2 Presentasjon av informantene

«Ida», «Marit» og «Tor» er krigsveteraner i alderen 30-65 år. Ingen av dem er lenger tjenestegjørende for Forsvaret. De har gått i behandling hos en psykomotorisk fysioterapeut i ett til tre år. To av dem går fremdeles i behandling, og én har avsluttet. Da de startet i behandling hadde de ulike plager som de oppfattet var en følge av utenlandstjenesten. Disse plagene var blant annet rygg- og nakkesmerter, hodepine, hjertebank, magesmerter og ansenhet.

Da informantene reiste ut i tjeneste for Norge, hadde de ulike forutsetninger for hva som ville møte dem. De har jobbet i ulike avdelinger i Forsvaret, og det er stor variasjon i deres fartstid før utenlandstjeneste. Opptreningen de hadde i forkant hadde varierende varighet. En av informantene opplevde det overveldende å komme ut i tjeneste. De har vært vitne til både medsoldaters og siviles død som følge av krigshandlinger, alvorlige skader, skuddvekslinger og veibomber. Det oppstod hendelser som reiste skyldspørsmål, og etter noen av reisene var

det totalt fravær av oppfølging. Felles for Ida, Marit og Tor er en opplevelse av manglende oppfølging i etterkant av tjenesten. De tror at mange av problemene deres kunne vært fanget opp på et tidligere tidspunkt. Videre presenteres deres opplevelser fra psykomotorisk behandling belyst gjennom ulike temaer.

4.3 Kroppskontakt og kroppslig endring

De tre informantene forteller alle om stivhet eller spenninger i kroppen før de startet behandlingen i psykomotorisk fysioterapi. Gjennom behandlingen opplever de i ulik grad hvordan disse spenningene endres og hvordan kontakt med kroppen oppleves. Under dette temaet følger en beskrivelse av denne endringen, belyst gjennom følgende undertemaer:

- *Økt bevegelighet og endring i spenningstilstand*
- *Kroppskontakt og kroppslige fornemmelser*
- *Helhetsforståelse – kropp og sinn*

4.3.1 Økt bevegelighet og endring i spenningstilstand

Ida forteller at da hun kom hjem fra utenlandstjeneste ble kroppen gradvis ubevegelig som en stålstreng. Dette som en følge av en ulykke i utenlandstjenesten hvor hun fikk store skader. Hun fikk vedvarende smerter etter denne ulykken. Hun beskriver at kroppen opplevdes som tilhørende «en åtti-åring». Ida hadde i forkant av psykomotorisk behandling oppsøkt ulike terapeuter for sine kroppslige plager. Hennes erfaring var at behandlingsrommene ofte var kjølige, kombinert med at det var kortere tid avsatt til behandlingen. Kombinasjonen av lav temperatur og lite tid gjorde at spenningene hennes ikke rakk å slippe. I den psykomotoriske behandlingen opplevde hun god tid, varme i behandlingsrommet og bruk av tepper. Dette var avgjørende for at spenningene hennes kunne slippe. Ida forteller at det var mye fokus på strekk i behandlingen. Hun hadde en opplevelse av både å bli bredere og lengre etter at terapeuten strakk henne ut da hun lå på benken.

Tor beskriver at han kom til behandling med mye spenninger i hele kroppen som følge av sin utenlandstjeneste. Han opplever at behandlingsforløpet har bidratt til at kroppen er blitt «løst opp», slik at kroppen kjennes mykere nå. Før han startet i behandling ga den minste rotasjonsbevegelse av nakken, medbevegelse i resten av overkroppen. Bare det å heise skuldrene var smertefullt. Etter behandlingsforløpet kjenner han ikke lenger disse smertene og

demonstrerer hvordan nakken nå kan roteres i rolig tempo uten medbevegelse av kroppen. Tor beskriver også at leggmuskulaturen var hard da de startet opp behandlingen, men også denne er blitt løsere. Han beskriver at kroppen har blitt en helt annen som nå fungerer mye bedre. Etter et lengre behandlingsforløp oppsummerer han slik: «*Jeg har fått en bedre kropp*». Han beskriver at behandlingen blant annet har bestått av «massasje og trykk» og mye strekk av kroppen.

4.3.2 Kroppskontakt og kroppslige fornemmelser

Marit gjorde seg nye erfaringer med å få kontakt med kroppen gjennom behandlingen. Hun ble kjent med ulike reaksjoner i kroppen, og kan nå ta seg i at musklene ubevisst strammes, eksempelvis hvordan kjeven strammes. Ved å bli bevisst dette, retter hun fokus mot å slappe av og forsøke å slippe taket, og kan da kjenne at musklene slipper. For å slippe i musklene beskriver hun også hvordan terapeuten blant annet har rullet over kroppen hennes med en ball. En øvelse for å få kontakt går ut på at hun retter oppmerksomheten ned i føttene og kjenner at fotsålene er i kontakt med underlaget i sittende. Denne øvelsen gjør hun også i stående, og gjør samtidig små vektoverføringer over føttene. Av og til tar hun en «*timeout*», og beskriver dette som å sette seg ned med fokus på kontakt med kroppen. I stressende situasjoner opplever Marit at det hjelper henne å benytte disse strategiene. Til tross for denne bevisstgjøringen, kan hun fremdeles kjenne på å sitte urolig, men opplever det som en måte «*å ha kontroll på kroppen*». Hun innser å ha lært mye av å gå i psykomotorisk behandling: «*Jeg har jo lært ekstremt mye om kroppen min*».

Tor og Ida bruker beskrivelser som økt «*førlighet*» og «*kjenning*» med kroppen, som endringer av å ha gått i behandling. Ida fikk en annen opplevelse av steget under gange, etter at de i behandlingen hadde jobbet med kontakt med lårmuskulaturen. Da hun gikk ut fra behandlingsrommet opplevde hun å snuble i ting hun vanligvis ikke ville snublet i.

Tor forteller hvordan kroppen tidligere i livet aldri stod i veien for å utfolde seg fysisk. I jobben og i utenlandstjeneste beskriver han hvordan han alltid var i fremste linje, og har aldri vært redd for å måtte bryte inn i noe. Han forteller hvordan han en gang måtte forsvare et menneske som ble utsatt for gjengvold. Etter ulykken i utenlandstjeneste, stivnet han mer og mer til og fikk blant annet smerter i armene, skuldre og nakke. Dette gjorde at fortroligheten

med kroppen som var der tidligere i livet ikke lenger var den samme. Fra å være den som hadde vært uredd det meste, forteller han hvordan angst og redsel for å gå på gaten etter hvert preget livet. Etter at han startet i behandling, opplevde han at kroppen ble mindre preget av smerter. Han uttrykker hvor avgjørende for egen trygghet det er, at armene nå fungerer. Dette har gjort at han ikke lenger er utrygg når han går på gaten.

4.3.3 Helhetsforståelse – kropp og sinn

Ida opplevde at hele kroppen var i fokus i behandlingstimen. Hun skildrer fra behandlingstimen at det for eksempel kunne være like mye behandling av pannemuskulaturen til tross for at det var ryggsmertene som var fremtredende den dagen. Hun bemerker den gode tiden som var avsatt i hver time som en avgjørende faktor for behandling av hele kroppen. Dette trekker hun frem som en kontrast til de andre behandlingsformene hun tidligere benyttet, hvor hun måtte velge hvilken kroppsdel som skulle behandles, fordi behandlingstimen var kort. Hun opplever smertene sine som et skrikekor, der det er smerteområdet som roper høyest, som får behandling. I psykomotorisk behandling slipper hun å velge kroppsdel, fordi det er tid til behandling av hele kroppen. Hun beskriver at først ble hele kroppen «overfladisk» behandlet, deretter konsentrerte de behandlingen rundt områder som var fremtredende smertefulle. Smertene beskriver hun som en evig kamp i hva som skal få være fremme og ha fokus. Samtidig opplever hun at det ikke er noe poeng i å høre på smertesignalene fordi de ikke har noen funksjon. Hun ønsker ikke at smertesignalene skal styre livet hennes, og bruker derfor mye energi på å ignorere dem. Smertene beskriver hun som mindre nå enn rett etter hjemkomst. Hun likte godt at det ikke er noe tydelig skille mellom hode og kropp i behandlingen med psykomotorisk fysioterapi. Hun beskriver det slik:

*«Kropp og hode er **ett**, men samtidig så er det to forskjellige ting (...). Altså kropp og sinn er én ting (...). Ja, det er **det**, men så er det ikke det allikevel..».*

For Ida er alle opplevelser fra utenlandstjeneste en «*blanding*». Med dette mener hun at opplevelsene preger både henne selv og andre både mentalt og fysisk. Ida forteller hvordan «*kropp og hode*» ble tema i behandlingen, hvor hun og terapeuten hadde to ulike perspektiver på denne forståelsen. Samtidig opplevde hun at de to hadde en felles forståelse, bare med to ulike forklaringer.

Tor trekker frem hvordan behandlingsforløpet ikke bare har påvirket kroppen, men at han også er blitt mer emosjonell og kan ta til tårene. Han beskriver den emosjonelle endringen som kroppslig:

«Emosjonell har jeg jo vært, men ikke på den måten at jeg.. Så det er nå en forandring som har (...) skjedd i kroppen».

