



UiT Norges arktiske universitet

Det Helsevitenskapelige Fakultet

Egenbehandling i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi

Så lite og så mye: En intervjustudie om fysioterapeuters erfaringer fra egenbehandling

Siri Jørgensen

Masteroppgave i helsefag, studieretning Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

HEL- 3901

Mai 2021

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Gjennomgang av litteratur og forskning.....	2
1.2.1	Presentasjon av relevant litteratur og forskning.....	3
1.2.2	Om egenbehandling og kompetansebygging i psykiatri og psykologi	5
1.3	Studiens hensikt og relevans.....	6
1.4	Studiens problemstilling	7
1.5	Kort om forskerrollen	7
1.6	Kort om oppgavas oppbygning.....	7
2	PROSJEKTETS TEORETISKE PERSPEKTIVER	8
2.1	Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)	9
2.1.1	Historisk utvikling.....	9
2.1.2	Hva er Psykomotorisk fysioterapi (PMF)	10
2.2	Kunnskap og fagutøvelse.....	14
2.2.1	Merleau- Pontys kroppsfenomenologi	15
2.2.2	Taus kunnskap.....	16
2.3	Profesjonskunnskap	18
3	METODE	20
3.1	Vitenskapelig forankring av forskningsprosjektet.....	20
3.2	Om kvalitativt design i prosjektet.....	20
3.2.1	Kvalitativt forskningsintervju som metode i prosjektet	21
3.2.2	Om intervjuguiden i prosjektet.....	22
3.3	Utvalg	22
3.3.1	Om inklusjonskriterier i prosjektet.....	23
3.3.2	Rekruttering av deltakere til prosjektet	23
3.4	Utvikling av data	24

3.4.1	Intervju	24
3.5	Transkripsjon	26
3.6	Analyse av data.....	28
3.6.1	Tverrgående tema-analyse ad Thagaard.....	28
3.6.2	Egen analyseprosess	29
	Metodediskusjon	31
3.7.....		31
3.7.1	Transparens og refleksivitet	31
3.7.2	Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet (overførbarhet).....	34
3.8	Forskningsetiske refleksjoner	36
4	RESULTATER	38
4.1	Presentasjon av intervjudeltakerne	38
4.2	Psykomotorisk fysioterapi i flere varianter?.....	39
4.2.1	Å være pasient og sårbar	39
4.2.2	Egenbehandlingsoppleggene og samtalens plass	41
4.3	Roller- hvem er vi for hverandre?	44
4.3.1	Kollegafellen	45
4.3.2	Trygg og tillitsfull- slipp meg inn i behandlinga.....	46
4.3.3	faglige ressurspersoner og godt rykte.....	48
4.4	Erfarte potensialer i egenbehandling	49
4.4.1	Den «nye» og tryggere terapeuten	49
4.4.2	Struktur i egen klinisk praksis	51
5	DISKUSJON AV RESULTATER.....	53
5.1	Hva er Psykomotorisk fysioterapi?.....	53
5.2	Roller til besvær?.....	61
5.3	Egenbehandlingens potensialer til personlig og faglig utvikling	64
6	AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....	67

Referanseliste	70
Vedlegg	74
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og informert samtykke.....	74
Vedlegg 2: intervjuguide	79
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	83
Vedlegg 4: Eksempler på koding	87

Forord

Ska sei!

Da var det gjort. For en reise dette har vært! Jeg er sliten, men ydmyk og stolt.

Jeg håper denne Masteroppgava kan være et nyttig kunnskapsbidrag om egenbehandling, innafor Norsk Psykomotorisk fysioterapi.

Jeg ønsker å takke mine fire intervjudeltakere, som raust og engasjert har delt av sine erfaringer fra egenbehandling.

Jeg hadde ikke kommet i mål med de siste fire årene, om det ikke hadde vært for heiaropene jeg har fått underveis.

Anne: Hjertelig takk for alle gode diskusjoner, latter og uvurderlig hjelp i arbeidet med denne oppgava. Jeg håper du ser færre komma nå- og puster lettere!

Til mine kollegaer, venner og familie: Uten dere er jeg ingenting.

Eir og Mode: Jeg er så glad i dere.

Takk til Fysiofondet, for økonomisk støtte i arbeidet med ferdigstillinga av Masteroppgava.

Siri Jørgensen

Ågotnes, 04.05.21

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Parallelt med studiet ved masterutdanninga i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, gikk jeg i egenbehandling. Egenbehandling er behandlingstimer hos psykomotorisk fysioterapeut (psykomotoriker) med takst A9- kompetanse. 20 timer egenbehandling er en obligatorisk del av kompetansekravet- for å kunne heve godtgjørelse for psykomotorisk fysioterapi (takst A9), etter lov om folketrygd (Folketrygdloven, 1997). Kravet har vært obligatorisk siden 1974, da psykomotorikere fikk egen takst A9. Fram til 2016 hadde Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) den delegerte myndigheta til å godkjenne takst-kompetansen. Fra 2016 er det Helsedirektoratet som vurderer om grunnlaget for takst A9- kompetansen er oppfylt (Helsedirektoratet, 2021). Fra 2016 blei det også innført krav om at fysioterapeutene skulle ha fullført videreutdanning på masternivå. Kravet om egenbehandling blei videreført som opprinnelig (Helsedirektoratet, 2021). Det kan dermed synes som at egenbehandling vurderes å ha særlig betydning, som del av kompetansekravet for psykomotorikere.

Selv har jeg hatt varierte erfaringer med egenbehandling, og har brukt tid på å sortere inntrykkene fra prosessen - samt å utvikle ny erkjennelse. Underveis har det falt seg naturlig å diskutere egen og andres erfaringer med psykomotorisk egenbehandling. Det slår meg at historiene har likheter, men også forskjeller, og jeg lot meg fascinere av kontrastene og nyansene. I NFFs retningslinjer står det lite spesifisert hva egenbehandling skal være i praksis, anna enn at intensjonen er at «terapeuten skal bevisstgjøres egen helse og erfare behandling fra pasientens ståsted» (NFF, 2017).

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) er arbeid med kroppens totale samspill (Thornquist og Bunkan, 1995). I studieprogrammet for masterutdanninga ved Universitetet i Tromsø, står det blant anna at studentene skal lære gjennom kroppen og at vi skal oppleve at kroppslige og verbale virkemidler utfyller hverandre (UiT, 2021). Å oppleve kroppen- og via den, er av essensiell betydning i NPMF. Et overordna mål er å kroppslig erfare og forstå, sammenhengen mellom kropp og følelser (Thornquist og Bunkan, 1995). Kroppslige erfaringer som kilde til faglig – og personlig utvikling og kunnskap, er derfor fundamentet innafor fagtradisjonen (Thornquist og Bunkan, 1995). Kunnskapsgrunnlaget hviler på det praktisk- kliniske samarbeidet mellom fysioterapeut Bülow- Hansen og psykiater Trygve Braatøy, utvikla på 1940 og -50-tallet. Begge hadde et iboende ønske om å fremme en breiere fellesforståelse av kropp og psyke, i en tid der et dualistisk menneskesyn dominerte

medisinen (Thornquist og Bunkan, 1995). Bülow- Hansens studenter gikk først i egenbehandling hos henne, før de fikk behandle egne pasienter (Thornquist, Radøy og Bunkan, 1982). Braatøy selv gikk også i behandling hos Bülow- Hansen. Han brukte erfaringene fra samarbeidet aktivt, i møte med egne pasienter i psykoterapi. Det ble etter hvert tydelig for han at å behandle hele mennesket er meningsfullt og nødvendig- også innfor psykodynamisk terapi (Thornquist, Radøy og Bunkan, 1982).

Kunnskapsgrunnlaget i faget har utvikla seg gjennom årene. Fra læring i praksis og av pasientene, fikk man over tid samla og formalisert erfaringskunnskapen gjennom bøker (Gretland, 2016; Ekerholt, 2018). De senere årene har også flere bidrag innfor forskning på faget kommet til. Et utviklingstrekk i nyere tid har vært at flere ønsker å belyse kunnskapsgrunnlaget i faget teoretisk, innfor en fenomenologisk forståelsesramme. Særlig Merleau- Pontys kroppsfenomenologi står sentralt (Gretland, 2016). Merleau- Ponty var den første som knytta subjektstatusen til kroppen: Vi er i verden som kropp, den er intensjonal og rettet mot verden. Vi blir kjent med kroppen og verden, gjennom persepsjon og handling (Merleau- Ponty, 1994; Thornquist, 2018).

1.2 Gjennomgang av litteratur og forskning

I innledende utforskning av temaet, lette jeg aktivt etter studier om egenbehandling, bl.a. gjennom søk i Google Scholar. Med utgangspunkt i kunnskaper om NPMFs faghistorie, hadde jeg også interesse av å undersøke temaet nærmere, innfor psykiatri- og psykologifaget.

Jeg fikk innledningsvis treff på en tidligere masteroppgave om egenbehandling (Weideborg, 2013). En hovedkonklusjon i masteroppgava er at tre fysioterapeuter har hatt en grundig og reell psykomotorisk terapiprosess i egenbehandling. De beskriver alle personlig utvikling og dypere forståelse av faget, som har hatt stor betydning for dem videre. Til sammenligning tilsier mine opplevelser med og diskusjoner om egenbehandling, at det også kan synes å foreligge ulike erfaringer. Å belyse eventuelle variasjoner og nyanser mer inngående, fremsto derfor fortsatt interessant.

I det videre arbeidet, tok jeg en veiledningstime med representant fra Universitetsbiblioteket i Tromsø. Vi diskuterte tema, problemstilling, relevante databaser og søkestrategier. Jeg prøvde videre ut ulike begrepskonsepter, og brukte både norske og engelske søkeord:

Egenbehandling / self treatment, NPMF/NPMP, kroppslig kunnskap/body knowledge,

terapirelasjon/therapeutic relation. Databaser jeg har søkt i er bl.a. Oria, Nora Open, Norart, Swemed+ og Psychinfo. Jeg opplevde det som utfordrende å finne gode søkeord, kombinasjoner- og å manøvrere i databasene. På dette trinnet i prosessen jobba jeg fremdeles med utforming av tema og problemstilling. Jeg fikk treff på flere studier og sentrale forfatternavn som gikk igjen. Litteratur jeg anså som relevant på dette trinnet er trukket inn- i det videre i arbeidet med oppgava.

I arbeidet med søk på relevant forskning innafor psykiatri og psykologi, blei det raskt mye å forholde seg til. Jeg valgte å plukke ut en oversiktsartikkel med oppsummert forskning om egenerapi- innafor psykologifaget. Artikkelen fant jeg ved søk i Psychinfo.

Mitt hovedfokus har vært å finne studier som kan bidra med relevant kunnskap til å belyse prosjektets tema og problemstilling. Etter hvert som problemstillinga blei tydeligere for meg og prosjektet begynte å ta form- valgte jeg derfor å utvide søket, ved å aktivt lete i referanselister hos ulike litterære bidragsytere innafor fagfeltet NPMF. I arbeidet så jeg bl.a. etter om studier fra innledende søk var å finne igjen. Jeg la raskt merke til at flere av studiene var referert til i andre og sentrale kilder for prosjektet. Videre presenteres relevant forskning jeg har valgt å ta med i oppgava.

1.2.1 Presentasjon av relevant litteratur og forskning

Utover 1990- tallet, vokste det fram en økende interesse for å utvikle kunnskapsgrunnlaget i faget, bl.a. i lys av fenomenologisk teori. Herunder var Merleau- Pontys kroppsteori sentral (Thornquist, 2018). En fenomenologisk ramme åpner opp for å se på praktisk handling – herunder behandling- som historisk, kulturelt og sosialt situert (Gretland, 2007; 2016). En heving av utdanningsnivået gjennom årene har også bidratt til å fremme forskningas plass innafor faget. Fra 2016 ble det krav om videreutdanning på masternivå for psykomotorikere (NFF, 2017).

De fleste studier innafor fagfeltet NPMF er av kvalitativ art; alt fra doktorgradsarbeider til kasusbeskrivelser (Ekerholt og Gretland, 2018). Flere av studiene belyser klinisk praksis fra et pasient- eller terapeut-perspektiv. I mange av studiene belyses også parallelt- sentrale sider ved selve behandlingsrelasjonen. Slik sett finnes det flere studier, som kan være nyttig i arbeidet med mitt prosjekt.

Flere studier tar for seg hvordan PMF kan bidra til at pasienter utvikler bedret kontakt med egne kroppslige fornemmelser og økt kontakt med egne følelser, kroppsbevissthet og identitet (Ekerholt, 2002; Sviland, Martinsen og Råheim, 2014). Gretland (1999) viser i sin studie- fra psykiatriske institusjoner- hvordan PMF kan bidra til at pasienter lærer om kroppen og dens normale reaksjoner på tidligere traumatiske livserfaringer. Ekerholt og Bergland (2004), undersøkte pasienters erfaringer med prøvebehandling i PMF. Studien viser bl.a. at prøvebehandlinga gjorde sterkt inntrykk på deltakerne. I fortolkning- og forståelse av funn fra undersøkelsen, blei det synliggjort at pasientenes personlige kunnskap om levd liv, er av stor betydning. Videre viser studien at pasientene verdsetter at terapeuten er imøtekommende og vennlig, og at hun tar seg tid til pasienten. Dette handler ikke bare om *kjemi*, men også om at det er viktig at terapeuten er profesjonell og viser seg som en seriøs aktør, skriver forfatterne (Ekerholt og Bergland, 2004).

Thornquist (2006) viser i sin studie til en mulig tendens- at psykomotorikere først og fremst er emosjonelt og individfokusert i møte med pasienter. De kulturelle og sosiale aspektene ved kroppen fikk mindre oppmerksomhet i behandlinga. Videre peker hun på at behandlingssituasjonen ser ut til å ha form av å være en «semi-strukturert dialog», der både terapeuten og pasienten bidrar aktivt i samhandlinga. Ekerholt og Bergland (2006), belyste i sin studie pasienters opplevelse av massasje i PMF. Pasientene erfarte at massasje ga mening- i kombinasjon med samtale relatert til de kroppslige grepene. Samtale aleine er ikke like håndfast og begripelig-noe som for pasientene blei en opplevelse av kontrast til samtaleterapi.

Kristensen (2013) viser til hvordan pasienter gjennom PMF kan bli kjent med egne kroppslige grenser, og bedre evner å tåle nærhet til seg selv- og andre. Muskelspenninger kan ha både mening og funksjon, og er noe pasienter oppdager i PMF (Sviland, Martinsen og Råheim, 2014). En slik kroppslig erkjennelse kan være et viktig bidrag til at pasienter ser mening i mønstre og væremåter, og derfor kan håndtere livene sine bedre. Avslutningsvis kan det nevnes at fagets to foreløpige kvantitative effektstudier kom, i henholdsvis 2010 og 2018 (Breitve, Hynninen og Kvåle, 2010; Bergland, Olsen og Ekerholt, 2018). I studien til Bergland, Olsen og Ekerholt (2018), fant forfatterne bl.a. at PMF ga pasientene en signifikant bedring i egen opplevelse av helse relatert livskvalitet.

1.2.2 Om egenbehandling og kompetansebygging i psykiatri og psykologi

Tidligere- og ny oppdatert spesialistforløp for LIS (Leger I Spesialisering)- leger i psykiatri- har en rekke kompetansemål å jobbe mot, som stiller «*krav om nær veiledning*» gjennom 5 år (Helsedirektoratet, 2021). Lite er spesifisert om egenbehandling, og det er ikke krav om gjennomføring av dette konkret (Helsedirektoratet, 2021). LIS-legene skal ha nær veiledning innafor en rekke terapifelt, bl.a. psykodynamisk terapi, kognitiv terapi og gruppebasert terapi. Jeg har valgt å ikke fordype meg nærmere i dette, men heller presentere en artikkel om egenerapi innafor psykologifaget- som jeg fant i arbeidet med litteratursøk.

Det er ikke krav til obligatorisk egenerapi for psykologer i Norge (Paulsen og Hugh Peel, 2013). Deler av faggruppa argumenterer *for* egenerapi for psykologer, og hevder at manglende krav er et alvorlig svakhetstegn i psykologers kompetanseoppbygging. I sitt tilsvaer, presenterer Paulson og Hugh Heel (2013) en oversiktsartikkel med oppsummert forskning på temaet:

Forskning viser at flerparten av psykologer velger å gå i egenerapi; 79,9% i Norge (Paulsen & Hugh Peel, 2013). Flest går i egenerapi innafor psykoanalytisk tradisjon. I gjennomsnitt går terapeutene i 1- 2 terapiforløp, og ett forløp varer i ca. 4 år. Positivt utbytte av egenerapi rapporteres bl.a. i form av økt selvværd, bedret sosialt liv, nedgang i symptomer- samt større kognitiv og emosjonell innsikt (Paulsen og Hugh Peel, 2013).

Noen psykologer har rapportert om negative erfaringer, i form av å bli for reflekterende og innover-retta- samt at det er tidkrevende og dyrt. Av faglig og profesjonelt utbytte, rapporteres det om økt bevisstgjøring rundt å vise varme og empati, økt bevissthet om relasjonens betydning, overføring og motoverføring, økt tålmodighet- og toleranse. Forfatterne viser videre til at et krav om egenerapi bl.a. er knytta til at det er mange retninger å velge innafor psykologifaget. Hvilken metode som best kan utvikle terapeutene, er derfor vanskelig å konkludere med. Forfatterne påpeker at det er av betydning å undersøke selve terapiprosessen- framfor effekt. Å undersøke interpersonlige prosesser- hva det vil si å være pasient, kunne skille egne og andres følelser i behandling m.m.- må derfor i større grad studeres gjennom kvalitative design- med en tydelig teoretisk forankring (Paulsen og Hugh Peel, 2013).

1.3 Studiens hensikt og relevans

Egenbehandling er et obligatorisk kompetansekrav for psykomotorikere. Som gjort rede for innholdet i egenbehandling er lite spesifisert og undersøkt i praksis. En naturlig konsekvens er at det er rom for ulike tolkninger av hva behandlingen omfatter og gir. NFF har tidligere uttalt at de lytter til fagmiljøet, men har ikke videre spesifisert noe om egenbehandlinga utover det som står i retningslinjene¹ (Weideborg, 2013). I mitt prosjekt er det derfor av interesse å belyse hvilke konkrete funksjoner et krav om egenbehandling kan ha i praksis. Hvilke erfaringer gjør terapeutene seg, og hva blir viktig?

Å søke innsikt i profesjonsarbeid- her under utførelse, kompetanse- og kunnskapsutvikling- er viktig, skriver Molander og Grimen (Molander 1996; Grimen, 2008). Faglig åpenhet kan fremme trygghet og kvalitetssikring, og åpner for vurderinger- og eventuelt endringer av klinisk praksis. Slik sett kan det tenkes at mitt prosjekt kan bidra med kunnskap som er av interesse for både utdanningsinstitusjonene, NFF, pasienter i behandling, egenbehandlere og terapeuter i egenbehandling.

Som vist til i innledninga, har utviklinga av forskning innafor NPMF etter hvert blitt godt etablert (Ekerholt og Gretland, 2018). Hovedvekta av studier er av kvalitativ art og tar ofte utgangspunkt i pasientopplevelser og terapeuterfaringer. Forskning som en del av fagutviklinga er bl.a. en konsekvens av økt krav til utdanningsnivå og formalisering av kunnskap. Forskning på praksis kan også bli stående som et motsvar til den rådende hierarkiske forståelsen av hva god forskning innafor helsefag er- der effektstudier ansees som normen (Thornquist, 2011). PMF er utvikla i praksis, og læres langt på vei gjennom praktisk handling i møte med mennesker. Praktisk handling lar seg ikke så lett måle kvantitativt (Thornquist, 2018). Det er derfor av betydning å søke innsikt i erfaringer som har forankring i praksisfeltet- her under for eksempel egenbehandling.

Weideborgs oppgave (2013), er den eneste som har belyst sider ved egenbehandling direkte. Det finnes ellers lite skrevet om temaet. Dette synliggjør et mulig kunnskapsbehov med forankring i praksisfeltet. Mitt prosjekt kan slik sett tenkes å være et bidrag til kunnskapsutvikling innafor fagtradisjonen NPMF, og for psykomotorikere i klinisk praksis.

¹ Weideborg (2013) viser til svar på mail fra NFF

1.4 Studiens problemstilling

Med utgangspunkt i prosjektets tema og utvalgt litteratur, har jeg formulert følgende problemstilling for mitt prosjekt:

Hvilke erfaringer gjør fysioterapeuter seg i egenbehandling, innafor Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)?

1.5 Kort om forskerrollen

Som masterstudent og forsker innafor eget fagfelt, vil egen forståelseshorisont og utvalgte perspektiver, naturlig styre blikket i prosjektet. Forståelseshorisont omfatter bevisste og ubevisste oppfatninger, forventninger og erfaringer i oss, skriver Thornquist (2018). Begrepet er sentralt og har sitt opphav i hermeneutisk filosofi- og vitenskapstradisjon. Når man forsker i eget fagfelt, har man en allerede solid tilgang til å forstå fagfeltet. Thagaard (2018) refererer til det interaksjonistiske perspektivet; hvordan forskerens tilstedeværelse har betydning for utviklinga av data. Hva slags betydning min forforståelse har hatt for studien, diskuterer jeg nærmere i kapittel 3.7., Metodediskusjon.

1.6 Kort om oppgavas oppbygning

Vider i oppgava presenteres først relevante teoretiske perspektiver i kapittel 2. I kapittel 3, Metode, gjennomgås metodeprosessen i detalj, inkludert et underkapittel om metodiske overveielser og forskningsetiske aspekter. Presentasjon av analyseprosessen, er også del av kapittel 3. Kapittel 4, Resultater, innledes med en generell presentasjon av deltakerne i prosjektet, etterfulgt av resultatpresentasjonen. I kapittel 5 drøfter jeg funnene i resultatdelen, i lys av relevant teori og presentert forskning. I kapittel 6 sammenfatter jeg hovedfunnene fra resultatene og trekker konklusjoner- med utgangspunkt i prosjektets problemstilling. Jeg avrunder oppgava med noen tanker om videre forskning i praksis.

2 PROSJEKTETS TEORETISKE PERSPEKTIVER

I dette kapitlet presenteres relevant teori og teoretiske perspektiver, som på sine vis har vært med å forme forskningsprosjektet. Teoretiske perspektiver fungerer både som «bakgrunnsteppe» og «linse» (Malterud, 2017; Thagaard, 2018). Bakgrunnsteppet som bilde, henviser til teori som del av min forståelseshorisont. Perspektiver brukt som linse, er et bilde på hvilke perspektiver som har drevet prosjektet fra start, og som brukes aktivt i fortolkning- og drøfting av resultatene.

Flere tar egenbehandling parallelt med masterstudiene. Jeg rammer derfor innledningsvis oppgava inn- ved å kort presentere sentrale elementer fra studieplanen- ved masterutdanninga i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, ved UiT (UiT, 2020). Intensjonen er å synliggjøre hvilke forutsetninger, forståelser og forventninger, terapeutene kan tenkes å stille med- i egenbehandling.

Et sentralt element er at studiet vektlegger ulike kunnskapsformer- både klinisk/praktisk og teoretisk kunnskap for praktisk fagutøvelse, faglig utviklingsarbeid og forskning (UiT, 2020). Kroppsforståelse, sykdomsforståelse og funksjon, blir belyst gjennom humanistiske, samfunnsvitenskapelige og naturvitenskapelige perspektiver. Studieplanen viser til at det er sentralt å forstå kroppen som et sammensatt fenomen; den står i sentrum for erfaringer og vi uttrykker oss via kroppen. Utdanningen vektlegger tilegnelse av kunnskap gjennom praksis i ulike former, bl.a. som øvelser med og på medstudenter, i veiledet praksis på medstudenter og pasienter- samt gjennom gruppearbeid.

2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)

Jeg starter med å presentere fagtradisjonens historie og utvikling av behandlingsformen, for å ramme inn prosjektets hovedfokus.

