



# Behandlingshyppighet i psykomotorisk fysioterapi

Jeanette Vangen

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og  
psykosomatisk fysioterapi

Institutt for helse- og omsorgsfag,

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2016

## FORORD

---

Et spennende og krevende arbeid er nå slutført.

Jeg ønsker å rette en spesiell takk til informantene som har stilt opp og gjort det mulig å gjennomføre oppgaven.

Takk til min veileder Eline Thornquist som har bistått meg gjennom hele arbeidet. Jeg har satt stor pris på dine kritiske spørsmål, lærerike tilbakemeldinger og oppmuntringer.

Takk til gjengen som jeg har tilbragt både dager, ettermiddager og kvelder med oppe på «tørkeloftet» på UiT. Det har vært godt med fellesskapet, alle tipsene og hjelpen som sirkulerte i mellom oss.

Det var kjekt med et friskt blikk på oppgaven i slutfasen av skrivingen, takk Hilde Lydersen for korrekturlesing og nyttige tilbakemeldinger på detaljnivå.

Sist men ikke minst, tusen takk til min samboer Bård Korneliussen for støtte og stor tålmodighet i perioder hvor jeg har prioritert studier, strødd rundt meg med faglitteratur og levd i min egen boble. Du er enestående!

Tromsø, 10. mai 2016

Jeanette Vangen

## SAMMENDRAG

---

Hensikten med masteroppgaven var å undersøke hvilke erfaringer og tanker fysioterapeuter har med behandlingshyppighet i psykomotorisk fysioterapi (PMF). I mine tidligere erfaringer som fysioterapeut, har jeg stort sett tenkt at hyppig fysioterapibehandling var en styrke så fremst det var mulig. Etter jeg begynte å jobbe med PMF, har jeg begynt å velge alternative former for behandlingshyppighet. Det er endringen i min praksisutøvelse som har vært bakgrunnen for valgt tema og problemstilling. Litteratur som omhandler PMF anbefaler én behandlingstime i uken eller mindre. Anbefalingene er ifølge min oppfatning *basert på* erfaringer med PMF i privat praksis, og *rettet mot* psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis. Det var derfor interessant å utforske hvilke erfaringer og tanker psykomotoriske fysioterapeuter hadde ut i fra ulike arbeidsarenaer for praksisutøvelse.

Som metode til å tilnærme meg oppgavens problemstilling er det er valgt semistrukturerte dybdeintervju. Utvalget er strategisk, og består av fire psykomotoriske fysioterapeuter som jobbet med ulike rammebetingelser. Datamaterialet er analysert og drøftet i lys relevant teori.

Det utkrystalliserte seg to hovedtemaer: «problem og behov» med undertemaet *sårbare* pasienter, og hovedtema «ansvar» med undertemaene *pasientens ansvar*, *tverrfaglig samarbeid* og *ventelister*. Både hovedtemaer og undertemaer er dels overlappende og kan ikke forstås uavhengig av hverandre.

Oppgaven utviklet seg til å handle mye om hvilke erfaringer informantene hadde i behandling av pasienter med langvarige og sammensatte problemer. Det var en felles oppfatning at denne pasientgruppen hadde behov for individuelt tilpassede behandlingsopplegg. Fysioterapeutene var enige om at pasient og fysioterapeut måtte møtes ofte nok til å kunne etablere et tillitsforhold og for å kunne sette i gang og opprettholde en endringsprosess. Intervjuene viser at det er en sammenheng mellom den helhetlige kroppsførståelse som PMF representerer og valgene av behandlingshyppighet som fysioterapeutene fortalte om. Rammebetingelsene tilhørende de ulike arbeidsstedene, kan også sies å ha påvirket fysioterapeutenes valg av behandlingshyppighet.

*Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, behandlingshyppighet, rammebetingelser, langvarige- og sammensatte problemer, helhetlig kroppssyn, endring.*

## SUMMARY

---

The purpose of this study was to explore the experiences and thoughts physiotherapists had with treatment frequency in psychomotor physiotherapy (PMF). Throughout my career as a physiotherapist I have generally recommended regular physiotherapy treatment as often as possible to achieve the best results. After I began working with PMF I started to reduce the treatment frequency offered to my patients. It is this change in my practice that became the background for the selected topic and research question. Available literature surrounding PMF recommends one treatment hour per week or less. I believe these recommendations are based on experiences of PMF solely within a private practice and that the target audience are psychomotor physiotherapists working within a private practice. I was therefore interested in exploring the experiences and thoughts of psychomotor therapists working both within a private practice and outside of private practice.

The method I chose to approach the research question was semistructured depth-interview. The selection in the study is strategically chosen, and consists of four psychomotor physiotherapists who worked at various venues and therefore had different conditions to pay attention to. The data has been analysed and insights provided based on each of the relevant theories.

Two main themes deducted from the analysis «problem and needs» with the subtheme of *vulnerable patients*, and «responsibility» with the sub themes of *patient responsibility*, *interdisciplinary collaboration* and *waiting lists*. The main themes and sub themes are partly overlapping and cannot be understood independently.

The study evolved to focus on the experiences the physiotherapists had with treating patients with long-term and complex problems. During the interviews it became clear that there is a shared belief that this specific patient group needed individual tailored treatment plans and that treatment frequency should be distributed over a longer period. The physiotherapists also shared the belief that prolonged treatment frequency is required to enable patients to establish a relationship of trust with the physiotherapist, in order to initiate and sustain a process of change. Based on the interviews it appears there is a connection between the holistic understanding of the body that PMF represents, and the treatment frequency. The treatment frequency seemed also influenced by different work-conditions.

*Key words: Psychomotor physiotherapy, treatment frequency, work-conditions, long-term and complex problems, comprehensive bodyview, change.*

# INNHALDSFORTEGNELSE

---

FORORD.....	II
SAMMENDRAG.....	III
SUMMARY .....	IV
INNLEDNING OG BAKGRUNN.....	1
1.1    BEHANDLINGSHYPPIGHET I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI.....	2
1.2    PROBLEMSTILLING.....	3
2    TEORETISKE PERSPEKTIVER .....	4
2.1    FYSIOTERAPI -ET HISTORISK PERSPEKTIV.....	4
2.1.1    Kunnskapsforståelsen i fysioterapi .....	5
2.2    PSYKOMOTORISK FORSTÅELSE OG PRINSIPPER I BEHANDLING .....	6
2.3    HVLKE PASIENTER RETTES PMF MOT? .....	7
2.3.1    Omstilling, dosering og tid .....	8
2.3.2    Inngripende og støttende behandling .....	9
2.4    KROPPEN SOM BÆRER AV LIV OG HISTORIE.....	11
2.4.1    Utvikling og læring .....	12
2.5    KOMMUNIKASJON.....	15
2.5.1    Fysioterapeutens rolle i PMF .....	16
2.6    FYSIOTERAPEUTENES ORGANISATORISKE RAMMER .....	16
2.6.1    Utviklingen og oppgavefordelingen i helsevesenet .....	17
2.6.2    Kommunene har fått økt ansvar .....	18
2.6.3    Fysioterapi og driftstilskudd .....	20
2.6.4    Psykiatrien har falt utenfor.....	20
3    METODE.....	23
3.1    VALG AV METODE .....	23
3.1.1    Metodiske overveielser .....	23
3.1.2    Forforståelse.....	24
3.1.3    Rekruttering og utvalg .....	25
3.1.4    Intervjuguiden .....	25
3.1.5    Gjennomføring av intervjuene .....	26
3.2    INFORMANTENE .....	27

3.2.1	Informant A.....	27
3.2.2	Informant B.....	28
3.2.3	Informant C.....	29
3.2.4	Informant D.....	29
3.3	ANALYSEN.....	29
3.3.1	Transkribering.....	30
3.3.2	Fra tekstnær koding til kategorier og hovedtemaer .....	30
3.4	ETISKE BETRAKTNINGER .....	32
4	RESULTAT AV ANALYSE.....	34
4.1	INFORMANTENE OG BEHANDLINGSHYPPIGHET.....	34
4.2	PROBLEM OG BEHOV .....	35
4.2.1	De sårbare .....	35
4.3	ANSVAR.....	46
4.3.1	Pasientens ansvar .....	46
4.3.2	Oppgavefordeling .....	49
4.3.3	Ventelister .....	54
5	DISKUSJON.....	59
5.1	PMF OG ENDRING.....	59
5.1.1	Ruths kropp som objekt .....	60
5.1.2	Pasientenes problemer .....	62
5.1.3	Trygve og Ruth fikk ukentlig behandling tross fravær .....	63
5.1.4	Betydningen av relasjon.....	65
5.2	TVERRFAGLIG SAMHANDLING ELLER «BARE» OPPGAVEFORDELING? .....	66
5.3	RAMMER.....	68
5.3.1	Somatisk helsevesen er preget av effektivisering .....	68
5.3.2	Terapeutene i psykiatrien kompensere for manglende tilbud i kommunene .....	69
5.3.3	Privatpraktiserende fysioterapeuters rammer .....	70
6	AVSLUTNING.....	71
7	LITTERATURLISTE .....	72

## 1 INNLEDNING OG BAKGRUNN

---

Som fysioterapeut undrer jeg meg ofte over hva som er den ideelle <sup>1</sup>frekvensen for behandling av pasienter for å nå de ulike fysioterapimål som settes. Med erfaring fra sykehus, kommunal rehabilitering og privat klinikk har jeg jobbet med mange ulike pasientgrupper og deres problemer. Jeg har erfart at det ofte har vært nødvendig å tilpasse behandlingstilbudet, inkludert behandlingshyppigheten til hver pasient sin spesielle situasjon. Organisatoriske rammer har også påvirket mine valg av behandlingsfrekvens. Et eksempel er mine erfaringer fra ortopedisk avdeling på sykehus hvor jeg primært behandlet pasienter etter ulike operasjoner. Min oppgave som fysioterapeut var i stor grad å mobilisere pasienter til å kunne være selvhjulpne nok til å klare seg på best mulig måte, innenfor de rammer som var satt. For noen pasienter var det nok å trygge dem i ulike aktiviteter. Med andre pasienter var det nødvendig med omfattende trening og veiledningsregimer, for å sikre at vedkommende var best mulig rustet før utskrivelsen fra sykehuset. Oppholdene var ofte svært korte, kanskje bare en dag eller to, andre ganger en uke. Det var derfor ikke uvanlig med behandlinger opptil flere ganger for dag.

I de siste årene har jeg jobbet som fysioterapeut i kommunal rehabiliteringstjeneste der mange av pasientene har hatt sammensatte kroniske funksjonsproblemer, og flere av dem har mottatt fysioterapitjenester over mange år. Med en slik pasientgruppe, hvor mål ikke alltid er å nå et høyere funksjonsnivå, har det vært mye diskusjon mellom kollegaer og med ledelsen om hva som er et godt behandlingstilbud. Spørsmål har blant annet vært rettet mot hvor ofte og hvor lenge fysioterapeutene skulle behandle, og hvordan oppgavefordeling mellom andre helseaktører som for eksempel hjemmetjenesten, var forventet å være.

Som student i PMF har jeg begynt å behandle pasienter sjeldnere enn jeg fra tidligere var vant med. Jeg har undret meg over hva som ligger bak denne endringen. Fra tidligere har jeg stort sett ansett hyppig behandling som en styrke, så fremst det har vært mulig innenfor de rammer jeg har måttet forholde meg til og det har vært ønsket av pasienten.

---

<sup>1</sup> For å gi variasjon i teksten vil det veksles mellom bruk av synonymene frekvens og hyppighet.

## 1.1 BEHANDLINGSHYPPIGHET I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

<sup>2</sup>Psykomotorisk fysioterapi (PMF) er en fysioterapeutisk tenke- og tilnæringsmåte, som ble utviklet rundt 1950 tallet som følge av et samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy. Bülow-Hansen fortalte i sitt innlegg i kursheftet «Psykomotorisk behandling» (Bunkan, 1995), at valg av hyppighet må tilpasses hver enkel pasientsituasjon. Hun eksperimenterte selv med frekvensen i tiden da faget ble utviklet på 1950 tallet. Utgangspunktet var tre ganger i uken. Siden pasientene enten overreagerte eller ikke reagerte i det hele tatt, gikk hun over til to ganger ukentlig. Til slutt kom hun fram til at én gang i uken eller sjeldnere fungerte best, avhengig av reaksjon. Bülow forklarte at de lange pausene mellom behandlingene fungerte som en nødvendig stabiliseringstid (Bunkan, 1995, s.9). Hva som vektlegges i en psykomotorisk forståelse, hvilke reaksjoner psykomotoriske fysioterapeuter tar hensyn til, og hva som skal stabiliseres hos pasientene, er derfor relevant å spørre seg med utgangspunkt i Bülow sin begrunnelse av behandlingshyppighet. Dette vil jeg belyse senere i oppgaven.

I PMF litteratur beskrives behandlingshyppighet tydelig:

*«Psykomotorisk fysioterapi er basert på én times behandling i uken. I timen inngår 45 minutters behandling, ti minutters hvile og fem minutter til avslutning. Etter hvert trappes behandlingen ned til en gang i måneden eller sjeldnere»* (Bunkan, 2001).

Utdraget over er hentet fra en artikkel av Berit Heir Bunkan. Etter å ha lest ulik faglitteratur omhandlende psykomotorisk fysioterapi, er mitt inntrykk at beskrivelsen over samsvarer med hvordan psykomotoriske fysioterapeuter generelt beskriver behandlingshyppighet i PMF (Bunkan & Thornquist, 1986; Hansson, 1982; Øvreberg & Andersen, 2002).

PMF er primært videreutviklet av fysioterapeuter med praksis i private fysioterapiklinikker (Bunkan, Bülow-Hansen, Thornquist, & Radøy, 1982). I dag jobber psykomotoriske fysioterapeuter på flere ulike arenaer, innenfor andre rammer og i samarbeid med andre helsefagutøvere (UiT, 2013), sammenlignet med hva som beskrives i litteraturen som omhandler den tidlige utviklingen av PMF.

---

<sup>2</sup> Den psykomotoriske fysioterapi som vises til i denne oppgaven kalles også norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), og er ikke spesielt utbredt utenfor Norge. Psykomotorisk fysioterapi eksisterer også i enkelte andre europeiske land, men er noe annet enn den som vises til i denne oppgaven.



Selv om den teoretiske forankringen av PMF har blitt styrket med årene, har jeg ikke funnet litteratur som fordyper seg i psykomotorisk fysioterapi og behandlingshyppighet.

Behandlingshyppighet er noe *alle* fysioterapeuter forholder seg til i møte med *alle* pasienter. For å bli mer bevisst i mine valg av behandlingsfrekvens i psykomotorisk fysioterapi, ønsker jeg med denne oppgaven å undersøke hvilke erfaringer og tanker psykomotoriske fysioterapeuter har med valg av behandlingshyppighet, ut i fra ulike arenaer for praksisutøvelse. Å se nærmere på hyppighet av psykomotorisk behandling innebærer å utfordre innarbeidet praksis, dette kan være viktig for å få til en videre utvikling av faget.

## **1.2 PROBLEMSTILLING**

Hvilke erfaringer og tanker har fysioterapeuter med valg av hyppighet i psykomotorisk fysioterapi?

## 2 TEORETISKE PERSPEKTIVER

---

Som nevnt innledningsvis, er der flere faktorer som er interessante å se på for å få en bredere forståelse for valg av behandlingshyppighet i PMF.

Det startes med en kortfattet presentasjon av «vanlig» fysioterapi, ut i fra et historisk perspektiv. Jeg ønsker på denne måten å få fram hvordan fysioterapien (hvor PMF har sitt utspring) ble til, og hvilken kroppsforståelse fysioterapi hviler på.

Jeg vil videre i oppgaven ta utgangspunkt i PMF. Det startes med å bygge videre på Bülow-Hansens begrunnelse av behandlingsfrekvensen i PMF hvor forståelse av pasientens problemer, reaksjoner og virkning av behandling var bestemmende. Overnevnte faktorer utdypes og jeg vil underveis trekke inn både nevrobiologisk forskning, utviklingspsykologi og kroppsfenomenologi som ulike teoretiske perspektiver. Et fellestrekk for de ulike perspektivene er at de på hver sin måte understøtter kroppsforståelsen i PMF.

Kommunikasjon mellom fysioterapeut og pasient anses også som viktig med tanke på hvilken behandlingsfrekvens som gis, og hvordan den bestemmes. Kommunikasjon og fysioterapeutens rolle i pasientbehandlingen, vil derfor drøftes i eget underkapittel.

Det er i tillegg verdt å se på den historiske utviklingen fram mot i dag, gjeldende oppgavefordeling og utfordringer på de ulike arbeidsarenaer i helsevesen hvor PMF utøves. Dette gjøres for å få et bedre innblikk i hvilke rammebetingelser fysioterapeuter jobber innenfor.

### 2.1 FYSIOTERAPI -ET HISTORISK PERSPEKTIV

Fysioterapi har sin opprinnelse allerede i 1895 og ble utviklet i nær tilknytning til medisin og legestand (Thornquist, 2014). Den påvirkning samarbeidet med leger har hatt på faget kan eksemplifiseres med valgt tema for det første landsmøtet til <sup>3</sup>fysioterapeutene i 1936. Temaet var holdningsgymnastikk med en ortopedisk tilnærming, fokuset var ryggens og fotens form og struktur (Thornquist, 2014). Forståelse og kunnskap om anatomi og biomekanikk er fortsatt grunnleggende for alle fysioterapeuter i dag.

---

<sup>3</sup> Fysioterapeutene het på denne tiden «sykegymnaster», for enkelthets skyld har jeg i denne oppgaven valgt å holde meg til «fysioterapeuter».

På 30-tallet ble samfunnet påvirket av en sosialhygienisk tenkning. Dette var viktig når produksjon skulle økes samtidig som slitasjeproblemer skulle forhindres hos de som skulle utføre arbeidet. Fokuset var derfor på en sterk og sunn befolkning, ofte i form av kontroll og rådgivning (Thornquist, 2014). For fysioterapien førte den sosialhygieniske tenkningen til at fysioterapitiltakene rettet seg mot holdning og bevegelse, og med virkemidler som massasje og avspenning (Thornquist, 2014).

Fysioterapeuter tar som regel stilling til hvilket liv pasienten lever. Hvilke vaner og livsstil pasienten har, påvirker hvilken retning fysioterapibehandlingen tar. Dette hensynet til personens liv kan ses i sammenheng med den påvirkningen lege Henrik Seyffart hadde fra 40-tallet og utover flere tiår (Thornquist, 2014). Seyffart var med på å sette premissene for det offentlige ordskiftet, noe som fikk betydning for fysioterapien ved at han talte for å se kropp og bevegelse i sammenheng med en persons følelser og livssituasjon. Fysioterapeuter var ifølge Seyffart, en nyttig investering i forebygging og behandling (Thornquist, 2014).

### **2.1.1 Kunnskapsforståelsen i fysioterapi**

Fysioterapi er en form for profesjonskunnskap, dette kjennetegnes ved at kunnskapen som formidles i utdanningen er teoretisk og vitenskapelig forankret. Det er den vitenskapelige forankringen i faget som skiller profesjonsutøvelse fra andre praktiske yrker som for eksempel frisører og kokker (Grimen, 2008). Kunnskapsbasen i fysioterapiyrket er heterogen, fragmentert og kommer til uttrykk i praksisutøvelsen (Grimen, 2008). Med heterogen kunnskap menes at den er hentet fra ulike forståelsesbakgrunner. For fysioterapi er begrunnelsene i fagutøvelsen forankret teoretisk i natur-, samfunns- og humanistisk vitenskap (Thornquist, 2014, 1994). Disse henger ikke sammen på en logisk og entydig måte og kan derfor forstås som fragmentert (Grimen, 2008).

I tillegg til teori er praktisk øving en del av selve utdanningsforløpet. Med utgangspunkt i kropp, bevegelse og funksjon (NFF, 2015) har fysioterapeutene intensjoner om å gjøre hva som er til pasientens beste innenfor sitt ansvarsområde. Begrep som *erfaringskunnskap*, *taus kunnskap* og *skjønn* er i denne sammenheng viktig. En kan si at det er selve praksisutøvelsen som knytter sammen teorigrunnet, i det Grimen kaller «praktiske synteser» (Grimen, 2008). Det er også viktig å erkjenne at fysioterapeuten handler ut i fra *hele* sin erfaringsverden og forståelsesbakgrunn, og ikke bare som utøver av en profesjon. Grunnleggende holdninger,

verdier og væremåter vil dermed være avgjørende for hvordan yrkesrettet kompetanse praktiseres (Delås, 2011; Røkenes & Hanssen, 2012).

## **2.2 PSYKOMOTORISK FORSTÅELSE OG PRINSIPPER I BEHANDLING**

Hovedforskjellen sammenlignet med vanlig fysioterapi er at PMF er mindre symptomorientert og mer helhetlig. Med helhetlig menes at kroppen som undersøkes forstås som et fysisk, psykisk og sosialt fenomen som ikke kan løsrives fra hverandre (Bunkan & Thornquist, 1986, s.16). Den psykomotoriske fysioterapeuten tilpasser behandlingen ut i fra en helhetlig forståelse av sammenhenger mellom funn knyttet til pust, muskulatur, spenningsmønster, kroppsholdning, emosjonelle og fysiske belastninger. Hele kroppen undersøkes og inkluderes i behandlingen (Bunkan, 2001; Bunkan & Thornquist, 1986; Øvreberg & Andersen, 2002).

Følelsesaspektet er viktig i psykomotorisk fysioterapi. I PMF er følelser alltid knyttet til en subjektiv opplevelse, bevegelse og pust. De forstås som avhengige og samtidige faktorer (Thornquist, 2012, s.30). Det betyr at ved alle følelser er det også en kroppslig bevegelse og reaksjon som enten bremses eller slippes fri. Med andre ord kan en si at det er emosjonelt innhold i muskler. Å stramme opp i muskulatur og bremse pusten er å holde følelser tilbake.

Registreringen av vegetative reaksjoner og funksjoner er også en viktig del av en psykomotorisk undersøkelse. Vegetative reaksjoner og eventuelle forstyrrelser kan i likhet med pusten og muskulære spenninger fortelle noe om pasientens følelsesmessige belastninger.

Om belastningen/stress pågår over lang tid kan vegetative reaksjoner og forstyrrelser føre til (ytterligere) psykisk og somatisk sykdom. Denne sammenhengen har i stor grad blitt forsket på, og beskrives som <sup>4</sup>allostase. Allostatisk overlast, går ut på at i kritiske situasjoner reagerer vårt autonome nervesystem for å bidra til overlevelse. Om emosjonelle belastning vedvarer, forblir også den autonome tilstanden oppjustert. Det kan føre til at kroppens tilpasningssystemer overbelastes og utmattes (Kirkengen & Ulvestad, 2007; McEwen, 2004). Hva vi mennesker oppfatter som kritiske situasjoner og emosjonelle belastninger er subjektivt og blant annet avhengig av levd liv, noe jeg kommer tilbake til senere i teorikapittelet.

---

<sup>4</sup> Allostase viser til kroppens fleksible tilpasningsmåter ved potensiell fare. Denne mekanismen kalles også «stabilitet ved endring» (McEwen, 1998).

### 2.3 HVILKE PASIENTER RETTES PMF MOT?

Før jeg går videre med å redegjøre for pasientgruppen PMF er rettet mot, vil jeg først beskrive hvilken kontekst PMF ble utviklet.

Før samarbeidet mellom Braatøy og <sup>5</sup>Bülow-Hansen ble innledet, hadde Bülow-Hansen 20 års erfaring med ortopedisk fysioterapi. Hun hadde blant annet kunnskap om massasje, biomekaniske forhold i kroppen og om pustens påvirkning på muskulære spenninger. En kan si at det var Braatøy som introduserte grunnprinsippet i den psykomotoriske forståelsen, -at kroppslige forsvarsmønstre kan fungere som en beskyttelse for underliggende problemstoff (Thornquist, 2012, s.30). Bülow var på sin side opptatt av at fysioterapeutene måtte ha bred medisinsk erfaringsbakgrunn, spesielt innenfor ortopedi og indremedisin, for ikke å bli sneversynt i sin forståelse av pasientens kropp (Bunkan & Thaulow, 1982, s.9). Samarbeidet mellom Bülow og Braatøy startet i 1947 på psykiatrisk avdeling på Ullevål sykehus og fortsatte videre i privat praksis fram til Braatøys død i 1953. Forenklet beskrevet gikk deres samarbeid ut på at Bülow med sine kunnskaper og egenskaper kunne påvirke det kroppslige forsvaret til pasientene, slik at de i større grad var i stand til å åpne seg for Braatøy i psykoanalytisk behandling (Bunkan, 1982a, s.22-25).

