



Norsk psykomotorisk fysioterapi i psykiatrien. - En kvalitativ undersøkelse av erfaringer knyttet til det å bruke psykomotorisk fysioterapi i behandlingen av pasienter som henvises til allmennpsykiatriske poliklinikker.

Gunhild Bentzen Følstad

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

**Institutt for helse- og omsorgsfag,
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø**

Mai 2013

TAKK

Å skrive denne masteroppgaven har vært både spennende, lærerikt, omfattende og krevende. Jeg vil rette en stor takk til alle som har bidratt til at gjennomføringen har vært mulig.

Først og fremst vil jeg takke informantene mine. For imøtekommenhet og velvillighet til å dele av erfaringene deres med meg. Å møte dere har vært en inspirasjon, og noe å strekke seg etter. Kanskje er det mulig også for en som er fersk i faget å stå der med like mye erfaring og kompetanse en dag?

Jeg vil også takke ”Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter” for økonomisk støtte. Og arbeidsgiveren min, Sykehuset Namsos, voksenpsykiatrisk poliklinikk, for økonomisk støtte og tilrettelegging. I det mer daglige/praktiske er det min leder Sigrun Bertnum som skal ha takk. Og da særlig for å være utstyrt med holdningen; ”*Ja, men det ordner vi på et vis!*” Ellers også takk til gode kolleger, spesielt deg Vivian, som har sørget for sjokoladekjeks og trivsel på kontoret. Du gjør det gøy å komme på jobb.

Takk til lærere og medstudenter for gode sosiale stunder og diskusjoner rundt interessante tema. Både faglige og mindre faglige.

En stor takk går til min individuelle veileder, førsteamanuensis og ph.d. Aud Marie Øien. Hjelpen din har vært uvurderlig. Takk også til veileder i gruppe, Målfrid Råheim. Dere har begge bidratt til å gjøre dette prosjektet litt mindre skummelt for meg.

Tilslutt vil jeg takke mamma og pappa og svigerforeldre for hjelp til barnebarnpass og alt mulig annet. Uten dere hadde ikke Tromsø vært mulig. Sigve, takk for at du har holdt ut med at mamma har jobbet med den *dumme oppgaven* så lenge. Nå skal vi leke! Hallvard, takk for at du er akkurat du.

Namsos, 13.5.2013

Gunhild Bentzen Følstad

SAMMENDRAG

Hensikten med denne studien er å få mer kunnskap om hvordan Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) brukes, og kan brukes i behandlingen av mennesker som henvises til allmennpsykiatriske poliklinikker. Studien ønsker å få frem erfaringene til erfarne klinikere som jobber med dette til daglig.

Masteroppgaven er en kvalitativ studie forankret i en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapstradisjon. Det empiriske materialet er basert på det kvalitative forskningsintervju. Det er blitt gjennomført intervjuer av tre personer som har utdanning i NPMF, og lang erfaring med behandling av polikliniske pasienter i allmennpsykiatrien.

Studiens teoretiske rammeverk tar utgangspunkt i teori om NPMF.

Hovedfunnene i denne studien antyder at pasienter som henvises til allmennpsykiatriske poliklinikker kan ha god hjelp av NPMF, og at pasienter her kan oppleve samme nytte av tilnærmingen som man forventer at denne behandlingen for øvrig kan gi. Det pekes imidlertid på at den mer tradisjonelle omstillende psykomotoriske behandlingen ofte blir for krevende for en del pasienter i allmennpsykiatrien.

For øvrig viser funnene at NPMF og det å jobbe med en kroppslig innfallsvinkel kan være med og utfylle andre faggruppers jobb i psykiatrien. Blant annet ved å tilføre en annen type informasjon, og ved å gi andre muligheter i behandling. For eksempel gjennom det å kunne jobbe med berøring.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, NPMF, fysioterapi, psykiatri, psykisk helse, allmennpsykiatrisk poliklinikk.

ABSTRACT

The purpose of this study is to gain more knowledge of how Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP) is used, and can be used in the treatment of people referred to general psychiatric outpatient clinics. The study wants to bring out the experiences of experienced clinicians who work with this on a daily basis.

This master thesis is a qualitative study based on a phenomenological and hermeneutic tradition. The empirical material is based on the qualitative research interview. Three interviews have been conducted. The interview subjects were all trained in NPMP and had extensive experience from working with patients in outpatient clinics in general psychiatry.