Under utenlandstjeneste opplevde han en ulykke som ga alvorlig skade i kroppen. Skaden har resultert i kroppslige begrensninger i hverdagen. En annen opplevelse hvor han var nær døden, uten å bli påført fysisk skade mot kroppen, sitter han igjen med bare som et minne. Andre krigshandlinger han har vært vitne til beskriver han som psykisk smerte. Disse hendelsene har gitt han mareritt. Når han våkner fra marerittene merker han hvordan kroppen har stivnet og han kjenner seg anspent. Da bruker han lang tid på å tøye seg ut igjen. Han legger til at han har lært seg å fortrenge smerte, for han tar ikke smertestillende.

4.4 Bevisstgjøring av pusten

Alle informantene forteller at pusten har vært et tema i behandlingsforløpet. De har alle hatt fokus på pusten i ulik grad, gjennom at terapeuten har invitert dem til å kjenne på egen pust. Følgende undertemaer presenteres:

- *Direkte pusteøvelser*
- *Fokus på pusten for egen regulering*

4.4.1 Direkte pusteøvelser

«(...) Det som jeg husker, det som har gitt meg mest, det er jo dette at jeg lærte å puste som jeg ikke kunne».

Tor forteller at det beste minnet fra behandlingen var opplevelsen med og kunne trekke pusten dypt inn, for så å slippe den ut igjen. Han og terapeuten satt seg ned sammen i timen og Tor skulle fokusere på å ta dype åndedrag og kjenne pusten i magen. Terapeuten hadde påpekt hvordan han hadde levd på luften i munnhulen fremfor å ta dype åndedrag. Dette beskriver han som en helt ny opplevelse, og gjentar hvordan dette var noe som måtte læres. I behandlingssituasjonen beskriver han hvordan terapeuten stadig minner han på å ikke glemme

å puste. Marit har lært pusteteknikker av terapeuten hvor *«man skal tenke som en kols-pasient (...)* Når du har sluppet alt ut, så vil hodet si ifra, at du nå liksom, puste inn».

Pusten var et naturlig tema i starten av behandlingsforløpet forteller Ida. Hun gjorde seg erfaringer med å puste dypere enn naturlig for å kjenne på pusten. Hun følte ikke selv at pusten var for kort, men legger til at den antagelig var det. Ida beskriver hvordan det stikker til ved dyp pust, og at dette har ført til at hun unngår dype åndedrag. Ida sier at kroppen var som en stålstreng, og at det derfor antagelig ikke var så mye rom for de dypere åndedragene. Hun tok med seg skuddsikkervesten sin til behandling for å vise terapeuten at å bruke denne vesten var som å puste mot en stiv ramme rundt brystkassen. Hun forteller at terapeuten etter dette hadde sett bruken av vesten som årsaken til den litt korte pusten. Å få løsnet litt på muskulaturen, samt å ikke bruke skuddsikkervest, har hjulpet litt på den korte pusten. Samtidig legger hun til at de ikke har fått bukt med dette enda.

4.4.2 Fokus på pusten for egen regulering

Tor fikk som hjemmeøvelse å puste med dype åndedrag, slik at pusten kunne kjønes i magen. Slik fokuserer han også på pusten før innsøvning. Ofte kan han sovne igjen ved oppvåkninger i løpet av nettene, ved å lukke øynene, trekke pusten dypt og slippe den ut igjen. Tidligere har han blitt liggende våken om natten fremfor å sovne igjen, og har da gjerne benyttet nettbrett. Oppvåkninger og nattesøvn med nedsatt kvalitet, beskriver han som en direkte konsekvens av opplevelser fra utenlandstjeneste.

Marit forteller hvordan hun ved høyt stressnivå av og til kan være på grensen til å hyperventilere. Da merker hun at pusten er raskere og overfladisk. For henne hjelper det da å konsentrere seg om pusten, slik hun og terapeuten har jobbet mye med i behandlingen. Når hun kan kontrollere pusten hjelper det henne med å finne ro, som bidrar til at hun kan unngå hyperventilering. Samtidig legger hun leende til at *«hodet styrer, du kan jo egentlig ikke drive og styre den pusten din på egenhånd (...)*». På samme måte som Tor, benytter også Marit seg av pusteteknikker for å sovne.

4.5 Det relasjonelle samspillet

Under denne kategorien trekkes betydningen av relasjonen mellom informantene og terapeuten frem. Alle informantene beskriver viktigheten av at terapeuten opptrer anerkjennende og er kompetent. De beskriver alle ulike situasjoner hvor de virker usikre på hva som er hensikten med tiltakene som gjøres. De opplever også at terapeuten har lært dem noe nytt om kroppen. Dette hovedtemaet har fått følgende undertemaer:

- *Terapeuten som samtalepartner*
- *Den anerkjennende terapeuten*
- *Danne felles forståelse*

4.5.1 Terapeuten som samtalepartner

Tor beskriver terapeuten sin også som en psykolog: «*Hun er også psykolog oppi dette, for hun har jo en enorm erfaring*». Både den medisinske erfaringen terapeuten innehar og rollen som samtalepartner er viktig for han. Ida beskriver også viktigheten av terapeutens evne til å være lydhør for de erfaringene hun hadde med seg. Marit forteller at behandlingstimen alltid starter med en samtale. «*Innimellom så blir det mye prat og andre ganger er det mindre prat, sånn at man får gjort litt mer ut av timen*». Med å gjøre mer ut av timen referer Marit til å jobbe med kroppen. Eksemplene hun har gitt til å jobbe med kroppen handler om pusteteknikker, øvelser for å oppnå kontakt med kroppen, behandling av ulike kroppsdeler med massasjeregrep eller at terapeuten ruller ball over kroppen hennes.

4.5.2 Den anerkjennende terapeuten

Informantene sier alle noe om hvordan terapeuten anerkjenner dem og opptrer imøtekommende. Ida har gått i behandlingsforløp hos to ulike psykomotoriske terapeuter. Hun trekker spesielt frem en av terapeutene som varm i væremåten, samt at behandlingsrommet var hyggelig og varmt. Terapeuten brukte tepper som bidro til at Ida holdt varmen, som hun likte godt. Hun sitter igjen med en opplevelse av at det var god ivaretagelse. Marit trekker frem hvordan terapeuten alltid har tatt hensyn til henne:

«(...) eller at hun ruller på meg med en ball fordi... hun vet at jeg... Jeg var jo sånn, det tar tid for meg... at folk kommer inn på meg (...). Hun har alltid tatt hensyn (...) ut i fra meg som person og hvordan hun oppfatter meg (...). Før så startet vi alltid sånn sittende på benken, sånn at jeg skulle ha kontroll (...). Jeg satt også når hun jobbet

med ryggen min (...). Begynte veldig der i første... Mens nå går det bedre nå kan jeg ligge på mage og på rygg, og bli behandlet og uten den ballen (ler)».

For Ida var det viktig at den psykomotoriske fysioterapeuten normaliserte at emosjonelle reaksjoner ikke var noe som måtte oppstå i behandlingen for at hun skulle føle at hun hadde gjort noe riktig. Hun forteller at det aldri var noe emosjonelt som oppstod i behandlingen. Hun opplevde ikke at det var noe som «lå og lurte» i spenningene da behandlingen med psykomotorisk fysioterapi startet. Samtidig påpeker hun hvordan «(...) all erfaringen ligger jo der..». Her referer hun til hvordan erfaringene fra utenlandstjenesten er en del av hennes historie. Dermed påpeker hun at opplevelsene ikke kan kalles et forbigått kapittel.

4.5.3 Danne felles forståelse

I begynnelsen av behandlingsforløpet lurte Marit noen ganger på hva som var hensikten i behandlingen. Hun opplever psykomotorisk fysioterapi som et vanskelig felt å forstå seg på. I starten savnet hun utdypende forklaringer på hva de gjorde.

«Det var jo veldig rart i begynnelsen. Den første timen og sånn, så (...) var det jo noen ting hvor jeg tenkte at det okei, vi kaster erteposer til hverandre liksom eller at jeg går rundt med et tau og lager meg en boble...»

Marit har tiltro til terapeutens lange fartstid og at hun vet hva hun gjør. Samtidig lurte hun også på hvorfor behandleren ikke gjorde de samme tiltakene på begge sider av kroppen, eller at hun bare behandlet den ene kroppshalvdelen. Hun har mer smerter på den ene siden av kroppen, og har tenkt at dette kan være grunnen til at terapeuten gjør ulike tiltak. Terapeuten hadde sagt til henne at det er vanlig med mer smerter på den ene siden av kroppen.

«I starten så (...) stusset jeg litt over (...) hvordan hun kunne jobbe med en side, uten å (...) få gjort andre siden (...) men det har jo med tid å gjøre.. (...) Eller at hun gjorde ulike ting kanskje, på.. venstre versus høyre, side (...) skal du ikke gjøre begge sider liksom... (ler) (...) Da blir jeg jo litt sånn, spørrende i hodet mitt da men, men så har jeg liksom tenkt at det, at hun vet jo hva hun driver med hun, det er jo sikkert en grunn (...))»