2.1.1 Historisk utvikling

Som vist til innledningsvis, hviler kunnskapsgrunnlaget i faget på samarbeidet mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (1906-2001) og psykiater Trygve Braatøy (1904- 1953), fra 1947- 1953. I sitt arbeid, oppdaga Bülow- Hansen at det var en sammenheng mellom spenningsgrad i muskulatur og respirasjon (Øvreberg og Andersen, 2016): Hun erfarte at pasienter med relativt fri pust blei bedre av lokal symptombehandling, mens pasienter med muskelspenninger og kontrollert pust, ikke blei det. Etter 20 år med ortopedisk retta fysioterapi, gjorde oppdagelsene og samarbeidet med Braatøy at hun i det videre arbeidet tok utgangspunkt i et helhetlig syn på kroppen- for å skape endringer i spenninger og respirasjon. Respirasjonen blei slik en sentral rettesnor i Bülow-Hansens forståelse av- og arbeid med muskel og skjelettplager (Ekerholt og Gretland, 2018).

Bülow- Hansen gjorde sine erfaringer og oppdagelser i møte med både pasienter, i dialog med Braatøy og sammen med studenter i praksis (Bunkan, Radøy og Thornquist, 1982). Studenter i faget gikk alltid i egenbehandling hos Bülow- Hansen først- før de fikk arbeide med egne pasienter. Hun mente at det hadde avgjørende betydning at de fikk kjenne virkninger på egen kropp, for å forstå de kroppslige sammenhengene. Slik sett omtales oppstarten av fagtradisjonen å ha røtter i praktisk kunnskap- med fagformidling etter en mester- til svennmodell (jf. Thornquist og Bunkan, 1995; Molander, 1996).

Psykomotorisk fysioterapi blei etter hvert stående som en motsats til tradisjonell fysioterapi, som i vesentlig grad retter seg mot symptombehandling. I NPMF fikk hele kroppen - og mennesket - fokus gjennom Bülow-Hansens praksis. Innfallsvinkelen sto i kontrast til det dualistiske synet på skillet mellom kropp og psyke, som rådet innafor det medisinske fagfeltet på denne tida (Thornquist og Bunkan, 1995; Øvreberg og Andersen, 2016).

Bülow- Hansen erfarte i praksis at ved å rette oppmerksomheta mot respirasjonen- reagerte pasientene også emosjonelt (Thornquist og Bunkan, 1995; Øvreberg og Andersen, 2016). I tidsperioden tradisjonen blei utvikla, fantes det ikke anerkjennelse for at følelser og kropp henger sammen. Oppdagelsene var slik sett revolusjonerende (Bunkan, Radøy og Thornquist, 1982). Tanken om at det er et gjensidig samspill mellom respirasjon, følelser,

muskelspenninger, holdning, bevegelser og autonome reaksjoner, blei stående som en vesentlig del av kunnskapsfundament innafor fagtradisjonen NPMF. Thornquist og Bunkan (1995) skriver at NPMF også kom til å representere en utvidelse av det psykoterapeutiske tilbudet.

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) slik vi kjenner tradisjonen i dag, bygger på en forståelse av at fysiske, psykiske og sosiale belastninger påvirker den subjektive kroppen som en funksjonell enhet. Belastningene virker også tilbake på muskelspenninger, respirasjon, kroppsholdning, bevegelser, væremåter, fleksibilitet og autonome funksjoner/reaksjoner (Thornquist & Bunkan, 1995; Gretland, 2016; Øvreberg og Andersen, 2016).

2.1.2 Hva er Psykomotorisk fysioterapi (PMF)

Videre presenterer jeg nærmere, sentrale sider ved Psykomotorisk fysioterapi (PMF) som behandlingsform. Jeg ønsker med dette å knytte teorien tydeligere opp mot problemstillinga, der egenbehandling per definisjon er et behandlingsforløp.

Ett overordna mål i PMF er å oppleve og forstå sammenhengen mellom kropp og følelser (Thornquist og Bunkan, 1995). Å oppleve kroppen - og via den - er av essensiell betydning. Behandlingen kan sies å rette seg mot det totale samspillet i kroppen. Ved å gi kroppen forrang og subjektstatus i behandlinga, gjør vi noe med hele mennesket. Kroppen blir da også en innfallsvinkel til arbeid med pasientens følelsesliv.

PMF retter seg mot *omstilling* via kroppsholdning, muskulatur og respirasjon (Thornquist og Bunkan, 1995). *Omstilling* sees på som en persons grader av muligheter til kroppslig endring. Siden kroppen betraktes som en funksjonell enhet, kan vi også knytte omstillingsbegrepet til endring av kroppslige vaner- for eksempel gjennom hvordan vi beveger oss og reagerer på bestemte vis (Thornquist & Bunkan, 1995; Gretland, 2007). Omstilling er en gradvis prosess. Vi sikter mot endring ved at pasientene utfordres i forhold til egne kroppslige grenser (Gretland, 1999; 2007). I hvilken grad vanemessige væremåter er fastlåste, gir holdepunkter for hvilke muligheter som finnes for endring, skriver Gretland (2007). Når terapeut og pasient jobber med kroppslig endring av vaner, tar de derfor utgangspunkt i pasientens grader av fleksibilitet (Thornquist og Bunkan, 1995; Ekerholt og Gretland, 2018).

Med henvisning til Bülow- Hansens erfaringer av sammenhenger mellom respirasjon og muskelspenninger, brukes pasientens respirasjon som «rettesnor» for behandlinga (Thornquist & Bunkan, 1995; Gretland, 2007). I behandlinga jobbes det mot at pasienten kan slippe pusten til- uten å holde igjen. Når respirasjonen holdes igjen eller kontrolleres, holder vi i forlengelsen også igjen oss sjøl. Ved holdt respirasjon spenner vi oss. Over tid kan dette til sammen føre til økte og vedvarende muskelspenninger og eventuelle smerter. Muskelspenninger virker igjen tilbake på respirasjonen- spenningene bremser friheten i bevegelses-utvalget vårt (Gretland 2007; 2016; Ekerholt og Gretland, 2018).

Enhver følelse har sitt kroppslige uttrykk, skriver Thornquist og Bunkan (jf. Thornquist og Bunkan, 1995). Kropp og følelser står i et gjensidig forhold til hverandre: Vi uttrykker- og regulerer følelsene våre gjennom kroppen. Et eksempel kan være det kroppslige uttrykket vi legger merke til hos en som er tynget av sorg, sammenlikna med en som nettopp har fått en god nyhet. Hvis følelser holdes tilbake, kan det for eksempel erfares kroppslig i form av at vi biter tenna sammen, knytter nevene, krymper- eller lister oss (Thornquist og Bunkan,1995; Gretland, 2007). Siden følelser reguleres gjennom muskulære spenninger og holdt pust, vil også følelser som ikke anerkjennes bremses kroppslig (Gretland, 2007; Ekerholt og Gretland, 2018). I ulike situasjoner kan det være sosialt hensiktsmessig for oss å holde tilbake- men dersom kontrollen varer, og den kroppslige fleksibilitet reduseres som konsekvens, kan det på sikt gi kroppslige symptomer i form av stivhet og økte spenninger.

I den videre framstillinga presenterer jeg deler av teori og forskning nærmere, som jeg anser belyser viktige aspekter i behandlingsmøter- og her gjennom prosjektets problemstilling. Jeg støtter meg i hovedsak til innsikter henta fra en fenomenologisk forståelse av den subjektive og levde kroppen (jf. Gretland, 2007;2016; Thornquist, 2018)².

Som i anna terapibehandling, har samtalen en plass i PMF. Samtalen, i form av førstegangssamtalen (anamnese), bør ha en klar ramme og struktur. Den bør rettes mot kroppslige forhold, og pasientens opplevelser av hva som skjer i kroppen (Thornquist og Bunkan, 1995; Ekerholt og Gretland, 2018). Det er av betydning å vie plass til kroppens naturlige funksjoner, som en del av det hele. Samtalen bør ikke trekke for langt ut i tid. Klare

² Forfatterne baserer i hovedsak sin framstilling på Ponty (1986). Jeg gjort meg kjent med den norske utgaven (1994)

rammer for samtalen er også viktig, for å holde fast ved oppmerksomheta på opplevelser, følelser og fornemmelser- som kommer fram i kroppslig samhandling (Gretland, 2007; 2016).

Å invitere pasienten inn i samtale om det som skjer - her og nå – er av vesentlig betydning, og åpner opp for refleksjoner og assosiasjoner hos pasienten- som kan relateres til kroppslig levd liv (Thornquist, 2006; Gretland, 2007). Samtale i handling kan slik sett favne livet, og bidrar til å fremme pasientens forståelse av seg sjøl (Ekerholt, 2002; Gretland, 2007; Sviland, Martinsen & Råheim, 2014).

Samtalen i PMF er også en vesentlig bidragsyter i relasjonsbygginga, mellom pasient og terapeut. Å vise interesse for hverandre- se hverandre- og bekrefte hverandre bidrar til økt tillit mellom partene. Tillit er avgjørende, for å etablere en solid og god terapi- relasjon i behandlinga (Gretland, 2007; Thornquist, 2011).

Den psykomotoriske undersøkelsen kalles i litteraturen «prøvebehandling» (Thornquist og Bunkan, 1995; Ekerholt og Gretland, 2018). Begrepet viser til undersøkelsens interaktive og dynamiske karakter. Gjennom prøvebehandlinga har terapeuten som mål å danne seg et inntrykk av pasientens grad av fleksibilitet og evne til omstilling (Gretland 2007; Ekerholt og Gretland, 2018). Kroppsholdning, bevegelser og muskulære spenningsmønstre vurderes i ulike stillinger: Sittende, stående, rygg- og fremliggende (Gretland, 2007).

Holdning kan betraktes som et resultat av hvordan vi har blitt møtt og hvordan vi lever- forankra i tanken om den subjektive kroppen som levd liv og utvikling av kroppslige vaner (Sviland, Martinsen & Råheim, 2014; Ekerholt og Gretland, 2018). På samme tid er holdninga også et resultat av samspeillet mellom fysiologiske og biomekaniske forhold. Holdningsbegrepet er i tråd med kunnskapsgrunnlaget som NPMF bygger på (Thornquist og Bunkan, 1995).

Gjennom samarbeidet i prøvebehandlinga, forsøker terapeuten konkret å beskrive hvordan pasienten klarer å gi etter for tyngdekrafta og la seg passivt bevege. Videre danner hen seg et inntrykk av pasientens respirasjon og autonome reaksjoner og funksjoner. Som terapeut ønsker man også innblikk i pasientens opplevelse av situasjonen (Bunkan, 2010; Øvreberg og Andersen, 2016). På bakgrunn av undersøkelsen sammenfatter terapeuten funnene, og vurderer pasientens ressurser- potensiale for endring- i et eventuelt behandlingsforløp. Endringsprosessen kalles i litteraturen «omstilling», som gjort rede for i tidligere avsnitt (Thornquist & Bunkan, 1995; Gretland, 2007; 2016).

I behandlingsforløpet er ett av flere hovedfokus at pasienten skal bevisstgjøres kroppslige vaner og bevegelsesmåter- i samhandling med terapeuten (Gretland, 2007; 2016; Øien, Martinsen og Råheim, 2014). Pasienten oppfordres til å utforske på hvilke måter hen beveger seg, for å bli bevisst egen vanemessige væremåte. Her gjennom lærer pasienten også om seg sjøl (Gretland, 1999; 2007; Ekerholt, 2002). På denne måten blir pasientens egne erfaringer gjort relevante og viktige, og kan aktivt brukes som utgangspunkt for læring og nye erkjennelser (Sviland, Martinsen og Råheim, 2014).

Sammen med terapeuten blir det på sikt av betydning å utforske sammenhenger og årsaker relatert til pasientens plager (Gretland, 2007). Gradvis endring (omstilling), med utgangspunkt i pasientens fleksibilitet, er et hovedmål for behandlinga. Gjennom arbeid med kroppslige vaner- og væremåter, skjer også en omstilling av respirasjon og muskelspenninger, som gjort rede for i avsnitt om den helhetlige sammenhengen (Thornquist og Bunkan, 1995).

Endring av kroppslige vaner tar tid, og grad av endring avhenger av pasientens egen deltakelse og tilstedeværelse i behandlingsforløpet (Thornquist, 2006; Gretland, 2007; 2016). En konsekvens av dette er at det er vanlig at pasienter går i behandling over lengre tid. Det gjensidige forholdet mellom respirasjon, muskelspenninger og følelser, åpner også opp for at pasienten kan kjenne på kontrollerte og ikke-aksepterte følelser. I behandling kan muskelspenninger slippe, slik at følelser slippes til (Øien, Martinsen og Råheim, 2007; Gretland, 2007; Sviland, Martinsen og Råheim, 2014).

Et overordna mål er at pasienten gjennom endringsarbeidet får erfare et mer hensiktsmessig bevegelsesmønster (Thornquist og Bunkan, 1995). Ut fra et fenomenologisk perspektiv om levd liv, er hensiktsmessige bevegelsesmønstre og væremåter individuelt: Pasientens tidligere erfaringer, ressurser og livssituasjon påvirker (Ekerholt, 2002; Gretland, 2007; 2016.).

Fysioterapi er alltid en relasjonell virksomhet, skriver Gretland (2007; 2016). For å møte pasienten på best mulig vis, må terapeuten ha kunnskap om ulike teoretiske perspektiver på kropp og bevegelse samt ferdigheter- som til sammen bidrar til å skape en helhetlig forståelse av pasienten og hans/hennes problemer. Konkret betyr det at terapeuten må veksle mellom perspektiver, og være var reaksjoner fra pasienten- gjennom å se, lytte og føle (Thornquist, 2006; Gretland, 2007). Vesentlig for undersøkelse og behandling er altså at terapeuten er oppmerksomt til stede, har innlevelse og er deltakende i det som skjer - her og nå.

Kroppen en biologisk, og samtidig erfarende, meningsbærende og sosial (Gretland, 2007; 2016; Sviland, Martinsen og Råheim, 2014). Som terapeut er man derfor, i møte med pasienter, ansvarlig for å få tak på mangfoldet- på meningsfylte vis. Jeg viser til og trekker videre veksler på mangfold, i kapittel 2.2 og 2.3, om henholdsvis praktisk kunnskap og profesjonskunnskap.

2.2 Kunnskap og fagutøvelse

Med utgangspunkt i beskrivelsene av kunnskapsutviklinga innafor NPMF, er det naturlig å knytte Bülow- Hansens og tradisjonens forankring av fagutøvelsen, til begrepene praktisk kunnskap og profesjonskunnskap.

Det er vanlig å skille mellom teoretisk og praktisk kunnskap, skriver Grimen (2008). Praktisk kunnskap kommer til syne i handlinger og vurderinger, og har tradisjonelt blitt formidla i form av mester- til- svenn (Molander, 1996). Modellen viser til at personlige erfaringer knytt til den aktuelle kunnskapen står sentralt, og at deler av kunnskapen derfor ikke så lett kan artikuleres. En naturlig konsekvens er at praktisk kunnskap læres via kroppen- gjennom observasjon og i handling (Molander, 1996). Praktisk kunnskap læres i gitte situasjoner- og kan ikke løsrives fra hverken den som utfører handlingene, eller situasjonene der kunnskapen læres (Grimen, 2008).

Som tidligere gjort rede for, kan det opprinnelige kunnskapsgrunnlaget i NPMF forankres i praktisk kunnskap, der kunnskapsformidling foregikk etter en mester -til svenn- modell: Kunnskapen fra Bülow- Hansen og Braatøys erfaringer, blei videreformidla til studenter- gjennom egenbehandling hos- og observasjon av Bülow- Hansen i arbeid (Bunkan, Radøy og Thornquist, 1982; Øvreberg og Andersen, 2016). Tidligere studenter- og senere utøvere innafor faget- sørger for å bringe kunnskapen videre (Bunkan, Radøy og Thornquist, 1982). En konsekvens av kunnskapsutvikling gjennom en mester- til svenn- modell er at over tid vil særtrekkene ved kunnskapen viskes ut. Det vil derfor være hensiktsmessig å nyansere kunnskap i handling ytterligere. Jeg kommer tilbake til nyanseringer, i senere delkapitler.

2.2.1 Merleau- Pontys kroppsfenomenologi

Jeg har i det følgende hovedsakelig støtta meg til framstillinga av Merleau- Pontys kroppsfenomenologi, slik den presenteres hos Thornquist (2018) og Gretland (2007)³.

Filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), var den første som knytta menneskets subjektstatus til kroppen. Kroppsfenomenologien står som en videreutvikling av grunnleggende fenomenologi, som filosofisk og vitenskapelig retning. Fenomenologiens hovedanliggende er- hvordan bevisstheten hos mennesket alltid er retta *mot noe*.

Oppmerksomheta vår rettes mot verden, slik den erfares for oss, som subjekt (Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2018). Fenomenologien står som en motsats til- og kan sees som et brudd på rasjonalismens kropp og sjel-dualisme (Thornquist, 2018). Sentralt innafor rasjonalismen, var tanken om at bevisstheten vår er den eneste sikre kilden til kunnskap. Som en kontrast, beskriver Merleau- Ponty hvordan mennesket nettopp erfarer med kroppen. Han er den første som knytter subjektstatusen- vår væren i verden- direkte til kroppen (Thornquist, 2018). Kroppen er noe vi både er og har, og vi kan aldri skilles fra den. Dette er en sentral forskjell mellom kroppen og andre objekter (Thornquist, 2018). Kroppen eksisterer likevel som både subjekt og objekt, skriver Merleau- Ponty: Kroppen er tvetydig, fordi vi både har og er kropp (Gretland, 2007). Via kroppen har vi tilgang til verden, samtidig er kroppen en del av verden. Kroppens objekt-status er derfor noe kvalitativt anna enn i rasjonalistisk tradisjon: Vi er alltid både erfarende subjekt og objekt- samtidig (Gretland, 2007; Thornquist, 2018).

I Merleau- Pontys teori er å erfare verden gjennom ureflektert deltakelse, den «levde» kroppen (Gretland, 2007). Den levde kroppen kan da også forstås som at alle opplevelser, følelser og erfaringer gjennom et liv, setter seg som spor i kroppen. Når kroppen er sentrum for erfaring, er den derfor intensjonal: Vi har en rettet- het mot verden. Gjennom erfaringer som kroppslige vesener er vår bevissthet ikke «jeg tenker», men heller «jeg kan» (Gretland, 2007). Slik blir kroppen oppfatta som erfaringsmuligheter, og verden vi er i får form av å være invitasjoner og oppfordringer- til utforsking og aktivitet (Gretland, 2007; 2016; Thornquist, 2018).

³ Forfatterne henviser til Merleau- Ponty (1986; 1994). Jeg har selv gjort meg kjent med den norske utgaven (1994).

Gjennom persepsjon får vi åpning mot verden (jf. Thornquist, 2018). Vi retter oppmerksomheta mot verden, og er ikke en passiv mottaker av sanseinntrykk. Med dette som utgangspunkt, har vi tilgang til verden gjennom persepsjon og handling- og kroppen er utgangspunktet. Videre er det et gjensidig forhold mellom persepsjon og handling: Vi blir kjent med verden gjennom våre kroppslige handlinger. Å være subjekt er altså å være i verden som kropp, og som kropp samhandler vi med andre- og med omgivelsene (Merleau- Ponty, 1994; Gretland 2007). Gretland (2007) og Thornquist (2018) viser til hvordan helsevesenet i dag fortsatt er prega av rasjonalistisk vitenskapstradisjon- og tankesett. I utbredt grad behandles kropp og psyke som uavhengige av hverandre.

2.2.2 Taus kunnskap

Taus kunnskap er en del av den praktiske kunnskapen (Molander, 1996). Den tause dimensjonen av kunnskap referer til kunnskap, som det ikke alltid er så lett å uttrykke presist gjennom språket (Grimen, 2008). Den tause dimensjonen handler om bestemte måter å utøve for eksempel et yrke, der spesifikke aspekter ved selve utøvelsen er av betydning. Rent intuitivt handler vi på bestemte måter, basert på erfaringer vi gjør seg gjennom handlinger, som øves over tid. Molander (1996) viser til eksempler som å se og å gjøre, som former for taus kunnskap. Eksempelene viser til at kunnskapen ikke først og fremst har sin rot i språket, men i praksis- gjennom kroppslige handlinger i bestemte situasjoner.

NPMFs opprinnelige kunnskapsgrunnlag har utspring i Bülow-Hansens erfaringer- som terapeut og læremester. Hun hadde stor tro på læring gjennom handling, men viet selv lite tid til dokumentasjon av egne handlinger og erfaringer (Øvreberg og Andersen, 2016). Andre har i etterkant dokumentert fra hennes praksis- i et retrospektivt perspektiv (Øvreberg og Andersen, 2016). Bülow-Hansen er sitert på at for å bli god i faget vårt, må vi lære anatomi, lese skjønnlitteratur, bruke fantasi og intuisjon (Bunkan, Radøy og Thornquist, 1982; Øvreberg og Andersen, 2016).

«Vi kan vite mer enn vi kan si» er et kjent sitat fra lege og filosof Michael Polanyi (1891-1976). Polanyi tar til orde for å i større grad anerkjenne det han omtaler som «*menneskelig kunnskap*» (Polanyi, 2000)⁴. I sin teori viser han til et klassisk eksempel for å beskrive

⁴ Jeg har forholdt meg til den norske utgaven av Polanyis bok (2000).

menneskelig kunnskap: Vi kjenner raskt igjen ansikter, blant mange andre, men det er utfordrende for oss å beskrive med ord- hvordan vi kjenner det igjen. Eksemplet illustrerer hovedbudskapet i Polanyis teori: Som mennesker tilegner vi oss kunnskap, uten at vi alltid kan forklare hvordan vi tilegner oss den. Vi har avgrensa muligheter til å språklig-gjøre den tause kunnskapen.

Polanyi knytter menneskelig kunnskap til en fenomenologisk forståelse av mennesket: Som mennesker retter vi oppmerksomheta vår fra noe- og til noe, som han omtaler som fra proksimalt- til distalt ledd (Polanyi, 2000). Proksimalt og distalt ledd samsvarer med begrepene intensjonalitet og rettet-het mot verden, innafor en fenomenologisk forståelsesramme (Thornquist, 2018). Polanyi skriver at vi har et nært og fortrolig kjennskap til det proksimale leddet, men samtidig har vi vansker med å formulere denne fortroligheta med ord. Slik er det også når vi praktiserer ferdigheter. Vi retter oppmerksomheta ut mot målet for handlingene - relasjonen og endringer gjennom behandling- framfor å rette fokus mot ferdighetene, for eksempel massasjegrep og instruksjon av øvelser. Polanyi (2000) kaller dette for den tause kunnskapens *funksjonelle struktur*: Det er en sammenheng mellom det som er fokusert og bevisst (handlingens mål) og det som er ufokusert og ubevisst (ferdighetene). Strukturen gjør at vi er i stand til å være funksjonell i verden- vi stoler på ferdighetene våre. Menneskelig kunnskap kan sies å ha en bakgrunns-horisont som er taus- og som er relatert til den handlinga vi gjør.

Som en ytterligere nyansering, har Schön (1991) gjort den tause dimensjonen relevant for å forstå yrkespraksis. Han knytter taus kunnskap til *refleksjonsevnen* hos yrkesutøveren, og kaller kunnskapen *refleksjon-i-handling*. Refleksjon- i- handling er en viktig kilde til ny kunnskap, fordi en kompetent praktiker vet mer enn hen kan uttrykke med ord. I handling, innafor en unik og kompleks situasjon, kan vi reflektere over vår intuitive kunnskap (Schön, 1991). For å reflektere, må psykomotorikeren stille seg åpen- tillate seg å bli overraska i sine handlinger. Slik kan hen utvikle stadig nye responser på oppståtte overraskelser i handling. Nye responser utvikles, når vi tenker hva vi gjør- mens vi gjør det (Schön, 1991).

Refleksjon- i- handling åpner opp for at utfordringer vi møter i handling- kan framtre på nye måter- for så å bli vurdert på nytt. Schön (1991) kaller dette en form for improvisasjon, der handlingsprosessen knyttes til re-kombineringer innafor kroppsskjema. Kroppsskjema er et relevant begrep også innafor kroppsfenomenologisk teori. Merleau-Ponty (1994) beskriver kroppsskjema som den totale opplevelsen av kroppen. Opplevelsen omfatter bl.a. ubevisste

disposisjoner og muligheter, for kroppslig handling. Merleau- Ponty viser til at vi er i verden som kropp. Fordi vi intuitivt vet hvor armer eller ben er, rettes derfor heller oppmerksomheta mot selve handlinga- og målet for handlinga (Schön, 1991; Thornquist, 2018). Gjennom nye handlingserfaringer vil kroppsskjemaet stadig oppdateres (jf. Schön, 1991; Thornquist, 2018).

