



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Ett øye innover, ett øye utover

Psykomotoriske fysioterapeuters bevissthet om og regulering av egne følelser i krevende pasientmøter

Sindre Hia

Mastergradsoppgave i helsefag - studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi
HEL-3901 – mai 2020

SAMMENDRAG

Tittel Psykomotoriske fysioterapeuters bevissthet om og regulering av egne følelser i krevende pasientmøter.

Hensikt Målet med studien var å undersøke psykomotoriske fysioterapeuters bevissthet om egne følelser og regulering av disse i forbindelse med krevende pasientmøter.

Metode Tre psykomotoriske fysioterapeuter med arbeidssted i psykiatri og privat praksis ble intervjuet med semistrukturerte kvalitative intervjuer. I analysen av materialet ble tematisk analyse benyttet.

Oppsummering av resultater Studiens funn viser at de intervjuede psykomotoriske fysioterapeutene står overfor mange krevende pasientmøter og utfordringer knyttet til disse, og at de er bevisst på at slike pasientmøter kan trigge et stort spekter av negativt ladede følelser hos terapeuten. Selv om følelser knyttet til krevende pasientmøter over tid kan være belastende for terapeuten, kan disse også gi økt forståelse for hva det er pasienten strever med og gi retning til behandlingen. I tillegg gir bevissthet om følelser i nevnte pasientmøter muligheter for å bedre ivareta seg selv, sin profesjonalitet i møtet med pasientene, samt en bedret relasjon til pasienten. Resultatene viser at de intervjuede fysioterapeutene benytter et bredt repertoar av strategier for å håndtere egne følelser som oppstår i forbindelse med krevende kliniske situasjoner og problemstillinger, inkludert strukturelle grep, støtte fra kolleger og kroppslige strategier. Psykomotoriske fysioterapeuter ser ut til å skille seg fra andre helsearbeidere ved at de har oppmerksomhet mot kroppen, god kontakt med egen kropp, og ved at de benytter ulike kroppslige strategier basert på kunnskap og prinsipper fra eget fagområde på seg selv for å regulere seg kroppslig og følelsesmessig i sin kliniske praksis. Slike spesifikke kroppslige strategier for å håndtere og regulere egne følelser er trolig unike for fysioterapeuter med kompetanse i psykomotorisk fysioterapi, noe som gir dem gode muligheter for å kunne balansere det å stå i krevende pasientmøter.

Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, følelser, følelsesregulering, terapeutrollen.

ABSTRACT

Title Psychomotor physiotherapists' awareness of and regulation of their own emotions in demanding patient meetings.

Purpose The aim of the study was to investigate psychomotor physiotherapists' awareness of and regulation of their own emotions in connection with demanding patient meetings.

Method Three psychomotor physiotherapists with workplaces in psychiatry and private practice were interviewed with semi-structured qualitative interviews. Thematic analysis was used in the analysis of the material.

Summary of results Findings show that the interviewed psychomotor physiotherapists face many demanding patient encounters and challenges associated with them. They are aware that such patient encounters can trigger a wide range of negatively charged feelings on the part of the therapist. Although emotions associated with demanding patient meetings over time can be stressful to the therapist, these can also provide increased understanding of the patients challenges and provide direction to the treatment. In addition, awareness of emotions in these patient meetings provides opportunities to better care for themselves, their professionalism in meeting patients, as well as an improved relationship with the patient. The results show that the interviewed physiotherapists use a broad repertoire of strategies to deal with their own emotions arising from challenging clinical situations and issues, including structural approaches, support from colleagues, and bodily strategies. Psychomotor physiotherapists seem to stand out from other health care workers who have been studied in the literature by paying attention to the body, having good contact with their own bodies, and by using different bodily strategies based on knowledge and principles from their own field of study in themselves to regulate themselves physically and emotionally in their clinical practice. Such specific bodily strategies for managing and regulating one's emotions are probably unique to physiotherapists with expertise in psychomotor physiotherapy, providing them with good opportunities to balance standing in demanding patient meetings.

Keywords: Psychomotor physiotherapy, emotions, emotion regulation, therapist role

INNHold

INNLEDNING	5
FORSKNINGSSPØRSMÅL	6
TIDLIGERE FORSKNING	6
Forståelser av følelser, følelsesregulering og empati.....	7
Helsearbeideres bevissthet om egne følelser	9
Helsearbeideres regulering av egne følelser	10
TEORETISK FORANKRING	12
Norsk psykomotorisk fysioterapi.....	13
METODE	14
Deltakere og rekruttering	14
Intervjuer og transkribering	15
Analyse	16
Kvalitetskrav i kvalitativ forskning	18
Studiens begrensninger	19
Refleksivitet	19
Etiske betraktninger	20
RESULTATER.....	20
Å kjenne seg selv	21
Avgrensning og debriefing	26
Kroppslige strategier.....	29
DISKUSJON	32
Bevissthet om egne følelser	32
Strategier for å regulere egne følelser.....	36
OPPSUMMERING	42
REFERANSER.....	43

VEDLEGG 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

VEDLEGG 2: Intervjuguide

VEDLEGG 3: Godkjenning av prosjekt fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

INNLEDNING

Psykomotoriske fysioterapeuter jobber tett på mennesker med et bredt spekter av kroppslige, psykiske eller sammensatte lidelser og besværlige livshistorier. Rollen som fysioterapeut kan derfor innebære et krevende samspill mellom å stille gode spørsmål, lytte, vise forståelse og empati. Mange psykomotoriske fysioterapeuter står samtidig alene med behandlingsansvaret for pasientene sine, og pasientmøter kan noen ganger være krevende å stå i. Ifølge Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø oppgir 40% av spurte fysioterapeuter at de opplever høy grad av emosjonelle krav i jobben, og fysioterapeuter er blant de ti yrkesgruppene i Norge med høyest opplevd grad av emosjonelle krav (STAMI, 2016). Studier fra flere land bekrefter at fysioterapeuter ofte kan stå overfor store følelsesmessige krav i arbeidet sitt, og at de kan oppleve enkelte pasientmøter som følelsesmessig belastende. Den økte følelsesmessige belastningen hos fysioterapeuter blir blant annet knyttet til at de i stor grad må forholde seg til andres problemer og ofte blir følelsesmessig berørte i arbeidet sitt (Bruschini, Carli, & Burla, 2018; NFA, 2019; Owczarek, Wojtowicz, Pawlowski, & Bialoszewski, 2017; Zambo Anderson, Gould-Fogerite, Pratt, & Perlman, 2015). En systematisk oversiktsartikkel om temaet viser at 40% av ansatte innen psykisk helsearbeid opplever emosjonell utmattelse, et av hovedkriteriene for utbrenthet (O'Connor, Muller Neff, & Pitman, 2018). Det kan se ut som at fysioterapeuter og andre helsearbeidere med høy grad av emosjonell involvering og empati, vansker med å identifisere og regulere negative følelser kan være mer utsatt for emosjonell utmattelse og utbrenthet (Gleichgerricht & Decety, 2013; Rossler, 2012; Weilenmann et al., 2018). For å kunne yte god og profesjonell behandling, men også for at terapeuten skal kunne ivareta seg selv på en god måte, er det derfor viktig å kunne regulere egne følelser som oppstår i arbeidet.

For fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse og som ofte står overfor pasienter med mer sammensatte problemstillinger enn hva som er tilfellet i vanlig fysioterapi, vil jeg anta at kjennskap til og evne til å regulere følelser som trigges i pasientmøter er av spesielt stor betydning for hvordan en utøver sin praksis. For å øke kunnskap og kompetanse på dette feltet hos psykomotoriske fysioterapeuter er det behov for forskning som fokuserer på bevissthet om egne følelser, regulering av følelser, om hvordan være empatisk nok uten å utsette seg for belastende motoverføringer, samt om hvordan finne rett balanse mellom emosjonell involvering og avstand i terapeut-pasient relasjonen. Gjennom pasientmøter i

praksis, situasjoner i veiledning, egenbehandling og samtaler med medstudenter, har jeg i økende grad blitt oppmerksom på viktigheten av å være bevissthet slike fenomener i klinisk praksis, og er nysgjerrig på hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har når det gjelder egne følelser i krevende pasientmøter og i hvilken grad de har strategier for å regulere disse.

FORSKNINGSSPØRSMÅL

Hensikten med prosjektet er å undersøke psykomotoriske fysioterapeuters bevissthet om egne følelser og hvordan de forholder seg til egne følelser som oppstår i krevende pasientmøter. Følgende problemstillinger vil bli belyst:

1: Hvordan er psykomotoriske fysioterapeuter bevisst egne følelser i krevende pasientmøter, og

2: Hvordan håndterer eller regulerer de slike følelser.

TIDLIGERE FORSKNING

Psykomotoriske fysioterapeuter er en liten yrkesgruppe som i all hovedsak er knyttet til Norge og Skandinavia. Selv om ulike undersøkelser viser at fysioterapeuter opplever høy grad av emosjonelle krav i arbeidet sitt, har jeg ikke funnet publisert forskning om psykomotoriske fysioterapeuters eller andre fysioterapeuters egne følelser i den kliniske hverdagen, verken med hensyn til bevissthet om eller regulering av disse. Det er følgelig nødvendig å se på hva studier som omhandler andre yrkesgrupper, særlig de som jobber med psykisk helse (for eksempel psykologer, psykiatere og allmennleger), sier om temaet. Da det også finnes relativt lite som er publisert om denne tematikken vil jeg inkludere både kvalitativ og kvantitativ orientert forskning i litteraturgjennomgangen. Litteratursøk er gjort i Physiotherapy Research International, PubMed og Cochrane med søkeord som physiotherapist, emotions, recognition, regulation, coping strategies, og physician i ulike kombinasjoner. Litteratursøk ble også gjort i Swemed for å identifisere eventuelle studier på nordiske språk, samt i databaser for masteroppgaver. Jeg har i tillegg brukt referanser jeg fant i sentrale studier og oversiktsartikler i arbeidet med å få oversikt over tilgjengelig

forskning. Seneste søk er gjort i mars 2020. Nedenfor gjennomgås forskning om helsearbeideres egne følelser i forbindelse med krevende pasientmøter og hvordan disse håndteres. Først vil jeg si litt mer om hva følelser og regulering av følelser forstås som.

Forståelser av følelser, følelsesregulering og empati

Følelser er et av de mest sentrale begrepene innen psykologien. Andre navn på dette fenomenet som til dels overlapper hverandre er emosjoner og affekter (Håkonsen & Håkonsen, 2009). *Affekter* viser til en persons umiddelbare og ofte sterke følelsesreaksjoner på noe som skjer, og er ofte situasjonsbetingede og mer ensrettede, som sinne, angst og opphisselse (Jansen, 2019; Svartdal, 2018). *Emosjoner* beskrives som mer finere sammensatte sinnsreaksjoner, som glede eller medfølelse, men også mer overordnet som det innebygde systemet i hjernen og kroppen som er ment å sette mennesker i stand til å håndtere det som skjer (Stiegler, Greenberg, & Sinding, 2018). *Følelser* kan beskrives som våre subjektive opplevelser av emosjonene, og inneholder en opplevd mening og betydning av emosjonen en kjenner på, og inkluderer også fysiologiske reaksjoner (Håkonsen & Håkonsen, 2009; Stiegler et al., 2018). For eksempel kan frykt være en emosjon, mens hvordan en person opplever frykten og gir mening til den, kan beskrives som en følelse (Stiegler et al., 2018). Følelser er som regel knyttet til behov, og varsler oss om ting som oppleves å være viktige for oss. De kan derfor gi informasjon om hvordan vi har det med oss selv, med de rundt oss og om hva en trenger, og er derfor ofte viktige for de beslutningene vi gjør (Håkonsen & Håkonsen, 2009; Stiegler et al., 2018). I internasjonal litteratur benyttes i hovedsak begreper som *feeling* og *emotion*, ofte om hverandre uten at de defineres nærmere. I foreliggende studie vurderer jeg at det mer allmenne begrepet *følelser* er mest relevant og dekkende for det jeg ønsker å undersøke.

For at mennesker skal kunne fungere i sosiale sammenhenger er evnen til å regulere følelsene våre helt sentral. En vanlig definisjon av følelsesregulering er «*tiltak for å minske, øke, opprettholde, avslutte eller starte emosjonell spenning*» (Vikan, 2014, p. 117). Emosjonsregulering kan ha indre, *organiske*, årsaker, for å opprettholde et optimalt følelsesmessig spenningsnivå eller likevekt. Den kan også ha ytre, *normative*, årsaker, altså at vi regulerer følelser for å følge sosiale normer om i hvilke gitte situasjoner vi bør føle og

uttrykke ulike emosjoner (Vikan, 2014). Selv om det er mange uklarheter om temaet følelsesregulering, skiller det gjerne mellom to hovedstrategier: kognitive og atferdsmessige strategier, som enten brukes for å avlede seg fra eller tilkoble seg den følelsesmessige situasjonen (Vikan, 2014). Studier viser også at det er store likhetstrekk i menneskers følelsesreguleringer, samtidig som det ser ut som blant annet kultur, helsetilstand og type følelser spiller inn på hvordan disse blir regulert (Vikan, 2014).

Empati kan sies å være et vidt begrep, og blir ofte forvekslet med og referert til som en følelse i litteraturen. I helsefaglig sammenheng er empati blitt forsøkt definert mer presist av flere. Mercer & Reynolds (2002) definerer empati i et behandlerperspektiv (*physician empathy*) som en prosess med fire komponenter: Behandleren må forsøke å forstå pasientens opplevelse, vise tydelig for pasienten at han forstår hva pasienten opplever, sjekke ut med pasienten for å forsikre seg om at han har forstått riktig, og deretter gi behandlingen retning basert på denne forståelsen. Forfatterne mener at behandlere bare kan gi pasienten tilstrekkelig behandling når de har ivaretatt en nøyaktig og fullstendig forståelse av pasienten gjennom disse komponentene (Mercer & Reynolds, 2002). Slike definisjoner av empati med opphav i medisinske miljøer har derimot fått kritikk. Noen mener at slike definisjoner bidrar til at empati oppfattes som et verktøy som tillater at behandlere i stor grad beholder følelsesmessig avstand til pasienten, og at det er umulig å utøve empati uten å være i kontakt med pasientens følelser (Halpern, 2003). Til tross for uenighet om begrepets definisjon er det i forskningslitteraturen enighet om at empati er en viktig faktor i godt fungerende terapeutiske prosesser (Decety, 2009; Mercer & Reynolds, 2002; Weilenmann et al., 2018). Blant annet rapporterer pasienter at helsearbeiderens evne til å forstå deres følelser, og dernest å uttrykke denne forståelsen er nøkkelfaktorer i den terapeutiske relasjonen (Mercer & Reynolds, 2002).