The theoretical framework of this study is based on the theory of NPMP.

The main findings of this study suggests that patients referred to general psychiatric outpatient clinics, may benefit from NPMP and experience the same help as this treatment can provide in general. It is pointed out however, that the traditional readjusting psychomotor therapy often is too demanding for some patients in general psychiatry.

In addition, the findings show that therapists who work with NPMP and the body at centre, can complement other professionals in the field of psychiatry. For example by adding another type of information, and by providing additional opportunities in treatment. For example, being able to touch and handle the body.

Key Words: Norwegian PsychoMotor Physiotherapy, NPMP, phsiotherapy, psychiatry, mental health, outpatient clinics.

Innholdsfortegnelse

1.0. INNLEDNING	1
1.1. Studiens bakgrunn og hensikt.....	1
1.2. Avklaring av sentrale begrep i oppgaven	3
1.3. Annen litteratur og forskning på området	3
1.4. Hvorfor denne studien	5
1.5. Problemstilling	6
2.0. TEORETISK PERSPEKTIV	6
2.1. Norsk Psykomotorisk Fysioterapi	6
3.0. METODE	10
3.1. En kvalitativ tilnærming	10
3.2. Valg av kvalitativt forskningsintervju som metode	10
3.3. Utvalgskriterier og utvalg	12
3.4. Rekruttering og erfaringer.....	12
3.5. Datainnsamling.....	13
3.6. Transkribering og den analytiske prosessen	15
3.7. Diskusjon av metode	18
3.7.1 Min rolle som forsker	18
3.7.2 Valg av metode	19
3.7.3 Utvalg	20
3.7.4 Intervjusituasjonen.....	20
3.7.5 Transkripsjon og analyse	21
3.7.6 Studiens gyldighet og relevans	22
3.8. Ethiske overveielser.....	23
4.0. PRESENTASJON AV RESULTATER	23
4.1. Presentasjon av deltagerne.....	24
4.2. Forhold som får betydning for behandlingstilnærming.....	25
4.2.1. Forutsetninger for behandling og forhold rundt pasienten av betydning	25
4.2.2. Valg av behandlingstilnærming påvirkes av mer enn kroppsundersøkelsen.....	29
4.3. Samarbeidet med andre faggrupper og forholdet til annen kunnskap.....	32
4.3.1. Samarbeid, og det å bidra med noe som er annerledes.....	33
4.3.2. Forholdet til annen kunnskap.....	37
4.4. Erfaringer knyttet til bruk av NPMF i allmennpsykiatrisk poliklinikk.....	39
4.4.1. Bruk og tilpasning av metoden	39
4.4.2. Erfaringer knyttet til nytten av behandling, og målsettinger	42
4.4.3. Når metoden passer og ikke.....	44
4.4.4. Samtalen i PMF	47
5.0. DISKUSJON	49
5.1. NPMF - Metode, tilnærming eller grunnleggende måte å forstå? Tvetydighet	49
5.2. NPMF – Velegnet i behandling ved allmennpsykiatriske poliklinikker?	51
5.3. Å bidra med noe som er annerledes	55
5.4. Avsluttende kommentarer.....	58
LITTERATURLISTE	59
VEDLEGG	62

1.0. INNLEDNING

1.1. Studiens bakgrunn og hensikt

Med denne studien ønsker jeg å bidra til å øke kunnskapen om, og å synliggjøre hvordan Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) brukes, og kan benyttes ved allmennpsykiatriske poliklinikker i psykisk helsevern. ”Ideen” til masteroppgaven springer i all hovedsak ut fra egne erfaringer og egen nysgjerrighet. I litt over fire år har jeg nå vært ansatt ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk ved et lokalsykehus. Her er vi to fysioterapeuter som får henvist pasienter med et bredt spekter av psykiatriske diagnoser og kroppslige plager. Før jeg begynte i denne stillingen, jobbet jeg et år i et privat helseforetak som var tilknyttet prosjektet ”Raskere tilbake” via Arbeids og velferdsetaten (NAV). Der utredet vi arbeidsevnen hos mennesker med en mulig psykisk lidelse, eller funksjonsnedsettelse som ikke kunne forklares ved hjelp av en tradisjonell biomedisinsk forståelse.