Det er ingen grense for hvilke refleksjoner vi kan gjøre oss i handling. Grenseløsheten åpner derfor opp for at psykomotorikeren blir «forsker» i egen praksis. Hen er ikke avhengig av etablert teori, eller bestemte teknikker, men står fritt til å etablere ny forståelse og kunnskap- ut fra egne handlinger (jf, Schön, 1991).

Nyanseforskjellen i beskrivelsen av taus kunnskap som *refleksjon- i- handling*, kan kanskje tenkes å åpne opp for muligheter til å løfte fram og tematisere deler av den tause kunnskapsdimensjonen innafor PMF- som ikke er så fast knytta til læring i handling, gjennom en tradisjonell mester- til svenn- modell. Denne kunnskapen antas å lettere kunne artikuleres språklig- i samhandling med for eksempel pasienter eller kollegaer. Gjennom språkliggjøring av taus kunnskap, åpnes det videre opp for å kunne belyse kunnskapsgrunnlaget i NPMF- slik tradisjonen framstår i dag. Ett mål med dette er, å forankre kunnskapsgrunnlaget tydeligere- også teoretisk (Øvreberg og Andersen, 2016; Thornquist, 2018).

2.3 Profesjonskunnskap

Kunnskapsbasen innafor ulike profesjoner, består naturlig av både teoretisk og praktisk kunnskap (Grimen, 2008). I den praktiske utførelse av et gitt fag, må yrkesutøveren derfor ta i bruk kunnskap fra ulike kilder. Profesjonell kompetanse omfatter praktisk kunnskap- her under også taus kunnskap- som gjort rede for i tidligere delkapitler.

I PMF er det av betydning at psykomotorikeren arbeider mot å skape en stabil terapeut- pasientrelasjon- for å fremme tillit og grobunn for kroppslig læring (Thornquist, 2006; Gretland, 2007). Terapeuten må søke å forstå pasientens levde liv, gjennom å bli kjent med pasientens subjektive verden. I tillegg til terapeutens alltid gitte forståelseshorisont, må hen inneha ferdigheter som trengs- for å kunne hjelpe pasienten (Gretland, 2007; 2016; Grimen, 2008). Den profesjonelle kunnskapsbasen kan slik sett sies å være rikholdig og variert sammensatt.

Grimen (2008) skriver at kunnskapsbasen vår er mangfoldig, fordi profesjonsutøvelse har et praktisk mål. Han skriver at meningsfylte sammenhenger logisk skapes på andre måter, enn bare gjennom implementering av teoretisk kunnskap- for eksempel gjennom handling og språklig- gjøring av den tause kunnskapsdimensjonen (Schön, 1991; Molander, 1996; Grimen, 2008). Hvilke krav psykomotorikeren møter i den kliniske hverdagen, er med på å avgjøre hva som blir meningsfylte sammenhenger. Kunnskapen som skal til for å utøve PMF, innebefatter, i lys av dette, kunnskap fra mange kilder og ulike fagområder. Kunnskapen er sammensatt av heterogene elementer og er teoretisk fragmentert (Grimen, 2008; Thornquist, 2011). Sammenhenger i fagets utøvelse skapes gjennom krav som den praktiske utøvelsen stiller- framfor gjennom teoretisk integrasjon.

Med dette som utgangspunkt, er det lett å se at kunnskapen om PMF naturlig bygger på flere ulike perspektiver- både samfunnsvitenskapelige, humanistiske og naturvitenskapelige fag. Videre ser vi at psykomotorikere benytter seg av ulike læringsformer- praktiske så vel som teoretiske (jf. Schön 1991; Polyani, 2000).

Behandlingsmøter i PMF innebærer at det foreligger en asymmetrisk relasjon, der pasienten søker den profesjonelles kunnskap og kompetanse (Grimen, 2008a; Thornquist, 2011). Pasienten må ha tillit til at terapeuten besitter relevant og tilstrekkelig kunnskap, og det er terapeuten- i kraft av å være profesjonell- som er ansvarlig for å ivareta tilliten (Thornquist, 2011). Den profesjonelle er videre avhengig av tillit fra myndighetene, samfunnet og pasienten. Kvalitet i fagutøvelsen er viktig- for å oppnå denne legitimiteten. Hva som kjennetegner kvalitativt god fagutøvelse, er derfor av betydning å utforske i praksis (Grimen, 2008; Thornquist, 2018).

I PMF er det psykomotorikeren som er på kjent grunn og som bestemmer hva som vil skje, når - og hvordan (Thornquist, 2011). Pasienten er i posisjon, innafor en asymmetrisk relasjon. Med andre ord- det er i hovedsak terapeutens ansvar å skape en situasjon og en relasjon, der pasienten kan kjenne seg komfortabel og trygg (Gretland, 2007; Thornquist, 2011). I samtalerapi kan pasientene mer velge hva de ønsker å snakke om, men med kroppen- i PMF- kan de ikke velge på samme måte (Gretland, 2007; Ekerholt og Gretland, 2018). Terapeuten er da særlig ansvarlig for å fremme en god terapeut- pasientallianse, ved å aktivt søke innblikk i pasientens levde liv- gjennom samtale og handling (Gretland, 2007).

3 METODE

3.1 Vitenskapelig forankring av forskningsprosjektet

Mitt forskningsprosjekt har forankringspunkter i både fenomenologisk- og hermeneutisk vitenskapsfilosofi, i litteraturen omtalt som et fortolkende vitenskapsparadigme (Thornquist, 2018). Forskningen er skapende. På epistemologisk nivå er kunnskapen som trer frem, et resultat av en gjensidig interaksjon og dialog, mellom meg som forsker og fysioterapeuten- om erfaringer fra egenbehandling. Sammen reflekterer vi rundt et fenomen vi ønsker å belyse nærmere; psykomotorisk egenbehandling (jf. Thornquist, 2018).

Hermeneutikkens anliggende er knytt til spørsmål om fortolkning. Opprinnelig var sakens kjerne skrevne tekster (Thornquist, 2018). I dette prosjektet omfatter fortolkninga det analytiske arbeidet forskeren (jeg) gjør, i møte med datamaterialet. Ontologisk- legger hermeneutikken et nytt grunnlag for erkjennelse, skriver Thornquist (2018). Vi er i verden som fortolkende og historiske vesener. Vår viten er knytta til en bakgrunn av antagelser vi har med oss, kalt *for-dommer*. Dette får betydning i prosjektet. Som forsker må jeg sette egne *for-dommer* på spill, gå i dialog med andre tenkende- også annerledestenkende (Thornquist, 2018). Slik får vi en «ekte samtale», som overskrider våre egne horisonter, og nye forståelser kan tre fram.

3.2 Om kvalitativt design i prosjektet

Når vi ønsker å utforske mennesker subjektive erfaringer og søker nye måter å forstå fenomener, er kvalitative forskningsdesign verdifulle (Kvale og Brinkmann, 2015). Videre er en viktig målsetning for kvalitativ forskning å øke forståelsen av sosiale fenomener (Thagaard, 2018; Thornquist, 2018). Jeg ønsker innsikt i erfaringer terapeuter gjør seg i egenbehandling. Oppmerksomheta rettes derfor mot erfaringer, tanker, oppfatninger, minner, ønsker, opplevelser, synspunkter og forståelser (jf. Thagaard, 2018). Et kvalitativt design åpner også opp for muligheter til å belyse både nyanser, likheter og mangfold i en gitt kontekst (Malterud, 2017).

3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju som metode i prosjektet

Metode er en valgt forskningsstrategi, skriver Malterud (2017). I prosjektet er derfor metoden et redskap jeg har brukt, i arbeidet med problemstillinga. Jeg ønsker å åpne opp for erfaringsnære refleksjoner om fenomenet som jeg undersøker. Jeg vil også beskrive og fortolke egenskapene ved fenomenet, nemlig terapeuters erfaringer med egenbehandling. Kvalitative metoder egner seg godt til dette (Kvale og Brinkman, 2015). I mitt prosjekt har jeg har valgt *semistrukturert forskningsintervju* (livsverden/dybdeintervju) som metode. Et semistrukturert forskningsintervju er en planlagt og fleksibel samtale, der jeg som forsker styrer mål og retning, bl.a. ved å utforme- og støtte meg til en intervjuguide (Tjora, 2017). Forskningsintervjuene har jeg brukt til å samle inn empirisk data- om fysioterapeutenes erfaringer fra egenbehandling.

Å belyse kroppslige erfaringer – egenbehandling - ved bruk av forskningsintervju, gir noen metodologiske utfordringer å være seg bevisst. Erfaringene utvikles i en historisk og sosialt situert kroppslig samhandlingssituasjon- der og da (Gretland, 2007). Mye av kunnskapen i dette er taus og ubevisst: Den ligger i kroppslige handlinger og handlingsmønstre- som vist til tidligere (Schön, 1991; Molander, 1996; Polanyi, 2000). Thornquist (2018) skriver at mye av den tause erfaringskunnskapen er utfordrende å sette ord på. Erfaringskunnskapen er også generelt lite beskrevet i litteratur og forskning innafor helsefag. Språket kan derfor begrense hva jeg og deltakerne i prosjektet kan si noe om.

Praksis vil alltid omfatte *mer* enn hva deltakere i situasjonen er i stand til å uttrykke verbalt (Moalder, 1996; Grimen, 2008; Polanyi, 2000). Det vil alltid foreligge ureflekterte og tause dimensjoner ved enhver form for konkret, praktisk handling. Selv om intervju ikke kan si alt, kan det likevel romme viktig og relevant informasjon. Hvilke inntrykk og ettertanker deltakerne i prosjektet sitter igjen med, er av betydning. Vi får ikke fram «sannheten om egenbehandling», men sannheten om hvordan egenbehandlingen opplevdes for mine deltakere. Jeg kommer nærmere tilbake til valg av metode i kapittel 3.7., Metodediskusjon.

3.2.2 Om intervjuguiden i prosjektet

I arbeidet med intervjuguiden, henta jeg oppbygning- og strukturinspirasjon fra Tjora (2017) og Kvale og Brinkman (2015), for semistrukturerte dybdeintervjuer. Intervjuguiden kan formes på mange ulike vis. Jeg bygget guiden opp i tre hoveddeler: 1. Åpning, 2. Refleksjon og 3. Avrunding. Under hver hoveddel jobba jeg fram temaer jeg ønsket belyst- formulert som flere oppfølgingsspørsmål. Særlig brukte jeg tid på del to; refleksjonsdel. Her var jeg også i dialog med kollegaer og veileder. Først og fremst ønsket jeg å støtte godt opp under retning og dybde i intervjuene. Jeg la derfor ned arbeid i å formulere flere gode og åpne spørsmål, i et erfaringsnært språk. Dette er i tråd med litteratur som beskriver refleksjoner rundt fenomenologisk utarbeida livsverden-intervjuer (jf. Kvale og Brinkman, 2015; Thagaard, 2018).

Del en i intervjuguiden tar for seg generelle opplysninger og ellers overgangsspørsmål til del to. Temaer og refleksjonsspørsmål i del to, er knytt direkte til ulike erfaringer fra egenbehandling. I del tre inviterer oppsummeringsspørsmål til avrunding.

Oppfølgingsspørsmåla skulle også hjelpe meg som forsker, å holde fokus underveis i intervjuet (Malterud, 2017). Etter hvert intervju gjorde jeg noen små justeringer i guiden, basert på notater jeg hadde tatt i etterkant av intervjuene. Intervjuguiden fra siste intervju, ligger som vedlegg nummer to i oppgava.

3.3 Utvalg

Valg av strategi for rekruttering av deltakere til prosjektet, påvirker hva jeg som forsker kan si noe om, funnene og hvordan de tolkes (Kvale og Brinkmann, 2015). I kvalitativ forskning er et relativt lite antall deltakere vanlig, skriver Malterud (2017). Utvalget i mitt prosjekt er det litteraturen kaller *strategisk* (jf. Malterud, 2017; Tjora, 2017). Jeg ønska et utvalg deltakere, med bredde i sine erfaringer. Bredde åpner opp for å kunne belyse både likheter, kontraster og nyanseforskjeller- i lys av problemstillinga. Utvalget er også variasjonsbetinga: Jeg har rekruttert et utvalg, som kan bidra med å fange opp ulikheter i opplevelser, meninger og argumenter (jf. Tjora, 2017).

Hvor mange deltakere som rekrutteres, vurderes på flere nivåer. Ideelt sett rekrutteres deltakere til vi oppnår datametning- til ingenting nytt i materialet kommer fram (Tjora, 2017). Sekundært, men også av betydning, var tidsramma for ferdigstilling av masteroppgava. På

bakgrunn av tilbakemeldinger i masterseminarer, er mitt prosjekt basert på intervju med et utvalg på fire deltakere.

3.3.1 Om inklusjonskriterier i prosjektet

Første inklusjonskriterium var at aktuelle deltakere har A9- takst kompetanse og har gjennomført kravet om tjue timer egenbehandling. Aktuelle deltakere har da erfaringene relativt ferskt i minnet, og kan muligens lettere komme i kontakt med disse, i en retrospektiv intervjusetting. Siden jeg ønska innsikt i hva slags betydning egenbehandlinga har hatt for terapeutenes egen fagpraksis, satte jeg som inklusjonskriterium en viss klinisk erfaring, ca. ett til – fem år- inkludert arbeid i slutten av masterutdanningsforløpet. Jeg ønska å belyse nyanser og ulikheter i erfaringene, og valgte derfor å rekruttere deltakere som både beholdt og bytta egenbehandler i behandlingsforløpet.

3.3.2 Rekruttering av deltakere til prosjektet

Faggruppa innafor NPMF er relativt liten. Intuitivt blei det viktig for meg å gå bredt ut, for å sikre at flest mulig fikk med seg informasjonen om prosjektet. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring forfatta jeg etter mal, fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Etter prosjektgodkjenning hos NSD i januar 2021, valgte jeg å legge ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring sammen med kontaktinformasjon- i NFFs lukkede faggruppe for psykomotorikere på Facebook: «NFFs faggruppe for psykomotorikere». Gruppa har mer enn 300 medlemmer. To terapeuter tok raskt kontakt på e-post. Det viste seg at av en av de ikke oppfylte alle inklusjonskriteriene. Den andre terapeuten hadde lest skrivene i faggruppa, og takka ja til deltakelse via e-post. Etter ca. 14 dager ble jeg kontakta ave en terapeut på Direct Message (DM). Terapeuten oppfylte inklusjonskravene, og hadde lest informasjon i faggruppa. Hen ga muntlig samtykke til deltakelse i prosjektet.

Jeg hadde en forventning om mange henvendelser, noe som ikke blei innfridd. Jeg kunne lagt inn en påminnelse om prosjektet i faggruppa, da rekrutteringsprosessen og tidsramma blei en utfordring, men gjorde det ikke. Jeg hadde heller ikke en klar formening om alternativ rekrutteringsarena. Etter ca. tre uker, valgte jeg derfor å kontakte en av deltakerne direkte, med spørsmål om tips til aktuelle kandidater. En slik rekrutteringsstrategi kaller bl.a. Tjora (2017) for «snøballmetode». Han skriver at «snøballmetode» kan bidra til å begrense

variasjonen i utvalget. Hvordan valg i rekrutteringsprosessen eventuelt har påvirket utvikling av data, diskuterer jeg i kapittel 3.7., Metodediskusjon.

Jeg fikk tre aktuelle navn, og kontakta alle på DM. En terapeut la ikke merke til kontaktforespørselen, før etter ca. tre uker. De to siste terapeutene takka ja til å være med. Videre korrespondanse med disse foregikk henholdsvis på e-post og DM. Deltakeren ble også bedt om å bekrefte/avkrefte deltakelse, da lydopptaket ble satt i gang ved intervjustart.

Da fire deltakere hadde takka ja til deltakelse, ble jeg oppmerksom på at flere likevel hadde bytta terapeut underveis i egenbehandlinga. I tillegg kom det fram at en deltaker per i dag ikke jobber som fysioterapeut. Jeg hadde likevel et inntrykk av at deltakerne hadde erfaringer som var interessante å belyse med utgangspunkt i problemstillinga. Jeg valgte derfor å inkludere disse fire i studien. Tidsramma for fullføring av masteroppgava var også avgjørende for at jeg tok valget. Hvilken betydning valgene kan ha hatt for utvikling av data, diskuterer jeg i kapittel 3.7.

3.4 Utvikling av data

3.4.1 Intervju

De fire intervjuene ble gjennomført i løpet av februar måned, 2021. Coronasituasjonen før- og på dette tidspunktet, gjorde at jeg bestemte meg for å gjennomføre intervjuene digitalt. I samarbeid med veileder, investerte jeg mye tid i utforminga av prosjektbeskrivelsen til NSD. Jeg brukte i tillegg tid på å ta beslutninga om digitale intervju- noe som forsinka NSD-godkjenninga ytterligere. Alle intervjuene ble gjennomført etter individuell avtale med den enkelte deltaker. Jeg satt hjemme i egen stue under intervjuene. Lydopptakene ble gjort via en diktafonapp på telefonen, utforma av Tjenester for Sensitive Data (TSD). TSD er en kryptert og sikker lagring, til bruk for innsamling av sensitivt materiale. Lydopptakene sendes direkte i kryptert form- fra telefonappen til TSDs server for sikker lagring av sensitivt forskningsmateriale.

Jeg brukte ikke ekstern lydopptager under intervjuene, og fikk erfare at det straffer seg. Jeg var uheldig å trykke meg ut av appen, etter at maks lengde på et opptak var nådd. Det førte til at jeg mista opptaket. Intervjudeltakeren og jeg blei enige om å gjøre en ny kortversjon av intervjuet, senere samme uke. Neste intervjuet blei vesentlig kortere. I arbeidet med

gjennomlytting og transkripsjon, blei jeg oppmerksom på at vi var innom alle tema i intervjuguiden, men at jeg etterspurte færre utdypninger. I tillegg hadde jeg tidligere intervju relativt friskt i minnet. Hvilke metodiske betydninger dette kan ha, diskuterer jeg nærmere i kapittel 3.7. Med unntak av ett, varte intervjuene mellom 60 til 90 minutter.

Jeg valgte å ikke gjøre notater underveis i intervjuene, fordi jeg opplevde at jeg trengte å holde fokus på den digitale intervjusituasjonen- som var en ny opplevelse for meg. I stedet noterte jeg rett i etterkant av intervjuene. Notatene var i form av refleksjoner rundt gjennomføringa samt direkte nedtegnelser av tilleggsinformasjon som jeg kom på. Notatene var ment å være en hjelp til å ivareta justeringsmuligheter, nærhet og eierskap til materialet (Malterud, 2017). Jeg hadde ikke mulighet til å gå direkte inn på server å sjekke opptakene i etterkant, siden veilederen min måtte de-kryptere hvert opptak. Det ble gjort så fort hun hadde anledning. En konsekvens av dette, var at jeg ikke alltid fikk lytta til foregående intervju, før jeg skulle ha neste.

Da Norge stengte ned, blei digital kommunikasjon det «nye vanlige». Selv hadde jeg relativt begrensa erfaring med hjemmekontor og kommunikasjon på digitale plattformer, noe som nok påvirka at jeg drøyde beslutninga om digital gjennomføring. Jeg gjorde et prøveintervju med en kollega, der jeg i hovedsak testa bruk av app samt innstilling av lyd og bilde. Testen gikk overraskende greit.

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at det er nødvendig å øve på -og reflektere over intervjuing, for å bli en kvalitetsmessig god intervjuer. Jeg har aldri gjort slike intervjuer. Jeg opplevde selv at første intervju hadde relativt god flyt og rytme. Jeg brukte intervjuguiden bra, og deltakeren virka rolig og villig til å dele av sine erfaringer. Ved senere gjennomlytting, oppdaga jeg likevel at jeg i intervjuet oppsummerte svar relativt repeterende, og med mange ord. Jeg la også merke til at jeg i enkelte passasjer blei usikker på hva deltakere egentlig hadde ment, der jeg under intervjuet valgte å gå videre. Jeg fant det plausibelt å relatere dette til egen forståelseshorison, og en ubevisst antagelse om at delt faglig ståsted, ga samme fortolkning av spørsmål og svar. I de neste intervjuene forsøkte jeg å være dette mer bevisst. Under transkripsjonsarbeidet blei jeg likevel oppmerksom på at mønsteret delvis gjentok seg i- alle intervjuene.

Alle møtene hadde noen tekniske utfordringer og oppmerksomhetstyverier underveis. En PC trengte omstart, og det var periodevis dårlig linje. Å følge med på tida på diktafonappen, stjal

tidvis oppmerksomhet; opptakene blei automatisk stoppa, etter 45 minutter. Det tekniske ordna seg heldigvis raskt og effektivt, og var kanskje mer forventa. Men, det synliggjør noe av det sårbare i en slik kontekst. Å løsrive meg helt fra appen klarte jeg ikke. Hvilke betydninger intervjuerfaringene kan ha hatt for utvikling av data, diskuterer jeg nærmere i kapittel 3.7.

3.5 Transkripsjon

For å gjøre datamaterialet håndfast og tilgjengelig for videre analyse, transkriberte jeg intervjuene: Lydoptakene ble oversatt fra muntlig tale, til skriftlig tekst. I litteraturen (Kvale og Brinkmann, 2015; Thornquist 2018) vektlegges å være bevisst transkripsjon som første steg i tolkning av datamaterialet. Jeg transkriberte intervjuene selv, fordi jeg som forsker ønska nærhet og eierskap til datamaterialet (jf. Malterud, 2017). Omfanget av transkribert datamateriale varierte; fra 10 til 22 maskinskrevne sider, med linjeavstand 1,5 og linjeskift. Variasjon i omfang er bl.a. et resultat av ulik lengde på intervjuene samt transkriberingsarbeidet lagt ned i første intervju. Det er heller ikke unormalt at det varierer en del- hvor mye den enkelte deltaker bidrar (Malterud, 2017).

Intervjudeltakerne hadde ulike dialekter. Jeg valgte å transkribere alle intervjuene på bokmål, for å forhindre persongjenkjenning samt gjøre materialet lettere tilgjengelig- i videre analysearbeid. Jeg transkriberte i hovedsak intervjuene i løpet av de to påfølgende dagene etter gjennomføring, bortsett fra det siste. Tekniske utfordringer med å finne igjen filen på server, gjorde at jeg transkriberte siste intervju ca. en uke etter at intervjuet fant sted.

Jeg brukte lang tid på å transkribere det første intervjuet; transkripsjon var helt nytt for meg og en ferdighet som må øves (Kvale og Brinkmann, 2015). Å utarbeide egen struktur og form- fikk derfor fokus. Transkriberingen av de resterende intervjuene gikk raskere. Jeg ønska en empiri-nær måte å bli kjent med datamaterialet (Kvale og Brinkmann, 2015). I transkripsjonsarbeidet la jeg meg derfor så samtale-nært som mulig, til det som ble sagt under intervjuene.

Jeg markerte pauser i samtalen med punkt: ., .., der hver prikk er ett sekund. I transkripsjonen av første intervju, skrev jeg ned det meste av fyllord, og markerte sukk, latter og der vi prater i hverandre i (klamme). Jeg markerte med **fet type**, der jeg oppfattet at deltakerne la trykk på bestemte ord i samtalen. Høyt tonefall på enkeltord, skrev jeg med store bokstaver. I de tre

siste intervjuene gjorde jeg en forsiktig bearbeiding av det sagte, samtidig som jeg holdt fokus på at meningsinnholdet ble ivaretatt (jf. Malterud 2017; Tjora, 2017) Jeg beholdt uthevelse av ord og store bokstaver, som beskrevet tidligere.

Jeg leste gjennom transkripsjonene i etterkant, og markerte deler i materialet fra alle intervjuene, som jeg ønska å lytte til en gang til. Jeg tok i hovedsak utgangspunkt i partier der jeg hadde markert uklarheter av et visst omfang- slik at meningsinnholdet kunne falle vekk. Valget tok jeg, fordi jeg i perioden opplevde at gjenstående tid til arbeid med masterprosjektet rant litt ifra meg, og fordi det varierte når jeg fikk tilgang til lydfile. I etterkant ser jeg at å lytte og samtidig lese gjennom transkripsjonen nok er å anbefale, fordi jeg i større grad ville fått et helhetlig inntrykk av intervjusituasjon- og innhold.