Mens empati generelt oppfattes som en positiv type følelse som gjør helsepersonell i stand til å kjenne på andre type følelser knyttet til pasienten eller pårørende, viser undersøkelser at empati kan regnes som en negativt relatert følelse dersom den vipper over i overinvolvering i pasienten (Martin et al., 2015). Når det gjelder empati er ikke dette noe jeg regner som en følelse i min egen studie. Jeg vil likevel referere til begrepet ut fra hvordan informantene forstår det, ut fra sine perspektiver.

Helsearbeideres bevissthet om egne følelser

Mens det å undertrykke egne følelser og ha en emosjonell distanse til pasienter lenge har vært et uttalt ideal for helsepersonell, særlig leger, har betydningen av å være bevisst på og bruke egne følelser mer aktivt i terapeutiske sammenhenger fått økt fokus de senere årene (Austen, 2016; Kerasidou & Horn, 2016). Denne type bevissthet kan blant annet tilføre nyttige aspekter i arbeidet med å få mer innsikt i pasientens situasjon (Skårderud, Haugsgjerd, & Stäicke, 2010). Kozlowski et.al (2017) har sett på betydningen av følelser i helsearbeideres (inkludert fysioterapeuter) kliniske beslutninger, og viser at slike beslutninger blir påvirket av helsearbeidernes følelser, men også at disse prosessene ikke alltid blir anerkjent av helsepersonell. Martin et. al (2015) har sett på hvilke følelser som var mest vanlige hos helsepersonell som gjennomførte vanskelige samtaler med pasienter. I studien rapporterte deltakerne gjennom spørreskjema at følelser som i størst grad trigges av vanskelige pasientsamtaler er relatert til engstelse, tristhet, empati, frustrasjon og usikkerhet (Martin et al., 2015). Studien viser forskjeller i hvordan helsearbeidere oppfatter at følelsene påvirker arbeidet de gjør, og at empati, engstelse og tristhet oppfattes å påvirke arbeidet mer enn de øvrige følelsene (Martin et al., 2015). Følelser relatert til engstelse beskrives ikke kun som negative i denne konteksten, de kan også ha positive konsekvenser, og skape økt fokus i pasientbehandlingen (Martin et al., 2015). Deltakere i Martin et als studie (2015) oppfattet dessuten at de var i stand til å identifisere, reflektere over og håndtere egne følelser i forbindelse med vanskelige samtaler med pasienter. Carvalho og Silva (2016) gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse hos allmennleger for å undersøke opplevelsen av følelser i møtet med pasienter. Over halvparten av deltakerne rapporterer at de ofte opplever følelser som tristhet, frykt, frustrasjon og sinne i møter med pasientene sine (Silva & Carvalho, 2016). Andre studier støtter også opp om at terapeuter kan kjenne på følelser som tristhet, skyld, sinne og hjelpeløshet i krevende pasientmøter (Shaw, Brown, & Dunn, 2015; Shaw, Brown, Heinrich, & Dunn, 2013). Publisert forskning om fysioterapeuters bevissthet om egne følelser er som nevnt fraværende. Det er derimot skrevet om psykomotoriske fysioterapeuters opplevelser i møtet med pasienter i en masterstudie (Hagen, 2014). Studien har delvis tilgrensende temaer til egen studie, og funnene viser blant annet at fysioterapeutene opplever mange ulike følelser i arbeidet med pasientene, at de har bevissthet omkring disse (Hagen, 2014). Studien finnes ikke

tilgjengelig for lesning, og gjengis derfor kortfattet gjennom referanse i annen studie (Kjærnem, 2015).

Helsearbeideres regulering av egne følelser

Weilenmann et.al (2018) har undersøkt sammenhenger mellom følelser, følelsesregulering, empati-relaterte prosesser og legers velvære (*well-being*). De intervjuet tjueen psykiatere og fant at psykiateres fokus på egen følelsesmessige regulering og empatirelaterte prosesser i pasientmøter kunne knyttes til terapeutens opplevelse av velvære på kort og lang sikt (Weilenmann et al., 2018). Studien understreker viktigheten av at leger kan regulere følelser på en god måte, spesielt med tanke på forebygging av utbrenthet, «empatitretthet», samt økt trivsel og helse (Weilenmann et al., 2018). En australsk spørreskjemaundersøkelse om følelsesregulering og stress hos psykologer, viser at bevissthet om egne følelser ga en betydelig nedgang i vanskeligheter med å både regulere følelser og i stressrelaterte symptomer hos denne yrkesgruppen (Finlay-Jones, Rees, & Kane, 2015). En litteraturgjennomgang om trivsel og utbrenthet blant anestesileger fant også at strategier for følelsesregulering har stor betydning, og at mindfulness, kontakt med egne følelser og empati er strategier som kan redusere utbrenthet og forbedre stresshåndtering hos leger (Lapa, Madeira, Viana, & Pinto-Gouveia, 2017).

I en spørreskjemaundersøkelse hvor strategier for å håndtere følelser i tilknytning til vanskelige pasientsamtaler ble utforsket hos 126 helsearbeidere (inkludert leger, sykepleiere og sosionomer) identifiserte Luff et.al, (2016) fem hovedkategorier; *selvivaretakelse, forberedelses- og relasjonsegenskaper, empatisk nærvær, teamarbeid og profesjonell identitet*. Strategier for *selvivaretakelse* omfatter å anerkjenne egne følelser, pusteøvelser, snakke med andre, skrive notater, og trene etter vanskelige pasientmøter, og kunne benyttes både før, under og etter pasientmøtene. *Forberedelses- og relasjonsegenskaper* som strategi innebærer for eksempel å forberede samtalen på forhånd, å forutse pasientens eller pårørendes behov under eller i forkant av møtet, samt å være bevisst egen stemmebruk og pauser i samtalen. *Empatisk nærvær* som strategi for følelsesregulering inkluderer å bevisst være fullt og helt mentalt tilstede for pasienten, og ha fokus på hvordan pasienten har det i stedet for seg selv. *Teamarbeid og kollegaer* henspiller på å være flere kollegaer om å formidle vanskelige beskjeder, slik at en ikke står

alene om dette. I tillegg representerer kollegaer en resurs som en kan rådføre seg med, før eller etter vanskelige møter, eller som en kan drøfte problemstillinger med og i fellesskap finne måter å håndtere situasjoner på. Å opprettholde en *profesjonell identitet* innebærer å være bevisst sin egen profesjonelle rolle, ansvar, verdier og begrensninger som gjelder for egen profesjon (Luff et al., 2016). I tillegg vektlegges viktigheten av å kunne legge igjen jobberelaterte temaer på arbeidsplassen. Å skille egen yrkesrolle fra rollen som privatperson er for eksempel en strategi som kunne gjøre det enklere å håndtere følelser under og etter vanskelige pasientmøter (Luff et al., 2016). Kjærnem (2015) undersøkte i sin masterstudie psykomotoriske fysioterapeuters selvivaretagelse i arbeidshverdagen gjennom to kvalitative fokusgruppeintervjuer. Selv om følelsesregulering ikke er et eksplisitt tema i studien, nevnes bevissthet om egne følelser og fokus på egen kropp for å skille mellom egne og pasientens følelser som en del av det å ta vare på seg selv i studiens resultater (Kjærnem, 2015). Også i Hauglis (2012) masterstudie om psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner er terapeutens selvivaretagelse et av flere undertemaer som presenteres. I den kvalitative intervjustudien er et av funnene at terapeutene stadig jobber med å ivareta seg selv og sine reaksjoner, blant annet gjennom en bevissthet om egne følelser gjennom å være tilstede i egen kropp (Haugli, 2012).

Helsepersonells fokus på følelsesregulering har i forskningen vist seg å ikke bare være gunstig for dem selv, men også ha positivt utfall for pasientene. Kafetsios et.al (2014) så på to studier som ble gjort om forholdet mellom legers følelsesregulering og pasienters tilfredshet, samt kvalitet i lege-pasient-kommunikasjon. Her fant forskerne tydelige sammenhenger mellom legenenes evne til følelsesmessig regulering og pasientenes tilfredshet. Forskningen tyder også på at helsearbeidere som klarer å regulere følelsesmessige reaksjoner hensiktsmessig for å opprettholde følelsesmessig balanse også har større evne til å uttrykke empati overfor pasientene (Decety & Meyer, 2008).

Oppsummert tegner den tilgjengelige forskningen et bilde av at helsepersonell med ulik bakgrunn og erfaring bruker en rekke ulike strategier for å håndtere følelser i vanskelige møter med pasienter. Det kommer videre frem at denne kunnskapen bør brukes i arbeid med opplæring og for å skape økt bevissthet om temaet. Alle nevnte publiserte studier understreker behovet for mer opplæring om bevissthet, refleksjon og håndtering av følelser

hos helsepersonell som står i krevende pasientmøter, samt behov for mer kunnskap om temaet generelt. Selv om det per i dag altså ikke foreligger forskning om psykomotoriske fysioterapeuter direkte knyttet til bevissthet om og regulering av egne følelser, er det trolig relevant å trekke sammenligninger mellom forskning om andre typer helsearbeidere og denne yrkesgruppen.

TEORETISK FORANKRING

Med utgangspunkt i ønsket om å utforske fysioterapeuters subjektive erfaringer knyttet til et bestemt fenomen, her krevende pasientmøter, er denne studien inspirert av fenomenologi. Med fenomenologi forstås i denne sammenheng «a *specific type of reflection or attitude about our human capacity for being conscious*” (Varela, 1996, p. 336). Denne type refleksjon innebærer å stille spørsmål ved det man ofte tar for gitt, og at en finner en måte å problematisere denne tatt-for-gitt-måten å tenke på, samtidig som en trekker inn tidligere eller aktuelle fenomenologiske begreper. For å innta et fenomenologisk perspektiv og kunne klare å undersøke levde erfaringer, er det med andre ord nødvendig å ta et skritt bort fra forståelser vi tar for gitt om fenomener i verden og rette blikket mot menneskers oppfatning av disse fenomenene. I dette perspektivet kan vår tilstedeværelse i verden alltid betraktes som kontekstuell og som resultat av de ulike sosiale relasjoner og den kultur vi er del av (Merleau-Ponty, 2012).

Et sentralt fenomenologisk perspektiv er at vi relaterer oss til verden gjennom kroppen (Merleau-Ponty, 1994). Kroppen anerkjennes som fundamental i forståelsen av hvordan vi erfarer og oppfatter informasjon fra omgivelsene. Individets subjektivitet, eller selvforståelse, er også tett sammenvevd med kroppen og den verden som individet er del av (Merleau-Ponty, 2012). To kroppslige dimensjoner som ifølge Sartre (1964) er gjensidig avhengig av hverandre er at kroppen på den ene siden erfares slik at den kan bevege seg og er fysisk, og på den andre siden representerer kroppen meg som subjekt og det som forankrer meg og mine «point of views” til verden.

I forbindelse med kvalitativ forskning peker fenomenologi mot en interesse for å forstå bestemte fenomener ut fra informantenes erfaringer og forståelser, og beskrive verden slik

den oppleves av informanter i en spesifikk kontekst eller livssammenheng (Kvale og Brinkmann, 2015). Fenomenologi har her fokus på subjektive erfaringer og fenomenologiske beskrivelser utforsker ”*the structure of experience*” fremfor innholdet i erfaringen (Gallagher & Zahavi, 2008). *Meningsstrukturer* kan være en type struktur som kan utforskes gjennom å fokusere på hvordan det føles og oppleves å, for eksempel, være fysioterapeut i en bestemt kontekst (for eksempel i psykiatrien), og ved å presentere bestemte aspekter eller fenomener knyttet til slike erfaringer (Ravn, 2016). I psykologisk orientert forskning fremhever Giorgi (2008) at i en fenomenologisk analyse, omdannes det deltakeren naturlig uttrykker til uttrykk som mer favner den psykologiske meningen som ligger i det som ble formulert. Utforskning av det å dele følelser og affekter, har imidlertid fått lite oppmerksomhet i fenomenologiske arbeider. Dette er beklagelig, da det å dele følelser med andre er et viktig utgangspunkt for felles handlinger og noe som gir kunnskap om hvordan vi er sammen med og relaterer oss til andre (Zahavi, 2015).

Å utforske følelser og hvordan følelser håndteres hos psykomotoriske fysioterapeuter i forbindelse med krevende pasientmøter i og utenfor psykiatrien, for deretter å identifisere aspekter som fremstår sentrale ved disse erfaringene, ser derfor ut til å være forenlig med fenomenologiske perspektiver. Etersom fysioterapeutene som intervjues representerer en fysioterapitradisjon hvor kroppen og ulike kroppslige uttrykk har en sentral rolle i praktiseringen av eget fag, er det sannsynlig at fysioterapeutenes erfaringer i pasientmøter er tett sammenvevd med hvordan de erfarer seg selv kroppslig og hvordan de benytter denne spesifikke kunnskapen implisitt og eksplisitt i pasientmøtene.