Så lenge jeg har vært fysioterapeut, har jeg altså stort sett jobbet med det som gjerne kalles ”sammensatte lidelser”. Petter Borchgrevink, et.al (2009, s. 1368) ved Nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser, skriver at dette begrepet ”...omfatter tilstander med betydelige somatiske symptomer der biopsykososiale faktorer er spesielt tett vevd sammen, og der ingen anerkjent diagnose fullt ut kan forklare symptomene”. Eksempler på dette kan være kronisk utmattelsessyndrom, eller generaliserte muskelsmerter. De sammensatte lidelsene er plagsomme og hemmende for pasientene, og utgjør store og kostbare folkehelseproblemer (Studieplan Mastergradsprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, 2011).

Smerter er ofte en del av bildet ved sammensatte lidelser. Og kroniske smerter deles også vanligvis i tre grupper, der smerter med ukjent årsak/sammensatte lidelser er den ene. De to andre gruppene er smerte som skyldes påvisbar vevsskade, og skade i nervesystemet. (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010). Rundt 30 % av den voksne befolkningen rapporterer til enhver tid å ha kroniske smerter, og muskel-/ skjelettsmerter anses å utgjøre hoveddelen. Forekomsten av kroniske smerter øker med alderen, og kvinner er mer utsatt enn menn. Kroniske smerter er en viktig faktor til langtidssykefravær og uførhet (ibid.).

Det er også nær sammenheng mellom kroniske smerter og psykiske plager. Pasienter med kroniske smerter har for eksempel to til fire ganger høyere forekomst av angst og depresjon,

og dobbelt så høy forekomst av selvmord som resten av befolkningen. Søvnproblemer er også vanlig (ibid.). En studie av Malmgren-Olsson og Armelius (2003) viser at personer med kroniske smerter også har høy forekomst av såkalt komorbide emosjonelle vansker som angst og tristhet, tretthet og søvnvansker. Tschudi-Madsen et.al, (2011) har undersøkt sammenhengen mellom antall smertepunkter på kroppen og antall selvrappporterte ikke-muskulære symptomer som eksempelvis angst, depresjon, svimmelhet, mageplager etc. De fant at denne sammenhengen var tilnærmet lineær.

Jeg hadde neppe jobbet i psykiatrien om jeg ikke hadde syntes at sammensatte lidelser var interessante. Samtidig er det utfordrende å ”tåle” å ikke kunne finne et svar på alt, og å ikke kunne hjelpe alle. Etter at jeg begynte på masterutdanningen i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, opplever jeg å ha fått et større rammeverk å forstå ting i. Blant annet mer helhetlige måter å tenke om kropp og helse på, som kan utfylle den rådende biomedisinske tradisjonen. Denne tradisjonen skriver Drew Leder (1992) har sin opprinnelse i en tankegang om at kropp og sjel er to adskilte enheter - arven etter Descartes. Utvidet forståelse gjør at det, i alle fall av og til, oppleves litt lettere å se noen sammenhenger, og å finne ord å forklare disse med. I tillegg til at utdanningen gradvis har gitt økt teoretisk innsikt, har jeg også fått flere verktøy å bruke i behandling. Og da i hovedsak Norsk psykomotorisk fysioterapi. NPMF ble utarbeidet fra slutten av 1940-årene av psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen. Deres felles utgangspunkt var sammenhengen mellom muskelspenninger, pust og følelser (Bunkan, 2001).

De fleste av pasientene jeg får henvist gir uttrykk for at de har nytte av psykomotorisk behandling. Om ikke alle blir kvitt alle plager, synes de fleste det er hjelp i det å bli mer bevisst noen sammenhenger. Hva kan ha ført dem dit de er i dag? Hva påvirker stress og smerter? Samtidig opplever jeg også at en god del av pasientene ikke klarer å nyttiggjøre seg denne tilnærmingen. Det kan være flere grunner til dette. Enkelte har problemer med berøring. Noen dissosierer lett. Andre har en væremåte som gjør at jeg opplever det blir vanskelig å få til et godt samarbeid. Noen er så fylt av andre ting, som for eksempel økonomiske bekymringer, at de er lite tilgjengelige for behandling. En del ønsker bare å ”bli reparert” og er ikke interessert i en mer helhetlig tilnærming. I mange av disse sakene er jeg usikker på hvordan jeg best skal kunne hjelpe. Og jeg opplever ofte å komme til kort.