Første intervjudeltaker ønska transkripsjonen til gjennomlesning og sitatsjekk, og blei en lærerik og fruktbar erfaring for meg (og han/henne). Jeg fikk anledning til å danne meg et validerings- inntrykk av eget transkripsjonsarbeid- en 'kvalitetssikring'. Sitatsjekken førte til noen endringer, også av typen som gjorde at meningsinnholdet i deler av materialet, kom enda tydeligere fram.

Litteraturen viser til eksempler på hvordan transkribering av samme rådata kan variere- fra person til person, og fra en kontekst til en anna (Kvale og Brinkmann, 2015). Hvordan det kan oppleves for deltakere å presenteres for en tale-nær transkripsjon, var noe jeg tenkte over (jf. Kvale og Brinkmann, 2015). Jeg valgte å spørre deltakeren om det. Hen hadde kjennskap til utfordringene, og poengterte at hen sto trygt og godt i det.

Gjennomlesninga og sitatsjekk tok relativt lang tid, intervjudeltakeren hadde mye materiale å gå gjennom. I det videre arbeidet med transkripsjonen, gikk jeg gjennom markeringene, reflekterte og tok utgangspunkt i den reviderte utgaven av tekstmaterialet.

3.6 Analyse av data

Et viktig mål med analysen i kvalitativ forskning, er å hente ut kunnskap om- og innsikter i det vi undersøker, gjennom grundig og gjentakende lesinger av materialet, og senere organisering og systematisering av data (Thagaard, 2018). Intervjutranskripsjonene er datamaterialet i mitt forskningsprosjekt, og transkripsjon var første steg i analysen av materialet.

Som et hovedfokus i det videre analysearbeidet- anbefales en veksling av oppmerksomhet, mellom materialets deler – og helheten: Ved å vie detaljene for stor oppmerksomhet, kan vi miste de store linjene i materialet (Thagaard, 2018). I litteraturen knyttes dette opp mot fortolkningsbegrepet «*hermeneutisk sirkel/ spiral*», som har sin plass innafor den hermeneutiske vitenskapstradisjonen (jf. Thornquist, 2018). I møte med datamaterialet, har vi alltid med oss egen forståelseshorisont. Ved å veksle mellom del og hel, går vi i dialog med denne, slik at nye forståelser stadig kan utvikles (Thagaard, 2018).

Det finnes flere kvalitative analysemetoder å ta utgangspunkt i. En forskjell mellom de er, om analysen gjøres på langs eller på tvers av datamaterialet (Thagaard 2018). Analysestrukturen kan være mer og mindre induktiv (empiristyrte) eller deduktiv (teoristyrte). I systematiseringsfasen av data, har jeg valgt å støtte meg til en metode for tverrgående tema-analyse, som beskrevet hos Thagaard (2018). Jeg presenterer først metoden kort, før jeg gjør rede for eget analysearbeid.

3.6.1 Tverrgående tema-analyse

En tverrgående tema-analytisk tilnærming brukes, når data om samme tema sammenlignes mellom alle intervjudeltakerne (Thagaard, 2018). Data kodes enhetlig og sammenlignes på tvers av deltakerne. Slik kan hvert av temaene utforskes i dybden. I første trinn av systematiseringa, leser forskeren transkripsjonene med et analytisk blikk. Det vil si at jeg begrunner hvordan jeg forstår dataene, og dette noteres ned underveis. *Hva og hvordan* er nyttige spørsmålsformuleringer å benytte på dette trinnet.

Neste trinn er kodingsarbeidet. Koding vil si at tekstutsnitt (ord, fraser, setninger, avsnitt o.l.) i alle intervjuene får et kodeord. Målet er enhetlig koding av materialet, og en videre systematisering i temakategorier. Koding kan gjøres i flere omganger- ved gjentagende analytisk lesing av materialet.

Etter koding, starter kategoriseringsarbeidet. I dette arbeidet samles kodene fra forrige trinn i ulike grupper, under foreløpige overordna temakategorier. Slik samles mønstrene som kom fram gjennom kodingsarbeidet.

I analysens tredje trinn, fokuserer forskeren på justering av koder og kategorier, ved å aktivt - analytisk fortolke utsnitt av teksten: Empiri brynes mot teoretisk refleksjon. I denne fasen leter vi etter svar på *hvorfor*, i møte med materialet (Thagaard, 2018). Målet er å synlig-gjøre og løfte fram underliggende mønstre og eventuelle skjulte betydninger i materialet. I analysprosessen kan forskeren jobbe både induktivt og deduktivt: Analyseresultatene er basert både på mønstre fra empiri- nær koding og den faglige og analytiske forankringa av prosjektet- i lys av relevant teori (Thagaard, 2018).

3.6.2 Egen analyseprosess

Innledningsvis leste jeg alle transkripsjonene flere ganger. Til de første gjennomlesningene henta jeg inspirasjon fra Thornquists presentasjon av Ricoeurs fortolkningsanalyse (2018)⁵ og Lindseth og Nordbergs artikkel (2004) om fenomenologisk- hermeneutiske analyse av livserfaringer. Jeg prøvde å danne meg et overordna inntrykk av tekstene og skisserte tema, ved å lese transkripsjonene åpent og mest mulig for-domsfritt, eller nøytralt, som forfatterne skriver (Lindseth og Nordberg, 2004). Etter hvert leste jeg transkripsjonene mer inngående, for å bli godt kjent med datamaterialet. Fra hver transkriberte intervju, noterte jeg ned spontane tanker og inntrykk underveis. Prosessen er i tråd med Thagaards (2018) første trinn- *analytisk lesning*. Jeg merka fort at et deduktivt- analytisk blikk hadde lett for å koble seg på, noe som er naturlig (jf. Thagaard, 2018). Jeg forsøkte derfor å notere ned hva jeg la merke til, mens jeg leste.

Jeg laga meg en første inndeling, kategorisert som «likt» og «ulikt». Innafor kategoriene prøvde jeg å sortere hovedinntrykkene fra alle transkripsjonene, med utgangspunkt i problemstillinga om likheter og forskjeller i deltakernes erfaringer. Jeg gjorde det, for å hjelpe meg selv litt i gang. Den sorteringa danner grunnlaget for den overordna presentasjonen av intervjudeltakerne, i kapittel 4, Resultater.

⁵ Thornquist bygger sin framstilling på Ricoeurs utgivelser fra 1976; 1978; 1979; 1981

Neste runde med gjennomlesning, anså jeg som første steg i kodingsarbeidet. Jeg markerte tekstutsnitt og koda alle intervjuene. Hvert intervju fikk egen kodefarge. I arbeidet forøkte jeg å stille spørsmål til teksten- i form av *hva sier deltakerne og hvordan sier de det?* (Thagaard, 2018). Jeg syntes det var utfordrende å jobbe med datamaterialet. Jeg erfarte at jeg hadde lett for å hoppe til generelle tematiseringer, forankra i egen forståelse. Det var også utfordrende å markere lite nok tekst samt skrive koder- som både var presise- og samtidig empiri- nære nok. Som en hjelp i dette arbeidet, valgte jeg å skissere noen foreløpige «kategoriknagger», som viste til viktige hovedtemaer innfor problemstillinga (Thagaard, 2018): *Forventninger, pasienterfaringer, faglig relevante erfaringer, brudd med forventninger*. Jeg veksla mellom å flytte grupper av koder mellom kategoriene og å lese transkripsjonene. Jeg la jeg også vekk en del koder, som ved nye gjennomlesninger virka overflødige.

Da jeg hadde koda alt jeg anså som relevant materiale, klippet jeg kodene ut og starta kategoriseringsarbeidet. Jeg begynte med å legge ned alle kodene fra første intervju på bordet og gjorde så tilsvarende, med de tre siste intervjuene. Etter at alle koder var lagt ned, satt jeg igjen med mange foreløpige kodegrupper. Jeg gikk tilbake til transkripsjonene og leste på nytt, før jeg foretok en ny sortering. Prosessen gjentok jeg i flere omganger, noe som er i tråd med analytisk arbeid innfor den hermeneutiske spiral (jf. Thagaard, 2018; Thornquist, 2018).

Til slutt satt jeg igjen med tre overordna temakategorier, som jeg opplevde favna meningsinnholdet fra alle intervjuene: *Psykomotorisk fysioterapi i flere varianter? Roller- hvem er vi for hverandre? og Erfarte terapeutiske potensialer i egenbehandling*.

Under hvert hovedtema har jeg jobba fram to til tre undertemaer, som på ulike vis belyser meningsinnholdet i hovedtemaet. Undertemaene presenterer jeg i kapittel 4. Eksempler fra kodingsarbeidet ligger som vedlegg fire i oppgava.

I tredje analysetrinn er det forskerens fortolkninger av resultatene, som gjelder. Empiri brynes mot teoretisk refleksjon, og målet er å løfte fram eventuelle underliggende mønstre eller skjulte betydninger i materialet (Thagaard, 2018). Resultater fra arbeidet med analysens tredje trinn, presenterer jeg i kapittel 5., Diskusjon av resultater.

3.7 Metodediskusjon

Forskning skal være redelig, etterrettelig og etterprøvable, i litteraturen vist til som ‘troverdige’ (Tjora, 2017; Thagaard, 2018). Troverdige forskning handler om hvordan kvaliteten av forskninga kan vurderes – av forskeren sjøl og siden av andre (Tjora, 2017). Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet er begreper som brukes, når andre skal vurdere forskningsprosjektets framgangsmåte og hvordan resultatene har blitt utvikla (Tjora, 2017). Innholdet i begrepene, og hvordan de kan brukes i vurdering av mitt prosjekts troverdighet, kommer jeg tilbake til i kapittel 3.7.2.

Transparens handler om hvor godt forskeren- i prosjektet- klarer å synliggjøre hvordan forskninga er gjennomført (Tjora, 2017). Aktuelle spørsmål er: Gjør forskeren tydelig rede for valgene som tas underveis? Synliggjør forskeren utfordringer som oppstår og kan påvirke prosessen? Et kvalitativt godt gjennomført studie skal ha gjennomsiktighet, skriver Tjora (2017). Han knytter dette til begrepet refleksivitet. Refleksivitet omhandler forskerens rolle i prosjektet. Tjora (2017) skriver at refleksivitet er «*tolkning av egen tolkning*» (Tjora, 2017 s. 251). Sentrale spørsmål er: Reflekterer forskeren over egen forståelseshorisont og hvordan den påvirker prosjektet? Synliggjør forskeren refleksjoner, i egen prosjektframstilling? I metodekapittelet har jeg forsøkt å gjøre rede for og begrunne valgene jeg har tatt underveis. Videre gjør jeg nærmere rede for hvilke metodiske overveielser jeg har gjort, og diskuterer hvordan valgene kan ha påvirket utvikling av data.

3.7.1 Transparens og refleksivitet

Som forsker har jeg en forståelseshorisont, som påvirker forskningsprosessen. For å bevisstgjøre egen forståelse, er det viktig å gå i dialog med den (Thornquist, 2018). Forståelseshorisonten vår skal ikke neglisjeres, den skal være en aktiv del av prosjektets utforming og framdrift (Thornquist, 2018; Thagaard, 2018). Da jeg starta arbeidet med masteroppgava, skrev jeg ned tanker om på hvilke måter mine erfaringer kan tenkes å påvirke prosjektet. Under arbeidet med prosjektet, henta jeg, med jevne mellomrom, fram notatet.

Bevissthet av betydning er at jeg har en grunnleggende forståelse av kroppen som subjektiv, og at kroppslig samhandling er kilde til kunnskap og læring. Jeg har også selv egne opplevelser fra egenbehandling relativt friskt i minnet. Jeg har forsøkt å ikke framstå for farga av egne erfaringer og tanker, hverken i utforminga av intervjuguiden, under intervjuene samt i

analyseprosessen. For å fremme balanse mellom påvirkningsfaktorer, har jeg aktivt søkt kunnskap innafor andre fagtradisjoner og diskutert med ulike fysioterapikolleger, underveis i prosjektet. Jeg har også forsøkt å være bevisst- og å synliggjøre eventuelle utfordringer, som kan ha påverka utvikling av data.

Å forske på eget fagfelt gjør meg ‘dobbelblindet’ skriver Thornquist (2018). På den ene sida har jeg stor tilgang til kunnskap og forståelse av feltet som undersøkes. På den andre kan jeg nettopp derfor ta deler av forståelsen for gitt. Jeg har derfor forsøkt å gå i dialog med egen forståelse, samtidig som jeg aktivt har søkt distanse. Jeg har bl.a. søkt kunnskap innafor andre fag, for eksempel innafor samfunnsvitenskapen. Jeg har diskutert utfordringer underveis, med veileder, i masterseminarer og med deltakerne i prosjektet.

Som gjort rede for, blei det tydelig at særlig utforminga av temaene til intervjuguiden var prega av kunnskapsgrunnlaget i faget. Jeg ser ikke på det som ensidig negativt, all den tid fenomenet og rammene for prosjektet er sterkt forankra i eget fag. Jeg blei dessuten oppmerksom på det- i veiledning og underveis i arbeidet. At det likevel har påverka hvilke data jeg fikk, er rimelig å anta.

Jeg valgte en relativt fast struktur i intervjuguiden, i form av flere oppfølgingsspørsmål. Det var viktig for meg som forsker å finne støtte i strukturen- for å klare å holde fokus underveis i intervjuene. Valget er et resultat av bevissthet knytt til egen forståelseshorisont.

Strukturvalget vil ha innvirkning på prosjektets retning, og hvilke data som trådte frem.

Overordna blei de digitale intervjumøtene en positiv erfaring. Jeg opplevde at alle deltakerne var trygge i settingen, og en følelse av distanse jeg frykta skulle dominere, oppsto ikke. Deltakerne i prosjektet deler også faglig ståsted med meg. Samla bidro nok dette til at jeg fant ro, og klarte å være mer fokusert underveis. I intervjuene opplevde jeg at jeg enkelte ganger gikk videre, der jeg kanskje burde bedt deltakerne om å utdype. Det kan henge sammen med en ubevisst antagelse om at delt faglig ståsted gir samme fortolkning av dialogen for oss begge. Grunna teknisk plunder, måtte ett intervju gjennomføres på nytt. Det nye intervjuet blei både kortere og mindre utdypende. Jeg forsøkte å være bevisst på å ikke la første intervju få for stort spillerom i arbeidet med dette materialet, og jeg syntes det var både utfordrende og krevende å holde styr på. Det er rimelig å anta at disse erfaringene samla, i noen grad har påverka både hvilke data jeg fikk- samt arbeidet med fortolkninga av datamaterialet.

Praksis vil alltid omfatte mer enn hva deltakere i en praksissituasjon er i stand til å gi verbalt uttrykk for. Ved enhver form for konkret handling, vil det alltid være ureflekterte og tause dimensjoner (Molander, 1996; Grimen, 2008; Polanyi, 2000). Som forsker må jeg derfor være forsiktig med å sammenligne praksis og utsagn om praksis. Vi kan aldri trekke entydige slutninger om praksis, på basis av utsagn om praksis alene (Polanyi, 2000). I arbeidet med denne intervjustudien, har det underveis vært viktig å minne meg selv på dette, særlig i arbeidet med analysens tredje trinn- fortolkning av datamaterialet. Jeg opplevde at det kan være lett å glemme, når et intensivt, analytisk fortolkningsarbeid pågår.

Det knytter det seg utfordringer til forskning innafor eget fagfelt. En utfordring er lojalitet til faget og deltakerne i prosjektet (Thornquist, 2018). Forskning er både å synliggjøre og analysere fagfeltet- for å utvikle ny kunnskap (Thornquist, 2018). I dette ligger det å belyse både gode og mindre gode sider ved praksis. I mitt prosjekt har jeg vært interessert i å belyse variasjoner og nyanser i erfaringer med egenbehandling. I møte med deltakerne har jeg forsøkt å tydeliggjøre at prosjektet ikke har bakgrunn i fagpolitisk interesse. Jeg la bl.a. ned arbeid i prosjektbeskrivelsen til NSD, og gjorde grundig arbeid med intervjuguiden- for å spisse fokus. Jeg har videre hatt regelmessig dialog med veileder, særlig i arbeidet med analysens tredje trinn.

En mulig negativ konsekvens ved bruk av temaanalyse er, at vi tar ut deler av opprinnelig data fra sammenhengen den blei presentert i (Thagaard, 2018). Slik sett risikerer vi at den enkelte deltakers forståelse av situasjonen som helhet får mindre plass. Temaene i analysen er definert av meg som forsker, innafor eget fagfelt. Jeg opplevde det utfordrende å utvikle data induktivt- å ivareta deltakernes stemmer i utforming av temakategoriene. Jeg blei bevisst at jeg lett bevega meg over til et deduktivt perspektiv i fortolkningsarbeidet, og lot meg tidvis stresse av det. For å prøve å motvirke denne tendensen, leste jeg regelmessig gjennom transkripsjonene. Jeg har også forsøkt å på beste vis synliggjøre deltakernes plass og stemme, ved å bruke direkte sitater fra transkripsjonene- i presentasjon av resultater. Thornquist viser til at som forskere innafor eget fag er vi 'dobbelblindet' (Thornquist, 2018). Oppsummert er det rimelig å anta at mine opplevelser i arbeidet med temaanalysen har påvirket utforminga av data, siden det er utfordrende å til enhver tid ha bevisst kontroll på egen for-forståelse, og faglig forankring.

3.7.2 Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet

Forskningas pålitelighet (i litteratur også kalt reliabilitet) viser til prosjektets interne sammenheng (Tjora, 2017). Pålitelighet søkes ivaretatt gjennom tydelig presentasjon av – og refleksjoner rundt valgte forskningssteg- samt justeringer underveis i prosjektet. I sum skal redegjøringen vise- *hvordan* valgene kan påvirke dataen som utvikles. Tjora (2017) knytter forskerens forståelsehorisont til krav om pålitelighet, som gjort rede for i delkapittel 3.7.1.

Rekrutteringsprosessen kan ha betydning for prosjektets pålitelighet (Tjora, 2017). Prosjektets rekrutteringsprosess har jeg gjort rede for i metodekapittelet. NPMF er et relativt lite fagmiljø der mange kjenner hverandre, og har en eller annen form for relasjon. Jeg kjenner selv flere i miljøet. Jeg opplevde at jeg i starten av rekrutteringsprosessen ubevisst ønska å ‘styre unna’ bekjente, fordi det blei for nært og personlig. En konsekvens av dette kan være, at jeg har gått glipp av verdifull informasjon til prosjektet.

Jeg opplevde også at det blei en utfordring å få nok deltakere til prosjektet, og valgte derfor «snøballmetode» i siste del av rekrutteringa. Jeg kontakta deltakere som allerede hadde takka ja- om tips til aktuelle kandidater å spørre. Valget førte bl.a. til at jeg fikk en hovedvekt av deltakere, som hadde bytta terapeut underveis i egenbehandlinga. Samla er det sannsynlig at dette har påverka prosjektets pålitelighet: En skjevvekting i forhold til satte inklusjonskriteria kan for eksempel ha påverka i hvilken grad jeg kan belyse ulikheter og nyanser, med utgangspunkt i problemstillinga. Jeg har likevel valgt å beholde problemstillinga, som opprinnelig formulert.

Gyldighet (i litteraturen også kalt validitet) dreier seg om resultatene og fortolkninga av de. Er det logisk sammenheng mellom funnene i prosjektet og det jeg søker å finne svar på? (Tjora, 2017). Å gjøre rede for valgte teoretiske perspektiver kan fremme prosjektets gyldighet. Det samme kan å synliggjøre refleksivitet, eget ståsted og for-forståelse, som gjort rede for i kapittel 3.7.1. Å synliggjøre studiens forankring innafor relevante fagteoretiske rammer, og i lys av annen forskning, kan styrke gyldigheta (Tjora, 2017). Forankring av prosjektet har jeg gjort rede for, både i kapittel 2 og i kapittel 3.

Å reflektere rundt metodevalg inviterer andre til å ta stilling til forskningas relevans og presisjon, skriver Tjora (2017). Jeg valgte forskningsintervju som metode i mitt prosjekt. Forskning på klinisk praksis kan kanskje løses bedre- gjennom observasjon, eller observasjon og intervju sammen. Konsekvensen av å velge intervju, er at jeg får deltakernes fortolkninger

av erfaringene- i et retrospektivt perspektiv. Intervju har sine begrensinger, siden all praksis har tause kunnskapsdimensjoner som ikke så lett lar seg artikulere verbalt (Polanyi, 2000). Jeg har forsøkt å synliggjøre og problematisere dette, både i kapittel 2, 3, 4 og 5.

Generaliserbarhet (i litteraturen også kalt overførbarhet) er knytt til om studien har relevans utover det som er undersøkt (Tjora, 2017). Har funnene overføringsverdi til andre situasjoner? I mitt prosjekt er deltakerne strategisk valgt ut, de har visse egenskaper av interesse for å belyse problemstillinga. Litteraturen viser til at et slikt utvalg ikke er et generaliserbart utvalg for en større populasjon (Tjora, 2017; Thagaard 2018).

Flyvebjerg (2006) viser til kasus-studiers verdi, og hvordan kontekstavhengige erfaringer er sentrale for vår læringsprosess. Læring i spesifikke situasjoner henger tett sammen med virkeligheta og hvordan vi lærer- som mennesker. Med utgangspunkt i et slikt fenomenologiske perspektivet på læring, har kunnskapen som trer fram i mitt prosjekt relevans- for både praksis og utdanningsfeltet.

3.8 Forskningsetiske refleksjoner

Forskningsetiske overveielser skal ivaretas gjennom hele forskningsprosjektet, fra planleggingsfasen til presentasjon av resultatene (Malterud, 2017; Thagaard, 2018).

Helsinkideklarasjonen omfatter etiske prinsipper for forskning på pasienter (WMA, 1964). I min studie er deltakerne med i kraft av å være pasienter, og jeg har etter beste evne forsøkt å etterleve etisk forsvarlig forskning, som regulert i deklarasjonen.

I dette kapittelet reflekterer jeg rundt forskningsetiske overveielser for prosjektet, med utgangspunkt i følgende oppdeling: *Personverd, personvern, sannhet og etterrettelighet*.

Personverd

I prosjektet har jeg valgt et studiedesign, der deltakerne gjennom forskningsintervjuer kommer til ordet som subjekter. Datamaterialet som analyseres er tekster- disse bærer med seg deltakernes erfaringer og tanker. For å fremme deltakernes person-verd og autonomi, var det viktig at de var godt nok informert om prosjektet, til at de kunne vurdere om de ville være med (Malterud, 2017). Jeg utforma derfor et informasjonsskriv og skjema for informert samtykke, etter mal hos NSD. Skrivene blei lagt ut i Facebook-gruppa. Alle fire deltakerne leste informasjonsskrivet.

I informasjonen kommer det fram at deltakerne kan trekke seg fra studien om de ønsker, og uten å oppgi grunn. Deltakerne ga også muntlig samtykke til fortsatt deltakelse, etter at lydbåndet var satt i gang. Forskningsprosjektet behandler personopplysninger, godkjenning av prosjektet ble derfor søkt om til NSD. Prosjektplan og informasjonsskriv ble godkjent av NSD 13.01.21. Informasjonsskriv og informert samtykke ligger som vedlegg en i oppgava. Anbefaling av prosjektet fra NSD, ligger som vedlegg tre i oppgava.

Personvern

Personvernet blei i varetatt gjennom lydopptak og lagring av intervjuene direkte i kryptert serverområde gjennom TSD. I alle intervjuene kom det frem informasjon som kunne bidra til gjenkjenning av både terapeuter, klinikker, utdanningsinstitusjoner, lærere og anna fagpersonell. Jeg var derfor nøye i anonymiseringsarbeidet (Kvale og Brinkmann, 2015).

Jeg endra alt av personopplysninger (navn, arbeidssted m.m.) og anna relevant informasjon (navn på lærere og utdanningsinstitusjoner), som kunne gitt grunnlag for persongjenkjenning. Samtidig forsøkte jeg å sørge for at tekst-grunnlaget for videre analyser blei bevart.