Norsk psykomotorisk fysioterapi

Ved siden av at hver intervjuet fysioterapeut er forankret i sine respektive relasjoner og sosiale kontekst som psykomotoriske fysioterapeuter, er de også faglig forankret i teori og prinsipper som ligger til grunn for denne fagtradisjonen. Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), er en behandlingsform som bygger på forståelsen av at fysiske, psykiske og sosiale belastninger påvirker kroppen som en funksjonell enhet, som igjen påvirker muskelspenninger, respirasjon, kroppsholdning, balanse og fleksibilitet (Thornquist & Bunkan, 1991). Innen NPMF anses bevissthet om egen kropp som grunnleggende for å kunne oppleve, akseptere og gjøre seg kjent med egne kroppslige reaksjoner, for å videre

kunne jobbe med å endre eller utfordre disse (Øien, Råheim, Iversen, & Steihaug, 2009). Videre står sammenhengen mellom pust, følelser og muskelspenninger sentralt i behandlingsformen, og fremfor alt erkjennelsen av at følelser uttrykkes i pusten (Thornquist & Bunkan, 1991). NPMF benyttes først og fremst som individuell behandling, men gruppebehandling basert på prinsipper fra NPMF er også vanlig, særlig innenfor psykiatrien. Behandling med NPMF innenfor psykiatrien krever gjerne mer tilpasning, da pasientene som behandles i spesialisthelsetjenesten ofte har større psykiske utfordringer. Selv om NPMF primært er en behandlingsform med kroppslig tilnærming har også samtale og refleksjon en sentral plass i behandlingen.

METODE

Til innsamling av materialet har jeg brukt semistrukturerte, individuelle intervjuer. Det kvalitative forskningsintervjuet søker å få frem betydningen av menneskers erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden. Intervjupersonen blir i denne forskningsmetoden fremhevet som subjekt, delaktig i forskningsprosessen ved å gi mening og forståelse om et bestemt tema. Samtidig er et viktig moment i forskningsintervjuet at også intervjupersonen, subjektet, er underlagt og farget av diskurser, oppfatninger og omgivelser i hva og hvordan de snakker om temaet (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). Sentralt i semistrukturerte forskningsintervju står bruken av åpne spørsmål, da disse gir informanten mulighet til å gå i dybden på det valgte temaet (Kvale et al., 2015).

Deltakere og rekruttering

For å sikre at deltakerne har relevante erfaringer når det gjelder forskningstemaet må disse velges ut og inviteres etter kriterier som en del av et strategisk utvalg av informanter (Tjora, 2017). Deltakerne er psykomotoriske fysioterapeuter, og jeg ønsket å inkludere terapeuter med arbeidssted både i privat praksis og psykiatrien. Fysioterapeuter som jobber i psykiatrien kan tenkes å møte pasienter med mer komplekse problemstillinger, men har gjerne et større nettverk av kollegaer og team rundt seg. Samtidig vil det være interessant å inkludere psykomotoriske fysioterapeuter med erfaringer fra privat praksis, hvor

pasientgruppen gjerne har et mer variert preg, men hvor fysioterapeutene oftere står mer alene med pasientene. Det var ønskelig at informantene hadde minimum tre års erfaring som praktiserende psykomotorisk fysioterapeut. Antall informanter planla jeg til å være tre eller fire, avhengig av hvordan det innhentede materialet fremstod underveis.

I rekrutteringsprosessen gikk jeg ut med tydelig informasjon om prosjektet i form av e-post samt informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 1). I nevnte skjema ble prosjektet og hensikten med prosjektet godt beskrevet. Prosessen med å rekruttere deltakerne gikk som forventet. Jeg brukte mitt eget og utvidede nettverk til å fortløpende sende ut forespørsler om deltakelse i prosjektet, og alle informantene var rekruttert i løpet av en måneds tid. Jeg gjorde også fortløpende vurderinger av hvor mange informanter som syntes nødvendige etter hvert i intervjuprosessen. Da jeg etter de første to intervjuene erfarte at jeg fikk inn mye relevant materiale, avgrenset jeg prosjektet til tre intervjuer.

Jeg endte opp med følgende deltakere:

- **Informant en:** mann, i sekstiårene, jobber i privat praksis.
- **Informant to:** kvinne, i femtiårene, jobber ved et distriktpsikiatrisk senter.
- **Informant tre:** kvinne, i førtiårene, jobber i privat praksis.

Alle informantene har mellom 10 og 20 års arbeidserfaring som praktiserende psykomotorisk fysioterapeut.

Intervjuer og transkribering

Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en på forhånd utarbeidet intervjuguide (vedlegg 2). Intervjuguiden bestod hovedsakelig av åpne spørsmål som inviterte til beskrivelser av de aktuelle temaene, og var fleksibel med tanke på rekkefølge og oppfølging av spørsmål. Intervjuguiden var inndelt i fire deler og omhandlet innledende spørsmål, opplevelser av krevende pasientmøter, følelser/erfaringer knyttet til krevende pasientmøter og strategier for å regulere egne følelser i krevende pasientmøter. Etter hvert av de to første intervjuene evaluerte jeg egen gjennomføring og planla eventuelle justeringer med tanke på neste intervju. Underveis i prosessen så jeg blant annet nødvendigheten av å bli enda mer fokusert på å få informantene til å utdype interessante temaer som kom frem i intervjuene, og gi tid til å gå i dybden av disse. Intervjuene ble tatt

opp på lydopptaker i sin helhet, lagret i sikkert nettskjema og deretter fortløpende transkribert ordrett av meg. I transkripsjonen inkluderte jeg pauser, kroppsspråk, latter og utheving av ord og utsagn. Slike detaljer har gjort det mulig å se flere nyanser i det som ble formidlet av informantene, noe som ofte er nødvendig for å sikre gode analyser av materialet (Tjora, 2017). Intervjuene ble gjennomført i rolige forhold uten forstyrrelser på den enkeltes informants arbeidssted, og hadde varighet på mellom 59 og 63 minutter.

Analyse

Analysen av materialet i denne studien følger prinsipper som er tett knyttet opp til tematisk analyse. Tematisk analyse er en metode som i utbredt grad benyttes innen kvalitativ forskning, særlig innen psykologifeltet (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse tilbyr en rekke verktøy for å potensielt skape nyanserte, komplekse og tolkende analyser av materialet. Metoden er særlig velegnet til å identifisere mønster og temaer i materialet og for å beskrive og tolke disse på ulike måter (Braun, Clarke, & Weate, 2016). Denne analysemetoden har ofte blitt brukt i studier med 15 eller flere datasett, men blir også regnet som velegnet hvor det er betydelig mindre materiale, også helt ned i studier med to informanter (Cedervall & Åberg, 2010).

Tematisk analyse blir ofte beskrevet som en fleksibel analysemetode, da den ikke er knyttet til noe spesifikt epistemologisk eller teoretisk perspektiv (Maguire & Delahunt, 2017). Analysemetoden innebærer at en som forsker på forhånd kan ta stilling til hvilke teoretiske perspektiver eller prinsipper en ønsker å bruke, og så anvende disse innen rammene for den tematiske analysen (Braun & Clarke, 2006). Sentralt i tematisk analyse står viktigheten av å gå lenger enn å bare beskrive og oppsummere det som blir sagt. En god tematisk analyse fortolker det som blir sagt og gir mening til dette (Braun & Clarke, 2006). Metoden fremhever benyttelsen av ulike fokus i tolkningen av materialet (Braun et al., 2016). Ved et semantisk fokus på materialet rapporteres og tematiseres det som eksplisitt sies av informantene når det gjelder begreper, meninger og erfaringer. Et latent fokus på materialet refererer til underliggende meninger i det som sies eksplisitt, og koder og analysen skapes og utvikles rundt ideer eller begreper som ligger bak det som uttrykkes (Braun et al., 2016). En skiller også mellom induktiv og deduktiv tilnærming til analysen. Mens det i induktiv tilnærming er datainnholdet som leder analysen vil en deduktiv

tilnærming være preget av at analysen blir drevet av teoretiske begreper. I praksis benyttes en kombinasjon av semantisk og latent fokus i analysearbeidet, samt induktivt og deduktivt fokus (Braun et al., 2016). I min studie er jeg mest interessert i at innholdet i datamaterialet leder analysearbeidet (induktiv tilnærming), men jeg erkjenner at jeg også uunngåelig er påvirket av teori, tidligere kunnskap og egne erfaringer knyttet til temaet.

I tematisk analyse beskrives seks steg som rammeverk for analyseprosessen, og jeg har i hovedsak fulgt disse trinnene i analysearbeidet. Gjennomføringen er ment å utføres kronologisk, men det kan være nødvendig å hoppe mellom de ulike stegene i prosessen, særlig om en jobber med betydelige mengder og komplekst datamateriale (Braun & Clarke, 2006).

1: Første steg beskrives som familiarisering, å bli kjent med materialet gjennom å lese dette gjentatte ganger og ta eventuelle notater underveis (Braun & Clarke, 2006). I dette steget startet jeg prosessen med å identifisere interessante temaer og utsagn i materialet, som en forberedelse til neste steg.

2: I steg nummer starter en organisering av materialet gjennom koding av dette i ulike meningskategorier. Denne delen av analyseprosessen regnes som et nøkkeltrinn i tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Å kode materialet på en beskrivende måte var en tidkrevende, men viktig jobb, og viste seg å være en god investering for den videre analyseprosessen. Et viktig moment i denne sammenhengen er å ikke kode og koble materialet direkte til et tema så tidlig i prosessen, men å identifisere og navngi de enkelte utsagt, både eksplisitt og implisitt, og på semantisk og latent, nivå (Braun et al., 2016).

3: I steg tre søker en etter å identifisere mer overordnede tema fra gjennomgang av de utarbeidede kodene i materialet (Braun & Clarke, 2006). Dette arbeidet ble gjennomført ved å samle og organisere kodene som lignet hverandre i hvert enkelt intervju i kategorier og videre i temaer.

4 + 5: Fjerde steg går ut på å granske de foreløpige temaene opp mot hele materialet, mens temaene defineres endelig ut fra en gjennomgang av temaer og underkategorier i femte steg (Braun & Clarke, 2006). Arbeidet med å definere de endelige temaene og underkategoriene ble gjennomført ved å liste opp de utarbeidede kodene i foreløpige

kategorier fra hvert intervju i parallelle kolonner. Slik ble arbeidet med å identifisere felles temaer i materialet lettere.

6: Sjette og siste steg i tematisk analyse tar for seg presentasjon av resultater gjennom de identifiserte temaene fra materialet, slik de fremkommer i neste kapittel av prosjektet (Braun & Clarke, 2006).

Kvalitetskrav i kvalitativ forskning

Når det gjelder kvalitetskrav knyttet til kvalitativ forskning innen psykologifeltet har Yardley (2000) fremhevet flere sentrale punkter som bør ivaretas for å sikre tilstrekkelig kvalitet: *sensitivitet til kontekst (sensitivity to context)*, *forpliktelse og grundighet (commitment and rigour)*, *sammenheng og gjennomsiktighet (coherence and transparency)*, samt *innvirkning og betydning (impact and importance)* (Yardley, 2000). Det vil i dette tilfellet være relevant å følge nevnte kvalitetskrav, da tematikken som undersøkes ligger tett opp til psykologifeltet. Å vise sensitivitet til konteksten som undersøkes vil blant annet si å klargjøre hva som allerede er kjent om emnet og hva som skal undersøkes gjennom et klart forskningsspørsmål (Yardley, 2000). I denne studien er dette gjort gjennom gjennomgang av tilgjengelig kunnskap og utforming av forskningsspørsmålene. Krav til forpliktelse og grundighet knyttes blant annet til tilstrekkelig kompetanse om forskningstemaet og -metoden, samt grundighet i utførelsen av forskningsprosessen (Yardley, 2000). Jeg jobber selv som psykomotorisk fysioterapeut og har vært i en prosess med denne studien over hele siste studieår. Kvalitetskrav til grundighet består blant annet av å sikre tilstrekkelige sitater per informant innen et enkelt tema i presentasjon av resultatene. Når det gjelder studier med 1-3 deltakere er det foreslått at det bør inkluderes sitater fra hver informant i hvert tema (Smith, Flowers, & Larkin, 2013), noe som er gjort i denne studien. Når det gjelder kravet om sammenheng viser dette til hvordan studien fremstår når det gjelder sammenheng og helhet, mens kravet til gjennomsiktighet går ut på at de ulike trinn i analyseprosessen er godt beskrevet og tilgjengelig for leseren (Yardley, 2000). I egen studie har jeg bestrebet meg på å gjøre en grundig analyse og bearbeiding av materialet for å skape en meningsfull og sammenhengende oppgave. Gjennomsiktighet er sikret gjennom en detaljert beskrivelse av forsknings- og analyseprosessen sine ulike steg slik at leseren kan se hva som er gjort på de

ulike stegene, og gjennom bruken av sitater som viser leseren hva analysen er basert på (Yardley, 2000). Siste kvalitetskrav knyttes til innvirkning og betydning, at forskningens gyldighet også er tett knyttet til at den forteller leseren noe av interesse og som kan være av nytte for fagområdet (Yardley, 2000). Funnene i studien kan i dette tilfellet være av interesse, da det er liten kunnskap om dette temaet fra før av.

Studiens begrensninger

Når det gjelder begrensninger for denne studien er det få deltakere, og resultatene kan ikke generaliseres til å gjelde alle psykomotoriske fysioterapeuter. Derimot er det å gå i dybden av et tema hos få informanter en styrke i forbindelse med kvalitativt intervju som forskningsmetode, og gir en mulighet for dybde og nyansering som andre metoder vil komme til kort med. Dybdeinformasjon om fenomener som utspiller seg kan være et viktig grunnlag for å gjøre større studier på tematikken.

Refleksivitet

Refleksivitet handler om nødvendighet og viktighet av forskerens erkjennelse av å alltid medbringe sine egne erfaringer og forforståelser inn i forskningen, og at fortolkningen av studiens funn uunngåelig vil bli gjort i lys av disse (Smith et al., 2013). Jeg er i dette tilfellet bevisst min rolle som student i psykomotorisk fysioterapi og hva dette innebærer og medbringer av erfaringer og forforståelse inn i prosjektet. Selv om mine forforståelser og antakelser kan tenkes å farge presentasjonen av studiens resultater kan min bakgrunn, tidligere erfaringer og forforståelse samtidig være nyttig i arbeidet med å forstå og fortolke meningsinnholdet i det deltakerne formidler. Gjennom egen erfaringsbakgrunn har det for eksempel vært lettere å stille relevante spørsmål underveis i intervju situasjonen, da jeg trolig har kunnet leve meg mer inn i det som ble formidlet enn om jeg ikke hadde denne «innside»- kunnskapen og kompetansen selv.