PMF ble etter hvert anvendt på pasienter med smerte og spenninger i muskel- og skjelettsystemet, samt lettere former for angst og nedstemthet. De fleste kroppslige spenninger var ifølge Bülow knyttet til overanstrengelser og galt muskelbruk. Årsakene til problemene kunne være mange; alt fra fortrenge følelser til dårlige arbeidsstillinger. I møtet med pasienter var det ifølge Bülow viktig å jobbe med problemet som framsto som relevant, det var med andre ord ikke nødvendig for alle pasienter å kombinere PMF med å gå i psykoterapi. For pasienter med dårlige arbeidsstillinger, kunne det for eksempel være nok å få justert høyden på skrivebordet. Det var forståelsen av pasientene sine ulike behov som gjorde at Bülow også begynte å samarbeide med allmennpraktiserende leger (i dag fastleger) (Bülow-Hansen & Houge, 1990; Bülow -Hansen, 1982).

---

<sup>5</sup> Bülow var ikke opptatt av å skrive og systematisere faget, det ble etterhvert gjort av flere av de mange fysioterapeuter som gikk i egenbehandling og/eller i lære hos henne. Sentrale navn knyttet til systematiseringen og senere videreutviklingen PMF, som vises til i denne oppgave er blant annet Bunkan, Thornquist og Øvreberg. De er valgt ut fordi deres litteratur representerer noen sentrale elementer som har vært viktige i tilnærmingen av oppgavens tema.

PMF stiller noen krav til pasientens evne til endring og det forutsettes at pasienten klarer å tilegne seg det pedagogiske aspektet av behandlingen (Bunkan, 2001). Ved store avvik i forhold til ideelle kroppsforhold og betydelige kronifiserte problemer anses PMF for å være kontra-indisert. Det kan være på grunn av manglende effekt av behandlingen, eller fare for psykotiske utbrudd hos pasienten. Pasienter med for eksempel strukturelle endringer i ledd og hemiplegikere kan likevel dra god nytte av behandlingen (Bunkan, 1982c). I tillegg kan PMF prinsipper og støttende behandling anvendes på en «dårligere» pasientgruppe i psykiatrien, det vil jeg komme tilbake til senere i oppgaven.

Behandlingen skal kunne føre til at pasienten kan mestre nye handlinger og bevegelser. Selvtillit og trygghet er derfor viktig for at pasienter kan la seg omstille. Pasienten må gis anledning til å integrere sin nye adferd i dagliglivet, noe som innebærer at også mennesker i pasientens omgivelser berøres. PMF behandlingen skal derfor legge til rette for at endringene skjer sakte og uten uheldige reaksjoner. Uheldige følger av PMF kan for eksempel være at pasienten forsterker sitt forsvar i form av muskulære og autonome reaksjoner eller (u)vaner.

### **2.3.1 Omstilling, dosering og tid**

Kort beskrevet, er mål for PMF behandling å hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv. Det gjøres ved å sette i gang en omstillingsprosess som blant annet innebærer endringer i pust og holdning. Hvordan omstillingen skjer, beskrives på litt ulike måter i PMF litteratur.

Følelsesaspektet og individets karaktertrekk vektlegges i Berit Heir Bunkans litteratur (Bunkan, 1982b, 2010). I tillegg til den kroppslige omstillingen vektlegger hun at det *samtidig* skjer en omstilling av pasientens følelsesmessige reaksjoner, og at bearbeidelse av konfliktstoff kan være viktig som en del av behandlingsprosessen. Med hensyn til dosering, skal PMF behandlingen ifølge henne ikke bringe fram mer følelser enn han eller hun har «*bein å stå på og rygg til å bære*» (Bunkan, 2010, s.260). Frigjøringen av følelser gjennom slipp av forsvaret doseres på en slik måte at reaksjonene ikke blir for overveldende.

En kan også si at omstillingsprosessen er *følgene* av endringer som settes i gang i behandling. Øvreberg vektlegger i sin litteratur «håndverket» og det biomekaniske aspektet i psykomotorisk behandling (Øvreberg, 1982; Øvreberg & Andersen, 2002). Mål for behandlingen er en bevisstgjøring av pasientens reaksjons-, holdnings og bevegelsesmønstre som resulterer i økt kroppsformelse. Bevisstgjøringen vil kunne føre til endringer i

pasientens handlinger og vaner gjennom at behov gjenkjennes og kan ivaretas, i stedet for å fortrenses eller overses (Øvreberg & Andersen, 2002 s.30). De kroppslige endringene og bevisstgjøringen av sammenhenger fører til at kroppsspråket blir mer nyansert. Endringene vil dermed kunne forplante seg ut i pasientens væremåte og liv (Øvreberg, 1982, s.209).

I samspillet mellom følelser, muskulatur og pust, vektlegges registreringen av pusten som spesielt viktig i PMF (Bunkan, 2001; Thornquist & Bunkan, 1986; Øvreberg & Andersen, 2002). Hvordan pasienten bremser, styrer eller slipper pusten til, underbygger funnene fra en psykomotorisk undersøkelse, og kan brukes som et slags barometer i doseringen av behandlingen. Med tanke på dosering av behandling, er også tidsperspektivet i PMF sentralt å ta med. Det er en felles forståelse i PMF litteratur at omstillinger må skje sakte, med det hensynet til at helhetlige omstillingsprosesser tar tid (Thornquist & Bunkan, 1986).

*«Tid er like viktig som antall behandlinger. Kroppen har et eget tempo som det ikke nytter å forsere»* (Dale, 1982). Eller som Bülow sa i et intervju: *«Pasientene må ikke drives fortere enn de selv har mulighet til å forandre seg»* (Bunkan & Thaulow, 1982, s.6-7).

Også pasienter i psykomotorisk behandling har fremhevet tidsperspektivet som viktig. I følge en forskning som tok utgangspunkt i pasienters opplevelse av hva som fungerte i PMF, var nettopp det at de ble gitt tid og tillit i behandling en av styrkene i fagutøvelsen (Sviland, Martinsen, & Råheim, 2014).

Det er i tillegg verdt å nevne at tidsperspektivet var årsaken til at PMF i utgangspunktet ikke var ment for pasienter som var innlagt for korttidsbehandling i for eksempel sykehus, men at heller klinikker og poliklinikker var egnede behandlingsarenaer. I følge Bülow var det viktig å huske at når en setter i gang med PMF, så startes en prosess som ikke kan stoppes (Bunkan & Thaulow, 1982, s.9). Det var med andre ord viktig å kunne ivareta pasienten over en lengre tidsperiode.

### **2.3.2 Inngrepene og støttende behandling**

I psykomotorisk fysioterapi skilles det mellom inngrepene og støttende behandling. I situasjoner hvor omstilling vurderes som vanskelig, er støttende behandling et alternativ. Hva som skiller støttende fra omstillende behandling i PMF kommer ikke tydelig fram i den litteratur jeg har lest, heller ikke når og i hvilken sammenheng begrepene ble tatt i bruk. Mitt

inntrykk er at utgangspunktet for støttende eller omstillende behandling baseres på sammenfatning av funn og en helhetlig forståelse av pasientens situasjon.

I inngripende behandling brukes blant annet massasje og øvelser som virkemidler til frigjøring av pusten og til å gi slipp i muskulatur. Målet for slike tiltak har som hensikt skape en bedre balanse både i biomekaniske, autonome og psykologiske forhold i pasientens kropp. Selv om frigjøring av spenninger kan være et virkemiddel i PMF, er det viktig å forstå at PMF handler om omstilling - ikke avspenning. Hvis muskelspenninger skal slippe, kreves en viss frigjøring av respirasjonen samtidig. Det forutsetter at pasientens har evne til å trene opp den muskulaturen som er nødvendig for å kunne opprettholde et balansert spenningsforhold i kroppen. Å begynne med beina for å sikre gode spennings- og belastningsforhold, er et grunnprinsipp i PMF. Beina sin funksjon er en viktig forutsetning i behandling fordi de sier noe om menneskets stabilitet og balanse, både ut i fra en biomekanisk, psykologisk og nevrofysiologisk forståelse (Nilsen-Nygaard & Thornquist, 1982, s.86). Forenklet kan en si at om pasienten har holdt seg oppe gjennom for eksempel spenninger i rygg (for eksempel som del av å bremse følelser), vil vedkommende bli ustødig og utrygg om spenningene slippes uten at pasienten har stødige bein å stå på.

I støttende behandlinger går terapeuten ekstra forsiktig fram for ikke å provosere fram uheldige somatiske og følelsesmessige reaksjoner (Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 2002). Det innebærer at fysioterapeuten vektlegger tiltak som i større grad forankrer og stabiliserer kroppen, og i mindre grad gir avspenning i muskulatur. Det kan for eksempel være at pasienten er i en livssituasjon eller har en bakgrunn som vanskeliggjør en omstilling. For eksempel om pasienten er midt i et samlivsbrudd, eller har hatt en vanskelig barndom som har gjort at vedkommende har holdt tilbake sine følelser for å tåle belastningene fra oppveksten. I Gretlands bok om fysioterapi i psykiatrien, beskrives støttende behandling som «jeg styrkende», og omstillende eller inngripende behandling (som påvirker pasientens forsvar), omtales som kontraindisert for pasienter med psykiske problemer.

*«I psykiatrien brukes omstillende behandling lite. De fleste pasientene sliter med en fragmentert personlighetsstruktur. Det innebærer et sårbart forsvar mot selvspлтtelse, og at en lett kan bli følelsesmessig overveldet. Pasientene har ikke tilstrekkelige ressurser til å tåle eller ha glede av en omstillende tilnærming som kan svekke deres forsvar ytterligere. Den fysioterapien som er mest aktuell er derfor hovedsakelig av støttende karakter. Det innebærer at en sikter mot økt selvavgrensing, sikrere*



*identitetsopplevelse, økt autonomi og samhandlingsevne. Kort sagt at pasienten får grep om seg selv, kan ta hand om eget liv og få fotfeste i tilværelsen igjen» (Gretland, 2007, s. 89).*

Mål for PMF er alltid en form for endring som baseres på en helhetlig kroppsforståelse. Hvilken endring det siktes mot avhenger av hver enkel pasients spesielle situasjon og problem. I støttende behandlinger kan også bevisstgjøring av sammenhenger som har ført til problemer, gjøre at pasienten begynner å endre på sine vaner og strategier. Slike endringer er ikke nødvendigvis det samme som omstilling. Følger av en omstilling er at pasienten har endret sine spontane måter å reagere på. Det er kun mulig om eventuelt konfliktstoff er bearbeidet og at pasienten kan føle seg trygg. For å kunne oppleve trygghet forutsettes at pasienten faktisk *er* i en relativ trygg livssituasjon. En omstilling vil i så måte ikke bare handle om endringer i følelser og muskler, men at det autonome nervesystem i mindre grad trigges på stress. En større evne til allostase vil derfor gi pasienten andre forutsetninger for erfaringer. Omstilling handler med andre ord om endringer som påvirker pasienten fra cellenivå til væremåte og vaner.

Slik jeg ser det er det ikke nødvendigvis *hvilke* tiltak som skiller omstillende- fra støttende behandling, men doseringen og vektleggingen av det som gjøres. Jeg tar også utgangspunkt i at det praktiseres ulike måter å gå forsiktig fram på, både med tanke på tiden mellom hver behandling og ikke minst innhold og lengde på de enkelte behandlingstimene.

## **2.4 KROPPEN SOM BÆRER AV LIV OG HISTORIE**

Den psykomotoriske fysioterapeuten er seg bevisst kroppen som bærer av levd liv og historie. Med viten om at reaksjoner og funn i undersøkelsen kan handle om et forsvar som har vært nødvendig for pasienten, er det terapeutens ansvar å avgjøre hvorvidt pasienten fortsatt trenger forsvaret for å klare seg i gitt livssituasjon. De muskulære spenninger kan fungere som en hensiktsmessig beskyttelse for vanskelige minner og erfaringer. Hendelser en ikke nødvendigvis husker, er også med på å forme eller prege kroppslige væremåter og vaner (Gretland, 2007; Kirkengen & Thornquist, 2012).

Vi er som filosofen Martin Heidegger uttrykker det «blitt kastet inn» i en verden som vi *må* forholde oss til (Heidegger i Thornquist, 2003, s.153-162). Hvordan vi reagerer og forholder oss til ulike situasjoner avhenger av tidligere erfaringer, og vil videre påvirke forventninger

og væremåter i framtidige situasjoner. Vi uttrykker og beveger oss med andre ord ut i fra forventinger om hvordan verden vi oppfatter er. En innebygd og erfaringsbasert «tatt for gitt-het», som hjelper oss å sortere ut det som er relevant eller meningsbærende i den enkelte situasjon. Hvilke erfaringer vi har kan påvirke hvilke situasjoner vi oppsøker, og hva vi lukker eller skjerner oss for. Ut ifra hva vi har opplevd, utvikles derfor vaner. En kan si at vanene våre er kroppslig kunnskap om hvordan vi kan leve i, og mestre omverdenen (Gretland, 2007, s.25).

Hvilke vaner vi har er også viktig i en helhetsforståelse, og kan forstås både sosialt, kulturelt og personlig (Thornquist, 2006). Et eksempel på vaner som kan forstås som et uttrykk, både sosialt og kulturelt, er hvilken form for fysisk aktivitet en bedriver (eller ikke). I dagens samfunn er det å trene kroppen et bilde på selvdisciplin, selvkontroll og suksess. De samme treningsvanene kan også forstås som en måte å etablere selvkontroll og selvavgrensing på (Gretland, 2007 s.47). Ut ifra en slik <sup>6</sup>forståelse, kan vi si at våre livsbetingelser og erfaringer kommer til uttrykk i våre kropper. Men i tillegg til at vi kommuniserer, opplever og erfarer med kroppene våre, er vi også en biologisk organisme underlagt naturlover.

#### **2.4.1 Utvikling og læring**

Ut i fra en utviklingspsykologisk forståelse er et menneskes liv en form for modningsprosess, hvor opplevelser og erfaringer danner grunnlaget for den videre utvikling eller «modning» (Cullberg & Hambro, 1981). Med andre ord er alder noe positivt, for med alder kommer erfaring og innsikt. En slik forståelse skiller seg fra den rent biomedisinske forståelsen hvor menneskets kropp forstås som biologisk materiale; kroppen vokser til, eldes og dør. Å forstå kroppen innenfor bare *en* forståelsesramme kan bli for snevert. Verden kan oppleves overveldende og vanskelige erfaringen kan føre til at en kan rammes av frykt i situasjoner som andre opplever som trygge. Samtidig blir det å se på sykdom som en tilfeldig hendelse i biologisk materiale heller ikke riktig. Det er veldokumentert hvilke konsekvenser traumer som skjer tidlig i livet kan få senere i livet. Spesielt når traumene er knyttet til omsorgspersoner (Dube, Anda, Felitti, Edwards, & Croft, 2002), som for eksempel når oppveksten er preget av foreldre som ruser seg, eller omsorgspersoner med psykiske

---

<sup>6</sup> Forståelsen av kroppen som subjekt og objekt, meningsbærende og uttrykksfull kan teoretisk forankres i kroppsfenomenologi. Den mest kjente kroppsfenomenologen er kanskje Merleau-Ponty med hans verk «Phenomenology of perception». Jeg har benyttet meg av sekundærlitteratur da jeg under oppgaven ikke hadde kapasitet til å sette meg inn i Merleau-Pontys nokså krevende lesning.

problemer. Barn med vanskelige oppvekstvilkår står i langt større fare for selv å utvikle både rus og psykiske problemer, men også somatisk sykdom som for eksempel kreft eller hjertesykdom (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Marks, 1998; Mäkinen, Laaksonen, Lahelma, & Rahkonen, 2006; Shonkoff, Boyce, & McEwen, 2009).

Det er etter hvert blitt mer vanlig å vise til både <sup>7</sup>utviklingspsykologi og nevrobiologi for å forklare sammenhengen mellom traumer tidlig i livet som utvikler seg til sykdom senere (Nordanger & Braarud, 2014). Begreper som ofte brukes for å forklare traumatiske reaksjoner er toleransevinduet og regulering (Nordanger & Braarud, 2014). En kan si at toleransevinduet er der hvor vi er åpen for læring, hvor vi er trygge og oppmerksomme. Regulering vil i denne sammenheng være evnen til å komme tilbake til toleransevinduet etter påkjenninger hvor nervesystemet har reagert. Altså våre automatiserte «fight- flight- freeze» reaksjoner på fare. Å kunne regulere seg kan i så tilfelle innebære både det å forebygge, avreagere og romme ubehag på en måte som belaster kroppen på en bærekraftig måte. Denne evnen til regulering er nødvendig for å unngå allostatisk overlast.

Basert på traumeteori kan vi hevde at trygghet er en forutsetning for læring (Brodal, 2013; Siegel, 2012). Jeg vil videre redegjøre for hvorfor mennesker som for eksempel er i langvarige utrygge livssituasjoner, eller som ikke har hatt mulighet til å utvikle sitt toleransevindu og sine reguleringsevner kan ha en innebygd sårbarhet og redusert læringskapasitet.

Den tidlige fasen av livet er både kritisk og sårbar. For at barn skal kunne få tilfredsstilt sine grunnleggende behov er det i startfasen av livet avhengig av at omsorgspersonene er villige og ikke minst er i stand til å sette egne behov til side (Gretland, 2007). Spedbarn har ikke mulighet til verken å fjerne seg fra det som er ubehagelig, eller oppsøke det de trenger uten hjelp fra sine omsorgspersoner. Samtidig er barnets hjerne svært <sup>8</sup>plastisk og sensitiv i den tidlige fasen av livet (Tetzchner, 2012, s.139). For å unngå at barnet blir overveldet av indre og ytre stimuli som sult, lyder, synsinntrykk eller tretthet, er det derfor viktig at omsorgspersonene har evnen til å tone seg inn på barnets følelser og behov, en såkalt «andre-regulering» (Nordanger & Braarud, 2014). Kort og forenklet forklart, gjennom en god andre-

---

<sup>7</sup>«Utviklingspsykologien favner et vidt felt og blir nødvendigvis kompleks. Ut i fra en utviklingspsykologisk tenkemåte er individets evner og egenskaper ikke ferdiglagede etter forutbestemte, men resultater av et kompleks samvirke mellom biologiske og miljømessige forhold over tid» (Tetzchner, 2012, s.706).

<sup>8</sup> Plastisitet er et begrep som i nevrobiologien viser til hjernens forutsetninger for læring og hukommelse (Brodal, 2013).

regulering lærer barnet at det vil få mat, nærhet, varme, trøst og så videre etter behov. Barnet får dermed erfaringer som gjør at det ikke trenger å være forberedt på ubehag som vedvarer. På grunnlag av slike opplevelser vil barnet etter hvert utvide sin toleransegrense for hva som oppfattes som trygt. Med andre ord lærer barnet raskt å leve etter forventninger, jamfør den kroppsfenomenologiske forståelsen.

Trygghet og god andre-regulering i starten av livet danner grunnlag for at barnet tør og rette oppmerksomheten ut mot andre mennesker og sine omgivelser for videre utforskning. På en annen side, om barnet vokser opp under dårlige vilkår, vil oppmerksomheten videre kunne bli preget av en mistillit og mistenksomhet ovenfor verden og andres intensjoner (Braarud & Nordanger, 2011).

Omsorgspersoner har også en viktig rolle i å validere barnets følelser. Speiling er et begrep som ofte brukes i denne sammenheng. Når barnet opplever ubehag, speiler omsorgspersonene barnets følelser med sine kroppslige uttrykk og/eller ved trøst og anerkjennelse. Følelser blir lettere å håndtere for barnet om dets reaksjoner blir akseptert av andre, og fører til en form for hjelp. Barn lærer også om de ikke får validert sine følelser. Et resultat av ikke å bli møtt på egne behov og uttrykk er for eksempel at barnet overaktiveres eller resignerer. Hvordan barnet blir møtt på sine behov og følelser er med andre ord grunnleggende for hvordan det på et senere stadium vil regulere følelser på egen hånd. I tillegg påvirker tidlig speiling hvilken tillit barnet har til andre.

Barn har etter hvert behov for å bli møtt på en måte som gjør at deres følelser er avgrenset fra andre. Gjennom for eksempel å bli trøstet på en måte som gjør det tydelig at den som trøster ikke opplever det samme. Slike opplevelser er viktige for at barnet etterhvert får en opplevelse av egen identitet. Erfaringer om at ens egen ulikhet aksepteres av andre er også viktig for å kunne gi etter for følelser, impulser og behov (Gretland, 2007, s.39), som igjen har en selvregulerende effekt. I hvilken grad omsorgspersoner bidrar til å avgrense barnets følelser vil også påvirke i hvilken grad det lærer å romme egne følelser. For eksempel om mor holder seg rolig når barnet faller og slår seg. Roen som moren uttrykker forteller barnet at ubehaget vil gå over og ikke bli verre, noe som kan virke avdramatiserende og beroligende. Om mor blir hysterisk eller redd vil barnet i større grad kunne settes i beredskap fordi det forventer gjennom mors reaksjon at smerten vil kunne bli verre eller vedvarende.

Som nevnt er utvikling og læring en livslang prosess. I tillegg vil også biologiske og medfødte variasjoner, samt samfunnsmessige forhold spille inn. Selv om forebygging eller tidlig hjelp for å skape gode utviklingsmiljøer gir de beste forutsetninger for endring og læring, er det mulig å endre både adferd og nevrologisk funksjon i voksen alder. Det er tross noen biologiske begrensninger med hensyn til hjernens plastisitet (Tetzchner, 2012, s.706). Brodal anbefaler forøvrig et økende intervall for fysioterapibehandling ettersom mestring av ulike aktiviteter i behandling øker (Brodal, 2013). Med utgangspunkt i nevrobiologisk læring mener han at behandlingsfrekvensen må bestemmes av pasientens behov, ikke av planlagte rutiner og rigide behandlingsopplegg (Brodal, 2013).

## **2.5 KOMMUNIKASJON**

Kommunikasjon handler ikke bare om det verbale; vi kommuniserer også gjennom for eksempel kroppsholdning, bevegelser, talemåter eller måten vi kler oss (Thornquist, 2009). Vi er dermed både meningsbærende og fortolkende vesen. Det er umulig *ikke* å kommunisere eller fortolke enhver situasjon. Siden det vi uttrykker er flertydig, er muligheten for feiltolkning stor. Ved å sette ord på det vi ønsker at andre skal vite, er det mulig å bekrefte, avkrefte eller informere den andre (Thornquist, 2009). Ord kan også brukes til å dekke over, eller avlede oppmerksomhet slik at det «egentlige» uttrykk blir bedre skjult (Thornquist, 2009).

Uavhengig av hvordan vi kommuniserer kan vi likevel aldri ta fullstendig styring ovenfor den andres fortolkning, på samme måte som at vi heller aldri kan være sikker på vår egen fortolkning.

Selv om forholdet mellom fysioterapeuten og pasienten alltid er asymmetrisk og fysioterapeuten har mest makt, kan relasjon preges av likeverd og gjensidig anerkjennelse (Thornquist, 2009). I relasjonen mellom fysioterapeut og pasient ligger det også noen uskrevne regler som begge parter er innforstått med. Samtidig er begge parter med på å forme hva som skjer i behandlingen gjennom forventinger og handlinger. Pasienten kommer med et problem som han ønsker at terapeuten skal behandle ut i fra sin kompetanse som fysioterapeut. Fysioterapeuten på sin side har både rettigheter og plikter tilknyttet sin faglige autorisasjon samt de lover og regler som gjelder for arbeidsstedet.

### 2.5.1 Fysioterapeutens rolle i PMF

Fysioterapeutens forståelse av kropp er avgjørende i fysioterapibehandling. Kroppssynet påvirker alt fra hvilke spørsmål som stilles og hva som inkluderes og vektlegges i undersøkelse og behandling av pasientens problem. Kommunikasjonen kan forstås som integrert i fysioterapeutens yrkesutøvelse og ikke noe som er i tillegg til kroppsundersøkelsen og behandlingen (Thornquist, 2006).

For at PMF skal kunne føre til en selv bærende endringsprosess må pasienten *selv* komme fram til egne behov og muligheter for å ivareta disse. Med hensyn til maktasymmetrien i terapeut-pasient relasjonen, er fysioterapeuten derfor ansvarlig for å tone seg inn på pasientens behov, og legge til rette for at pasienten kan «være seg selv». Det må unngås at pasienten kommer i en posisjon hvor vedkommende oppfører seg ut i fra sine forventninger av hva *terapeuten* ønsker. Den psykomotoriske fysioterapeuten har som oppgave å *legge til rette* for at omstilling kan skje. For eksempel ved å skape en situasjon hvor det er mulig å gjøre oppdagelser og reflektere over hendelser og reaksjoner.

Det er felles oppfatning i tidligere litteratur omhandlende PMF at personlige spørsmål skal unnlates. Man må vente til pasienten forteller selv. Om pasienten ønsker å prate eller har behov for å «tømme seg», skal fysioterapeuten unngå fra å gi råd men heller opptre som en «klagemur» (Bunkan, 1982b; Bülow -Hansen, 1982; Hansson, 1982). Denne holdningen kan forstås som mer nyansert i dag. Men det er fortsatt et poeng i PMF at fysioterapeuten ikke skal være pågående med spørsmål gjeldende pasientens privatliv. Fortrolighet må komme av seg selv, gjerne over tid (Bunkan, 2010, s.223).