Temaanalyse har en fordel når det gjelder deltakeres personvern, skriver Thagaard (2018). Deltakerens beskrivelser av egen situasjon presenteres fragmentert, og ikke i sin helhet. Jeg har også forsøkt å ivareta anonymitet og integritet, ved å bruke god tid på en balansert utvelgelse av sitater- til resultatkapittelet.

Opptak og transkripsjoner skal til enhver tid oppbevares trygt, skriver Kvale og Brinkmann (2015). Transkripsjonene oppbevarte jeg i egen mappe på min master PC. Denne var innelåst hjemme. I arbeidet med analysen, oppbevarte jeg utskrifter av transkripsjonene i et låst skap hjemme. Lydopptakene slettes når sensurprosessen er avslutta, og senest 31.12.21.

Sannhet og etterrettelighet

Prosjektets sannhet og etterrettelighet er forsøkt ivaretatt gjennom utfyllende og detaljerte beskrivelser av framgangsmåter for prosjektet. Dette har jeg gjort nærmere rede for i kapittel 3, Metode.

4 RESULTATER

I dette kapitlet presenterer jeg resultatene som kom fram i første trinn av analysearbeidet. I tråd med Thagaards (2018) metode for temaanalyse, har jeg sammenligna data fra alle intervjudeltakerne. Som gjort rede for i kapittel 3.6, presenteres utvalgte hovedtemaer først- i en kort analytisk tekstform. Hovedkategorienes undertemaer presenteres så, i en mer empirinær form- illustrert gjennom lett modifiserte sitater fra de ulike intervjuene. I resultatframstillinga har intervjudeltakerne fått fiktive navn. Begrepet «deltaker» nyttes også. Begrepet «terapeut» benyttes om psykomotorisk egenbehandler. Psykomotorisk behandling omtales som «egenbehandling». En presentasjon av intervjudeltakerne kommer først, som en introduksjon til hoveddelen av resultatkapittelet.

4.1 Presentasjon av intervjudeltakerne

«Monica», «Irene», «Evelyn» og «Aurora» er alle psykomotoriske fysioterapeuter- i ung voksen alder. De bor og jobber i hver sin del av landet, og har mellom 1,5 – 5 års klinisk erfaring, som psykomotoriske fysioterapeuter. Evelyn jobber per dags dato ikke klinisk, men jobber innafør en sektor, som også omfatter arbeid med mennesker.

Alle de fire deltakerne gikk i egenbehandling parallelt med studieforløpet. Evelyn, Monica og Irene bytta terapeut underveis, både en, to og tre ganger. Felles for alle fire deltakerne var at de opplevde det som utfordrende å finne egenbehandler. Alle gikk til terapeuter, med tidligere erfaring med egenbehandling. Irene, Evelyn og Aurora har i tillegg gått til enkeltstående psykomotoriske behandlinger, hos noen anerkjente, eldre psykomotorikere.

Irene, Evelyn og Monica hadde mer enn 20 timer egenbehandling til sammen. Alle fire hadde opphold av varierende lengde, underveis i behandlingsforløpet. Irene går i egenbehandling per dags dato. Aurora og Monica forteller at de syntes 20 timer egenbehandling var mye, og at det var kostbart.

Alle deltakerne uttrykker at de anser egenbehandling som et viktig bidrag innafør kompetansebygginga for psykomotoriske fysioterapeuter, dette til tross for at de både beskriver gode og mindre gode opplevelser. På ulike vis, har de gjort seg verdifulle erfaringer i egenbehandling, både på et personlig og faglig plan. Videre presenteres intervjudeltakernes opplevelser fra egenbehandling, belyst gjennom ulike hoved- og undertemaer.

4.2 Psykomotorisk fysioterapi i flere varianter?

Alle fire intervjudeltakere hadde forventninger til egenbehandling. I intervjuene forteller de om forventninger som de anser blei innfridd, men også om det de ser på som brudd med egne forventninger. Erfaringer med å være pasient og hvordan det blei viktig, trekkes fram. Et annet tema som synliggjøres er deltakernes beskrivelser av PMF- behandling. Behandlingene de får har endel likhetstrekk, men framstår også forskjelligartet. Under dette hovedtemaet følger beskrivelser av erfaringene, belyst gjennom to undertemaer: *Å være pasient og sårbar og variasjoner i behandling og samtalens plass.*

4.2.1 Å være pasient og sårbar

Alle fire deltakerne forventa at egenbehandling skulle gi dem «*nødvendig*» erfaring i å kjenne fagets potensiale på egen kropp. I forlengelsen av dette trekker de fram ulike erfaringer med pasientrollen. Å være pasient opplevdes sårbart på ulike måter- og det blei en viktig erfaring for de.

Evelyn opplevde at å få kontakt med kroppen i behandlinga blei viktig:

*«(..) aha- opplevelse med utgangspunkt å ikke kjenne noe.. så kan man få kontakt, i alle fall **fikk jeg det**, gjennom berøring og bevegelse».*

I egenbehandlinga blei hun var andre og sårbare sider ved seg selv – sider hun ikke hadde forholdt seg til i samme grad tidligere. I etterkant av egenbehandlinga tar hun seg i større grad tid til å kjenne etter:

«(...) ble jeg mer klar over andre sider ved meg selv.. (...) ha med meg det blikket overalt hvor jeg er, så blir jeg jo så mer obs på det. Ting som sitter i kroppen, fordi jeg ikke reflekterer over det, men heller prøver å holde det unna, det har jeg blitt mye mer bevisst på.»

«Å skifte ståsted» - være pasient- var for Evelyn utfordrende men viktig å erfare. Hun trekker fram en situasjon hun husker godt. I situasjonen måtte hun som pasient ta valg- bl.a. hvordan hun skulle forholde seg til egne kroppslige opplevelser- alene og i dialog med terapeuten:

«(...) Fordi du kommer jo med dine ting..det kan være..vanskelig. (...) Å kunne sette ord på det, eller hvordan man velger å sette ord på det, eller ikke». (...).

For Evelyn blei dette viktig lærdom å ha med seg, i møte med egne pasienter: *«Jeg tenkte at oi, det her er viktig å vite om, når den tida kommer at jeg skal være terapeut (...).».*

Aurora syntes at det var en viktig og interessant opplevelse å være pasient. Hun trekker fram hvordan det å kle av seg og bli vurdert opplevdes:

«Det syntes jeg var en viktig erfaring. For det er noe med å.. blottlegge seg sjøl. På mange måter (...) kle av seg..(...) med alt det innebærer, ved å gå i egenbehandling.».

Aurora hadde ellers få kroppslige opplevelser, der hun kjente på å være sårbar: *«(...) fikk kjenne på å slippe korsryggen i en time (...) det var den ene kroppslige opplevelsen jeg HADDE».*

Irene syntes det var krevende å være pasient, og hadde flere opplevelser av hvor sårbart det er:

«Jeg syntes det var litt vanskelig det der å være pasient, jeg. Men sånn sett fikk jeg jo og en aha- opplevelse på hvor sårbart det er (...).».

Selv om det var krevende, trekker Irene fram sterke opplevelser, som har vært avgjørende for henne å erfare- og som har fått stor betydning i hennes egne terapeutiske arbeid. Å forstå fagets potensial og egne pasienters opplevelser bedre- trekkes fram:

(...) Jeg sa dette er jo helt magisk! Reiste meg opp på benken.. (...) det er jo også noe pasienter sier til meg i etterkant. Dette er så rart, det er så magisk.. (...) Og da forstår jeg hva de mener. Fordi jeg kan huske at jeg har opplevd det.»

Monica forteller at det er alfa og omega at terapeuter lærer om seg selv i egenbehandling. Hun erfarte selv hvordan sterke følelser manifesterer seg kroppslig. I behandlinga blei terapeut tre sin tilstedeværelse og væremåte avgjørende for opplevelsene:

«(...) jeg fikk erfare hvordan det arter seg kroppslig. (...) Det som var godt var jo at det blei tatt imot på en så god måte og hen ufarliggjorde mot normalitet og jeg ble møtt med omsorg».

Egne kroppslige erfaringer og opplevelsen av et trygt samarbeid, har Monica tatt med seg inn i egen praksis. Hun forstår egne pasienter bedre, og har en ny trygghet som terapeut:

«Er så godt å kjenne hva det er snakk om. (...) Det er da jeg blir kjent med folk, og det er da vi opplever noe sammen som er verdifullt å bruke videre. Egenbehandlingen har gitt meg mye trygghet som terapeut.»

De fire deltakerne har i ulik grad erfart hvor sårbart det er å være pasient, og de bruker erfaringene sine - i møte med egne pasienter. For noen har pasienterfaringene hatt en nesten skjellsettende betydning. Hos andre kan det synes som at rollen som pasient fikk for lite plass, og at kroppslige erfaringer i større grad kunne blitt tematisert underveis i behandlingen. Terapeutens væremåte og tilstedeværelse trekkes fram som viktig- for å føle seg trygg og ivaretatt som pasient. Pasientrollen i egenbehandling er naturlig å diskutere videre i kapittel 5.

4.2.2 Egenbehandlingsoppleggene og samtalens plass

Deltakerne beskriver fellestrekk, men også variasjoner- i erfaringene sine med egenbehandling. Ett tema som trer fram i intervjuene er variasjoner i hvordan behandlingstimene arter seg, og hvilken plass samtalen får. Ett annet tema som synliggjøres er deltakernes beskrivelser av hvordan kroppslige oppdagelser og reaksjoner hos den enkelte deltaker varierer - i møte med ulike terapeuter. Alle deltakerne har tatt med seg viktig lærdom fra disse erfaringene- inn i egen klinisk praksis.

Irene gikk til flere ulike terapeuter. Hun forteller at terapeutene opplevdes forskjellig- bl.a. trekker hun frem behandlernes grep. Hun registrerte kroppslig at grepene var ulike, men at de alle ga kroppslig mening. I forlengelsen av dette blei det tydelig for henne, at små variasjoner over det samme kan være et gode- og er viktige erfaringer å ha med seg i utforming av egen terapeutrolle:

«(...) noen hadde veldig faste grep, noen litt harde grep, andre så myke og forsiktige.. (...) jeg kunne ikke si at den ene var bedre enn den andre (...)..og da slo det meg.. Vi må på en måte finne (...) din egen måte å være terapeut på».

Irene opplevde forskjelligartede tiltak hos de ulike terapeutene, men forteller at alt ga kroppslig mening for henne:

«..folk gjør ting forskjellig, men samtidig..alle gjorde jo psykomotorisk, da. Vi gjorde kroppslige ting, som for meg var meningsfulle».

I forlengelsen av dette, trekker Irene fram at utforskning av bevegelser- i form av kraft, tempo og flyt- var nyttig, men at det varierte- hvor mye terapeutene vektla dette.

Aurora opplevde at behandlingstimene bar preg av å ha samme innhold og «et slags mønster» hver gang. Det var mye benkebehandling, og hun hadde en formening om at intensjonen var å slappe av:

«(...) alltid en sånn .. en sjekk. Av hvordan er det i kroppen (...). Og så var forankring. Der jeg skulle rulle på pinne eller stå på pinnsvin. Og så stort sett.. var mye liggende på benken. Jeg har en tanke om at jeg skulle slippe meg ned i underlaget og at jeg skulle slappe av, da».

Aurora forteller at timenes faste oppbygging bidro til redusert læringsutbytte, og her gjennombrudd på egne forventninger til egenbehandling:

«Følte vel litt at vinninga gikk opp i spinninga. Hadde forventninger om at..jeg skulle lære litt mer om meg sjøl, rett og slett..».

Aurora hadde ved ett tilfelle en behandlingstime hos en annen erfaren terapeut. Hun opplevde behandlinga som en kontrast til de kroppslige erfaringer hun kjente på- i egenbehandlinga:

*«SÅ tok jeg 1 time hos **, og det var VELDIG spennende, fordi jeg opplevde at jeg fikk mye mer ut av den ene timen enn jeg hadde fått på mine 10 timer. Hadde en sånn følelse av at OI!..noe som er annerledes. Følte jeg var veldig revitalisert.»*

Evelyn opplevde at de gjorde «ymse» i timene. Hos terapeut to, fikk hun mer tid på benken- det var en god og meningsfull opplevelse for henne. Hun opplevde at de to terapeutene hun gikk til i ulik grad involverte henne i behandlinga. Hun viser i dette både til valg av tiltak, instruksjon -og samtale om hva kroppslige erfaringer. Evelyn beskriver situasjoner der hun blei usikker på om hun skulle si ifra om dette:

(...)». .. en ting som jeg savna var litt mer..litt mer spørsmål underveis.. okei, det her skjedde nå, og det kan være viktig for deg å vite».

Underveis opplevde Evelyn at terapeut to gikk «tom for ideer» til videre behandling. Terapeuten uttrykte seg om dette i form av spørsmål som ‘ja, hva skal vi gjøre i dag?’ Evelyn forteller at i forlengelsen av dette, opplevdes behandlingen hos terapeut to å mangle en klar intensjon:

«(...) at det kanskje var et litt sånn ikke helt nødvendigvis god plan på det vi gjorde (...) Ja, at det var litt sånn hit og dit (...) at det ikke nødvendigvis (..) hang helt sammen, da.»

Da terapeuten valgte å avslutte blei Evelyn skuffa, fordi hun følte at det var «mer» å jobbe med.

Monica hadde mange behandlingstimer fordelt på terapeut en og to, der nesten alle timene var i form av samtale. Monica forteller at de to terapeutene skolerte seg- bl.a. innafør traumefeltet. Hun forteller om dette:

«Hos den første hadde jeg 5-6 timer.. Og de timene var bare..anamnese, mener jeg. Jeg trur hen gjorde 2 intervensjoner. Det var en dag jeg fikk benkebehandling, der hen jobba med beina mine»

Monica bytta terapeut, men også hos terapeut to var det mest samtale. Monica minnes at terapeut to tematiserte samtale:

«hen sa at hen mente det var viktig å etablere en god relasjon. Derfor skulle hen ikke ta på meg, før hen var sikker på at relasjonen var god.»

Monica forteller hvordan samtalene gjorde at hun blei forvirra av hva PMF er. Hun begynte å fundere på hvilke «skumle reaksjoner» som kan skjule seg i kroppen, siden terapeutene ikke «turte å gjøre» noe kroppslig i det hele tatt.

Da Monica bytta til terapeut tre, fikk hun en helt ny opplevelse av faget. Hun kjente igjen strukturen fra prøvebehandlenga, og kroppslig samhandling var gjennomgående. Samtalen var i vesentlig grad knytta til Monicas kroppslige opplevelser. Hun forteller:

«Jeg tror rett og slett at veldig mange av timene var prøvebehandling, jeg (...) I hvert fall de første 5-6. Hen gjorde BARE pmf...vi snakka sammen også da, om hva vi hadde gjort. Men det var en klassisk psykomotorisk time. (...) å ta de reaksjonene som oppstår, og jobbe seg gjennom de.»

Aurora syntes det blei mye samtalefokus, særlig i starten av timene- men også underveis. De prata om henne, men også faglige utvekslinger fikk plass. Hun blei utålmodig av dette, for hun ønska å holde fokus på det kroppslige samarbeidet:

«Så syntes jeg at i starten av hver time, så blei det mye prat. .. blei litt sånn faglige tanker, da. jeg husker at jeg tenkte mange ganger at nå er det litt mye prat! Nå må vi komme i gang. Jobbe med utgangspunkt i KROPP».

Aurora opplevde også at samtale knytt til kroppslige erfaringer, hadde en tendens til å dreie mot generelle faglige diskusjoner- mer enn mot hennes kroppslige opplevelser- der og da. Aurora forsøkte å tematisere samtale i dialog med terapeuten, men hun opplevde likevel at timene fortsatte å bære preg av samme oppbygning og mønster.

Det kan synes som at deltakerne har opplevd sprik i hvordan PMF utøves i klinisk praksis. Noen av deltakerne erfarte forskjelligarta tiltak hos forskjellige terapeuter- med varierte kroppslige opplevelser som resultat. En av deltakerne fikk flere timer med samtale hos to av terapeutene, og flere av deltakerne synes at samtalen generelt fikk for stor plass i behandlinga. I hvor stor grad deltakerne opplevde å ta aktiv del i samhandlinga varierte også. Sprik i PMF og samtalens plass i behandling, synes naturlig å diskutere videre i kapittel 5.

4.3 Roller- hvem er vi for hverandre?

Alle fire deltakerne trekker fram erfaringer knytt til usikkerhet om rollefordeling og rolleavklaring, som viktige aspekter fra egenbehandlinga. Et anna tema som trer fram i lys av dette, er hvordan deltakerne opplevde å være del av ulike samhandlingssituasjoner, og hvordan dette blei viktig læring for de. Hovedtemaet belyses gjennom følgende undertemaer *kollegafellen, trygg og tillitsfull- slipp meg inn i behandlinga og faglige ressurspersoner og godt rykte:*

4.3.1 Kollegafellen

Evelyn tror at en medvirkende årsak til at terapeut en avslutta behandling, var fordi hen ikke klarte å se forbi kollegarelasjonen:

«(...) på den første kan det hende at det var det som gjorde at det blei vanskelig for h som terapeut (...) at hen ikke klarte komme forbi den terapeut- terapeut.»*

Evelyn opplevde også usikkerhet knytt til roller, i møte med terapeut to. Hun ba selv terapeuten behandle henne som pasient, men blei likevel underveis usikker på rollefordelinga. Hos terapeut to blei behandlingen avslutta, selv om Evelyn ikke følte seg «ferdig». Hun tror at en medvirkende grunn kan være at terapeut to er vant til å jobbe med «folk som er mye sjukere», og derfor er innstilt på det.

Aurora opplevde at terapeuten mer så på henne som en kollega, enn pasient, og det påvirka innholdet i- og opplevelsen av behandlingstimene. Ved ett tilfelle tematiserte terapeuten roller:

«Hvor hen satte ord på ja, det er lett å gå i den kollegafella (...).»

Aurora opplevde likevel at en uavklart fellesforståelse om hvem vi er for hverandre i behandling, blei liggende som «noe usagt» mellom dem. I forlengelsen av dette, ønska Aurora å bytte terapeut- men det lot seg på det tidspunktet praktisk ikke gjøre.

Det kan synes som at uklarheter rundt rolleavklaring- hvem vi er for hverandre- er noe enkelte deltakere strevde med i egenbehandling. Er jeg pasient, er jeg kollega, er jeg student? - er spørsmål de belyser i intervjuet. Uavklarte roller gjorde at deltakerne opplevde usikkerhet i samhandling. Erfaringene rundt rolleavklaring, kan se ut til å ha fått konsekvenser for behandlingsforløpet: Hvordan deltakerne opplevde behandlingsforløpet, og på hvilken måte terapeutene la opp behandlinga- tematiseres i intervjuene. Rollefordeling i egenbehandling er naturlig å diskutere videre, i kapittel 5.

4.3.2 Trygg og tillitsfull- slipp meg inn i handlinga

Alle deltakerne var opptatt av trygghet og tillit som viktige aspekter i egenbehandling. Ett tema som gjorde seg synlig i materialet er hvordan terapeutens væremåte -og evne til å invitere deltakerne inn i samhandling- ga trygghet og rom for kroppslige oppdagelser. I intervjuene kommer det fram ulike erfaringer med dette, i deltakernes egenbehandling.

Irene tror at å føle seg trygg på terapeuten er avgjørende, for å tørre slippe spenninger. Hun forteller at hun opplevde varierende grad av trygghet hos de ulike terapeutene:

«Jeg vil nok si at å føle seg trygg på terapeuten er nesten alfa og omega for å tørre å slippe. (...) Jaa.. ikke med alle, men noen.»

For Irene er en god terapeut en som har «gode grep og et godt blikk»: I dette legger hun at grepene gir henne kroppslig mening og at terapeuten fanger dette opp- gjennom blikk og samtale om kroppslige opplevelser. Irene hadde flere kroppslige erfaringer, som var meningsfulle for henne. Hun beskriver egenbehandlingen og møte med terapeutene «som en dynamo på kroppen».

I motsetning til Irene, opplevde Aurora at terapeuten mer så på henne som en kollega, og at handlinga bar preg av å følge et mønster. Hun syntes det var utfordrende å tematisere dette, og blei usikker. Aurora forteller at hun hadde en formening om at hun skulle slappe av på benken, men at hun hadde behov for å erfare noe anna. De få gangene usikkerhet blei tematisert, førte det likevel ikke til endringer i behandlingsopplegget. Aurora opplevde at dette gikk ut over samhandlinga:

«Følte vel litt at vinninga gikk opp i spinninga (...) hadde forventninger om at jeg skulle lære litt mer om meg sjøl, rett og slett.»

Etter hvert ønska Aurora å bytte terapeut, noe som ikke lot seg gjøre. Som en konsekvens beskriver hun de siste timene i egenbehandling som «bare noe hun måtte bli ferdig med».

Monica opplevde terapeut tre som solid, «urokkelig» og «stø på hånda». Hun opplevde også at de hadde god kjemi. Terapeut tre sin trygge væremåte og hvordan hen tok imot Monicas kroppslige reaksjoner, blei veldig viktig:

«Det som var godt var at det blei tatt imot på en så god måte (...) hvordan hen med største selvfølgelighet, omsorg og trygghet, tok imot reaksjonene jeg hadde.»

Monica opplevde at terapeuten støtta henne gjennom de kroppslige reaksjonene, og at hen normaliserte de kroppslige opplevelsene. Erfaringene blei stående som en kontrast til hvordan Monica opplevde at møtet med de to første terapeutene skapte en usikkerhet i henne- om hvilke «mystiske reaksjoner» som skjuler seg i kroppen.

Evelyn erfarte hvor viktig det er å invitere pasienten inn i handling og samtale om handling, fordi pasienter lett kan føle seg usikker- noe hun også kjente på:

(...)hen hadde jo forslag til hva vi kunne gjøre (...) noen ganger spurte hen hvordan det kjentes, andre ganger sa jeg det bare, fordi jeg tenkte at det her kan være viktig for h å vite.»*

I forlengelsen av dette forteller Evelyn om en episode, der noen ubehagelige tverrfriksjoner gjorde at hun ble irritert- og følte behov for å si ifra. Hun blei usikker på om hun skulle gjøre det- kanskje var det meningen at det skulle gjøre vondt?

Evelyn opplevde også at terapeut to gikk «tom for ting å gjøre», selv om Evelyn selv følte at det var mer å jobbe med. Et samtaleinitiativ fra Evelyn om dette, førte likevel til at de avslutta behandlinga. Evelyn tror kanskje at terapeuten er vant til å behandle pasienter som er sykere, og at dette er en grunn til at hen gikk tom for ideer: Terapeuten er «der i sitt eget repertoar». Evelyn forteller at hun tror de hadde kommet «lenger», hvis terapeuten hadde større erfaring med å behandle friskere pasienter.

Det kan synes som at det varierer, hvor trygge og ivarettede deltakerne har følt seg i egenbehandling. Deltakerne vektlegger ulike aspekter som både har fremma og minska denne opplevelsen. Å inviteres inn i samhandling og dialog om det som foregår, ser ut til å være noe som er avgjørende for trygghet og tillit. Å ha dialog om og klarhet i roller trekkes igjen fram som essensielt. Terapeutens væremåte og evne til å ta imot reaksjoner, kan synes å ha betydning for trygghet og tillit i behandling.

4.3.3 faglige ressurspersoner og godt rykte

Tre av deltakerne gikk, parallelt med egenbehandlingen, til enkeltstående behandlinger hos noen eldre og erfarne terapeuter i faget. I intervjuene synliggjøres ulike motivasjoner for å oppsøke disse. For en av deltakerne blei et slikt møte skjellsettende.

Evelyn forteller at «*det var ryktet*» og anbefalinger fra andre, som gjorde at hun oppsøkte en erfaren terapeut. I møtene opplevde Evelyn selv at hun var student som «*skulle lære faget*». Irene forteller om en «*lengre tids nysgjerrighet og fascinasjon for faget*», som gjorde at hun oppsøkte det hun anså som faglige ressurspersoner. Hun ønska å kjenne terapeutenes grep på egen kropp, og valgte å oppsøke flere av dem.

