



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Psykomotoriske fysioterapeuter som kunnskapsformidlere i tverrprofesjonelt samarbeid

En intervjustudie av fysioterapeuters erfaringer med å anvende psykomotorisk fysioterapi
på distriktpsikiatriske senter

Lene Hapalathi

Masteroppgave i studieprogram helsefag – studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Tema og bakgrunn	1
1.1.1	Psykomotorisk fysioterapi som forskningsfelt.....	2
1.2	Studiens hensikt og problemstilling	4
1.3	Oppgavens struktur.....	4
2	Teori	5
2.1	Kroppsfenomenologi	5
2.2	Psykomotorisk fysioterapi	6
2.3	Kommunikasjon og Roller.....	8
3	Metode.....	10
3.1	Vitenskapsteoretisk forståelsesramme.....	10
3.2	Tilvirkning av data.....	10
3.2.1	Metodisk tilnærming	10
3.2.2	Kvalitativt/Semistrukturert forskningsintervju	11
3.2.3	Utvalg	11
3.2.4	Gjennomføring av intervju	12
3.2.5	Transkripsjon.....	13
3.3	Analysen	14
3.4	Metodiske overveielser.....	15
3.4.1	Nærhet til forskningsfeltet.....	15
3.4.2	Utvalg	16
3.4.3	Gjennomføring av intervjuene og transkribering.....	17
3.4.4	Gjennomføring av analysen	18
3.4.5	Pålitelighet og gyldighet.....	18
3.5	Etiske vurderinger.....	19
4	Resultater og diskusjon	20

4.1	Samhandling mellom terapeut og pasient.....	20
4.1.1	Relasjoner og alliansebygging	20
4.1.2	Diskusjon:.....	23
4.1.3	De første skrittene	25
4.1.4	Diskusjon:.....	30
4.2	Fagutøvelse i tverrprofesjonelt samarbeid.....	33
4.2.1	Være en kunnskapsbank.....	33
4.2.2	Diskusjon:.....	37
4.2.3	Et ledd i behandlingskjeden	39
4.2.4	Diskusjon:.....	41
5	Avsluttende diskusjon	43
	Figur 1: Matrise-eksempel fra analysearbeidet	45
	Referanseliste	46
	Oversikt over vedlegg	49
	Vedlegg 1 Intervjuguide.....	50
	Vedlegg 2 Tilråding NSD	51
	Vedlegg 3 Informasjons- og samtykkeskriv.....	53

Forord

Det har vært en interessant og lærerik prosess å jobbe med mastergradsoppgaven. Ikke minst har det vært en krevende tid. Det er mange som har bidratt underveis i denne prosessen og som fortjener en stor takk.

Jeg vil først takke alle informantene som stilte opp til intervju og delte av sine erfaringer.

Jeg vil også rette en stor takk til Gunn Kristin Øberg som har vært min veileder og vist interesse for prosjektet mitt. Det har vært nyttig med konstruktive tilbakemeldinger, kritiske spørsmål og nyttige forslag som har hjulpet meg framover i denne prosessen.

Lederne Petter og Vibeke på Døgnerheten psykisk helsevern, Alta, har vært veldig flinke med å tilrettelegge for meg under mastergradsutdannelsen, og spesielt den siste tiden hvor jeg har jobbet med denne oppgaven. Det ville ha vært vanskeligere å slutføre den og studiet om jeg ikke hadde møtt så stor fleksibilitet og støtte på arbeidsplassen min.

Til sist så må jeg også rette en stor takk til familien min, Eirik og barna våre, som alle har vist stor tålmodighet, vært oppmuntrende hele veien, og tatt seg av hus, hund og høns.

Lene Hapalathi

Sammendrag

Hensikten med denne studien har vært å rette søkelyset på muligheter og begrensninger med å bruke psykomotorisk fysioterapi til korttidsinnlagte pasienter i psykiatrien. Nedsatt psykisk helse utgjør en av de store helseutfordringene i Norge. Samtidig har antall døgnplasser og liggetid gått ned ved distriktpsikiatriske senter (DPS), noe som kan tenkes å utfordre psykomotoriske fysioterapeuters praksis som tradisjonelt har lagt vekt på at omstillingsprosessene er tidkrevende.

Utvalget i studien er strategisk valgt, og består av tre psykomotoriske fysioterapeuter med flere års erfaring fra ulike døgnavdelinger ved DPS, og med erfaring fra både psykiatri- og rusfeltet. Informantene deltok i kvalitative semi-strukturerte intervju. Intervjuene ble transkribert, analysert og drøftet i lys av utvalgte aspekter innen kunnskapsteori og kroppsfenomenologi.

Analysearbeidet ledet til to hovedtema. «Samhandling mellom terapeut og pasient» beskriver hvordan psykomotorisk fysioterapi på ulike måter bringer inn det kroppslige fokuset gjennom måten fysioterapeutene møter pasientene på, og gjennom de valg av tiltak som de beskrev fra egen praksis. Det andre hovedtemaet «Fagutøvelse i tverrprofesjonelt samarbeid» beskriver hvordan psykomotorisk fysioterapi på ulike måter kan bidra inn i et tverrprofesjonelt samarbeid, og som en del av en behandlingsskjede. Denne studiens innsikter legger vekt på at både pasientenes funksjonsnivå og behov, og rammevilkårene for fagutøvelse med kort liggetid, påvirker psykomotorisk fysioterapipraksis og prioriteringer av tiltak og fremgangsmåter. Informantene i studien pekte på at psykomotorisk fysioterapi er betydningsfullt både som perspektiv og metode innen psykisk helsearbeid; informantene tilbyr tilpasset psykomotorisk tilnærming til pasientene, men legger også betydelig vekt på rollen de spiller som kunnskapsformidlere i det tverrprofesjonelle samarbeidet på avdelingen.

Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, psykiatri, korttidsinnlagte pasienter,

Distriktpsikiatrisk senter (DPS), erfaringer, kroppslig perspektiv, tverrfaglig samarbeid

Summary

The purpose of this study has been to explore perceived possibilities and limitations of applying psychomotor physiotherapy for short-term inpatients in district psychiatric units. Impaired mental health account for one of the biggest health challenges in Norway. At the same time, the number of beds and the average length of stay have decreased in district psychiatric units. This may challenge psychomotoric physiotherapy practice since it traditionally has emphasized time-demanding restorative treatment.

The informants for this study was strategically chosen, and consists of three experienced phycomotor physioherapists from different district psychiatric units in Norway. Combined, they had work experience from the fields of both addiction and mental health services. The informants participated in qualitative semi-structured interviews. The interviews have been transcribed, analyzed and discussed in light of chosen aspects within theories of knowledge and the phenomenology of the body.

The analysis led to two main themes. The first main theme, «Collaboration between the therapist and the patient», describes how psychomotor physiotherapy in various ways highlight focus on bodily perspectives through the ways the physiotherapists approach the patients, and through their choices of therapeutic measures. The second main theme, «Professional practice in interprofessional collaboration», describes how psychomotor physiotherapy in various ways can contribute the interprofessional collaboration, and be a part of a treatment trajectory. This study illustrates how both the patients' needs and level of function, and the time-limited framework for professional practice affect psychomotor physiotherapy practice and the prioritization of therapeutic measures and approaches. The study participants highlighted the significance of psychomotor physiotherapy, in terms of providing both a perspective and an apporach within mental health care. The physiotherapists provided tailored interventions for the patients, but they also placed considerable emphasis on their role in communicating their knowledge within the interprofessional collaboration in the unit.

Keywords: Psychomotor physiotherapy, mental health, short-term inpatient hospitalization, district psychiatric units (DPS), experiences, bodily perspectives, interprofessional collaboration

1 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn

Denne mastergradsoppgaven handler om psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med behandling av pasienter innlagt på distriktpspsykiatriske døgnavdelinger der liggetiden ofte er kort.

Nedsatt psykisk helse utgjør en av de store helseutfordringene i Norge (Reneflot et al., 2018), og verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at psykiske lidelser og plager er en av de største sykdomsbelastningene i den vestlige verden framover, med økende forekomst og påfølgende utfordringer (WHO, 2013). Fysioterapeuter med spesialisering innenfor psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi (psykomotorikere) er en del av helsetilbudet til mennesker som sliter med psykiske plager i Norge. Noen psykomotorikere har sin arbeidsplass i privat praksis og private helseinstitusjoner og noen arbeider på psykiatriske institusjoner. Innen psykiatrien har utviklingen gått fra store institusjoner som Gaustad, som var landets første sinnssykehus og ble åpnet i 1855 (Snoek, 2017, s. 22-23), til en nedbygging av de store psykiatriske institusjonene fra slutten av 1960-tallet. Det var ønsket politikk å flytte behandlingen nærmere der menneskene lever og det ble opprettet Distriktpspsykiatriske senter (DPS), faglige enheter med ansvar for det psykiske helsevernet i et gitt geografisk område (Skårderud, 2010). Innen DPS har utviklingene de senere årene ført til kortere døgnopphold, samt mer poliklinisk og ambulansert virksomhet for å kunne gi tilbud og behandling på lavest mulig nivå til personer med psykiske plager, og unngå unødige innleggelse (Pedersen et al., 2018) Det har vært en halvering av antall døgnplasser de siste to tiårene, sett i forhold til innbyggertall (Pedersen et al., 2018). Dette er endringer innen psykisk helsevern som kan tenkes å utfordre psykomotoriske profesjonsutøvere fordi psykomotorisk fysioterapi tradisjonelt legger vekt på omstilling over tid (B. Bunkan, 2001).

Psykomotorisk fysioterapi er ikke spesifikt rettet mot diagnoser. Behandlingen er primært en forståelse rettet mot at både fysiske og emosjonelle belastninger preger kroppen. Sentralt er sammenhengen mellom kropp og følelser (B. Bunkan, 2001; B. H. Bunkan, 2008). Hvor pasientene trenger tid til å ta inn over seg de nye erfaringene og til å tilpasse seg og å innlemme endringer i hverdagen sin. Det er derfor vanlig at det går noe tid mellom behandlingene og det går over lang tid (B. Bunkan, 2001, s. 263). Innledningsvis er behandlingen oftest ukentlig, og blir så gradvis sjeldnere (B. H. Bunkan, 2008). Slik får pasienten etter hvert gradvis erfaring med å klare seg mer selv. Tidsfaktoren synes å være av

betydning innenfor psykomotorisk behandling, og dette har bidratt til en undring hos meg over hvordan psykomotorisk fysioterapi kan brukes på en døgnavdeling der pasientene er innlagt over en kort tidsperiode.

Jeg har min arbeidsplass på en døgnenhet ved et DPS, der pasientene er innlagt frivillig. Som mastergradsstudent i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, har jeg selv opplevd at det er et motsetningsforhold mellom det som læres på utdanningen, og hvilke rammebetingelser jeg jobber under. Erfaringer fra egen arbeidsplass viser stor turnover av pasienter, med korte innleggelses og få møter mellom pasient og de ulike behandlerne. Rammene oppleves her med andre ord, i liten grad forenlig med en prosessorientert tilnærming til psykomotorisk fysioterapibehandling med vekt på utvikling som går over lengre tid (B. Bunkan, 2001, s. 263). Det er derfor med stor interesse jeg ønsker å undersøke hvilke erfaringer det er med å bruke psykomotorisk fysioterapi til pasienter hvor tiden en har til disposisjon er begrenset av innleggelsesvarigheten.

1.1.1 Psykomotorisk fysioterapi som forskningsfelt

Fysioterapi, enten i form av psykomotorisk fysioterapi, basal kroppskjennskap eller øvrig kropporientert tilnærming er ansett som et viktig bidrag i oppfølgingen av personer som søker hjelp knyttet til utfordringer med mental helse og psykosomatiske problemer (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018). Det har vist seg at personer med ulike psykiatriske diagnoser kan ha god effekt av slik oppfølging. Dette har man sett ved blant annet spiseforstyrrelser (Børsum & Råheim, 2017; Danielsen & Rø, 2012; Thörnberg & Mattsson, 2010), angstlidelser (Heimberg, 2002), personlighetsforstyrrelser (Friis, Skatteboe, Hope & Vaglum, 1989), samt ved muskel- og skjelettlidelser (Alstad, Stiles & Fladmark, 2011; T. Dragesund & Råheim, 2008; Malmgren-Olsson, Armelius & Armelius, 2001). Dette er også pasienter man kan møte på distriktpspsykiatriske sentre, ettersom pasientgruppen ofte har mange av disse psykiske og kroppslige problemstillinger.

Mesteparten av den nyere forskningen innenfor psykomotorisk fysioterapi er gjort med kvalitativt forskningsdesign, og beskriver pasienters erfaringer med behandling og undersøkelse (Bergland et al., 2018; Tove Dragesund & Rheim, 2008; Ekerholt, 2011). Det er videre gjort studier som i større grad har diskutert noen grunnprinsipper som legges til grunn for undersøkelse og behandling i en psykomotorisk fysioterapi-tradisjon (B. Bunkan, Opjordsmoen, Moen, Ljunggren & Friis, 1999; Sviland, Martinsen & Råheim, 2007; Thornquist, 2001a, 2001b; Øien, 2010), samt at det også er gjort studier på ulike systematiske

og standardiserte undersøkelsesmetoder av kroppsundersøkelsen, som bygger på prinsippene innen norsk psykomotorisk fysioterapi (B. H. Bunkan, Ljunggren, Opjordsmoen, Friis & Moen, 2004; Kvåle, Skouen & Ljunggren, 2005). Psykomotorisk fysioterapi er et område preget av relasjonell virksomhet, og det er få studier som har sett på effekten av den. Ganske nylig ble det publisert en randomisert kontrollert studie hvor psykomotorisk fysioterapi viste å ha effekt på helse relatert livskvalitet, smerte, mestringsstrategier og selvfølelse (Bergland et al., 2018).

Hovedvekten av studiene over har sett på kroppsorientert oppfølging over lengre perioder. Dette er også i tråd med psykomotorisk tradisjon, som kjennetegnes av en omstillingsprosess som trenger tid for å integreres, noe som understøttes av en mastergradsstudie som så nærmere på psykomotorisk oppfølging av pasienter ved allmennpsykiatriske poliklinikker (Følstad, 2013). I denne studien ble det konkludert med at psykomotorisk oppfølging så ut til å ha gode resultater for pasientene og kan komplementere annen behandling. Det ble imidlertid påpekt at den mer tradisjonelle omstillende psykomotoriske behandlingen kan oppleves som krevende for pasientene. En annen masteroppgave har sett på psykomotorisk erfaringer med valg av hyppighet i psykomotorisk behandling (Vangen, 2016). Informantene i studien jobbet imidlertid i ulike deler av helsetjenesten, og resultatene pekte mot at rammebetingelsene på de ulike arenaene hadde betydning for behandlingshyppighet. Også Gretland (2007) har med bakgrunn i feltarbeid på større sentraliserte psykiatriske institusjoner på slutten av 90-tallet vært innom tematikken med den begrensede liggetiden. Fysioterapeuter som arbeidet innenfor slike rammer så ifølge Gretland (2007, s. 88) den gang ut til å ha beskjedne forventninger til hva de kunne bidra med. Hun understreket at det er viktig å tilpasse visjoner og målsettinger til den rammen som er, og at forsiktige målsettinger kan være med å så et lite frø, eller å gi et lite skubb til videre utvikling gjennom den kroppslige tilnærmingen. Det har imidlertid gått en tid siden dette feltarbeidet, og det har vært en videreutvikling av psykiatrifeltet siden gjennomføringen av Gretlands feltarbeid. Tatt i betraktning de endrede rammevilkårene for psykisk helsearbeid og nyere forskning på området så trenger vi å vite mer om hvordan det er å jobbe som psykomotorisk fysioterapeut på DPS i dag.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien har vært å rette søkelyset på muligheter og begrensninger med å bruke psykomotorisk fysioterapi til korttidsinnlagte pasienter i psykiatrien. Ved å gjennomføre en erfaringsstudie blant psykomotoriske fysioterapeuter vil jeg forsøke å kaste lys over et område innen psykiatrifeltet som er lite belyst i tidligere forskning, og som er et felt som har vært i stadig utvikling de siste tiårene.

På bakgrunn av dette, har studien følgende problemstilling:

Hva slags erfaringer har psykomotorikere med å anvende psykomotorisk fysioterapi til pasienter innlagt på distriktpspsykiatriske senter?

Pasienter innlagt på distriktpspsykiatriske senter (DPS) er en fellesbetegnelse på personer som frivillig oppsøker og blir innlagt for døgnbaserte tjenester i spesialisthelsetjenesten på grunn av utfordringer med rus og/eller psykiatri. Studien fokuserer spesielt på psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med å tilby psykomotorisk fysioterapi innenfor denne konteksten.