### 2.6 FYSIOTERAPEUTENES ORGANISATORISKE RAMMER

I kapittel 2.6 presenteres oppbygningen, ansvarsområder og kjennetegn ved det norske helsevesenet. Det er for å gi et innblikk i hvordan ulike rammebetingelser kan påvirke behandlingsfrekvensen i PMF.

Det offentlige helsevesenet i Norge deles inn i to forvaltningsnivå: «spesialisthelsetjenesten» og «kommunehelsetjenesten/primærhelsetjenesten». Ansvarsområder og oppgaver knyttet til de ulike nivåene samt hvordan og hvem som tar beslutninger, finnes i lovgivning og har blitt endret i takt med ulike reformer.

Spesialisthelsetjenesten er delt inn i somatisk og psykiatrisk del, ofte ikke bare i form av ulike avdelinger. Historisk sett har for eksempel de psykiatriske sykehusene vært plassert i utkanten av byene, en plassering som til en viss grad fortsatt er gjeldende. Inndelingen av helsetjenester i somatikk og psykiatri gjelder til en viss grad også for kommunehelsetjenesten.

Hvordan helsevesenet er inndelt, sier noe kunnskapsforståelsen nedfelt i systemet. En kan si at en kropp-sjel dualistisk tenkemåte er tydelig med at somatiske problemer behandles på ett sted, mens psyken behandles på et annet (Thornquist, 2009). Kropp/sjel eller soma/psyke dualisme har sitt opphav i filosofen Descartes tenkning. Han skapte et bilde av mennesket som todelt. Den konkrete, fysiske og målbare kroppen på den ene siden, og det åndelige som blant annet innebærer bevissthet og mening på den andre siden (Thornquist, 2003). Descartes vitenskapsfilosofiske påvirkning innebærer at kropp, sinn og miljø i stor grad har blitt studert uavhengig av hverandre. Kunnskap og oppmerksomheten for kroppslige prosesser og problemer har vært rettet innover og på detaljnivå i kroppen (biomedisin), i stedet for utover med fokus på sammenhenger og helhet. Ut i fra en biomedisinsk forståelse gyldiggjøres ikke kroppen som meningsbærende og erfarende (Kirkengen & Thornquist, 2012).

Psyke-soma inndelingen og den reduksjonistiske tilnærmingen til menneskers problemer står i sterk kontrast med den psykomotoriske forståelsen slik redegjort for foregående kapittel. Fordi psykomotoriske fysioterapeuter jobber i et soma/psyke adskilt helsevesen, innebærer det at fysioterapeutene må forholde seg til begrep, systemer og tilnærminger, som i utgangspunktet ikke samsvarer med deres forståelse av de kroppslige problemene de behandler.

### **2.6.1 Utviklingen og oppgavefordelingen i helsevesenet**

I følgende underkapittel vil jeg kortfattet beskrive den utvikling som har skjedd i helsevesenet siden andre verdenskrig fram til i dag. Den historiske utviklingen har fram til i dag vært preget av ulike faglige og politiske synspunkt som i stor grad har påvirket fysioterapeutenes arbeid.

Fysioterapi i Norge ble som nevnt utviklet på slutten av 1800 tallet. I begynnelsen ble fysioterapibehandlingen primært gitt i pasientens hjem, senere i private institutt. Det var først etter andre verdenskrig at fysioterapeutene fikk innpass i sykehusene (Dahle, 1988). De første tiårene etter andre verdenskrig var preget av en oppbygning av institusjoner. Det moderne

sykehusvesenet ble utformet og psykiatriske institusjoner nådde i denne perioden sitt høydepunkt (Hallandvik, 2002, s.82). Tendensen i denne tidlige utviklingen var at høyteknologiske medisinske tiltak ble vektlagt (Hallandvik, 2002), samtidig foregikk veksten i sykehusene mye raskere enn hos resten av helsevesenet (Seip, 1994). Resultatet av utviklingen var en sentralisering av helsetjenestene, noe som førte til at mindre sykehus og sykestuer ble nedlagt. Samtidig skjedde det en differensiering av helsetilbudene ved at <sup>9</sup>særomsorg og spesialtilbud ble bygd ut (Hallandvik, 2002).

Fra begynnelsen av 1970 tallet snudde utviklingen. Nå ble de politiske føringene rettet mot avinstitusjonalisering, desentralisering og <sup>10</sup>dedifferensiering (Hallandvik, 2002). Den nye retningen har vedvart fram til i dag. <sup>11</sup>Samhandlingsreformen fra 2012 er den største og siste reformen som i stor grad har påvirket oppgave- og ansvarsfordelingen i helsevesenet. Også stortingsmelding 26 *fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet* fra 2015, er en videreføring av den helsepolitiske utviklingen som startet på 1970 tallet.

## **2.6.2 Kommunene har fått økt ansvar**

Fra 1970 tallet og fram til i dag har tendenser i utviklingen vært at kommunene i større grad har fått ansvar for pasienters helse både med tanke på forebyggende-, kurative- og pleie oppgaver (Hallandvik, 2002). Samtidig har sykehusene i større grad gått igjennom en økt effektivisering og spesialisering. Spesialisthelsetjenesten har blant annet som oppgave å utøve *spesialisert* behandling, men de er også pliktig til å *veilede* videreføringen av pasientbehandlinger i kommunene. For den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten har utviklingen ført til at antall sengeplasser og gjennomsnittlig liggetid har gått ned, samtidig som antall utskrivninger per seng har gått opp. Antall polikliniske behandlinger og konsultasjoner i sykehus har gått opp, noe som kan forstås som en del av avinstitusjonaliseringen (Romøren, 2011, s.175).

---

<sup>9</sup> Det er ingen presis definisjon på særomsorg. Særomsorgsbetegnelsen ble i all hovedsak forbeholdt offentlige tjenester som ble tilbudt til svakstilte grupper uavhengig av de ordinære helse- og sosialtjenestene, som for eksempel rusavhengige, forsømte barn eller farlige sinnslidende (Høyser, 2004).

<sup>10</sup> Dedifferensiering innebærer en utvikling bort fra særomsorg. I psykiatrien brukes ofte begrepet «normalisering».

<sup>11</sup> Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 og hadde som budskap «rett behandling - på rett sted- til rett tid». Reformen bidro blant annet til lovendringer som styrket kommunenes ansvar i forbyggende og helsefremmende arbeid. Ved hjelp av økonomiske tilskudd og mulige bøter ble kommunene også pliktet til å ta over flere av oppgavene utført i spesialisthelsetjenesten (Meld. st.47 (2008-2009), 2009).



Når helsetjenester i større grad styres lokalpolitisk, er intensjonene at tjenestene bedre kan tilpasses de lokale forhold (Romøren, 2011, s.172). I tillegg er meningen at pasientene gis større rom for selvbestemmelse og frihet (Romøren, 2011, s.171). Det er også i mange tilfeller billigere å gi behandling, omsorg og pleie i hjemmet sammenlignet med institusjon. Det er med andre ord både økonomiske og velferdspolitiske begrunnelser for avinstitusjonaliseringen og det økte ansvaret hos kommunale helsetjenestene.

Kommunene har etter hvert bygd opp et langt mer tilrettelagt hjelpeapparat sammenlignet med tidligere, noe som har hatt stor betydning for fysioterapeutenes yrkesmuligheter (Haugen, 1997). Etter at lov om helsetjenester i kommunene trådte i kraft fra 1984 fikk kommunene ansvar for planlegging, utforming og drift av helsetjenester utenfor institusjon.

Fysioterapitjenesten ble samtidig lovpålagt og inngikk i såkalte «skal tjenester» i form av fastlønnsstillinger eller driftstilskudd (Thornquist, 2009, s.331). I forkant av at fysioterapi ble en «skal-tjeneste», hadde fysioterapeutene (da sykegymnastene) allerede i 1938 jobbet for å få fastlønnsstilskudd for å sikre at også distriktene fikk bedre fysioterapidekning (Haugen, 1997). På 70- tallet fremmet NFF et forslag om offentlig bevilgning på fysioterapi, for å minske gapet mellom behovet som de privatpraktiserende fysioterapeutene kunne dekke og behovet i befolkningen. En pasientgruppe som ble løftet fram i denne sammenheng var pasienter med særskilte behov (Haugen, 1997, s.272).

Etter innføringen av samhandlingsreformen fra januar 2012, har kommunehelseloven blitt erstattet med folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Sistnevnte er en sammenslåing av tidligere kommunehelseloven og deler av sosialtjenesteloven. Begrunnelsen for at sosialtjenesteloven har blitt integrert i lovverket til kommunehelsetjenesten, er for å gi et bedre grunnlag for helhetstenkning og tverrfaglig samarbeid (Befring, 2015) jamfør samhandlingsreformens intensjoner om «rett tjeneste til rett tid» (2009).

Det er et overordnet mål at de helsetjenester skal være likeverdige uavhengig av bosted og uten for store ulikheter fra kommune til kommune (Befring, 2015). Kommunene står forøvrig i dag fritt til å velge hvordan tjenestene skal organiseres og i hvilket omfang. Hvem som skal utføre de ulike tjenestene kan blant annet løses ved at kommunen inngår avtaler med private, andre kommuner eller helseforetak. I tillegg kan ikke-pålagte tjenester prioriteres.

Kommunene har dermed en stor grad av frihet med tanke på hvordan tjenester organiseres og tilbys. Implikasjoner dette får for den psykomotoriske fysioterapeuten kan i så tilfelle være

hvor mange hjemler kommunene velger å ha knyttet til PMF. Ikke alle kommuner har verken privatpraktiserende eller fastlønnede psykomotoriske fysioterapeuter.

I følge det kommunale og statlige rapporteringssystemet på nasjonalt nivå (KOSTRA) utviklet de store kommunene dårligere fysioterapi dekning i perioden 2000-2011. Antallet fysioterapeuter i byene har ikke fulgt befolkningsveksten, samtidig som at det har vært en svak økning hjemler i småkommuner, tross liten befolkningsvekst. Tross i en liten økning i primærhelsetjenesten de siste årene var nivået i 2014 likt som i 1997. Årsverk fastlønnfysioterapeuter i kommunene har økt mer, sammenlignet med antall driftstilskudd (KOSTRA, 2015). Det er ikke urimelig å si at fysioterapi er en etterspurt tjeneste av pasienter og at mange fysioterapeuter i kommunene har lange ventelister (Håkonsen, 2015; Løvland, 2015; Skiphamn, 2014; Ukjent, 2003)

### **2.6.3 Fysioterapi og driftstilskudd**

Privatpraktiserende fysioterapeuter har en tredelt inntekt. De får betalt gjennom driftstilskudd fra kommunen de har avtale med, takstrefusjonene fra HELFO og egenandelene fra pasientene. Takstplakaten er forøvrig gjenstand for stadige forhandlinger. Aktuelt i dag er at nåværende helseminister Bent Høie har forespeilet en revurdering av diagnoselisten som gir noen pasientgrupper fri behandling (Prop. 27 S (2015–2016), 2016).

Det er driftstilskuddet som gir rettigheter til å kunne få refusjon fra HELFO, samtidig tilplikter driftstilskuddet at fysioterapeutene handler i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunene kan også tilplikte driftstilskuddene særoppgaver ved utlysning av stillinger. Fysioterapeuter uten driftstilskudd baserer seg kun på det pasienten betaler, og det er en pris fysioterapeutene i så tilfelle avgjør selv. Fysioterapeuter uten driftstilskudd forholder seg i all hovedsak til helsepersonell-loven som følger fysioterapiautorisasjonen.

### **2.6.4 Psykiatrien har falt utenfor**

Som del av avinstitusjonaliserings- og desentraliseringsutviklingen har det i psykiatrien og for utviklingshemmede vært fokus på normalisering. Prinsippet i utviklingen er at flest mulig skal bo under normale levevilkår i tråd med befolkningen forøvrig (Hallandvik, 2002, s83). I løpet av de siste 40-50 årene har de psykiske helsetjenestene beveget seg fra institusjonspreget og livsvarig pleie av mennesker med alvorlige sinnslidelser, til at de i dag lever livene sine ute i

kommunene. Omorganiseringen av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten har ikke gått problemfritt. Hovedproblemene har vært at forebyggende arbeid har vært for svakt. Samtidig har kommunene ikke lyktes å bygge opp et helsetilbud til denne pasientgruppen i samme tempo som at spesialisthelsetjenesten har bygd ned sitt. Det har vært en utvikling i helsevesenet at de sykeste og med minst inntekt, har fått det dårligste helsetilbudet på bekostning av de mer ressurssterke pasientene (Høyser, 2004, s.284). I den sammenheng har det vært diskutert hvorvidt det har vært nødvendig å gå tilbake til særordninger, slik det historisk har vært praktisert fram mot 60-70-tallet. Problemet med særordninger er den stigmatiseringen kategoriseringen av enkelte mennesker eller pasientgrupper fører til, som i seg selv kan føre til dårligere helse (Goffman, 1975). De helsepolitiske føringer har derfor vært rettet mot utjamning og inklusjon. Det har likevel vært innført tiltak for å sikre at svakstilte kan få et bedre helsetilbud, som for eksempel gjennom fastlegeordningen og retten til <sup>12</sup>individuell plan.

I følge NOU 1997:18 (1997) var mennesker med psykiske lidelser blant med lavest prioriterte i norsk helsevesen. Det ble derfor vedtatt en opptrappingsplan av Stortinget for perioden 1999-2006. Staten gikk blant annet inn for å styrke kommunene med 4770 nye årsverk tilknyttet denne pasientgruppen (Befring, 2015, s.92). Et annet ledd i denne opprustningen, var at distriktpsikiatriske sentre (DPS) organisert under spesialisthelsetjenesten, fikk økt kapasitet (Romøren, 2011).

Som følge av opptrappingsplanene ble mange av de kvantitative måtene nådd. Likevel gjensto mange utfordringer gjeldende kvalitet i tjenestene som blant annet manglende tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). For mange var det derfor en lettelse at samhandlingsreformen kom i 2012, den kan anses som en videreføring av det samme verdigrunnlag som også lå til grunn for opptrappingsplanen.

Fortsatt er ikke helsetilbudet for psykisk syke slik en ønsker i kommunene. Det hevdes at samhandlingsreformen har ført til lavere prioritering og nedbygging av psykisk helsevern (Kullerud, Løwer, & Lydersen, 2013). Det kan skyldes økonomiske midler ikke har vært øremerket. I tillegg har bølgeleggingen av kommunene som ikke klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter fra somatiske sykehus, ført til at kommunene prioritert somatisk

---

<sup>12</sup>Individuell plan er både et verktøy og en rettighet som har som formål å koordinere ulike tjenestetilbud. Det er for å sikre god samhandling mellom ulike tjenesteytere. I tillegg er formål for planen og fremme *brukerstyrt* tjenester og involvering av pårørende (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

syke pasienter (Kullerud et al., 2013). Også *kvaliteten* på tjenester i primærhelsetjenesten for rus og psykiatri, har blitt utpekt som reformens taper (Dokument. 3:5. (2015-2016), 2016).

Det påpekes i stortingsmelding 26 (2015) at pasienter med sosiale-, psykiske- og rus relaterte problemer må inkluderes i framtidens kommunale rehabiliteringstilbud, og det utarbeides nok en opptrappingsplan på rusfeltet (Meld. st.26 (2014-2015), 2015).

### **3 METODE**

---

I følgende kapittel presenteres valgt metode. Kapittelet inkluderer beskrivelser og begrunnelser for metodens framgangsmåte, presentasjon av informantene, hvordan analyse er gjort og hvilke etiske betraktninger som er vurdert i arbeidet med oppgaven.

#### **3.1 VALG AV METODE**

Hensikten med oppgaven har vært å få vite mer om ulike psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer, synspunkter/meninger knyttet til behandlingshyppighet i PMF.

Når en ønsker å vite mer om erfaringer og meninger knyttet til et bestemt tema eller fenomen er kvalitativ metode egnet framgangsmåte (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015; Thagaard, 2009; Thornquist, 2003, 2012; Tjora, 2012). Jeg har benyttet meg av semistrukturerte dybdeintervju som tilnærming, særlig med tanke på mangelfull litteratur fra nyere tid knyttet til behandlingshyppighet i PMF.

Semistrukturerte dybdeintervju åpnet for at informanter kunne gå i dybden på det de tematiserte. Tilnærmingen la også til rette for at uventede erfaringer og begrunnelser kunne bli belyst, som jeg ikke var forberedt på i forkant av intervjuene. Som intervjuer forsøkte jeg så godt som mulig å legge til rette for at informantene kom med sin forståelse av valgt tema. Det var likevel en balansegang å styre intervjuet, slik at det som ble snakket om var relevant for oppgavens tema. Det vil jeg si mer om i underkapittel «gjennomføringen av intervjuene».

Det informantene fortalte, ga også informasjon utenfor det individuelle. Informanters subjektive virkelighetsforståelse og meningsskaping på bakgrunn av erfaringer og opplevelser de har hatt, sier blant annet noe om sosiale relasjoner, samfunnet de lever i og hvilke ytre føringer informantene er underlagt (Kvale et al., 2015; Thornquist, 2003). Det var med andre ord ikke bare informantene sine meninger og erfaringer jeg var ute etter å vite mer om, men også hvilke meningsbærende sammenhenger de fortalte noe om, ut ifra hva slags kontekst.

##### **3.1.1 Metodiske overveielser**

Troverdighet og overførbarhet av resultatene i kvalitativ metode avhenger av en god redegjørelse for hvordan datamateriale er samlet inn og analysert, og hvordan resultatene er tolket (Thagaard, 2009; Thornquist, 2012).

I arbeid med kvalitativ forskning er både informantene og «forsker» subjektiv, -en «subjekt-subjekt relasjon» (Kvale et al., 2015; Thornquist, 2003; Tjora, 2012). Min forforståelse og subjektivitet har med andre ord preget alle fasene i arbeidet med oppgaven. Jeg har så godt som mulig forsøkt å skille mellom hva som er informantene og hva som er mine erfaringer og meninger, i det som etterhvert ble oppgavens resultat.

### **3.1.2 Forforståelse**

En fullstendig beskrivelse og forklaring for hvordan min forforståelse har preget arbeidet med oppgaven, er ikke mulig. Arbeidsprosessen har vært preget av både bevisste og ubevisste valg og fortolkninger. Jeg har likevel forsøkt å gi leser noen innblikk i min bevisste forforståelse som trolig har påvirket oppgaven, som et ledd i å styrke oppgavens troverdighet.

I likhet med informantene er jeg også fysioterapeut. Å ha kjennskap til feltet som forskes på anses i kvalitative metoder som en fordel (Thagaard, 2009; Thornquist, 2012). Det er forforståelsen som danner utgangspunktet for en enda bredere forståelse. «En forsker som ikke kommer nær nok, vil ikke kunne forstå de utforskedes verden» (Album i Thornquist, 2003, s.207)

Jeg har studert og fullført min grunnleggende fysioterapiutdanning i Nederland. Jeg har derfor underveis måttet lese meg opp på blant annet helsepolitikk og organisering av helse- og fysioterapitjenester, som fysioterapeuter med en norsk utdanningsbakgrunn trolig har blitt introdusert i grunnutdannelsen. På en annen side har jeg noen år med erfaring fra privat praksis i Nederland, samt kommunehelsetjeneste og en kort periode i spesialisthelsetjenesten i Norge. Det har vært verdifulle erfaringer både med tanke på hvilke pasientgrupper jeg har jobbet med, og ulike tidsrammer for pasientbehandlinger.

Gjennom masterstudiet har jeg blitt bedre kjent med PMF. Det har vært en utviklende prosess for meg både som fysioterapeut, og på et mer personlig plan. Min interesse for PMF opplevdes som en fordel i skrivingen av masteroppgaven, men fascinasjonen jeg hadde for faget kan også forstås som «skylapper». Det kan ha medført at jeg både bevisst og ubevisst har lett etter gode egenskaper som kunne bekrefte mitt inntrykk av PMF. Om jeg har klart å tilegne meg et kritisk blikk på PMF og det informantene hadde å si er opp til leser og vil først og fremst vise seg i presentasjonen av resultatene og diskusjonskapittelet.

### **3.1.3 Rekruttering og utvalg**

Det er gjort et strategisk utvalg av informanter som ut i fra sine erfaringer kunne uttale seg om behandlingshyppighet i PMF. Utvalget var i all hovedsak basert på en intensjon om å legge rette for at variasjoner og mangfold i de ulike erfaringer som kunne framtre i intervjuene. I forkant av rekrutteringen anså jeg det som en fordel om informantene representerte et så bredt mulig utvalg, være seg kjønn, tidligere erfaring eller lignende. Hvilken del av helsevesenet informantene jobbet, var av spesiell interesse i utvalget.

Jeg vurderte at et utvalg på fire informanter var tilstrekkelig for å kunne gi informasjon på temaet. I tillegg var det tatt hensyn til at mengden arbeid intervjuene genererte skulle være gjennomførbart innenfor en arbeidsmengde tilsvarende 40 studiepoeng. I etterkant har jeg tenkt at utvalget muligens ble for stort. Det har vært vanskelig å analysere de ulike intervjuene innenfor den tidsrammen jeg hadde til disposisjon.

Tips og forslag til aktuelle deltagere fikk jeg gjennom å snakke med kollegaer og medstudenter i fagmiljøet. De fire kandidatene jeg vurderte som best passende med tanke på overnevnte faktorer, fikk tilsendt et brev med invitasjon og beskrivelse av prosjektet. I brevet ble prosjektets tema introdusert, samt en del praktiske opplysninger rundt gjennomføringen av intervjuene (se vedlegg 1). Informantene fikk selv velge sted og tidspunkt for intervjuene. Det ble gjort i henhold til teori, og med intensjon å bidra til en avslappet stemning under intervjuet med (Tjora, 2012, s.120).

En av de inviterte svarte ikke på invitasjonen. Vedkommende fikk tilsendt en påminnelse med oppfordring til å delta, som heller ikke ble besvart. Jeg valgte deretter å invitere en annen informant, som etter kort tid takket ja.

### **3.1.4 Intervjuguiden**

For å forberede meg til intervjuene, utarbeidet jeg en intervjuguide bestående av åpne spørsmål. Spørsmålene skulle gi mulighet for fysioterapeutene å kunne uttrykke erfaringer med ulike problemstillinger og hvordan de behandlet pasienter. Samtidig var det et poeng å få fram erfaringer med ulike valg av behandlingshyppighet. Jeg hadde ingen erfaring med dybdeintervju i studiesammenheng fra tidligere. For å teste ut spørsmålene i intervjuguiden, valgte jeg derfor å gjennomføre et pilotintervju. Mange av spørsmålene ble fjernet etter et pilotintervjuet. I stedet ble en liste med stikkord laget, som kunne brukes til eventuelle

oppfølgingsspørsmål etter behov. (se vedlegg 3). For å stimulere informantene til å reflektere rundt egne erfaringer knyttet til ulike pasienter, fikk informantene tilsendt en forenklet intervjuguide to dager før gjennomføringen av intervjuene (se vedlegg 2).

### 3.1.5 Gjennomføring av intervjuene

Planen for gjennomføring var å starte med spørsmål knyttet til arbeidssted og tidligere erfaring, før jeg så skulle gå videre til selve kjernespørsmålene i intervjuguiden. Jeg hadde som intensjon å stille ett spørsmål om gangen, la informant prate uavbrutt og eventuelt følge opp med avklarende eller utdypende spørsmål. Videre var planen og fortsette med samme strategi til jeg hadde en opplevelse av at tema var nokså mettet. I tillegg til lydopptaker hadde jeg med notatblokk og penn under intervjuene, med plan om å skrive ned stikkord eller lignende som fanget min oppmerksomhet.

Gjennomføringen av intervjuene utartet seg svært annerledes fra hva jeg var forberedt på. Jeg valgte tidlig å ikke notere underveis, siden jeg raskt innså at min fulle oppmerksomhet var nødvendig for å lytte aktivt til det informantene hadde å si.

Jeg var forberedt på at behandlingsfrekvens *i seg selv* kunne være et abstrakt tema å prate om. Jeg var derfor opptatt av å få fram erfaringer som fortalte noe om deres forståelse og arbeid med ulike pasienter hvor *ulik* behandlingsfrekvens var praktisert. Intervjuguiden ble brukt til å styre informanten inn mot pasientnære erfaringer og bort fra det generelle, slik anbefalt i kvalitativ forskning (Thornquist, 2003, s.208). Når informantene ble oppmuntret til å fortelle om pasientene i behandling, virket det som om de var u-utømmelig på erfaringer og meninger, noe som helt klart har påvirket resultatene. Om det var riktig at de fikk prate så fritt, er noe jeg har undret meg over i ettertid. Siden det ble fortalt *mye* om *få* pasienterfaringer ble terapeutenes brede og sammensatte forståelse av pasientenes problemer, et viktig resultat av intervjuene. Om jeg hadde styrt intervjuene slik at flere ulike pasientfortellinger hadde kommet fram, ville kanskje resultatene blitt noe annet.

Alle fire intervjuene ble gjennomført i løpet av cirka to måneder høsten 2015, med minimum to uker mellom hvert intervju. To av intervjuene ble utført på informantenes arbeidssted, ett ble gjort på et nøytralt møterom arrangert av intervjuer. Siste intervju ble gjennomført hjemme hos informant.