Med disse erfaringene som et utgangspunkt, ønsker jeg med denne masteroppgaven å undersøke og å lære mer om hvordan NPMF kan benyttes i behandlingen av mennesker med

psykiske lidelser. For å få mer kunnskap om temaet, velger jeg perspektivet til erfarne fysioterapeuter som jobber med dette til daglig. Jeg har savnet litteratur og andre beskrivelser av NPMF i psykiatrien, både som nyansatt fysioterapeut i fagfeltet og student.

1.2. Avklaring av sentrale begrep i oppgaven

Psykomotorisk fysioterapi: I denne oppgaven velger jeg å forstå NPMF slik denne behandlingsformen blant annet er beskrevet av Thornquist og Bunkan (1986) i boka; ”Hva er psykomotorisk behandling”, og Øvreberg og Andersen i boka ”Aadel Bülow Hansens fysioterapi” (1986). Jeg vil utdype dette nærmere i teoridelen. Når jeg i oppgaven veksler mellom å bruke ord som NPMF, PMF, psykomotoriker, psykomotorisk fysioterapeut, etc. er det hele veien denne forståelsen jeg refererer til.

Fysioterapeut med spesialkompetanse i psykomotorisk fysioterapi: Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi, samler forskjellige retninger og tradisjoner under paraplybetegnelsen psykomotorisk fysioterapi. De to største grenene er NPMF og Basal Kroppskjennskap (BK). Videreutdanning innen disse retningene kan føre frem til tittelen spesialist i psykomotorisk fysioterapi (Norsk Fysioterapeutforbund). I denne oppgaven er jeg interessert i erfaringene til fysioterapeuter med videreutdanning i NPMF.

Allmennpsykiatriske poliklinikker: Kringlen (2011) skriver at psykiatriske poliklinikker behandler pasienter som ikke trenger innleggelse i sykehus, og at hovedtyngden utgjøres av pasienter med angst og depresjoner. Med allmennpsykiatriske poliklinikker, mener jeg poliklinikker ved sykehus eller distriktpspsykiatriske sentra (DPS), som behandler pasienter som etter diagnosesystemet ICD-10, vanligvis henvises til poliklinisk oppfølging. Og som ikke er spesialisert i forhold til enkeltlidelser.

Pasienter: Jeg er interessert i erfaringene man har med de pasientene som faktisk får NPMF som en del av poliklinisk behandling, uavhengig av diagnose/problemstilling. Og definerer derfor ikke pasienter noe utover at de skal være henvist til en allmennpsykiatrisk poliklinikk.

1.3. Annen litteratur og forskning på området

Så langt har jeg ikke funnet studier som gir direkte beskrivelser av NPMF i allmennpsykiatrien. Marit Sundsvold (1975) gjorde en studie der hun sammenlignet muskelfunn hos pasienter som var innlagt i psykiatrien med psykose-/nevroselidelser,

pasienter som ble behandlet ved fysikalske institutt, og friske. Resultatene hennes viste en tydelig sammenheng mellom muskelspenninger og psykisk tilstand.

Eline Thornquist og Anne Gretland har begge gjennomført feltarbeid der de har sett på hvordan fysioterapeuter jobber i psykiatrien. Disse arbeidene er utgitt i rapporten ”Fysioterapeuters rolle og funksjon i psykisk helsevern” (Thornquist, 1992), og boka ”Den relasjonelle kroppen” (Gretland, 2007) som bygger på rapporten ”Kroppens spor, en utfordring i psykiatrien” (Gretland, 1999). Det er også fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse blant informantene i disse studiene, uten at dette fremheves spesielt.

Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi i Norge, gir hvert år ut en oversikt over aktuelle master- og doktorgradsstudier. I den siste oversikten er det tre masteroppgaver som omhandler psykiatri. Ut fra titler/abstracts å dømme, handler ingen av dem om NPMF og psykiatri (Spenningsnytt, 2012). På hjemmesiden til Fagforum for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi i Danmark (2010), ligger det en oversikt over aktuelle danske og svenske studier. Jeg finner ikke noe om temaet mitt der.