1.3 Oppgavens struktur

Videre i oppgaven vil jeg presentere og redegjøre for den teoretiske referanserammen som er tatt i bruk for å forstå og diskutere resultatene fra intervjuene. I metodekapittelet redegjør jeg for hvordan studien er gjennomført, inkludert metodologiske betraktninger. Jeg har valgt å presentere resultater og diskusjon samlet i ett kapittel. Kapittelet er delt inn i de ulike temaene som fremkom i analyseprosessen. For hvert tema gis først en presentasjon av informantenes erfaringer knyttet til temaet, før jeg kort presenterer en tekstnær fortolkning der jeg har vektlagt hvilke diskusjoner resultatene aktualiserer, før en utvidet diskusjon av resultatene i lys av utvalgt teoretiske perspektiver, begreper og forskning på området. Avslutningsvis følger en overordnet diskusjon der jeg har forsøkt å se de ulike temaene i sammenheng og opp mot problemstillingen for studien.

2 Teori

I dette kapittelet vil ulike perspektiver, teorier og begreper som er aktuelle for å kaste lys over resultatene presenteres. Et fenomen eller problemfelt kan forstås i lys av ulike teoretiske perspektiver, og ingen perspektiver alene vil være uttømmende, og jeg har valgt ut noen teoretiske perspektiver og begreper som synes sentralt for å forstå resultatene i denne studien.

Kroppsfenomenologiske perspektiver står sentralt i psykomotorisk fysioterapi, og bidrar til å forklare og forstå det kroppslige perspektivet i praksis-utøvelsen. Jeg har videre valgt å redegjøre kort for sentrale aspekter ved psykomotorisk praksis som jeg anser som sentral for å få en bedre forståelse av informantenes skildringer og refleksjoner i intervjuene. Teorier om kommunikasjon, roller og relasjoner har betydning for både det konkrete pasientarbeidet, samt det tverrfaglige samarbeidet som har stått stadig mer sentralt innen helsefaglig praksis i moderne tid. Dette er perspektiver som har bidratt til å rette søkelys mot relasjonelle aspekter som har vist seg å ha stor betydning for det kliniske arbeidet.

2.1 Kroppsfenomenologi

Fenomenologi framstilles ofte som læren som viser seg eller kommer til syne (Thornquist, 2003, s. 83). Vi kan ikke erfare noe uten at subjektet er inkludert, vi erfarer slik det erfares for subjektet. Fenomenologiens grunnlegger Edmund Husserl var opptatt av å studere bevisstheten og det som kjennetegner bevisstheten, nemlig rettethet eller intensjonalitet. Menneskers bevissthet er alltid rettet mot noe eller den er alltid om noe. Den er aldri tom (Thornquist, 2003). Husserl mente videre at ingenting viser seg uten at det viser seg for noen, og viser med dette at subjektet er en del av det å erfare og kan ikke utelukkes. Filosofen Merleau – Ponty har knyttet menneskets subjektstatus til kroppen. Dette bidraget er en videreutvikling av fenomenologiens subjektivitetsbegrep, der det å være et subjekt er å være i verden som kropp. «*Hans subjektteori er altså en kroppsteori*» (Thornquist, 2003, s. 115). Personens subjektstatus er uløselig knyttet til verden gjennom den kroppslige forankringen til verden (Thornquist, 2003). Denne retningen er blitt kalt kroppsfenomenologi. Kroppen er ikke en ting eller objekt som er skilt fra subjektet, og teoriene dannet en motsats til den herskende kropp-sjel-dualismen på den tiden (Thornquist, 2003). Merleau-Ponty sier videre «*jeg har en krop og handler i verden gjennom den*» (1994, s. 94). Det handlende subjektet er et kroppslig vesen, og kunnskap og hukommelse sitter i både hender og kroppen. Kroppen vet

hvordan den skal bevege og gjøre ting (Thornquist, 2003). Disse kroppsfenomenologiske innsiktene ligger i stor grad til grunn for kroppsforståelsen innen psykomotorisk fysioterapi, og for å forstå informantenes uttalelser i denne studien.

2.2 Psykomotorisk fysioterapi

Psykomotorisk fysioterapi ble til gjennom et samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy. Deres undring over respirasjonens betydning i behandling av pasienter var utgangspunktet, og de begynte et tett samarbeid på psykiatrisk avdeling ved Ullevaal sykehus i 1947. Deres interesse for sammenhengen mellom muskelspenninger, pust og følelser fikk avgjørende innflytelse på fysioterapi i Norge (B. H. Bunkan & Thaulow, 1982; Thornquist, 1992).

Psykomotorisk fysioterapi representerte noe nytt da metoden ble utviklet i 40- og 50-årene, med sitt helhetssyn på mennesket (Thornquist & Bunkan, 1986). Kroppen forstås som et integrert fysisk, psykisk og sosialt fenomen hvor kroppen er innfallsporten for behandling, og der behandlingen påvirker hele mennesket. Det levde livet, med alle erfaringer, opplevelser og belastninger preger oss, og setter seg i kroppen (Thornquist & Bunkan, 1986). En vanlig framstilling av målet i psykomotorisk behandling er å få en omstilling av muskulatur, kroppsholdning, bevegelsesvaner og respirasjon, slik at pasienten kan bevege og puste friere (Thornquist & Bunkan, 1986). Det å trekke pasienten inn som en aktiv og likeverdig deltager fra starten er av betydning (Gretland, 2016, s. 147). Psykomotorikere anerkjenner og bekrefter pasientenes kroppslige og verbale uttrykk. Gretland (2016, s. 149) skriver at fysioterapeuten har ansvar for å sikre at pasienten og terapeuten holder på med det samme, at de har delt oppmerksomhet om det som foregår.

Utgangspunktet for behandling i psykomotorisk fysioterapi er en systematisk og strukturert kroppsundersøkelse. Den består av ulike deløvelser hvor fysioterapeuten undersøker kroppsholdningen i ulike utgangsstillinger og ser etter forandringer, spontane og instruerte bevegelser og om pasienten lar seg bevege. Videre palperes hud og muskulatur, samt at fysioterapeuten observerer pust og autonome reaksjoner under undersøkelsen.

Fysioterapeuten er opptatt av å vurdere tyngdeplassering og kroppens totale balanse i de ulike utgangsstillingene. En ledig kroppsholdning er utgangspunktet for kroppens muligheter til hensiktsmessig stilling i skjelett, muskulatur og ledd. Når kroppsavsnittene bevegtes fritt og

uavhengig i forhold til hverandre gir det bedre grunnlag for funksjon og bidrar til å redusere belastningslidelser. Det er også av betydning å få et inntrykk av hvordan pasienten reagerer på omstilling. Omstilling er små endringer i vanemessig holdnings- og spenningsmønstre (Gretland, 2016).

Kroppen sees på som en funksjonell enhet og kroppsdelene er innbyrdes avhengig av hverandre der påvirkninger på et segment indirekte vil påvirke de andre. Aktive øvelser for å fremme god kontakt med bekkenet, beina og underlaget, med tyngdeplassering over midten av foten, og full strekk i knærne er av stor viktighet for å få til strekk i resten av kroppen. Dette har også betydning for å få stabil og god balanse i kroppsholdningen. Uten et godt fundament med naturlig strekk i knærne, blir hverken balansen eller elastisiteten oppover i kroppen god. Når spenningen endres i beina vil det ha betydning for funksjon lengere oppover i kroppen, spesielt i ryggen, skuldre og nakken. Strekkimpulsene bidrar til å få pasienter ut av fleksjonsmønsteret og aktiviserer ekstensorene, tøyler på spent muskulatur, virker frigjørende på kroppsholdning og respirasjon, og øker kroppskontakten (B. Bunkan, Bülow-Hansen, Houge, Hødal & Hansson, 1995, s. 94).

Ved siden av kroppsundersøkelse og behandling er det viktig å sette ord på det som skjer. Samtalen retter seg ofte om det som skjer i behandlingstimen og hva som utspiller seg kroppslig. Samspillet og delt oppmerksomhet mot det kroppslige medfører at pasientene begynner å undre seg over hvordan de opplever kroppen i det daglige og hvordan de oppfatter seg selv. Betydningen av kontakt med de ulike kroppsdelene og hvordan man opplever egen kropp er essensiell for selvopplevelsen. Samtalen om kroppen vil dermed bli til en samtale om kroppen og livet (Gretland, 2016, s. 148).

Den klassiske psykomotoriske fysioterapien har til hensikt å gripe inn pasienters emosjonelle forsvar, og ikke alle pasienter har ressurser til å tåle det eller kan nyttiggjøre seg slik tradisjonell omstillende behandling (Gretland, 2016, s. 149). Likevel er psykomotoriske behandlingsprinsipper viktige redskap for vurdering og tilpasning av behandlingen til pasienter som trenger en forsiktig og tilpasset variant og kan ha god nytte av det (Engh & Radøy, 1982; Gretland, 2009). I behandlingen vektlegges mer aktive bevegelser og stimulering av kroppsanser gjennom tilpassede aktiviteter og har mindre søkelys på omstilling av holdning og respirasjon, slik at pasienter med tyngre psykiske lidelser kan nyttiggjøre seg behandlingen (Gretland, 2016, s. 149).

2.3 Kommunikasjon og Roller

Kommunikasjon foregår i alle måter vi henvender oss til hverandre, for utveksling av budskap, mening og å skape forståelse. Alle handlinger i møter mellom mennesker har kommunikativ verdi, for det er vanskelig å ikke-kommunisere (Thornquist, 2016, s. 22).

Kommunikasjon pågår kontinuerlig, og mennesker er alltid i situasjoner, ikke bare i omgivelser, og situasjoner skapes og omskapes hele tiden. Det ligger budskap i alle handlinger, og deltagerne skaper aktive omgivelser for kommunikasjon med hverandre (Thornquist, 2016, s. 23). Underforstått er kommunikasjon innvevd i alt praktisk klinisk arbeid, eksempelvis slik som i undersøkelse og behandling.

Det er ikke bare innhold som er av betydning ved direkte kommunikasjon, men innbakt ligger også aspektet som kommuniserer hvem vi skal være for hverandre. Det peker på det som kalles rolle - og relasjonsaspektet ved kommunikasjon, som sier noe om hvordan deltagerne ser seg selv i relasjon til den eller de andre i den gitte situasjonen (Thornquist, 2016, s. 24). Goffman (1992) peker på hvordan situasjonene defineres, tolkes og håndteres i lys av normer og egeninteresser i den enkelte situasjon kan forstås som opptredener, der aktørene spiller ut bestemte roller som svarer til den konteksten handlingen foregår i. I helsepersonell/pasient-situasjoner synliggjøres det asymmetriske forholdet i deres samhandling, der den ene er hjelpetrengende og den andre har kunnskapen til å hjelpe. I et slikt eksempel kan kommunikasjonen påvirkes gjennom at den ene sitter med svarene og har da større påvirkning på situasjonen. Slik myndighet kan forvaltes på ulikt vis, og Thornquist skriver at asymmetriske forhold kan preges av likeverd og gjensidig anerkjennelse (2016, s. 29). Fagutøveren må nødvendigvis sette noen premisser i kommunikasjon med pasienten for å få tak i nødvendige opplysninger. Hvordan fagutøveren handler og samhandler vil ha betydning for opprettholdelse av posisjonene eller om det gis rom for pasienten til å presentere sin versjon, sine erfaringer og synspunkter. Kunnskaper og meningsverden som anerkjennes, gjøres relevant og gis gyldighet har betydning for samarbeid og deltagelse. Deltagerne bygger kommunikasjon og handling på hverandres bidrag (Thornquist, 2016).

Thornquist skriver at anerkjennelse er basert på likeverd, og det å søke og forstå og få tak i meningen til den andre eller å ta den sitt perspektiv, har en anerkjennende væremåte (2016, s. 125). Lytting er en forutsetning for å forstå, vise oppmerksomhet og interesse. Vi mennesker har behov for å bli sett, hørt og få bekreftelser for å bygge opp en identitet og et bilde av seg selv, og for utvikling av autonomi. I et asymmetrisk forhold som mellom pasient og

helsepersonell, er fagutøveren med på å sette premisser for det som oppfattes som viktig. Den kan bruke sin posisjon til å fremme og understøtte pasientens synspunkter og mestringsevne, så vel som å hemme og undergrave pasientenes selvstendighet (Thornquist, 2016, s. 125). Helsepersonells legitimeringsgrunnlag baserer seg på å gjøre noe for pasienten. Det å handle og ha en løsning er ofte forventninger helsepersonell møtes med. Det å ha kunnskaper og redskap som pasienten trenger er sterkt knyttet til yrkesidentitet, og det en vet og kan (Thornquist, 2016). Det kan derfor oppleves utfordrende å være avventende og slippe til pasienters deltagelse og det de vektlegger fordi det bryter med både forventninger og yrkesidentitet.

Ifølge Goffman (1992) er vår identitet i kontinuerlig endring, den er ikke statisk og fastlagt. Identitet er sosialt avhengig og situasjonsbestemt. En profesjonell yrkesidentitet er knyttet opptil overveielser og beslutninger om handling. Verdier, holdninger, etiske retningslinjer, ferdigheter og kunnskaper er også egenskaper som bidrar til å skape yrkesidentitet (Almås, Vasset, Ødegård & Nøst, 2018). Profesjon er en type yrke som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom spesialisert utdanning (A. Molander & Terum, 2008, s. 13). Dette med å besitte en rolle medfører også kunnskap og makt, samt ansvar til å utøve kompetansen på en tillitsvekkende måte. Ansvaret ligger i å være rettferdig i ressursfordeling og hvem som får tilgang til velferdsgoder. Profesjonens arbeidsoppgaver kontrolleres gjennom ekstern og intern kontroll. Den eksterne kontrollen viser til at en viss type utdanning gir rett til bestemte inntektsbringende arbeidsoppgaver, mens den interne kontrollen viser til autonomi og utførelsen av arbeidsoppgavene, der profesjonene forvalter standardene for hvordan arbeidsoppgavene utføres, på bakgrunn av kunnskapen de besitter. De er ikke underlagt en ekstern autoritet (A. Molander & Terum, 2008).

Helsesektoren har historisk sett fungert fragmentert, noe som gjør det utfordrende å møte pasientenes behov for sammenhengende og koordinerte tjenester. Utviklingen i samfunnet med en økende eldre befolkning, og mangel på helsepersonell fører til at nye krav stilles til helsevesenet. I møte med pasienters sammensatte behov er samarbeid og kunnskapsdeling på tvers av fag og profesjoner nødvendig. I tverrprofesjonelt samarbeid har faggruppene eller profesjonene et felles mål som er til det beste for pasientene. Veien mot målet drøftes i fellesskap, og de ulike bidrag sees i sammenheng med hverandre (Iversen, Hauksdottir, Tveiten, Jentoft & Norbye, 2018, s. 169).

3 Metode

3.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Denne studien er forankret i en fenomenologisk hermeneutisk vitenskapstradisjon, som legger vekt på erfaringskunnskap og sammensatte forhold. Med bakgrunn i denne vitenskapstradisjonen har hensikten med studien vært å få en økt forståelse og innsikt rundt psykomotorikernes opplevde erfaringer og praksis med kort liggetid på døgnavdeling i et DPS. Fenomenologien har vært betydningsfull for utviklingen av kvalitativ forskning, og har ifølge Kvale & Brinkmann (2017, s. 50) bidratt til å gjøre kvalitativ forskning til en legitim vitenskapelig retning. Den vitenskapsteoretiske forståelsesrammen som legges til grunn, har betydning for valg av metode (Kvale & Brinkmann, 2017; Thagaard, 2013). Fenomenologi retter søkelyset mot verden slik den erfares for subjektet, ikke på verden uavhengig av subjektet (Thornquist, 2003, s. 83). Thornquist peker på at menneskets bevissthet er rettet mot noe og om noe, den er aldri tom (2003, s. 84). Det å se nærmere på erfaringer og praksis for psykomotorikere på DPS innebærer å ta utgangspunkt i hvordan et fenomen erfares for den enkelte, og måten vi forstår verden og mennesket innenfor denne vitenskapstradisjonen, med særlig vekt på sammensatte forhold og mellommenneskelige relasjoner, der forholdet mellom den som erkjenner og det som erkjennes vektlegges (Thornquist, 2003, s. 84).

Hermeneutikken legger videre vekt på vår egen forforståelse i møte med fenomener vi står ovenfor (Nortvedt & Grimen, 2004), og fremhever at mening må forstås i lys av den sammenhengen det vi studerer er en del av (Thagaard, 2013). Dette beskrives ofte som en stadig veksling mellom deler og helhet, hvor det legges vekt på at meningen utgår fra den sammenhengen enkeltelementene inngår i. Dette danner grunnlaget for fremgangsmåten innen kvalitative forskningsmetoder, der vekslingen mellom delene og helheten står sentralt, både for å se sammenhenger og øke forståelsen for et fenomen, og for hvordan en går fram for å avdekke ny kunnskap.