Mellomrommene mellom intervjuene var planlagt. Jeg valgte å transkribere etter hvert intervju for å holde arbeidstempoet oppe. Transkriberingen (se kapittel 3.3.1) ga også en form for bearbeiding av intervjusituasjonen og fungerte som en forberedelse til følgende intervju. For eksempel ble jeg etter andre intervju oppmerksom på at mange setninger var ufullstendige, og at jeg som informant hadde lett for å bekrefte utsagnene før informanten var ferdigsagt. Det var nok et resultat av innforstått kunnskap mellom intervjuer og informant, siden vi begge var fysioterapeuter. Min rolle med å være tydelig, men også å stimulere informantene til å være tydelige, ble dermed bevisstgjort før tredje intervju. Jeg opplevde likevel ikke at det ble enklere å intervju fra gang til gang, eller at forberedelse preget det neste intervju i særlig grad. Hos den tredje informanten var for eksempel ingen behov for å sikre at vedkommende pratet setninger fullt ut, da vedkommende var svært velartikulert og tydelig i sin tale.

I ettertid har jeg tenkt at det kunne vært nyttig om jeg også hadde lyttet igjennom intervjuene i forkant av et nytt, helst sammen med en erfaren intervjuer. Kanskje hadde helheten og flyten i intervjuene gitt meg flere innspill på hva som kunne vært gjort annerledes, og dermed ført til en større utvikling som intervjuer, sammenlignet med hva jeg opplevde da.

## **3.2 INFORMANTENE**

Presentasjonen av informantene består av en tekstnær sammenfatning av ulike utdrag fra intervjuene. Utdragene sier noe om hvor informantene jobbet og hvordan de generelt forholdt seg til behandlingshyppighet i PMF.

Framstillingen av informantene er ment for å gi leser en bredere forståelse av utdragene fra intervjuene presentert i neste hovedkapittel. For bedre flyt i teksten, brukes også «hun» når det vises til informant eller terapeut, uten at det nødvendigvis er knyttet til informantens kjønn.

### **3.2.1 Informant A**

A jobbet på privat klinikk sammen med andre psykomotoriske fysioterapeuter og hadde 80% driftstilskudd. A hadde lang erfaring både som fysioterapeut og psykomotorisk fysioterapeut, og fra spesialist- og primærhelsetjenesten. A mente at ukentlige møter *var* hyppig. Hun behandlet ikke oftere enn én gang i uken, men kunne behandle sjeldnere.

A fortalte at hun tilstrebet en viss hyppighet av PMF behandling (1gang per uke) i startfasen for å komme i gang og/eller for at behandlingen skulle «sette noen spor». Hun hadde erfart at pasientgruppen som kom til privat praksis i større grad tålte denne hyppigheten, sammenlignet med erfaring fra psykiatrien hvor pasienter kanskje hadde mindre overskudd i livene sine til å gå i behandling.

### **3.2.2 Informant B**

B jobbet på en poliklinisk avdeling som tilhørte somatisk del av et sykehus. Hun var del av et tverrfaglig team, men jobbet mest sammen med de andre fysioterapeutene på teamet. B hadde fra tidligere variert erfaringer i sykehus.

På avdelingen hvor B jobbet delte de pasientene inn i to ulike grupper ut ifra hvilket tilbud som ble gitt. Jeg har med egne ord valgt å kategorisere tjenestene som «samlingsbaserte» og «individuelle behandlinger».

«Samlingsbaserte behandlinger» var et tilbud basert på ulike fysioterapi relaterte tilnærminger, som for eksempel undersøkelse, behandling, veiledning og undervisning. Pasientene var ofte tilreisende fra andre deler av landet. B presiserte at de «samlingsbaserte behandlingene» ikke var <sup>13</sup>«klassisk PMF». Mye av tilbudet var likevel tuftet på PMF grunnprinsipper, både i form av gruppe- og individuelle møter med pasientene, <sup>14</sup>avhengig av kjønn. Menn fikk individuelle møter, kvinner var i grupper. I samlingsbaserte behandlinger møttes terapeutene og pasientene daglig for de ulike tiltakene.

«Individuelle behandlinger» var den individuelt tilpassede polikliniske behandlingen som ble tilbydd noen av pasientene som bodde i nærheten av sykehuset. I startfasen av individuelle behandlingsserier foretrakk B å ha møter én gang i uken for å «igangsette noen ting». Avhengig av pasientenes reaksjoner, når ting «gled litt mer» og kom i en prosess, kunne B behandle med større mellomrom. B behandlet aldri pasientene som kom for individuell behandling oftere enn én gang i uken.

---

<sup>13</sup> Begrepet «klassisk PMF» ble brukt av både B og D. Med «klassisk» PMF vises i oppgaven til den psykomotoriske prøveundersøkelse slik blant annet beskrevet av Øvreberg og som dokumentert på ulike filmer med Bülow (Thornquist, Ekeli, & Fysioterapihøgskolen i, 1983; Øvreberg & Andersen, 2002).

<sup>14</sup> At tilbudene var forskjellige avhengig av pasientens kjønn var et valg terapeutene på avdelingen hadde gjort ut i fra erfaringer, og som ikke vil bli videre utdypet i denne oppgaven.

### **3.2.3 Informant C**

C hadde lang erfaring som psykomotorisk fysioterapeut med driftstilskudd i privat praksis. Da intervjuet ble gjort var hun pensjonert fra driftstilskuddet, og jobbet helprivat. Heller ikke C behandlet pasienter i behandling oftere enn én gang i uken. I sjeldne tilfeller hadde det kanskje vært unntak, fordi noen pasienter hadde fått behandlingstilbud både individuelt og i grupper. Det var i en periode hvor hun også drev med gruppebehandlinger.

C fortalte at hun ikke behandlet hyppigere enn én gang i uken fordi hun vektla viktigheten med å ansvarliggjøre pasienten i behandlingsforløpet. C overlot til pasienten å bestemme tidspunkt for ny time, men satte grenser om pasient ønsket hyppigere enn én gang i uken.

### **3.2.4 Informant D**

Informant D jobbet på psykiatrisk sykehus, hun behandlet både innlagte og polikliniske pasienter.

D kunne møte innlagte pasienter hver dag. I slike tilfeller var det ifølge D sjeldent snakk om klassisk PMF. D kunne tilbringe tid med pasienten gjennom aktiviteter hvor pasient var mest komfortabel og trygg, som for eksempel i form av gåturer i skog og mark. Tankesettet og grunnprinsippene i det hun gjorde, var ifølge D likevel basert på PMF.

D behandlet pasientene poliklinisk som oftest én gang i uken, i hvert fall i starten. Etterhvert kunne det være hensiktsmessig med hver 14 dag.

## **3.3 ANALYSEN**

I kapittel 3.3 vil jeg beskrive de ulike analytiske stegene jeg har foretatt. Framgangsmåten i analysen er inspirert av stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) hentet fra metodeboken Aksel Tjora (2012). Jeg har fulgt Tjoras beskrivelse ved å jobbe etappevis eller stegvis med intervjudata, utviklingen av ulike temaer og den teoretiske forankringen av temaene (Tjora, 2012, s.175). Etappene har ikke blitt gjort i en bestemt rekkefølge. De analytiske stegene har til dels fungert strukturerende på analyseprosessen og oppgaveskrivingen. Etappene har også bidratt til et mer nøye og omfattende arbeid med intervjumaterialet, noe som trolig har bidratt til å beholde viktig informasjon. Jeg har ikke fulgt Tjoras beskrivelse slavisk i den analytiske prosessen. Etter hvert har jeg i større grad støttet meg til ulike metodebøker og artikler som

jeg har «plukket fra», alt ettersom hva jeg opplevde var passende og til hjelp i *min* analyseprosess.

### **3.3.1 Transkribering**

Første analysenivå var opptak av intervjuene som så ble transkribert til tekst. Transkribering kan forstås som en dekontekstualiserende og svekkende gjengivelse av en intervjusituasjon (Kvale et al., 2015; Thornquist, 2012; Tjora, 2012). Likevel var transkriberingen av intervjuene til tekst nødvendig for å få bedre oversikt over hva som var innholdet i de ulike intervjuene. Både under transkriberingen og i de senere fasene av analysen har jeg forsøkt å være bevisst på at intervjuene var levende samtaler, ikke tekst. Under transkriberingen har jeg derfor så godt som mulig forsøkt å synliggjøre ulike meningsbærende påvirkninger under samtalen, som kunne ha betydning for det som ble sagt. Pauser har blitt merket med «tankestreker» (----), jo lengre pause desto lengre strek. Ord som ble spesielt vektlagt av informant i intervjuene, ble under transkripsjon merket i *kursiv*. Andre lyder, eller for eksempel kroppsspråk som ga mening i det som ble sagt, ble beskrevet i parentes (). Den detaljerte transkriberingen har sikret at utdragene jeg har brukt, samsvarte best mulig med hva som ble kommunisert under intervjuene. Vektleggingen i den videre analysen, har likevel vært på *hva* som ble sagt foran *hvordan*.

Informantene hadde ulike dialekter. Jeg valgte å transkribere til bokmål, noe som førte til at jeg måtte gjøre enkelte endringer i ord og setningsoppbygging for at teksten skulle gi mening. Å oversette dialekt til bokmål kan føre til at informasjon går tapt, noe jeg har vært oppmerksom på i oversettelsen. En fordel med å oversette dialekt til bokmål er at det virker anonymiserende for informant. Bruk av bokmål bidrar derfor til å styrke deltagerens personvern, noe som kan være fordel med tanke på hvor lite det psykomotoriske fagmiljøet i Norge er.

Tekstmaterialet fra intervjuene ble til slutt kopiert inn i matriser med tre kolonner (se kapittel 3.2.1), som forberedelse til den videre analysen.

### **3.3.2 Fra tekstnær koding til kategorier og hovedtemaer**

Transkribert materiale fra de fire intervjuene resulterte i godt over 100 sider med tekst. For å gjøre teksten mer oversiktlig for videre analyse, valgte jeg å lage tekstnære koder, -en slags kondensering av det transkriberte datamaterialet. De tekstnære kodene gjorde at

intervjumaterialet ble mindre, og derfor mer oversiktlig, uten at jeg opplevde at meningsinnhold gikk tapt. Hensikten med å lage tekstnære koder var å jobbe nært opp til empirien og bruke begreper som allerede fantes i datamaterialet slik anbefalt i teori om kvalitativ metode (Graneheim & Lundman, 2004; Tjora, 2012). En slik tilnærming kan resultere i en mer kvalitativ forståelse av innholdet, ved at man unngår at tekstkodingen utvikles fra teori eller planlagte temaer (Thornquist, 2003; Tjora, 2012).

Deretter leste jeg igjennom både intervjuene og de tekstnære kodene flere ganger. Samtidig forsøkte jeg underveis å skrive noe overordnet, en «dekontekstualisering» (Thaagard, 2009, s.180) av meningsinnholdet i de tekstnære kodene og datamaterialet. I matrisen har jeg valgt å kalle den dekontekstualiserte teksten «tema». Det ble til slutt flere tyvetalls «temaer». For ytterligere oversikt markerte jeg derfor de ulike temaene med forskjellige farger (fargekategorier) avhengig av hva de ulike temaene fortalte noe om. Mange av de tekstnære kodene genererte forøvrig flere ulike temaer og fargekoder.

Utdrag fra matrisen:

<u>Tema</u>	<u>Tekstnær kode</u>	<u>intervjudata</u>
<p>Pasientens problem</p> <p>Mål for behandling</p> <p>Terapeutens motivasjon</p>	<p>Begynte å bli vanskelig for pasienten. Brukte mye energi på å være den mammaen for sine barn hun ville være.</p> <p>Terapeut skulle se om det var mulig å hjelpe henne til å få regulert noe.</p> <p>Terapeut hadde lyst å hjelpe.</p>	<p>Det begynte å bli så vanskelig for denne pasienten å klare seg --hun var jo også blitt mamma da så, så hun hadde et barn på rundt to tre, to tre år, i den fasen der og brukte masse energi på å ta seg sammen og klare å være den mammaen som hun ville være.</p> <p>Sånn at eh, det ble vel vurdert at hun, man skulle prøve med et opphold ---og se om det kunne hjelpe henne til å få regulert noe.---</p> <p>Men i, så da begynte vi da og (humrer litt) --- og så jo at den (humrer litt), man får jo veldig lyst til å hjelpe den dama.</p>

Det er vanskelig å synliggjøre analysen etter transkriberingsfasen på en tydelig måte. På et tidspunkt valgte jeg å «skrive ut noen resultater» basert på hva jeg har anså som interessante utdrag og med utgangspunkt i de ulike fargekategoriene. Samtidig har jeg jobbet fram og tilbake med både innlednings-, teori- og metodekapittelet for å gi meg selv pauser fra analysen, og for å utvikle min forståelse av hva jeg kunne se etter i intervjuene.

Under skrivingen av resultatene av analysen ble det etterhvert tydeligere for meg hva som var relevant å få fram fra intervjuene. I grunn har jeg i stor grad benyttet meg av inndelingen som følge av fargekategoriseringen. Noen fargekategorier ble etterhvert slått sammen, mens andre ble fjernet. Til slutt satt jeg igjen med to hovedtema «problem og forståelse» og «ansvar». Jeg har vel og merke flere ganger under skrivingen av resultatene endret navn både på de ulike hoved- og undertemaene, ut ifra hva som har vært mer passende med hensyn til de presenterte utdragene fra intervjuene. Jeg har også flere ganger gått tilbake til intervjuene for å sjekke ut at temaene presentert i resultatene, samsvarer med hva jeg tenker var informantenes meningsinnhold. Siste analytiske steg presenteres i et eget diskusjons kapittel. Der har jeg med hjelp av «ulike briller» eller teoretiske perspektiver diskutert ulike sammenhenger både mellom og på tvers av de ulike hoved- og undertemaer.

### **3.4 ETISKE BETRAKTNINGER**

Den etiske betraktning ble vurdert med hensyn til den 64 versjon av Helsinkideklarasjonen (2013). Min viktigste oppgave i forhold til det etiske var å ivareta og beskytte mine informanter. Kontakten med informantene skulle preges av konfidensialitet, respekt og gjensidighet (Tjora, 2012). Som kriterium for gjennomføring av prosjektet var en forutsetning at prosjektet ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Tilbakemelding fra NSD var at godkjenning ikke var nødvendig, noe som var begrunnet ut i fra de etiske betraktninger og rammer jeg hadde presenterte for dem i søknaden. Det har heller ikke vært nødvendig å sende søknad til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) da oppgaven ikke berørte pasienter direkte, men var rettet mot helsepersonell som informanter.

Hensynet til personvernet av informantene har ført til at jeg har unngått å samle inn persondata. Informert samtykke ble gjort ved at informantene ble informert på lydbånd i det intervjuet starter, uten bruk av navn. Både lydbånd og transkribert materiale ble for sikkerhets skyld oppbevart i låste skap, fram til at det slettes etter prosjektets slutt. Informantene ble

informert om samtykket og rutinene for oppbevaring og sletting av intervjudata i invitasjonen for deltagelsen (se vedlegg 1 og 4).

Jeg har tatt i betraktning at rekruttering av deltagere gjennom anbefalinger fra andre har svakheter for å beskytte identiteten til informantene. Med tanke på at ingen kan vite hvor mange informanter som ble anbefalt og hvem som til slutt deltok i intervjuene, vurderte jeg det som en adekvat måte å rekruttere på. Etske hensyn har ytterligere blitt sikret ved at det i invitasjonen ble presisert at deltagelse var frivillig og at informanter kunne trekke seg når som helst, også under eller etter intervjuet. I forkant av intervjuene ble det også presisert at lydbåndet kunne slås av om informanten ønsket å si noe uten å bli sitert på det.

At temaet for oppgaven ikke kunne betraktes som sensitiv, anses som en styrke med tanke på etiske hensyn til informantene. Min etiske vurdering av valgt tema er at forskningens formål derfor veide tyngre enn belastningen deltagerne ble påført.

## 4 RESULTAT AV ANALYSE

---

I første del av følgende kapittel presenteres informantene med en oppsummering av *hvor* de jobber og hvor hyppig de behandler pasienter. For nærmere opplysninger om informantene vises til kapittel. 3.2.

Som resultat av bearbeiding og analyse av intervjuene utkrystalliserte det seg to hovedtemaer: «problem og behov» og «ansvar». Undertema for «problem og behov» er *sårbare pasienter*, hovedtema «ansvar» er delt inn i tre undertemaer *pasientens ansvar, oppgavefordeling og ventelister*. De ulike hoved- og undertemaene er dels overlappende, og kan ikke forstås uavhengig av hverandre. Som nevnt under metodekapittel 3.1.5 var intervjuene i stor grad rettet mot terapeutens forståelse av pasientens problem, og det bærer også resultatene av analysen preg av.

For å vise sammenhengen mellom empirisk materiale og resultatene av analysen, vil flere utdrag fra intervjuene presenteres underveis. Utdragene er synliggjort med innrykk og kursivert tekst. Jeg har foretatt noen justeringer av informantenes utsagn av hensyn til personvern, samt for å gjøre teksten mer leservennlig. De delene av utsagnene som ikke har vært relevant for presentert tema, er også tatt bort. Fjernet utsagn er markert med (...). Når intervjuer stemme er tatt med i utdragene, er det merket med *I*.

Oppbygningen av resultatene er delt i tre. Før utdragene fra intervjuene presenteres en kondensering av informantenes utsagn. Etter utdragene følger tekstmære kommentarer som danner utgangspunktet for diskusjonskapittelet senere i oppgaven.

De organisatoriske rammene terapeutene jobber innenfor er relevante for oppgavens problemstilling. Jeg har derfor valgt å presentere utdragene fra intervjuene hver for seg, slik at det er tydelig hvem fysioterapeuten er. Unntak er kapittel 4.3.1 hvor utsagn fra begge fysioterapeutene i spesialisthelsetjeneste presenteres sammen.

### 4.1 INFORMANTENE OG BEHANDLINGSHYPPIGHET

Jeg har som introdusert i kapittel 3, intervjuet fire psykomotoriske fysioterapeuter. To jobbet i privat praksis, A med driftstilskudd og C uten. De andre to jobbet i spesialisthelsetjenesten, B i somatiske og D i psykiatriske del av et sykehus.



Når det er snakk om individuell PMF i privat praksis eller poliklinisk i spesialisthelsetjenesten, behandlet tre av de fire informantene én gang i uken eller mindre. D kunne unntaksvis behandle to ganger i uken. Begrunnelsene for valgt behandlingshyppighet varierte litt. A og B viste til at behandlingene skulle «sette noen spor», eller at «en setter i gang en prosess». A og B fortalte at de vurderte ut i fra reaksjonene på behandlingene, om pasientene tålte behandlingsfrekvensene de tok utgangspunkt i ved oppstart. A begrunnet i tillegg at behandlingshyppigheten kunne avhenge av hvor mye ledig tid og plass pasientene hadde til behandlingene i livene sine. Informant C viste primært til viktigheten av pasientens ansvar i behandlingene, at *pasientene* i stor grad bestemte behandlingshyppigheten.

Begge fysioterapeutene fra spesialisthelsetjenesten behandlet pasientene som var innlagte (D), eller som deltok i samlingsbasert tilbud (B), *opp til hver dag*. Fysioterapibehandlingene ble da begrunnet som «noe mer» eller «noe annet» enn «klassisk PMF». Terapeutene presiserte likevel at de tenkte og vurderte ut i fra en psykomotorisk forståelse, og at de tilpasset tiltakene ut i fra pasientene sine behov og innenfor de rammene terapeutene jobbet med. For B var behandlingsfrekvensen forhåndsbestemt i de samlingsbaserte tilbudene. D fortalte at hun sjeldent behandlet daglig, men kunne gjøre unntak om fysioterapitilbudet var en viktig del av pasientens totale behandlingstilbud, og medvirkende årsak til innleggelsen.

## **4.2 PROBLEM OG BEHOV**

Jeg har valgt å presentere utdrag fra fire *ulike* pasientfortellinger som informantene delte under intervjuene. Utdragene fra intervjuene belyser ulike aspekter som har påvirket terapeutenes tilnærminger og valg av behandlingshyppighet. Samtidig viser utdragene at fysioterapeutene har mange likheter i forståelsen av pasientens problemer og behov. Andre utdrag fra de samme pasientfortellingene vil også presenteres under andre temaer. Jeg har derfor valgt å gi pasientene fiktive navn slik at lesere kan gjenkjenne hvem det fortelles om.

### **4.2.1 Sårbare pasienter**

Alle informantene fortalte om pasienter med en vanskelig barndom og/eller traumatiske opplevelser. Symptomene pasientene kom med, ble av alle informantene forstått ut ifra kunnskap om hvordan levd liv kommer til uttrykk i kroppen. Alle fire informantene gjenkjente spesielle behov hos denne pasientgruppen, og de tilpasset behandlingstilbudene på ulike måter.

## **A «Behandlingen gled ut i sand»**

A beskrev Ruth og hennes langvarige kroppslige problemer. A ga også informasjon om Ruth sin aktuelle livssituasjon, hva som opptok tiden hennes, og hvem Ruth var for andre.

*Denne personen (Ruth) slet nok veldig mye. Det var en kvinne som var midt i livet, cirka noen og førti år. Ruth hadde ikke vært gift og hadde ikke barn, men hadde en kjæreste. Hun hadde omsorg for noen gamle foreldre som var ganske dårlige. Pasienten hadde hele livet slitt mye med kroppen sin. Hun var født med en skoliose og hadde gått veldig mye med et stivt korsett i sin barndom.. Det bar hennes kropp preg av i voksen alder.*

*I: Hvilken måte bar den preg av det da?*

*Hofte og nakke var veldig overbevegelige og samtidig hadde hun en veldig stiv rygg. Det var en veldig pussig sammensetning, veldig stiv -og så overbevegelig.*

Ruth klarte ikke å åpne seg for fysioterapeuten. Mye av informasjon om Ruth fikk A fra andre som også jobbet med pasienten.

*(...)Det var mye som tok henne, med disse foreldrene og den omsorgsoppgaven. Hun hadde vært en dame som var i arbeidslivet, men hun fikk plutselig en overveldende angst som gjorde at hun ikke kunne være i jobb lengre.*

*Det var veldig mye av det som jeg forteller som hun ikke kunne fortelle meg. Jeg har snappet det opp via samarbeid med andre. Mye i det å møte et menneske, det blir ikke nødvendigvis sagt så mye, vi må være veldig kroppslige.*

Fysioterapeuten slet med å komme fram til hva som plaget pasienten. A antok at det var noe som var vanskelig for pasienten å kjenne på, og at Ruth dempet følelsene sine gjennom å ruse seg.

*(...) Da jeg behandlet henne i psykiatrien, hadde jeg vanskelig med å få tak i hva det var. Jeg opplevde henne som usamlet og kaotisk, vanskelig å få tak i rett og slett. Hun brukte nok på det tidspunktet sikkert mye medisiner i tillegg til at hun antagelig drakk en del øl. Altså, hun kjente på veldig mye som hun ikke hadde lyst å kjenne på.*

Fysioterapibehandlingen varte noen måneder, og ble hindret av flere faktorer.

*I: Hadde dere ukentlige møter da?*

*Det har det nok vært. Men hun kunne også ha fravær fordi hun hadde så mye annet som pågikk og hun gikk til psykolog. Hun var ustabil..*

*(...) Jeg møtte henne kanskje et halvt år til 10 måneder.. Jeg mener å huske at jeg forsøkte å arbeide med å få henne å stå litt på beina, med bakkekontakt og «få tak» i musklene. Men jeg følte ikke at jeg nådde frem. Hun ønsket å ligge på benken. Vår behandlingsallianse kom ikke riktig helt på plass. (...)Behandlingen «gled etter hvert ut i sand».*

Pasientens manglede evne til å verbalisere sine behov gjorde at fysioterapeuten ble usikker.

*I: Hvordan forsto du hennes behov for å ligge på benken?*

*Jeg opplevde at det var noe hun søkte der, en form for kontakt, som var vanskelig å ordlegge. Det var vanskelig å få frem hva det var, og jeg visste ikke helt om det var riktig å jobbe slik.*

### **Tekstnære kommentarer**

A fortalte om flere ulike ting som ga informasjon om pasientens problemer og hva hun tenkte sammenhenger med problemene var. Innledningsvis fortalte A at pasienten hadde slitt med kroppen hele sitt liv. A viste til pasientens stive rygg og overbevegelige hofter, som A knyttet til pasientens korsettbruk og ryggskoliose fra pasienten var liten. Hva A tenkte var pussig er ikke tydelig for meg. Men det er nærliggende å anta at fysioterapeuten opplevde de kroppslige funn som avvikende i forhold til hva hun hadde erfaring med. Eller at det var «noe som skurret» uten at fysioterapeuten kom fram til hva og hvorfor. A fortalte uoppfordret om pasientens livssituasjon. Ruth var ikke gift men hadde en kjæreste, og hun hadde ikke barn. I denne informasjon kan en anta at Ruth sin livssituasjon med tanke på familieforhold, også har betydning for hvordan A forsto Ruths problemer.