Den 20.3.12. (Oppdatert 23.4.13), gjennomførte jeg et søk i databasene PsycInfo, Medline, Embase og Amed. Ved å bruke søkeordene ”*psychomotor physiotherapy*” fikk jeg 27 (30) treff. Dette var en blanding av artikler og bøker. Ingen omhandlet PMF i psykiatrien. Med ordene ”*psychomotor physical therapy*” fikk jeg 4 treff. Ingen var direkte relevante. Med søkeordene *physiotherapy and psychiatry*, fikk jeg 249 (298) treff. Flere av artiklene beskrev fysioterapi og psykiatri, men ved å gå gjennom titler/ abstracts, fant jeg ingen som var direkte relevante, fordi ingen omhandlet NPMF. En del av treffene manglet også abstract og var skrevet på språk jeg ikke leser. Med ordene *physiotherapy and "mental health"*, (limit to humans, english and abstracts), fikk jeg 277 (349) treff. En av artiklene handlet om fysioterapi for polikliniske pasienter. Der undersøkte man effekten av det som er beskrevet som psykiatrisk fysioterapi, hos 10 pasienter med symptomer som angst, fobier, depresjon og krisereaksjoner. Og resultatene viste at 9 deltagere rapporterte symptomlette i moderat eller stor grad. (Mattsson & Mattsson, 1994). Ellers var det flere av artiklene som handlet om fysioterapi og psykiatri, uten å være direkte relevante.

Når det gjelder annen litteratur enn den forskningsbaserte, fant jeg følgende: I *Festskrift til Aadel Bülow Hansen* (1982) har Grete Engh og Lise Radøy skrevet et kapittel som heter ”*Psykomotoriske prinsipper brukt innen tungpsykiatrien*”. Her skriver de at PMF er regnet

som kontraindisert behandling for pasienter i psykiatrien. Men tar til orde for at dette ikke bør være absolutt, da de ser at deres pasienter kan ha god nytte av en forsiktig og tilpasset variant av tilnærmingen. I rapporten; ”*Fysioterapi og spiseforstyrrelser*” beskrives NPMF som en mulig behandlingstilnærming for pasienter med spiseforstyrrelser (Nilsen, Danielsen, & Grønlund, 2005). I *Festskrift til Berit Bunkan* (2009) har Sternberg og Bohlen skrevet et kapittel som heter ”*Fysioterapeutisk intervention ved personlighetsforstyrrelser*”. Her skriver de om behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelser som er basert på psykomotoriske prinsipper.

Det finnes flere studier som beskriver Basal Kroppskjennskap (BK) i psykiatrien, blant annet Gyllensten, Hansson og Ekdahl (2003) og Johnsen og Råheim (2010). Fordi om BK og NPMF kanskje må kunne sies å være beslektet, har jeg valgt å ikke ta med noen fullstendig oversikt over BK-studiene, da jeg primært er interessert i NPMF i denne oppgaven.

1.4. Hvorfor denne studien

Siden det er forsket lite på, og skrevet lite om NPMF i psykiatrien, tenker jeg at det er relevant å gjennomføre denne studien. I og med at NPMF allerede brukes i psykiatrien, mener jeg det er viktig å synliggjøre hva fysioterapeuter med spesialkompetanse i psykomotorisk fysioterapi bidrar-, eller kan bidra med. Jeg ønsker å belyse praksis basert på informasjon fra fysioterapeuter i praksis, og mener dette er viktig fordi det kan ligge mye lærdom i andres erfaringer. Og fordi synliggjøring kan være med å videreutvikle faget.

Utover å være interessant for min egen del, håper jeg at studien kan bidra til at andre nyutdannede fysioterapeuter, eller fysioterapeuter med begrenset erfaring fra psykiatri, finner kunnskap, råd, eller ideer de kan ha nytte av. Økt kunnskap er viktig i seg selv, men et overordnet ønske er selvsagt at mer kunnskap kan føre til at flere pasienter opplever å få meningsfull hjelp. Jeg håper også at mer erfarne fysioterapeuter ansatt i psykiatrien og deres samarbeidspartnere, kan finne noe av interesse. Videre tenker jeg at oppgaven kan være relevant for folk som jobber med å organisere enheter og avdelinger i psykiatrien, og som avgjør hvilke faggrupper man trenger i teamene sine. Sist mener jeg at studien kan være av generell interesse for fysioterapeuter fordi en del erfaringer kanskje er like allmenngyldige og relevante for all fysioterapipraksis, uavhengig av at de er hentet fra psykiatrien.

1.5. Problemstilling

Hensikten med denne studien er å undersøke og å lære mer om hvordan NPMF kan brukes i behandlingen av pasienter som henvises til allmennpsykiatriske poliklinikker, ved å få frem informasjon fra de som kjenner feltet best. Problemstillingen min er som følger:

Hvilke erfaringer formidler erfarne fysioterapeuter med psykomotorisk spesialkompetanse, knyttet til det å bruke psykomotorisk fysioterapi i behandling av pasienter med psykiske lidelser, ved allmennpsykiatriske poliklinikker?