Aurora hadde en enkeltstående behandlingstime hos en erfaren PMF'er og beskriver følgende:

(...) var VELDIG spennende (...) opplevde at jeg fikk mye mer ut av timen, enn jeg hadde fått på mine 10 timer (...) følte jeg var veldig sånn revitalisert».

Behandlingstimen blei stående som en kontrast til erfaringene i Auroras vanlige egenbehandling. Aurora tematiserte opplevelsen i samtale med egen terapeut, men opplevde at diskusjonen mest foregikk på et overordna og kollegialt nivå. Aurora forsøkte seg også på et initiativ til kroppslig samhandling med utgangspunkt i de nye erfaringer, men hun opplevde at egenbehandlinga stort sett fortsatte som før- «*i samme spor*».

Det kan synes som at det finnes utvalgte PMF'ere innafor faget, som enkelte terapeuter i egenbehandling ønsker å gå til. Felles for disse terapeutene er lang erfaring og faglig tyngde. I disse møtene beskriver deltakerne seg som nysgjerrige studenter, med et ønske om å lære PMF. En av deltakerne får nye og meningsfulle kroppslig erfaringer, som står i kontrast til erfaringer fra egenbehandlinga. Møtet får skjellsettende betydning, men blir ikke fulgt opp i egenbehandlinga. Disse møtene er naturlig å diskutere videre i kapittel 5.

4.4 Erfarte potensialer i egenbehandling

Alle fire deltakerne trekker fram ulike erfaringer fra egenbehandling, som i særlig grad har påvirket egen terapeutrolle og klinisk praksis. Et tema som kommer fram, er hvilke erfaringer- og hvordan disse har påvirket terapeutenes utvikling av trygghet og ny overvåket- i møte med egne pasienter. I forlengelsen av dette, synliggjøres et annet sentralt tema; hvordan erfaringer fra egenbehandling har vært med å forme strukturen i egen klinisk praksis. Dette hovedtemaet belyses gjennom følgende undertemaer: *Den «nye» og tryggere terapeuten og struktur i egen klinisk praksis.*

4.4.1 Den «nye» og tryggere terapeuten

Monica forteller at erfaringene fra egenbehandlinga har gitt henne større trygghet som terapeut. Hun har fått mer selvtillit, samtidig som egenbehandlinga har hjulpet henne til å bedre skille mellom egne og pasientenes følelser. Som en del av dette, opplever hun pasientmøtene som meningsfulle på nye måter:

«Er så godt å kjenne hva det er snakk om (...) det er da jeg blir kjent med folk, da vi opplever noe sammen som er verdifullt å bruke videre».

Monica forteller at ved å bli var egne kroppslige fornemmelser, så regulerer hun seg bedre- i møte med egne pasienter. Monica forteller at hun i større grad evner å ta vare på seg selv, i møte med pasientene- og i møte med mennesker generelt.:

«SÅ, det har gitt meg mer evne til sjølomsorg, da, ta vare på meg sjøl (...)»

For Irene har egenbehandlinga vært avgjørende for å forstå fagets potens, og kanskje særlig hvor lite som skal til, før pasientene erfarer kroppslig:

*«Du **må** kjenne dette her, for å forstå kraften i tilnærmingen (...) de lette små ting kan være **mer enn nok**».*

I forlengelsen av dette, forteller Irene at hun bedre kan møte og «forstå» egne pasienters opplevelser- både verbalt og kroppslig. Hun tar aktivt med seg erfaringer fra pasientrollen i egenbehandling- inn i egen terapeutrolle:

*(...) da må jeg klype meg litt i armen, ** nå må du jobbe med tilstedeværelsen din- og fokusere på denne pasienten!».*

Irene opplever også at hun bedre regulerer seg i egne pasientmøter, og ikke blir så «*overvelda og trøtt*», som hun blei før.

Aurora lærte mye om behandlingsformens potensiale på studiesamlinger, og hadde forventa mer av dette i egenbehandlinga. Særlig trekker hun fram at hun hadde forventa mer arbeid med bevegelsesmåter- og vaner:

(...) på skolen hadde jeg flere opplevelser der jeg ble kjent med nye bevegelsesmåter (...) ble mer bevisst egne mønstre, da (...) hadde vel forventa at jeg opplevde **enda mer** av det».

For Aurora har det, som en konsekvens, vært naturlig å støtte seg like mye til erfaringer fra utdanninga, som til personlige erfaringer fra egenbehandlinga- i møte med egne pasienter.

Evelyn trekker fram at hun i egenbehandling lærte hvor viktig det er med kroppslig regulering. Hun viser til erfaringer, der terapeuten brukte tida som en faktor i arbeid med dette. Erfaringa har blitt viktig for Evelyn- i egne pasientmøter. Å styre regulering beskriver hun som følger:

«Det er noe med å skjønne at... for det her går på å lære seg terapeutrollen. Å skjønne litt hvordan hjelpe pasienten å regulere, hvordan man kan komme med noe nytt, eller vente med å komme med noe nytt.»

Alle deltakerne beskriver gode og mindre gode erfaringer fra egenbehandling, som har hatt betydning for personlig utvikling, og utvikling av egen terapeutrolle. Også fravær av forventede erfaringer har fått betydning for utforskning i egen praksis. Ulike erfaringer med utgangspunkt i kroppslig regulering av følelser, ser ut til å være viktig for deltakerne- og er noe de vektlegger i møte med egne pasienter. Det kan synes som at erfaringer med utgangspunkt i kroppslige vaner og væremåter, i mindre grad er blitt tematisert og tatt med videre - i egen praksis. En av deltakerne uttrykker seg om savnet av dette. Regulering av følelser og kroppen som uttrykksfelt er naturlig å diskutere videre, i kapittel 5.

4.4.2 Struktur i egen klinisk praksis

Aurora forteller at hun i egenbehandling lærte hvordan hun selv ikke ønsker å jobbe. Hun ønsker å møte egne pasienter mer åpent:

(...) opplevde sjøl at det blei veldig rutineprega, da. Så det har jeg fått inn i egen praksis, da (...) sånn at jeg prøver å møte dem veldig åpent.»

Hun opplever at pasientene verdsetter hennes åpne måte, og at hun i egen praksis bevisst har kasta seg ut i det kroppslige arbeidet. Aurora er også opptatt av at samtalen ikke får for stor plass i timene, og at det «*passer henne godt*» å fokusere mer på det kroppslige samarbeidet.

Å oppleve tre ulike terapeuter har gitt Monica noen klare tanker om hva som er blitt viktig for henne- i egen praksis:

«Det der med å jobbe sammen kroppslig (...) ta de reaksjonene som oppstår, og jobbe seg gjennom de. Det er mer relasjonsbyggende enn samtale.»

Hun sier videre at hun blei overraska og glad over at det «*bare*» var prøvebehandling og små variasjoner rundt denne, hun var med på hos terapeut tre. Det var kjent for henne fra før, og i egenbehandlinga blei opplevelsen en forsterka bekreftelse på at hun allerede var på «*rett vei*» - i egne pasientmøter.

Evelyn gleda seg til å se gangen i undersøkelse- og behandling, og syntes hun lærte «*mye*» av det. Hun trekker videre fram rytmen i behandlinga, som viktig erfaring å ha med seg- inn i egen praksis:

«Rytmen.. hvor lang tid kan en ting få lov til å ta, og hvor superviktig det var å få den tida til å kjenne, at det var litt stille, at man ikke bare gikk videre med en gang, men at det fikk lov til å utspille seg».

For Evelyn blei å utforske ulike måter å jobbe sammen en viktig erfaring, som et ledd i å utvikle ideer til bruk - i egen terapeutrolle. I dette viser hun til å utvikle et repertoar:

«(...) å lære seg å utvikle et repertoar, det er en veldig viktig ting jeg lærte (...) ideer til hva man kan gjøre (...) egentlig utvikle en kreativitet».

I forbindelse med dette trekker Evelyn også fram øvelser hun fikk til utforskning- mellom behandlingene- som viktig erfaring å ha med seg.

Evelyn jobber per i dag med noe anna, enn PMF. Hun forteller at hun likevel aktivt bruker erfaringer fra studiet- og egenbehandling. Hun trekker for eksempel fram arbeid med identitet:

(...) Når jobber med identitet. Få med at det ikke bare handler om hva vi tenker og gjør (...) men også hvordan vi beveger oss.»

Irene hadde på forhånd et inntrykk av at PMF i stor grad omfatter behandling på benk og slipp av spenninger. I egenbehandlinga blei hun derimot overraska over mangfoldet behandlingsformen kan romme. Som en konsekvens av dette, er hun blitt «*modigere*» i å prøve ut mangfoldet- i egen praksis:

(...) Jeg er mer på gulvet, jobber mer med balanse og stabilitet enn jeg gjorde før. Ikke bare den evige slipp, slipp, slipp.»

Deltakerne bruker aktivt ulike erfaringer fra egenbehandling- i forminga av egen klinisk praksis. Å møte pasienter åpent, tone ned samtalens plass samt vektlegge kroppslig samhandling fra start, trekkes fram som viktig. Denne forminga synes å være et delvis resultat av kontraster i deltakernes egne opplevelser fra egenbehandlinga. I dette trekker deltakerne fram sprik i erfaringer med både mangfold i tiltak, kroppslige opplevelser hos ulike terapeuter og struktur i behandlingstimene. Forskjeller knytt til hva deltakerne erfarer at PMF er i egenbehandling synliggjøres igjen- og diskuteres videre i kapittel 5.

5 DISKUSJON AV RESULTATER

I temaanalysens tredje trinn, har jeg har valgt å sortere diskusjonskapitlet på litt anna vis, enn i resultatkapittelet. Jeg har delt kapittelet inn i tre hovedtemaer med litt andre overskrifter.

Hovedtemaene favner sentrale tendenser i- og framkomne mønstre fra resultatkapittelet, som jeg diskuterer nærmere- i lys av problemstillinga og valgte teoretiske perspektiver.

Hovedtemaene i kapittelet er: *Hva er Psykomotorisk fysioterapi? Roller til besvær? og Egenbehandlingens potensialer til personlig og faglig utvikling.*

5.1 Hva er Psykomotorisk fysioterapi?

Mens litteratur om NPMF i hovedsak beskriver et enhetlig bilde av PMF, ser det ut til at denne studiens deltakere har møtt til dels ulike praksisformer i egenbehandling. Særlig gjelder dette samtalen plass, omfang og innhold. Nyanseforskjeller som trer fram i materialet, peker videre mot at det foreligger sprik i utøvelsen av PMF i praksis. Nyansene diskuteres nærmere i dette kapittelet.

Det er viktig å påpeke at praksis alltid omfatter mer, enn hva deltakere i en praksissituasjon kan gi verbalt uttrykk for (Schön, 1991; Polanyi, 2000; Grimen, 2008). Ureflekterte og tause dimensjoner foreligger ved enhver form for konkret handling. I sammenlikninga tar jeg derfor ikke for gitt at det er samsvar mellom praksis- og det deltakerne forteller om praksis. Ei heller er ord om praksis ensbetydende med utfyllende informasjon om praksis.

Samtalen

Som i anna terapibehandling, har samtalen en plass i PMF. En tendens i materialet er at deltakerne trekker fram tydelige variasjoner i hvor stor plass samtalen får i behandling- og hva dette gjør med opplevelsen av behandlingsprosessen. Litteraturen peker på at førstegangssamtalen bør ha en klar ramme og struktur og rettes mot kroppslige forhold. Pasientens opplevelser av hva som skjer i kroppen får fokus (Thornquist og Bunkan, 1995; Ekerholt og Gretland, 2018). Klare rammer for samtalen er også viktig for å holde fast ved oppmerksomheta på opplevelser, følelser og fornemmelser, i kroppslig samhandling (Gretland, 2007; 2016; Sviland, Martinsen og Råheim, 2014).

Den profesjonelle terapeuten har ansvar for å invitere pasienten inn i samtale om det som skjer, og samtalen skal åpne opp for refleksjoner hos pasienten (Ekerholt, 2002; Thornquist,

2006; Gretland, 2007;2016; Grimen, 2008, Sviland, Martinsen og Råheim, 2014). Samtalen i PMF er også bidragsyter i relasjonsbygginga. Å vise interesse- og bekrefte hverandre, bidrar til økt tillit mellom terapeut og pasient. Tillit er igjen avgjørende for å etablere en god terapi-relasjon (Ekerholt og Bergland, 2004; Gretland, 2007; Grimen, 2008; Thornquist, 2011).

Aurora opplevde at samtalen i starten av timene fikk for stor plass, hun ønska å jobbe kroppslig. Videre trekker både hun og Evelyn fram at de savna å i større grad inviteres inn i samtale om kroppslige erfaringer de gjorde seg underveis. Begge opplevde at behandlinga tidvis mangla intensjon og retning, og de syntes det var utfordrende å tematisere dette på gode måter. Opplevelsen bidro til at de blei usikre på hva behandlingen skulle være.

Aurora og Evelyns erfaringer med samtalen plass i behandling samsvarer ikke med beskrivelsene i litteraturen- om hva den er ment å være (Thornquist og Bunkan, 1995; Gretland, 2007; 2016). Det kan virke som at deltakernes opplevelser av samtals plass påvirka både terapeut- pasientalliansen, den kroppslige samhandlinga, tryggheta og tillitsfølelsen på en uheldig måte. Som en konsekvens blei opplevelsen av det terapeutisk utbyttet i egenbehandlinga mindre tydelig for deltakerne.

Når den «semistrukturerte dialogen» (Thornquist, 2006) om kroppslige erfaringer svekkes, fordi samtalen og dens innhold får for stor plass, kan det tenkes at pasienter i større grad opplever å bli passive mottakere- og at terapeuten *gir* behandling. Beskrivelsen er mer i tråd med en instrumentell symptombehandling innafor fysioterapi- og kan bidra til at pasienter i PMF ikke lærer mer om seg selv, gjennom kroppslig samhandling (Ekerholt, 2002; Gretland, 2007; Sviland, Martinsen & Råheim, 2014). I en allerede asymmetrisk terapeut-pasient-relasjon, risikerer man med dette å skape en ytterligere distanse mellom terapeut og pasient (Grimen, 2008; Thornquist, 2011).

Denne studiens deltakere sine erfaringer med samtalen. står som en kontrast til hva deltakerne i Weideborgs masterstudie beskriver (Weideborg, 2013). I studien trekker deltakerne nettopp fram gode erfaringer med endringsprosessen i behandling, og at de følte seg godt ivaretatt av en trygg terapeut. I masteroppgava til Ingrid S. Rønning (2020), viser hun i analyse av epikriser skrevet av psykomotorikere, hvordan pasientens tilstedeværelse og stemme også har en tendens til å bli usynliggjort i språket. Slik sett kan det tenkes at materialet peker på en tendens- at pasienter i mindre grad enn først antatt, inviteres inn i en aktiv dialog om kroppen, og at dette bl.a. kan knyttes til samtals plass og innhold.

I materialet kan synes som at utvalgte skoleringer får plass i PMF-behandlinga. I sin masteroppgave (2020), viser Ingrid S. Rønning hvordan valg av behandlingstiltak fra andre retninger (Yoga, Mindfulness m.m.) får plass i PMF- og synliggjøres i epikriser skrevet av psykomotorikere. Dette forsterker et inntrykk av at det er større variasjoner i hva PMF er i klinisk praksis, enn det litteraturen viser til (Thornquist og Bunkan, 1995; Gretland og Ekerholt, 2018). Innafor visse skoleringer kan det virke som at terapeutene i større grad vektlegger terapi gjennom samtale, framfor kroppslig samhandling og dialog om kroppen. Dette står i kontrast til samtalens opprinnelige plass i NPMF, og viser en tendens til sprik i klinisk praksis (Thornquist, 2006; Gretland, 2007; 2016).

Monica hadde mange timer egenbehandling hos terapeut en og to, der handlinga hadde form av *samtaleterapi*. Monica oppsøkte selv terapeutene, fordi hun hadde lagt merke til deres faglige engasjement. Terapeutene skolerte seg bl.a. innafor traumefeltet. Monica opplevde at samtalene mangla mål og retning, og hun beskriver en gradvis utvikling av distanse og usikkerhet til egen kropp og kroppslige reaksjoner: Hvilke skumle reaksjoner skjuler seg i kroppen? Erfaringene står i kontrast til Gretlands (1999) studie, som viser hvordan PMF kan bidra til at pasienter lærer om kroppen og dens normale reaksjoner på tidligere traumatiske livserfaringer.

Monicas erfaringer hos terapeut en og to, synes å være mer i tråd med et rasjonalistisk tanke sett i klinisk praksis- der det verbale språket får forrang (Gretland, 2007;2016, Thornquist, 2018). Det rasjonalistiske tanke settet står på mange måter som en motsats til NPMFs faglige forankring, der subjektstatus knyttes direkte til kroppen (Merleau- Ponty, 1994; Thornquist og Bunkan, 1995; Gretland, 2007; Thornquist, 2018). Pasienter skal ha tillit til at terapeuten besitter relevant og tilstrekkelig kunnskap i kraft av å være profesjonell (Ekerholt og Bergland, 2004; Grimen, 2008). I arbeidet med resultatene, kan synes som at en gryende forvirring og mistillit gjør seg gjeldende hos enkelte av deltakerne.

Endringsarbeid

Den kroppslige forankringa av subjektet og betydninga det har for behandlingsformen NPMF, står sentralt i litteraturen. Kroppslig endringsarbeid er overordna mål i PMF (Jf. Thornquist og Bunkan, 1995; Gretland, 2007;2016). I resultatene synliggjøres at deltakerne i relativt varierende grad kjente på endring (omstilling)- slik begrepet defineres i litteraturen (Thornquist og Bunkan, 1995). Aurora opplevde slipp av korsryggen ved ett tilfelle, og hadde ellers en tanke om at hun skulle slappe av. Evelyn fant i større grad ro og hvile i avlasta stilling på benk hos terapeut to. Hos terapeut tre fikk Monica jobbe seg kroppslig gjennom traumatiske og ikke-aksepterte følelser. Hun beskriver store personlige endringer i dette arbeidet. Monicas erfaringer er i tråd med funn i Gretlands studie (1999), som viser hvordan PMF kan bidra til at pasienter lærer om kroppen og dens normale reaksjoner, på tidligere traumatiske livserfaringer. Irene sier at det meste i egenbehandlinga ga kroppslig mening for henne, men utdypet ikke nærmere hva fokus i behandlinga var.

Litteraturen viser til at kroppslig endring tar tid. Grad av endring avhenger bl.a. av pasientens egne deltakelse og tilstedeværelse i behandlingsforløpet (Thornquist og Bunkan, 1995; Thornquist, 2006; Gretland, 2007; 2016). Et viktig element i all behandling- og særlig vektlagt i NPMF- er behandlingsformens dynamiske natur. Den profesjonelle terapeuten står ansvarlig for å fremme trygghet og tillit, gjennom å aktivt søke innsikt i pasientens verden samt forme en trygg og god terapeut/pasient- allianse (Jf. Thornquist og Bunkan, 1995; Gretland, 2007; Grimen, 2008). PMF har ideelt sett form av kroppslig samhandling- der pasienten inviteres inn i et aktivt kroppslig samarbeid og behandlinga skal ha en klar intensjon og retning (Thornquist og Bunkan, 1995; Gretland, 2007; 2016).

Deltakerne kjente i varierende grad på hvor sårbart det er- å være i pasient. Resultatene viser variasjoner i hvor stor grad deltakerne opplevde å bli invitert inn i samhandling og dialog om sine erfaringer. For flere skapte det forvirring- i en allerede sårbar situasjon. I forlengelsen blei flere av deltakerne usikre, og det blei tidvis utfordrende å relatere seg til behandlingens intensjon og retning. Evelyn trekker fram en episode, der terapeuten ga tverrfriksjoner på ryggen. Evelyn syntes det var vondt- men blei usikker på om hun skulle si fra. Hun hadde en tanke om at det kanskje skulle være slik. Hun opplevde også at det fortsatt var mer å jobbe med i behandlinga- selv om terapeuten valgte å avslutte.

Aurora hadde et fastlagt opplegg hver behandlingstime, og var usikker på behandlingas intensjon. Hun forteller at hun kroppslig hadde behov for noe anna, enn å slappe av på benken. Monicas erfaringer hos terapeut tre, sto i kontrast til utryggheta hun erfarte i behandling hos terapeut en og to. Hun forteller at kroppslig samhandling fikk hovedfokus i hver time og hun kjente igjen prøvebehandlinga. Sammenligna med litteratur om PMF, kan det også her synes som at materialet viser tendenser til variasjon, i hvor stor grad deltakerne erfarte PMF- behandlingas dynamiske natur og i hvilken grad de følte at de ble invitert inn i en kroppslig samhandling og dialog.

Vaner og væremåter

Litteraturen viser til hvordan forståelsen av kroppen som helhet får betydning for våre kroppslige vaner og væremåter (jf. Gretland, 2007; 2016, Sviland, Martinsen og Råheim, 2014). Innafor et utvida fenomenologiske perspektiv på kroppens intensjonalitet og rettet- het, er vi historisk og sosialt situert: Levd liv påvirker bevegelsesvaner og væremåter (Jf. Merleau-Ponty, 1994; Gretland, 2007; Sviland, Martinsen og Råheim, 2014; Thornquist, 2018).

Irene forteller at *utforskning* av bevegelser- kraft, flyt og tempo- fikk noe plass i behandlinga. Det samme opplevde Evelyn. Aurora tematiserte levd liv i dialog med terapeuten, men de arbeidet ikke kroppslig med dette. Monica blei selv oppmerksom på at hun- etter behandling- bevega seg på nye måter. Terapeut to ga Evelyn bevegelser til utforskning- mellom behandlingene. Evelyn beskriver det som nyttig, men hun opplevde likevel at det mest blei utforskning på egen hånd, og at det ikke var ikke et hovedtema i behandlingstimene.

Alle deltakerne har kjent på grader av omstilling- men det varierer mye i hvilken grad og på hvilke måter. Hvor mye terapeutene har vektlagt slipp av spenninger og emosjonelt forankra kroppslig arbeid, eller valgt å vie plass til de sosiale og kulturelle aspektene i arbeid med bevegelsesvaner og væremåter, kan synes å variere. Resultatene peker mot en tendens til at kroppslig emosjonelt arbeid får forrang i behandlinga. Resultatene er i tråd med bl.a. tendensene skissert i Thornquist sin studie (2006) om pasientbehandling i PMF. Videre er erfaringene i samsvar med deler av PMF- litteraturen, som viser til det gjensidige forholdet mellom følelser, pust og spenninger (Bunkan, Radøy og Thornquist, 1982, Thornquist og Bunkan, 1995; Andersen og Øvreberg, 2016). Tendensen- at det varierer hva deltakerne møter i behandling- ser ut til å gå igjen i materialet.

Ulike terapeuter, ulik kroppslig mening

Evelyn, Monica, Irene og Aurora forteller at de opplevde ulike tiltak hos forskjellige terapeuter. Irene viser til at alle erfaringer ga kroppslig mening for henne- og knytter nyanseforskjeller til ulikhet i terapeutenes praktisering av bestemte ferdigheter. Dette er i tråd med Schöns (1991) teori om *refleksjon- i – handling*, der terapeuter gjennom handling stadig utvikler og finsliper ferdigheter. Irenes trekker fram et eksempel, der hun viser til hvordan det var å kjenne ulike terapeuters grep på kroppen, og at alle grepene ga kroppslig mening. Opplevelsen er dermed også i tråd med funn fra Ekerholt og Berglands (2006) studie, som viser at massasje i kombinasjon med samtale relatert til de kroppslige grepene- gir mening for pasientene.

For Evelyn ga det større kroppslig mening å være på benk hos terapeut to, fremfor å holde seg oppe på gulvet, hos terapeut en. Auroras opplevelse av å bli revitalisert hos en erfaren PMF'er, sto i sterk kontrast til- og ga større kroppslig mening- enn erfaringene hun hadde fra egenbehandlninga hun gikk i. Monica opplevde en «ny verden» hos terapeut tre, der kroppslig samhandling og kroppslig regulering fikk større plass, mens samtalen tontes ned. Monicas opplevelser er i tråd med Ekerholt og Berglands studie (2006), som viser at samtale aleine ikke oppleves like håndfast og begripelig, som kroppslig tilnærming, og at noen pasienter i PMF opplever behandlinga som en kontrast til samtaleterapi.