I måten A fortalte om Ruths alkohol- og medisinbruk er det nærliggende å anta at A mente Ruth ruset seg for å døyve vanskelige følelser, jamfør utsagn som at «*Hun brukte nok på det tidspunktet sikker både mye medisiner i tillegg til at hun antagelig drakk en del øl. Altså, hun*

*kjente på veldig mye som hun ikke hadde lyst å kjenne på». Ruth hadde i tillegg falt ut av arbeidslivet grunnet en plutselig og overveldende angst. Det forteller noe om alvorlighetsgraden og utviklingsmønsteret i Ruths problemer.*

I følge A var Ruth lukket. A fikk informasjon om Ruth gjennom samarbeidspartnere i psykiatrien. Fysioterapeuten vurderte at pasienten måtte jobbe med bakkekontakt, få tak i musklene i beina. Men pasienten ville ifølge A, bare ligge på benken. Jeg forstår ut i fra hva A fortalte, at det var noe i situasjonen på benken sa noe om Ruths behov, men at A ikke syntes det var riktig å jobbe slik. Tross alle «symptomene» og informasjonene A hadde om Ruth, fortalte A at hun strevde med å få tak i hva det var pasienten slet med. De «pussige leddforholdene» som følge av korsettbruken og skoliosen, rusbruken, lukketheten og fraværet Ruth hadde i behandlingene, kunne alle ha vært faktorer som kanskje gjorde A usikker med tanke på hvordan hun kunne hjelpe Ruth. Jeg får inntrykk av at det var noe *usagt* mellom A og Ruth, og det kan kaste lys over As varsomme framgangsmåte.

Stillheten dem imellom kan forstås som medvirkende til at fysioterapeuten ikke lyktes med å komme fram til en enighet med Ruth for hvordan behandling skulle foregå. A tok utgangspunkt i ukentlige behandlinger, men siden Ruth hadde en del fravær, kan en anta at møtene var uregelmessige. Likevel strakk behandlingsforløpet seg over lengre tid, ca. 10. måneder ifølge A. Behandlingen «gled etter hvert ut i sand», uttrykket formidler en passiv holdning fra terapeutens side; «det ble som det ble» uten at noen av partene tok grep.

### **B «Vi må sette i gang arbeid som kan gi resultater»**

B fortalte om Tor som hun behandlet i det samlingsbaserte tilbudet på jobben. I følge B hadde Tor opplevd traumatiske hendelser både i oppveksten og gjennom måten han ble møtt i helsevesenet, da han tidligere hadde søkt hjelp for sine ryggproblemer. Ryggproblemene startet samtidig med at barnet hans var blitt hardt skadet i en ulykke, en sammenheng B forsto var sentral i forståelsen av Tors ryggproblemer. B fortalte at ingen av helsepersonellet Tor møtte på den tiden, hadde tematisert sammenhengen mellom barnets ulykke og Tor sine ryggproblemer. B mente at tiltakene som ble iverksatt av helsevesenet den gang, førte til ytterligere helseproblemer for Tor.

Tor ble henvist til fysioterapeutene fordi legene på sykehuset hvor B jobbet ikke hadde en behandling å tilby Tor.

*Pasienten bor på en annen kant av landet, men ble henvist til oss. Han har, hva skal jeg si? «En tung ballast» med seg. Jeg vil kalle det for traumatisering, både i oppveksten og i den forstand at han ikke blitt møtt på sine behov i helsevesenet, etter at barnet hans ble hardt skadet.. Ryggen hadde låst seg fullstendig den dagen traumet med barnet skjedde. Han ble den gang møtt med veldig sånn biomedisinsk tenkning, at «her må noe være galt». Det førte til veldig mye undersøkelser av ryggen, han ble etter hvert også operert i området. Problemene utviklet seg til å bli et kronisk problem. Pasienten ble heller ikke jobbet kroppslig med, men han ble møtt med medikamentell behandling. Tor har etter hvert nærmest blitt en rusmisbruker og han står på veldig store doser med medikamenter. Han kom også til oss på grunn av plagene i ryggen, som vi på vår tverrfaglige avdeling spesialiserer oss på. Her ble utredet av legene som jeg er i team med. Legene konkluderer med at de ikke kan gjøre noe. Uten at de helt vet hva det er vi gjør (ler), de henviser de til oss siden vi jobber annerledes (...).*

Pasientens bosted ble utslagsgivende i valg av tilbud og behandlingsfrekvens. Polikliniske møter ikke var mulig, valget var derfor samlingsbasert eller ingen tilbud.

*Vi (fysioterapeutene) bestemte at han skal få delta på gruppetilbudet, fordi han bodde langt unna. Det var også lang reisetid til psykomotorisk fysioterapeut i nærområdet og ventetid for å komme inn der. Så jeg tenkte at det er viktig å komme i gang med å jobbe med en litt annen tilnærming enn det han har fått tidligere. Han fikk behandling to dager på rad, men med to måneder mellom hver gang.*

Pasienten hadde gått lenge med problemene sine uten å motta adekvat hjelp. Tilbudet Tor fikk, var ifølge B ikke nødvendigvis det foretrukne, men det tilbudet som var mulig å gjennomføre.

*I: Om han hadde bodd litt nærmere, tror du at ditt behandlingstilbud hadde vært annerledes?*

*Da tror jeg nok at jeg ville ha gått inn i en individuell oppfølging av han.*

*I: Ikke tilbudt han gruppa?*

*Nei. Men fordi at han var så langt unna og ikke hadde noen behandlere på sin boplass, så tenkte jeg at han trengte å komme i gang med noen ting.*

(...) *Han er et eksempel på en som burde ha vært fanget opp... Han skulle ha hatt en helt annen type tilnærming for lenge siden..*

### **Tekstnære kommentarer**

I eksemplet om Tor var både behandlingshyppigheten og antall behandlinger forhåndsbestemt, uavhengig av pasientens behov. Den geografiske avstanden mellom pasientens bosted og avdelingen hvor B jobbet gjorde at alternativet sto mellom pakketilbud, eller ingen behandlingstilbud fra B.

B fortalte at ryggproblemene til Tor skjedde samtidig som at ulykken med barnet hendte. Hva det var med hendelsen som utløste smertene kom ikke fram. Jeg antar at det var noe som på en eller annen måte for mye for Tor.

I begrunnelsen for hvorfor Tor *fikk* et behandlingstilbud, la B vekt på den feilbehandlingen hun opplevde at pasienten hadde fått tidligere. I følge B var det viktig å komme i gang med en alternativ tilnærming til Tors problemer. Det er nærliggende å anta at B mente Tor hadde behov for en helhetlig og kroppslig tilnærming som PMF representerer, i motsetning til den biomedisinske forståelsen som B fortalte at de tidligere behandlingstiltakene var preget av. I intervjuet ble kroppssynet i det somatiske helsevesenet i stor grad vektlagt av B. Vinklingen preget forøvrig både det generelle og andre pasientnære fortellinger under intervjuet. Ifølge B bidro helsevesenet til en kronifisering av Tor sine problemer, både gjennom operasjoner og fordi Tor utviklet et rusmisbruk som følge av medisinene han fikk foreskrevet. Hvilket ansvar pasienten hadde for å stoppe utviklingen, ble ikke nevnt av B. Det betyr ikke at B har avskrevet pasienten (eller andre) alt ansvar, men at intervjuer kunne ha fulgt opp uttalelsene mer grundig og etterspurt en nyansering av det som ble fortalt.

Terapeuten ga lite informasjon om pasientens traumer under intervjuet. Det kan for Bs tilfelle ha sammenheng med at hun visste lite, at det handlet mer om en *antagelse* jamfør hennes kommentar «Jeg vil kalle det for *traumatisering*». Jeg ser med andre ord noen uklarheter fra intervjuet med hva som egentlig var Tors problem og hvilken informasjon B baserte sin forståelse av Tor på. Det kan være ha sammenheng med at jeg som intervjuer ikke la godt nok til rette for at B kunne utdype sine erfaringer og vurderinger.

B fortalte også at legene henviste pasienten til fysioterapeutene, uten at de egentlig visste hva fysioterapeutene drev med. Det forteller noe om en skepsis B hadde med tanke på hvilken

innsikt hun mente samarbeidende leger hadde om hva fysioterapeutene på hennes avdeling jobbet med.

### **C «Jeg har fylt en slags morsrolle»**

C hadde behandlet Gerd i 20 år, pasienten var fortsatt i behandling. Fysioterapeuten startet ifølge det hun husket med ukentlige behandlinger. I de siste årene hadde det vært cirka én behandling i måneden, med unntak av sommerferien og tiden rundt jul.

*Ja de litt sårbare. Skal vi se, hun har jeg hatt i nærmere tjue år tror jeg.*

*I: Lang tid.*

*Ja. Men med lange mellomrom.*

*I: Hvor lange mellomrom?*

*Nå er det en gang i måneden og ingenting i sommerferien, ingenting i desember (...)*

*I: (...) Hvordan var det i begynnelsen da, kan du huske hvor ofte dere møttes i startfasen?*

*Da var det nok en gang i uken (...).*

C fortalte om Gerd sine mange daværende og tidligere symptomer og problemer. Gerd hadde ifølge C manglete indre trygghet på grunn av sin oppvekst, noe som påvirket behandlingshyppigheten.

*Gerd hadde vondt over alt, var spent overalt. Hun hadde en veldig trøblete graviditet, og trøblete bakgrunn, mye psykososialt. Nå stabiliserte jo det seg, men det sitter i henne. Jeg ser at jeg har kommet inn i en morsrolle som har manglet i hennes liv. Pasienten har en mor som hun ikke kommer innpå. (...) Det har vært en del uro og festivitas og sånn, slik at pasienten har ligget og holdt hodet og ørene på stilk(...). Det er jo nakke og hodepineplager som går igjen. Og bekken og mage.. og manglende pust og svimmelhet.*

*(...)Hun har hatt en oppvekst kan du si, som har gjort at hun har vanskelig for å finne en indre trygghet og balanse. Da er det bare å øke avstand mellom behandlinger. Men at hun vet at jeg er der.*

I følge C var pasientens uro og stabilitet av både kroppslig, mental og sosial karakter. Symptomene ble vedlikeholdt gjennom livssituasjonen og de familieforhold Gerd levde under. C mente at hun hadde hatt en viktig rolle ovenfor Gerd, at hun representerte en trygghet og ro som Gerd hadde manglet i sitt liv. At C hadde vært tilgjengelig over lang tid, virket ifølge C stabiliserende og betryggende for Gerd. Samtidig fortalte C at der var noen begrensninger knyttet til hva som var forventet å oppnå som følge av fysioterapibehandlingen.

*Også gifter hun seg selvfølgelig med en mann som har barn, og har ekteskap bak seg som også er trøblete, som vedlikeholder en uro og en manglende stabilitet. Det er en manglende stabilitet i kroppen, i det mentale og i det sosiale. Problemene har i de siste fire, fem årene stabilisert seg. Nå klarer hun å være i en halv jobb, og være flink i en halv jobb.*

*I: Så hun har forandret seg?*

*Veldig, men det har tatt lang tid. Og uten den stabiliteten som jeg hadde gitt henne, så hadde hun vært ufør. Og ikke en så stødig mor som hun igjen har blitt for datteren sin.*

*I: Du sier at du har en slags mors-rolle.*

*Ja.*

*I: Hvordan?*

*(avbryter) Altså, morsrollen er jo fordi det aldersmessig passer sånn. (...) Hun har blitt en sånn stille beskjedne «jeg er ikke noe, jeg kan ikke noe, jeg tør ikke noe». En typisk reaksjon på behandling er frost. Hun blir iskald. Jeg kan legge på henne tre, fire, fem tepper og det er fire fem og tyve grader i rommet. Og hun fryser. Det er den emosjonelle frosten.*

*I: Når jeg hører det du sier, så tenker jeg du må gi litt omsorg?*

*Ja*



*I: For det er det hun trenger?*

*Omsorg er varme.*

*I: Hva har dere jobbet med, helt konkret under behandlingene?*

*Over alle disse tjue årene, så er det nær sagt alt mulig. Jeg kan ikke si noe konkret annet enn at jeg er over det hele, mer eller mindre. Jeg har ikke vært tilbakeholdende, etter hvert som hun har utviklet en stabilitet og trygghet og tillit til meg. Det har ikke vært noe vanskelig for meg at hun vet at jeg er der.*

*Når hun begynner å fryse så bare pakker jeg henne inn i tepper. Slik som du gjør med barn. Som antagelig ble slurvet med, eller ikke gjort for hennes vedkommende. Det er et ønske om å bli tatt hand om. Å bli pakket inn. Og den frosten tror jeg aldri jeg får henne igjennom. Jeg kaller det en eksistensiell frost.*

### **Tekstnære kommentarer**

Fysioterapeuten beskrev pasienten som sårbar. I begrepet ligger en forståelse av at noe er skjørt, at det skjøre må behandles med varsomhet slik at noe ikke skal gå i stykker. Om det er en slik forståelse C legger i begrepet kommer ikke eksplisitt fram i intervjuet. C hadde ikke avsluttet behandlingen av Gerd, men holdt behandlingen på en «lavfrekvent nivå».

Behandlingstilbudet begrunner C ut i fra hennes forståelse av pasientens problemer knyttet til grunnleggende svik tidlig i livet. C opplevde sin behandlerrolle som viktig, det kan gi en forståelse for hvorfor C har valgt å fortsette å tilby behandlingen over lang tid.

Fysioterapeuten fortalte at Gerd trengte en stabilitet og trygghet *hos og med* henne som terapeut, for å kunne utvikle seg til å bli tryggere i seg og sitt liv. Ut ifra en slik uttalelse i sammenheng med denne pasientfortellingen forstås at C vektla det relasjonelle aspektet av fysioterapibehandlingen hun ga. C fortalte under intervjuet; «jeg er komfortabel med å være der for pasienten». Uttalelsen belyser at også *hvordan* C opplevde å være tjenesteyter, kan ha vært relevant for behandlingstilbudet som ble gitt.

I følge C hadde Gerd forandret seg veldig, i perioden fra de startet behandlingen for 20 år siden. Blant annet hadde pasienten ifølge C endret hvordan hun var for andre (en trygg mor, en flink arbeider). Det er vanskelig å si noe om *hva* som førte til *hva*, i pasientens

endringsprosess. At behandlingen Gerd har fått fra C var utslagsgivende for pasientens utvikling, er ikke umulig med tanke på hvilke endringer og ringvirkninger psykomotorisk behandling kan føre til.

Pasientens frostreaksjoner i behandling forklarte terapeuten som «et eksistensielt problem», grunnet manglende omsorg tidlig i livet. C trodde ikke at pasienten ville komme seg igjennom de reaksjonene. Måten C imøtekom pasientens frostreaksjon kan forstås som at hun anerkjente pasientens reaksjoner. C forsøkte og lindre og ga omsorg gjennom bruken av tepper. Det C forteller fra behandlingen, samsvarer med en forståelse av at noen skader fra barndommen gir evigvarende sår, men som likevel kan lindres og at gode endringer kan skapes.

At C jobbet helprivat, er også relevant å ta med i forståelsen av behandlingshyppigheten og varigheten av behandlingstilbudet. Det innebærer at det ikke var nødvendig for C å forholde seg til det regelverk som tilhørte takstplakaten, som for eksempel antall behandlinger som refunderes av HELFO før ny henvisning er påkrevd. I byen hvor Gerd bodde praktiserte flere psykomotoriske fysioterapeuter med driftstilskudd. Gerd valgte likevel å gå i behandling hos C år etter år. Gerd måtte betale alt selv, det forteller noe om hvilken betydning behandlingen hadde for henne. Jeg kan selvsagt ikke utelukke at Gerd *også* gikk i behandling hos andre fysioterapeuter.

#### **D «Nå er vi alle fall to som tåler han over tid»**

Fysioterapeut D fortalte om pasienten Trygve som hun møtte poliklinisk i sin jobb på psykiatrisk sykehus. D tolket Trygves adferd i lys hva hun viste om hans barndom.

*Trygve er som en trassig unge. Han trenger noen gode rammer over tid og han trenger å bli sett på en god måte. Det er ingen som ser han. (...) Han har fortalt meg noen småting fra barndommen sin der han blant annet tisset mye på seg. Det var nok litt vold fra faren og et strengt militært regime. Han hadde ei mor som antageligvis har vært psykisk syk. Jeg vet ikke helt, men han har ikke hatt gode oppvekstvilkår. Han har nok følt seg mye redd. Trygve har også jobbet innenfor militæret før og han har bygd opp et vanvittig forsvar. Jeg tenker at han gradvis må kjenne seg trygg nok til å slippe det forsvaret.*

D fortalte at sammen med en kollega som også behandlet Trygve, ble de enige om en felles tilnærming til Trygves adferd. De hadde en felles forståelse av at Trygve trengte *noe* som var

regelmessig, *noen* som tålte han over tid og som klarte å forholde seg rolige. De valgte derfor å fortsette med faste avtaler, til tross for at Trygve hadde mye fravær. I følge D fungerte strategien deres for å få Trygve til å komme mer regelmessig. Men D har vært nødt til å jobbe med sine reaksjoner ovenfor pasienten.

*Jeg har møtt han stort sett ukentlig, men i perioder så har det vært 14 dager, tre uker i mellom. Litt for at han har vært sint på alt og alle ute i samfunnet. Han skal på en måte straffe alle andre, med å ikke dra hit. Eller at han, når det koker sånn, han orker ingenting, han avlyser timen, går ikke på noen ting. Han går ikke ut, han spiser ikke, - ja, og masse trusler om ting. Vi har jo snakket sammen. Han har jo en annen behandler her, vi har snakket sammen: Hva gjør vi nå? Og vi har valgt begge to å forholde oss rolig. Liksom bare «ok, vi ønsker at du kommer likevel, vi holder av timen til deg». Men han har ofte ikke kommet, og vi setter opp en ny time. Prøver å holde fast på det regelmessige likevel. Det har fungert, nå er vi tilbake på en gang i uken. Vi lar oss ikke hause opp med han, men det har hendt at jeg har tatt litt av og har måttet hentet meg ned igjen.*

*I: Hva tenker du skal være plass for at han skal få det bedre, i forhold til det dere jobber med?*

*Nå har han i alle fall to stykker som tåler han litt over tid.*

*I: Ja. At han trenger det?*

*Det trenger han.*

### **Tekstnære kommentarer**

Ut ifra hva D fortalte, forstår jeg at hun så pasienten i lys av levd liv og oppvekstvilkår. At barndommen hans har dannet grunnlag hvordan livet videre har utviklet seg, for hans kroppslige problemer og adferd. Basert på utdraget over, er det nærliggende å anta at i stedet for å ta imot hjelp, har pasienten skjøvet alt og alle i fra seg for å slippe å bli sveket. Om en slik adferd vekker negative reaksjoner hos de som er satt til å hjelpe, kan «de andres» irritasjoner eller tilbaketrekning og føre til at Trygve med rett kan plassere skylden på «systemet». Det er nærliggende å anta at Trygve sto i fare for å få bekreftet det som kan

tenkes preget hans forforståelse. For eksempel at andre var uvillige- eller ikke i stand til å hjelpe, at han ikke ble forstått og at helsesystemet var dårlig.

D fortalte at selv om Trygve uteble fra timene fikk han beholde sin faste plass. Denne tilnærmingen forteller hvordan D og hennes kollega forholdt seg til Trygves adferd og fravær. Det er mulig at behandlingshyppigheten i Trygves tilfelle fungerte som et virkemiddel som skulle fortelle Trygve at han ble sett og møtt, at han kunne gjøre seg noen gode erfaringer i relasjon med andre mennesker. Eller som D fortalte: Trygve måtte bli trygg nok slik at han kunne slippe litt opp i det forsvaret han har bygget opp i seg og gjennom hans væremåte. At D samarbeidet med en annen behandler, og at de var samstemte i sin forståelse av hvordan de kunne forholde seg til Trygve, var trolig også av relevans for behandlingshyppigheten. En kan forestille seg at det hadde vært krevende for D om hun skulle ha stått alene i behandlingen av Trygve, spesielt med tanke på at hun måtte «hente seg ned» som følge av sine egne reaksjoner på grunn av Trygves adferd, slik hun forteller i utdraget fra intervjuet.

### **4.3 ANSVAR**

Ansvar ble på ulike måter tematisert under intervjuene. Pasientens evne til å kunne ta ansvar i behandlingsprosessen kunne påvirke behandlingshyppigheten, for eksempel ved at det ble mye fravær. En av informantene mente at en mulig avslutning var avhengig av om pasienten fikk en bedre fastlege. En annen informant fremhevet nytten av at andre helsetilbud kom på plass, noe som førte til bedre kontinuitet og deltagelse i behandlingen av pasienten hun viste til.

#### **4.3.1 Pasientens ansvar**

Alle informantene fortalte om viktigheten av pasientens ansvar og deltagelse i behandlingene, også med tanke på valg av behandlingshyppighet.

#### **«Mange vil gjerne kjøre på, men de trenger behandlingen i små doser»**

D fortalte at pasientens stemme var viktig å få fram når fysioterapibehandlingen skulle doseres. I noen tilfeller var det likevel riktig at fysioterapeuten bestemte behandlingshyppigheten selv om valget ikke samsvarte med pasientens ønsker. I følge D var graden av selvbestemmelse avhengig av pasientens evne til å kunne gjenkjenne og ivareta egne behov, og hvorvidt pasientens og terapeutens forståelse samsvarte.

*Rammer og dosering er viktig. Ikke bare ved å bestemme varigheten i mellom behandlinger, men at jeg prøver å komme i dialog med pasienten. Hvordan er dette for deg?(...) Hva trenger du? Hva har du behov for? Men det er vanskelig for pasientene. Mange vil gjerne kjøre på, men de trenger å få det i små doser. Da er det jeg som må lage rammene, men samtidig ha en dialog med pasienten slik at det blir trygt. Eller slik at det blir passelig for både pasient og terapeut.*

*Det må være noen drypp, jeg må sette i gang noe som får lov til å sette seg. Hvis jeg ikke klarer det, må vi kanskje bare møtes med en viss hyppighet til det skjer.*

### **Tekstnære kommentarer**

Ut i fra utdraget over antar jeg at pasientens stemme var viktig for D å få fram, når blant annet behandlingshyppighet skulle bestemmes. D fortalte at pasientene hun behandlet ble utfordret til å sette ord på egne behov, og til å sette behovene i sammenheng med praktiske tiltak slik som doseringen av behandlingen. Tilnærmingen forteller om en bevisstgjøring, både med tanke på pasientene sine behov og hvilke handlinger som ivaretar behovene. En kan tenke seg at om en slik bevisstgjøring lot seg overføre til andre situasjoner, kunne fysioterapibehandlingen resultere i at pasienten økte sine evner til å hjelpe seg selv, og til å ta bedre vare på seg selv.

I utdraget fra intervjuet med D kan en si at D benyttet seg av sin makt som helsefagutøver, om pasientens forståelse og ønsker ikke samsvarte med hennes faglige vurdering. Eller med D sine ord; «hva som var trygt for pasienten». Hva D la i «trygt» ble ikke fulgt opp under intervjuet, men det er ikke urimelig å tenke at med trygghet mente D at behandlingen ikke skulle «skade». Om vi bruker Trygve som eksempel innebærer og ikke skade, at han måtte bli gitt muligheten til å bli kjent med sine behov, før han kunne ivareta dem.

D sa at hun kanskje måtte vente til «*de drypp behandlingen ga, satte noen spor*», og at noen ganger måtte hun vente «*med en viss hyppighet til det skjedde*». I så måte kan behandlingshyppighet si noe om en tålmodighet fysioterapeutene må ha i behandlingen, og at behandlingsfrekvensen må fordeles slik at pasienten kan få flere muligheter til å forstå, eller klare å ta til seg det som skjer i behandlingen.

## «Også er det disse med full refusjon»

Terapeut C viste til erfaringene hun hadde fra tiden hun jobbet både med driftstilskudd og med gruppebehandlinger. C opplevde at hennes forståelse av hvordan mennesker skulle være, ikke bestandig samsvarte med behovet C hadde for å sikre sin inntekt som privatpraktiserende fysioterapeut. Likevel opplevde hun at ved å stille krav til pasientene, resulterte det i en større grad av kontinuitet og effekt av fysioterapibehandlingene. Fordi rammene gruppetakstsystemet kolliderte med måten C ønsket å jobbe frigjorde hun seg etterhvert fra gruppetakstene, og lot pasienten betale for en «pakke» med bestemte antall gruppebehandlinger.