3.2 Tilvirkning av data

3.2.1 Metodisk tilnærming

Vitenskapelig forankring har sammen med forskningsspørsmålet vært styrende for valg av metode. Forskningsspørsmålet rettet seg mot psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer og synspunkter med å gjennomføre psykomotorisk fysioterapi på DPS. Ifølge litteraturen

beskrives kvalitativt forskningsintervju som en metode som er basert på grunnlaget om å forstå et fenomen der intervjuundersøkelser er velegnet til å utforske personers opplevelser, menneskers erfaringer, samhandling og selvforståelse (Malterud, 2017; Thagaard, 2013). Av den grunn vil det semistrukturerte forskningsintervjuet være velegnet med tanke på å fange opp psykomotorikernes erfaringer rundt det å jobbe på DPS.

3.2.2 Kvalitativt/Semistrukturert forskningsintervju

Semistrukturert intervju er karakterisert av at intervju spørsmål er delvis strukturert på bakgrunn av at det er bestemte temaer og emner som ønskes belyst (Kvale & Brinkmann, 2017). Fremgangsmåten gir samtidig fleksibilitet og anledning til å gå i dybden på ulike temaer og problemstillinger, både gjennom oppfølgingsspørsmål og muligheten til å forfølge informantenes fortellinger. Ved hjelp av en intervjuguide blir temaene presentert som åpne spørsmål i en mulig rekkefølge (Kvale & Brinkmann, 2017; Malterud, 2017; Thagaard, 2013). Dette gir ikke en rigid struktur, og åpner for at hver enkelt fysioterapeuts erfaringer med å jobbe på DPS kommer fram. Metoden gir anledning til å gå dypere inne i emner og temaer i intervjusituasjonen, noe som kan bidra til en dypere forståelse av det som undersøkes. Den kvalitative metodens fleksibilitet, sammen med interaksjonen mellom forsker og informantene, medfører at hvert intervju vil bli forskjellig. Det er en romslighet til å følge informantenes fortelling og likevel få belyst temaene rikelig og med fyldige svar. Rekkefølgen i temaene bestemmes underveis, og betydningen av å kunne følge informantenes fortellinger er viktig samtidig som det er essensielt å få belyst temaer som bidrar til å besvare problemstillingen (Thagaard, 2013, s. 98). Den strukturerte tilnærmingen bidrar samtidig til at informantene får gitt informasjon om de samme temaene slik at det blir et fyldigere materiale og at svarene eventuelt kan sammenlignes (Thagaard, 2013).

3.2.3 Utvalg

Det ble benyttet strategisk utvalg (Malterud, 2017) for å sikre relevant informasjon og mer innsikt om hvordan det er for psykomotorikere å jobbe på DPS. De som kunne inngå i et slikt utvalg måtte være utdannet som psykomotoriske fysioterapeuter, jobbe på døgnavdeling innen DPS, samt at det var ønskelig at de hadde jobbet på avdelingen over en lengre periode. På denne måten ville informantene kunne bidra med erfaringer og eksempler fra egen

psykomotorisk fysioterapi praksis på DPS. Semistrukturerte intervju gir gode muligheter for å gå i dybden innenfor et tema, og det ble vurdert at 3-4 informanter ville kunne belyse problemstillingen tilstrekkelig, samt at mastergradsprosjektets størrelse og tidsperspektivet var nødvendig å ta hensyn til.

I rekrutteringsprosessen tok jeg kontakt med ulike DPS`er, og ble som regel satt i direkte kontakt med aktuelle informanter. Jeg kom i kontakt med fem psykomotorikere, der to takket nei til å delta. Tre informanter samtykket til å delta i studien. De jobbet i ulike regioner og spredt i ulike deler av landet.

Alle tre informantene har jobbet som fysioterapeuter i 10-20 år, og har i løpet av de siste 10 årene videreutdannet seg til psykomotoriske fysioterapeuter. De har alle lang erfaring fra psykiatrifeltet, og har stort sett jobbet innenfor dette feltet siden turnustjenesten. Den ene informanten jobbet 100% på en døgnavdeling, mens de to andre jobbet 50% på døgn og 50 % på en annen avdeling. Av arbeidserfaring hadde to av informantene hatt flere ulike arbeidsplasser, mens den tredje hadde hatt samme arbeidsplass hele tiden, men vært på ulike avdelinger. To av informantene anslo at gjennomsnittlig liggetid på avdelingen de jobbet på var 2-3 uker, mens liggetiden der den siste arbeidet var på 6-8 uker.

3.2.4 Gjennomføring av intervju

Det ble gjennomført et prøveintervju der jeg intervjuet en psykomotorisk fysioterapeut som ikke jobbet på DPS eller i psykiatrien. Formålet med prøveintervjuet var blant annet å gjøre meg kjent med det tekniske utstyret, prøve ut spørsmålene fra intervjuguiden (Vedlegg 1) og få erfaringer og tilbakemeldinger med gjennomføringen av intervjuet, jamfør det Kvale & Brinkmann skriver om prøveintervju (2017). Erfaringene fra prøveintervjuet ledet ikke til større endringer i intervjuguiden, men jeg ble mer bevisst betydningen av å stille åpne spørsmål samt at jeg erfarte at intervjuet tok lenger tid enn først antatt, noe som var nyttig også med tanke på planlegging av tidsbruk når intervjuene skulle gjennomføres.

Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av praktisk kjennskap til feltet, teori og forskning på området. Under intervjuet brukte jeg intervjuguiden som en huskeliste, og så på den eksempelvis når samtalen stoppet opp og det ble stille. På slutten av hvert intervju var det også viktig for meg å forsikre meg om at de ulike temaene var blitt belyst. I starten tok jeg føringen i intervjuene, før samtalen etter hvert utviklet seg i ulike retninger og intervjuene

ble ulike. De åpne spørsmålene ga meg rom til å få fram informantenes vurderinger og gjerne synliggjort av eksempler (Kvale & Brinkmann, 2017), og det fikk fram variasjon og ulike nyanser.

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplasser, der de sørget for å tilrettelegge intervjusituasjonen slik at intervjuene ble gjennomført uten avbrytelser eller andre forstyrrelser. Informantene hadde på forhånd fått overordnet informasjon om tema for intervjuet. For å unngå å påvirke informantene og få tilgang til deres spontane refleksjoner valgte jeg å ikke sende dem intervjuguide på forhånd.

I intervjusituasjonene var det viktig å skape tillit og tune seg inn. Jeg bestrebet meg på å være lyttende, interessert og anerkjennende, og vektla å få tak i deres synspunkter. Jeg møtte engasjerte informanter som hadde mye å formidle av erfaringer og synspunkter med det å være psykomotoriker på en døgnavdeling. De snakke åpent om hva de opplevde som vanskelig, og kom med utdypende forklaringer når jeg utfordret dem til det. Det ble brukt digital lydopptaker i intervjusituasjonene. Intervjuene ble gjennomført i en periode på 10 dager senhøsten 2019, og varte fra 80 minutter til 110 minutter. Når vi var ferdig med å snakke om det faglige, spurte jeg informantene om hva de syntes om å være med og bli intervjuet. De trakk fram at det var uvant, men også nyttig og lærerikt å reflektere over egne erfaringer. I etterkant av intervjuene noterte jeg ned om det dukket opp interessant informasjon når lydopptakeren var slått av, samt det generelle inntrykket jeg satt igjen med fra intervjuene.

3.2.5 Transkripsjon

For å analysere datamaterialet valgte jeg å transkribere intervjuene. Å transkribere betyr å skifte fra en form til en annen (Kvale & Brinkmann, 2017), som i dette tilfellet å gjøre muntlig tale om til skriftlig tekst. Ved transkribering ble intervjuene skrevet på bokmål, både for å ivareta personvern og for å bedre flyten i det skrevne materialet. Det skjer mange ting på en gang under en samtale. I tillegg til de som blir sagt verbalt, vil også kroppsspråk, mimikk og tonefall ha betydning for det budskapet som formidles. Derfor valgte jeg å skrive det som ble sagt ordrett, og jeg valgte å ta med pauser, nøling og latter for å få fram mer av sammenhengen det ble sagt i, og for å få fram dynamikken som skjedde underveis.

Feltnotatene som ble ført i etterkant av intervjuene bidro også til å beskrive stemning og kontekst for intervjuene.

3.3 Analysen

Etter transkriberingen brukte jeg tid på å høre gjennom intervjuene som helhet. Detaljer og interessante utsagn ble bemerket og notert ned. Det transkriberte materialet har også vært gjenstand for mange gjennomlesninger for å bli familiær med innholdet. Jeg har analysert materiale i tråd med beskrivelse av tematisk analyse av Braun et al. (2016). Gangen i analysen var at jeg analyserte hvert intervju for seg, før jeg videre sammenholdt intervjuene.

Jeg begynte med å identifisere relevant informasjon som svarte til problemstillingen. Disse ble merket, kodet og notert. I dette arbeidet med å kode teksten, var det viktig å være åpen og inkluderende, siden temaene ennå ikke var bestemt og satt, jmfør det Braun et al. beskriver (2016). Det ble gjort flere gjennomganger av materialet for å prøve ut og være kritisk til om det var de riktige kodene, eller om de kunne forstås på en annen måte. Jeg brukte post-it lapper og noterte ned en kode på hver lapp som var beskrivende for innholdet. Videre ble det jobbet med å finne ut om de ulike kodene kunne settes sammen, ved å forsøke å identifisere temaer som var dekkende for grupper av koder (Braun et al., 2016). De identifiserte temaene ble videre sett i forhold til hvilke temaer som gikk igjen hos alle informantene. De foreløpige temaene ble nedskrevet, og det ble jobbet videre med å finne ut hvordan disse temaene kunne henge sammen og hvordan de kunne forstås.

De ulike temaene ble satt i matriser for å skape bedre oversikt og større systematikk for det videre analysearbeidet, se et eksempel på dette i figur 1. Det ble imidlertid foretatt flere runder med lesing, vurdering og strukturering som medførte justeringer av overskrifter på både overordnede tema, samt endringer og flytting av undertemaer og emner. Resultatene fra analysearbeidet ledet til to hovedtema, der første hovedtema handler om samhandling mellom terapeut og pasient, mens det andre hovedtemaet handler om fagutøvelse i tverrprofesjonelt samarbeid. Hvert av disse temaene har to undertema.

3.4 Metodiske overveielser

3.4.1 Nærhet til forskningsfeltet

Jeg jobber selv på en døgnenhet ved et DPS og er i et mastergradsforløp i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, og står på denne måten nært til forskningsfeltet jeg vil se nærmere på. Dette kan være både en styrke og svakhet for prosjektet. Styrken ligger i erfaringene jeg har med å jobbe på en lignende arbeidsplass, med den samme pasientgruppen og psykomotorisk fysioterapi. Dette gir meg en innsikt i problemområdet og har dannet utgangspunkt for nysgjerrigheten rundt problemstillingen. Kjennskap til fagfeltet kan gi grunnlag for å stille relevante og gode spørsmål som speiler utfordringene som fagutøverne møter i sin praksis. Thagaard (2013, s. 206) peker på når forskeren er innenfor miljøet som forskes på, så har dette betydning for forståelsen av fenomenene som utforskes og hvordan tolkninger kan utvikles i relasjon til egne erfaringer. Dette kan bidra til videreutvikling av fagfeltet og forskeren som fagutøver.

På den andre siden kan nærhet til forskningsfeltet også være en svakhet da en lettere kan være forutinntatt og ha ønske om å bekrefte etablerte «sannheter». I tillegg kan det være lettere å overse det som er forskjellig fra egne erfaringer. Det kan bidra til vanskeligheter med å være åpen for å se nyansene i det som studeres (Thagaard, 2013). Å gjennomføre en studie innenfor et fagfelt som er kjent, snakke det samme fagspråket som informantene, samt å ha begrenset erfaringer som intervjuer kan påvirke mulighetene for å få fram nyanserte og utdypende forklaringer på svar som kan oppleves implisitte. Samtidig kan et felt en kjenner godt også være vanskelig å stille seg kritisk til (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 108). Jeg har forsøkt å være dette bevisst, og har i intervjusituasjoner stilt oppfølgende spørsmål, bedt om utdyping og eksempler, samt nærmere forklaringer på det informantene sa og mente. Dialogen åpnet for mange nye perspektiver som jeg ikke hadde tenkt på, og hvor informantenes synspunkter kom fram. Jeg har forsøkt å redegjøre for min bakgrunn og den forforståelsen jeg gikk inn i prosjektet med, og har forsøkt å være bevisst hvordan disse forholdene har kunnet påvirke forskningsprosessen. Ved å redegjøre for egen posisjon og samtidig beskrive fremgangsmåten i gjennomføring og analysearbeid kan leseren vurdere resultatene, analysen og diskusjonen på bakgrunn av dette.

3.4.2 Utvalg

I rekrutteringsprosessen kom jeg ofte i direkte kontakt med aktuelle informantene når jeg kontaktet de ulike DPS`ene. Det var i utgangspunktet ønskelig at informantene fikk informasjonen gjennom en tredje person, slik at de som ønsket å avslå kunne gjøre det med større letthet. Av informantene i studien var jeg i direkte kontakt med to av dem, mens den tredje fikk informasjon gjennom en annen. Jeg var imidlertid påpasselig med å gi dem tid til å gjøre seg opp en mening om dette kunne være interessant å delta på før jeg tok kontakt på ny for å få et svar. De fikk framlagt informasjon om studien muntlig og skriftlig, samt at de fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst.

Jeg har ikke nådd ut til mange med informasjon om studien og har derfor framlagt studien for et begrenset antall aktuelle informanter. Av aktuelle informanter var det to som takket nei til å delta i studiet. Det ene avslaget ble begrunnet med at det ikke passet så godt å delta. Den andre hørte jeg ikke noe mer fra, og valgte å ikke følge opp forespørselen videre ettersom vi hadde blitt enige om at personen skulle ta kontakt for å gi en tilbakemelding. Jeg valgte å avslutte datainnsamlingen etter tre gjennomførte intervjuer. Intervjuene var tidsmessig betydelig lengre enn antatt, og innholdet var rikholdig og bidro med både fellestrekk og nyanser knyttet til temaene jeg ønsket å få belyst. I lys av dette, samt prosjektets problemstilling, masteroppgavens omfang, og tilgjengelig tid ble dette vurdert som et tilstrekkelig antall.

Informantene hadde arbeidssted ved ulike DPS`er, dette for å få fram eventuelle forskjeller og roller på de ulike arbeidsplassene. Dette har bidratt til å gi variasjon og få fram nyanser i datamaterialet, blant annet knyttet til ulikheter i arbeidsforhold og rammebetingelser. Det at alle informantene skulle være psykomotoriske fysioterapeuter kan være styrende for hvilke fokus informantene hadde, til tross for ulike arbeidsplasser. Samtidig er det en del fysioterapeuter uten denne tilleggskompetansen som arbeider på døgnavdelinger i psykiatrien. Dette er et område som gjennom valg av inklusjonskriterier, og problemstilling, ikke blir berørt i denne oppgaven, men som likevel kan ha betydning med tanke på å synliggjøre flere aspekter ved fysioterapi-utøvelse i DPS døgnavdelinger. Informantenes bakgrunn med tanke på hvilke arbeidserfaringer de innehar kan ha betydning for resultatet. Flere av informantene har hatt ulike arbeidsplasser. En av informantene hadde vært på samme arbeidsplass gjennom hele sin arbeidskarriere, men hadde da erfaringer fra ulike avdelinger. Ulike arbeidserfaringer kan i denne sammenheng være en styrke med tanke på at erfaringer med ulike

arbeidssituasjoner og rammevilkår kan bidra med nyanserte perspektiv på psykomotorikernes roller på DPS. Deres lange arbeidserfaring innen psykiatri og etter hvert som psykomotorisk fysioterapeut er også av betydning i den grad at de har mye erfaring med å bruke den metoden innenfor de rammene som er gitt. Den gjennomsnittlige liggetiden som informantene oppga for sin arbeidsplass varierte fra 2-3 uker for to av informantene, til 6-8 uker for den ene informanten. Tatt i betraktning et lengre tidsperspektiv innen psykomotorisk fysioterapioppfølging, jamfør «1.1 Tema og bakgrunn», ble dette vurdert som kort i denne sammenhengen, samt at denne variasjonen også kan tenkes å ha bidratt til å få frem flere nyanser i materialet.