Marit har forstått på terapeuten at man helst skal gi uttrykk for følelsene sine. Hun forteller at dette har vært vanskelig for henne, men tror nå at det er i ferd med å løsne litt og at hun tør å

gi slipp. Hun har forstått på terapeuten sin at det er ønskelig at hun uttrykker seg slik at terapeuten fanger det opp.

«(...) Innimellom nå så kommer det et sånn lite (trekker pusten og ler litt) «au» (...) da blir hun fornøyd (...) for hun sier, jo mer jeg kan få ut ting når hun kommer borti vonde, områder... jo bedre er det da».

Marit tenker at det å uttrykke seg handler om å gi slipp på følelser. *«(...) Det skal visst være bra da, for kroppen å hyle ut litt (...) au ikke rør meg der (...)*. Enkelte ganger i behandlingen har hun opplevd at gråten av en eller annen grunn kommer, uten at hun har fått tak i hva gråten handler om. En spesiell del av behandlingen hun trekker frem er de få gangene terapeuten nettopp har fått henne til å gråte, selv om hun er usikker på om det er terapeutens mål. Hun tror at gråten burde komme til litt oftere dersom det er poenget med behandlingen.

«At jeg har fått, sluppet litt løs... på følelser kanskje... Ved ting hun har gjort (...) Jeg husker en gang at jeg lå på benken (...) med bena opp og så skulle vi, skyve i fra, og være litt sint (...) Litt sånn, sparke litt til... Og da husker jeg av en eller annen grunn at jeg plutselig begynte å grine... (ler). Jeg skjønnte ikke helt hvorfor, men hun var jo fornøyd da, så ikke sant... (fortsetter å le)».

Ida forteller hvordan det i begynnelsen av behandlingsforløpet opplevdes irriterende å skulle bruke en pinne under fotsålene for å få kontakt med underlaget. Hun beskriver hvordan pinnen skulle tråkkes på og samtidig legge merke til hvordan man står og hvordan man går. Til tross for irritasjonen i starten likte hun denne tilnærmingen. Videre forteller hun at de gikk vekk fra tilnærmingen med å rulle pinne etter at hun og terapeuten fikk en relasjon og terapeuten forstod hvor hennes problemområder lå. Ida påpeker at behovet egentlig ikke lå i den «psykomotoriske biten», og at selvinnsikt og førlighet med kroppen var noe som lå der fra før.

«(...) det irriterte meg litt til å begynne med, at det var veldig sånn her, trække på pinnen og kjenne føttene i gulvet og, hvordan står du, og hvordan går du og... Noe av det... hadde helt sikkert en funksjon på meg også, men noe av det følte litt sånn, vi må bare komme oss videre herfra, for... jeg kjenner at føttene mine er i gulvet (småler), det går helt fint (trekker pusten) (...) Men, ja, nei, jeg likte tilnærmingen.»

Tor forteller hvordan terapeuten lærte han at «sinne sitter i leggen», etter at undersøkelsen avdekket at leggen hans var «steinhard». Etter behandlingsprosessen erfarte han at dette slapp, og at leggen nå er løsere:

*«For hun kjente jo... jeg var steinhard her (tar seg til leggen), det var jo så vidt hun bare tok så.. ynket jeg meg jo av vondt. Så sier hun «Tor, hvordan reagerer du når jeg klemmer her, så du har sånn skikkelig smerte? Jo, du løfter ryggen. Du begynner å løfte ryggen. Normalt... så skulle du ha **sparket** til meg (...) som en reaksjon. Men det gjør du ikke». Så det... har hun brukt disse her to årene. Så nå... er jeg jo helt... (illustrerer at leggen er løsere). Men det kan være noen ganger hvis hun har vært borte lenge, da kjenner vi at det er stivnet litt igjen...».*

5 Drøfting

Mitt utgangspunkt for denne oppgaven startet som en nysgjerrighet rundt veteraners forhold til egen kropp. Etter at jeg leste Forsvarets rapporter nevnt i innledningen satt jeg igjen med spørsmål om hvor det ble av ivaretagelsen av kroppen. Min undring er spesielt rettet mot hva som skjer med forholdet til egen kropp og til seg selv når man trenes inn i en kultur hvor fokuset flyttes fra individet over til fellesskapet. Som nevnt i kapittel 2.4.2, presenterte Foucault (1999) hvordan makt over soldaten skapte en maskin som til enhver tid skal være tjenestevillig. Mellas (2013) beskrivelse av soldaten fra 2000-tallet har likhetstrekk i form av at man som soldat tilsidesetter seg selv i troen på noe større enn seg selv. Ut fra en slik beskrivelse er det nærliggende å tenke at det skapes en distanse til en selv, ved at oppmerksomheten ikke kan vendes mot egne behov. Gjennom analysen av data fikk jeg innblikk i veteranenes kroppslige fornemmelser sett i lys av erfaringer de hadde fra psykomotorisk fysioterapi. Drøftingskapitlet er sortert under ulike temaer som nyanseres i større grad enn resultatene, og drøftes i lys av ulike teori.

5.1 Opplevelse av kroppen

5.1.1 Kroppskontakt

Informantene forteller om erfaringer med kroppskontakt. Ida opplevde steget under gange på en annen måte etter behandling, etter at de hadde jobbet med muskulatur i låret. Tor beskriver økt «førlighet» med kroppen. Marit forteller at hun tar hun en «timeout», og beskriver dette som å sette seg ned med fokus på kontakt med kroppen eller at hun retter oppmerksomheten ned i føttene. Bevisstgjøring i psykomotorisk fysioterapi kan blant annet gjøres ved at oppmerksomheten rettes mot deler eller hele kroppen, hvor kroppen både kjennes og oppleves. Ved å bevege kroppen eller at terapeuten benytter berøring, kan bevisstgjøringen forsterkes. Gjennom bevisstgjøring kan spenningstilstanden endres (Bunkan, 2010). Ida forteller at spenningene fikk tid til å slippe i behandlingen, og Tor opplever at kroppen er «løst opp». Marit er blitt bevisst at musklene strammes, og hun kan da rette fokus mot å slippe. Slik informantene formidler sine opplevelser, og i lys av litteraturen, kan grad av spenningstilstand og kontakt med kroppen påvirke hverandre.

Informantene forteller at behandlingen bestod av strekk av kroppen, både aktivt og passivt. Fri strekk av kroppen henger sammen med frigjøring av muskelspenninger og

respirasjonsbremsere. Strekkbevegelser er derfor mye brukt, både i passiv og aktiv form (Thornquist & Bunkan, 1995). Ida opplevde at hun ble både bredere og lengre etter at terapeuten strakk henne ut. Denne opplevelsen kan ses i lys av hvordan Ida erfarte eget kroppsbylde. I tillegg til strekk, beskriver informantene tiltakene i behandlingen bestående av bevegelse, massasje, rulle ball over kroppen og berøring. Tiltakene kan tolkes som måter den psykomotoriske fysioterapeuten har arbeidet med å stimulere den sensoriske informasjonen. Fadnes mfl. (2010) skriver om hvordan hjernens kroppsrepresentasjon hele tiden må oppdateres, og det skjer via sensorisk informasjon som berøring, målrettede bevegelser og oppmerksomhet som rettes mot kroppen. Dersom kroppsdelene ikke brukes, som for eksempel ved nevrologiske lidelser som hjerneslag, forstyrrer dette eierskapet som er knyttet til kroppsdelene. Eierskap er en del av kroppsbylde, og inngår i hvordan kroppen representeres for oss. Dersom eierskapet svekkes, vil dette kunne påvirke hvorvidt kroppsdelene oppleves som vår egen eller ikke. På samme måte som nevrologiske lidelser, kan også bevegelser som unngås på grunn av smerte, eller i frykt for smerte, gjøre at eierskapet forstyrres (Fadnes mfl., 2010). Det kan tenkes at tiltakene i behandlingen har påvirket informantenes eierskap til kroppen gjennom bevisstgjøring og økt kroppskontakt. Informantene forteller også om kroppslige smerter, som kan ha påvirket opplevd eierskap. Ida og Tor beskriver opplevd endring av smertene. Bunkan (2010) skriver at endret spenningsmønster kan redusere muskelsmerter.

Flere studier i psykomotorisk fysioterapi har undersøkt pasienters erfaringer fra behandling, og flere av disse har kroppsbevissthet som en del av resultatene (Dragesund & Råheim, 2008; Øien, 2013; Øien mfl., 2007; Øien mfl., 2009). Kroppsbevissthet eller kontakt med kroppen gjør også at mange av deltakerne kan bli bevisst kroppslige reaksjoner. Dragesund og Øien (2020) har i sin studie sett at pasientene som kom i kontakt med seg selv og ble kjent med reaksjonsmønstrene sine, kunne overføre erfaringene også til dagliglivet. Informantene har vist til eksempler der de opplevde kroppslig endring eller kontakt med kroppen også utenfor behandlingsrommet.