2.0. TEORETISK PERSPEKTIV

Siden temaet for denne masteroppgaven er Norsk Psykomotorisk Fysioterapi i psykiatrien, er det naturlig å anvende teorigrunnet til NPMF som teoretisk perspektiv for å belyse og diskutere deler av materialet med. Og som nevnt under punkt 1.2., har jeg valgt å ta utgangspunkt i den forståelsen av NPMF som blant annet beskrives av Thornquist og Bunkan (1986) og Øvreberg og Andersen (1986). Men jeg har også trukket inn andre kilder.

2.1. Norsk Psykomotorisk Fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utviklet gjennom et samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy fra slutten av 1940-årene (Bunkan, 1982). Braatøy var både kliniker og teoretiker, og var blant annet inspirert av psykoanalytiske og psykodynamiske teorier. Han var opptatt av samspillet mellom kroppslige og psykiske prosesser, og stod for et helhetlig syn på forholdet mellom kroppen og det levde liv. Terapisynet hans var basert på humanismen (Vollset, Meland, & Nessa, 2004; Thornquist, 2006). Bunkan (2001) skriver at det humanistiske grunnsynet hos Braatøy gjennomsyrrer anvendelsen av NPMF. Hans mest sentrale artikkel om teorien bak psykomotorisk fysioterapi er kanskje ”*Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevrose*”. Mens hans mest kjente verk ”*de nervøse sinn*” har vært en viktig inspirasjonskilde i det psykomotoriske miljøet (Vollset, Meland, & Nessa, 2004; Thornquist, 2006).

Bülow-Hansen var først og fremst kliniker, og hadde 20 års erfaring fra ortopedi da hun møtte Braatøy (Thornquist, 2006). Hun hadde da etter hvert fått interesse for pasienter med lidelsen yrkesnevrose, som var den diagnosen mange pasienter med smerter i skuldre, nakke og armer fikk den gang. Hun mente at dette ikke bare var et resultat av arbeidsstillinger og

stress, slik den utbredte oppfatningen var. Men at det også handlet om pasientens personlighet og evne til å tåle de krav livet stilte. Og i behandlingen av denne pasientgruppen erfarte hun at respirasjonen spilte en viktig rolle (Bülow-Hansen, 1982).

Det var i undringen over sammenhengen mellom muskelspenninger, pust og følelser at Braatøy og Bülow-Hansen fant felles interesser. Og de tok utgangspunkt i egne kliniske erfaringer og hvordan de så at vi som mennesker og kropper faktisk er da de sammen utviklet og eksperimenterte seg frem til den behandlingsformen vi i dag kjenner som NPMF. Braatøy døde i 1953, og etter dette samarbeidet Bülow-Hansen med blant annet psykiater Nils Houge og allmennpraktiker Thoralf Hødal med å videreutvikle tradisjonen (Bülow-Hansen, 1982; Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2006).

En grunntanke i psykomotorisk fysioterapi er at kroppen er en funksjonell og samspillende enhet, der dens enkeltdeler står i et innbyrdes avhengighetsforhold til hverandre. Mennesket påvirkes av fysiske, psykologiske og sosiale faktorer i et kontinuerlig samspill. NPMF retter seg ikke spesifikt mot symptomer/diagnoser, men mot en generell omstilling av kroppen der ulike forhold endres og blir mer hensiktsmessige (Thornquist & Bunkan, 1986).

Undersøkelsen, eller prøvebehandlingen, er et bærende element i den psykomotoriske tilnærmingen, og benyttes for å avgjøre om behandling vil være egnet for pasienten, samt hvor intensiv denne eventuelt skal være. Hensikten er å danne seg et inntrykk av pasientens ressurser og svakheter. Samt kroppens/pasientens mulighet for endring, eller det som i den psykomotoriske tradisjonen gjerne kalles omstillingsevne. Undersøkelsen innebærer en form for prøvebehandling der en i tillegg til mer biomekaniske vurderinger, ser etter tegn til endringer og hvilke reaksjoner som eventuelt følger disse forandringene (Thornquist & Bunkan, 1986; Øvreberg & Andersen, 1986; Gretland, 2007).