3.4.3 Gjennomføring av intervjuene og transkribering

Jeg hadde ikke kjennskap til informantene fra tidligere, verken i jobb eller i faglige sammenhenger. Lokalene som ble brukt under intervjuene ble vurdert som velegnet. Vi ble ikke avbrutt eller forstyrret underveis, og informantene kunne snakke fritt. Jeg opplyste om når jeg skrudde på lydopptakeren idet intervjuene startet, og når jeg skrudde den av på slutten. Innledningsvis handlet spørsmålene om informantene og deres bakgrunn. Videre snakket informantene engasjert om de ulike temaene, og intervjuene var langvarige. Det syntes i liten grad at informantene ble påvirket av båndopptakeren. Under intervjuene var det viktig å skape en god atmosfære og bygge opp et tillitsforhold fordi dette har betydning for hvilken informasjon man får og om kvaliteten på informasjonen. Stemningen underveis var god, og informantene var aktive og engasjerte. De fortalte også om forhold som var vanskelig, eksempelvis gjennom pasienteksempler på når man ikke lykkes. Som intervjuer etterstrebet jeg å stille åpne spørsmål. Men ved enkelte ganger, når informanten ikke svarte med det samme, endte jeg opp med å lukke spørsmålene noe ved å gi eksempler. På denne måten ble det mer klargjørende når det gjaldt å forstå spørsmålet, og informantene kom med egne synspunkter framfor å velge eksemplene.

Transkriberingen ble gjort i etterkant av at alle intervjuene var gjennomført. Det var få dager mellom intervjuene, slik at det var liten tid til å starte på transkribering. Det ble imidlertid brukt tid på å høre gjennom intervjuene flere ganger, før et nytt intervju ble gjennomført. Dette ble gjort for å bli oppmerksom på hva som ble sagt i intervjuene, og at jeg hadde med meg nye nyanser inn i det neste intervjuet.

3.4.4 Gjennomføring av analysen

Analysearbeidet påvirkes av meg som forsker og jeg har forsøkt å tilnærme meg materialet så åpent som mulig, og jeg har forsøkt å være oppmerksom på informantenes utsagn. Videre har det vært viktig å synliggjøre stegene i analyseprosessen på en gjennomiktig måte, både gjennom beskrivelser av fremgangsmåten og gjennom eksempler med bruk av matrise. En svakhet ved den analytiske fremgangsmåten kan være at det ikke er benyttet flere personer i arbeidet, noe som kunne bidratt til å sikre en felles forståelse av datamaterialet, og identifisering av relevante koder og tema. Likevel er deler av intervjumaterialet presentert og drøftet med veileder i analyseprosessen. Jeg har redegjort for egen forforståelse da jeg gikk inn i dette prosjektet. Dette er forhold som kan påvirke analysen og forståelsen av intervjuene. Samtidig var det flere tematikker og nyanser som kom frem i intervjuene som har bidratt med nye og uventede aspekter. Dette kan tyde på at også informantenes synspunkter og erfaringer har fått tre fram i analysen.

3.4.5 Pålitelighet og gyldighet

Kvalitativ forskningsmetode er egnet for å belyse problemstillingen der en utforsker menneskers erfaringer, opplevelser og samhandling (Malterud, 2017). Dette er i tråd med problemstillingen i denne oppgaven, der erfaringer med psykomotorisk fysioterapi i psykiatrien løftes fram. Pålitelighet og gyldighet er begreper som brukes for å sette et kritisk søkelys på forskningen. I andre forskningsmetoder brukes gjerne reliabilitet som en kvalitet som fremhever nøytralitet og retter seg mot at det er mulig å komme fram til de samme svarene ved å gjenta det som er blitt gjort i en situasjon, bare gjort av en annen forsker i en annen situasjon. I studier der mennesker forholder seg til hverandre, er det mindre relevant å diskutere prinsipper om at forskeren skal oppfattes som uavhengig i relasjonen til deltagerne (Thagaard, 2013, s. 202). I kvalitativ forskning fremheves betydningen av troverdighet som tillitsskapende til forskningsresultatene, gjennomiktighet i alle ledd av utførelsen av prosjektet, samt overførbarhet til andre sammenhenger (Thagaard, 2013). Dette gjøres blant annet ved å beskrive detaljert hvordan en har gått fram underveis i forskningsprosessen slik at den kan vurderes trinn for trinn. Relasjonen til deltagerne i prosjektet og konteksten for innsamlingen av data har også betydning for informasjonen forskeren får, og dette har jeg forsøkt å synliggjøre gjennom beskrivelsene av fremgangsmåten for studien. Informantene var engasjerte og motiverte for deltagelse i studien, og atmosfæren i intervjuene var god.

Dette har betydning for informasjonen informantene gir. Både at de kan få sagt det de ønsker og at de kan snakke om vanskelige tema, eksempelvis som å sette kritisk lys på deler av egen praksis (Thagaard, 2013). Erfaringene fra intervjuene viste at informantene ikke unnlot å stille seg kritisk eller sette spørsmålstegn til praksis og måter å gjøre ting på, blant annet ved å dele erfaringer de opplevde som vanskelige. Informantene var positive og det syntes å være en felles oppmerksomhet rundt spørsmålene og temaene i intervjuene, noe som kan underbygge informantenes utsagn som gyldige. Som forsker har man innflytelse på resultatene, og nærhet til feltet kan gi forutsetninger for en større forståelse av det fenomenet som undersøkes og kan være en styrke for studien.

Gjennom beskrivelse og redegjørelse for framgangsmåte, analyseprosessen, eget ståsted og forståelsesramme har jeg forsøkt å synliggjøre forskningsprosessen på en slik måte at leserne kan ta stilling til om metode, resultater og analyser er troverdige for å besvare studiens problemstilling og bidra til økt kunnskap om tematikken.

3.5 Etiske vurderinger

Prosjektskisse samt informasjons- og samtykkeerklæring ble framstilt for personvernombudet ved Norsk senter for forskningsdata først, og ble godkjent, se vedlegg 2. Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studiens formål og hvordan jeg ønsket å undersøke fenomenet. De ble informert om at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg når som helst, se vedlegg 3.

Samtykkeskjema ble underskrevet før intervjuene i to tilfeller. Ved det siste intervjuet ble det gitt muntlig samtykke, og skjemaet ble sendt i etterkant. Informantene ble informert om at all informasjon ville bli behandlet konfidensielt. De ble informert om bruk av lydopptak og sletting ved prosjektets slutt. Underveis ble lydopptakene lagret på en kryptert ekstern data-enhet, og holdt adskilt fra de anonymiserte transkripsjonene og analysene. Resultatene fra studien er i oppgaven presentert slik at deltakerne ikke kan identifiseres.

4 Resultater og diskusjon

Resultatet og diskusjonskapittelet er slått sammen, og bygd opp ved at resultatene blir presentert tematisk, med påfølgende tekstnære tolkninger og diskusjon. De to hovedtemaene er «Samhandling mellom terapeut og pasient», og «Fagutøvelse i tverrprofesjonelt samarbeid». Hvert av disse temaene har to undertema som presenteres hver for seg. Det er gjort en tekstnær fortolkning til hvert undertema som til slutt løftes opp i en diskusjon. I den avsluttende diskusjonen i kapittel fem har jeg forsøkt å knytte de ulike temaene sammen, der jeg relaterer hovedfunnene til studiens forskningsspørsmål.

Sitatene som er presentert under resultater eksemplifiserer informantenes synspunkter, og er presentert i kursiv og med anførselstegn. Enkelte sitater fra informantene er integrert i min beskrivelse av resultatene, mens de fleste sitatene er presentert med linjeskift og innrykket tekst. Korte pauser under samtalen er synliggjort med tre punktum: For å synliggjøre konteksten for et sitat der dette ikke fremgår av sitatet alene har jeg valgt å supplere med egen beskrivelse presentert i klammer: [].

4.1 Samhandling mellom terapeut og pasient

Dette temaet tar for seg hvordan psykomotorisk fysioterapi på ulike måter bringer inn det kroppslige fokuset gjennom måten fysioterapeutene møter pasientene på, og gjennom de valg av tiltak som de beskrev fra egen praksis. God relasjon og aktiv deltagelse gjennom samhandling belyses også i dette temaet. Temaet er delt i to undertema, som hver tar for seg henholdsvis fysioterapeutens samhandling med pasientene og hva som gjøres.

4.1.1 Relasjoner og alliansebygging

4.1.1.1 «Bli sett og tatt på alvor»

I intervjuene kom det fram at informantene mente at det var viktig at pasientene opplevde at de ble tatt på alvor og opplevde trygghet i møte med behandlerne. Informantene trakk fram betydningen av det å vise forståelse for pasientens problemstillinger og være på pasientenes lag. Den ene informanten fortalte at hun ved å undersøke og forklare plagene og se det i sammenheng med livet de lever, opplever at pasientene får en forståelse av plagene som gjør

at behovet for behandling dempes med bakgrunn av at de har fått en forklaring. Hun pekte på at:

«De [pasientene] føler seg sett og hørt og tatt på alvor... For meg så er det å være på lag.»

En annen informant la vekt på at psykomotorisk fysioterapi er en god måte å kunne jobbe med det relasjonelle, og det å skape trygghet i situasjonen for pasientene. Hun opplever at innlagte, som er i krise, kan være usikker og trenger tid for å bli trygg og tilgjengelig for de ulike behandlingene på DPS. Informanten pekte på at både hun og andre faggrupper ser betydningen av at psykomotorisk fysioterapi kan være en åpner inn til relasjoner mellom pasient og behandler. Hun utdypet det med at fysioterapi er en mindre farlig arena i forhold til den stigmatiseringen og tabuer som mange forbinder med psykisk helse:

«Det blir et frirom, så jeg tenker at det er en god mulighet til å skape en god allianse som også gagnar behandlingen for øvrig rundt pasienten.»

En informant fortalte at det kan være utfordrende å skape trygge relasjoner når tiden de oppholder seg på institusjon er begrenset. Hun trakk fram at hun rekker å treffe pasientene opp til 3-4 ganger før de skrives ut, og pekte på at noen vil trenge tid på å bygge opp det relasjonelle og bli trygge på terapeuten. En annen informant erfarte at pasienter som har vært innlagt før er tryggere når de kommer tilbake på nye innleggelse. De vet hva de går til, både hva som skjer inne på avdelingen og på de som jobber der. Hun pekte på at de da tørr å gjøre mer.

4.1.1.2 «Det må være pasientens prosjekt»

Informantene vektla at pasientene skal være aktive partnere og ha eierskap til det som foregår i behandlingstimene; lære og forstå intensjonen med behandlingen. Det å få en forklaring og forståelse av hvorfor noe gjøres, kan bidra til at pasientene nyttiggjør seg behandlingen i størst mulig grad. En sa:

«I alt vi gjør, alle øvelsene vi gjør, skal de vite hvorfor. Hva er hensikten? Hvis vi sitter og beveger bekkenet, så er tanken min at de må ha smidighet nok i musklene til å kunne sitte i de og de vinklene for at ryggen og nakken skal kunne slippe. Det er viktig at de vet.»

En annen informant fortalte at hun reagerer og blir frustrert dersom hun opplever en forventning om at hun som fysioterapeut bare skal «gjøre» noe i pasientoppfølgingen som vil lette pasientens plager. Hun fortalte at:

«Vi må være enige i hva vi [terapeuten og pasienten] holder på med... Hva som er prosessen.»

Informanten fortalte videre at hun mente at oppfølgingen må gi mening og bli pasientens eget prosjekt for at tiltakene som er gjort under innleggelsen ved DPS`et skal videreføres etter utreise. Samtidig trakk hun også fram et pasienteksempel der både hun og pasientene lærte mye av en behandlingssituasjon der pasientens utgangspunkt først handlet om å etterspørre mer radikal behandling for sin depresjon, men der den psykomotoriske oppfølgingen ga overraskende og positive resultater. Dette førte i første omgang til en konfliktfylt situasjon, fordi den psykomotoriske fysioterapeuten bidro til å skape positive endringer som stod i kontrast til pasientens opplevelse av at radikal behandling var siste utvei. Pasienten fortsatte likevel med den psykomotoriske oppfølgingen med godt resultat, og informanten opplevde i etterkant at hennes bidrag var betydningsfullt, og hun beskrev at;

«For henne [pasienten] var det jo positivt å kjenne at hun hadde de ressursene selv. Ja ... det var jo ikke konfliktløst, men det ble veldig bra.»

Samtidig ga flere av informantene også eksempler på behandlingssituasjoner der den psykomotoriske behandlingen og øvelsene ikke ga mening for pasienten, og beskrev at dette gjorde oppfølgingen utfordrende og at den ikke alltid passet for alle pasientene på DPS`et.

Tekstnær tolkning:

Informantene vektlegger relasjonsbygging i møte med pasientene, og de bruker tid på å få til en god relasjon. Relasjonsbygging kan forstås som en kjerne til å skape rom for behandlingen som skal komme, og der pasientene må inviteres til å være aktiv deltagende fordi det er deres prosess. Det er av stor betydning at man i den psykomotoriske oppfølgingen skaper en forståelse og en enighet om hva som foregår i timene og hva som er målet med behandlingen og øvelsene. Dette kan forstås som en måte å skape tillit og grunnlag for å komme til i behandlingen.

4.1.2 Diskusjon:

Utsagnene peker på at informantene vurderer de som vesentlig at pasient og terapeut må jobbe mot å være enige om prosessen, og at det må gi mening for pasienten og være pasientenes eget prosjekt. Betydningen av å stille seg avventende og ta seg tid fremheves av informantene ettersom det gir pasienten muligheter til deltagelse i sin egen behandlingsprosess. Thornquist (2016, s. 232) fremhever at det er essensielt at helsepersonell er sensitive for pasienters reaksjoner, og at pasienter inviteres til å være aktive deltagere, slik at helsearbeid ikke bidrar til å bygge opp under en følelse av å kun «bli gjort noe med» - av ikke selv å være et handlende objekt. Aktiv deltagelse vil kunne gi pasienten en anerkjennelse og bekreftelse for betydningen og forståelsen som tillegges deres virkelighets- og forståelsesverden. I det å gi pasienten plass, vil det ligge muligheter for utvikling og læring, samt for nye måter å tenke og handle på for alle involverte parter (Thornquist, 2016). Et spennende eksempel som kom fram i et av intervjuene handlet om en pasient som i frustrasjon over egen situasjon ønsket mer radikal behandling for sin depresjon, men der den psykomotoriske tilnærmingen endret situasjonen. Informanten opplevde dette som lærerikt, både for egen del og for pasientens del, til tross for at de til å begynne med ikke var helt enige. Dette synliggjør også hvordan veien til et felles prosjekt kan utvikle seg gjennom et oppfølgingsforløp. Dette fremhever også balansegangen profesjonsutøvere av og til må gjøre mellom egne faglige vurderinger og målsettingen om at pasientene skal være aktive deltagere i egen behandling.

Det å være en aktiv deltager i sin egen behandling er i tråd med gjeldende lovverk for helsepersonell og pasienters rettigheter og plikter. Her pekes det på pasientens rett til medvirkning, en rettighet som er hjemlet i pasientrettighetsloven § 3-1 (brukerrettighetsloven, 2020; Thornquist, 2016). Videre framholder loven at helsepersonell har ansvar for å sette pasientens behov i sentrum og legge til rette for deres aktive deltagelse og medvirkning (Helsepersonelloven, 2019; Thornquist, 2016). Et sentralt aspekt ved å sette pasientens behov i sentrum er å lære pasienten å kjenne for å skaffe seg forståelse og innsikt i pasientens situasjon. Informantene framhever trygghet, det å bli sett, hørt og tatt på alvor som viktige aspekter ved det å bygge en god relasjon med pasientene. I litteraturen pekes det på at lytting er av betydning for å forstå andre (Thornquist, 2016, s. 125-126). Det er gjennom lytting at vi formidler oppmerksomhet og interesse for den andre. Hvordan noen reagerer på det som blir sagt vil være av betydning for hvordan en selv evaluerer det en formidler. Måten vi blir møtt på kan påvirke vår selvopplevelse, og det å bli hørt og bekreftet fortsetter å være viktig

uansett alder. Det er derfor viktig at helsepersonell viser at de hører, ser, forstår og tar pasientenes bidrag med i det videre forløp.

En av informantene trakk fram et aspekt i møte med pasienter der pasientene har tydelige forventninger til henne som fagutøver. Dette er forventninger som informanten ga uttrykk for er spesielt utfordrende, og pekte på at det strider mot målet om å gjøre pasienten delaktig i behandlingsprosessen. Helsepersonells yrkesidentitet er tradisjonelt forbundet med at man gjør noe for pasienten (Thornquist, 2016). De møtes også med forventninger som knyttes til det å handle og finne løsninger, slik som denne informanten formidlet. I kraft av sin rolle har fagutøvere både kunnskaper og redskaper som gjør dem til problemløsere overfor pasienter som trenger hjelp. Handlingstvang eller handlingsiver er ord som også brukes om dette (Thornquist, 2016). Det kan stilles spørsmål ved om det å være avventende og tåle å ikke møte forventningene som oppstår i møte mellom pasient og fagutøver kan bidra til å utfordre yrkesidentiteten og den anerkjennelsen og bekreftelsen som ligger i det å ha kunnskaper (Thornquist, 2016). Det å gjøre noe med pasienten, til forskjell fra sammen med pasienten, er ikke i tråd med psykomotorisk fysioterapitradisjon, som vektlegger det relasjonelle og hva som er meningsfullt for pasienten.