*Mennesket bør jo kanskje ikke være så disiplinerte at de alltid gjør det som de blir bedt om at de skal gjøre. Tidligere hadde jeg rekvisisjon på å kunne behandle pasientene i grupper. Hvis de ikke møtte opp måtte de likevel betale. Hvis ikke ble det jo minus på meg. Når de måtte betale, møtte de mere opp. Det er en form for disiplinering.*

*(...)Så ble det slik at du hadde ikke lov til å ha mer enn ti stykker i gruppen på rekvisisjonen. Da løsrev jeg gruppene fra rekvisisjonen. (...) Pasientene fikk tolv-femten ganger, eller hva som helst, og de betalte for det hele om de kom eller ikke. Da møtte folk opp på en helt annen måte. Jeg oppdaget etter hvert som pasientene kom inn i en rytme at de kjente, skjønnte og forsto mer. Resultatet var at de trengte mindre individuell behandling.*

C ytret et behov for at fysioterapeuter må stille tydeligere krav og ansvarliggjøre enkelte pasienter.

*Så har du gjengangerne, især disse som hadde full refusjon. Som bare skulle ha ny rekvisisjon. Det ble jeg lei av. Jeg ville ikke ha det slik at pasientene bare fortsatte i behandling uten at de tok ansvar. Så da kjørte jeg dem over i grupper for å ansvarliggjøre dem og hvilke øvelser de skulle gjøre. Hvis de ikke gjorde det så fikk vi kutte ut. Man skal være mye tydeligere på den måten.*

## Tekstnære kommentarer

Ut ifra hva C fortalte, gir hun meg inntrykk av at det å skulle drifte privat praksis medfører noen implikasjoner på behandlingstilbudet til pasientene. Utdraget fra intervjuet med C sier noe om at Cs økonomiske rammebetingelser påvirket kravene hun stilte pasientene i behandling. I følge C gjorde kravene hun stilte ovenfor pasientene i gruppene at pasientene kom «inn i en rytme». Rytmen førte til at pasientene trengte mindre individuell fysioterapibehandling. I følge C måtte pasientene akseptere kravene hun stilte til dem, eller «så fikk de kutte ut». Uttalelsen forteller oss at C kunne ha tydelige krav og rammer for pasientbehandlingen. Men ut ifra fortellingen om Gerd vet vi også at C tilpasset kravene individuelt.

### 4.3.2 Oppgavefordeling

Alle informantene fortalte om andre fagutøvere eller samarbeidspartnere, og på hvilken måte *andre* tilbud og tiltak hadde påvirket behandlingshyppigheten hos noen pasienter.

#### **«Jeg ble beroliget og glad da jeg hørte hvem som var pasientens behandler»**

Terapeut A fortalte videre om Ruth; de møttes på nytt i A sin nye jobb i privat praksis. A reagerte med positive forventninger da hun hørte hvem som var pasientens behandler i psykiatrien. Pasienten hadde fått mye sosial støtte og hjelp med å komme mer i fysisk aktivitet.

*Jeg har hørt hvem som er hennes behandler i psykiatrien og da ble jeg litt beroliget og glad, for det var en som antagelig har tatt tak i ganske mye. Ruth hadde noen døgnopphold inne på en distrikts psykiatrisk senter (DPS), hvor de er veldig god til å hjelpe folk med og bare føle seg litt møtt. De er litt på tur og sånn.. I tillegg hadde Ruth psykiatritjeneste på plass som kom hjem til henne. De gikk også tur pluss litt forskjellige ting.*

For at Ruth skulle bli vurdert av et bestemt team i spesialisthelsetjenesten, ble det stilt noen krav til hennes medisinerbruk. Ruth klarte å endre sitt bruk av medisiner. A støttet henne i nedtrappingsprosessen.

*(...)Pasienten fortalte at hun skulle vurderes av et team ved poliklinikken som kalles for OCD teamet, OCD står for disse tvangslidelser. Før hun kunne vurderes der så måtte hun ha kvittet seg med ganske mye medisiner.*

*I: For hun har og gått på mye medisiner?*

*Ja. Det er i grunn utrolig hva hun har kvittet seg med av medisiner fra den fasen jeg møtte henne til nå. Jeg har tenkt at en av mine roller må være å støtte henne i det som hun holder på med.*

Behandlingsfrekvensen kunne påvirkes av andre behandlingstilbud og avtaler, men terapeuten og pasienten var enige om et utgangspunkt med ukentlige møter. I følge A ønsket Ruth ukentlige møter, samtidig mente A at behandlingshyppigheten var nødvendig for å få effekt av behandlingen.

*I: Hvor ofte møttes dere, etter at du startet behandlingen i privat praksis?*

*Stort sett ukentlig. Men så er det av og til at hun kan ha en del andre avtaler. Når hun nå skal begynne med behandlingen i OCD teamet, vil det også bli naturlig at vi ikke skal ses så mye.*

*I: Hvem har bestemt at det skulle være ukentlige møter?*

*Det tror jeg er en enighet. Hun vil det gjerne, og jeg tror det er nødvendig hvis hun skal få litt mer kontakt med seg selv og sin kropp, altså få litt mer å stå på.*

### **Tekstnære kommentarer**

Med at A ble «beroliget og glad» da hun hørte om Ruth sin behandler (X) i psykiatrien, forstås at hun kjente til X. Reaksjonen underbygger en forståelse av at behandlerens egenskaper påvirker hva helsepersonell oppnår med pasientene. At behandlerens egenskaper påvirker behandlingen som gis er forøvrig en selvsagt påstand. *Hvilke* egenskaper A tilskrev X, som gjorde at hun forventet at han hadde «tatt tak i mye», kunne ha vært interessant å vite noe om. Uavhengig av viten om hvordan, kan en få inntrykk av at pasienter er prisgitt de hjelperne de møter.



A fortalte ikke eksplisitt hvordan denne behandleren hadde hjulpet Ruth, men det er nærliggende å anta at A ga «æren» til blant annet X, for det støttende tilbudet Ruth hadde fått i ulike helsetjenestene (DPS og hjemmetjeneste). Det er heller ikke utenkelig at A opplevde at det var takket være X at Ruth var godt i gang med nedtrappingen av medisinene hun brukte, for å kunne delta i OCD-behandlingsopplegget i spesialisthelsetjenesten.

A og Ruth møttes ukentlig. Sammenlignet med behandlingsserien A beskrev fra tiden hun behandlet Ruth i spesialisthelsetjenesten (kapittel 4.2), ble ikke fravær i behandlingene nevnt. Men Ruth kunne ha *andre* avtaler som ifølge A kunne føre til mindre hyppige fysioterapibehandlinger. A forespeilet også at det trolig ville bli mindre hyppige fysioterapibehandlinger når Ruth kom i gang med OCD behandlingen. Slike justeringer av behandlingshyppigheten, formidler at A var oppdatert på hva som skjedde eller skulle skje i pasientens andre behandlingsformer. A justerte sine tiltak og doseringen av fysioterapibehandlingen deretter. Hvordan A forholdt seg til andre behandlere og tiltak gir en forståelse av at PMF ikke var primærbehandlingen til Ruth. A sa selv at *en* av hennes roller var å støtte det Ruth sto i, noe som samsvarte med de konkrete tiltakene A fortalte om i behandlingen, «at Ruth behøvde mer å stå på».

#### **«Det trenges noen som systematiserer, koordinerer og samkjører»**

B fortalte om Tor som også er omtalt i kapittel 4.2. B fikk etter hvert i gang «forsterking» av Tor sitt behandlingstilbud, gjennom samarbeid med en psykomotorisk fysioterapeut i området hvor pasienten bodde. I følge B opplevde Tor både ulemper og fordeler med behandlingstilbudet han fikk på sin hjemplass.

*I: Mottar pasienten de forhåndsbestemte antall behandlingene som den «samlingsbaserte pakken» består av, eller hvordan er behandlingsopplegget for han?*

*Jeg jobber mer overordnet med han, kan man si. Nå har jeg etter hvert fått til et samarbeid med psykomotorisk fysioterapeut i nærområdet (han får behandling ukentlig eller annenhver uke). Så han har behandling i sin kommune (...). Det er et godt stykke for han å dra til og fra, som han sier – «jeg har nytte av det, men det er ganske tøft i forhold til at det blir sitting, og kjøring og sånt». Sitting er ofte et problem for de her pasientene. Men han får i alle fall tettere påfyll av det vi jobber med hos oss.*

Tor hadde en fastlege som har kjent han hele livet. I følge B var det nødvendig at fastlegen endret måten han behandlet Tor. Legen på B sin avdeling hjalp fastlegen med å få til endringen.

*(...) Fastlegen er en person som har løst ting med medikamenter. Han har kjent pasienten hele livet hans. Pasienten kom med veldig store medikamentdoser. Pasienten står på så store doser medisiner at han er litt lite tilgjengelig. For at pasienten skal kunne gjøre en endring, er det er jo en forutsetning at han har husket det vi har gjort og det som har vært sagt. Vi har jobbet med at fastlegen skal forstå hvordan vi jobber her. Jeg har prøvd å koordinere, og få til et bedre og tettere oppfølging der hjemme. Blant annet har mål sammen med pasienten vært at han bør over på annen type medikamentbehandling, eller at han må ned på doser medikamenter. Legen fra vår avdeling har hjulpet fastlegen på hvordan han kan gjøre det.*

B sin forståelse av pasientens behov, også med tanke på et krav om samarbeid og samstemthet mellom ulike helseaktører, har preget behandlingstilbudet Tor har fått.

*Han må jobbe med hans kontakt med seg selv, men for å hjelpe han i det, så trengs det noen som systemiserer, koordinerer og samkjører. Så det har vært en del av jobbinga rundt han. Få i gang samarbeid; jeg her, psykomotorikeren der, fastlegen der, psykologen som ikke er inne i bildet enda. Vi må være samsnakket og enige om hvor vi legger listen og hva vi trenger for å hjelpe denne pasienten.*

### **Tekstnære kommentarer**

B fortalte at hun fikk i gang et samarbeid med en psykomotorisk fysioterapeut på pasientens hjem plass, en kan dermed forstå at pasienten ifølge B hadde behov for et hyppigere psykomotorisk behandlingstilbud enn hva B kunne tilby. Terapeuten vurderte også at pasientene trengte et tverrfaglig behandlingstilbud på sin hjem plass. I tillegg til den psykomotoriske fysioterapeuten ble både psykologen og fastlegen sitt ansvar nevnt. Det er nærliggende å tenke at psykologens ansvar ovenfor Tor var ment å skulle gi et behandlingstilbud med tanke på pasientens problemer, som ifølge B var knyttet til Tors traumatiske forhistorie (se kapittel. 4.2).

Fastlegen fikk fra B en tydelig «bestilling». Han måtte endre medisineringen av Tor. Medisinbruken til Tor var ifølge B et hinder for at Tor kunne ta imot annen form for behandling. At B ba om hjelp fra legen på sin avdeling, kan tolkes på ulike måter. Det kan være at B på den måten forsøkte å synliggjøre andre fagpersoners ansvar og avgrense sitt eget. Det er leger, ikke fysioterapeuter som har ansvar for og kunnskap om medisinering. Det er heller ikke utenkelig at det var *nødvendig* å få med legen på sykehuset, slik at fastlegen kunne få støtte fra spesialisthelsetjenesten for å endre pasientens medisinbruk på en forsvarlig måte.

Ut ifra hva B fortalte om behandlingstilbudet Tor fikk både fra spesialist og primærhelsetjenesten, gis et inntrykk av at hun vektla viktigheten med et tverrfaglig samarbeid rundt pasienten. Alle involverte måtte ifølge B være samkjørte i forståelsen og behandlingen av pasientens problemer. Ut i fra utdragene over kan Bs selvpålagte ansvar for å sette i gang et slikt arbeid forstås ut ifra hennes skepsis til rent biomedisinske forståelsesrammer. Ansvarer kan også forstås og begrunnes ut ifra lovverket som er knyttet til hennes arbeidssted. Spesialisthelsetjenesten er som alle helsefagutøvere pliktig til å gi en forsvarlig behandling, samt å veilede førstelinjetjenesten ved behov (se kapittel 2).

### **«Fastlegen er en påle i livet»**

C fortalte videre om Gerd som hun hadde behandlet over mange år. C omtalte pasienten som sårbar og grunnleggende utrygg, noe C knyttet til omsorgssvikt fra Gerd var liten (se kap.4.2). For at C skulle kunne avslutte fysioterapibehandlingen måtte Gerd ifølge C få en bedre fastlege. C anbefalte pasienten å ta kontakt med et helprivat legesenter siden det ikke hadde vært mulig å få tak i en bedre fastlege på vanlig vis.

*I: Hvis pasient skal slutte fysioterapibehandlingen, hva må være på plass?*

*(lengre stillhet) En bedre fastlege.*

*Det er en påle i livet altså. Altså denne legen.. Hun kom til legen med et spørsmål om problemer i magen, så sendte legen henne til mammografi, noe som overhodet ikke var på tapetet. Jeg prøvd å hjelpe pasienten i årevis, men det har ikke lyktes. Jeg vet ikke helt hvorfor. For det er opplagt at andre kommer inn til fastleger. Nå har jeg fått henne til privat klinikk her, hvor de kan ta hånd om henne mere. Hun har økonomi til det.*

*I: Hva mener du med privatklinikk?*

*Vi har en legeklinikk her i byen som er «privat, privat».*

### **Tekstnære kommentarer**

Terapeuten beskrev fastleger som påler i livene våre. Pasienten C viste til i denne sammenhengen var Gerd, man kan derfor tenke seg at C mente fastleger var ekstra viktige for «sårbare» pasienter (se også kapittel 4.2). Om helprivate tjenester vil kunne innfri forventningene C hadde til Gerd sin lege, er noe en kan stilles spørsmål til. En kan heller ikke vite om C faktisk ville ha avsluttet behandlingen, om Gerd fikk en bedre fastlege. Ifølge C påvirket uansett oppgavefordelingen, ansvar og mangelen på en felles forståelse av pasientens problemer behandlingsfrekvensen. C fortsatte å gi det lavfrekvente fysioterapitilbudet som hadde pågått i mange år, i stedet for å avslutte behandlingen.

### **4.3.3 Ventelister**

Tre av fire informanter fikk spørsmål om venteliste (ble glemt hos den fjerde), og hvorvidt ventelisten påvirket deres arbeid. Begge informantene fra spesialisthelsetjenesten hadde ingen nevneverdig venteliste, terapeut A forholdt seg derimot til en venteliste på opptil et halvt år.

#### **«Det er litt positivt at ventelisten er der»**

Terapeut A hadde en lang venteliste, pasientene måtte *vente* på tilbud, samtidig fantes det muligheter for å rykke fram i køen.

*I: Hvordan er ventelista her?*

*Vi har mellom 3 til 6 måneders venteliste, de fleste må regne med å vente på behandling. Enkelte blir prioritert fram i køen, det lar vi i så tilfelle være opp til henviser. Om det er noe som haster av en eller annen grunn, må henviser si noe om det. Henviser er som regel pasientens fastlege.*

A fortalte at ventelisten bidro til at hun i større grad måtte forholde seg til om PMF var det riktige behandlingstilbudet eller ikke.

*I: Påvirker ventelisten hvordan du behandler pasientene, altså det her å frigjøre plass?*

*Ja, men også på en måte at det kan være litt positivt. At man kan være litt mer aktiv pådriver med tanke på å få arbeidet med prosessen, hvorvidt det her er det riktige behandlingstilbud, til å avslutte. Jeg opplever at det er litt positivt at ventelisten er der, for den den gjør at en må forholde seg til det.*

Etter at A begynte å jobbe i privat praksis opplevde hun å møte en mer variert pasientgruppe sammenlignet med tidligere.

*I: Kan du gi et eksempel på noe som har endret seg fra da du jobbet i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste til nå som du jobber privat?*

*Ja, det er nok at det er mer variert problematikk folk kommer med her. Det kan være nesten, eller like vanskelige problemer folk kommer med. Men det kan også være litt lettere problemer.*

Etter at A begynte å jobbe i privat praksis stimulerte hun oftere til ukentlige behandlinger i starten av et behandlingsforløp. Endringen begrunnet A ut i fra at også pasientgruppens tåleevne for behandlingshyppighet endret seg da hun byttet jobb.

*I: Har ditt forhold til valg av behandlingshyppighet endret seg etter at du begynte å jobbe privat?*

*Ikke vesentlig.. Men kanskje mer at jeg er en pådriver for å ha behandlinger en gang ukentlig i startfasen. Tidligere kunne det variere mer med hva folk hadde overskudd til å ha i livene sine. Det er ganske krevende og gå i behandling.*

*I: Hadde du sjeldnere møter i psykiatrien?*

*Ja, litt sjeldnere, men jeg var også opptatt av om folk kunne komme ukentlig da. I alle fall i starten.*

*I: Er det noen grunn til at du har vært opptatt av det?*

*Det må være en viss hyppighet for at det kan sette noen spor.*

## Tekstnære kommentarer

Klinikken hvor A jobbet hadde venteliste på mellom 3 og 6 måneder. Det er det ikke vanskelig å forestille seg at pågangen av pasienter til en viss grad skjerpet A til å avslutte behandlinger om PMF ikke ga ønsket nytte. Ved å avslutte behandlinger var det mulig å starte behandlinger av pasienter som ventet på et tilbud.

Ut ifra det A fortalte, kan tenkes at hun stilte større krav til pasientene fordi pasientene tålte det, sammenlignet med pasientene C møtte i psykiatrien. I følge A hadde pasientene hun møtte i privat praksis mer overskudd i livene sine til å gå i behandling.

### «Spesialisthelsetjenesten har slækk og rom»

B hadde mulighet til å <sup>15</sup>henvise videre eller anbefale oppfølging av psykomotorisk fysioterapeut i privat regi. Henvisningsmuligheten åpnet ifølge B for muligheten til å *velge* hvem av pasientene som sto på ventelisten som skulle få tilbud om poliklinisk fysioterapibehandling.

*Vi fyller på en måte ikke opp med polikliniske individuelle pasientforløp, det er litt mere «slækk» og rom til å kunne ta inn pasientene på ventelisten etter egne vurderinger. Det er ikke sikkert at alle skal gå i individuell oppfølging hos psykomotoriker i spesialisthelsetjenesten. Noen anbefales å få den type behandling (...) hos psykomotoriker ute.*

D viste til rammene hun jobbet innenfor når hun begrunnet hvorfor hun ga enkelte pasienter et mer langvarig poliklinisk tilbud, i stedet for å henvise videre til fysioterapeuter i kommunen. Ventelistene var relativt korte der D jobbet. Beslutninger med tanke på lengden av behandlingstilbudet kunne ifølge D baseres på pasientens behov, og tas i samråd med pasienten og samarbeidspartnere.

*I: Har dere ventelister her?*

---

<sup>15</sup> I realiteten har ikke terapeuter i spesialisthelsetjenesten henvisningsrett, men kan komme med en anbefaling og hvor samarbeidende lege lager en henvisning.

*Ja det har vi (...) den er ikke lang og pasientene får et tilbud innen en uke. Her går det jo egentlig fortløpende. Det er pasienter som kommer og pasienter som blir skrevet ut. Mange pasienter rekker vi kanskje bare å møte to, tre ganger. Andre jobber vi med over lengre tid. Noen pasienter kan være innlagt over år, eller for fire, fem måneder kanskje.*

*I: Har du noen ganger opplevd, kanskje spesielt med de polikliniske pasientene et press med å måtte avslutte behandlinger for å frigjøre kapasitet til andre pasienter?*

*Ja det er vel alltid et press, men vi har på en måte hatt rammer og frihet til å avslutte når det er mest naturlig. Det er det jeg synes har vært bra med denne jobben. Vi har frihet til å finne ut av det sammen med pasienten og eventuelt andre behandlere eller samarbeidspartnere. Når er det på tide? Hva slags annet tilbud trenger pasienten? Hvor er pasienten?*

*(...) Det er rammene vi jobber innenfor i psykiatrien, som gjør at jeg av og til har fulgt opp en del pasienter poliklinisk. Jeg har sett at dette blir for vanskelig og få til i privat praksis.*

### **Tekstnære kommentarer**

Terapeutene i spesialisthelsetjenesten fortalte at de hadde muligheten til å henvise pasientene videre som et alternativ til poliklinisk oppfølging. Det kunne være i etterkant av en innleggelse på psykiatrisk avdeling (D), eller deltagelse på samlingsbasert gruppebehandling i somatisk sykehus (B). Både B og D fortalte at de hadde den kapasiteten de trengte for å tilpasse de polikliniske behandlingene etter pasientenes individuelle behov. Antageligvis var terapeut B og D sin behandlingsskapasitet ikke styrt av ventelister, men av de innleggelser og gruppeoppsett som foregikk kontinuerlig. Pågangen av pasienter var trolig regulert av antall sengeplasser på de ulike avdelingene, eller av antallet plasser som «samlingsbasert gruppetilbud» hadde å tilby.

B begrunnet ikke hvilke typer pasienter hun prioriterte i poliklinisk behandling, noe som for øvrig hadde vært interessant å vite mer om. Terapeut D fortalte at hun vurderte egne rammebetingelser opp mot fysioterapeuter i privat praksis. Her er det nærliggende å anta at D rettet seg mot pasienter med sammensatte og komplekse psykiske problemer, slik også pasientfortellingene som hun viste til under intervjuene bekrefter. Jeg fikk inntrykk av at D

erfarte at denne pasientgruppen ikke hadde et likeverdig tilbud i kommunen som sykehuset var tilknyttet.



## 5 DISKUSJON

---

Intervjuene viser at det er en sammenheng mellom den helhetlige kroppsførståelse som PMF representerer og valgene av behandlingshyppighet som fysioterapeutene viste til. For å løfte fram hvordan kroppssynet blir viktig i drøftingen av intervjuene, vil det som kontrast diskuteres hvilke implikasjoner en *biomedisinsk* vektlegging kan tenkes å ha i forståelsen av informasjon fra en kroppsunndersøkelse.

Videre drøftes informasjon fra informantene i lys av teori som forankrer kroppsførståelsen PMF representerer. Den psykomotoriske fysioterapeuter profesjonelle rolle og tverrfaglig samhandling blir også diskutert. Til slutt vil jeg rette blikket mot hvordan rammebetingelser er med på å påvirke fysioterapeutenes valg av hyppighet. Da vil jeg benytte meg av teori om helsesystemene og kommunikasjon, i tillegg til helsepolitiske reformer og evalueringer.

### 5.1 PMF OG ENDRING

Hva som ble vektlagt av fysioterapeutene sier noe om hvilken form for forandring de rettet seg mot hos pasientene og hvordan de jobbet som fysioterapeuter. Under intervjuene fortalte blant annet informantene om ulike meningsbærende sammenhenger til pasienters problemer og hvordan de oppfattet pasientens deltagelse i behandlingen. Vektleggingen av de subjektive faktorene tror jeg kan belyse hvorfor behandlingshyppigheten framsto som et virkemiddel for å holde en prosess i gang, og ikke som et middel for å oppnå et bestemt resultat. Jeg vil komme tilbake til dette med eksempel i kapittel 5.1.1.

Selv om psykomotoriske fysioterapi på lik linje som vanlig fysioterapi bygger på biomedisinsk kunnskap om anatomi og biomekanikk, er det viktig å innse at PMF er noe kvalitativt annet enn en biomedisinsk og reduksjonistisk kroppsførståelse. I tillegg er det viktig å huske at et overordnet mål for PMF er at behandlingen som skal være en *selvbærende* prosess. Jeg vil drøfte på hvilken måte overnevnte faktorer kan argumentere for ukentlige behandlinger eller sjeldnere, men først vil jeg kortfattet løfte fram det kroppssyn som dominerer i vår kultur og historie.

Vi lever vi i et samfunn som bidrar til en objektivisering av kroppen, samtidig som at vi i større grad kommuniserer med en «stille kropp». For eksempel gjør den teknologiske utviklingen at vi i mindre grad er avhengige av kroppene våre for å fungere og kommunisere i verden. Vi

har utstyr som gjør at vi i mindre grad er avhengig av motoriske ferdigheter. I tillegg kan vi kommunisere ut en «redigert» utgave av oss selv gjennom sosiale medier. Vi har penger nok til å gjennomgå kosmetisk kirurgi, og vi former kroppene våre gjennom trening og dietter. Slik pynter vi på fasadene for å uttrykke vellykkethet, disiplin og suksess. Samtidig står vi i fare for å miste kontakt med kroppen som kilde til informasjon om hvordan vi har det. Det kan føre til at vi mistolker kroppens signaler som sykdom og skade, og vi forsøker å fjerne signalene gjennom kirurgi, øvelser eller medisiner. PMF bryter med et slikt tanke- og levesett, noe som kan gi en forklaring hvorfor flere av informantene beskrev sine roller som viktige.

Nå vil jeg presisere at både kirurgi, øvelser og medisin kan være bra i mange tilfeller. På en annen side vet vi både at det opereres og medisineres unødvendig mye i dagens samfunn, og at mange sykdommer utvikles som følge av vedvarende belastninger og stress (se kapittel 2.4.1). Det er ikke urimelig å påstå at de fleste pasienter kan dra nytte av helsehjelp basert på en helhetlig kroppsforståelse. Det er også grunnlag for å si at medisiner og kirurgi ikke kan anses som bærekraftige tilnærminger til kroppslige symptomer på stress og overlast.