Undersøkelsen starter med en anamnese der en gjerne tar utgangspunkt i aktuelle plager og kroppslig fungering, nå og tidligere. Deretter gjennomføres kroppsundersøkelsen der en via forskjellige delundersøkelser i ulike utgangsstillinger søker informasjon om kroppsholdning, bevegelses- og spenningsmønstre og muskulære forhold. Respirasjonen tillegges særlig vekt og registreres kontinuerlig. Videre ser en etter autonome reaksjoner i situasjonen, og prøver å danne seg et inntrykk av den mer generelle autonome fungeringen. Og en er interessert i å få tak i pasientens egne opplevelser, tanker og assosiasjoner. Noen inkluderer også pasientens

generelle kroppsoppfatning og kroppsopplevelse (Thornquist & Bunkan, 1986; Øvreberg & Andersen, 1986).

De vanligste utgangsstillingene er stående, sittende, stupstående, langssittende, rygg- og framliggende. Og delundersøkelsene består av ulike funksjonsprøver, aktive og passive bevegelser, samt berøring og palpasjon av muskulatur (Øvreberg & Andersen, 1986).

Eksempler på hva en ser etter er: holdningsmønster. Evnen til å utføre isolerte og nyanserte bevegelser. Fleksibilitet vs. stabilitet. Balanse over bena. Mulighet for å gi etter for tyngdekraften. Hvordan en lar seg bevege av fysioterapeuten. Forholdet til berøring.

Respirasjonens tilpasning til endrede krav. Reaksjoner som ikke svarer til situasjonen.

Muskelkvalitet og muskelspenning. Om det er samsvar mellom det terapeuten ser/kjenner og det pasienten selv erfarer. Pasientens opplevelse av undersøkelsen (Thornquist & Bunkan, 1986; Gretland, 2007).

Gjennom undersøkelsen prøver en å danne seg et helhetsinntrykk av kroppen og av personen, og muligheter for endring. I dette ligger også forhold som for eksempel motivasjon, innsikt, og hvilke betingelser pasienten lever under for øvrig. Fysioterapeuten sammenfatter funnene, og på bakgrunn av helheten konkluderes det om pasienten skal ha behandling, og eventuelt hvilken (Thornquist & Bunkan, 1986; Øvreberg & Andersen, 1986). Ulike forhold vektlegges imidlertid ulikt. Tradisjonelt sett har for eksempel pust og funksjon blitt tillagt større verdi enn for eksempel holdning og funn i muskulaturen. Dette fordi pust regnes å være direkte og kanskje mer spontant knyttet opp mot vårt følelsesliv, og av den grunn også er det som kan si mest om graden av emosjonell belastning. Funksjonsprøvene gir et inntrykk av fleksibilitet og trygghet i øyeblikket, som igjen kan være med og si noe om hvordan pasienten bruker seg selv til vanlig (Thornquist & Bunkan, 1986; Bunkan, 2008).

I tillegg til prøvebehandlingen, der undersøkelse og behandling gjerne overlapper hverandre, er det også utviklet nyere og mer systematiske kroppsundersøkelser som bygger på prinsippene i NPMF. De mest kjente er Global Fysioterapeutisk Muskelundersøkelse, den Ressursorienterte Kroppsundersøkelsen, og den Omfattende Kroppsundersøkelsen (Bunkan, 2001).

Behandling i NPMF tar utgangspunkt i anamnesen og funnene i kroppsundersøkelsen.

Tradisjonelt sett har man gjerne skilt mellom omstillende og støttende behandling. Gretland (2007) skriver at begrepene viser til hvordan behandlingen virker inn på en pasients forsvar.

Og omstillende behandling utfordrer pasienters kroppslige selvregulering ved at selvbeskyttende, vanemessige bevegelser og væremåter utfordres og kroppslig forsvar svekkes, gjennom endringer i muskulære spenninger og pustemønstre. Den omstillende behandlingen regnes å være best egnet for de mest robuste og ressurssterke pasientene. Gjennom respirasjonsfrigjørende bevegelser, berøring og massasje tilpasset den enkelte, søker en å endre holdning og å redusere muskulære spenninger. Målet er en mer fleksibel og stabil kropp, uten unødige spenninger som hemmer respirasjon og bevegelser, samt å øke pasientens innsikt i hva som kan hemme og fremme dette. I tillegg til endringer i respirasjonen og muskel-/skjelettsystemet, er målet gjerne også følelsesmessige forandringer, som det å komme mer i kontakt med eget følelsesliv. Og bedring av andre kroppslige funksjoner for eksempel temperaturregulering og fordøyelse (Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2006; Bunkan, 2008).