5.1.2 Distanse til egen kropp

En dualistisk forståelse der kropp og sinn forstås som uavhengige kan ses som en motsetning til kontakt med egen kropp. Både Ida og Tor trekker frem hvordan de skiller mellom «kropp

og hode» i hvordan de forholder seg til smerte, gjennom å fortrenge den eller ikke gi smerten oppmerksomhet. Ida beskriver at hun bruker energi på å ignorere smertesignaler, og hvordan hun skiller mellom kropp og hode. «*Kropp og hode er ett, men samtidig så er det to forskjellige ting. (...) Altså kropp og sinn er én ting, og.. Men.. Ja, det er det, men så er det ikke det allikevel..*». Ida opplevde at hun og terapeuten hadde to ulike perspektiver på dette, samtidig som hun opplevde at de hadde en felles forståelse. Fysioterapeuter har en unik rolle i møtet med pasienten når det kommer til å forsterke forståelse av kroppen som objekt, eller som sentrum for erfaring og erkjennelse (Engelsrud, 1990). Når Ida sier at hun og terapeuten hadde to ulike perspektiver av forståelsen, kan det forstås som at terapeuten vektlegger at det ikke er et skille mellom kropp og hode. Ida uttrykker også at hun likte godt at det ikke var noe skille mellom «kropp og hode» i behandlingen. Hun trekker frem at utenlandstjeneste preger personen både mentalt og fysisk. Idas ulike beskrivelser av kropp og hode både som deler og som helhet kan tolkes som noe delt. Forholdet til seg selv kan heller ikke drøftes uten at det ses i lys av strategier som kan være hensiktsmessige for personen på bakgrunn av livserfaringer (Levine, 1997). Slik kan distanse til egen kropp også ses som mestringsstrategier på bakgrunn av opplevelser fra utenlandstjeneste.

Tor skiller mellom type smerte, ved at han beskriver krigshandlinger han har vært vitne til som psykisk smerte, mens ulykken har gitt kroppslig smerte. Fors (2012) skriver at smerte oppleves sensorisk og emosjonelt, og kan derfor kalles både fysisk og psykisk, uten at det er noe skille mellom disse. Smerten er reell for den som opplever den, og den er alltid subjektiv (Fors, 2012). Det sensoriske alarmsystemet som smerte er, fanger opp signaler som er så sterke at de medfører vevsskade, eller trussel om vevsskade (Brodal, 2007; Butler & Moseley, 2003). Smerte oppfattes ut fra den informasjonen som ligger tilgjengelig om kroppen. Informasjonen er basert på sanseinformasjon, minner, assosiasjoner, følelser, mål og forventning. Hvordan personen vektlegger de ulike informasjonskildene avgjør hvordan smertene oppleves (Fadnes mfl., 2010, s. 133). Fadnes mfl. (2010) skriver at nettverkene for smerte, oppmerksomhet, emosjoner, kroppsbevissthet og bevegelseskontroll, delvis faller sammen. Denne teorien innebærer at aktivering i et av nettverkene vil kunne aktivere de andre. Slik tolkes forholdet mellom smertetilstander, endret kroppsoppfattelse og bevegelse. Denne forklaringen kan ligge til grunn for å forstå hvordan Tor og Ida opplevde smertene sine, og kan ses som en måte å oppleve distanse til egen kropp. Tor belyser hvordan han

mistet fortroligheten med kroppen, opplevde angst og var redd for å gå på gaten som følge av kroppslige smerter etter ulykken. Før dette beskriver han seg selv som en som aldri har vært redd for noe, og alltid har vært i fremste linje.

I lys av den dysframtrædende kroppen beskrevet av Leder (1990), kan kroppslige smerter gjøre at oppmerksomheten flyttes til kroppens begrensninger. Slik kan avstand til egen kropp utvikles, og kroppen blir noe vi *har* (Thornquist, 2003, s. 118). Dette vil derfor stå som en motsetning til kontakt med kroppen, hvor oppmerksomheten rettes mot en selv. Med utgangspunkt i at vi først og fremst erfarer verden gjennom kroppen (Merleau-Ponty, 1994), kan det tenkes at nærhet og kontakt med egen kropp, vil påvirke måten vi tar inn og erfarer verden, gjennom kroppen. Tor beskriver hvordan han fikk tilbake fortroligheten med kroppen som følge av mindre kroppslig smerte, som gjorde at han ikke lenger var redd for å gå på gaten. Dette kan ses i lys av at han erfarte verden annerledes. Slik kan økt kroppskontakt forstås som økt kontakt med seg selv, i et kroppsfilosofisk perspektiv (Merleau-Ponty, 1994). Når følelser og emosjoner skal drøftes i neste delkapittel, vil igjen forholdet til seg selv løftes frem.

5.2 Emosjoner og følelser

Tor forteller at han er blitt mer emosjonell etter utenlandstjeneste og etter behandlingen i psykomotorisk fysioterapi. Han beskriver dette som en endring som har skjedd i *kroppen*. Nevrologen Antonio Damasio (2002) presenterer hvordan emosjoner ikke kan ses løsrevet fra kroppen. Han skriver at emosjoner på 1900-tallet ble plassert tilhørende hjernen og utelatt fra kroppen. Biologien bak en emosjon er en sammensetning av kjemiske og nevrøle prosesser i kroppen. De kortikale områdene i hjernen som favner emosjonene, favner også regulering av kroppstilstander. Prosessene emosjonene omfavner er indre organer, balansesystemet og muskel/skjelett-systemet. Emosjoner og bevissthet er knyttet sammen for hvordan vi opplever emosjoner. Noen ganger oppstår emosjoner uten at vi vet hvorfor, og det kan være fordi oppmerksomheten var rettet mot noe annet. Emosjoner kan utløses av noe vi opplever, ser, bilder vi minnes, men det kan også utløses av forandringer i kroppens indre miljø. Det indre miljøet omtales som den kjemiske profilen. Den kjemiske profilen påvirkes av for eksempel helsetilstand, kosthold, vær og hormoner. Kroppstilstanden kan forandres av disse endringene, men vi trenger ikke nødvendigvis klare å sanse at det er disse endringene som forårsaker det.

Med andre ord er det ikke nødvendigvis slik at vi blir bevisst hva som er årsaken til emosjonene. Dette kalles at årsaken til emosjonene ligger på et annet nivå enn det vår bevissthet kan fange. Emosjoner kan ikke kontrolleres, men vi kan dels påvirke den utløsende årsaken, og dels kontrollere hvordan vi uttrykker dem (Damasio, 2002). Det kan tenkes at Tor i større grad retter oppmerksomhet og lytter til kroppen, og at den emosjonelle endringen skjer på bakgrunn av bevisstgjøring. Dette kan ses sammen med hvordan han har opplevd økt fortrolighet og kontakt med kroppen gjennom behandlingen i psykomotorisk fysioterapi.

Marit forteller at terapeuten ønsket at hun skulle gi uttrykk for følelsene sine. Hun tenker selv at det handler om å gi «slipp på følelser». Damasio (2002) hevder at emosjoner kan ikke kontrolleres, men vi kan dels påvirke den utløsende årsaken, og dels kontrollere hvordan vi uttrykker dem. Damasio skiller mellom emosjoner og følelser ved å beskrive dem langs et kontinuum. Emosjoner kan ligge ubevisst og bevisst for oss, og emosjonene kan utløse en følelse vi enten er ubevisst eller bevisst. Følelsene kan vi velge å holde private, mens emosjonene rettes utover i form av kroppslig uttrykk (Damasio, 2002). Thornquist og Bunkan (1995) omtaler for eksempel hvordan pasienter kan holde maska, eller bite tennene sammen, tie og tåle. Fra et psykomotorisk perspektiv kan ønske om å gi uttrykk for følelsene forstås i lys av at pasienter som kommer i kontakt med følelsene sine og uttrykker dem, gjør at følelsene blir mindre påtrengende. Videre beskrives psykomotorikerens rolle som å hjelpe pasienter til å forstå seg selv og egne reaksjonsmåter. Sammenhengen mellom livssituasjonen, symptomer og reaksjonsmønstre er et prinsipp i psykomotorisk fysioterapi (Thornquist & Bunkan, 1995). Flere studier har funnet at pasienter i løpet av psykomotorisk behandling har gjort seg erfaringer med egne reaksjonsmønstre ved at dette har blitt tematisert i behandlingen (Dragesund & Råheim, 2008; Ekerholt, 2011; Øien mfl., 2007; Øien mfl., 2009).