Det er høyst sannsynlig at både fysioterapeuter og folk flest til en viss grad påvirkes av den kropp/sjel dualistiske tankegangen som gjennomsyrrer vårt samfunn. I en fysioterapikontekst vil tankegangen kunne spille inn både i form av pasienters forventninger til helsepersonell, hvilken kultur som dominerer på arbeidsplassen og gjennom grad av samstemthet i forståelsen av pasientens problem i tverrfaglig samarbeid. Det er mange fallgruver hvor den psykomotoriske fysioterapeutens autonomi med hensyn til faglig forankring kan settes på spill.

### **5.1.1 Ruths kropp som objekt**

I følgende underkapittel starter jeg med å løfte fram en fiktiv pasientsituasjon. I eksempelet forholder jeg meg kun til en objektiv kropp, som fysioterapeuten skal behandle. Det har jeg gjort for å demonstrere hvilken annen betydning behandlingshyppigheten får når vi skiller kropp og psyke. Jeg har valgt å bruke Ruth som eksempel. Min framstilling av objektive funn er som sagt fiktive, men jeg har likevel tatt utgangspunkt i hva A fortalte om Ruth under intervjuet.

I fortellingen om Ruth fikk vi vite at hun ifølge A hadde problemer med å *stå i det ubehagelige*. A slet med å få til en behandlingsallianse med Ruth. A ville jobbe i vektbærende

stillinger, mens Ruth helst ville ligge på benken. Det ble gitt ukentlige behandlinger over flere måneder og Ruth hadde en del fravær. Fra intervjuet fikk vi vite at Ruth var plaget med stivhet i ryggen. Som eksempel vil jeg derfor rette oppmerksomheten mot ryggens objektive funksjon (for enkelthets skyld utelukkes Ruths medfødte skoliose og korsettbruk i dette eksemplet).

Ryggen har mange funksjoner, den holder blant annet kroppen oppreist slik at vi kan orientere oss i verden (objektivt sett er kroppen et stativ for hodet). Ryggen har en naturlig S-kurvatur den, består av <sup>16</sup>24 virvler med trykkdempende skiver i mellom. S-kurvaturen og skivene er viktig med tanke på støtdemping, og hindrer at det blir for stort trykk mot hjernen når vi går eller løper. Inntil ryggraden har vi en rekke muskler (støttemuskulatur), de har som oppgave å fange opp hver minste stillingsendring for å stabilisere ryggen under vektbærende stillinger.

Vi kan nå se for oss at Ruth hadde en viss bevegelighet i ryggen, men dårlige muskulære forhold. For eksempel at støttemuskulaturen var underutviklet, samtidig som at større muskelgrupper var stive og hemmet bevegelse. Slike funn tilsier at fysioterapi kan være nyttig. Samtidig vil slike kroppslige muskelforhold forklare hvorfor det var slitsomt for Ruth å stå i det ubehagelige. Det *er* slitsomt å være i vektbærende stillinger når muskulatur belastes «feil». Min framstilling er forøvrig en sannsynlig hypotese, selv om jeg for enkelthets skyld har utelukket mange andre potensielle påvirkninger på Ruths problem.

A ønsket å jobbe mer i vektbærende stillinger mens Ruth helst ville ligge på benken. Både ut i fra et biomekanisk og nevromuskulær forståelse av ryggens funksjon (slik kort redegjort for), kan det argumenteres for å jobbe i vektbærende stillinger. Samtidig vil massasje kunne fungere som et virkemiddel til å myke opp i den stive muskulaturen, slik at det ble mulig å «koble på» støttemuskulaturen. En veksling mellom liggende og vektbærende stillinger, passive og aktive tiltak vil derfor kunne være hensiktsmessig. På den måten vil fysioterapeuten kunne stimulere pasienten til alternative bevegelsesmåter og bruk av muskulatur. Basert på et objektivt kroppssyn vil behandlingshyppigheten kunne anvendes som et virkemiddel til et forventet dose-respons forhold, hvor hensyn tas til treningslære og forholdet mellom muskulær belastning og restitusjon. Jeg anslår at 2-3 behandlinger fordelt

---

<sup>16</sup> Ryggen består av 7 nakkevirvler, 12 brystvirvler og 5 korsbensvirvler. I tillegg har vi 4-5 halebensvirvler, som i løpet av livet vokser sammen til halebenet.

over en uke, som fortsetter over en måned eller to trolig vil gi merkbare resultat. På en annen side vil én behandling i uken (forutsatt at det ikke gjøres hjemmeøvelser) gi langt dårligere resultat basert på objektive prinsipper om muskulær trening (Jansson & Anderssen, 2008).

Jeg har bevisst forenklet framstillingen av Ruths ryggproblemer. Det er for å vise hvor ulikt syn vi får på Ruth om vi ikke ser på hennes stive rygg som en del av en større helhet, et meningsfullt uttrykksfelt og som bærer av tidligere erfaringer. Ut i fra en biomedisinsk forståelse alene utelukker vi at det er med ryggen vi retter oss opp for å ta oss sammen, og for å vise styrke. Eller at vi synker oss sammen i ryggen når vi er slitne, oppgitt eller likegyldige. Satt på spissen, uten å ta høyde for kroppen som meningsbærende, uttrykksfull og som bærer av levd liv, vil «pasientens manglede motivasjon» kunne fungere som argument for å avslutte behandling.

I realiteten er det ingen som forholder seg til en så rendyrket biomedisinsk forståelse, og jeg antar at *alle* fysioterapeuter er bevisst på pasientens deltagelse som et viktig element for at behandlingen skal lykkes. I tillegg retter ikke fysioterapi seg mot treningslære alene. Likevel kan vi anta at om fysioterapeuter holder fast ved et skarpt skille mellom fysisk og psykisk helse, vil også pasientgruppen vi retter oss mot i større grad begrenses (Thornquist, 2016).

I PMF skal pasientens endring skje i pasientens takt og tempo, innenfor rammer som er i tråd med fysioterapeutens faglige forståelse. Jeg vil ikke drøfte hvorfor behandlingen av Ruth gled ut i sand. Det vet jeg for lite om for å kunne gjøre. Men det er verd å merke seg at ut i fra en psykomotorisk kroppsforståelse så var ikke hensikten at A skulle «reparere» Ruths rygg, slik kirurger gjør når de opererer ut en betent blindtarm. A sin rolle med hensyn til PMF var blant annet å hjelpe Ruth til å gjøre seg bevisst sin egen kropp. Gjennom bevisstgjøring, bedre kroppslig regulering og balanse kunne Ruth få mulighet til å få bedre grep om sitt liv. Basert på hva vi vet om Ruths livssituasjon og problemer, gir det mening at det tas sikte på en langvarig behandling. I tillegg vil det være grunnleggende at Ruth er trygg i relasjon med A.

### **5.1.2 Pasientenes problemer**

Hvordan levd liv setter seg i kroppen, ble vektlagt av alle informantene. Det er for øvrig en sammenheng alle fysioterapeuter påvirkes av, siden kunnskapsfeltet vi befinner oss på er kropp funksjon og bevegelse. «*Alle fysioterapeuter jobber alltid med fysisk og psykisk helse, uavhengig om vi er bevisst sammenhengen*» (Thornquist, 2016). Samtidig vet vi at

vektleggingen i kroppsforståelsen, påvirkes av hvilke krav som stilles til fysioterapeuten (Grimen, 2008).

Et fellestrekk for alle pasientene som det ble fortalt om, var at det handlet om langvarige og sammensatte problemer. Pasientens kroppslige uttrykk eller adferd ble av informantene vurdert i lys av pasientenes oppvekst eller traumatiske opplevelser. I intervjuene ble jeg fortalt flere eksempler på at fysioterapeutenes empatiske evner ovenfor pasientene i kombinasjon med tid og tålmodighet, la til rette for oppbygningen av gode relasjoner. I den sammenheng kan det virke som at behandlingshyppigheten fungerte som et virkemiddel som muliggjorde en opplevelse av stabilitet og trygghet i relasjon mellom fysioterapeut og pasient. Problemene pasientene presenterte stilte med andre ord noen bestemte krav til fysioterapeutens egenskaper. Blant annet fysioterapeutens egen trygghet og evne til empati. Det vil jeg komme tilbake til senere i drøftingen.

Vektleggingen av levd liv som medvirkende for pasientens problemer har implikasjoner på behandlingen. Problemene knyttes ikke alene til sykdom og objektive funn, men hvordan pasienten *er* som menneske. Å jobbe med pasienter som har langvarige og emosjonelt betingede problemer er for øvrig en pasientgruppe som psykomotoriske fysioterapeuter har mye erfaring med. Pasientgruppen som går i psykomotorisk behandling har som regel *langvarige og betydelige* subjektive plager knyttet til muskel og skjelett. I tillegg til angst og depressive symptomer er søvnproblemer og dårlig livskvalitet ofte del av symptombildet (Breitve, Hynninen, & Kvåle, 2008). Psykomotorisk fysioterapi har vist seg å være til god hjelp for denne type problemer (Breitve, Hynninen, & Kvåle, 2010).

### **5.1.3 Trygve og Ruth fikk ukentlig behandling tross fravær**

Trygve var sint og kunne utebli fra fysioterapibehandlingen for å «straffe samfunnet». Ruth hadde vanskelig for å sette ord på egne behov, noe som førte til at behandlingsalliansen ble vanskelig. Ruth hadde også mye fravær. Pasientene var til en viss grad litt utilgjengelige. Jeg fikk inntrykk av at problemene deres var *betydelige*.

Begge fysioterapeutene fortsatte å gi ukentlige behandlinger tross fravær. Her er det nærliggende å anta at fysioterapeutene ville gi pasientene tid og mulighet til å føle seg trygg nok til å kunne stole på fysioterapeutens intensjoner. Pasientene fikk ifølge A og D flere muligheter til å gjøre seg erfaringer som kunne oppleves som meningsfulle. Fokus på trygghet

og en god relasjon som utgangspunkt for endring, er i tråd kroppsførståelsen i PMF. Likevel kan vi anta at en slik «raushet» med tanke på tilbud ikke var mulig for terapeutene i primærhelsetjenesten. Jeg vil komme tilbake til hvordan rammebetingelsene ser ut til å påvirke behandlingshyppigheten i senere i diskusjonskapittelet. Først vil jeg drøfte hvorfor terapeutene viste tålmodighet ovenfor pasientene, og hvorfor det kunne være nødvendig for å få i gang en behandlingsprosess. Jeg viser til Trygve som eksempel.

Trygve hadde ifølge D en voldelig far som førte et strengt militært regime i hans oppvekst. Med andre ord hadde Trygve en far som trolig bidro til utrygge oppvekstvilkår. Uavhengig om Trygve selv var direkte offer for voldsutøvelsen, kan det å leve under slike forhold føre til problemer. Å være vitne til vold i nære relasjoner kan være like skadelig som selv å bli voldelig mishandlet (Dube et al., 2002). I tillegg hadde Trygve en mor som ifølge D trolig var psykisk syk, og som nødvendigvis var preget av det forhold hun hadde til Trygves far. Det er gjort studier som viser hvordan mors ansiktsuttrykk som for eksempel ved eller redsel eller depresjon, preger barns opplevelsesverden og utvikling. Omsorgspersoners psykiske helse kan påvirke barnets utvikling negativt allerede fra spedbarnsalderen (Braarud & Nordanger, 2011). Dårlig inn-toning fra oppveksten og et utrygt oppvekstmiljø kan blant annet føre til manglende utvikling av egen identitet, en lavere terskel for hva som oppfattes som utrygt, og manglende evne til å kunne regulere eller romme ubehag (se kapittel 2.2.3 toleransevindu og speiling). Et dysregulert nervesystem gjør at vedkommende er utsatt for allostatisk overlast og dermed risikerer vedkommende i tillegg å pådra seg alvorlig sykdom. Med hensyn til den emosjonelle siden av dysreguleringen, kan også slike problemer være ødeleggende for relasjoner med andre mennesker. Det kan bli vanskelig for Trygve å tilpasse seg samfunnets normer, regler og ikke minst forventninger. Dette kan føre til at han blir ytterligere sårbar fordi han står i fare for å bli stigmatisert som arbeidsufør, psykisk syk. Vi har som sagt å gjøre med svært sammensatte og komplekse forhold hvor både samfunn, levd liv, arvelige faktorer og biologi spiller inn. Dette er alle faktorer som kan føre til og vedlikeholde en væren- i verden preget av mistenksomhet og mistillit foran nysgjerrighet og tillit.

Basert på det jeg hørte under intervjuene gir det mening at fysioterapeutene stort sett valgte en behandlingshyppighet som tilsvarte ukentlige møter eller sjeldnere. Behandlingshyppigheten måtte være ofte nok til at endring kunne skje, men også sjelden nok til at det var mulig å behandle over lang tid.

#### 5.1.4 Betydningen av relasjon

Pasienter kommer til fysioterapeuten fordi det etterspørres en spesiell kompetanse på det som skal endres, altså endringer knyttet til kropp, funksjon og bevegelse. Psykomotorisk behandling rettet mot sårbare pasienter innebærer derfor komplekse endringsprosesser som tar tid og må skje i pasientens tempo. For at endring skal kunne skje og være selv bærende, må pasientene føle seg trygge jamfør teori om toleransevindu og læring som jeg har beskrevet.

*«I psykiatrisk behandling er relasjonen en hjørnestein. Å forsømme den vil lett gi symptompres og mer uro. Mens gode relasjoner kan bidra til bedring, kan dårlige relasjoner forverre pasientens helse» (Friis, 2015).*

En terapeut-pasient relasjon er alltid asymmetrisk og i en behandlingskontekst har terapeuten mer makt enn pasienten (Thornquist, 2009, s.30). I møte med spesielt <sup>17</sup>sårbare pasienter, er det derfor terapeutens ansvar justere sin væremåte og tilpasse behandlingen slik pasienten har mulighet til å utvikle sin tillitt til seg selv og andre. En behandling handler ikke bare om pasienten som subjekt og objekt, men også om terapeutens opplevelse av det som skjer *i mellom* terapeut og pasient.

Alle fire informantene tematiserte egne opplevelser og reaksjoner på møter med pasienter som ble behandlet. Det kunne for eksempel være en «stemning i rommet» som det var vanskelig å kjenne på, en nysgjerrighet som motiverte, eller en omsorgsfølelse som ble vekket i fysioterapeuten. Selv om helsepersonell er pliktig til både å opptre profesjonelt samt å hjelpe pasienter, er det viktig å erkjenne at også profesjonelle fagutøvere kan bli følelsesmessig berørt av det som skjer i behandlingen. Å være nær andres følelser forutsetter at en har kontakt og nærhet til egne følelser (Delås, 2011; Røkenes & Hanssen, 2012). Hvis helsefagarbeidere har mye ubearbeide eller ubevisste følelser, medfører det en risiko for å krenke både pasienten og samarbeidspartnere (Delås, 2011; Røkenes & Hanssen, 2012). Fysioterapeuter som er trygg på seg selv og har stor grad av selvinnsikt, vil kunne tåle mer sammensatte problemer hos pasientene fordi de bedre kan skille mellom egen og andres sårbarhet.

---

<sup>17</sup> Det viser her til pasienter som ifølge informantene *sliter, har hatt en vanskelig barndom og/eller har opplevd traumer*. Jeg har for enkelthets skyld valgt å kalle pasientgruppen for «de sårbare».

Tillit avhenger av hvilke oppfatninger en har av den andre (Nortvedt & Grimen, 2004). Det er dermed grunn til å spørre seg om pasientens oppfatning stemmer overens med terapeutens. Hvis fysioterapeuten må bremse sine «egentlige» impulser og styre sin væremåte for å «tåle» pasienten, dannes egentlig et feilaktig grunnlag for pasientens tillit. Forventninger til hva som skal skje i behandling må derfor være mest mulig samstemt og realistisk. Det er med andre ord ikke nok at fysioterapeuten *forstår* mulige meningsbærende sammenhenger til pasientens problem. En likeverdige og tillitsverdige relasjon vil sammen med fysioterapeutens faglige ferdigheter avhenge av en genuin lyst, evne og praktisk mulighet til å justere seg inn på pasientens behov.

D fortalte at det noen ganger var hensiktsmessig å fortsette med ukentlige behandlinger tross fravær og motstand i behandling. D forklarte at pasientens problemer kunne være omfattende, men at fysioterapibehandlingen likevel kunne være til god hjelp selv om endringene hun viste til var svært små. I lys av kravene til fysioterapeuten, kan rammebetingelsene i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste være med på å gi en forklaring hvorfor D *kunne* jobbe slik. Hun forklarte blant annet under intervjuet at hun pleide å sette av god tid både før timene for å forberede seg, og etterpå for å bearbeide egne inntrykk. I tillegg fikk hun veiledning av kollegaer når hun «stod fast» med pasienter.

## **5.2 TVERRFAGLIG SAMHANDLING ELLER «BARE» OPPGAVEFORDELING?**

I følge intervjuene var det en sammenheng mellom samhandling, samarbeid og behandlingshyppighet, for eksempel ved at kontinuitet i behandlingen ble påvirket i form av nærvær eller fravær. Uten tverrfaglig samhandling kan pasienten stå i fare for å bli avhengig av terapeutens tjenester, samtidig som at terapeutene kan komme i et dilemma med tanke på å avslutte behandlingen. Vi kan skimte en slik tendens i Bs fortelling om Gerd.

For å hjelpe pasienter med (betydelige) psykososiale problemer bør problemene ses i et kontekstuell helhetsperspektiv uavhengig av årsak. Enhver hjelpevirksomhet være ufullstendig om ikke familie, sosialt nettverk og kultur blir tatt hensyn til og inkludert i behandlingen (Thornquist, 1982; Vedeler, 2016). Dette kan være forhold som det kan være vanskelig å inkludere i PMF behandlingen, men underkjennes slike sammenhenger kan pasientens muligheter for endring reduseres. Betydning av en helhetlig tilnærming hvor pasientens sosiale verden i større grad tas hensyn til, kan for eksempel være med å forklare hvorfor Ruth ble mer mottakelig for behandling noen år etter de første møtene. Det var *etter* at



hun hadde fått ulike sosiale helsetjenester på plass som ga tilbud om sosialt samvær og felles aktiviteter.

I tverrfaglige samarbeid er en *samstemt* forståelse av pasientens problem viktig. I tillegg er en enighet om målsetning og oppgavefordeling sentral, slik at pasienten får nødvendig behandling til riktig tid. Det er ikke urimelig å tenke at denne samstemtheten er spesielt viktig i møte med komplekse og sammensatte problem. Under intervjuene kom det fram flere eksempler hvor terapeutene sto alene om å behandle pasientene. Det var ingen selvfølge verken å ha en felles forståelse, eller samhandling med andre fagutøvere til tross for at informantene utelukkende viste til pasientfortellinger hvor problemene var sammensatte og langvarige. En tendens til å stå alene med behandlingen gjaldt kanskje spesielt for fysioterapeutene i primærhelsetjenesten (vel og merke med unntak). Under intervjuet med fysioterapeuten i somatisk spesialisthelsetjeneste fikk jeg inntrykk av at samarbeid med andre faggrupper på sykehuset fungerte mer som oppgavefordeling enn samhandling.

Helsepolitisk utvikling og ulike reformer gjenspeiler viktigheten av tverrfaglig samarbeid og samhandling. Det er for eksempel ikke tilfeldig at deler av sosialtjenesteloven ble bakt inn i den nye loven omhandlende kommunale helsetjenester som kom med samhandlingsreformen, her sier også navnet på reformen mye. Med «sambehandling» vises det til en helhetlig behandling hvor psyke og soma blir sett i sammenheng (Kullerud et al., 2013). Bedre samarbeid og samhandling har vært sentrale helsepolitiske målsetninger i flere tiår, spesielt for kommunene. Blant privatpraktiserende må en være forberedt på at det vil bli ytterligere føringer fra øvre hold som middel for å fremme bedre samarbeid og samhandling (Thornquist, 2016). Thornquist sier videre at samarbeid mellom de ulike profesjonene stiller krav til kvaliteten av samarbeidet, for å sikre at pasienten ikke blir lidende av overbehandling og ansvarsfraskrivelse fra helsepersonell (Thornquist, 2016). I tillegg vet vi at relasjonelt arbeid krever både kunnskap og gode rammebetingelser. Her kan vi stille spørsmål til om de velferdsøkonomiske begrunnelsene (se kapittel 2.6.2) for de politiske føringene i helsetjenestene, motarbeider ideologien om blant annet helhetlig helsetilbud og tverrfaglig samhandling.

Som diskutert er fysioterapeuten både en individuell person og bærer av en profesjon, men fysioterapeuten inngår *også* i et sosialt system som påvirker fysioterapeutens handlingsvalg. Den institusjonelle konteksten, påvirker fysioterapeutens arbeid. (Olsvold, 2003).

Behandlingsfrekvensen må aksepteres innenfor rammebetingelsene på arbeidssstedet. Jeg vil derfor gå videre å drøfte hvordan organisatoriske rammer påvirket informantene.

### **5.3 RAMMER**

*Å kunne gi den tid endringen tar samt å legge til rette for et nødvendig endringsklima, kan forstås som selve hovedessensen i informantenes tanker og erfaringer med behandlingshyppighet i PMF. Rammer til å kunne reflektere over egen praksis, kan for eksempel tenkes vil være avgjørende for at en i større grad er mer rustet til både å ha hyppigere møter og gi langvarig behandling til sårbare pasienter. Lite tidspress og kollegaer som villig lytter og åpner opp for refleksjon, vil være gode ressurser.*

#### **5.3.1 Somatisk helsevesen er preget av effektivisering**

B skilte seg helt klart ut med sine erfaringer med behandlingshyppighet av pasientene som deltok i det samlingsbaserte behandlingstilbudet. Der var behandlingsdagene forhåndsbestemt og fordelt over ett år. Det var ifølge B et poeng å la behandlingene strekke seg over en så lang periode som mulig, slik at endring kunne skje. Å få strekke behandlingstimene ut over ett år var ikke en selvfølge. *«Vi har på en måte måttet argumentere i det somatiske helsevesenet for å få lov til å behandle over så lang tid, vi ser på det som nødvendig for at endring skal kunne skje»*, fortalte B under intervjuet.

Den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten har vært preget av effektivisering og spesialisering som følge av både de helsepolitiske føringer som startet på 70-tallet og som fortsatt er aktuelle. Basert på somatiske sykehus sine oppgaver kan en få inntrykk av at avdelingen hvor B jobbet representerte noe alternativt til hvordan andre faggrupper og avdelinger jobbet. Det kan virke som at B rettet seg mot pasientene som legene hadde gitt opp, jamfør Bs kommentar om at legene sendte pasientene til dem om de ikke hadde noe annet å tilby. B jobbet i et miljø dominert av en biomedisinsk forankring av kroppslige problemer, noe hun flere ganger uttrykket under intervjuet. B måtte forholde seg til rammer som tilhørte et annet kroppssyn enn hva PMF representerer. I polikliniske behandlinger valgte hun likevel å behandle én gang eller mindre når det var snakk om polikliniske behandlinger. At Bs valg av behandlingshyppighet samsvarer med PMF litteratur uttrykker i hennes tilfelle autonomi med hensyn til faglige forankring.

Daglig fysioterapibehandling hørte til samlingsbaserte tilbud. Det tror jeg dreide om hva som var praktisk når avdelingen der hun jobbet hadde som oppgave å gi et nasjonalt tilbud, og ikke som et resultat av kroppssynet som dominerte på hennes arbeidsplass.

### **5.3.2 Terapeutene i psykiatrien kompenserer for manglende tilbud i kommunene**

Psykiatrisk helsevern er også preget av avinstitusjonalisering og desentralisering. Intervjuene av fysioterapeutene med erfaring fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (A og D), ga inntrykk av at mangelfulle kommunale tilbud påvirket behandlingstilbudene i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Begge viste til pasientfortellinger fra psykiatrien hvor de fortsatte å gi ukentlige behandlinger på tross av mye fravær fra pasientene. Fysioterapeutene stilte ikke strenge krav til pasientene med tanke på oppmøte. En slik tilnærming forutsetter at fysioterapeuten har rammer til det. Slik jeg tidligere har vært innom kan det være både med hensyn til tid, og en kultur for refleksjon og samhandling i møte med pasienter som for eksempel skaper ubehagelige reaksjoner. I følge D hadde de heller ikke nevneverdige ventelister der hun jobbet. I tillegg vet vi at fysioterapien i sykehuset har fastlønn. Det er med andre ord flere faktorer som kan gjøre terapeut D rustet til å behandle en «tyngre pasientgruppe».

En annen sentral faktor som kan kaste lys over hvorfor fysioterapeutene i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for eksempel «tillot» fravær, kan være kravene til profesjonalitet i et soma og psyke inndelt helsevesen. I somatiske helsetjenester dreier profesjonalitet seg om objektiv og teknisk kunnskap og en holdning hvor personlige impulser og holdninger ikke bør komme i veien for behandlingen (Vedeler, 2016). I psykiatrien er muligheten større for at behandlerens evne til å vise empati og emosjonell nærhet for å sikre trygghet, sammen med kreativitet for å få fram pasientens stemme kan vektlegges (Vedeler, 2016). Jeg sier *muligheten*, også psykiatriske helsetjenester har en historie som er preget av et biomedisinsk kroppssyn. Jeg vil likevel anta at profesjonaliteten til fysioterapeutene innenfor psykiatriske helsetjenester i mindre grad sto på spill, om det «tillot» fravær. Dette kom blant annet til uttrykk gjennom samarbeidet D fortalte om i behandlingen av Trygve.