Et annet aspekt som informantene vektla, er den relasjonelle siden av pasient/terapeutforholdet, og det å lære pasienten å kjenne, skape trygge rammer og felles forståelse for fokuset i behandlingen. De pekte på at dette kan bidra til godt samarbeid med pasienten, både for egen del og for resten av det tverrfaglige teamet. Med bakgrunn i det asymmetriske forholdet som er mellom pasient og helsepersonell er det derfor av betydning hvordan fagutøvere fremmer og understøtter pasienters selvstendighet, mestringsevne og tro på seg selv, blant annet ved det å ha en anerkjennende væremåte og søke å forstå pasienten og ta dennes perspektiv. Dette fremmer større likeverd og trygghet inn i behandlingssituasjonen. I boken «Kunnskap i handling» redegjør Molander (1996) for handlingens betydning for mennesker. Han skriver at: «*Våre handlingar – och vi själva – måste erkännas av andra. Att bli mottagen är att bli erkänd.*» (B. Molander, 1996, s. 124). Han legger vekt på at det står mye på spill i måten vi forholder oss til hverandre på i handling. Dette bygger på en fenomenologisk forståelse av at handlinger og kropp ikke kan skilles fra intellekt og subjekt, en motsats til den dualistiske vitenskapstradisjonen (Thornquist, 2003). Dette er innsikter som vektlegger hvordan relasjon og fagutøvelse er flettet sammen i en relasjonell kontekst, og at psykomotorikernes kompetanse som vises og utøves i praksis kan bidra til å etablere gode relasjoner og formidle trygghet til pasientene.

4.1.3 De første skrittene

4.1.3.1 Samtaler

Informantene vektla samtaler som en viktig del i pasientarbeidet, der de trakk fram ulike sider og aspekter ved å snakke sammen. De pekte på betydningen av å kunne innhente informasjon, kartlegge, gi informasjon, bli enige om hva som er prosjektet i behandlingen, samt å reflektere over erfaringer i behandlingen. En av informantene var opptatt av at samarbeidet og prosjektet mellom pasient og terapeut kommer til uttrykk gjennom samtalen. Det blir en kontekst og en avklaring for hva de skal gjøre:

«Jeg kjenner fort at jeg føler at jeg forholder meg til et objekt hvis vi ikke starter i samtalen».

Informantene gav uttrykk for at de gjennom individualisert tilnærming er sensitive for pasientene og hva de klarer. En informant pekte på betydningen av å kunne jobbe konkret med spenninger i kroppen uten at terapeuten nødvendigvis vet spesifikt om traumene. Hun opplever at pasientene setter pris på å kunne jobbe med det kroppslige uten at de må fortelle igjen og igjen. Hun presiserte at hun må vite noe om hva som er belastende i forhold til behandlingen:

«Jeg har flere som har klart å gå i behandling hos meg som ikke klarer å gå til psykolog fordi de orker ikke og klarer ikke å prate».

En annen informant formidlet at de kroppslige erfaringene kan vekke en nysgjerrighet, og vektla mulighetene samtalen gir med tanke på å reflektere over hvordan det henger sammen med livet deres, hva de står i eller hva som har vært, og viste til;

«Denne vekslingen mellom å erfare og reflektere over erfaring».

En annen pekte på at samtalen kan vekke reaksjoner og nysgjerrighet om hvordan sykdom og levd liv kan utrykke seg for den enkelte, som gjør pasientene motivert til å jobbe kroppslig. Hun eksemplifiserer gjennom å formidle informasjon og kunnskap som pasienter kan kjenne seg igjen i:

«så hadde den pasienten blitt skikkelig dårlig etter vår prat. Masse angst. Men, så hadde hun blitt veldig nysgjerrig på; Hva er dette for noe? Hun ble egentlig veldig motivert til å jobbe»

4.1.3.2 «Å gi pasientene en smakebit»

I intervjuene kom det fram at informantene mente at de brukte mange psykomotoriske prinsipper, samtidig som de også trakk fram at det var andre sentrale elementer i psykomotorisk fysioterapi de ikke fikk jobbet med. De poengterte at de ofte bare rekker å gi pasientene en smakebit på den psykomotoriske oppfølgingen i forbindelse med en innleggelse. De beskrev også hvordan de bidrar med vurderinger, utredninger og oppstart, samt rydding med hensyn til differensialdiagnostikk.

«Jeg rekker jo egentlig aldri å behandle noen... Jeg rekker aldri mer enn å komme så vidt i gang med en behandlingsrekke».

Informantene viste til at de sjelden gjør en hel kroppsundersøkelse eller en hel ressursorientert kroppsundersøkelse (ROK). De forklarte at de bruker deler og ulike elementer fra undersøkelsen for å ha et grunnlag å jobbe ut ifra. I intervjuet forklarte informantene at de ser på ulike funksjoner, som:

«Hvordan de står, går og hvordan de sitter, respirasjon og fleksibilitet i bevegelsesmønsteret, men jeg går ikke gjennom en hel kroppsundersøkelse».

En av informantene nyanserte også dette ved å peke på at hun også ser på det som skjer i relasjonen mellom pasient og terapeut, og om hvordan det er med nærhet og avstand.

Informantene vektla aktiv behandling. En av dem fortalte at hun:

«Bruker mye fokus på skuldre, bekken og føtter. Det er gjerne der det sitter, og bruker bevegelser. Få blodsirkulasjonen rundt omkring, og få blodsirkulasjonen til å komme fram til musklene».

De trakk fram det å bruke stående øvelser, jobbe med føttene, bruke knotteball eller ulike øvelser for «å lande», stå, jobbe med kroppskontakt og midtlinje, noe de anser som vesentlig. Informantene beskrev hvordan de prøver å få tak på midten både i stående og sittende, lar

pasientene kjenne på forskjellene sammenlignet med vanestilling, samt kjenne hvordan overkroppen innretter seg når man har funnet midtlinjen. Det framheves også at det å jobbe med bevegelighet og strekk av overkropp samt få inn balanse og styrke i kjernemusklene også er viktige elementer. Informantene begrunnet valgene de har gjort med at de erfarer at «*de enkle tingene*» fungerer godt ovenfor denne pasientgruppen, og at de får gode tilbakemeldinger fra pasientene på dette. En av dem eksemplifiserte:

«Det å legge inn en liten endring, og å gjøre ting bitte litt annerledes. Det psykomotoriske er den der lille endringen som skal få lov til å sette seg... Når bare kroppen kan være der den er laget for å være, slipper resten».

De var ellers samstemte om at de i liten grad gjør benkebehandling og det å ha pasienten på benken. Dette ble forklart med at denne type behandling er noe de ikke rekker å komme til under korte opphold, pasientene er for dårlige, samt at dette er en type behandling som de ikke kan fullføre på grunn av tiden og at det kan gjøre pasientene mer avhengige av fysioterapeuten. De ga uttrykk for at denne typen behandling oppleves som lite overførbar, og at de heller har fokus rettet mot det som kan læres og tas i bruk utenfor institusjon:

«Jeg har veldig lite av benkebehandling som vi ble opplært til... Det blir satt i fysiorommet, og så blir det der.»

Psykoedukasjon er noe informantene ser betydningen av å gjøre som en del av sin praksis¹. Informantene beskrev hvordan pasientene kan få ulike reaksjoner under psykomotorisk behandling, og at de legger vekt på å snakke om det underveis, blant annet ved å synliggjøre hvordan kroppen henger sammen med tanker, følelser og livshendelser. De beskrev at pasientene på denne måten kan få en forståelse av hvordan det levde livet henger sammen med plagene sine. Som en av informantene sa;

«Det å gi mening til erfarte kroppslige symptomer. Dette med å bruke den kunnskapen til å forklare, validere og normalisere reaksjoner».

¹ Psykoedukasjon er en systematisk, strukturert og didaktisk informasjon om psykisk lidelse, og pasienten lærer hvordan den kan mestre den bedre (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bäuml & Kissling, 2006; Xia, Merinder & Belgamwar, 2011).

I intervjuene kom det fram at informantene mente at det de gjør sammen med pasientene skal være av betydning for dem. De forklarte at det ikke trenger å være store ting, så mange øvelser, eller så mange elementer de jobber med, men at det gir mening og en erfaring som oppleves verdifull og har betydning for pasientene. En av informantene beskrev at en pasient hadde kommentert;

«Disse øvelsene er veldig rare, men de gir veldig mye mening».

I intervjuene kom det fram at informantene mente at den psykomotoriske tankegangen og prinsippene er noe de har med seg hele tiden og i alle settinger. De erfarer at de har mange verktøy i møte med pasientene, og forklarte at det også i trening kan jobbes med psykomotoriske prinsipper. Den ene informanten pekte på det å kombinere psykomotoriske prinsipper med styrketrening blant annet kan handle om å jobbe med teknikker for å finne midtlinjen og kontakt med underlaget. Hun eksemplifiserte;

«Nå har du skikkelig svai i ryggen på den knebøyen. Da setter vi oss litt på krakken og så jobber vi litt med type balansepute og finner ut hvordan det er. Og klare holde den når du står opp igjen og skal gjøre den øvelsen, for eksempel».

Flere er enig i at styrketrening kan være å jobbe med å være til stede i egen kropp. En sa følgende:

«Det er for å få kontakten med kroppen, og for å få hodet på plass. Når vi gjør en knebøy, så er det ikke bare for å styrke låret, men også for å knytte muskulaturen og føttene sammen med hodet, for å få styrket den kroppslige representasjonen i hjernen... Du kan jo jobbe med å være til stede i egen kropp i styrke-treningen».

4.1.3.3 Målsettingsarbeid og veien videre

I intervjuene kom det fram at informantene mente at det var viktig å se målsettinger sammen med hva som er veien videre for pasienten. Med tanke på den korte tiden pasientene er innlagt var de samstemte om at målsettingene må være avgrensede og ikke så store. En dem var også opptatt av at pasientene må være ærlige og realistiske når det gjelder hva de kan klare.

Eksempler på målsettinger som informantene mente er relevante, er å finne mer ut av hvordan ting henger sammen, å finne ro eller å kjenne på mer vitalitet:

«Kan vi prøve ut, komme i gang med noe som gir mening for pasienten, få kroppskontakt?»

Informantene mente at det var viktig å rette søkelys på hva som skjer etter utskrivelsen. To av informantene pekte begge på at det de gjør inne på avdelingen skal ha overføringsverdi til det de kan gjøre hjemme. Pasientene skal bli kjent med øvelsene slik at det sitter i kroppen, og at det dermed er lettere å bruke dem;

«Det er slike enkle ting jeg har tatt med meg. De enkle bevegelsene, de enkle aktivitetene. Ikke gjøre det tungt, ikke gjøre det dyrt og ikke gjøre det vanskelig. Hva kan gjøres hjemme og hva kan gjøres rett utenfor døren?».

Noen pasienter henvises videre til psykomotorisk oppfølging i kommunen. Det er vurderinger som gjøres underveis som avgjør om de anbefaler at dette kan være hensiktsmessig;

«Hvis de har gått til mye samtalerapi, snakket seg gjennom tingene... Og fremdeles er det mye kroppslig. Det blir en vurdering fra hva jeg har sett her og kanskje skjer det en endring på et eller annet vis, eller skjer det noen reaksjoner de blir nysgjerrig på selv.»

En informant formidlet også at det må gjøres en ordentlig jobb i vurderingen om pasientene skal ha videre oppfølging av psykomotoriker ute i kommunen. Hun pekte på at hun er nødt til å ha møtt pasienten nok ganger til å kunne uttale seg, og at det krever flere treffpunkter med pasienten:

«Skal jeg si noe kvalitativt faglig så må jeg ha møtt pasienten noen ganger. Jeg må ha gjort en ordentlig anamnese, fått gjort en undersøkelse. Jeg må ha fått prøvd ut noe sammen med pasienten. Jeg tenker på den kollegaen som skal ta imot. Det skal ikke være noe lettvindt løsning; «Det her er sikkert nyttig!»».

En av informantene forklarte at det mange ganger ikke er psykomotoriske fysioterapeuter i pasientenes hjemkommuner, eller at terapeutene har lange ventelister;

«Mange av mine [pasienter] mister motet, når de blir stående i ventelistekøen.»

Tekstnær tolkning:

Det fremkommer i intervjuene at det er mange faktorer som er styrende for valg av tiltak og fremgangsmåte i psykomotorisk fysioterapi på et DPS. Informantene fremhevet betydningen av gode fysioterapifaglige vurderinger for å finne tiltak som er nyttige for den enkelte pasient. Det ble framhevet viktigheten av samtale som klinisk verktøy, og behovet for tilpasninger av kroppsundersøkelsen. Informantene vektla videre pasientenes behov for enkle, konkrete tiltak og kroppslige erfaringer, som grunnlag for målsettingsarbeidet og muligheter for selv å kunne nyttiggjøre seg dette etter utskrivelse. Dette aktualiserer både de rammebetingelsene som den psykomotoriske praksisen foregår i, men også betydningen av pasientgruppens funksjonsnivå og livssituasjon under innleggelser på DPS. I tillegg synliggjøres betydningen av fysioterapeutenes kliniske kompetanse i valg av fremgangsmåter, tiltak og prioriteringer.

4.1.4 Diskusjon:

Informantene formidler betydningen av samtalen som en sentral del i samhandlingen med pasientene. Thornquist skriver at kroppslig og verbal samhandling, fagutøvelse og kommunikasjon er vevd i hverandre, og at dialogen har en vesentlig plass i klinisk arbeid (2016, s. 283). En av informantene fremhevet betydningen av å bruke samtalen til å finne pasientens og deres felles prosjekt. Hun la videre vekt på at kroppen ikke bare er et objekt hun skal gjøre noe med, men at det er en integrert del av mennesket. Dette er i tråd med innsikter fra kroppsfenomenologien, som knytter menneskets subjektstatus til kroppen (Merleau-Ponty, 1994). Merleau-Ponty ville bort fra tingliggjøringen av kroppen, og var kritisk til tanker om kroppen som noe annet og noe utenfor det «egentlige» jeg. Kroppen er ikke et subjektløst objekt, som kan sidestilles med andre objekter rundt oss. Ved å ha et videre fokus enn bare den fysiske kroppen, så vil terapeuten bidra med å forene kropp og person, som i motsatt fall vil være å bekrefte at det er to adskilte enheter. Det å ha et objekt- og betrakterpreget forhold til sin egen kropp utfordrer psykomotorikeren til å hjelpe pasientene til å knytte kropp, situasjon og følelser sammen. Det er av stor betydning at pasienter kan forholde seg til kroppen som erfaringskilde og uttrykksfelt (Thornquist, 2003). Dette er ellers viktig når man ser på trenden i samfunnet og helsevesenet, som har en tendens til å gjøre kroppen til et objekt, som man kan forme, kontrollere og vise fram (Thornquist, 2003). Informantene synliggjør i intervjuene hvordan kroppslig fokus og innfallsvinkel i behandling kan bidra til styrke kroppens subjektstatus. Dette harmonerer også med grunnleggende tekning i psykomotorisk behandling.

En av informantene pekte også på betydningen av at pasientene ikke alltid skal behøve å fortelle sin historie om igjen. For mange oppleves det som en belastning å snakke om de vanskelige tingene. Informanten vektla at kroppen også kommuniserer, noe som gjør det mulig å jobbe med kroppslige aspekter selv om den språklige kommunikasjonen nedtones. Thornquist (2016, s. 279) har skrevet om betydningen av å se det kroppslige uttrykket til pasientene som meddelelser. Disse kroppslige meddelelsene kan være mindre hensiktsmessig tilpasninger i vanskelig livssituasjoner. Merleau-Ponty (1994, s. 137-158) fremhevet at kroppen ikke er taus og uttrykksløs, men at vi meddeler oss og kommuniserer på kroppslig vis. Enhver kropp er synlig for andre. Vi ser og opplever andres kropper som både uttrykks- og meningsfulle, og som inviterer andre til kommunikasjon. Kroppen kommuniserer med omverdenen og omgivelsene i mye større grad enn hva vi ofte er bevisst om (Thornquist, 2003, s. 114). Thornquist (2003, s. 115) beskriver også hvordan kroppsfenomenologien gir språk og bevissthet en annen dimensjon ved å framholde at den prerefleksive kroppen og livsverdenens umiddelbare erfaring er den grunnleggende kilde til ulike former for uttrykk og refleksjon. Det er som kroppslige vesener vi snakker og tenker, og kroppslige og språklige uttrykk er utfyllende former for ekspressivitet og kommunikasjon. På denne måten er både kropp og ord av betydning for vår forståelse og evne til å reflektere over verden. Et kjennetegn på menneskelivet er nettopp det å veksle mellom å være spontant og ureflektert deltagende og reflekterende og ettertenksom. Dette er noe som en av informantene også synliggjorde da hun trakk fram betydningen av å bruke behandlingstimene sammen med pasientene til å reflektere over de kroppslige erfaringene pasientene gjorde seg underveis, og hvilke betydninger dette har for den enkelte.