Marit har også fortalt om gråten som plutselig kommer i behandlingen, uten at hun har fått tak i hva gråten handler om. Gråt i behandlingen kan forstås som en autonom reaksjon. Når vi utsettes for påkjenninger, for eksempel i en situasjon som oppleves som stressende, aktiveres autonome, endokrine og somatiske reaksjoner, og disse vil forsøke å motvirke at homøostasen i kroppen endres (Brodal, 2007). Brodal (2007, s. 502) omtaler disse reaksjonene som stressreaksjoner, som blant annet innebærer økt oppmerksomhet, økt muskeltonus, endret respirasjon, aktivering i det autonome nervesystemet og aktivering av CRH-ACTH-

binyrebarken. Fra et psykomotorisk perspektiv forstås også muskelspenninger som en måte å bremse følelser på. For terapeuten kan det derfor være aktuelt å kartlegge om muskelspenningene kan ha følelsesmessig innhold (Thornquist & Bunkan, 1995). Fysioterapeuten må være var på pasientens reaksjoner, da mange kan reagerer emosjonelt når de gir slipp på muskulære spenninger (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995). Braatøy (1947) skriver at gråt som følge av avspenning bare oppstår dersom pasienten holder gråten i seg, i form av muskelspenninger. Disse forklaringene kan være en måte å forstå hvorfor gråten plutselig kommer. En autonom reaksjon forteller oss noe om den generelle reaksjonsmåten for personen (Thornquist & Bunkan, 1995). Kroppen kan ikke forstås løsrevet fra sin historie, og hvordan vi beveger oss, uttrykker oss og hvordan vi føler er en del av kroppens historie. Denne historien ligger både bevisst og ubevisst for oss (Gretland, 2007). At Marit ikke vet hvorfor gråten kommer, kan også ses i lys av historien som ligger ubevisst for henne, som en del av hennes historie som sosial kropp.

5.3 Pusten

Ida forteller at kroppen var som en stålstreng, og at det derfor antagelig ikke var så mye rom for de dype åndedragene. Alle muskelspenninger i kroppen anses som respirasjonshemmere (Bunkan, 2010; Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 1986). Ida gjorde seg erfaringer med å puste dypere enn naturlig for å kjenne på pusten, uten at pusten ble et øvrig fokus i behandlingen. Dette kan forstås som terapeutens måte å få henne til å sette ord på opplevelse av pusten. Bunkan (2010, s. 108) påpeker at det kan være nyttig med den subjektive opplevelsen av pusten. Det kan derfor være nyttig å få pasienten til å sette ord på om pusten kjennes behagelig eller ubehagelig ut. Pusten kan styres i korte omganger, men har det sannsynlig best når den kan være passiv uten vår styring.

Både Marit og Tor forteller hvordan de retter oppmerksomheten mot pusten for å sovne. Rett etter at vi sovner skjer en omstilling av pusten hvor den blir mer basal og den går langsommere. Mange med ansenthet har problemer med innsovning. Etter innsovningen vil normalt søvnen bli dypere, men personer med høy grad av ansenthet våkner oftere i denne fasen (Øvreberg & Andersen, 1986). Marit fokuserer på pusten med pusteteknikken hun har lært dersom hun merker at hun holder på å hyperventilere. Hun påpeker tosidigheten med pusten; *«hodet styrer, du kan jo egentlig ikke drive og styre den pusten din på egenhånd (...)*».

Å fokusere på måter og puste på kan verken forstås som fri eller avspenning ifølge litteraturen. Bunkan (2010) påpeker at hennes kliniske erfaring viser at det er svært vanskelig for de aller fleste å rette oppmerksomheten mot pusten uten at den styres. Denne bevisstgjøringen av pusten kan føre til aktiv utpust, som kan stenge opplevelser og følelser ute fra bevisstheten (Bunkan, 2010, s. 254). Aktiv utpust står som en kontrast til fri pust (Bunkan, 2010; Thornquist & Bunkan, 1995). Til tross for teori om pust fra et psykomotorisk perspektiv, forteller både Tor og Marit om hvordan fokus på pust har hjulpet dem, enten med å finne ro eller lette innsovning. Tor trekker frem det beste minnet fra behandlingen som at han kunne trekke pusten og slippe den ut igjen. Ekerholt (2011) fant blant annet at psykomotorisk fysioterapi bidro til bevisstgjøring av pustemønstre og autonome reaksjoner hos pasientene. Med dette kunne pasientene oppdage sine reaksjonsmønstre med hjelp av at fysioterapeuten gjorde dem oppmerksomme på det.

Alle informantene forteller at terapeuten deres hadde invitert dem inn til å kjenne på pusten. Informantene hadde enten blitt instruert i å puste ned i magen, puste dypere enn normalt eller la pusten slippes passivt ut igjen inntil hodet ga beskjed om å trekke pusten på nytt. Litteraturens beskrivelse av hvordan terapeuter skal forholde seg til pasientens pust står i kontrast til hvilke fortellinger informantene har fra behandlingen. Dette er informantenes opplevelser som trekkes frem, og hvordan terapeutene har jobbet med tanke på pusten gjennom hele behandlingsforløpet kan ikke konkluderes på bakgrunn av disse fremstillingene. Blant annet kan Marits opplevelse av hvordan terapeuten ønsket at hun skulle uttrykke seg i behandlingen, forstås som en måte terapeuten har jobbet indirekte med pusten. Marits beskrivelse av å uttrykke seg med «au» i behandlingen, kan forstås i lys av at terapeuten kan gjøre pasienten oppmerksom på pusten gjennom å invitere til å slippe til pusten, sukke eller uttrykke seg ved smerter, som og kunne si «au» (Thornquist & Bunkan, 1995). Informantenes beskrivelser av strekkebevegelser som en del av behandlingen, kan også ses som måter terapeuten påvirker pusten indirekte, da fri strekk av kroppen henger sammen med frigjøring av respirasjonsbremsere (Thornquist & Bunkan, 1995).

Bunkan (2010, s. 108) beskriver følelser og pust som en enhet. Både Marit og Tor forteller om emosjonelle og følelsesmessige opplevelser, mens Ida forteller at det aldri var noe emosjonelt som oppstod i behandlingen. Ida forteller at pusten ikke ble et øvrig fokus i

behandlingen, mens Marit og Tor skildrer et direkte fokus på pust. Om dette kan settes i sammenheng har ikke grunnlag for konklusjon, men kan løftes frem i lys av hvordan muskulatur, følelser og pust ikke kan ses løsrevet fra hverandre (Thornquist & Bunkan, 1995).

5.4 Det relasjonelle samspillet

5.4.1 Terapeuten som samtalepartner

Marit beskriver at timen i psykomotorisk fysioterapi starter med en samtale. «*Innimellom så blir det mye prat og andre ganger er det mindre prat, sånn at man får gjort litt mer ut av timen*». Med å gjøre mer ut av timen referer hun til å jobbe med kroppen. Dette kan forstås som at hun vektlegger det som gjøres kroppslig, og at samtalen ikke har en viktig plass for henne. I Ekerholt og Berglands (2006) studie om pasienters opplevelse av massasje i psykomotorisk behandling beskriver pasientene at det ga mening at fysioterapeuten masserte, og at de samtidig hadde en samtale om det de gjorde. Det ga mening for dem fordi kroppen er noe håndfast. Pasientene beskrev dette som en kontrast til samtaleterapi hvor det bare blir prat, og at samtalen i seg selv ikke er håndfast. Thornquist og Bunkan (1995) omtaler også samtalsens plass i psykomotorisk fysioterapi som først og fremst rettet mot hva som skjer her og nå i det kroppslige. Samtalene om det som skjer her og nå kan føre til refleksjon og assosiasjon hos pasienten til noe som gjenkjennes fra hverdagen. Slik kan pasientens forståelse av seg selv fremmes (Gretland, 2007, 2016). Tor fremmer hvordan terapeuten også har vært som en psykolog og samtalepartner for han. I en samtale hvor vi blir lyttet til, bekreftet i følelser og tanker, fylles et psykologisk behov for tilknytning og nærhet (Eide & Eide, 2017, s. 155). Ida forteller hvor viktig det var for henne at terapeuten var lydhør for de erfaringene hun hadde med seg. Vi er avhengig av bekreftelse fra andre mennesker for å kunne utvikle vår egen forståelse av oss selv (Bjerke, 2016). Kommunikasjon hvor vi blir bekreftet kan bidra til trygghet og tillit, og på denne måten være et godt utgangspunkt for samarbeid (Eide & Eide, 2017). Kanskje er det nettopp samtalen som har gitt Tor og terapeuten et godt utgangspunkt for videre samarbeid, som igjen har vært medvirkende for at han opplever at han har fått en bedre kropp av behandlingen. Tor trekker frem terapeutens enorme erfaring. Ekerholt og Bergland (2004) presenterer i sine resultater at både kjemi og terapeutens profesjonalitet var viktig for pasientene.

For mange pasienter blir fysioterapeuten en person de kan betro seg til. Tidligere ble den psykomotoriske fysioterapeuten ansett som en klagemur (Thornquist & Bunkan, 1995). Thornquist og Bunkan (1995) løfter frem spørsmålet om hvorvidt psykomotorikeren skal håndtere de følelsesmessige problemene, og setter henvisning til andre instanser på dagsordenen. Min erfaring gjennom studiet i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi med egenbehandling, hospitering og møte med andre terapeuter, er stor variasjon i hvor stor plass samtalen tildeles i behandlingen. Fagtradisjonen psykomotorisk fysioterapi bruker kroppen som innfallsvinkel til personen. Hovedanliggende for psykomotorisk fysioterapi er dermed kroppen (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995). Forskning på kognitiv terapi sammenlignet med manuellterapi viste at sannsynligheten for sykmelding på en 12 måneders periode, var tre ganger lavere med skreddersydd kognitiv terapi. Personene som deltok i studien hadde korsryggsmerter (Fersum, O'Sullivan, Skouen, Smith & Kvåle, 2013). Hovedforfatter Fersum uttaler at de ønsker å jobbe for å gjøre kognitiv terapi kjent for leger og fysioterapeuter (Strupstad, 2013). Kognitiv terapi tar sikte på bevisstgjøring av tanker og atferd. Gjennom bevisstgjøring kan tankene og atferden endres. Ideen er basert på at psykiske lidelser vises som følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og atferd (Martinsen, 2011). Med utgangspunkt i spesielt Marits og Tors presentasjon av samtale i psykomotorisk fysioterapi, virker det som at de tillegger denne ulik vekt og betydning. I hvilken grad kognitiv terapi eller samtaleterapi skal implementeres i fagutøvelsen i psykomotorisk fysioterapi, forøvrig også andre fagtradisjoner som har kroppen som hovedanliggende, vises også her som et aktuelt tema.