Etiske betraktninger

Det må gjennom hele forskningsprosessen tas hensyn til de etiske forhold som er aktuelle. I dette tilfellet tar prosjektet for seg potensielt sårbare tema i et lite faglig miljø. Dette skjerper kravet til anonymisering av informantene (Tjora, 2017). For å kunne garantere anonymitet kan det i tvilstilfeller være aktuelt å sjekke med informantene om anonymiseringen er god nok (Tjora, 2017). Når forskningen tematiserer personlige eller vanskelige tema, bør en også ta hensyn til om intervjuet potensielt kan skape ubehag for informanten i løpet av prosessen. Av hensyn til informantene vil det være viktig klargjøre at intervjuet kan avsluttes når som helst, at en kan trekke seg også etter fullført intervju (Tjora, 2017). I dette prosjektet ble det gitt mulighet til å trekke seg fra studien inntil arbeidet med analyseprosessen ble igangsatt. Det er også viktig å være klar over at det i kvalitative forskningsprosjekter ofte kan oppstå tillitsforhold mellom informanter og forskere, som igjen kan skape følelser av forventninger og forpliktelser i begge retninger. Dette kan for eksempel gjøre det å trekke seg fra prosjektet mer komplisert enn ønsket (Tjora, 2017). Prosjektet har vært gjennom en godkjenningssprosess av Norsk senter for forskningsdata (vedlegg 3) ettersom det har krevd oppbevaring av informasjon om informanter, lydopptak og informasjon som kan tenkes å kunne identifisere enkeltpersoner (NSD, 2019). At samtykkeskjema er tilstrekkelig korrekt utarbeidet med tanke på omfang av prosjektet vil være viktig.

RESULTATER

I analyseprosessen har jeg identifisert tre hovedtemaer i materialet. Hovedtemaene og tilhørende underkategorier vil beskrives nedenfor. Temaene er illustrert i figur 1, som også viser hvordan temaene er relatert til hverandre. Sitater fra transkripsjonene vil brukes for å illustrere undertemaene.¹

¹ I sitater er pauser i snakkingen illustrert med tre følgende punktum

I sitater hvor deler av teksten er tatt bort vises dette som tre punktum i parentes (...).

Beskrivelser av hva informantene gjør i sitater vises i parentes ().

Tekst som klargjør mening i sitatene vises i firkantet parentes [].

Figur 1: Tematisk oversikt over bevissthet om følelser og regulering egne følelser i krevende pasientmøter hos psykomotoriske fysioterapeuter



Å kjenne seg selv

Første hovedtema tar for seg terapeutenes bevissthet om egne følelser. I dette hovedtemaet har jeg identifisert fire underkategorier: *krevende pasientmøter trigger følelser*, *forskjellige følelser som trigges*, *egne følelser gir behandlingen retning*, og *empati*.

Krevende pasientmøter trigger følelser. Informantene forteller at de har en tydelig bevissthet om egne følelser² og at ulike følelser kan trigges i forbindelse med krevende pasientmøter. Informantene erfarer at følelser trigges lettere dersom pasientens livssituasjon ligner mye på deres egen og at det pasienten uttrykker er gjenkjennelig. I slike tilfeller kan det oppleves vanskeligere å være helt tilstede i behandlingen, og bevisstheten om å skille mellom seg selv og pasienten blir viktigere for terapeutene. Følgende sitat fra informant tre kan illustrere dette poenget:

² Begrepet følelser brukes her i vid forstand med grunnlag i informantenes beskrivelser av sine erfaringer.

«Jeg har en ung dame nå, som jeg kan relatere til noe av hennes ting, og da kjenner jeg at jeg går litt ut av meg selv og henne, holdt jeg på å si. At hun trigger... Hun trigger ikke sånn sinne eller noe sånne ting, men hun trigger kanskje noe som er litt ubearbeidet (...) Men jeg merker at jeg har litt vanskeligere for å få ... være til stede 100%. At jeg detter litt inn i mitt eget, og det er sikkert ikke det beste.»

Informantene er opptatt av å sortere i og skille mellom følelsene de registrerer i seg selv for å forstå hvor følelsen kommer fra. De er opptatt av at følelsene de selv kjenner på i krevende pasientmøter kan ha sitt opphav i pasienten. Informanten som jobber innen psykiatrien ser ut til å oppleve dette i størst grad. Hun erfarer ofte at følelser kan overføres til henne fra pasientene, og hun forsøker å være dette mest mulig bevisst. Hun gir også inntrykk av å møte større følelsesmessig belastning i krevende pasientmøter enn hva informantene fra privat praksis gir uttrykk for. Informantene fra privat praksis beskriver at de kan oppleve å bli «smittet» av følelser (for eksempel tafatthet og nedstemthet) som utspiller seg i terapirommet og at de i slike møter kan kjenne på en form for trøtthet hos seg selv.

Informantene gir også uttrykk for at følelser knyttet til krevende pasientmøter kan dukke opp i ulike sammenhenger utenfor arbeidstiden. De kan oppleve grubling over hvordan de har tatt imot pasientene, hvordan de skal håndtere det som skjer i behandlingen, eller at de kan oppleve at de tenker mye på og bekymrer seg for pasienter som kan være suicidale.

Forskjellige følelser som trigges. Informantene formidler at hele følelsesspekteret er tilstede i arbeid med pasientene, på godt og vondt. I forbindelse med krevende pasientmøter kan informantene kjenne på en rekke følelser som kan oppleves som negativt ladet, inkludert irritasjon, frustrasjon, utålmodighet, usikkerhet, maktesløshet, fortvilelse, utrygghet, bekymring og engstelse. De ulike følelsene blir knyttet til ulike situasjoner og varierer i styrke og hvor ofte de dukker opp.

Irritasjon og maktesløshet er følelser informant en kan kjenne på når han opplever at pasientene ikke kommer noe videre i behandlingen han gir. Han beskriver særlig at følelsen av maktesløshet er krevende å håndtere, og at det er en følelse som ofte kan bli

sittende i han over tid og gi grubling utover arbeidstiden. Informant to sier dette om grubling og tvilende tanker om krevende pasientmøter, og om hva det gjør med henne:

«Det kan komme på nattestid. At liksom «Guri! Hva sa jeg nå? Åh, nei, tenk hvis det blir oppfattet sånn.» Det kan være vanskelig. Det kan være krevende. (...) Når jeg våkner på natten, så kan jeg ha hjertebank, jeg kan være urolig, jeg kan være lys våken. Litt tankekjør, sånn negative tanker som kjører. Ja, selvkritisk. «Hvorfor sa jeg det, det var dumt sagt.»

En annen følelse som beskrives og som kan dukke opp utenfor arbeidstiden er bekymringer knyttet til pasienter som kan stå i fare for å ta sitt eget liv. Informant to forteller i denne sammenheng at hun har tatt seg selv i å sjekke dødsannonser gjennom sommerferien etter å ha hatt en pasient hun var bekymret for. For henne gjør følelsen av hjelpeløshet i pasientmøter at andre følelser går mer inn på henne. Hun beskriver videre hvordan redsel og engstelse kan utartes i forbindelse med krevende pasientmøter:

«Det tror jeg må være den angsten jeg kjenner når jeg får den tause pasienten. De som gir dårlige tilbakemeldinger. Den usikkerheten når jeg ikke kan få svar på «vil du dette eller vil du det ikke?» Og jeg må ta valget og jeg må stå for det valget. Ja. Det tror jeg jeg kjenner oftest på. (...) Så jeg kan kjenne på angst. Jeg kan kjenne på prestasjonsangst også. Så absolutt. Når en står ovenfor pasienter med meget komplekse problemstillinger. Det kan medføre en del angst og redsel for å trå feil.»

Informant tre beskriver det å kunne kjenne på bekymring når pasientene får kraftige reaksjoner på behandlingen. Hun kan bli usikker på om hun har gjort noe som ikke er bra for pasienten, eller om hun har gått utenfor sin yrkesrolle. Hun beskriver også at pasientmøter hvor hun har følt seg utnyttet, «spist opp», manipulert, eller føler seg trukket ut av sin faglighet av pasienten, kan gjøre henne frustrert og irritert:

«Ja, jeg blir irritert. Og jeg blir frustrert over at. ... Føler meg litt sånn utnyttet kanskje. Litt sånn der ... Hvis en skal ha en arbeidsallianse så må det gå litt sånn begge veier. Mhm ... Ja, hva kjenner jeg på.. Nei, det er en irritasjon. (...) Det er jo gjerne ikke den personen du gleder deg mest til å ha, da. Neste gang de kommer.

Selv om at, jeg ser jo at det sånn sett er en trivelig dame, men du føler at de manipulerer deg, på en måte. Og at de trekker deg litt ut av din. ... Altså, litt ut av min faglighet, på en måte.”

Informantene forteller også om hvordan følelsene de kjenner på kan kjennes i egen kropp. Mens tristhet kan gi fornemmelser av tunghet og av og til gråt, kan frustrasjon gi en kribling i kroppen, mens bekymring kan gjøre at en føler seg «susen» i hodet. De gir uttrykk for at slike kroppslige fornemmelser kan øke bevissthet om egne følelser.

Egne følelser gir behandlingen retning. Samtidig som informantene tegner et bilde av å kjenne på en rekke negative følelser i krevende pasientmøter, uttrykker de også at slike følelser kan være en nyttig kilde til å forstå mer av hva som foregår i behandlingsrommet og at egne følelser kan være et verktøy i arbeidet. Informantene formidler at de er nysgjerrige på følelser som trigges i behandlingssituasjoner og de er opptatt av å reflektere over og akseptere de følelsene de kjenner på. Informant to beskriver at hun hele tiden prøver å registrere og forstå egne følelser, samtidig som hun legger de «på is» under pasientmøtet, for å heller forsøke å forstå og bearbeide følelsene på et senere tidspunkt. Hun opplever at det er nyttig å øve seg på å «parkere» og sette til side det som ikke er hennes. De andre informantene forteller også at de er bevisst på å registrere egne følelser, og at de aktivt velger hvor stor plass følelsene som dukker opp skal få ta der og da, avhengig av hvilken nytte pasienten kan ha:

«Fordi at jeg ser at noen pasienter har veldig lite.. Altså, de uttrykker veldig lite ..., både fysisk, altså i kroppen, og ellers også. Ikke sant. Litt lite sine følelser. De kan sitte og fortelle en grusom historie, og så er det nesten ingen ... Altså, det er lav tone. Det er nesten som de ikke er berørt av sin egen historie, ikke sant? Og da kan jeg bevisst anvende, for eksempel, at jeg.. «Herlighet, har du opplevd det? Det må jo være helt forferdelig!» Og da bruker jeg jo helt bevisst, altså, min kropp og min stemme, for å vise at dette er jo en grusom historie du kommer med.» (informant en)

«Jeg tror at nå når jeg er mye mer klar over hva skjer, at jeg kan kjenne at, ja nå

var det noe som skjedde med meg. Men noen ganger så handler det jo om å bruke den lille grann, og kjenne, er dette meg eller er det rett og slett bare den andre sitt som smitter over på meg. Og så si litt høyt om hva en ... Ja ... «Er det noe uro her, jeg kan kjenne en form for uro, er det noe du kjenner på?» Sant, altså bruke det på den måten da. Mhm.» (informant tre)

Informant tre beskriver i det siste sitatet hvordan hun av og til kan ta utgangspunkt i egne følelser for å belyse hva som foregår i pasientmøtet. På lignende måte bruker informant to egne følelser aktivt i behandlingen, først og fremst for å forstå mer av pasienten. Hun kan for eksempel bruke sin egen følelse av usikkerhet i et krevende pasientmøte til å fremme tydelighet. Dette kan hun gjøre ved å formidle egen usikkerhet til pasienten, og spørre hva han egentlig vil eller mener, noe hun erfarer kan virke oppklarende, både for pasienten og henne selv. Denne type tydelighet og avklaringer kan også være positivt for selve relasjonen til pasienten:

«Det kan være en icebreaker, hvis jeg sier «Beklager, jeg har visst ikke en helt god dag i dag. Jeg beklager det, vi får gjøre det beste ut av det.» Og det kan være en icebreaker. Og det kan være godt for pasienten å se at det ikke bare er de som har det, ja «Kan du også ha en dårlig dag?», liksom.»

Empati. På spørsmål om hva de mener med empati kommer dette fram som et tema alle informantene har et bevisst forhold til og ser på som en viktig del av det å utøve yrket sitt. Empati kan ifølge informantene regnes som både et redskap og en måte å være på. Å være empatisk er ifølge informantene å vise at en ser pasienten og hva vedkommende kommer med og leve seg inn i hvordan den andre har det. En trenger ifølge informantene ikke nødvendigvis å være i kontakt med de samme følelsene som pasienten har for å være empatisk, det kan være nok å se og merke hvordan den andre har det og bekrefte dette. Informantene er opptatt av å skille mellom empati og sympati, og at det er viktigere å være en empatisk støttespiller som forsøker å forstå pasienten enn å være en som bare trøster og synes synd på. Empati er på denne måten noe de kan ha for alle pasientene de møter, selv om det er noen en ikke liker, eller har sympati for. For informant to er dette viktig å være bevisst, særlig i møter med pasienter som har utført handlinger hun tar sterk avstand fra, og

som hun ikke så sjelden møter. Hun er opptatt av at alle mennesker fortjener empati:

«At jeg kan ha empati med en pasient, og de aller fleste har jeg sympati med også, men det hender jo at du møter mennesker som trigger noe i deg som du ikke kan ha sympati med. (...) En gang eller to kan jeg ha møtt pasienter som har pedofili. Det er utfordrende. Mhm. Det er utfordrende å finne empatien ... Og da er det viktig at en er bevisst på dette med empati og sympati, og prøve å huske at et menneske har mer enn én side. En kan ikke like alle sider av noen.»