Informantene formidlet at tilbakemeldingene på enkle øvelser og det å gjøre små endringer har vært gode tiltak. I den psykomotoriske behandlingstradisjonen er blant annet en av de sentrale faktorene at kroppen betraktes som en funksjonell enhet, og at man derfor behandler hele kroppen (B. Bunkan et al., 1995). Informantene beskriver at de i sin praksis får gitt pasientene noen smakebiter; de får startet opp med behandling, men sjelden fullført denne. På bakgrunn av rammen de har kan det være vanskelig å behandle hele kroppen. Tradisjonelt sett går behandlingstiden i psykomotorisk fysioterapi over lang tid (B. Bunkan, 2001), som blant annet muliggjør behandling av hele kroppen. Benkebehandling brukes i liten grad, og benkebehandling i denne sammenheng tolkes som at det kan omhandle funksjonsprøver i liggende, palpasjon og massasjeregrep. Dette er elementer som er en del av å jobbe seg systematisk gjennom hele kroppen. Til tross for at informantene beskrev at benkebehandling

blir lite brukt, så viser informantene at de likevel har fokus på store deler av kroppen i det de gjør. De er opptatte av føttene, beina, bekkenet, overkropp og skuldre, god kontakt med underlaget samt å finne balansen og midtlinjen i kroppen. Her er det flere elementer som sammenfaller med sentrale behandlingsfaktorer innenfor psykomotorisk fysioterapi, deriblant viktigheten av et godt fundament, med stabilitet, balanse og strekk i beina, noe som kan bidra til å stimulere strekkimpulser og oppmerksomhet rundt kroppskontakt (B. Bunkan et al., 1995). De har med seg psykomotoriske prinsipper, men har samtidig endret og tilpasset praksisen til situasjonen de jobber under.

Lokale smertefulle symptomer får ifølge psykomotorisk litteratur mindre fokus ettersom årsaken kan være holdningsforstyrrelser i andre kroppsdeler (B. Bunkan et al., 1995). Dette er også i tråd med hva en av informantene fortalte. Hun pekte på at hvis bare kroppen kunne få være der den er skapt for å være, så vil spenningene slippe. I dette ligger det at informantene er opptatte av å jobbe med vanestilling og holdning både i stående og sittende stilling, finne midtlinjen og balansen i kroppen. I litteraturen beskrives hvordan forbedring av u hensiktsmessig kroppsholdning kan bidra til at belastningslidelser reduseres eller forsvinner (B. Bunkan et al., 1995). Når de muskulære spenningene bedres, gir det mer hensiktsmessig stilling for ledd og skjelett, og gir bedre grunnlag for funksjon (B. Bunkan et al., 1995). Informantene vektla å jobbe med disse faktorene aktivt, gjennom øvelser og bevegelser samt bevissthet rundt hva som gjøres og hvordan dette oppleves i kroppen.

Beina er noe som informantene fortalte at de ofte starter med. Dette er i tråd med litteratur på området, som presiserer betydningen av å starte med føttene og beina (B. Bunkan et al., 1995). Det begrunnes med at beina hører med til fundamentet og er basis for holdning og balanse. Bekkenet som kroppens sentrum og dens betydning trekkes fram av informantene, fordi de erfarer at pasienter har plager knyttet til bekkenet. Uten at bekkenet er bevegelig er det vanskelig å få fram fjæring i bekkenet og fleksibilitet i ryggen, som er nødvendig for at det skal bli elastisk nok til å slippe til holdningsomstilling (B. Bunkan et al., 1995). Skuldrene trekkes også fram som et nøkkelpunkt av en informant. Skulderpartiet vil kompensere ved en forskyvning i kroppens tyngdeplassering. Når strekken i kroppen og balanseforholdene bedres, vil skuldrespenningene lettere slippe taket. Når de mekaniske forholdene bedres påvirker det muskulaturen på en gunstig måte (B. Bunkan et al., 1995).

Informantene pekte på at det psykomotoriske perspektiv de har med seg, implementerer de inn i andre settinger, eksempelvis i treningssituasjoner. Ved å sette søkelys på det å justere

teknikk, midtlinje og kontakt med kroppen og underlaget, bidrar de til at treningen også fokuserer på andre ting enn fysiske egenskaper slik som styrking av kroppsfølelse og skape bedre kontakt med muskulaturen. Den bidrar til også til å knytte kontakt mellom kropp og sinn, slik at opplevelsen av kroppen og kontakten med de ulike kroppsdelene kan bidra til økt kroppsopplevelse og kroppsbevissthet.

I intervjuene presiserte informantene at målsettingen ikke kan være for stor. Innleggelsestiden gjør det vanskelig å ha for store ambisjoner når det gjelder hva de kan få utrettet. Eksemplene på målsettinger som framkom i intervjuene var å finne mer ut av hvordan ting henger sammen, å finne ro, kjenne på mer vitalitet, prøve ut og komme i gang med noe som gir mening for pasienten, samt få mer kroppskontakt. Dette er i tråd med hva Gretland skriver i boken «Den relasjonelle kroppen» (2007), der disse eksemplene handler om å så et lite frø til videre utvikling gjennom den kroppslige tilnærmingen.

4.2 Fagutøvelse i tverrprofesjonelt samarbeid

Dette temaet tar for seg hvordan psykomotorisk fysioterapi på ulike måter bidrar inn i et tverrprofesjonelt samarbeid. Temaet er delt i to undertema, som hver tar for seg henholdsvis fysioterapeutens bidrag i det tverrfaglige samarbeidet og hvordan tidsperspektivet påvirker struktureringen av arbeidshverdagen.

4.2.1 Være en kunnskapsbank

4.2.1.1 «Frihet og ensomhet»

Informantene beskrev at de var alene som psykomotorisk fysioterapeut på sin eller sine avdelinger. Det å være eneste fagutøver ble beskrevet som ensomt, og at de hele tiden må jobbe med å synliggjøre seg og sin kunnskap ovenfor det tverrprofesjonelle felleskapet de jobber i. Det å være alene fagutøver gir både en frihet i utøvelse av faget, men også ansvar for å bringe seg inn som fagperson for å skape en praksis eller holdning som ivaretar de kroppslige aspektene. En av informantene sa:

«Man må sørge for å bringe seg selv inn. Hvis jeg kjenner at jeg vil ligge litt bakpå, hvis det er travelt, da mister jeg det litt. Man må hele tiden skape det, det er ikke gjort en gang for alle. Det tror jeg er friheten og ensomheten i det å være en av få.»

Den samme informanten trakk også fram betydningen det kan ha for den faglige utviklingen at det ikke er noen å drøfte hvilke standarder det skal være eller få faglige tilbakemeldinger.

En annen informant pekte på at i tverrprofesjonelt samarbeid har alle ulike roller og oppgaver. For å sette søkelyset på sine kjerneoppgaver er det viktig å fremlegge det i disse møtene. Men som enslig faggrupper kan hun også kjenne på annerledesheten ved det å ha en annen tilnæringsmåte enn de andre.

«Av og til så føler jeg meg litt som en egen øy i behandlingen, som sysler med mine ting sammen med pasienten».

4.2.1.2 «Bringe inn helheten»

I intervjuene kom det fram at informantene så viktigheten av å få fram sin kompetanse i det tverrprofesjonelle samarbeidet. En av informantene pekte på at det kan være nyttig å tenke om psykomotorisk fysioterapi som både en metode og et perspektiv i samhandling med pasienter og kollegaer. Hun viste til at hun kan bidra med et perspektiv inn i drøftinger med kollegaer, samt vise en metode når hun veileder miljøpersonalet og i samhandling med pasienten. En annen informant fortalte at hun viser sin kompetanse der hun har mulighet;

«Jeg tror det kommer mye inni alt. Det kommer i alle settingene, og jeg prøver å få inn de psykomotoriske gudsordene der det er mulig».

To av informantene var tydelig på at psykomotorisk fysioterapi er et viktig bidrag i utredning og diagnostisering, og de deltar i denne prosessen. Dette er et område som psykiatere og psykologer har hovedansvaret for, men informantene pekte på at observasjonene og vurderingene fra psykomotorikerne viser seg gyldige også i denne sammenhengen;

«Våre observasjoner og utredninger kan bidra og være mer klargjørende i forhold til differensialdiagnostikk. Vi kan si noe om hvordan ting utspiller seg i kroppen og relasjonelt. Det kan være et viktig bidrag til å forstå hva pasienten sitt problem er og hvordan vi best kan forstå det med en diagnose... Vi skal ikke underkjenne bidraget fra faget vårt».

En annen vektla at det å se pasientene i andre settinger, og få tilgang til annen informasjon enn bare ved samtale har betydning for å se hele pasienten, og sa at;

«Psykologene og legene ser jo at jeg ser andre ting enn dem».

Informantene var enige om at det tverrfaglige samarbeidet er viktig på døgnavdeling. Og en av dem pekte på betydningen av å vise hva psykomotorisk fysioterapi kan bidra med i en kropporientert tilnærming, også med tanke på at de andre kollegaene får en forståelse av hva det er. Dette sa også en av de andre informantene noe om, samtidig som hun poengterte betydningen av et helhetlig fokus;

«Jeg tenker at det aller viktigste jeg gjør her er å få både personalet og pasientene fokusert på det med helhet. Hvordan er det vi henger sammen i hele livet? Det er overraskende mange leger som ikke helt ser denne sammenhengen. Så det å bidra til at hele avdelingen har fokus på dette med sammenhengen mellom kropp og hode, og knytte kroppen opp til behandlingen. At det ikke blir bortglemt... Så det å være den kunnskapsbanken som alle kan komme til å og dra nytte av, og bidra til at hele behandlingen på avdelingsnivå, ikke bare mine behandlinger, men at ideene er i alle sine behandlinger.»

Videre fremkom det at det tverrprofesjonelle samarbeidet er viktig:

«...vi ikke bare driver og gjør våre egne ting på hver vår kant. Det er bra når man kan jobbe sammen mot det samme målet, bare på litt ulike måter».

De andre to informantene pekte også på betydningen av at oppfølgingen koordineres, samt at fysioterapien får større plass når den innlemmes inn i den miljøterapeutiske behandlingen. En av informantene fortalte at avdelingen hadde jobbet med å implementere pakkeforløpet i pasientoppfølgingen. Hun hadde noen positive erfaringer med pakkeforløpet og dens betydning for henne som fagutøver, og hun trakk fram at det er blitt mer koordinert og samkjørt i stedet for at man bare gjør sine ting;

«Jeg blir sterkere knyttet inn i resten. For det er jo ting som er utfordrende innimellom; å få det til å henge i hop med resten av behandlingen».

En av de andre informantene fortalte at hun også opplever at fysioterapien blir mer integrert og får større plass når det blir en del av det miljøterapeutiske arbeidet. Hun forklarte gjennom å trekke fram et pasienteksempel om en pasient som var kjent for henne. Pasienten dissosierte

mye, og informanten og pasienten hadde jobbet fram metoder som fungerte godt. Pasienten trengte hjelp på avdelingen til å bruke metodene selv, og var avhengig av den støtten som miljøpersonalet kunne gi. De ble derfor veiledet i disse metodene;

«På denne måten fikk det fysioterapeutiske arbeidet større plass».

4.2.1.3 «Ettertraktet kunnskap»

I intervjuene kom det fram at informantene mente at det var viktig å gjøre en god jobb, men at det også er tidkrevende. Informanten som hadde en full stilling på en avdeling, trakk fram at hun ikke hadde kapasitet til å dekke to poster. Hun var blitt forespurt av andre avdelinger, men hadde holdt igjen på å være tilgjengelig ovenfor andre avdelinger. Hun fortalte at hun frykter at det kan bli en realitet at hun må fordele sin stilling på flere avdelinger og ønsker ikke å være en som åpner opp for det. For som hun sa:

«Jeg tenker det vil ødelegge tilbudet på døgnheten».

En av de andre informantene problematiserte den korte innleggelsestiden med tanke på hva en kan rekke å gjøre, og hvor listen skal ligge. Dette aspektet pekte også andre informanter på, særlig med tanke på det å få andre til å få en forståelse for faget og hva en kan bidra med på kort tid. De trakk også fram dette med å fylle mange funksjoner;

«at det er en veldig øvelse i avgrensning... For det er en etterspurt kompetanse».

Tekstnær tolkning:

I intervjuene fremkom det ulike elementer av det å være en kunnskapsbank i tverrprofesjonelt samarbeid. Informantene formidlet betydningen av et helhetlig syn som fremhever både den kroppslige forankringen og arbeidet med å integrere dette i det tverrfaglige arbeidet. Det helhetlige synet kan forstås som en av kjerneverdien i psykomotorisk fysioterapi der kropp og sinn påvirker hverandre, og belastninger setter sine spor. For informantene var det viktig å fremheve dette perspektivet i alle de ulike settingene de befinner seg i, både i pasientsammenheng og kollegialt.

Informantene beskrev hvordan de viser kompetanse også på områder som diagnostisering og utredning, og de at vektlegger tiltak som kan inkluderes i det øvrige arbeidet i avdelingen.

Informantene beskrev en rolle i DPS som kan forstås som preget av autonomi, og at de samtidig opplever anerkjennelse for den jobben de gjør. Dette kan forstås som at det psykomotoriske arbeidet får en større plass i det tverrprofesjonelle samarbeidet, og ikke bare i pasientbehandling. De trekker også fram at ensomheten og arbeidet med å synliggjøre sine kunnskaper er en kontinuerlig prosess.

4.2.2 Diskusjon:

Informantene fremhevet hvordan de opplever at den psykomotoriske kompetansen bidrar til å påvirke praksisen på døgnavdelingene. En profesjonsutøver besitter et kunnskapsgrunnlag som er spesielt for yrket, og innehar en yrkesrolle som krever skjønnsmessige vurderinger og gir profesjonsutøveren både autonomi og ansvar i utøvelsen av faget (A. Molander & Terum, 2008). De psykomotoriske fysioterapeutene i studien beskrev det kroppslige fokuset og helhetstanken som spesielt for faggruppen, og synliggjorde en frihet og autonomi i hvordan faget utøves, basert på pasientens behov, men også styrt av rammene de har for sin praksis. Autonomi-begrepet kan i denne sammenhengen også kobles til den ensomheten informantene opplever som eneste representant for yrkesgruppen i det tverrfaglige miljøet på DPS, og informantene peker på at samarbeid med flere psykomotoriske fysioterapeuter vil kunne bidra til å bringe faget videre. De var også opptatte av at de har et ansvar for å gjøre prioriteringer av arbeidsoppgaver og funksjoner for å ivareta en god faglig oppfølging av den enkelte pasient, og ønsker å ha en tydelig tilknytning til en avdeling heller enn å fordele seg mellom flere for å imøtekomme etterspørselen. Dette ble begrunnet med at det faglige tilbudet vil bli dårligere, noe som understøtter det ansvaret informantene føler som profesjonsutøvere for å utøve faget på en god måte. Ansvarligheten som det å være en profesjonsutøver innebærer gir seg også uttrykk i måten informantene beskrev at de stadig arbeider med å «bringe seg inn» på ulike arenaer i det tverrfaglige arbeidet, som i tverrfaglige møter, i miljø-arbeidet, og med bidrag inn i det diagnostiske og differensialdiagnostiske arbeidet på avdelingen.

Informantene beskrev på ulike måter hvordan de bringer inn både et kroppslig perspektiv og et perspektiv på sammenheng og helhet som de opplever som utfyllende både overfor pasientene og kollegene i avdelingen. Informantene beskrev et samspill og spenningsfelt der de ulike profesjonene deler ulike perspektiv og handlingsmåter som utfyller hverandre. De synliggjorde både en ensomhet knyttet til å være «alene» om å fremme psykomotorikerens

kroppslige perspektiv, og at dette krever en innsats for å «bringe seg selv inn» i det tverrfaglige arbeidet.