5.4.2 Den anerkjennende terapeuten

Ida trekker frem terapeuten som varm i væremåten, behandlingsrommet var varmt og det ble brukt tepper slik at hun holdt varmen. Det var også viktig for henne at den psykomotoriske fysioterapeuten normaliserte at emosjonelle reaksjoner ikke var noe som måtte oppstå i behandlingen for at hun skulle føle at hun hadde gjort noe riktig. I annen forskning fra et pasientperspektiv i psykomotorisk fysioterapi viser det seg som viktig for pasientene at terapeuten er imøtekommende, vennlig og tar seg tid til pasienten (Ekerholt & Bergland, 2004). Marit trekker frem hvordan terapeuten alltid har tatt hensyn til henne som person og ut fra hvordan hun oppfatter henne. En måte å forstå hvordan informantene opplever møtet med terapeuten kan forstås i lys av teori om anerkjennelse. «Anerkjennelse er basert på *likeverd*»

(Thornquist, 2009, s. 125). Å forsøke å forstå en annen person gjennom deres perspektiver, forsøke å forstå *meningen* i hva som blir sagt, er en måte å forstå anerkjennelse på. Som mennesker er vi avhengige av reaksjoner, bekreftelser eller avvisninger vi får fra andre mennesker. På den måten kan vi forstå oss selv, gjennom å speile oss i andre. Som terapeuter kan vi søke *meningen* i pasientens uttrykk gjennom hva som sies, hvordan det sies og hvilke reaksjoner pasienten har. Måten vi som terapeuter stiller spørsmål, fremmer enten å åpne eller lukke muligheter i møtet med pasienten. Mye ansvar hviler hos terapeuten, som er en forutsetning i maktforholdet som i utgangspunktet er asymmetrisk. Pasienten bør derfor inkluderes i faglige valg, og terapeuten må formidle sin forståelse av pasienten gjennom hva som ses og høres (Thornquist, 2009). Dette beskrives andre steder i litteraturen som en måte å være tilstede og være *var* for pasientens reaksjoner (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995).

Psykologen Anne-Lise Løvlie Schibbye beskriver også begrepet anerkjennelse. Begrepet anerkjennelse omhandler blant annet om å erkjenne og styrke. I møtet mellom mennesker handler en gjensidig anerkjennelse om at man møter hverandre som subjekter. Anerkjennelse i terapi handler om å forsterke tanker eller opplevelser for pasienten, fremfor å rose eller belønne. Schibbye vektlegger anerkjennelse fra terapeuten med at pasientens opplevelser blir verdsatt, og at terapeuten opptrer som et medmenneske (Schibbye, 2009). «Å være anerkjennende innebærer, som vi skal se, nettopp at jeg må «fange opp den andres bevissthet» og gi den tilbake som «anerkjent av min bevissthet»» (Schibbye, 2009, s. 259). For å lykkes med dette, må terapeuten først og fremst møte den andre der han eller hun er. Marit viser til eksempelet om hvordan terapeuten har tilrettelagt behandlingen med at Marit skulle oppleve at hun har kontroll, og startet derfor behandling av ryggen sittende på benken. Dette kan ses som en måte terapeuten viste varhet og respekt for Marit, basert på terapeutens observasjoner der hun var.

5.5 Forståelse av prosjektet psykomotorisk fysioterapi

5.5.1 Danne felles forståelse

Marit forteller at hun i begynnelsen av behandlingsforløpet lurte på hva som var hensikten i behandlingen. Hun beskriver at de hadde kastet erteposer til hverandre eller at hun gikk rundt med et tau og lagde seg en boble. Relasjonen mellom helsepersonell og pasient er et eksempel

på et asymmetrisk forhold, hvor helsepersonellet har mer makt enn pasienten. Til tross for at forholdet er asymmetrisk og fordelingen av makt er skjevt fordelt, betyr ikke dette nødvendigvis at likeverd og anerkjennelse uteblir. Dette avhenger av hvilke former for makt som benyttes (Thornquist, 2009). Dette forholdet står i kontrast til symmetriske forhold, som preges av fortrolighet mellom partene. I møtet mellom fysioterapeut og pasient vil relasjonen ha et asymmetrisk utgangspunkt, hvor kompetansen er ulik. Pasienten oppsøker hjelp, og fysioterapeuten tilbyr en betalt tjeneste (Thornquist, 2009). Fysioterapeuten kan i denne posisjonen anses som eksperten. «Det tilsier at den som har mest makt, har størst ansvar for hva som skapes» (Thornquist, 2009, s. 30). Ansvaret for å trekke pasienten aktivt inn i behandlingen, ligger derfor hos terapeuten, som aktivt må bruke sin posisjon for å oppnå dette. Å trekke pasienten aktivt inn innebærer også at pasienten forstår hva som er hensikten i det som gjøres. Marit har tiltro til terapeutens lange fartstid og at hun vet hva hun gjør. Samtidig har hun stuset over hvorfor terapeuten ikke gjorde de samme tiltakene på begge sider av kroppen. Til tross for at hun ikke har forstått dette, virker det ikke som at hun har etterspurt en forklaring hos terapeuten, eller at terapeuten har gitt henne noen forklaring på dette. Dette kan ses i lys av et eksempel på skjevhet i maktforholdet. Fysioterapeuten kan tilskrive seg selv autoritet ved å forklare pasientens symptomer og plager ut fra vurderingen fysioterapeuten gjør. Ved å opphøye seg selv som terapeut til den som har svar, uten å trekke inn pasientens formidlinger eller reaksjoner fra undersøkelsen, kan skjevheten i maktforholdet bli ytterligere skjevt. Dersom terapeuten ikke trekker pasienten inn med opplevelser og kompetanse, vil den potensielle utviklingen i møtet mellom terapeut og pasient utebli. Slik vil også pasienten passiveres, og resultatet er at fysioterapeuten gir noe som pasienten mottar (Thornquist, 2009). I psykomotorisk fysioterapi trekkes pasienten aktivt inn, og arbeidsmåten som benyttes innebærer at pasienten og terapeuten aktivt arbeider sammen som likeverdige parter. Dette kan være en ny opplevelse for mange pasienter, da de ofte er vant til at helsepersonellet er den som bestemmer (Gretland, 2007, 2016). Marits opplevelse samsvarer ikke helt med denne beskrivelsen av psykomotorisk fysioterapi, og beskrivelsen av at terapeuten gjør ulike tiltak på begge sider av kroppen kan tolkes som noe terapeuten gjør, og Marit som pasient mottar.

Ida forteller at hun i begynnelsen av behandlingsforløpet opplevde at det var irriterende å trække på pinne for å få kontakt med underlaget. Hun opplevde at selvinnsikt og førlighet med

kroppen var noe som lå der fra før, og at hennes behov ikke var den «psykomotoriske biten». Dette kan forstås som at Ida og terapeuten ikke hadde den samme forståelsen og oppmerksomheten rettet mot det samme prosjektet. På samme måte som terapeuten, må også pasienten være tilstede i seg selv og være oppmerksom på det som skjer (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995). Samspillet mellom fysioterapeuten og pasienten må bestå av et felles prosjekt, i form av at begge parter er oppmerksomme på at de holder på med det samme (Gretland, 2007, 2016). Hva Ida mener med den «psykomotoriske biten» kan tolkes som at hun ikke hadde behov for bevisstgjøring av hvordan hun står eller kontakt med kroppen, da hun opplevde at hun allerede hadde denne kontakten med kroppen. Ut fra perspektivet i psykomotorisk fysioterapi kan det tenkes at terapeuten benyttet den tradisjonelle tenkningen arbeid med føtter og ben som et viktig utgangspunkt i behandlingen (Thornquist & Bunkan, 1995). Denne forklaringen kan også være en del av tenkningen terapeuten til Tor støtter seg til ved behandling av leggene. Tor forteller om en opplevelse fra behandlingen hvor han lærte at «sinne sitter i leggen». Han forteller at leggen er løsere etter behandlingen, men han utdyper ikke noe om sinne eller det følelsesmessige aspektet terapeuten påpekte for han. Kanskje er det fordi dette ikke ble en felles forståelse mellom dem, eller at dette av grunner ikke kom frem under intervjuet. Fra et psykomotorisk perspektiv skriver Thornquist og Bunkan (1995) at spenninger i leggmuskulaturen henger sammen med spenning i øvrig muskulatur i kroppen. Ved redusert spenning i nakke, skulder og ansikt, og pusten som slipper til, beskrives det at terapeuten vil oppdage at også leggmuskulaturen er mindre spent og mindre øm. Tor fremmer dette som noe han lærte om kroppen sin. Samtidig legger han også frem hvordan terapeuten forklarer reaksjonsmønsteret hans. Det fremkommer ikke om han kjenner igjen reaksjonsmønsteret fra livet forøvrig.