Felles for Aurora, Monica og Evelyn er at de i egenbehandlninga opplevde variasjoner både i praksisform, innhold og hva som ga kroppslig mening- hos forskjellige terapeuter. Det kan virke som at noen terapeuter i større grad fokuserte på forutbestemte innfallsvinkler og faste «ritualer» og generelle tiltak, mer enn å tilpasse behandlinga til deltakernes individuelle og personlige behov. Også skolering innafor andre felt, fikk stor betydning for hva enkelte av deltakernes fikk ut av egenbehandlingen.

Tendensen er litt overraskende- det ville vært naturlig å forvente at pasienter erfarer kroppslig mening- uavhengig av hvilken terapeut og tiltak de møter. Tendensen står som en motsats til hva PMF-litteraturen sier om prøvebehandlingas funksjon, om å danne en felles forståelse og en trygg terapeut/pasient-allianse, om å søke innsikt i pasientens verden, om kroppslig samhandling og aktiv dialog om kroppen (Jf. Thornquist og Bunkan, 1995; Gretland, 2007;

2016). Jeg kommer nærmere tilbake til denne tendensen i materialet- i kapittel 5.2., diskusjon av roller og rolleavklaring.

Refleksjon- i- handling

Schön (1991) viser til terapeuters *refleksjon- i- handling*. *Refleksjon- i- handling* åpner opp for at terapeuter er «forskere» i sin egen praksis. Terapeuten står fritt til å etablere ny forståelse og kunnskap- ut fra egne handlinger- ved å reflekter over handlingene mens de skjer. Den profesjonelle terapeuten har samtidig ansvar for å ivareta faglig legitimitet (Grimen 2008, Thornquist, 2011). Grimen (2008) viser til at kunnskapsbasen til fysioterapeuter er mangfoldig, fordi profesjonsutøvelse har et praktisk mål. Meningsfylte sammenhenger i behandling skapes bl.a. gjennom handling og språklig- gjøring av tause kunnskapsdimensjoner (Schön, 1991; Molander, 1996; Polanyi, 2000).

Hvilke krav terapeuten møter i sin kliniske hverdag, er også med å avgjøre *hva* som blir meningsfylte sammenhenger (Grimen, 2008; Thornquist, 2011). Som en konsekvens, forsterkes eller svekkes kvaliteten i terapeutenes fagutøvelse- i møte med krav fra både myndigheter, samfunn og pasienter (Grimen, 2008; Thornquist, 2011).

Evelyn gjør seg noen tanker om at terapeutene vanligvis behandler dårlige pasienter, og at det kanskje derfor er utfordrende å omstille seg- i møte med friskere pasienter. Hun viser i dette til terapeutenes «repertoar», som kan tolkes i lys av Schöns begrep *refleksjon- i- handling* (Schön,1990). Irene forteller at hun har forståelse for at erfaringer i egenbehandling kan variere- og viser til at terapeutene til enhver tid har ‘mange baller’ i luften. Krav fra myndigheter om hva PMF som helsetjeneste skal være, og her gjennom hvilke pasienter som behandles, kan ifølge både Schön (1991) og Grimen (2008) tenkes å påvirke kvaliteten i fagutøvelsen- og at dette muligens synlig-gjøres i møte med friskere pasienter. I dette er det den profesjonelle terapeuten selv, som står ansvarlig for å oppdatere seg på kunnskaper og nødvendige ferdigheter (Grimen, 2008).

I lys av Merleau- Pontys utvida fenomenologiske syn på kroppen- der subjektstatus knyttes direkte til kroppen- er også terapeutene i egenbehandling historisk, kulturelt og sosialt situert (jf. Merleau- Ponty, 1994; Gretland, 2007; Thornquist, 2018). Hvilke kulturelle og faglige strømninger som til enhver tid er rådende i samfunnet varierer og kan- i lys av dette- tenkes å påvirke terapeutene- i deres valg av handlinger. Kanskje er det også slik at tendensen i resultatene peker mot at terapeuter opplever at NFFs krav om hva egenbehandling skal være

framstår utydelig- og at dette i større grad åpner opp for utforskning og variasjoner- i møte med deltakerne (NFF, 2017). Tendensen synlig- gjør sentrale spørsmål, og et fortsatt behov for å søke nærmere innsikt i praksis. I dette er terapeutenes egne erfaringer med egenbehandling et naturlig fenomen for videre utforskning.

5.2 Roller til besvær?

I materialet synliggjøres det at roller og utfordringer med rolleavklaring skapte usikkerhet i egenbehandlingen. Flere av deltakerne snakker om uklarheter og brudd i kommunikasjon om roller. Usikkerheten påvirker- som en konsekvens- hva deltakerne sitter igjen med fra behandlingsforløpet. I dette kapittelet diskuteres rolleavklaring i egenbehandling, med utgangspunkt i tre rolletråder, som ble synlige i arbeidet med materialet: *Terapeut- pasient, kollega- kollega eller mester- svenn?*

Terapeut – pasient

NFFs intensjon for egenbehandling er at terapeuten er med i kraft av å være pasient og skal kjenne faget på egen kropp (NFF, 2017). Både Irene og Monica erfarte kroppslige endring (omstilling) som fikk avgjørende betydning- både personlig og for egen fagutøvelse. De trekker fram hvor lite som skal til, hvor viktig det er å oppleve fagets potens og hva en trygg og tilstedeværende terapeut betyr- i regulering av spenninger. Selv om Irene opplevde variasjoner i både grep og utforskning av bevegelser hos ulike terapeuter- ga opplevelsene likevel kroppslig mening for henne. Dette er i tråd med bl.a. Ekerholt og Berglands studie (2006) om pasienterfaringer med massasje. Det kan synes som at Irene og Monicas (hos terapeut to) erfaringer både er i tråd med NFFs intensjoner for egenbehandling, og beskrivelser av PMF i litteraturen, om den gode terapeut- pasientallianse, meningsfull kroppslig samhandling og en behandling av dynamiske karakter (Thornquist og Bunkan, 1995; Gretland 2007; 2016, NFF, 2017).

Monica og Irene peker begge på hvor avgjørende det var for behandlingsresultatet, å bli møtt av en profesjonell terapeut, som fremma trygghet og tillit i samhandlinga. Monica opplevde å ha god kjemi med terapeut tre. Samtidig trekker begge også fram at det varierte- hvor trygg og ivaretatt de følte seg- hos forskjellige terapeuter. De opplevd likevel å bli møtt som pasienter, hos alle terapeutene.

Irene og Monicas erfaringer med den trygge terapeuten er i tråd med funn i Ekerholt og Berglands studie (2004), som viser at pasientene verdsetter at terapeuten er imøtekomende og vennlig, og at hun tar seg tid. Både *kjemi*, men også at terapeuten er profesjonell og viser seg som en seriøs aktør, trekkes fram som viktig. Deltakernes erfaringer er også i tråd med hva deltakerne i Weideborgs studie (2013) forteller om terapeut-pasientrollen. Erfaringene støttes også av teori om den profesjonelle yrkesutøver (Grimen, 2008; Thornquist, 2011). Oppsummert kan det synes at deltakerne har en del erfaringer med pasientrollen, og har blitt

møtt med trygghet i behandlingsforløpene. Materialet peker likevel mot at det varierer endel i møte med ulike terapeuter- i hvor stor grad deltakerne har følt seg trygge. Trygghet og tillit i samhandling er essensielt for terapiutbytte i all terapi- og særlig vektlagt i litteratur om PMF (Thornquist og Bunkan, 1995; Gretland, 2007).

Kollega- kollega

Både Aurora og Evelyn opplevde at terapeutene behandla de mer som kollegaer, enn pasienter. Evelyn tror at usikkerhet rundt rolleavklaring også var medvirkende årsak til at terapeut en valgte å avsluttet behandlingsforløpet. Både Evelyn og Aurora forteller at de syntes det var utfordrende å finne behandlere i utgangspunktet. Å finne ny behandler etter avslutning, var derfor ikke enkelt. Også i møte med terapeut to kjente Evelyn på en usikkerhet rundt om hun var i behandling i kraft av å være kollega eller pasient- og det prega behandlingsprosessen hennes. Hun forteller at terapeut to gikk tom for ting å gjøre i timene, og at de avslutta behandlingen. Evelyn opplevde likevel underveis at andre tiltak- for eksempel mer tid på benken- i større grad ga kroppslig mening hos terapeut to.

Auroras terapeut tematiserte 'kollegafelle' i samtale. Aurora opplevde likevel ikke at samtalen førte til endringer i behandlinga- uavklarte roller ble liggende som noe usagt i behandlingsforløpet. Aurora beskriver en relativt statisk og skjematisk behandling, der de samme tiltakene gikk igjen i behandlingstimene. Videre opplevde hun at samtalen fikk stor plass og ofte bar preg av generelle kollegiale utvekslinger, mer enn at de var relatert til hennes kroppslige erfaringer. Underveis i behandlinga vokste det fram et iboende ønske om å kjenne på noe anna enn å slappe av- å lære mer om seg selv.

Det kan synes som at uavklart rollefordeling i egenbehandling har vært en utfordring for noen av deltakerne, og at materialet også viser at noen av terapeutene strevde med dette. Funn i materialet peker mot at uavklart rollefordeling kan ha bidratt til at enkelte av deltakerne har gått glipp av vesentlig kroppslig læring i egenbehandlingen. Aurora og Evelyn beskriver behandlingstimer, som kan synes å bære preg av det generelle og skjematisk- at egenbehandling mer fungerte som en lærings- og diskusjonsarena, for innføring i PMF. Funnene kan sees som et brudd på forventinger til PMF i praksis- og intensjonen for egenbehandling (Radøy, Thornquist, 1982, Øvreberg og Andersen, 2016; NFF, 2017).

Evelyns erfaringer med hvordan ulike tiltak hos to forskjellige terapeuter ga forskjellige arta kroppslig mening, kan peker mot at noen terapeuter som tilbyr egenbehandling, benytter

andre perspektiver i møte med deltakerne- og at dette får betydning for behandlingsutbyttet. Som diskutert i tidligere delkapittel, kan krav og utforsking av egen praksis også påvirke dette (Schön, 1991; Grimen, 2008).

Deltakerne beskriver hvordan uavklart rollefordeling påvirker den kroppslige samhandlingen i uheldig retning- og med det åpner for en økt usikkerhet i møte med terapeuten. Disse erfaringene står i motsetning til PMF- litteraturens beskrivelser av den dynamiske samhandlingen som kjennetegner PMF (Thornquist og Bunkan, 1995; Thornquist, 2006). Noen av erfaringene synes også å stå i kontrast til hva pasienter trekker fram av mening i andre PMF-studier fra praksis (jf. Ekerholt, 2002; Sviland, Martinsen og Råheim, 2014). Deltakernes opplevelser skiller seg også en del fra erfaringene i Weideborgs studie om egenbehandling (Weideborg, 2013).

Presentert litteratur viser til NPMFs tradisjoner for bruk av en mester-svenn- modell for læring av faget (Bunkan, Radøy og Thornquist, 1982; Molander, 1996; Øvreberg og Andersen, 2016). I lys av dette kan det tenkes at terapeutene har en oppfatning om at de skal gi fysioterapeutene i egenbehandling en innføring i PMF-snarere enn å være deres terapeuter. Evelyns «ymse»-opplevelser hos terapeut en, sammen med Auroras erfaringer med en statisk og skjematisk gjennomgang av tiltak, kan muligens tilskrives at enkelte terapeuter i egenbehandling i større grad vektlegger en generell presentasjon av PMF som behandlingsform. Egenbehandling er per definisjon PMF- behandling. Som tidligere gjort rede for, har egenbehandling en sentral plass i fagtradisjonens historie (Bunkan, Radøy og Thornquist, 1982; Øvreberg og Andersen, 2016). Lite er skrevet om egenbehandling i praksis, og NFFs retningslinjer framstår lite spesifikke (NFF, 2017). Kanskje synliggjøres det i materiale-t et behov for en nærmere gjennomgang av hva egenbehandling er og skal være- i praksis?

Mester- svenn

I intervjuene kommer det fram at noen av deltakerne selv har oppsøkt det de kaller 'erfarne PMF'ere'. Irene og Evelyn viser til egen faglige nysgjerrighet, ryktet og anbefalinger fra andre studenter- som motivasjonsfaktorer. De ønska å lære mer om PMF. Aurora hadde en behandlingstime hos en erfaren terapeut, som får skjellsettende betydning- både personlig og faglig.

Funnene i materialet kan tyde på at noen av deltakerne stiller med ulike motivasjoner og forventninger til hva egenbehandling skal være. Kanskje kan det tenkes at dette bidrar til rolleforvirring. Deltakerne skoles i Bülow- Hansens PMF- tradisjon, som har sin historisk faglige forankring i en mester- til- svenn-modell (Molander, 1996; Polanyi, 2000; Øvreberg og Andersen, 2016). Hos erfarne terapeuter forventer deltakerne å lære mer om behandlingsformen. Det kan tenkes at skolering og forventninger- i rollen som «student»- kan komme i konflikt med rollen som pasient- i egenbehandlingen. I samhandling med terapeuten og hans/hennes perspektiver- eller mangel på perspektiver- om hva egenbehandling skal være, er det derfor mulig at rolleforvirring kan bli en reell utfordring for begge parter.

Med utgangspunkt i profesjonsteori og litteratur om PMF, er det terapeuten som har et overordna ansvar for å avklare og fremme en fellesforståelse av roller og intensjon for behandling (Gretland, 2007; Grimen, 2008; Thornquist, 2011). Denne legitimiteten kan muligens svekkes, hvis kravet fra myndigheter om hva egenbehandling skal være, ikke framstår tydelig nok for terapeutene i praksisfeltet (Grimen, 2008; NFF, 2017).

5.3 Egenbehandlingens potensialer til personlig og faglig utvikling

Alle deltakerne uttrykker at egenbehandling er en viktig arena for å kjenne faget på egen kropp. Dog synes det å variere, i hvor stor grad deltakerne kan relatere seg til å ha erfart fagets potensiale. Irene, Monica og Evelyn trekker særlig fram kroppslig regulering av følelser og hvor *lite som skal til*, som viktige erfaringer. Arbeid med kroppslig emosjonell regulering av spenninger er i tråd med PMF- litteratur og Bülow- Hansens oppdagelser (Radøy, Thornquist, 1982; Thornquist og Bunkan, 1995; Øvreberg og Andersen, 2016). Erfaringene samsvarer også med hva deltakerne i Weideborgs studie (2013) trekker fram som nyttig fra egenbehandling.

Det kan synes som at kroppen som historisk, kulturelt og sosialt situert- slik den beskrives i nyere PMF- litteratur, fikk mindre plass i egenbehandlinga (Gretland, 2007; 2016, Ekerholt og Gretland, 2018). Nyere forskning innafor et utvida fenomenologisk perspektiv på kropp, viser at arbeid med vaner og væremåter er kroppslig meningsfullt for pasienter i PMF- behandling (Kristensen, 2013; Sviland, Råheim og Martinsen, 2014; Bergland, Olsen og Ekerholt, 2018). Aurora forøkte å tematisere dette i dialog med terapeuten, men det blei ikke

jobba med. Funnene peker mot at det varierer, i hvor stor grad deltakerne erfarer kroppslig mening i egenbehandling. I selve behandlingen synes det som at kroppslig emosjonsfokusert reguleringsarbeid vies mest plass.

Struktur

På ulike vis opplevde alle deltakerne å lære mye om struktur i behandlingstimen. For Monica og Irene var små variasjoner over prøvebehandlinga noe de kjente igjen, og som fikk stor betydning for dem videre- i egen praksis. Dette er i tråd med PMF- litteratur om prøvebehandlingens plass og funksjon og behandlingas dynamiske natur (Bunkan, 1978; Thornquist og Bunkan, 1995; Gretland, 2007). Erfaringene er også i tråd med noen av funnene i studiene til bl.a. Ekerholt og Bergland (2004) og Bergland, Olsen og Ekerholt (2018), som viser at prøvebehandling ga mening og var verdifull for pasientene.

I materialet kommer det fram at det kan synes som at Aurora og Evelyn i større grad har forma sin egen praksis med utgangspunkt i fravær av forventede erfaringer i egenbehandling. Aurora forteller at hun prøver å møte pasientene på en åpen måte, og ikke har noen spesifikk og fastlagt struktur i timene. Den samme tendensen ser ut til å gjelde for samtaleplass.

Både Monica og Aurora forteller at samtalen fikk for mye plass i egenbehandling, og at de toner ned fokuset- i egen praksis. *Nedjusteringene* de velger å gjøre i etterkant av egenbehandling, er mer i samsvar med PMF-litteratur om hva PMF er i praksis (Thornquist og Bunkan, 1995). Som gjort rede for tidligere, kan Aurora og Monicas erfaringene muligens også sees i sammenheng med hvilken rolle de opplevde å ha i egenbehandlingen, og i hvor stor grad de hadde meningsfulle kroppslige erfaringer. Oppsummert viser materialet likevel at en del av deltakernes erfaringer ikke er i tråd med faget og NFFs intensjoner for egenbehandling (Øvrebø og Andersen, 2016; NFF, 2017). Mer enn å oppleve egen helse og fagets potensiale, tar de med seg lærdom knytt til fravær av potensial- og blir en fortsatt utforsker i egen praksis (Schön, 1991).

Evelyn og Aurora forteller at de blei presentert for ymse øvelser, og at ikke alt ga kroppslig mening. For Aurora blei opplevelsene mer stående som en generell innføring i PMF, mens Evelyn erfarte at noen stillinger og øvelser ga større kroppslig mening. Monica opplevde å få samtaleterapi- i flerparten av sine obligatoriske egenbehandlingstimer. Bruk av ulike øvelser og inspirasjon fra andre skoleringer, er også noe som kommer fram i analyse av epikriser- skrevet av psykomotorikere (Rønning, 2020). Samla kan det synes som at resultatene igjen

viser at det spriker endel i hva deltakerne møter i egenbehandling, og at de selv opplever brudd på egne forventninger til- og NFFs intensjon for egenbehandling (NFF, 2017).

Paulson og Hugh Heels (2013) viser i sin artikkel om egenerapiens plass i psykologifaget til, hvordan argumentasjonen i vesentlig grad knyttes til psykologifagets mange retninger. Hvilken retning ansees som ideell å velge, slik at terapeutene sikres best mulig utbytte av egenerapi- er et sentralt spørsmål forfatterne belyser. I denne studiens materiale, synliggjøres kanskje noen av de samme utfordringene- i praksis? Variasjoner i deltakernes erfaringer fra egenbehandling gjør at vi kanskje må stille spørsmålet *hva skal egenbehandling være?*

Organisering- og gjennomføring av obligatorisk egenbehandling, står fysioterapeutene ansvarlig for selv (Helsedirektoratet, 2021; NFF, 2017). Flere av deltakerne trekker fram at å finne tilgjengelige terapeuter både var utfordrende og energikrevende- og at de stressa med det. Psykomotorikere i klinisk praksis er en relativt liten faggruppe. Myndigheter og samfunn stiller krav til den profesjonelle yrkesutøver, skriver Grimen (2008) og Thornquist (2011). Psykomotorikere gir viktig profesjonell helsehjelp på oppdrag fra myndighetene. Erfaringsmessig vet man at psykomotorikere har ventelister- som andre terapeuter. Hvis terapeuter ikke er tilgjengelige, får det konsekvenser- også for egenbehandlinga.

Aurora ville bytte terapeut underveis, fordi hun i større grad ønska å gå i behandling som seg selv. Hun opplevde at det var vanskelig å finne terapeut, og valgte derfor å fullføre egenbehandlinga- der hun allerede gikk. Aurora var «heldig» som- ved det hun beskriver som en tilfeldighet- fikk en time hos en erfaren PMF'er. Timen blei stående som en kontrast til erfaringene hun hadde fra egenbehandlinga.

Også Monica så seg nødt til å bytte terapeut to ganger, for å i større grad kunne være i PMF-behandling som seg selv. Hun fikk hjelp til å finne terapeut tre. Med utgangspunkt i NFFs retningslinjer for egenbehandling, kan erfaringene som synliggjøres i materialet peke mot at tilgjengelighet har noe å si for utbytte av -og her gjennom egenbehandlingas potensiale og funksjon. Egenbehandlingas organisering og administrering i praksis, kan derfor være viktig å søke nærmere innsikt i.

6 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Alle terapeuter som har gått i egenbehandling, har en unik historie å fortelle om sine erfaringer. Arbeidet med denne masteroppgava tok til, da jeg lot meg fascinere av terapeuters fortellinger fra egenbehandling- på en av studiesamlingene i Tromsø. Fortellingene hadde fellestrekk- men jeg beit meg merke i at de også var relativt forskjellige. Jeg blei nysgjerrig på egenbehandling, og kanskje særlig på hva som er med å gi fortellingene nyanser.

Studiens formål har vært å belyse hvilke erfaringer fysioterapeuter gjør seg i egenbehandling, innafor NPMF. Jeg formulerte følgende hovedproblemstilling, som jeg i prosjektet har forsøkt å belyse: *Hvilke erfaringer gjør fysioterapeuter seg i egenbehandling, innafor Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)?*

I arbeidet med resultater så jeg etter hvert et behov for å konkretisere problemstillinga noe, i form av følgende forskningsspørsmål: *Hvilke funksjoner har egenbehandlinga, som obligatorisk del av kompetansekravet til psykomotoriske fysioterapeuter?*

Resultatene i denne studien er basert på semistrukturerte forskningsintervjuer, med fire fysioterapeuter, om deres erfaringer med egenbehandling.

I arbeidet med resultatene, kommer likheter- men også nyanser og variasjoner i deltakernes erfaringer fra egenbehandling- fram. En tendens som tegner seg er at det ser ut til at det spriker en del, hva deltakerne opplever at PMF er- i klinisk praksis. Deltakerne trekker fram erfaringer, som peker mot en mindre tydelig og ensarta praksis, sammenligna med beskrivelser av faget i litteraturen. Resultatene viser at de fire deltakerne i varierende grad har erfart endring (omstilling) i egenbehandlingsforløpet. De forteller om bruk av tiltak fra andre skoleringer og om hvordan de har opplevd ulik behandling hos forskjellige terapeuter. Noe av den samme tendensen til sprik og bredde i praksis synliggjøres i Ingrid S. Rønnings masteroppgave (2020), der hun har analysert 16 epikriser skrevet av psykomotorikere. Deltakernes varierte erfaringer kan se ut til å fremme en usikkerhet- som påvirker kommunikasjon og kroppslig samhandling mellom terapeuten og deltaker.

I resultatene synliggjøres også en tendens- at deltakerne opplever manglende dialog om- og en tydelig avklaring av roller i behandlingsmøtene. Er jeg pasient? Kollega? Student? Rolleutfordringer gir grobunn for forvirring, og ser ut til å påvirke samhandlinga og innholdet i behandlingsforløpet på mindre godt vis. Resultatene viser at deltakerne både bruker gode

erfaringer- men også fravær av erfaringer- i forminga av egen fagpraksis. Resultatene peker også mot at noen av deltakerne opplever terapeuttilgjengelighet som en utfordring, og at dette får betydning for innholdet i behandlingsforløpet.

I diskusjon av resultatene har jeg i lys av teori om PMF, taus kunnskap og profesjonskunnskap, forsøkt å problematisere hvordan variasjoner i deltakerens erfaringer med egenbehandling, legitimerer spørsmål om egenbehandling favner NFFs intensjon om hva egenbehandlingen skal være. Videre kan man spørre seg om egenbehandlingen i praksis er det fagfeltet ønsker- slik egenbehandling opprinnelig var tenkt å være. I diskusjonen tydeliggjøres det at deltakernes erfaringer, i relativt stor grad, ikke samsvarer med NPMF- slik faget beskrives i litteraturen og det de får kunnskap om- på utdanningen. Det kan synes urovekkende at deltakerne har så ulike opplevelser, all den tid egenbehandling er et omfattende kompetansekrav for fysioterapeutene.

I diskusjonen belyser jeg videre hvordan manglende tilgjengelighet på terapeuter, kan føre til at deltakerne får lite handlingsrom, hvis de kommer i en situasjon der de opplever brudd på forventninger til egenbehandling. Funnene gir rom for å reise spørsmål om organiseringen og administreringen av egenbehandling per i dag er god nok.