Det blir trukket fram i intervjuene at informantene deltar i psykiatrisk utredning av pasientene, og at kollegaene er bevisste betydningen av at psykomotorikerne ser noe annet enn eksempelvis psykiatere og psykologer. Psykomotorikernes innfallsvinkel er kroppen, og det er den som står i fokus både i undersøkelse og behandling. I deres behandling fremmes et helhetssyn på mennesket og er knyttet til kroppen som et integrert og samspillende hele (Thornquist, 1995, s. 14). Betydningen av det livet vi lever og alle typer påvirkninger og erfaringer vi utsettes for gjør noe med hele oss. Det setter seg i kroppen og kommer også til uttrykk kroppslig. Derfor er forståelsen av samspillet og sammenhengen mellom biologiske, fysiske og psykososiale forhold som årsaksforklaringer til problemene av stor betydning i psykomotorisk praksis (Thornquist & Bunkan, 1986). Den kroppslige samhandlingen som finner sted i møte mellom terapeut og pasient kan gi annen informasjon enn i samtale. Det å gjøre noe sammen kan være av stor betydning for å nå inn til pasienten som alternativ til samtalen alene (Gretland, 2007). Psykiatrien representerer ikke noe enhetlig kunnskapsfelt, men er beskrevet som et «urolig» kunnskapsfelt basert på naturvitenskapelige tradisjoner supplert med samfunnsfaglig og humanistisk vitenskapelig tenkning (Skårderud, 2010). Psykiatrien omfatter forskjellige faglige tradisjoner, og således har samtalen fått en sentral plass for å forstå og fortolke pasienters opplevde lidelser og handlinger. Samtaler er blitt den foretrukne behandlingsmåten, og kan ifølge Thornquist forstås som en videreføring av en underliggende dualisme, hvor kroppen har vært satt på sidelinjen (1992). Når fysioterapeutene bringer inn kroppen som meningsbærende i psykisk helsearbeid kan dette forstås som et komplementært perspektiv. Tilbakemeldingene som informantene opplever å få fra pasienter og kolleger kan tyde på at psykomotorisk fysioterapi-kompetanse kan være et bidrag til det helhetlige perspektivet ved å legge vekt på kroppslige aspekter som kan være av betydning for pasientene og oppfølgingen de får.

I det tverrprofesjonelle samarbeidet er betydningen av hvert enkelt sitt bidrag vesentlig. Det å «få fokus på seg og sitt», være «frampå» og «det å bidra inn» med kunnskap kan tyde på at informantene utviser trygghet i situasjonene. Det å fremme sin kunnskap i et fellesskap hvor psykomotorikeren oftest er alene om å ha fokus på det helhetlige og kroppslige kan forstås som at informantene har en faglig trygghet og tyngde i det de gjør. Det vil av den grunn være betydningsfullt å framheve kunnskapen i ulike forum, men krever samtidig utholdenhet til å gjøre dette kontinuerlig.

4.2.3 Et ledd i behandlingskjeden

4.2.3.1 Å være en del av en behandlingskjede

En informant fortalte at hun på grunn av tidsfaktoren kan famle litt om fokus på døgnavdelingen og hva en kan rekke å gjøre. Hun så viktigheten av avklaring rundt pasientforløp i de tverrprofesjonelle møtene og hva man retter søkelyset mot. Hun gav videre uttrykk for at hun synes det kan være nyttig å se seg selv som en del av en behandlingskjede, der bidraget sees i en større sammenheng;

«Det er mitt bidrag i en tverrfaglighet i selve DPS`et, men også sånn tidsmessig i pasienten sitt liv da».

I intervjuene kom det fram at informantene mente at det er viktig å avklare fokus ved innleggelsen. To av informantene trakk fram at de gjør vurderinger og kartlegginger både i forhold til å finne ut av pasientens behov, men også hvordan de vil tilnærme seg disse behovene. De vektla hvordan de kunne bidra på flere områder, eksempelvis hvordan pasientene kan komme i gang med aktiviteter og prøve å skape engasjement for interesser i det daglige. En av dem utdypet; *«Handler det mer om trening eller om psykomotorisk er det rette?»*. Hun vektla fokus på flere aspekter i kartleggingen av pasienten, slik som; *«somatisk helse, trening, og det med psykisk helse, rus, behandling, kontakt med kroppen.»*

4.2.3.2 Fleksibilitet

I intervjuene kom det fram at informantene mente at det er viktig å være fleksible i sin arbeidshverdag, og det begrunnes hovedsakelig med at det er en fordel for pasientene, slik at timer og oppfølginger blir gjennomført. Den ene informanten jobbet 100% på en avdeling, mens de andre to informantene delte sin stilling mellom døgnavdeling og andre arbeidsoppgaver. Den ene var opptatt av at det er en styrke at hun har en avdeling å forholde seg til. Hvis en avtalt time ikke lar seg gjennomføre den dagen som er avtalt, kan de enkelt finne et annet tidspunkt. For som hun sa;

«...som jeg husker fra jeg hadde 50/50, at da var det veldig mye av behandlingen som bare forsvant fordi at pasienten ikke var i form den dagen, og neste dag så var du på en annen post».

En av de andre informantene som var 50 % på en døgnavdeling, understøttet dette, og hadde kommet fram til, etter å ha forsøkt ulike måter å løse fordelingen av arbeidstiden, at;

«Det blir så fleksibelt som mulig, ikke faste dager og tider. De har såpass korte innleggelseser at hvis jeg skal vente 3 dager til neste gang jeg skal være der, så er pasienten skrevet ut igjen».

Alle pekte på at behandlinger går bort hvis de skal holde seg til faste dager og være lite fleksible på dette punktet. Den ene av informantene trakk også fram at hun opplevde det som mer stressende å ha fastlagte og definerte dager, for det kan føre til vanskeligheter med å rekke det en ønsker å få gjort sammen med pasientene. Dette fører til at hun ikke kan fullbooke sin uke, men sørger for å ha åpninger slik at det lar seg gjøre å være fleksibel. En annen informant var også opptatt av kontinuitet og å være disponibel, slik at det skal bety noe for pasientene;

«Jeg prøver å være fleksibel både for pasienter og kollegaer, sånn at jeg kan legge opp til det beste for pasienten. Fordi at det er jo en del av det du tar opp som din problematikk; Hvordan gjøre mest mulig ut av de oppholdene som gjerne er kort. Og da må man prøve å få flest mulig treffpunkt».

Tekstnær tolkning:

Det framkommer i intervjuene at informantene må finne ut av pasientens behov og hva man skal rette søkelyset på. Dette aktualiserer hvordan tiden påvirker informantene i møte med pasientene, og at rammen de jobber innenfor påvirker deres mulighet til å ta tak i de store og vide problemstillingene. Betydningen av å kunne se seg selv og sitt bidrag i den store sammenhengen, å være en del av en behandlingkjede, oppleves som nyttig for informantene, men innebærer også en øvelse i å avgrense hva bidraget kan være.

I intervjuene framkom det at fleksibilitet i arbeidshverdagen er av stor betydning for hvordan informantene håndterer de korte innleggelsene som pasientene har, tatt i betraktning at mange pasienter har sykdomsforløp som varierer fra dag til dag. Dette kan forstås som at fleksibiliteten er gunstig både for pasientene og informantene, fordi det for pasientene handler om å få mest mulig ut av de korte oppholdene og for informantene handler det om å rekke å gjøre den jobben de skal.

4.2.4 Diskusjon:

Informantene trakk fram at de falmet med fokus med hensyn til å finne ut hva som er aktuelt å jobbe med og prioritere tiltak under innleggelse. Dette kan handle om at tiden er begrenset, men også om at pasientenes sykdomsforløp både varierer og begrenser hvor tilgjengelig de er for oppfølging. De økonomiske rammene for organisering av DPS-tilbud er preget av økonomiske tenkemåter. Med helseforetaksreformen har markedsøkonomisk tenkning og innsatsstyrt finansiering fått et stort fokus (Skårderud, 2010). Dette innebærer at psykiatriske pasienter gis kortere behandlingstid på døgningstusjoner enn tidligere, fordi økonomisk inntjening favoriserer korte innleggelser. Det tilbys ofte inntil en uke i akuttavdelinger og opptil fire uker i subakuttavdelingene. En konsekvens av dette fører til at pasientene utskrives før de er friske nok, og en gjeninnleggelse etter en vis tid forekommer ofte. Dette kan være uheldig når lengre innleggelser ville gjøre pasienten i bedre stand til å klare seg (Skårderud, 2010, s. 45). Færre døgnplasser og raskere utskrivning fører til at flere pasienter vil ha behov polikliniske, ambulante og kommunale tilbud (Pedersen et al., 2018). Samhandlingsreformen fra 2012 medførte oppbygging av tilbud i kommunen og nedbygging av døgntilbud i spesialisthelsetjenesten (Tønseth, 2013). Dette innebærer ytterligere at pasientene utskrives tidligere, og kommunene får flere alvorlige syke pasienter som er ressurskrevende. Dette synliggjør en fortsatt reduksjon av døgntilbud til pasientgruppen innen spesialisthelsetjenesten. Endringene i helsetjenestetilbudet tyder ikke på at disse rammene vil bedres for det døgnbaserte tilbudet fremover.

Informantene var samstemte om at pasientenes innleggelser oppleves som korte, og liggetiden i subakutte avdelinger har vist seg å variere fra en uke opp mot fire uker (Skårderud, 2010). Det framkommer i resultatene at en av informantene opplever det som nyttig å se bidraget sitt som en del av en behandlingsskjede, både når det gjelder det tverrprofesjonelle samarbeidet, og tidsmessig i pasientens liv. Det tverrprofesjonelle samarbeidet handler om å bidra best mulig inn mot pasientens problemstilling med alle profesjonenes ulike fagkompetanse (Iversen et al., 2018). Det tverrfaglige samarbeidet kan forstås som en måte å utnytte knappe ressurser og effektivisere tilbudet gjennom tett tverrprofesjonelt samarbeid der de ulike bidragene til sammen bidrar til pasientenes bedringsprosesser. Samtidig gir informantene uttrykk for at det hadde vært ønskelig med bedre tid fordi det skaper større muligheter til å få jobbet mer med pasientene. Skårderud peker også på at lengre innleggelser kan ha større

positiv effekt for pasientene og bidrar i større grad til at de er i bedre stand til å klare seg selv (Skårderud, 2010, s. 45), også sett i et tverrprofesjonelt samarbeid.

Informantene peker på utfordringene med å få mest mulig ut av innleggelsen på den korte tiden pasientene er der. I lys av dette peker alle informantene på viktigheten av fleksibilitet med tanke på mulighetene til å få til timer sammen med pasientene. Erfaringene har vist at det er gunstigere for alle parter å ikke ha fastsatte dager for hvilke avdelinger de skal være på, samt at informantene påpeker viktigheten av å ha mulighet til å kunne endre avtaletidspunkter på grunn av pasientenes sykdomsforløp. Mange treffpunkt vil bortfalle ved et rigid system og psykomotorikerne får dårligere muligheter til å gjøre den jobben de ønsker å gjøre. Det fremkommer at informantene gjør vurderinger for hva de tenker er mulig å få gjort på kort tid. Muligheten til å kunne sette opp tettere avtaler eller ha rom til å gi en ny avtale ganske raskt selv om pasienten må avlyse av ulike årsaker, er løsninger informantene har kommet fram til som øker deres mulighet til å bidra med deres kompetanse.

Omstillingsprosess kalles de endringene en forsøker å oppnå i den tradisjonelle psykomotorisk fysioterapien. Forandringer av spenning, kroppsholdning og pust er sentralt for å ta del i en total kroppslig omstillingsprosess (Thornquist, 1995). For de inneliggende pasientene er ikke en total kroppslig omstillingsprosess målet. Dette fordi det kan oppleves for krevende for pasientene, i tillegg til at begrensninger som ligger i informantenes tidsramme gjør det vanskelig. Informantene beskriver en arbeidshverdag der pasientenes funksjonsnivå og sykdomsforløp varierer, slik at de stadig må tilpasse og justere den psykomotoriske oppfølgingen. Informantene pekte på at det ikke trenger å være de store tingene som skaper endringer, og at det var viktig at disse endringene kan få lov til å sette seg. Omstillingsbegrepet brukes også om mindre kroppslige endringer (Gretland, 2016), og informantenes utsagn kan forstås som at disse små endringene er oppnåelige i behandlingen, også med tanke på at dette skal være noe pasientene kan nyttiggjøre seg etter endt opphold. De psykomotoriske behandlingsprinsippene og verktøyene omfatter også metoder som er støttende, en behandling pasientene i psykiatrien kan ha god nytte av gjennom en forsiktig og tilpasset variant (Engh & Radøy, 1982; Gretland, 2009). Dette kan gjenspeiles i måten informantene beskriver sin rolle og sine fokus i behandling av pasientene. De smakebitene informantene beskrev under temaet «De første skrittene» kan forstås som psykomotorikernes bidrag i behandlingsskjeden, både med hensyn til de opplevde erfaringene, det å kjenne på positive endringer, samt det å fortsette å utforske endringene når de kommer hjem.

5 Avsluttende diskusjon

Studien har rettet søkelyset mot psykomotorisk fysioterapeuters erfaringer med å tilby psykomotorisk fysioterapi til innlagte pasienter på DPS. Bakgrunnen for dette har vært en spesiell kontekst der pasientene er innlagte over kortere tidsperioder, og der den tradisjonelle psykomotoriske tilnærmingen med oppfølging over tid kan stå i kontrast til dette. I tillegg er de psykomotoriske fysioterapeutene ofte en del av et større faglig fellesskap med andre profesjonsutøvere. Resultatene fra denne studien peker på flere spennende aspekter ved denne praksisen.

Thornquist og Gretland har tidligere gjennomført feltarbeid rettet mot fysioterapiutøvelse innen psykiatrifeltet (Thornquist, 1992) (Gretland, 1999). Noen hovedtrekk i disse feltarbeidene var at fysioterapi representerte en «anderledeshet» ved å ha en kroppslig innfallsvinkel for undersøkelse og behandling (Gretland, 1999, s. 84), der Thornquist beskrev et problemfylt felt som var preget av den kartesianske arven med et dualistisk menneskesyn. Resultatene fra min intervjustudie kan tyde på at psykomotoriske fysioterapeuter i større grad ser ut til å ha inntatt en naturlig plass i psykiatrien, men peker samtidig på at psykomotorisk fysioterapiutøvelse på DPS fortsatt preges av dette spenningsfeltet, der det kroppslige perspektivet fortsatt må løftes fram i det tverrfaglige samarbeidet. Samtidig peker informantene på en positiv oppfatning av egen rolle, og av de psykomotoriske fysioterapeutenes kunnskapsbidrag og posisjon i det tverrfaglige samarbeidet.

Et av hovedfunnene peker på at det kan være vanskelig å ta i bruk hele repertoaret innen psykomotorisk fysioterapi praksis på DPS. Informantene fremhever både rammefaktorer for egen fagutøvelse og behovet for individuelle tilpasninger til denne pasientgruppen. Samtidig synliggjør informantene hvordan noen deler av psykomotorisk fysioterapi oppleves virkningsfullt og gir pasientene smakebiter på betydningen av de kroppslige aspektene. Disse perspektivene bidrar også til å øke pasientenes forståelse for helheten, der kropp og psyke henger sammen, og det levde livet forankrer seg i kroppen.

Informantene la vekt på hvordan psykomotorisk fysioterapi var betydningsfullt både som perspektiv og metode innen psykisk helsearbeid. I tillegg til en-til-en pasientbehandling beskrev informantene hvordan de synliggjorde og tok i bruk psykomotorisk tilnærming og perspektiver i diagnostiske vurderinger, tverrfaglige møter, i miljøterapeutiske tiltak, trening og fysisk aktivitet. Ved å bringe inn psykomotoriske smakebiter i ulike settinger og på ulike arenaer synliggjør informantene aspekter ved arbeidet på DPS som skiller seg fra beskrivelser

av tradisjonell psykomotorisk fysioterapipraksis, og kan forstås som en utvikling av faget innenfor denne konteksten. De psykomotoriske fysioterapeutene bidrar og posisjonerer seg i ulike settinger med sine kroppslige perspektiv og smakebiter på en kroppslig tilnærming. På denne måten fremhever informantene hvordan psykomotoriske perspektiver gjør seg gjeldene både i pasientbehandlingen og i det tverrfaglige samarbeidet.

Relasjonsbygging, kommunikasjon og samhandling er en sentral del av de psykomotoriske fysioterapeutenes fagutøvelse, noe som gjør seg gjeldene i informantenes beskrivelser av pasientarbeidet. Resultatene fra denne studien viser hvordan fag, relasjon og samhandling er alle aspekter av psykomotorisk fysioterapipraksis på DPS, både når det gjelder den konkrete pasientoppfølgingen og i det tverrfaglige samarbeidet.