5.5.2 Viktigheten av å danne felles forståelse

Å oppleve kroppen og oppleve via kroppen presenteres som den røde tråden i psykomotorisk behandling (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 92). For at personen skal ha mulighet til dette, må det legges til rette for det. Thornquist (2009) tillegger fysioterapeuten ansvaret for å trekke pasienten inn i behandlingen. Mitt inntrykk gjennom drøftingen under forrige delkapittel, er at informantene beskrev situasjoner hvor de tilsynelatende ikke virket å ha felles forståelse med terapeuten, og at maktforholdet var skjevt fordelt. Min undring handler om det manglende felles prosjektet kan handle om skjevhet i maktforholdet. Forsvaret er kjent for sin

rangordning av grader, som er knyttet til autoriteter, ordre og makt. En kan tenke seg at informantene er bærere av denne kulturen, selv om det ikke kan konkluderes med det. Det kan tenkes at de delvis innordner seg prosjektet til den psykomotoriske fysioterapeuten. Da sitter fysioterapeuten som ekspert i et skjevt maktforhold. Ofte er pasienter fratatt muligheten til delaktighet i behandlingen, og ofte er de fremmedgjort egen kropp og plager. Hjelp til selvhjelp starter når pasienten eier egen behandlingsprosess (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 42).

Sosiologen Aaron Antonovsky omtaler viktigheten av egne mestringsstrategier som en faktor for helse, fremfor fokus på årsaker og problemer. Han presenterer *opplevelse av sammenheng* (sense of coherence) som avgjørende for mestring av belastninger i livet (Antonovsky, 2012; Martinsen, 2011). Antonovsky bruker begrepet salutogenese, som handler om kontinuumet mellom helse og uhelse. Alle mennesker befinner seg alltid på et kontinuum mellom syk og frisk. Så lenge vi er i live, er vi alltid litt friske og litt syke, uavhengig av om vi befinner oss i enden av helse eller uhelse på kontinuumet. Antonovsky selv var overbevist om at svaret på om man beveger seg mot helseenden av kontinuumet handler om opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012). Gjennom drøftingen fremgår det gjentatte ganger fra teorien at det er viktig å danne felles forståelse. Kanskje er det først når en felles forståelse er skapt mellom terapeut og pasient, at pasienten kan oppleve sammenheng. I følge Thornquist og Bunkan (1995, s. 72), er det overordnede målet i psykomotorisk fysioterapi «opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser».

Til tross for aspektene hvor det kan tolkes som at informantene og terapeuten ikke hadde en felles forståelse av prosjektet, trekker spesielt Marit frem at hun har lært mye om kroppen sin av å gå i psykomotorisk behandling. Tor beskriver at han gjennom behandlingen har «*fått en bedre kropp*». Dette kan brukes som eksempler til å nyansere at det er viktig å danne en felles forståelse og at ekspertrollen kan skape et ytterligere skjevt maktforhold, men til tross for dette kan fremdeles pasientene oppleve endring i kroppen og at de lærer noe om seg selv.

6 Avslutning

Studiens formål var å belyse hvilke erfaringer norske krigsveteraner gjør seg i psykomotorisk behandling. Mitt forskningsspørsmål for denne studien var: *Hvilke erfaringer gjør norske krigsveteraner seg i psykomotorisk behandling?*

Resultatene viser en bredde i hvordan denne behandlingsformen oppleves for tre ulike krigsveteraner. Resultatene må forstås i lys av informantenes bakgrunn som krigsveteraner, og med deres opplevelser hvor de har vært vitne til krigshandlinger. Jeg har tillatt meg å drøfte resultatene i lys av informantenes status som veteraner og hva dette *kan* innebære. Informantene opplevde kroppskontakt og kroppslig endring gjennom behandlingen. Resultatene viser at de i ulik grad opplever at spenningene endres og hvordan kontakt med kroppen oppleves. Informantene opplevde endring i spenning fordi det var god tid i behandlingen, gjennom strekk, massasje, berøring og bevisstgjøring av spente muskler. De har alle hatt fokus på pusten i ulik grad, gjennom at terapeuten har invitert dem til å kjenne på egen pust. To av informantene forteller om hvordan fokus på pust har hjulpet dem, enten med å finne ro eller lette innsovning. Informantene beskriver viktigheten av anerkjennelse fra terapeuten gjennom samtale og handlinger. De beskriver ulike situasjoner hvor de er usikre eller ikke ser hensikten med tiltakene som gjøres i behandlingen. Noen av erfaringene fra behandlingen har de også overført til dagliglivet.

Gjennom drøftingen av resultatene er min forståelse at informantene har opplevelser av både kontakt med kroppen og distanse til kroppen. Gjennom økt kroppsbevissthet er det drøftet hvordan dette også kan påvirke bevisstgjøringen av emosjoner og følelser. Alle informantene forteller at terapeuten har invitert dem til å kjenne på egen pust. Bunkan (2010) skriver at pust og følelser er en enhet, og det vil da være nærliggende å tenke at man også kjenner på egne følelser gjennom å kjenne på pusten. Marit og Tor forteller om hvordan fokus på pust har hjulpet dem, enten med å finne ro eller lette innsovning, til tross for at dette fokuset på pust står som en kontrast med hva Thornquist og Bunkan (1995) skriver om fri pust i psykomotorisk fysioterapi. Både Marit og Tor forteller om opplevelser på det følelsesmessige og emosjonelle plan. Ida forteller at det ikke var annet fokus på pusten enn å kjenne på den. Hun opplevde heller ingen emosjonelle reaksjoner. Om dette er sammenhenger som kan ses i lys av kroppskontakt, pust og følelser, kan ikke konkluderes med her. Selv om det kan virke

viktig å danne en felles forståelse mellom pasient og terapeut for prosjektet psykomotorisk fysioterapi, belyser informantene viktigheten for dem av anerkjennelse fra terapeuten gjennom samtale og handlinger. Til tross for aspektene hvor det kan tolkes som at informantene og fysioterapeuten ikke hadde en felles forståelse av prosjektet psykomotorisk fysioterapi, trekker informantene frem opplevelser av *endring*. Endring i opplevelse av kroppen, emosjoner, følelser og pust er drøftet.

Når jeg nå skal runde av og oppsummere undres jeg over hvilke forutsetninger informantene reiste ut med, og hvordan oppfølgingen kunne vært annerledes, da de alle forteller om mangelfull oppfølging. Et begrenset utvalg som denne studien har, vil prege studiens tyngde. Selv om funn fra studien ikke kan overføres til annen populasjon, kan det tenkes at visse aspekter kan være relevante for andre veteraner. Jeg anser erfaringene fra et pasientperspektiv også som nyttig i et behandlerperspektiv, og at dette bidrar til refleksjon og utvikling hos meg som terapeut. Oppgaven ble innledet med rapportene fra Forsvaret hvor psykisk helse er vektlagt, og som også viser til kroppslige symptomer hos veteranene. Den siste stortingsmeldingen fra 2020 (Forsvarsdepartementet, 2020) fremlegger forebyggende arbeid som viktig, av både psykisk og fysisk helse. Informantene i denne studien forteller at de startet i psykomotorisk behandling med ulike plager som de oppfattet var en følge av utenlandstjenesten. De tror at mange av problemene deres kunne vært fanget opp på et tidligere tidspunkt. I lys av denne studien kan det tenkes at psykomotorisk fysioterapi kan være en tilnæringsmetode for behandling av veteraner med plager fra utenlandstjeneste.