En konsekvens som synliggjøres i diskusjonen er at enkelte deltakere- etter egenbehandling- fortsatt er utforskere i egen praksis- og at dårlige opplevelser, eller fravær av forventede erfaringer, brukes som rettesnor. Oppsummert kan de skisserte tendensene synes å stå som en motsats til funnene som i hovedsak framkom i Weideborgs masteroppgave (2013), om fysioterapeuters erfaringer med egenbehandling.

Ut fra diskusjonen kan det virke naturlig å spørre seg om i hvor stor grad faget og NFFs skisserte intensjon for egenbehandling, samsvarer med fysioterapeutenes erfaringer i praksis. I forlengelsen av dette kan man se til Paulson og Hugh Heels (2013) artikkel om egenerapi innafor psykologifaget. I artikkelen gjøres det til et poeng, hvordan fagets mange retninger nettopp har gjort det vanskelig å vite hva man skal velge, for å sikre at terapeuten får den beste egenerapien.

Denne studiens materiale er basert på intervju med fire fysioterapeuter, om deres erfaringer med egenbehandling. Deltakernes fortellinger er nettopp det- deres. Lite er dokumentert om egenbehandling, og denne studien ansees som et bidrag til kunnskap om egenbehandling i praksis. Studien synliggjør at det er relativt stor variasjon i hva deltakerne erfarer i

egenbehandling. Egenbehandling, i form av læring gjennom en mester- til- svenn- modell, er en sentral del av fundamentet i fagtradisjonen NPMF. Egenbehandling er også et omfattende krav i kompetansebygginga til psykomotoriske fysioterapeuter. Studien synliggjør et ytterligere behov for mer forskning på egenbehandling i praksis. Flere spørsmål kan utforskes: Hvilke erfaringer gjør terapeutene som gir egenbehandling seg? Hva skal egenbehandling være? Hva kjennetegner den faglige tenkninga i praksis? Kan det forsvares at egenbehandling er et såpass omfattende krav i kompetansebygginga til psykomotoriske fysioterapeuter?

Mer kunnskap om egenbehandling i praksis kan bidra til en økt felles forståelse og faglig samling- om hva egenbehandling skal være. Forskning på PMF i praksis kan på den måten bidra med kunnskap som samler og styrker tillitsforholdet mellom terapeuter, pasienter, studenter, myndigheter og utdanningsinstitusjoner.

Referanseliste

- Bunkan, B.H. *et al.* (1978) *Psykomotorisk behandling*. 3.utg. Oslo: Kopinor Pensum AS.
- Bergland, A., Olsen, C.F. og 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), s. 12- . Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pri.1723> (Hentet 02.januar 2021).
- Breitve, M.H., Hynninen, M.J. og Kvåle, A. (2010) The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms, *Physiotherapy Research International*, 15(4), s. 212- 221. doi: 10.1002/pri.462.
- Ekerholt, K. (2002) *Psykomotorisk behandling- og samandling*. Hovedfagsoppgave. Universitetet i Bergen.
- Ekerholt, K. og Bergland, A. (2004) The first encounter with Norwegian Psychomotor Physiotherapy, *Scand J Public Health*, 32, s. 403-410. doi: 10.1080/14034940410029441.
- Ekerholt, K. og Bergland, A. (2006) Massage as interaction and a source of information, *Advanced in Physiotherapy*, 8, s. 137- 144. doi: 10.1080/14034940410029441.
- Ekerholt, K. og Gretland, A. (2018) Norwegian psychomotor physiotherapy, a brief introduction, i Skjærven, L.H. (red.) *Physiotherapy in mental health and psychiatry: A scientific and clinical based approach*. Amsterdam: Elsevier.
- Flyvebjerg, B. (2006) Five misunderstandings about case-study research, *Qualitative inquiry*, 12(2), s. 219- 245. doi: 10.1177/1077800405284363.
- Folketrygdeloven. Lov 01. mai 1997 om Folketrygd.
- Gretland, A. (1999) *Kroppens spor: En utfordring i psykiatrien*. Rapportprosjekt i fysioterapi i psykiatrien. Tromsø; Regionssykehuset i Tromsø.
- Gretland, A. (2007) *Den relasjonelle kroppen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Gretland, A. (2016) Psykomotorisk fysioterapi. Med kroppen som innfallsvinkel til personen, i Bergem, A. K. (red.) *Kroppen i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s 139-161.
- Grimen, H. (2008) Profesjon og tillit, i Molander, A. og Terum, L.I. (red.) *Profesjonsstudier*. 1.utg. Oslo: Universitetsforlaget, s. 197- 213.
- Helsedirektoratet. (2021) *Spesialistutdanning for leger*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger> (Hentet 07.mars 2021).
- Helsedirektoratet. (2021) *Autorisasjon og spesialistutdanning*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning> (Hentet 13.februar 2021).

Kristensen, G. E. (2013) *Psykomotorisk fysioterapi i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner*. Masteroppgave. Universitetet i Tromsø. Tilgjengelig fra:

<http://hdl.handle.net/10037/538> (Hentet 02. januar 2021).

Kunnskapssenteret. (2021). Sjekkliste for kvalitativ og kvantitativ forskning. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste> (Hentet 27.oktober 2020).

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindseth, A. og Nordberg, A. (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), s. 145- 153. doi: 101111/j.1471-6712.2004.00258.x.

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Merleau- Ponty, M. (1994) *Kroppens fenomenologi*. Norsk utg. Oslo: Pax Forlag. Hentet fra: <https://www.nb.no/search?q=merleau%20ponty> (Lest januar 2021).

Molander, B. (1996) *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Bokforlaget Daidalos AB.

Norsk Fysioterapeutforbund. (2017) *Takst A9 Psykomotrisk fysioterapi*. Tilgjengelig fra: <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Kompetanseutvikling/Takstkompetanse/Takst-A9-psykomotorisk-fysioterapi> (Hentet 10. oktober 2020).

Paulsen, J. og Hugh Peel, T. (2013) Betydningen av terapeutens egenerapi, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(11), s. 1074- 1079. Tilgjengelig fra:

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/10/betydningen-av-terapeutens-egenterapi> (Hentet 04.januar 2021).

Pears, R. og Shields, G. (2019) *Cite them right*. 11.utg. London: Red Globe Press.

Polanyi, M. (2000) *En innføring i taus kunnskap*. Norsk utg. Oslo: Spartacus Forlag. Hentet fra:

<https://www.nb.no/items/7a81adea33eade3493ff79132b7bd26d?page=5&searchText=polanyi> (Lest januar 2021).

Ricoeur, P. (1979) *Fortolkningsteori*. Dansk utg. København: Vintens Forlag.

Rønning, S. I. (2020) *En nærstudie av psykomotoriske epikriser*. Masteroppgave. Universitetet i Tromsø. Tilgjengelig fra:

<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/19616/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

(Hentet 20.april 2021).

Schön, D. A. (1991) *The Reflective Practitioner*. England: Ashgate Publishing Limited.

Sviland, R., Martinsen, K. og Råheim, M. (2014) To be held and to hold one's own: Narratives of embodied transformation in treatment of long lasting musculoskeletal problems, *Medical Health Care and Philosophy*, 17, s. 609-624. doi: 10.1007/s11019-014-9562-0.

SØK & SKRIV. (2021) *Harvard*. Tilgjengelig fra:

<https://sokogskriv.no/referansestiler/harvard.html> (Hentet 14. april 2021).

Thagaard, T. (2018) *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder*. 5.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Thornquist, E., Radøy, L. og Bunkan, B.H. (1982) *Psykomotorisk behandling: Festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget. Hentet fra:

<https://www.nb.no/search?q=festskrift%20til%20Aadel%20B%20Hansen> (Lest august 2020).

Thornquist, E. og Bunkan, B.H. (1995) *Hva er psykomotorisk behandling?..* Oslo: Pensumtjenesten.

Thornquist, E. (2006) Face- to- Face and Hands- On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Medical Anthropology*, 25(1), s. 65- 97. doi: 10.1080/01459740500514489.

Thornquist, E. (2011) *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

Thornquist, E. (2018) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

UIT Norges arktiske universitet. Studieretning: Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Tilgjengelig fra:

https://uit.no/utdanning/program?p_document_id=279779 (Hentet 11.september 2020).

Weideborg, M. (2013) *Betydningen av egenbehandling for studenter i psykomotorisk fysioterapi*. Masteroppgave. Universitetet i Tromsø. Tilgjengelig fra:

<https://munin.uit.no/handle/10037/5378?show=full> (Hentet 04.april 2021).

WMA. (1964). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet fra:

<https://www.wma.net/policies-post/wmadeclaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-humansubjects/> (Lest 07.mars 2021)

Øien, A.M, Iversen, S. og Stensland, P. (2007) Narratives of embodied experiences-
Therapyprocess in Norwegian psychomotor physiotherapy, *Advances in Physiotherapy*, 9,s.
31-39. doi: 10.1080/14038190601152115.

Øvreberg, G. og Andersen, T. (2016) *Psykomotorisk fysioterapi: Et kildeskrift fra Aadel
Bülow-Hansens praksis*. 2.utg. Trondheim: Fagtrykk Trondheim AS.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og informert samtykke

Vil du delta i forskningsprosjektet

*Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med egenbehandling innafor Norsk
psykomotorisk fysioterapi (NPMF)*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *undersøke psykomotoriske fysioterapeuter sine erfaringer med egenbehandling*. I dette skrivet finner du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Det stilles krav om minimum. 20 t egenbehandling i utdanningsforløpet, for å kunne heve A9-takst som psykomotorisk fysioterapeut. Formålet med denne masteroppgava er å søke dypere innsikt i, hva egenbehandling kan inneholde og hva som erfares av den enkelte i behandling. Det finnes lite skriftlig dokumentasjon om dette. NFFs retningslinjer inneholder lite spesifikk informasjon om hva som er behandlingens innhold og funksjon, annet enn at terapeuter med godkjent A9takst- kompetanse skal utføre den.

Hovedproblemstilling for prosjektet er: Hvilke erfaringer gjør psykomotoriske fysioterapeuter seg i egenbehandling innafor Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)?

Temaer for samtalen er bl.a.:

- *Hvilke opplevelser har du hatt i egenbehandlinga?*
- *Hva har vært viktig for deg i behandlinga, og hvorfor?*
- *Hvilke forventninger hadde du til egenbehandlinga, og hvordan samsvarte dette med opplevelsen?*

Studien er et individuelt forskningsprosjekt på masternivå. U.t. er masterstudent i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, ved UiT.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges arktiske Universitet, institutt for helsefag og omsorgsfag, studieretning masterutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Prosjektet ble presentert i NFFs lukkede faggruppen for psykomotorikere, på Facebook. Informasjon- og samtykkeskriv legges også inn. Dere ble oppmuntra til å ta kontakt, hvis dere syntes prosjektet virket interessant. Jeg ønsker å intervju psykomotoriske fysioterapeuter med A9 takstkompetanse, om deres erfaringer fra egenbehandling. Du meldte din interesse.

Hva innebærer det for deg å delta?

I studien ønsker jeg å anvende semi-strukturerte dybdeintervjuer. Jeg ønsker å rekruttere 3-6 deltakere, fra mitt utvalg.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at vi møtes til felles samtale om temaet, digitalt, på enten Skype for Business eller Zoom. Intervjuet vil vare mellom 60- 90 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål som åpner for refleksjoner rundt dine erfaringer fra egenbehandling. Jeg benytter intervjuguide, med følgende hovedtemaer, som jeg ønsker belyst: Generelle opplysninger, helhetlig opplevelse av egenbehandling, forventninger og opplevelse, avslutningsspørsmål. Intervjuet blir tatt opp via installert app på min mobil gjennom TSD, til senere bruk i analysedelen av masterprosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket ditt tilbake, uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du velger å ikke 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 jeg har informert om i dette skrevet. Vi vil behandle opplysningene konfidensielt, og i samsvar med personvernregelverket.

- *Siri Jørgensen, masterstudent, og veileder på prosjektet, førstelektor Anne Gretland ved UiT, har tilgang til innholdet i prosjektet. Navn erstattes med fiktive navn, og andre kontaktopplysninger anonymiseres og holdes i mest mulig grad utenfor beskrivelser i prosjektet. Datamaterialet oppbevares sikkert via TSDs krypterte område på app. Arbeids-PC låses inn, når jeg ikke jobber med oppgava.*
- *Siri Jørgensen samler inn og transkriberer datamaterialet selv*

- *Masterstudenter ved samme institusjon, men på anna studieretning, vil i obligatoriske masterseminarer, presenteres for deler av prosjektet*

Vi er et lite fagmiljø. Å anonymisere vil derfor være av høyeste prioritet. Opplysninger som publiseres er tenkt å være refleksjoner rundt egen opplevelse av egenbehandling. Under intervjuene, gjør jeg deltakerne oppmerksomme på at de kan få transkribert materiale til gjennomlesning for evt tilbakemeldinger på dette.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 05.05.21. Ved prosjektslutt slettes alle opptak og personopplysninger fjernes ellers, ca. i desember 2021.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt informerte samtykke.

På oppdrag fra *Norges Arktiske Universitet, institutt for helse- og omsorgsfag, masterutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi*, 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 ytterligere spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Institutt for helse- og omsorgsfag, masterprogram i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, ved masterstudent Siri Jørgensen, mobil: 994 73 265, eller veileder Anne Gretland, telefon: 776 60 694.*
- Vårt personvernombud: *Joakim Bakkevold, personvernombud@uit.no, 776 46 322*

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Med vennlig hilsen

Anne Gretland

Siri Jørgensen

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om masterprosjektet *Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med egenbehandling*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i forskningsintervju
- at Siri Jørgensen kan gi opplysninger om meg til prosjektet i anonymisert form

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: intervjuguide

Intervjuguide/ temaguide (strukturinspirasjon fra Tjora, 2017)

Hovedproblemstilling:

Hvilke erfaringer gjør psykomotoriske fysioterapeuter seg i egenbehandling, innafor Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)?

(Konkretisert forskningsspørsmål: Hvilke funksjoner har egenbehandlinga, som obligatorisk del av kompetansebygging i utdanningsforløpet til psykomotoriske fysioterapeuter?)

DEL 1: ÅPNING

Åpningsspørsmål

Bekreftede deltakelse og samtykke: Be de om dette

Vi kan begynne med at du forteller litt mer om deg selv og hvem du er?

- Alder, bosted geografisk
- Arbeidssituasjon, hvor og hva
- Når utdannet, når egenbehandling
- Har du noe annet du vil tilføye?

DEL 2:

TEMABASERTE SPØRSMÅL/ REFLEKSJONSDEL opp mot problemstilling

Tema: Tid og sted, rytme

Videre tenkte jeg at du kanskje du kan fortelle litt generelt om din egenbehandlingsperiode?

- Innafor hvilken tidsperiode hadde du egenbehandlingen?
- Hvor var behandlingsstedet, var det lang avstand? Studerte du samtidig?
- Hvor ofte gikk du til behandling?
- hvor mange timer hadde du tilsammen med egenbehandling?

- Hadde dere noen oppbrudd eller pauser i behandlingsforløpet?
- Har du gått i egenbehandling etter studiet?

Åpning: Videre tenkte jeg vi kunne snakke litt mer inngående, om behandlingsforløpet ditt? Kan du si litt om det?

Tema: Forventninger og erfart som pasient og student

- Hvilke forventninger hadde du før oppstart av behandlingen?
- Hva gjorde dere sammen i timene? (ex. Samtale, benk, øvelser, tematiseringer i kroppslig arbeid)
- Hvordan opplevde du forholdet til terapeuten? Noe spesielt du kommer på som var viktig?
- Hvordan opplevde du det å være pasient?
- Du var jo student også, hvordan påvirket det behandlingen tenker du?
- Hadde du oppbrudd eller lengre pauser i behandlingen? Hvordan var det?
- Om vi tenker på forventningene før oppstart og hva du opplevde gjennom behandlingsprosessen. Kan du si noe om hvordan det ble?

Tema: Hva ble viktig. Brudd med forventninger. Relasjonen

Jeg tenker at vi kan snakke enda litt mer inngående om egenbehandlingen din

- Hva var viktig for deg i egenbehandlingen? Hva ble viktig underveis, f.eks.?
- Var det noe som skilte seg ut i behandlingsprosessen? Kan du fortelle litt om hva, og hvordan det var? (Erfaringer som pasient!)
- Er det noe du kommer på nå, eller da, som du savnet i behandlingen?
- Var det noe, som brøt med forventningene dine underveis? Hvorfor ble det sånn? Hva tenkte du om det da, og hvilke tanker gjør du deg nå?
- Oppbrudd/ pauser? Hva tenkte du om det da, hva tenker du om det nå? Blei du skuffa? Usikker? Forvirra?

- Fikk du kontakt med noe som var vanskelig, godt, utfordrende i behandlingen?
Gjorde det noe med ditt forhold til terapeuten? Kom gjerne med eksempler
Gjorde dette noe med behandlingsprosessen og hva du fikk ut av det?
- Var det andre ting som kom frem i behandlingen, som ble viktig for deg (ta plass osv-
det underkommuniserte)?
Hva tenkte du om det da, og hva tenker du om det nå?

Tema: Hovedessens. Betydninga

Avslutningsvis----- Klarer du å si noe sammenfattende om egenbehandlingen din?

- Hvilken betydning har egenbehandlingen hatt for deg?
(jf NFF: Å være pasient, egen helse)
- Hvilken betydning har egenbehandling hatt for deg som psykomotoriker?
(jf: Kunnskap i faget)
- Hvordan bruker du erfaringene fra egenbehandlingen nå?
- Kan du komme med noen eksempler?

(Kort: Hvilken funksjon (tenker du at) egenbehandlingen har hatt for deg?)

DEL 3: AVRUNDING

AVSLUTNINGSSPØRSMÅL

Det er på tide å avslutte samtalen vår.....

Tema: Hente tråden. Oppsummere

- Har vi glemt noe?
- Kommer du på/ er det noe mer du vil trekke frem og si noe om?

Intervjuprosessen videre:

- Hva som skjer videre med intervjuet: Vise til infoskriv
- Om at det er åpent for å ta kontakt, om det er behov for utfyllende kommentar osv
- Transkripsjon og analysearbeid er neste, tilbud om å lese gjennom transkripsjon
- Takke for samtalen og tiden i lag

(Erfaringsnært språk!)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med egenbehandling innafor Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)

Referansenummer

637661

Registrert

07.12.2020 av Siri Jørgensen - sj0220@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Gretland, anne.gretland@uit.no, tlf: 4777660694

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Siri Jørgensen, siri_joergensen@yahoo.com, tlf: 4799473265

Prosjektperiode

25.10.2020 -

01.12.2021

Status

13.01.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

13.01.2021 - 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 13.01.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjemafor-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

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

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

12.1 og art. 13.

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

T SD, Skype og Zoom er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lene Chr. M. Brandt

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4: Eksempler på koding

KODING AURORA

Meningsbærende enhet	Kode	Evt kommentarer
<p>..Jeg hadde det spredt utover.. halvannet år da, Og da hadde jeg en drøy time reisevei til egenbehandling.</p> <p>.. synes det blei litt.. slitsomt. Å kombinere jobb og studier og egenbehandling</p>	<p>Aurora syntes det var slitsomt med egenbehandling grunnet reisevei og hverdag</p>	<p>Omfattende krav. Avstander og tilgjengelighet?</p>
<p>Jeg følte på at.. Jeg hadde kanskje prioritert annerledes hvis jeg hadde følt mer på at det her er noe jeg må få med meg, noe jeg må sette av tid til å gjøre. Men, jeg følte ikke på den</p>	<p>Aurora hadde prioritert annerledes, om hun hadde følt mer på at egenbehandling var viktig å få med seg</p>	<p>Brudd på forventninger?</p>
<p>Jeg hadde forventninger om at jeg skulle ..lære noe om meg sjøl. Forventning om opplevelse av hvordan det er å gå i et behandlingsforløp hos en psykomotoriker... og kanskje plukke opp noe..ja, kanskje plukke opp noe, vi ikke har vært borte</p>	<p>Aurora forventa først og fremst å lære mer om seg selv i egenbehandling. Kanskje kunne hun plukke opp noe faglig nyttig, også?</p>	<p>Todelt forventning til egenbehandling?</p>

KODING EVELYN

Meningsbærende enhet	Kode	Evt kommentarer
<p>ønska å få noen behandlinger hos ** så... sånn 4 behandlinger Det..var...ryktet! Andre som hadde vært hos **, anbefalte</p>	<p>Evelyn ønska noen behandlinger hos en eldre erfaren pmfer</p> <p>Hun blei anbefalt å gå hos den eldre og erfarne pmf</p>	<p>Faglig nysgjerrighet</p>
<p>men etter hvert som vi jobba mer da ble jeg mer klar over andre sider ved meg selv. Og nå, med å ta en pause fra det, men likevel ha med meg det blikket overalt hvor jeg er, så blir jeg jo så mer obs på det</p>	<p>Evelyn blei var andre sider av seg selv egenbehandlinga.</p> <p>Hun er i etterkant mer bevisst på sine andre sider</p>	<p>Opplevelse av endring/omstilling?</p>
<p>aha- opplevelse med utgangspunkt å ikke kjenne noe.. man få kontakt, i alle fall fikk jeg det, gjennom berøring og bevegelse. har jeg jo brukt mye sjøl, da. I Behandling av pasienter</p>	<p>Evelyn erfarte å få kontakt med kroppen og det overraska henne. Erfaring med bevegelser og berøring, har Evelyn tatt med seg i møte med egne pasienter</p>	<p>Opplevelse av endring/omstilling?</p>

KODING IRENE

Meningsbærende enhet	Kode	Evt kommentarer
<p>Prøvde litt forskjellig... Reiste, for å prøve ulike psykomotorikere. kaller det faglig nysgjerrighet.... jeg oppførte bla **</p>	<p>Irene var faglig nysgjerrig, og oppsøkte flere terapeuter. Bl.a. en eldre og erfaren pmfer i miljøet</p>	<p>Faglig nysgjerrighet</p>
<p>jeg syntes det var litt vanskelig det der å være pasient, jeg. Men sånn sett fikk jeg jo og en aha- opplevelse på hvor sårbart det er å være pasient..</p>	<p>Irene syntes det var krevende å være pasient, og fikk en sterk opplevelse av hvor sårbart det er</p>	<p>Pasienterfaring. Pasienter er sårbare</p>
<p>At terapeutene gjorde ting forskjellig..noen hadde veldig faste grep, noen litt harde grep, andre så myke og forsiktige..</p>	<p>Irene opplevde at behandlerne var forskjellige og hadde ulike grep, men at alle grep ga kroppslig mening. Hun lærte en viktig ting i egenbehandling: Vi må finne vår måte</p>	<p>Nyanser. Ferdigheter- teori</p>
<p>Og så slo det meg.. jeg kunne ikke si at den ene var bedre enn den andre... vi må på en måte finne..din egen måte å være terapeut på</p>		

KODING MONICA

Meningsbærende enhet	Kode	Evt kommentarer
<p>oppsøkte ** sjøl, ** har en tydelig stemme ...syntes hen var veldig flink, og tenkte jeg ville se hvordan hen var. Der hadde jeg 8-9 timer. Og det var også bare samtale. Hen jobba ikke kroppslig i det hele tatt</p>	<p>Monica oppsøkte selv terapeut 2. Hun hadde fra før et godt inntrykk av **.</p> <p>Monica hadde mange timer hos terapeut 2, men alle timene var samtale.</p>	<p>Samtale—PMF....?</p>
<p>at hen er så innmari trygg. Hen er helt urokkelig. Hun er..., så var hen HELT rolig og trygg. Hen ble ikke noe redd. Hen har såpass pondus, at hen tar imot det som kommer, da. Og hen vet hva hen skal gjøre</p>	<p>Terapeut 3 var trygg, rolig og uredd. Det var viktig for Monica å ha en trygg terapeut tilstede i regulering av kroppslige reaksjoner</p>	<p>Pasienterfaring. Trygg samhandling. Terapeuten!</p>
<p>Jeg trur rett og slett at veldig mange av timene var prøvebehandling, jeg. Med lite variasjon på en måte. I hvert fall de første 5-6 var nok det</p>	<p>Monica kjente igjen timene hos terapeut 3 som prøvebehandling, ispedd små variasjoner</p>	<p>Struktur. Prøvebehandlingas plass</p>