Informantene beskriver en praksis som til tider kan oppleves som noe avvikende eller ny sett i lys av teori om psykomotorisk fysioterapi. Denne pasientgruppen, med utfordrende livssituasjoner og mangefasetterte problemstillinger, synliggjøres behovet for å justere praksis i tråd med pasientenes behov, både når det gjelder tidsbruk, tilgjengelighet og valg av tiltak. Dette er funn fra studien som, sammen med beskrivelser av begrensede rammevilkår, gir et innblikk i mulige mekanismer for endring og utvikling av praksis ut fra de kontekstuelle rammene profesjonsutøverne befinner seg i. Resultatene fra studien peker på denne måten også på aspekter ved psykomotorisk fysioterapipraksis innen døgnavdelinger i DPS som strekker seg ut over den opprinnelige antakelsen om at kort liggetid og begrensede rammer påvirker praksisutøvelsen. Samtidig gir informantene uttrykk for at det tverrfaglige samarbeidet oppleves virkningsfullt og nyttig. Til tross for kort liggetid kan det synes som om det er fokus i det tverrfaglige arbeidet på å gi pasientene et intensivt tilbud der en utnytter hverandres fagkompetanse til beste for pasientene.

Resultatene gir samtidig grunnlag for å undersøke nærmere hvordan tilpasninger i fagutøvelse som følge av kontekstuelle forhold og pasientgruppens behov kan tenkes å påvirke utviklingen av psykomotorisk fysioterapi som fag, også sett i lys av at informantene opplevde å stå litt alene i dette arbeidet. Kan man risikere å miste noe av den helhetlige tilnærmingen når fagutøvere tilpasser og tar i bruk deler av den psykomotoriske tilnærmingen, mens noe annet utelates? Hvordan kan dette tenkes å påvirke psykomotorisk fysioterapi over tid? Denne studien har i så måte bidratt med å rette søkelys på psykomotorikeres erfaringer med å jobbe på DPS, samtidig som den aktualiserer spennende aspekter ved utvikling av fysioterapi som fag i et samfunn i endring.

Figur 1: Matrise-eksempel fra analysearbeidet

Psykomotoriske fysioterapeuter som kunnskapsformidlere i tverrprofesjonelt samarbeid			
Samhandling mellom terapeut og pasient		Fagutøvelse i tverrprofesjonelt samarbeid	
Relasjoner og alliansebygging	De første skrittene	Være en kunnskapsbase	Et ledd i behandlingskjeden
<p>Eierskap – Det må være pasientens prosjekt</p> <p>Vite intensjonen med behandling</p> <p>Relasjons-/alliansebygger –</p> <p>Bli sett og tatt på alvor</p> <p>Skape allianse som også gagnar kollegene</p>	<p>Tiltak:</p> <p>Smakebit, første skritt – undersøkelse, samtaler, grupper, individuell oppfølging. Lite hands-on og benk. Psykoedukasjon</p> <p>Samtaler</p> <p>«øvelsene er rare, men gir veldig mye mening»</p> <p>Enkle små tiltak, kan gi reaksjoner, skape endringer. Gode enkeltopplevelser. Konkret og sanselig – her og nå</p> <p>Endre tilnæringsmåte underveis</p> <p>Målsettingsarbeid – ærlig og realistisk, komme i gang, prøve ut, gi mening for pasienten, skal være anvendelig og ta med seg videre – hvilke verktøy kan de bruke</p> <p>Veien videre?</p>	<p>Bringe det kroppslige perspektivet inn i utredning og diagnostisering – ser andre ting og ser pas i andre settinger. Bidra med forståelse av faget. Etterspurt kompetanse</p> <p>Avgrensning – holde seg til faget, men også avgrense til avdelingen (en del av det tverrfaglige teamet, og ikke drop-in). Vil ikke dele stillingen på flere poster.</p> <p>Fysio får større betydning når det er integrert</p> <p>Frihet og ensomhet – særstilling som gir frihet i utøvelse, men også ansvar for å bringe seg som fagperson inn</p> <p>Pakkeforløpet knytter fysioterapi mer sammen med resten</p>	<p>Famler litt om fokus</p> <p>Ha det litt åpent i timeboken, fleksibilitet, mindre stress, få til flere treffpunkter med pas</p> <p>Ser seg selv i en behandlingskjede</p> <p>Tidkrevende å gjøre en ordentlig jobb – må få gjort en ordentlig jobb for å kunne uttale meg</p> <p>Hvor skal man legge listen for hva man skal nå?</p>

Referanseliste

- Almås, S. H., Vasset, F., Ødegård, A. & Nøst, O. (2018). *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) : for bachelorstudenter i helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforl.
- Alstad, E., Stiles, T. & Fladmark, A. M. (2011). Pain reduction by the use of psychomotor physiotherapy? A prospective single-group study. *Fysioterapeuten*, 78(5), 24-32.
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health - related quality of life, pain, coping, self - esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4), n/a-n/a. 10.1002/pri.1723
- Braun, V., Clarke, V. & Weate, P. (2016). Using thematic analysis in sport and exercise research. I B. Smith & A. C. Sparkes (Red.), *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise* (s. 191-205). London: Routledge.
- brukerrettighetsloven, P.-o. (2020). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Bunkan, B. (2001). Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(24), 2845-2848.
- Bunkan, B., Bülow-Hansen, A., Houge, N. H., Hødal, T. & Hansson, H. (1995). *Psykomotorisk behandling*. Oslo: Kopinor Pensum AS.
- Bunkan, B., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A. E. & Friis, S. (1999). What are the basic dimensions of respiration? A psychometric evaluation of The Comprehensive Body Examination. II. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(5), 361-369. 10.1080/080394899427836
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bunkan, B. H., Ljunggren, A. E., Opjordsmoen, S., Friis, S. & Moen, O. (2004). Development of body examinations – an overview. *Fysioterapeuten*, 71(10), 22-28.
- Bunkan, B. H. & Thaulow, I. (1982). "Jeg er alltid optimist"- Intervju med Aadel Bülow-Hansen. I B. H. Bunkan, L. Radøy & E. Thornquist (Red.), *Psykomotorisk behandling - Festskrift til Aadel Bülow-Hansen* (s. 3-10). Oslo: Universitetsforlaget.
- Børsum, K. & Råheim, M. (2017). A body-oriented approach when the body is problematic: Psychomotor physiotherapy as an approach in the treatment of patients with eating disorders: An interview study. *Fysioterapeuten*, 84(4), 22-28.
- Danielsen, M. & Rø, Ø. (2012). Changes in Body Image During Inpatient Treatment for Eating Disorders Predict Outcome. *Eating Disorders*, 20(4), 261-275. 10.1080/10640266.2012.689205
- Dragesund, T. & Rheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2008, Vol.24(4), p.243-254, 24(4), 243-254. 10.1080/09593980701738400
- Dragesund, T. & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory & Practice*, 24(4), 243-254. Hentet fra <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105811583&site=ehost-live>
- Ekerholt, K. (2011). Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patients' experiences in psychomotor physiotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6(2), 103-115. 10.1080/17432979.2011.568762
- Engh, G. & Radøy, L. (1982). Psykomotoriske prinsipper brukt innen tungpsykiatrien. I B. H. Bunkan, L. Radøy & E. Thornquist (Red.), *Psykomotorisk behandling - Festskrift til Aadel Bülow-Hansen* (s. 182-185). Oslo: Universitetsforlaget.

- Friis, S., Skatteboe, U. B., Hope, M. K. & Vaglum, P. (1989). Body Awareness Group Therapy for Patients with Personality Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(1), 18-24. 10.1159/000288129
- Følstad, G. B. (2013). *Norsk psykomotorisk fysioterapi i psykiatrien - En kvalitativ undersøkelse av erfaringer knyttet til det å bruke psykomotorisk fysioterapi i behandlingen av pasienter som henvises til allmennpsykiatriske poliklinikker* (Mastergrad). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig : en studie i hverdagslivets dramatik* (Ny utg. utg. The presentation of self in everyday life). Oslo: Pax.
- Gretland, A. (1999). *Kroppens spor : en utfordring i psykiatrien*. Tromsø: Regionsykehuset i Tromsø.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Gretland, A. (2009). Psykomotorisk fysioterapi som støttede behandling - et eksempel. I K. Ekerholt (Red.), *Festskrift til Berit Heir Bunkan* (s. 45-60). Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Gretland, A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi. I A. K. Bergem (Red.), *Kroppen i psykoterapi* (s. 139-162). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1), 101-108.
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01183-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01183-0)
- Helsepersonelloven. (2019). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Iversen, A., Hauksdottir, N., Tveiten, S., Jentoft, R. & Norbye, B. (2018). Veiledning i tverrprofesjonell samarbeidslæring. I S. Tveiten & A. Iversen (Red.), *Veiledning i høyere utdanning - en vitenskapelig antologi* (s. 168-188). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle, A., Skouen, J. & Ljunggren, A. (2005). Sensitivity to Change and Responsiveness of the Global Physiotherapy Examination (GPE-52) in Patients With Long-Lasting Musculoskeletal Pain. *Physical Therapy*, 85(8), 712-726. 10.1093/ptj/85.8.712
- Malmgren-Olsson, E.-B., Armelius, B.-A. & Armelius, K. (2001). A comparative outcome study of body awareness therapy, feldenkrais, and conventional physiotherapy for patients with nonspecific musculoskeletal disorders: changes in psychological symptoms, pain, and self-image. *Physiotherapy Theory and Practice*, 17(2), 77-95. 10.1080/095939801750334167
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi* (Pax filosofibibliotek). Oslo: Pax.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Daidalos AB.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pedersen, P., Pedersen, M., Mehus, K., Myrli, T., Lilleeng, S., Sitter, M., . . . Mortensen, S. (2018). *Hovedresultater Samdata Spesialisthelsetjenesten 2013-2017*: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202013-2017.pdf/_attachment/inline/86d8c9a2-0ee8-4ba1-980d-0b3c0de2d717:ecab416df070be8b4870be085bbcaf3dddc315f3/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202013-2017.pdf

- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia - Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr Bull*, 32(4), 765-775. 10.1093/schbul/sbl006
- Skårderud, F. (2010). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Snoek, J. E. (2017). *Psykiaatri : for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke - hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten*, 74(12), 23-28.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (1992). *Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern*. Oslo: Norske fysioterapeuters forbunds faggruppe for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.
- Thornquist, E. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Thornquist, E. (2001a). Diagnostics in Physiotherapy Á Processes, Patterns and Perspectives. Part I. *Advances in Physiotherapy*, 3(4), 140-150. 10.1080/140381901317173678
- Thornquist, E. (2001b). Diagnostics in Physiotherapy Á Processes, Patterns and Perspectives. Part II. *Advances in Physiotherapy*, 3(4), 151-162. 10.1080/140381901317173687
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2016). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Thörnberg, U. & Mattsson, M. (2010). Rating body awareness in persons suffering from eating disorders – A cross-sectional study. *Advances in Physiotherapy*, 12(1), 24-34. 10.3109/14038190903220362
- Tønseth, S. (2013). Samhandlingsreformen svekker psykisk helsearbeid. Hentet fra <https://forskning.no/helsepolitikk-forebyggende-helse-sintef/samhandlingsreformen-svekker-psykisk-helsearbeid/654946>
- Vangen, J. (2016). *Behandlingshyppighet i psykomotorisk fysioterapi*: UiT Norges arktiske universitet.
- WHO, W. H. O. (2013). The European Mental Health Action Plan. Hentet fra https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf
- Xia, J., Merinder, L. B. & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2013(1), CD002831. 10.1002/14651858.cd002831.pub2
- Øien, A. M. (2010). *Change and Communication. Long-Term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain*: Universitetet i Bergen.

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Tilråding NSD

Vedlegg 3: Informasjons- og samtykkeskjema

Vedlegg 1 Intervjuguide

Intervjuguide

Bakgrunnsinformasjon om informanten i forhold til hvor lenge de har vært psykomotorisk fysioterapeut og hvor lenge de har arbeidet på sin nåværende arbeidsplass (Kontekst)

Kan du si noe om hvordan din arbeidsplass er organisert?

Liggetid?

Hvor mange ganger rekker fysioterapeutene å møte pasientene?

Hvordan vil du beskrive din rolle som psykomotorisk fysioterapeut på en døgnavdeling?

Hva består arbeidet av på avdelingen, beskriv en dag?

Viktigste arbeidsoppgaver som psykomotorisk fysioterapeut?

Samarbeid

Hva ligger til grunn for at pasienter blir tilbudt psykomotorisk fysioterapi?

Har liggetiden en betydning for prioriteringer som gjøres

Hva slags fokus har du som terapeut i vurderinger og behandlinger av pasientene?

Kan du fortelle om et pasientforløp (eksempel) som du opplevde var vellykket?

Kan du fortelle om et pasientforløp du ikke kom i mål med?

Hvilke elementer vektlegger du i psykomotorisk fysioterapi?

Hvordan spiller tiden inn? Tettere/oftere behandling

Målsetting. Hva kan man rekke å utrette eller oppnå?

Jeg er opptatt av hvordan brukes PMF på de korttidsinnlagte pas. Er det noe mer du ønsker å få fram som jeg ikke har spurt om?

Er det ellers noe annet du ønsker å formidle som jeg kan lære noe av/ som jeg ikke har spurt om/ Er det noe du vil legge til?

Vedlegg 2 Tilråding NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Psykomotorisk fysioterapi i døgnavdeling på distriktpspsykiatriske sentre - En erfaringsbasert studie

Referansenummer

579279

Registrert

01.09.2019 av Lene Hapalathi - lha232@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gunn Kristin Øberg, gunn.kristin.oberg@uit.no, tlf: 77623260

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Lene Hapalathi, lenehapalathi@hotmail.com, tlf: 92624772

Prosjektperiode

16.09.2019 - 31.12.2020

Status

03.09.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

03.09.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 03.09.19. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn

en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem 31.12.2020. **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 og 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 samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. **HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT** Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet. **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 behandles 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 om behandlingen 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). Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller 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! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3 Informasjons- og samtykkeskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Psykomotorisk fysioterapi i døgnavdeling på distriktpsikiatriske sentre – En erfaringsbasert intervjustudie”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få nærmere innblikk i Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med bruk av psykomotorisk behandling som tiltak på innlagte pasienter ved distriktpsikiatriske senter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Behandlingen etter psykomotoriske prinsipper sees på som en omstillingsprosess, hvor pasientene trenger tid til å ta inn over seg de nye erfaringene og til å tilpasse seg og å integrere endringer i hverdagen sin. Fordi det legges vekt på at utviklingsprosesser som omfatter kropp og sinn tar tid er det vanlig at det går noe tid mellom behandlingene. Behandlingen er ofte ukentlig i starten, og blir så gradvis sjeldnere. Tidsaspektet for behandling innenfor psykomotorisk tradisjon blir ofte langvarig. Med dette som bakteppe er hensikten med denne studien å utforske hvordan psykomotorisk fysioterapi kan tilpasses de rammene en finner ved distriktpsikiatriske sentere, der korte innleggelse og få møter mellom pasient og fysioterapeut ofte er en realitet. For å belyse dette vil studiens fokus være på hva psykomotoriske fysioterapeuter erfarer. Studien tar sikte på å rekruttere 3-4 psykomotoriske fysioterapeuter fra ulike DPS som jobber med innlagte pasienter i Norge. Datainnsamlingen vil foregå ved personlig intervju på din arbeidsplass. Studien er knyttet til en mastergradsutdanning i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, ved UiT Norges arktiske universitet.

Problemstilling er knyttet til hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har med å tilpasse psykomotorisk fysioterapi til pasienter som er innlagt ved distrikts psykiatriske senter?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT Norges Arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi du jobber som psykomotorisk fysioterapeut ved et DPS i Norge. Vi tar sikte på å gjennomføre intervjuer med 3-4 informanter. Jeg har vært i kontakt med ledelsen ved ditt DPS, som har godkjent at jeg tar videre kontakt med deg med forespørsel om å delta i studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer dette at vi gjennomfører et intervju med deg, som vil vare 45-60 minutter. I intervjuet vil vi registrere bakgrunnsinformasjon om deg, som alder, utdanning, arbeidserfaring inkludert erfaring som psykomotorisk fysioterapeut og hvor lenge du har jobbet ved denne arbeidsplassen. Videre spør vi etter dine refleksjoner knyttet til tema fra intervjuguiden, se vedlegg. Det vil bli brukt digital lydopptaker i intervjusituasjonen, slik at informasjon blir lettere å bearbeide i ettertid.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og vi vil lagre datamaterialet innelåst og kryptert. Lydopptak og informasjon om deg vil bli lagret utilgjengelig for andre enn meg og min veileder.

Vi vil presentere resultatene fra studien på en måte som gjør at deltakerne ikke vil kunne gjenkjennes i publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes desember 2020. Personopplysninger om deg vil anonymiseres, og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UIT Norges Arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

UIT Norges Arktiske universitet ved Gunn Kristin Øberg som veileder/prosjektansvarlig, epost: gunn.kristin.oeberg@uit.no / tlf. 77623260 eller student Lene Hapalathi, epost: lha232@uit.no / tlf. 92624772.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, kan kontaktes på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Gunn Kristin Øberg

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Lene Hapalathi

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Psykomotorisk fysioterapi i distriktpsikiatriske sentre – En erfaringsbasert intervjustudie*", og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *[oppgi tidspunkt]*

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