Referanseliste

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4), 12. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Bjerke, E. (2016). Relasjonens betydning i psykoterapi. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 136(22), 1908-1910. 10.4045/TIDSSKR.16.0427
- Braatøy, T. (1947). *De nervøse sinn : medisinsk psykologi og psykoterapi*. Oslo: Cappelen.
- Brodal, P. (2007). *Sentralnervesystemet* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer>
- Bunkan, B. H. (2010). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Butler, D. S. & Moseley, G. L. (2003). *Explain Pain*. South Australia: Noigroup Publications.
- Damasio, A. R. (2002). *Følelsen av hva som skjer: Kroppens og emosjonens betydning for bevisstheten*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Dragesund, T. & Råheim, M. I. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24(4), 243–254. 10.1080/09593980701738400
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2020). Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15, 9. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735767>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekerholt, K. (2011). Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patients' experiences in psychomotor physiotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6(2), 103-115. 10.1080/17432979.2011.568762
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403-410. 10.1080/14034940410029441
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in Physiotherapy*, 8:3, 137-144. 10.1080/14038190600836809
- Engelsrud, G. (1990). *Kjærlighet og bevegelse : fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse*. Oslo: SIFF, Seksjon for helsetjensteforskning.
- Fadnes, B., Heggenhougen, M., Brodal, P. & Leira, K. (2010). *Læringsnøkkelen : om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fersum, K. V., O'Sullivan, P., Skouen, J. S., Smith, A. & Kvåle, A. (2013). Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17, 916-928. 10.1002/j.1532-2149.2012.00252.x
- Fors, E. A. (2012). *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forsvaret. (2012). *Afghanistan-undersøkelsen 2012: En undersøkelse av psykisk helse hos norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan 2001-2011*. Hentet fra https://forsvaret.no/tjeneste_/ForsvaretDocuments/Afghanistanundersøkelsen2012.pdf

- Forsvaret. (2016). *UNIFIL-undersøkelsen 2016: En etterundersøkelse av norsk militært personell som tjenestegjorde i Libanon i årene 1978–1998* (1277). Hentet fra https://forsvaret.no/aktuelt_/ForsvaretDocuments/UNIFIL-undersokelsen%202016.pdf
- Forsvaret. (2019). Forsvarets veterankort. Hentet fra <https://forsvaret.no/veterankort>
- Forsvarsdepartementet. (2009). «Fra vernepliktig til veteran» *Om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner* (St.meld. nr. 34 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-34-2008-2009-/id560494/sec1>
- Forsvarsdepartementet. (2020). *Også vi når det blir krevet : Veteraner i vår tid* (Meld. St. 15 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b708069909c54b99bb309dee6c5a2aa6/no/pdfs/stm201920200015000dddpdfs.pdf>
- Foucault, M. (1999). *Overvåkning og straff : det moderne fengsels historie* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gretland, A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi - med kroppen som innfallsvinkel til personen. I A. K. Bergem (Red.), *Kroppen i psykoterapi* (s. 139-161). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Høstmark, C. B. (2018). Overrasket over rask effekt av psykomotorisk fysioterapi. Hentet fra <https://fysioterapeuten-ebblad.no/dm/fysioterapeuten-6-18/5/#zoom=z>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma : the innate capacity to transform overwhelming experiences*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mella, H. (2013). *For konge og fedreland: 150 dager i Afghanistan*. Oslo: Kagge Forlag AS.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi* (Phénoménologie de la perception). Oslo: Pax.
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Strupstad, J. H. (2013). Lavere sykefravær med kognitiv terapi. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Lavere-sykefravaer-med-kognitiv-terapi>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- WMA. (1964). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Øien, A. M. (2013). Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring. *Fysioterapeuten*, 80(3), 22-26.
- Øien, A. M., Iversen, S. & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences – Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*, 9:1, 31-39. 10.1080/14038190601152115
- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S. & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge – changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 11, 121-129. DOI: 10.1080/14038190802315073
- Øvreberg, G. & Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi : en metode til omstilling og frigjøring av respirasjon*. Harstad: Øvreberg.

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Hvilke erfaringer gjør norske krigsveteraner seg i psykomotorisk behandling?

Innledende spørsmål: *Alder, tjenestested, varighet på tjenesten*

1. Hva tenker du om at du reiste ut?
2. Hvordan var det å komme hjem?
3. Hvordan har dette påvirket familien din? (Dersom aktuelt å spørre om)
4. Kan du fortelle litt om bakgrunnen din for valget om å oppsøke en psykomotorisk fysioterapeut?
 - a. Hvor mange behandlinger har du hatt?
 - b. Hvor ofte går du/har gått i behandling?

Refleksjonsspørsmål:

1. Hva skjedde med kroppen din etter utenlandstjenesten(e)?
 - a. Er det noe i hverdagen din som er annerledes nå enn det var før du reiste ut?
2. Kan du fortelle litt om dine opplevelser av å gå i psykomotorisk behandling?
 - a. Har du gjort deg noen erfaringer rundt opplevelse av pusten din?
 - b. Negative/positive sider ved behandlingen?
Spesielle deler av behandlingen du vil trekke frem?
Har du hatt noen reaksjoner underveis i forløpet – kroppslig eller følelsesmessig? Gjerne noen eksempler.
 - c. Hvordan har du blitt ivaretatt i behandlingen?
 - d. Er det noe i hverdagen din som er annerledes etter at du har gått i psykomotorisk behandling?
Kan du eventuelt fortelle litt om hva det er og hvordan du opplever det?
Endringer på det sosiale eller relasjonelle plan?
3. Har du benyttet andre behandlingsformer for plagene dine – og hva opplever du som forskjellene mellom disse og psykomotorisk fysioterapi?
4. Er det noe du vil legge til eller fortelle mer om?

Vedlegg 1: Intervjuguide

Avrundingspørsmål:

1. Hvordan har det vært å snakke om disse tingene?

Forklare hvordan data skal brukes videre, anonymisering, informere om retten til å trekke seg.

Forespørsel om deltagelse i masteroppgave

«Hvilke erfaringer gjør norske krigsveteraner seg i psykomotorisk behandling?»

Formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å løfte frem hvilke opplevelser norske krigsveteraner gjør seg i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut. Hensikten med oppgaven er å frembringe ny kunnskap på feltet, da det mangler forskning om psykomotorisk fysioterapi som behandlingsmetode for krigsveteraner. Dette er en mastergradsstudie ved UiT – Norges arktiske universitet. Forespørselen sendes til ulike veteranorganisasjoner, som sender informasjonsskrivet ut til sine medlemmer.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet innebærer dette et intervju med varighet inntil en time. Du kan bestemme hvor intervjuet skal foregå. Det vil gjøres lydopptak og notater av intervjuet. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som student og min veileder som vil ha tilgang til lydopptaket og personopplysninger om deg, og materialet vil oppbevares innelåst. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i sluttproduktet av oppgaven. Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. mai 2020, etter dette vil personopplysninger, lydopptak og eventuelle notater slettes.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hvor kan jeg finne ut mer?

- Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å delta, ta kontakt med Anne-Marthe Kristiansen på telefon 952 39 142 eller e-post kristiansenannemarthe@gmail.com.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og informert samtykke

Min veileder for prosjektet er Cathrine Boge-Olsnes, stipendiat på master i psykomotorisk fysioterapi - Institutt for Helse og omsorgsfag (IHO) ved UiT – Norges arktiske universitet. Ved spørsmål kan hun kontaktes på cathrine.boge-olsnes@uit.no.

- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold ved UiT – Norges arktiske universitet, personvernombud@uit.no.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitet - Institutt for Helse og omsorgsfag har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Med vennlig hilsen
Anne-Marthe Kristiansen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvilke erfaringer gjør norske krigsveteraner seg i psykomotorisk behandling?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15. mai 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato

Vedlegg 3: Eksempel koding og kategorisering

Kategori: Det relasjonelle samspillet

Informant 1

Meningsbærende enhet	Kode	Sidetall
Hun var egentlig, god til å ivareta	God til å ivareta	21
Det at hun var på en måte lydhør... For de erfaringene jeg hadde.	Lydhør for erfaringene	20
Dem hadde så god tid	God tid	21
Hun var veldig flink med å ha det varmt, og ha tepper	Varme og tepper	8
Triveligere og varmere temperatur, der.	Temperatur	21

Informant 2

Meningsbærende enhet	Kode	Sidetall
Innimellom så blir det mye prat og andre ganger er det mindre prat, sånn at man får gjort litt mer ut av timen	Mer ut av timen med mindre prat	14
Om.. man skulle prøvd en annen og så sett, og bare for å se om.. kanskje dem klarer å.. knekke, løsningen	Knekke løsningen	14
Hun vet jo hva hun driver med hun, det er jo sikkert en grunn til.. til, det da...	Terapeuten vet hva hun gjør	14
Ut i fra meg som person og hvordan hun oppfatter meg	Ut fra personen	7
Hun har alltid tatt hensyn	Alltid tatt hensyn	7
Det tar tid for meg å.. at folk kommer inn på meg	Folk tett på	7

Vedlegg 3: Eksempel koding og kategorisering

Informant 3

Meningsbærende enhet	Kode	Sidetall
Hun har en god medisinsk erfaring og	God medisinsk erfaring	4
Hun er en erfaren terapeut	Erfaring	4
Så hun er jo en.. god samtalepartner og	God samtalepartner	3
Med sin lange fartstid i forskjellige institusjoner,	Lang fartstid	3
Hun har jo en enorm erfaring	Erfaring	11
Hun er jo også psykolog oppi dette	Psykolog	11
hun er jo en god samtalepartner, og.	Samtalepartner	11



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvilke erfaringer gjør norske krigsveteraner seg i psykomotorisk behandling?

Referansenummer

861842

Registrert

14.08.2019 av Anne-Marthe Øfstaas - akr100@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Cathrine Boge-Olsnes, cathrine.boge-olsnes@uit.no, tlf: 45443440

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anne-Marthe Kristiansen, kristiansenannemarthe@gmail.com, tlf: 95239142

Prosjektperiode

10.06.2019 - 15.05.2020

Status

09.09.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

09.09.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 09.09.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2019

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d),

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

04.05.2020, 16:20

integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Gry Henriksen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)