Selv om empati er en måte å leve seg inn i den andres opplevelse kan den ifølge informantene samtidig fungere som et skille mellom terapeuten og pasienten. Informantene formidler at å søke en balanse i empatien er viktig, og prøver å være bevisst når en lever seg for mye inn i den andre, og da kan ta et skritt tilbake. På denne måten kan empati også være grensesettende, i den forstand at empati kan hjelpe med å skape et skille mellom hva som pasienten kommer med og hva som er ens eget.

Avgrensning og debrifing

Det neste hovedtemaet omhandler strategier for å regulere egne følelser, og er inndelt i tre underkategorier: *strukturelle grep, å sette grenser og kollegial støtte.*

Strukturelle grep. Informantene uttrykker at å ha struktur i arbeidshverdagen kan bidra positivt til å håndtere følelser i forbindelse med krevende pasientmøter. Informantene forteller at det å planlegge arbeidsdagen er en viktig strategi. Informant tre prøver å fordele pasientmøter som kan være krevende utover hele uken om det lar seg gjøre. Hun er bevisst på å ikke sette opp pasientmøter som hun vet kan kreve mye energi av henne på tidspunkter hun vet hun kan være sliten, spesielt mot slutten av uken. Hun er også tydelig på at hun alltid prioriterer å ta pauser, og at det er viktig for å ivareta seg selv i jobben. Informant to er også bevisst på hvordan hun disponerer arbeidsdagen, spesielt når hun kjenner seg stresset, da det virker stabiliserende på henne. En måte hun gjør dette på, beskriver hun slik:

«Jeg forsøker å være bevisst på om jeg ... Hvor er jeg hen på den aktuelle dagen. Har jeg behov for å sitte litt for meg selv, å spise lunsj for eksempel. Eller er det godt å få litt atspredelse og gå ut og snakke om løst og fast med kollegaer, eller. Det forsøker jeg å være bevisst på. Hvordan jeg bruker pausene mine.»

Fysioterapeutene opplever at det noen ganger kan være utfordrende å opprettholde en god struktur på dagene. Informant tre kan for eksempel kjenne at det er utfordrende når det kommer opp vanskelige tema eller oppstår situasjoner på slutten av timen som gjør at noen pasientmøter «spiser seg inn» på lunsjpausen hennes. I slike tilfeller kan det være vanskelig å sette tydelige grenser for pasienten, fordi hun er redd for at vedkommende skal føle seg avvist. Hun setter derfor tydelige rammer overfor pasientene, for å unngå at konsultasjonene går utover den oppsatte tiden:

«Altså, det er jo noe med å vise tydelig hvilke rammer en har, hvilke rammer en skal jobbe innenfor. Hvor ofte skal vi treffes på en måte, og når vi treffes så har vi en time. (...) Jeg har vendt meg til å, med henne å si «okei, nå er det ti minutter igjen», og «nå er det fem minutter igjen.»

Å avtale med pasienten i starten av timen hva som skal være i fokus, og hvor lang tid de har til rådighet til de ulike elementene, er også grep hun tar for å unngå å at behandlingen går inn i et uønsket spor, som for eksempel å bruke hele timen på samtale.

Å sette grenser. Å på ulike måter sette grenser i arbeidshverdagen beskrives av informantene som viktige strategier for å håndtere jobben sin. De er bevisste på viktigheten av å skille mellom jobb og fritid, og prøver å unngå å ta med seg tanker om jobben og arbeidsoppgaver hjem:

«Jeg forsøker å la alt som har med jobb å gjøre ligge når jeg er hjemme. Og selvfølgelig, det som jeg tar med hjem har ingenting med pasienter å gjøre, men det kan ha med andre ting å gjøre. Men pasientrelatert arbeid, det tar jeg jo aldri med hjem. Selvfølgelig ikke.» (informant to)

«Jeg tror nok at etter hvert som en er mer erfaren at en klarer på en måte å legge det til side. Altså, når jeg er ferdig på jobben så har jeg et annet liv. Så legger jeg det bort, så er jeg ferdig med jobben.» (informant tre)

Noen pasientmøter kan være så krevende at de utfordrer terapeutenes opplevelse av egen kompetanse og av hva de føler de klarer stå i. De kan føle de kommer til kort, og tenker at det av og til ikke er riktig å fortsette behandling. Å avslutte slike behandlingsforløp kan imidlertid oppleves som utfordrende av de intervjuede fysioterapeutene, selv om det i noen tilfeller er nødvendig:

«Nei, det var heftig. Til slutt måtte jeg bare ringe til fastlegen og si at dette blir for voldsomt for meg. Her må det inn et team, og hun må tas mer vare på ... Det er for mye for en privatpraktiserende å ha. For hun hadde så mye sinne, og hun mente jo at noen hadde påført henne ... en skade. Altså, fordi hun hadde, hun fikk reaksjoner. Masse skjelvninger, og.. Men jeg tror det var rett [å avslutte behandlingen].» (informant tre)

«Så av og til er det bedre å bare. ... Rett og slett kutte ut. Ikke sant. Det er egentlig, altså ... Terapeutisk sett, så er det egentlig bare best å bare si stopp (...) Og det er for min del bedre og for pasienten også. Det er jo det.» (informant en)

Informant to er opptatt av at en som psykomotorisk fysioterapeut hele tiden må være bevisst hvor grensene for egen yrkesrolle går i arbeidet med pasienter. Dette beskriver hun er viktig for å unngå overinvolvering i pasienten og for å videre kunne avslutte behandlingen på en god måte når tiden er inne for det. Hun støtter seg også på de rammer som ligger i spesialisthelsetjenesten, og som gjør det lettere å avslutte behandlingsforløp, ettersom det ikke er anledning til at pasientene går i behandling over for lang tid i denne tjenesten.

Kollegial støtte. Et tema informantene er opptatt av er å bruke samtaler med kollegaer for å håndtere vanskelige følelser, dele egne reaksjoner og bearbeide ting de har strevd med i pasientmøter. Å ha faste møtepunkter med kollegaer gjennom dagen fremheves som viktig,

og det at kollegaer er tilgjengelige i løpet av arbeidsdagen, selv om disse ikke er psykomotoriske fysioterapeuter, har stor betydning:

«Heldigvis, igjen. Jeg har veldig kloke kollegaer som er veldig gode på å si noe om det. Det er stor takhøyde her. Sånn at ... er det behov for å lufte noe, så er det alltid noen som vil høre på deg, og du får luftet det som er. Og når det er tilgjengelig så blir behovet også mindre, ja altså, du vet at du blir hørt hvis du sier noe. Det betyr veldig mye. (...) Det er veldig trøstende. Det er det.» (informant to)

«Hvis jeg kjenner at jeg har reagert på noe, eller noe har opprørt meg, så har jeg en kollega jeg snakker med. Ja, spesielt han i naborommet. Vi går litt sånn, av og til inn til hverandre, og ja ... Får avreagert litte grann. (...) Av og til så er det der og da du trenger det ... Og gjerne litt sånn, «hva er det som skjer nå, er det meg eller?» (ler), holdt jeg på å si, er det ... Eller hvis det er noe som dukker opp som du ikke skjønner helt liksom. Selv om det ikke er psykomotorikere, så er det jo ... Ja, kloke kollegaer likevel. (...) Det gjør meg godt.» (informant tre)

Informantene fremhever også at de har god nytte av mer strukturert kollegaveiledning og veiledning i tverrfaglige team med jevne mellomrom. Informanten fra psykiatrien står sjelden alene med behandleransvaret for pasienter, og for henne kjennes det støttende å samarbeide om pasienter med en annen behandler. Å kunne jobbe sammen om en pasient merker hun er godt både for henne og den andre behandleren, samtidig som det først og fremst kommer pasienten til gode.

Kroppslige strategier

Tredje hovedtema handler også om informantenes måter å håndtere egne følelser og er inndelt i følgende underkategorier: *kontakt med egen kropp, og trening, aktivitet og avkobling.*

Kontakt med egen kropp. Informantene forteller at de på ulike måter bruker kroppen aktivt i regulering av egne følelser og reaksjoner som oppstår i forbindelse med krevende pasientmøter. Alle informantene beskriver at de bruker prinsipper fra psykomotorisk fysioterapi «på seg selv». Informant tre er tydelig på at hun først og fremst gjør valg i

behandlingen basert på pasienten, men at hun noen ganger også kan kjenne at hun selv har godt av å gjøre ulike øvelser sammen med pasienten. Det hender også at hun gjør øvelser for seg selv mellom to pasientmøter når hun kjenner hun trenger det. Informant en er spesielt opptatt av å ha kontakt med egen kropp under krevende pasientmøter, og beskriver denne bevisstheten som sin «redning»:

«Etter hvert så har jeg lært meg en teknikk. Å rett og slett bli sittende. Altså rett og slett jobbe veldig ut fra meg selv. Ground deg. Sitt. Ikke la deg rive med, ikke sant. Og jeg merker det på selve kroppen min. (...) Tenker helt tydelig at jeg sitter. Ikke sant. Kjenner kontakt med stolen. Kjenner tyngden min. Også kjenne pusten min. Lytte etter. (...) Så jeg føler jeg er like mye i en sånn behandling, til stede med meg selv. (...) Ett øye innover og ett øye utover. Det bruker jeg mye. (...) Når jeg får pasienter som jeg må jobbe litt med, ikke sant. Så kjenner jeg veldig tydelig, «hva gjør jeg nå?» Og det, det har jeg egentlig lært ganske tidlig, altså. At jeg skal være meg bevisst på det.»

Å bruke kroppens stilling og plassering for å beskytte seg er strategier informantene forteller om i forbindelse med krevende pasientmøter. De gjør gjerne bevisste valg om egen kroppsholdning under slike pasientmøter:

«Av og til gjør en gjerne noen ... Plassering av meg selv i forhold til pasienten. Gjerner sitter med beina i kors (ler litt). Vender meg litt vekk hvis jeg føler de er litt for. ... Altså, gjør noen sånne bevisste valg, tror jeg. Ja.. (...) Jeg føler det beskytter meg lite grann. Mhm, at det blir ikke så.. Ja ... Akkurat som jeg setter på meg en beskyttelseskappe.» (informant tre)

«Jeg kan velge å legge beina mine i kryss på en spesiell måte (legger beina sine i kryss). Eller jeg kan sette meg til sånn, med å legge armene i kryss (legger armene i kryss). Da vet jeg at jeg beskytter meg mer. Så jeg er veldig bevisst om hvordan kroppsholdning jeg har. Ikke så mye overfor pasienten. Det tenker jeg bare er falskt. At jeg inntar en innlært kroppsholdning overfor pasienten. Jeg har ikke lyst å være falsk. Men jeg gjør det for meg. Hvis jeg trenger det, så gjør jeg det sånn. (...) Og det kan jeg få effekt av. (...) Økt ro. Samle tankene. Du får. ... Akkurat som du får et lite skjold. At jeg er en viking i krig, men jeg har skjoldet med.» (informant to)

Å gå i egenbehandling i psykomotorisk fysioterapi er også noe enkelte informanter har hatt god nytte av og som de kunne tenke seg å gjenta. En informant tenker det i tillegg kunne vært nyttig å gå til psykolog for å lære seg selv mer å kjenne, for på den måten å kunne håndtere krevende elementer i jobben sin bedre.

Trening, aktivitet og avkobling. Informantene formidler at trening, turgåing og aktiviteter i ulike former i hverdagen gir overskudd som gjør håndteringen av det som er krevende i jobben lettere. To av informantene beskriver det å sykle til og fra jobb som en måte å omstille seg på og bearbeide dagen som har vært:

«Jeg har jo min sykkeltur hjem. Ja, ikke sant? Det er jo herlig. Det er ti minutter, et kvarter. Hvor du lar ting gå litt.» (informant en)

«Jeg driver og sykler til og fra jobb. Det synes jeg er en veldig god strategi, for da blir jeg på en måte litt ferdig med jobben på veien hjem. Så når jeg da, kanskje tenker litt på det, og så tenker jeg mindre og mindre på det i løpet av sykkelturen ... Har en vært i fysisk aktivitet, og så får opp litt energinivå.» (informant tre)

Informant to er ikke bare opptatt av å koble av på fritiden, men også av å gi seg selv utfordringer og bygge seg opp fysisk og mentalt for å klare å stå i jobben:

«Og så kan det jo selvfølgelig være å gjøre noe helt annet. Finne noe atspredelse på et eller annet vis. Altså, ja. Gjøre noe jeg aldri har gjort før. Kanskje dra ut med kano. (...) Det har jeg gjort én gang (ler). Og det funket godt det. Ja. (...) jeg var veldig bevisst om hvor godt det var faktisk å utfordre seg selv litt. (...) Det hender jeg utfordrer meg selv når jeg går i fjellet, for eksempel. At jeg utfordrer høydeskrekken litt. Og at jeg ikke hører på den stemmen som sier at jeg ikke skal gå så nærme.»

Informant tre beskriver at hun også kan bruke aktivitet som en måte å flytte fokus og håndtere følelser i krevende pasientmøter. Hun forteller om eksempler hvor hun har valgt å ta med pasienter ut på tur når situasjoner har stått fast og vært krevende i behandlingsrommet. Selv om hun har gjort dette for pasients beste, har hun samtidig

opplevd å selv ha nytte av å komme seg ut, da det som er krevende oppleves litt mindre intenst når en er ute og går.

DISKUSJON

Hensikten med prosjektet er å undersøke psykomotoriske fysioterapeuters bevissthet om egne følelser i krevende pasientmøter og hvordan de håndterer disse. I dette kapitlet diskuteres resultatene i lys av relevant forskningslitteratur, teori og egne refleksjoner. Jeg vil ta for meg hovedtemaene som er presentert i resultatkapitlet og bringe inn ulike elementer fra disse i diskusjonen.