### 5.3.3 Privatpraktiserende fysioterapeuters rammer

Fysioterapeut A fra privat praksis hadde opptil 6 måneders venteliste. Både A og C var avhengig av at pasientene <sup>18</sup>møtte opp og betalte for behandlingene. Det er innlysende at privatpraktiserende derfor stiller andre krav til pasientenes deltagelse. Et eksempel er C som måtte iverksette gruppertiltak for bedre å ansvarliggjøre «gjengangere». Lange ventelister innebærer hardere prioriteringer om hvem som skal få tilbud. A fortalte også at «henviser» hadde mulighet til å få pasienten prioritert fram i køen. D sine ventelister kan tenkes å bidra til en høyere terskel for å få hjelp, samtidig som at pasienter kan oppleve at de må gjøre seg dårligere for å få hjelp.

Det er bestemt at det vil bli iverksatt tiltak som skal sikre bedre styring av avtalefysioterapeutene for å sikre raskere behandling av prioriterte grupper (Meld. st.26 (2014-2015), 2015). Det er trolig at privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd i større grad vil bli tilpliktet å jobbe mer tverrfaglig. Det vil i så tilfelle samsvare med den nåværende regjeringens lovnader om å prioritere videreføring av både samhandlingsreformen og stortingsmelding 21 (1998-1999). Stortingsmelding 21 omhandler blant annet kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar med hensyn til koordinering og samhandling av tjenester for pasienter med langvarige og sammensatte problemer (Meld. st.21 (1998-1999), 1999).

---

<sup>18</sup> I følge NFFs sine retningslinjer anbefales at pasienter avbestille time innen 24 timer. Hvorvidt fysioterapeuten krever betaling av tapt inntekt om pasient ikke avbestiller i tide, er opp til hver enkel fysioterapeut.

## 6 AVSLUTNING

---

Informantene ga inntrykk av stort sett å behandle med en hyppighet som er i tråd med anbefalinger fra PMF litteraturen, med noen unntak i spesialisthelsetjenesten. Der medførte geografisk avstand til pasientene og sykehusenes rammebetingelser til at fysioterapeutene gjorde alternative valg i behandlingshyppighet for å gi pasienten best mulig hjelp.

Behandlingsfrekvens var et tema som ikke virket til å vekke stor interesse hos informantene, de fortalte derimot engasjert om deres erfaringer med pasientbehandling og hvordan de forsøkte å hjelpe. Oppgaven utviklet seg i stor grad til å handle om hvilket behandlingstilbud sårbare pasienter fikk av de ulike psykomotoriske fysioterapeutene.

I møte med sårbare pasienter gjorde alle fysioterapeutene noen tilpasninger med hensyn til pasientens problem, det være seg varighet på tilbudet, tverrfaglig samarbeid eller hvilke krav de stilte til pasientens deltagelse. Behandlingshyppigheten «i seg selv» virket ikke til å være det viktigste i denne sammenheng. Men det var en felles enighet om at pasient og fysioterapeut måtte møtes ofte nok til å kunne etablere et tillitsforhold og for å kunne sette i gang og opprettholde en endringsprosess.

Oppgaven belyste noen utfordringer som fysioterapeutene står i, når de på ulike arenaer jobber med pasienter med langvarige og sammensatte problemer. I denne sammenheng er hvilke kriterier som kjennetegner god samhandling og hva som er et godt behandlingstilbud for nevnte pasientgruppe spørsmål det kan være interessant å forske videre på.

Basert på intervjuene som er gjort kan en kan vanskelig si noe om hvilken verdi PMF hadde for pasientene som ble fortalt om, og hva som ble vektlagt av fysioterapeutene i behandlingene. Det har heller ikke vært oppgavens formål. Hva som ble gjort og hvordan tilnærmingen påvirket pasienten kunne likevel vært interessant å vite mer om. I så tilfelle vil det være nødvendig å ta utgangspunkt i behandlingsobservasjoner og intervjuer rettet mot pasientene.

## 7 LITTERATURLISTE

---

- Befring, A. K. (2015). *Helsepolitikk og ledelse: styringssystemet for staten, velferdsstaten og helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Braarud, H. C., & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn; en utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 968-972.
- Breitve, M. H., Hynninen, M., & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 12, 19-26.
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International*, 15(4), 212-221. doi:10.1002/pri.462
- Brodal, P. (2013). Læring. In B. Fadnes, P. Brodal, & K. Leira (Eds.), *Læringsorientert fysioterapi: teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Bunkan, B. H. (1982a). Den psykomotoriske tradisjon. In B. H. Bunkan, A. Bülow-Hansen, E. Thornquist, & L. Radøy (Eds.), *Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (1982b). Psykomotoriske grep- reaksjoner og personlige betraktninger. In B. H. Bunkan, A. Bülow-Hansen, E. Thornquist, & L. Radøy (Eds.), *Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (1982c). Vi fortsetter å spørre Aadel Bülow-Hansen. In B. H. Bunkan, A. Bülow-Hansen, E. Thornquist, & L. Radøy (Eds.), *Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (1995). *Psykomotorisk behandling: ad modum Braatøy/Bülow-Hansen: kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 24, 2845 – 2848.
- Bunkan, B. H. (2010). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: teori og helsefremmende behandling*. Oslo: Universitetsforl.
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Thornquist, E., & Radøy, L. (1982). *Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H., & Thaulow, I. (1982). «Jeg er alltid optimist» -intervju med Aadel Bülow-Hansen. In B. H. Bunkan, A. Bülow-Hansen, E. Thornquist, & L. Radøy (Eds.),

- Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H., & Thornquist, E. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforl.
- Bülow-Hansen, A., & Houge, N. H. (1990). Samarbeid mellom fysioterapeut og lege i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 27, 3498-3500.
- Bülow -Hansen, A. (1982). Psykomotorisk fysioterapi. In B. H. Bunkan, A. Bülow-Hansen, E. Thornquist, & L. Radøy (Eds.), *Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cullberg, J., & Hambro, C. (1981). *Mennesker i krise og utvikling : en psykoanalytisk og sosialpsykiatrisk studie* (2. utg. ed.). Oslo: Aschehoug.
- Dahle, R. (1988). Hvordan kan fysioterapitjenesten organiseres? In B. Ellefsen & T. I. Romøren (Eds.), *Betalt for å hjelpe: yrker og arbeid i velferdsstaten*. Oslo: TANO.
- Dale, E. (1982). Kroppens kompliserte samspill. In B. H. Bunkan, E. Thornquist, & L. Radøy (Eds.), *Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Delås, G. M. (2011). Bevisstgjøring av personlig kompetanse: Hvorfor bevisstgjøring av personlig kompetanse bør prioriteres i de sosialfaglige utdanningene. *Uniped*, 34 (04), 82-89.
- Dokument. 3:5. (2015-2016). (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Hentet 09.05.2016, fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Samhandlingsreformen.aspx>.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713-725. doi:10.1016/S0306-4603(01)00204-0
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8

- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet 09.05.16, fra <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20111216-1256.html>
- Friis, S. (2015). Skjerming straff eller støtte? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 1, 8
- Goffman, E. (1975). *Stigma: om afvigerens sociale identitet*. Copenhagen: Gyldendal.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. In T. L. Molander A, (red), (Ed.), *Profesjonsstudier* (pp. s.71-85). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hallandvik, J.-E. (2002). *Helsetjeneste og helsepolitikk* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hansson, H. (1982). Psykomotorisk behandling. In B. H. Bunkan, E. Thornquist, & L. Radøy (Eds.), *Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugen, K. H. (1997). *En utdanning i bevegelse: 100 år med fysioterapiutdanning i Norge*. Oslo: Universitetsforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Opptrappingsplanen for psykisk helse evaluert. Hentet 09.05.2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-eva/id567200/>
- Helsinkideklarasjonen. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 64th. Hentet 09.05.16, fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Høyser, G. (2004). Svakstilte grupper- integrasjon eller særomsorg. In J. G. Mæland (Ed.), *Sosialmedisin: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, B. (2015, 30.01). Lange ventelister hos offentlige fysioterapeuter *Lierposten*. Hentet 09.05.16, fra <http://www.lierposten.no/nyheter/lierbyen/lange-ventelister-hos-offentlige-fysioterapeuter/s/5-65-1995>
- Jansson, E., & Anderssen, A. S. (2008). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet In R. Bahr & Helsedirektoratet (Eds.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.



- Kirkengen, A. L., & Thornquist, E. (2012). The lived body as a medical topic: an argument for an ethically informed epistemology. *J Eval Clin Pract*, 18(5), 1095-1101. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01925.x
- Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2007). Overlast og kompleks sykdom - et integrert perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 24, 3228-3231.
- KOSTRA. (2015). Fysioterapeutårsverk i kommunene. Hentet 09.05.16, fra [http://fysio.no/Hva-mener NFF/Ressursbank/Kommunehelsetjeneste/Fysioterapeutaarsverk-i-kommunene](http://fysio.no/Hva-mener-NFF/Ressursbank/Kommunehelsetjeneste/Fysioterapeutaarsverk-i-kommunene)
- Kullerud, H., Løwer, T. R., & Lydersen, B. (2013). Psykisk helse i samhandlingsreformen: god intensjon - for dårlig resultat. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4, (10), 338-347.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Løvland, S. (2015, 16.12). Fortsatt lange ventelister for fysioterapi-hjelp. Hentet 09.05.16, fra [http://avisenagder.no/index.php?page=vis\\_nyhet&NyhetID=35275](http://avisenagder.no/index.php?page=vis_nyhet&NyhetID=35275)
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease - Allostasis and allostatic load. *Ann.NY Acad.Sci.*, 840, 33-44.
- McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 1-7. doi: 10.1196/annals.1314.001.
- Meld. st.21 (1998-1999). (1999). *Ansvar og meistring- mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*. Hentet 09.05.16, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/>.
- Meld. st.26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. Hentet 09.05.16, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>.
- Meld. st.47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Hentet 09.05.16, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Mäkinen, T., Laaksonen, M., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2006). Associations of childhood circumstances with physical and mental functioning in adulthood. *Social Science and Medicine*, 62(8), 1831-1839. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.040
- NFF. (2015). Norsk Fysioterapiforbund. Hentet 09.05.16, fra [http://fysio.no/content/search?SearchText=hva+er+fysioterapi&search\\_skin=public](http://fysio.no/content/search?SearchText=hva+er+fysioterapi&search_skin=public)

- Nilsen-Nygaard, K., & Thornquist, E. (1982). Å stå godt på beina. In B. H. Bunkan, A. Bülow-Hansen, E. Thornquist, & L. Radøy (Eds.), *Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51, 531-536.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 1997:18. (1997). *Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste: Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 31. mai 1996: Avgitt til Sosial- og helsepartementet 15. mai 1997*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet. Oslo. Hentet 09.05.16, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956/?ch=1&q=>.
- Olsvold, N. (2003). Profesjonsetikk i helsereformenes tid. *sosiologi i dag*, 33(2), 5-30.
- Prop. 27 S (2015–2016). (2016). *Endringer i statsbudsjettet 2015: Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 20. november 2015, godkjent i statsråd samme dag (Regjeringen Solberg)*. Hentet 09.05.16, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-27-s-20152016/id2462474/?q=diagnoseliste&ch=2>.
- Romøren, T. I. (2011). Spesialisthelsetjenesten: Sykehus og psykisk helsevern. In T. I. Romøren, S. Kuhnle, & A. Hatland (Eds.), *Den Norske velferdsstaten*. (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Seip, A.-L. (1994). *Veiene til velferdsstaten: norsk sosialpolitikk 1920-75*. Oslo: Gyldendal.
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, 301(21), 2252. doi:10.1001/jama.2009.754
- Siegel, D. J. (2012). *The Developing Mind, Second Edition : How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are* (2). New York, US: The Guilford Press.
- Skipphamn, S. S. (2014, 10.12). Lang ventetid på fysioterapi. *Fremtiden*. Hentet 09.05.2016, fra <http://www.dagsavisenfremtiden.no/lokalt/lang-ventetid-pa-fysioterapi-1.304480>

- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one`s own: narratives of embodied transformation in treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Med Health Care and Philos.* DOI 10.1007/s11019-014-9562-0
- Tetzchner, S. V. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (1982). *Helhetsbehandling?* In B. H. Bunkan, E. Thornquist, & L. Radøy (Eds.), *Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2006). Face-to-face and hands-on: assumptions and assessments in the physiotherapy clinic. *Med Anthropol*, 25(1), 65-97. doi:10.1080/01459740500514489
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2012). *Movement and interaction: the Sherbourne approach and documentation*. Oslo: Universitetsforl.
- Thornquist, E. (2014). Fysioterapeutene-Fra Kosmologi til fagpolitikk. In J. Messel & R. Slagstad (Eds.), *Profesjonshistorier* (pp. s.138-176). Oslo: Pax.
- Thornquist, E. (2016). Psykisk helse, utfordringer og fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 82(4), 8-11.
- Thornquist, E., Ekeli, B.-V., & Fysioterapihøgskolen i, B. (1983). *Psykomotorisk behandling*. Bergen: Høgskolen.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- UiT. (2013). *Studieplan for masterprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi*. Kapittel 1, 3-7.
- Ukjent. (2003). Lange ventelister på fysioterapi. *NRK Telemark*. Hentet 09.05.2016, fra <http://www.nrk.no/telemark/lange-ventelister-pa-fysioterapi-1.300137>
- Vedeler, G. H. (2016). Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern? Hentet 09.05.2016, fra <http://psykologisk.no/2016/03/passar-den-medisinske-modellen-i-psykisk-helsevern/>

Øvreberg, G. (1982). Svikt og balanse- en trenbar allianse? In B. H. Bunkan, E. Thornquist, & L. Radøy (Eds.), *Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Øvreberg, G., & Andersen, T. (2002). *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi: en metode til omstilling av anspent muskulatur og hemmet respirasjon*. Skarnes: Compendius

## Vedlegg 1. Invitasjon til deltagelse intervju

Hei (navn informant)

Mitt navn er Jeanette Vangen, jeg er student i masterprogrammet «psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi» ved universitetet i Tromsø.

Med dette brevet ønsker jeg å invitere deg til å være informant i min masteroppgave og håper det er noe du har mulighet til å delta på.

Metoden jeg vil bruke er et dybdeintervju som en anslår vil vare ca. en time. Under intervjuet ønsker jeg å stille spørsmål fra din yrkeserfaring som er knyttet til temaet jeg skriver om. Jeg gjør et strategisk utvalg på fire kandidater som jeg har vurdert ut ifra type arbeidserfaring og engasjement i faget.

*Behandlingshyppighet i psykomotorisk fysioterapi (PMF) er tema for masteroppgaven.*

*Formålet er å undersøke hvordan psykomotoriske fysioterapeuter begrunner valg av behandlingshyppighet og hvilken betydning de tillegger valget. Jeg er kjent med at psykomotoriske fysioterapeuter behandler pasienter en time i uken eller mindre. Praktiseres også behandlingsfrekvenser som to ganger eller oftere?*

*Med dette som utgangspunkt; altså oftere enn en gang i uken eller ikke, ønsker jeg å få innblikk i hvordan psykomotoriske fysioterapeuter begrunner sine valg av behandlingsfrekvens og hvilke erfaringer de har med sin praksis.*

Deltagelse er selvsagt frivillig. Om du har spørsmål eller ønsker mer informasjon kan du ta kontakt med meg enten via e-post [jvangen@hotmail.com](mailto:jvangen@hotmail.com) eller du kan ringe meg eller sende meg en SMS per telefon 91914813.

På samme måte ønsker jeg svært gjerne svar om du har mulighet til å delta.

Intervjuet vil tas opp med lydopptaker.

Informert samtykke sikres ved at jeg på lydopptaket, før selve intervjuet starter, spør om du samtykker deltagelse. Med dette vil ingen personopplysninger annet enn din stemme kunne knytte deg til deltagelsen. Annen informasjon som kan røpe din identitet under intervjuet vil endres eller fjernes om gitte utsagn tas med i oppgaven.

Selve lydopptaket vil bli oppbevart i låsbart skap og slettet så snart arbeidet er avsluttet.

Tilgang til Epost og SMS korrespondanse vil sikres med personlig passord og slettes

umiddelbart etter at avtaler er avklart, senest ved prosjektets slutt.

Jeg vil legge til rette for at intervjuet skal kunne utføres på det sted og tidspunkt som passer deg best mulig.

Håper virkelig å høre fra deg i nær framtid.

Med vennligst hilsen Jeanette Vangen

e-post: [jvangen@hotmail.com](mailto:jvangen@hotmail.com)

telefon: 91914813

## **Vedlegg 2. Oppvarmingsspørsmål, sendt to dager før gjennomføring av intervju.**

Hei (navn informant)

Dette brevet er ment som en oppvarming før intervjuet vi har avtalt kommende fredag.

Under selve intervjuet vil jeg hovedsakelig stille spørsmål gjeldende de erfaringer du har med ulike pasienter og psykomotorisk fysioterapi (PMF). Det trenger ikke nødvendigvis være erfaringer hvor du har fulgt PMF prøveundersøkelsen til punkt og prikke. Men at du opplever at framgangsmåten du beskriver samsvarer med psykomotoriske prinsipper.

Min intensjon med spørsmålene og pasientkategoriene under, er at de kan stimulere deg til å hente fram erfaringer med pasienter du har og har hatt i behandling både fra nåværende og eventuelle tidligere arbeidsplasser. Du må gjerne lage en liten liste med navn eller kjennetegn til eget bruk, slik at du lettere kan huske pasientene under intervjuet.

Det er ikke et absolutt kriterium at pasientene du forteller om passer en av kategoriene jeg har gitt. Jeg ønsker først og fremst å få fram dine praksiserfaringer som (i grove trekk) viser: *hvordan du forsto pasientens problem, og hvilke tiltak som ble jobbet med i behandling.*

### **Pasientkategorier**

#### **Kan du fortelle om:**

En pasient hvor behandlingsfrekvensen har vært oftere enn en gang i uken. Om dette ikke praktiseres, ta utgangspunkt i pasienter du har møtt ukentlig.

En pasient hvor behandlingsfrekvensen har vært lav.

En pasient du har behandlet som fikk støttende behandling.

En pasient du har behandlet som fikk omstillende behandling.

#### **For hver pasientkategori tenk gjerne over:**

Hvor lang tid har det vært mellom behandlingene?

Hva eller hvem bestemte behandlingsfrekvensen?

Hvilke problemer kom pasienten til deg med?

Hvilke funn ble vektlagt i undersøkelsen?

Hvilke målsetninger ble satt for behandling ved oppstart?

Hva jobbet dere med i behandlingen?

På hvilken måte reagerte pasienten på det som ble jobbet med?

Hvilken innsikt i pasientens livssituasjon og dagligdagse vaner hadde du før og under behandlingen som var viktig i forståelsen av pasientens problem?

Hvordan har pasientens livssituasjon og vaner påvirket behandlingsforløpet?

Om hjemmeøvelser ble gitt, hva bestod de av og hvordan opplevde du at dette fungerte?

Hvordan opplevde du relasjonen? Hvordan utviklet den seg over tid?

På hvilken måte har du merket at pasienten har forandret seg i behandlinger?

Hvorfor (om tilfelle) ble behandling avsluttet?

Ser fram til å møte deg.

Hilsen Jeanette Vangen

tel 91914813



## **Vedlegg 3 Intervjuguide**

### **Før intervju starter**

Generelle forventninger og avklaringer rundt selve utførelsen av intervjuet. Avklare hva jeg mener med hyppighet. Informere at jeg kanskje i blant vil se på min intervjuguide for å se om det er noe jeg mangler.

Informert samtykke, muntlig.

### **Oppvarmingsspørsmål**

Kan du fortelle litt om din jobb som psykomotorisk fysioterapeut?

Arena for utførelse? (Eks. sykehus, kommune, privat. Påvirker dette hyppigheten?)

Ledelse (Hvilke forventninger har de til deg som terapeut? Hvordan påvirker dette deg?)

Kollegaer? (Hvem er de? Hvordan jobber de med tanke på hyppighet av behandling?)

Pasienter (Hvem? Hvordan komme de til deg? Hvilke problemer? Individuelt? Grupper?)

Hvordan er ventelista (Hvor lenge venter pasientene? Hvordan forholder du deg til den?)

Tidligere fysioterapi erfaring? (Spesial kompetanse? Retning?)

Annet?

### **Hovedspørsmål**

Hvor ofte behandler du pasienter? Om dette er svært varierende; hva er den høyeste behandlingsfrekvensen du har jobbet med? Hva er den minst hyppigste? Vanligste?

Fortell om et pasientforløp hvor det ble prøvd ut ulike varianter for hyppighet før dere kom fram til noe som fungerte.

- Hvorfor ble hyppighet endret? Hva skjedde?
- Hva er det som ble endret med dette?

Fortell om et behandlingsforløp hvor hyppighet ble problematisert. For eksempel en gang du ikke kunne innfri pasientens ønske. (Eventuelt motstand ledelse).

- Hvorfor ble det problematisert? Av hvem?
- Hvordan løste du dette?
- Hva skjedde videre?

Fortell om pasienter du møter svært sjeldent. (Utgangspunkt konkrete eksempler).

Fortell om pasienter du møter svært ofte. (Utgangspunkt konkrete eksempler).

Fortell om en pasient du har behandlet som fikk støttende behandling.

Fortell om en pasient du har behandlet som fikk omstillende behandling.

Pasienter med andre fysiske forutsetninger som følge av sykdom eller skade. (Bekhterew, MS, benbrudd)

Er det noen spesielle erfaringer med pasienter du har tenkt over, som du ønsker å fortelle om?

Hvordan har din terapeutrolle forandret seg fra den gang du var vanlig fysioterapeut til du ble psykomotorisk fysioterapeut? Hvorfor?

### **Oppfølgingsspørsmål pasientfortellinger**

Tid mellom behandlingene? (Variasjoner, hvorfor)

Hvordan ble behandlingsfrekvensen bestemt? (Hvem? Hva? Hva om det var annerledes?)

Hvilke problemer fortalte pasienten om?

Hvem er pasienten? (Alder, yrke, hobby etc).

Hvilke funn ble vektlagt i undersøkelsen?

Hvilke målsetninger ble satt for behandling ved oppstart?

Hva jobbet dere med i behandlingen? (Type øvelser? Hva var mening med øvelsene?)

Reaksjoner på behandling. (Vegetativt, muskulært, pust, emosjonelt- påvirkning hyppighet?)

Hvilken innsikt i pasientens livssituasjon og dagligdagse vaner hadde du før og under behandlingen som var viktig i forståelsen av pasientens problem?

Livssituasjon og vaner/ valg av hyppighet?

Om hjemmeøvelser ble gitt, hva bestod de av og hvordan opplevde du at dette fungerte?

Hvordan opplevde du relasjonen? Hvordan utviklet den seg over tid?

På hvilken måte har du merket at pasienten har forandret seg i behandlinger? (I behandling, livssituasjon).

Fortell om komplikasjoner eller utfordringer i møtet med denne pasienten. Hva kunne ha gjort behandlingen annerledes?

Hvorfor (om tilfelle) ble behandling avsluttet?

Hvilke forventninger har du til behandling og hyppighet videre?

**Avrundningsspørsmål**

Umiddelbare tanker da du fikk brevet omhandlende tema? Forventinger til intervjuet?

Er det noen spørsmål du skulle ønske jeg hadde stilt?

Er det noe annet du lurer på?

Er det greit om jeg kontakter deg i tilfelle det er noe jeg lurer på?

Takke for intervjuet, ønske en god tur hjem etc.

#### **Vedlegg 4. Informert samtykke**

(Lest opp på lydbånd før intervjuene) Samtykket går ut på at jeg som student ved universitetet i Tromsø, har fått tillatelse av deg til å intervju deg i forbindelse med masteroppgaven min. Du er klar over at deltagelsen er frivillig og at du kan trekke deg når som helst også etter intervjuet og fram til oppgaven er ferdigstilt rundt mai/juni 2016. Om dette skulle være aktuelt, så har du mine kontaktopplysninger.

Om det er noe du ønsker å si under intervjuet som du ikke ønsker skal tas med, vil det være mulig å slå av lydbåndet underveis.

Du er blitt informert om oppgavens tema og formålet med intervjuet, og at lydbåndopptak og transkribert materiale fra intervjuet vil bli oppbevart i låsbare skap og /eller på datamaskin med personlig passord fram til at det slettes etter at masteroppgaven er innlevert og avsluttet, planlagt mai /juni 2016.

All informasjon som blir tatt med i selve oppgaven vil bli anonymisert og eventuelt endret på, slik at din identitet og pasientenes identitet ikke skal kunne være gjenkjennbar. Under bearbeiding av intervjumaterialet så er det kun jeg og mulig min veileder som vil ha tilgang til materialet.

Er det noe du lurer i forbindelse med samtykket?

Aksepterer du dette?