Bevissthet om egne følelser

Resultatene viser at krevende pasientmøter vekker en rekke negativt ladede følelser hos informantene i forbindelse med krevende pasientmøter, inkludert irritasjon, frustrasjon, utålmodighet, usikkerhet, maktesløshet, fortvilelse, utrygghet, bekymring og engstelse. Studier gjort av andre typer behandlere og helsearbeidere viser at slike følelser ofte kan gjøre seg gjeldende i krevende pasientsituasjoner, og at helsearbeidere kan kjenne på hele følelsesregisteret i slike møter. Negativt relaterte følelser som tristhet, redsel, frustrasjon, sinne og usikkerhet ser ut til å være mest fremtredende i vanskelige pasientmøter blant behandlere og helsearbeidere (Martin et al., 2015; Silva & Carvalho, 2016).

Et sentralt funn i denne undersøkelsen er at informantene kan oppleve å bli «smittet» av pasientenes følelser, og at gjenkjennelse i pasientenes historier eller livssituasjon kan trigge egne følelser. Disse følelsene kan komme både i pasientmøter, men også i ettertid av behandlinger i form av grubling, tankekjør og bekymringer. At terapeuter blir påvirket følelsesmessig av pasientene sine er et fenomen som uunngåelig vil skje i en terapisisituasjon (Skårderud et al., 2010). Innen psykologifeltet beskrives dette fenomenet som *motoverføring*. Med motoverføring menes alle følelser og væremåter, bevisste og ubevisste, som en pasient vekker i en behandler (Malt, 2019). Motoverføring skilles fra *overføring*, som betegner de følelser og væremåter som kontakt med behandler vekker hos pasienten (Malt, 2019).

Overføring og motoverføring er på denne måten viktige psykologiske prosesser i samspillet mellom pasient og behandler. Kunnskap om og forståelse for egen motoverføring kan derfor gi utvidet forståelse av pasienten og dennes problemer, mens ikke erkjente motoverføringer potensielt kan føre til kommunikasjonsvikt og mange uheldige misforståelser i en terapirelasjon. Vanlige tegn på ikke erkjente motoverføringer kan være krangel, maktkamp, kjedsomhet eller manglende konsentrasjon ovenfor en pasient (Malt, 2019). Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) skriver at terapeuter både kan kjenne seg beveget, føle sympati, bli sjarmert, og til og med forført av pasienter. Terapeuter kan også bli provoserte og føle seg urettferdig behandlet, eller de kan komme i forsvar, bli engstelige, triste, sinte, forvirret, føle seg maktesløse, føle seg inkompetente og ute av stand til å tenke klart (Skårderud et al., 2010). Flere av følelsene som knyttes til motoverføring rapporteres av informantene i min egen studie (inkludert usikkerhet, maktesløshet, engstelse og irritasjon). De forteller også om hvordan de i noen krevende pasientmøter kan oppleve å bli fanget av trøtthet og at «energien suges ut» av dem, noe som trolig handler om motoverføring. Informantene formidler at de er opptatt av å prøve å forstå hvor følelsene og reaksjonene de kjenner på har sitt opphav, noe litteraturen også påpeker som et viktig moment når det gjelder fenomenet motoverføring.

En annen parallellprosess som skjer mellom terapeut og pasient kan beskrives som *resonans* (Belin, 2019). Begrepet refererer til noe terapeuter gjenkjenner i følelser som pasienten vekker i dem som kan relateres til andre situasjoner i egen livshistorie. Det kan også hende at de følelsene som trigges oppleves fremmede og uforståelige og derfor mer lammende for terapeuten (Belin, 2019). Fenomenet resonans er også et funn i denne studien. Det vil si at informantene kan kjenne på noe ubestemmelig som de kanskje ikke får helt tak i og som gjør at de kan gå «litt utenfor seg selv», som for eksempel når den ene informanten forteller om en ung kvinne hun har i behandling som trigger noe i henne og som gjør at hun kan oppleve å falle litt «inn i sitt eget» under behandlingen.

Empati er i denne sammenheng et beslektet begrep som fremheves som en viktig del av yrkesutøvelsen til informantene. De beskriver empati som både en måte å være på og som et redskap for å leve seg inn i den andres følelser. Ifølge litteraturen er empati et mye benyttet begrep i forbindelse med terapeut-pasient-relasjoner. Begrepet spiller en viktig rolle i helsefaglig praksis og har påvirkning både på pasient og behandler (Decety &

Fotopoulou, 2014). Det er, som tidligere nevnt (se forståelser av følelser, følelsesregulering og empati) delte meninger om forståelsen av empati i litteraturen, noe som også kommer til uttrykk i resultatene i denne undersøkelsen, da enkelte informanter mener at det kan være nok å se og merke hvordan den andre har det og bekrefte dette for å være empatisk, uten «å være i» dennes følelser. Et sentralt funn i egen studie er at informantene søker en form for balanse i følelsesmessig involvering og avstand til pasientene, ved å ta et skritt tilbake når de kjenner de lever seg for mye inn i den andre. På denne måten fremstår empati som noe som også kan være grensesettende, ved at det er med på å skape et skille mellom pasientens og terapeutens følelser. At det å være for empatisk kan være belastende for helsepersonell er etter hvert godt belyst i forskningen (Gleichgerrcht & Decety, 2013). Det ser samtidig også ut som og argumenteres for at et visst nivå av følelsesmessig involvering hos behandlere er nødvendig for å ivareta tilfredshet både i yrkes- og privatliv (Gleichgerrcht & Decety, 2014). Balansen mellom overidentifikasjon og følelsesmessig avstand står med andre ord sentralt i denne sammenheng. Av denne grunn argumenteres det for at evne til følelsesregulering er kritisk viktig for behandlere for å holde egne følelser under kontroll og ivareta egen stabilitet (Decety, 2009; Decety, Yang, & Cheng, 2010).

Innen den terapeutiske verden har det tradisjonelt sett vært et ideal at behandlere skal ha følelsesmessig avstand fra pasienten og egne følelser. Særlig innen det medisinske fagmiljøet har verdier og ferdigheter knyttet til mellommenneskelighet og empati vært mindre verdsatt enn tekniske ferdigheter. Fokus på terapeutens egne følelser har nærmest blitt regnet som en svakhet hos leger (Austen, 2016; Kerasidou & Horn, 2016). Dette er oppfatninger som har endret seg mot et større fokus på behandleres egne følelser i terapirommet, og som har fått mer plass i utdanning av leger og andre helsearbeidere (Austen, 2016; Kerasidou & Horn, 2016).

Selv om det har skjedd endringer på dette området er det en pågående debatt omkring følelsesmessig nærhet og avstand til pasientene. Det diskuteres at dagens helsevesen viser tendens mot stadig nye objektiverende undersøkelsesmetoder som fører til en økt følelsesmessig avstand mellom behandler og pasient, og at dette kan være uheldig på flere nivåer (Austen, 2016). Samtidig argumenteres det for at en viss følelsesmessig avstand til pasienter er viktig for å ivareta profesjonalitet og å verne behandleren fra å bli utsatt for

følelsmessig stress over tid (Kerasidou & Horn, 2016). Irvin D. Yalom har lenge vært engasjert i terapeuters redsel for å involvere seg selv i terapisisituasjonen, og mener at en av terapeuters viktigste oppgaver er å legge merke til sine umiddelbare følelser i møtet med pasientene fordi disse representerer verdifull informasjon (2009). Yalom (2009) fremhever viktigheten av å forsøke å forstå så mye som mulig av seg selv, og at en da lettere vil klare å skille mellom hva som har sitt utgangspunkt i en selv og hva som kommer fra pasienten. Dette fremheves som et viktig skille, fordi når følelsen kommer fra pasienten kan det være et tegn på at den aktuelle følelsen også kommer frem i pasientens andre relasjoner. Ut fra dette tar Yalom (2009) til orde for å ønske følelsene i pasientmøtene velkommen, ettersom disse gir muligheter til å forstå mer av hva som foregår i terapirommet.

Yaloms synspunkter samsvarer på mange måter med funn i min egen undersøkelse, der informantene er opptatt av og nysgjerrige på å forstå mer av egne følelser og hvor disse har sitt utgangspunkt. Selv om følelser knyttet til krevende pasientmøter kan oppleves belastende formidler informantene samtidig at egne følelser oppleves som viktig informasjon, både om hva pasienten strever med og hvilken retning behandlingen bør ta. De forteller at når de selv gir uttrykk for egne følelser ovenfor pasienten, kan det oppleves positivt for pasienten og bidra til å styrke relasjonen. Forskningen bekrefter at behandleres egne følelser kan påvirke behandlingen i betydelig grad (Kozlowski et al., 2017; Silva & Carvalho, 2016). At behandlere viser følelser som gråt, smil og formidler støtte kan gi betydelige positive reaksjoner hos pasienten er også beskrevet i andre studier (Mercer & Reynolds, 2002; Silva & Carvalho, 2016). At behandleren trekker seg ut av eller hever seg over situasjonen blir derimot assosiert med negative reaksjoner hos pasienten (Silva & Carvalho, 2016). På bakgrunn av denne kunnskapen vil det nettopp være viktig for terapeuten å ha en viss kjennskap til egne reaksjonsmønstre og følelser som gjerne kan trigges i slike møter og hva dette kan ha å si for den videre behandlingen.

Selv om bevisstheten om egne følelser generelt fremstår som tydelig blant informantene i min egen studie må de tidvis lete etter ord og beskrivelser på egne opplevelser av følelser i krevende pasientmøter. Dette *kan* tyde på at det ikke er så vanlig for informantene å reflektere over eller sette ord på egne følelser i sin kliniske praksis. Enkelte informanter gir også direkte uttrykk for at de ikke har tenkt over flere av temaene som de blir spurt om i

intervjuene, som for eksempel spørsmålet om hva det er som gjør at noen pasientmøter kan oppleves som krevende. Selv om det er individuelle forskjeller mellom terapeuter kan funnene også gi åpning for spørsmål om dette er et tema som er nok løftet fram i utdannelsen til psykomotoriske fysioterapeuter. Informantene formidler at lang arbeidserfaring har hatt betydning for å bedre kunne håndtere krevende følelser i jobben. De har også blitt mer bevisst egne følelser og håndtering av disse i forbindelse med kurs eller gjennom kollegaer. Lengde på arbeidserfaring kan spille inn på håndtering av følelser, da behandlere med færre års arbeidserfaring rapporterer at de oftere opplever sterke følelser i pasientmøter enn behandlere med lenger arbeidserfaring (Silva & Carvalho, 2016). Selv om arbeidserfaring er en naturlig del av ens faglige og personlige utvikling, burde det kanskje legges til rette for at nyutdannede terapeuter er best mulig rustet for en krevende arbeidshverdag gjennom økt fokus i utdanningen på aspekter knyttet til terapeutens ivaretagelse av seg selv og på dimensjoner knyttet til følelser.

Strategier for å regulere egne følelser

Gjennom analysen av materialet ble to hovedkategorier for håndtering og regulering av følelser knyttet til krevende pasientmøter identifisert: Avgrensning og debrifing, og kroppslige strategier. Ettersom informantene arbeider i en kontekst der de har betydelig frihet til å styre egne arbeidsdager, spesielt de som jobber i privat praksis, har de også gode muligheter for å skape struktur i arbeidsdagen. Å planlegge arbeidsdagene godt og sette rammer for det enkelte pasientmøtet bidrar til at krevende pasientmøter blir lettere å håndtere. I undersøkelser om hva som kan øke arbeidsglede og motivasjon hos helse- og sosialarbeidere er autonomi, eller frihet til å ta beslutninger om egen arbeidssituasjon, fremhevet som en sentral faktor (Richardsen, 2008). Følelsen av autonomi i jobben kan gi redusert følelse av krav knyttet til jobben, noe som kan redusere stress, utbrenthet og andre negative konsekvenser (Schaufeli & Bakker, 2004). Selv om autonomi kan bidra til å redusere negative faktorer på arbeidsplassen, kan det også være en ressurs i seg selv for å nå mål og gjøre en god jobb (Schaufeli & Bakker, 2004). Det å ha mulighet til å styre egen arbeidsdag når det gjelder timeplan, bruk av pauser og lignende, gir muligheter til å unngå for mye følelsesmessig belastning på kort tid, eller på tidspunkter hvor en for eksempel er mindre rustet til å håndtere dette. Denne muligheten for selv å kunne styre dagen er en

faktor som oppleves som viktig blant de intervjuede fysioterapeutene, slik den ene informanten beskriver når hun sier at det i stressende situasjoner virker stabiliserende for henne å være bevisst hvordan hun disponerer arbeidsdagen.

På lignende måte fremkom en tydelig bevissthet rundt det å sette grenser som en sentral strategi i forbindelse med krevende pasientmøter, selv om dette innebærer utfordringer. Utfordringene knyttet til struktur og grensesetting innebærer refleksjoner om at pasientene ikke skal føle seg avvist og tanker rundt at avslutning av behandlingen kan få negative konsekvenser for pasienten. Grensesettende strategier blir i forskningslitteraturen beskrevet som viktige i arbeidet for å håndtere jobben og øke evne til å håndtere stress hos behandlere. Viktige momenter som blir fremhevet er å opprettholde grenser i pasient-behandler-relasjonen og til egen yrkesrolle, da dette er egenskaper som blir knyttet til å forebygge stress og til økt profesjonell selvfølelse (Zwack & Schweitzer, 2013). I en annen studie om behandleres regulering av følelser i utfordrende pasientmøter ble strategier knyttet til profesjonell identitet identifisert som en egen kategori (Luff et al., 2016). Å være bevisst egen yrkesrolle, inkludert yrkets verdier og begrensninger, ble her oppfattet som hjelpsomme strategier. Dette gjorde det lettere å skille behandlerens profesjonelle rolle fra deres personlige rolle, og opprettholde følelsesmessig balanse i krevende pasientmøter (Luff et al., 2016). Situasjonen hvor den ene informanten i min studie tar kontakt med fastlegen for å få hjelp til å avslutte et behandlingsforløp viser en begrensning når det gjelder hva en kan klare å håndtere innenfor egen yrkesrolle og rammer, og at en enkelte ganger må ta tydelige grep, både fordi møtet krever mer enn en føler en har kompetanse til, og, kanskje vel så viktig, fordi det er til pasientens beste å bli ivaretatt på best mulig måte.

Å forsøke å opprettholde grenser mellom jobb og privatliv er også måter å sette grenser på. Bang (2018) skriver om overgangen mellom arbeid og fritid som sentral for å opprettholde slike grenser, og mener det er et faretegn når det å ta med seg jobben hjem tar overhånd. Overgangen fra jobb til privatliv krever omstilling, og denne kan ifølge Bang (2018) med fordel ta litt tid for å unngå en for brå overgang. Forfatteren argumenterer for at behandlere må finne sine egne individuelle måter å løse dette på, som for eksempel å benytte ritualer og rutiner som kan hjelpe med å mildne overgangen mellom arbeid og hjem (Bang, 2018).

Informantene i min studie forteller på lignende måte om en følelse av å bli ferdig med jobbdagen og «la ting gå» i løpet av sykkelturen mellom jobb og hjemmet.

Å søke støtte i det kollegiale fellesskapet og i samtale med kollegaer gjøres på ulike måter og i ulikt omfang i mitt materiale. Kollegastøtte og samtaler med kollegaer står også fram som viktige strategier hos andre helsearbeidere, inkludert å søke råd og gjennomføre debriefinger med kollegaer før eller i etterkant av krevende pasientmøter (Luff et al., 2016). Om å finne støtte hos kollegaer skriver Bang (2018) at det ikke bør være tilfeldig om det er noen til stede når man har gjort belastende oppgaver, men at det på en arbeidsplass skal være tatt høyde for at det er noen der som kan ta imot og avlaste. Mulighet for slik støtte forutsetter et varmt og aksepterende miljø, der terapeutene har et vennskapelig forhold og hvor en er støttespillere for hverandre, noe forfatteren fremhever det også bør jobbes med innen et arbeidsmiljø (Bang, 2018). Et funn i min egen studie er viktigheten av at kollegaer er tilgjengelige der og da, eller når en trenger det, og at en for eksempel kan stikke hodet inn på naborommet og få «blåse litt ut» når en har opplevd en spesielt krevende situasjon. Belin (2019) argumenterer også for at det er viktig at behandlere har trygge, kollegiale fora hvor vanskelige følelser kan deles og hvor en kan få hjelp både ved å si egne tanker høyt og ved å høre andres assosiasjoner til det en bringer opp. Flere av informantene i min studie formidler at de får mulighet til å delta i slike fora gjennom mer strukturert veiledning med kollegaer som foregår med jevne mellomrom, noe som samsvarer med Bang (2018), som fremhever viktigheten av veiledning i arbeidet med å håndtere vanskelige følelser knyttet til arbeid hos terapeuter. Veiledning er ifølge Bang (2018) den beste metoden for terapeuter til å bearbeide krevende situasjoner i arbeidet både tanke- og følelsesmessig. Ut fra det som formidles i mine resultater kan det se ut som at en kombinasjon av den mer uformelle kollegiale støtten kombinert med mer formalisert faglig støtte og veiledning er gunstig og at disse utfyller hverandre på en god måte. Yalom (2009) er spesielt opptatt av at terapeuter selv går i egenerapi. Han mener at terapeuter må vise pasientene vei gjennom å være gode forbilder og bli kjent med egne følelser, og at terapeutens egne følelser er den beste kilden av pålitelige data om pasienten som finnes (Yalom & Føllesdal, 2009). At terapeutens kjennskap om seg selv og sine følelsesmessige reaksjoner kan være viktig for å regulere disse er anerkjent i litteraturen. Egenbehandling

hos en annen psykomotorisk fysioterapeut er en måte terapeuten kan bli mer kjent med seg selv og egne følelser på og gjøre han bedre forberedt på å håndtere disse.³

Et av hovedfunnene i denne studien er at informantene i stor grad er opptatt av og bruker det en kan kalle kroppslige strategier for å håndtere og regulere egne følelser i krevende pasientmøter. Med kompetanse i psykomotorisk fysioterapi bruker de kunnskap og prinsipper fra eget fagområde «på seg selv». De benytter aktivt fokus på «grounding», pust og bevisst bruk av egen kroppsholdning, særlig under selve pasientmøtet, men også i andre sammenhenger. Andre studier viser at lignende strategier også benyttes av andre helsearbeidere, og beskrives for eksempel av Luff et.al (2016) som ulike måter å ivareta seg selv på. Kroppslige strategier som helsearbeiderne i den nevnte studien inkluderte teknikker for å roe seg ned, og puste dypt for å få kontakt med seg selv og egne følelser før en går inn i krevende pasientmøter (Luff et al., 2016).

Psykologer og andre terapeuter har de senere årene også blitt mer opptatt av det kroppslige aspektet av terapi, og tar i større grad i bruk kropporienterte terapiretninger (Amlund, 2012). Psykologene Binder og Vøllestad skriver om oppmerksomt nærvær som et hjelpemiddel i terapien for både terapeut og pasient til å møte følelser, tanker og kroppslige fornemmelser som oppstår i terapirommet (2010). De beskriver oppmerksomt nærvær som en tilstand eller holdning av oppmerksomhet på det som erfarer her og nå, både av kroppslige sansninger, følelser, ønsker og tanker. De hevder at oppmerksomt nærvær (terapeutens her-og-nå-forankring) er en måte terapeuten kan arbeide med forholdet til egne tanker og følelser på i møtet med pasienter (Binder, 2010). Å lære opp terapeuter i strategier knyttet til oppmerksomt nærvær, også kjent som *mindfulness*, har vist seg å kunne senke stress, negative følelser og grubling, sammen med økt egenomsorg hos terapeuter i utdanning (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). Denne type strategier hvor oppmerksomhet på og aksept av seg selv står sentralt får imidlertid også kritikk, da for mye aksept gjerne kan forveksles med resignasjon.

³ Alle psykomotoriske fysioterapeuter må oppfylle krav om å ha fullført 20 timer egenbehandling for å ha rett til å utløse HELFO-takster for psykomotorisk fysioterapi.

Strategier som benyttes og som er knyttet til kroppen i egen studie, har noen likhetstrekk med strategier som er beskrevet i ovennevnte litteratur, inkludert kroppslige teknikker og oppmerksomt nærvær. Informantenes beskrivelser av kroppslige strategier i denne studien fremstår likevel på mange måter som mer nyanserte og innarbeidet ("grounding", øvelser, bevissthet på pust og bruk av egen kroppsholdning). Strategiene som beskrives viser at de intervjuede fysioterapeutene har et større kroppslig repertoar å spille på for å regulere egne følelser enn det som nevnes i andre deler av litteraturen. Denne type kroppslige strategier for å håndtere og regulere egne følelser er trolig nokså unike for fysioterapeuter med kompetanse i psykomotorisk fysioterapi, og er følgelig ikke like tilgjengelig for andre yrkesgrupper.

Som tidligere nevnt er NPMF en tradisjon hvor bevissthet om egen kropp er grunnleggende for å kunne oppleve, akseptere, gjøre seg kjent med og eventuelt skape endring i egne kroppslige reaksjoner (Øien et al., 2009). En slik grunnleggende bevissthet omkring terapeutenes egne kroppslige reaksjoner og kroppslige strategier for å håndtere disse kommer til uttrykk i denne studiens resultater. Funnene skiller seg på denne måten ut fra andre deler av litteraturen ved at deltakerne særlig virker opptatt av hvilke kroppslige fenomener og reaksjoner, ikke bare følelser, de kjenner på i krevende pasientmøter. Dette er fornemmelser som terapeutene reflekterer over og som gir økt bevissthet om egne følelser i terapeut-pasient relasjonen. Å koble kroppslige signaler og reaksjoner til følelser står sentralt i NPMF, og det er tydelig at dette er kunnskap informantene bruker i møtet med pasientene, både for å gi retning til behandlingen men også for å verne om seg selv når situasjoner blir krevende. Det at terapeutene bruker strategier basert på psykomotoriske prinsipper er trolig også en fordel med tanke på å formidle slike strategier videre til pasienter på en troverdig måte.

Å bruke ulike former for fysiske aktiviteter i hverdagen, som sykling til og fra arbeidet, turer i skog og mark og ulike treningsformer, er strategier som benyttes av informantene for å regulere følelser og for å ta vare på seg selv både på det kroppslige og psykologiske plan. Trening og andre former for fysisk aktivitet blir også i litteraturen hyppig rapportert som måter å redusere stress etter krevende pasientmøter av helsearbeidere (Luff et al., 2016). I en studie av erfarne legers strategier for å fremme egen resiliens (psykologisk

motstandsdyktighet) og helse, kom det også fram at ulike typer aktivitet på fritiden generelt ble brukt for å redusere stress (Zwack & Schweitzer, 2013). Ved nærmere undersøkelse så en derimot at aktivitetene også hadde flere ulike funksjoner; mens trening og mer fysisk pregede aktiviteter var måter som ble brukt til å dempe kroppslig anspenthet og for å endre mentalt fokus, ble andre type hobbyer som for eksempel musikk og kultur knyttet til å finne støtte, indre frihet og utvide egen horisont (Zwack & Schweitzer, 2013). Viktigheten av å sette av tid til det som var viktig for deltakerne ble også poengtert (Zwack & Schweitzer, 2013). Også informanter i min egen studie beskriver at de er opptatt av å finne balanse mellom aktivitet og avkobling. De formidler viktigheten av å ikke bare koble av, men også bygge seg opp gjennom å bruke og utfordre seg selv på ulike måter i hverdagen, for å klare å stå i den jobben de gjør.

Resultatene gir generelt inntrykk av at informantene benytter seg av ulike strategier for å håndtere og regulere følelser i krevende pasientmøter. Strategiene benyttes derimot på ulike måter i ulike situasjoner. Denne type reguleringsfleksibilitet, *regulatory flexibility*, fremheves som en viktig komponent innen kunnskapsfeltet om følelsesmessig regulering (Bonanno & Burton, 2013). Forskningen kan ikke gi svar på hvilken type strategier som bør brukes i ulike situasjoner, men fordi mennesker reagerer på krevende situasjoner på ulike måter, er det mest ideelle å lete seg frem til hva som fungerer for den enkelte i ulike situasjoner. Dette er i samsvar med fenomenologisk tenkning og oppfatningen om at hvem vi er og hva vi gjør er basert på interaksjon og samspill mellom oss og omgivelsene (Zahavi, 2019). Materialet illustrerer at vi er i verden gjennom kroppen og kroppens betydning i våre persepsjoner og erfaringer av omgivelsene (Merleau-Ponty, 2012). Det belyser hvordan de intervjuede fysioterapeutene ved at de har etablert kontakt med egen kropp og kan bruke prinsipper fra eget fagområde på seg selv, både har tilgang til å fange opp hva som skjer i krevende pasientmøter gjennom kroppen, samtidig som de bruker kroppen aktivt og har et bredt repertoar av kroppslige og mentale strategier for å kunne utøve fleksibilitet i regulering av egne følelser i forbindelse med krevende pasientmøter.

OPPSUMMERING

Funnene i denne studien viser at de intervjuede psykomotoriske fysioterapeutene står overfor mange krevende pasientmøter og utfordringer knyttet til disse, men at de er bevisst på at slike pasientmøter kan trigge et stort spekter av negativt ladede følelser hos terapeuten. Dette gjelder alle de tre intervjuede, men det ser ut som at informanten fra psykiatrien står overfor de største følelsesmessige belastningene. Selv om følelser knyttet til krevende pasientmøter over tid kan være belastende for terapeutene, kan disse også gi økt forståelse for hva det er pasienten strever med og gi retning til behandlingen. I tillegg gir bevissthet om følelser i nevnte pasientmøter muligheter for å bedre ivareta seg selv, sin profesjonalitet i møtet med pasientene, samt en bedret relasjon til pasienten. Resultatene viser at de intervjuede fysioterapeutene benytter et bredt repertoar av strategier for å håndtere egne følelser som oppstår i forbindelse med krevende kliniske situasjoner og problemstillinger, inkludert strukturelle grep, støtte fra kolleger og kroppslige strategier, noe en av informantene uttrykker beskrivende gjennom utsagnet «*jeg er en viking i krig, men jeg har skjoldet med*». Psykomotoriske fysioterapeuter ser ut til å skille seg ut fra andre helsearbeidere som er undersøkt i litteraturen ved at de har oppmerksomhet mot kroppen og god kontakt med egen kropp, og ved at de benytter ulike kroppslige strategier basert på kunnskap og prinsipper fra eget fagområde på seg selv for å regulere seg kroppslig og følelsesmessig i sin kliniske praksis. Slike spesifikke kroppslige strategier for å håndtere og regulere egne følelser er trolig unike for fysioterapeuter med kompetanse i psykomotorisk fysioterapi, noe som gir dem gode muligheter for å kunne balansere det å stå i krevende pasientmøter

Selv om funnene i denne undersøkelsen tyder på at psykomotoriske fysioterapeuter har god innsikt i og klarer håndtere følelser i krevende pasientmøter på hensiktsmessige måter, fremgår det at denne kunnskapen først og fremst har kommet til underveis i yrkesutøvingen på ulike måter, særlig gjennom lang arbeidserfaring og kollegial støtte. Dette kan tale for at dette er et tema som i større grad kan belyses hos terapeuter i utdanning, både for å sikre fysioterapeuters egen helse, og ikke minst for å sikre en god og profesjonell pasientbehandling.

REFERANSER

- Amlund, E. (2012). Interpersonlig traume og kropporienterte psykoterapier. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49(11), 1074-1079.
- Austen, L. (2016). Increasing emotional support for healthcare workers can rebalance clinical detachment and empathy. *Br J Gen Pract*, 66(648), 376-377.
doi:10.3399/bjgp16X685957
- Bang, S. (2018). *Rørt, ramt og rystet : supervision og den sårede hjælper*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Belin, S. (2019). *Galskabens magt : parallelprocesser i arbejdet med tidligt skadede og psykotiske patienter*: Hans Reitzels Forlag : [sælges på internettet].
- Binder, V. (2010). Å være til stede sammen: Oppmerksomt nærvær i psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(2), 112-117.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612. doi:10.1177/1745691613504116
- Braun, & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, Clarke, V., & Weate, P. (2016). Using thematic analysis in sport and exercise research. In *Routledge Handbook of Qualitative Research in Sport and Exercise*: Routledge.
- Bruschini, M., Carli, A., & Burla, F. (2018). Burnout and work-related stress in Italian rehabilitation professionals: A comparison of physiotherapists, speech therapists and occupational therapists. *Work*, 59(1), 121-129. doi:10.3233/WOR-172657
- Cedervall, Y., & Åberg, A. C. (2010). Physical activity and implications on well-being in mild Alzheimer's disease: A qualitative case study on two men with dementia and their spouses. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(4), 226-239.
doi:10.3109/09593980903423012
- Decety, J. (2009). Empathy, sympathy and the perception of pain. *Pain*, 145(3), 365-366.
doi:10.1016/j.pain.2009.08.006

- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2014). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci*, 8, 457.
doi:10.3389/fnbeh.2014.00457
- Decety, J., & Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding: a social developmental neuroscience account. *Dev Psychopathol*, 20(4), 1053-1080.
doi:10.1017/S0954579408000503
- Decety, J., Yang, C. Y., & Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *Neuroimage*, 50(4), 1676-1682.
doi:10.1016/j.neuroimage.2010.01.025
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists: Testing an Emotion Regulation Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *PLoS One*, 10(7), e0133481. doi:10.1371/journal.pone.0133481
- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2008). *The phenomenological mind*. London: Routledge.
- Giorgi, A. (2008). Concerning a serious misunderstanding of the essence of the phenomenological method in psychology. *Journal of Phenomenological Psychology*, 39, 33-58.
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS One*, 8(4), e61526.
doi:10.1371/journal.pone.0061526
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2014). The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci*, 8, 243. doi:10.3389/fnbeh.2014.00243
- Hagen, I. A. (2014). Den psykomotoriske fysioterapeutens opplevelser i møte med sine pasienter. *Høgskolen i Hedmark*.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *J Gen Intern Med*, 18(8), 670-674.
doi:10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x
- Haugli, N. H. (2012). Psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid. Psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner. *Høgskolen i Hedmark*.
- Håkonsen, K. M., & Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Jansen, J. (2019). Følelse. *Store norske leksikon*. Retrieved from <https://snl.no/f%C3%B8lelse>
- Kafetsios, K., Anagnostopoulos, F., Lempesis, E., & Valindra, A. (2014). Doctors' emotion regulation and patient satisfaction: a social-functional perspective. *Health Commun*, 29(2), 205-214. doi:10.1080/10410236.2012.738150
- Kerasidou, A., & Horn, R. (2016). Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Med Ethics*, 17, 8. doi:10.1186/s12910-016-0091-7
- Kjærnem, K. R. (2015). "Meg selv som verktøy" -Ivaretagelse av seg selv som terapeut i psykomotorisk fysioterapi. *Høgskolen i Buskerud og Vestfold*.
- Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., Rowley, J., & Sutherland, J. (2017). The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Med Educ*, 17(1), 255. doi:10.1186/s12909-017-1089-7
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lapa, T. A., Madeira, F. M., Viana, J. S., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Burnout syndrome and wellbeing in anesthesiologists: the importance of emotion regulation strategies. *Minerva Anesthesiol*, 83(2), 191-199. doi:10.23736/S0375-9393.16.11379-3
- Luff, D., Martin, E. B., Jr., Mills, K., Mazzola, N. M., Bell, S. K., & Meyer, E. C. (2016). Clinicians' strategies for managing their emotions during difficult healthcare conversations. *Patient Educ Couns*, 99(9), 1461-1466. doi:10.1016/j.pec.2016.06.017
- Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *2017*, 9(3). Retrieved from <https://ojs.aishe.org/aishe/index.php/aishe-j/article/view/335>
- Malt, U. (2019). Motoverføring. Retrieved from <https://sml.snl.no/motoverf%C3%B8ring>
- Martin, E. B., Jr., Mazzola, N. M., Brandano, J., Luff, D., Zurakowski, D., & Meyer, E. C. (2015). Clinicians' recognition and management of emotions during difficult healthcare conversations. *Patient Educ Couns*, 98(10), 1248-1254. doi:10.1016/j.pec.2015.07.031
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*, 52 Suppl, S9-12. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12389763>

- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *The world of perception*. London: Routledge.
- NFA. (2019). Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø. Tal og fakta om arbejdsmiljøet. Retrieved from https://public.tableau.com/shared/4WF8DQ2P8?:display_count=y&:origin=viz_share_link&:embed=y
- NSD. (2019). Personverntjenester. Retrieved from https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/
- O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry, 53*, 74-99. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.06.003
- Owczarek, K., Wojtowicz, S., Pawlowski, W., & Bialoszewski, D. (2017). [Burnout syndrome among physiotherapists]. *Wiad Lek, 70*(3 pt 2), 537-542. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28713077>
- Ravn, S. (2016). Phenomenological analysis in sport and exercise. In B. Smith (Ed.), *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise* (pp. 206-218). London: Routledge.
- Richardsen, M. (2008). Hva skal til for å øke arbeidsglede og motivasjon? En undersøkelse av jobbengasjement i helse- og omsorgsykker. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 45*(3), 249-257.
- Rosler, W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 262 Suppl 2*, S65-69. doi:10.1007/s00406-012-0353-4
- Sartre, J.-P. (1964). *Being and nothingness : an essay in phenomenological ontology*. New York: Citadel Press.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior, 25*(3), 293-315. doi:10.1002/job.248
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(2), 105-115. doi:10.1037/1931-3918.1.2.105

- Shaw, J., Brown, R., & Dunn, S. (2015). The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns*, 98(10), 1255-1259. doi:10.1016/j.pec.2015.08.023
- Shaw, J., Brown, R., Heinrich, P., & Dunn, S. (2013). Doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns*, 93(2), 203-208. doi:10.1016/j.pec.2013.06.009
- Silva, J. V., & Carvalho, I. (2016). Physicians Experiencing Intense Emotions While Seeing Their Patients: What Happens? *Perm J*, 20(3), 15-229. doi:10.7812/TPP/15-229
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stäicke, E. (2010). *Psykiatriboken : sinn, kropp, samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2013). *Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research*. London: Sage.
- STAMI, N. S., LKU-A). (2016). Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU) fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Retrieved from <https://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/psykososialtorganisasjonisk/krav-kontroll-sosial-stotte/emosjonelle-krav/>
- Stiegler, J. R., Greenberg, L., & Sinding, A. I. (2018). *Klok på følelser det følelsene prøver å fortelle deg*. Oslo: Gyldendal.
- Svardal, F. (2018). Affekt. *Store norske leksikon*. Retrieved from <https://snl.no/affekt>
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1991). *What is psychomotor therapy?* Oslo: Norwegian University Press.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Varela, F. J. (1996). Neurophenomenology: A methodological remedy for the hard problem *Journal of consciousness studies*, 3, 330-349.
- Vikan, A. (2014). *Innføring om emosjoner*. Trondheim: Akademika.
- Weilenmann, S., Schnyder, U., Parkinson, B., Corda, C., von Kanel, R., & Pfaltz, M. C. (2018). Emotion Transfer, Emotion Regulation, and Empathy-Related Processes in Physician-Patient Interactions and Their Association With Physician Well-Being: A Theoretical Model. *Front Psychiatry*, 9, 389. doi:10.3389/fpsy.2018.00389
- Yalom, I. D., & Føllesdal, V. H. (2009). *Terapiens gave åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter*. Oslo: Pax.

- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health, 15*(2), 215-228. doi:10.1080/08870440008400302
- Zahavi, D. (2015). You, me, and we - the sharing of emotional experience. *Journal of consciousness studies, 22*, 84-101.
- Zahavi, D. (2019). Phenomenology : the basics. Retrieved from <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315441603>
- Zambo Anderson, E., Gould-Fogerite, S., Pratt, C., & Perlman, A. (2015). Identifying stress and burnout in physical therapists. *Physiotherapy, 101*, e1712-e1713. doi:10.1016/j.physio.2015.03.126
- Zwack, J., & Schweitzer, J. (2013). If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med, 88*(3), 382-389. doi:10.1097/ACM.0b013e318281696b
- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge - changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy, 11*(3), 121-129.

Om følelser og empati i krevende pasientmøter

Dette er et spørsmål om å delta i et forskningsprosjekt om psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med egne følelser og empati i sin kliniske hverdag. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Prosjektet inngår i en avsluttende oppgave i master i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø (UiT), Norges Arktiske Universitet.

Formål

Hensikten med prosjektet er å utforske følelser og empati hos psykomotoriske fysioterapeuter i forbindelse med krevende pasientmøter.

Psykomotoriske fysioterapeuter jobber tett på menneskers livshistorier og følelser, og rollen som fysioterapeut kan innebære et krevende samspill mellom å stille gode spørsmål, lytte, vise forståelse og empati. I forskningslitteraturen er det enighet om at empati er en viktig faktor i godt fungerende terapeutiske prosesser. Empati innen helsearbeid har blitt definert som helsearbeiderens evne til å forstå pasientens situasjon, perspektiv og følelser, kommunisere og sjekke ut sin forståelse, og handle på denne forståelsen. Noen pasientmøter kan være krevende å stå i, og kan generere sterke følelser hos fysioterapeuten. Forskningen viser at høy grad av emosjonelle krav og å være for empatisk kan øke sjansen for tilstander som utbrenthet og emosjonell tretthet hos fysioterapeuter og andre helsearbeidere.

I hvilken grad psykomotoriske fysioterapeuter er *bevisst egne følelser i krevende pasientmøter, hva slike følelser gjør med terapeuten, og hvordan fysioterapeuter regulerer slike følelser*, er et lite utforsket område. Jeg er derfor nysgjerrig på hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har når det gjelder egne følelser og regulering av disse i krevende pasientmøter.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å utforske dette temaet vil jeg intervju 3-4 psykomotoriske fysioterapeuter som jobber i privat praksis og/eller i psykisk helsevern. Aktuelle deltakere bør ha minimum tre års praksis som psykomotorisk fysioterapeut. Du får denne henvendelsen fordi du møter kriteriene for å delta i prosjektet. Dette informasjonsskrivet er distribuert til aktuelle kandidater gjennom prosjektansvarligs eget nettverk.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakere vil bli intervjuet om de aktuelle temaene (står i kursiv ovenfor). Intervjuet vil ta ca. 60 – 90 minutt. Jeg er fleksibel med tanke på møtested og tidspunkt for gjennomføring av intervju. Jeg håper å gjennomføre intervjuene i løpet av oktober og november 2019. Intervjuet tas opp på lydopptaker og skrives ut ordrett. Lydopptaket, utskriften og øvrig informasjon om deg (dvs. navn, telefonnummer, e-post) vil behandles etter regler om forsvarlig databehandling.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst før eller etter intervju, trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Du kan ikke trekke deg etter analysearbeidet er begynt. Hvis du skulle velge å trekke deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Tilbaketrekking av samtykke kan gjøres via skriftlig beskjed på e-post.

Ditt personvern – hvordan dine opplysninger oppbevares og brukes

Opplysningene om deg vil kun brukes til formålene som fremkommer i dette skrivet. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysninger vil bli oppbevart på kryptert lagringsenhet som kun prosjektansvarlig har tilgang til.

All informasjon som direkte eller indirekte vil kunne identifisere deltakere i prosjektet vil anonymiseres i det ferdige skriftlige arbeidet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen juni 2020. Alle personopplysninger vil slettes ved prosjektets avslutning.

Dine rettigheter

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet er masterstudent Sindre Hia. Veileder er Liv Jorunn Kolnes, førsteamanuensis ved UiT.

Hvis du har spørsmål til studien eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med Sindre Hia på e-post: -----, eller tlf: 00000000.

Dersom du er villig til å stille som deltaker i prosjektet, vennligst fyll ut og returner signert samtykkeerklæring via e-post til -----.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Sindre Hia
Prosjektansvarlig

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Om følelser og empati i krevende pasientmøter* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju.
- at prosjektet munner ut i en skriftlig masteroppgave.
- at ferdig prosjekt kan munne ut i en publisert tidsskriftsartikkel, med full anonymisering.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Innledning: (5-10 minutter)

Kan du fortelle litt om arbeidssituasjonen din og hvilken type pasienter du jobber med?

Krevende pasientmøter/samtaler: (15-20 minutter)

Har du erfart at noen pasientmøter kan være krevende for deg?

Kan du beskrive/gi eksempler på dette?

-Kan du si mer om dette?

-Har du andre eksempler?

Hva er det som gjør at de (møtene) oppleves krevende?

-Kan du si mer om dette?

Erfaringer/følelser/opplevelser: (15-20 minutter)

Hvordan oppleves det å være i slike møter?

-Kan du si mer om det?

Hva gjør det med deg? (stikkord: mister du fokus? Tilstedeværelse?)

Trigger slike møter følelser hos deg?

Hvis ja, hvilke følelser? (stikkord: angst, irritasjon, sinne, tristhet, usikkerhet, empati, håpløshet, maktesløshet)

Hvordan kjennes disse følelsene i kroppen?

Hvilke følelser kjenner du oftest på i forbindelse med krevende pasientmøter?

Strategier for å håndtere egne følelser i forbindelse med krevende pasientmøter: (15-20 minutter)

Har du noen strategier for å håndtere/regulere slike følelser?

Hvis ja, hvilke?

Har du noen strategier som er bevisst?

Har du noen strategier under selve pasientmøtene? Og ellers på jobb/fritid?

(Stikkord: øvelser for selvregulering, forberedelse, bruker kollegaer, aksept for egne følelser, trening osv.)

Dersom ikke; kan du tenke deg noen måter du kunne håndtert slike følelser på?

Hvordan påvirker dine følelser behandlingen? På hvilken måte? (Stikkord: negativt, positivt, styrker relasjonen, bruker i behandlingen?)

Hva forstår du med empati?

Er det noe annet du ønsker å si før vi avslutter?

NSD Personvern

26.08.2019 09:27

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 973631 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 26.08.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

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

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE

REGISTRERTES RETTIGHETER

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

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)