I den psykomotorisk behandlingen tar man gjerne utgangspunkt i en av de samme utgangsstillingene som i undersøkelsen. Eller en bevegelse som for eksempel; gange, ned- og opprulling av ryggen, eller kneløft i sittende. Terapeut og pasient utforsker sammen hva som hemmer bevegelse eller respirasjon. Funn kan følges i nye stillinger eller bevegelser, eller man kan fortsette med massasje, der en behandler hele eller store deler av kroppen. Terapeuten skal åpne opp for refleksjon rundt sammenhenger mellom det som skjer og uttrykkes kroppslig, og følelser og opplevelser. Hver behandling varer en time, der 45 minutter er fordelt på bevegelser og massasje, 5 til 10 minutter hvile, og 5 minutter oppsummering tilslutt (Øvreberg & Andersen, 1986; Bunkan, 2001).

Om undersøkelsen viser at pasienten er i en beredskapstilstand, eller har et skjørt forsvar, regnes omstillende behandling gjerne som kontraindisert. Dette fordi en tenker at denne formen for behandling kan aktivisere følelser og minner som kan bli vanskelige for pasienten å håndtere, og videre føre til økt kroppslig beredskap og ytterligere plager. En kan likevel jobbe med de psykomotoriske prinsippene, men da heller legge vekt på forhold som forankring og stabilitet (Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2006; Bunkan, 2008).

Jeg vil trekke inn mer litteratur knyttet til NPMF ved diskusjon av resultater.

3.0. METODE

3.1. En kvalitativ tilnærming

Brinkmann og Tanggard (2010) skriver at det ikke finnes en allment akseptert definisjon av hva kvalitativ forskning eller kvalitative forskningsmetoder er. Vanligvis betyr det imidlertid at man er interessert i hvordan noe gjøres, sies, oppleves, fremstår eller utvikles. Man er for eksempel opptatt av å beskrive, forstå, fortolke eller dekonstruere den menneskelige erfaringens kvaliteter. Og man ønsker å forstå enkeltmennesker og sosiale prosesser; hvordan mennesker tenker, føler, handler, lærer eller utvikler seg. En vil forstå menneskelivet ”innenfra”, der hvor livet leves, heller enn utenfra og på avstand. Malterud (2011) skriver at kvalitative metoder, bygger på teorier om menneskelig erfaring - fenomenologi, og fortolkning - hermeneutikk. Kvalitative metoder omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstlig materiale fra; samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng.

3.2. Valg av kvalitativt forskningsintervju som metode

I denne masteroppgaven ønsker jeg å studere en avgrenset kontekst mer helhetlig og grundig heller enn å gå i bredden. Jeg ønsker å få mer kunnskap om hvordan fysioterapeuter med spesialkompetanse i PMF tenker om psykomotorisk praksis for pasienter med psykiske lidelser, som behandles ved allmennpsykiatriske poliklinikker. Og jeg ønsker å få frem disse fysioterapeutenes subjektive erfaringer, opplevelser og meninger rundt dette. Dermed er det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. På bakgrunn av problemstilling og tema, har jeg valgt å bruke det kvalitative forskningsintervjuet som metode.

Det finnes ulike måter å gjennomføre kvalitative intervjuer på. Ofte klassifiseres de etter grad av struktur og formalitet, fra strukturerte-formelle til uformelle-ustrukturerte (Kaarhus, 1999). Kvale og Brinkmann (2010) skriver at intervju kan være utforskende eller hypotesetestende, og at hovedformålet kan være enten empirisk eller teoretisk. Til datainnsamlingen min har jeg valgt å bruke semistrukturerte intervjuer, eller det Kvale og Brinkmann kaller semistrukturerte livsverden-intervju.

Det semistrukturerte livsverden-intervjuet er definert som ”En planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet”. (ibid. s 325). Tjora (2011) sier at man som en hovedregel bruker dybdeintervju, eller semistrukturerte intervju der en vil studere meninger, holdninger og erfaringer. Denne intervjuformen egner seg når man vil forstå et tema ut fra intervjupersonens egne perspektiver. En søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkninger av meningen med det som blir beskrevet. Intervjuet er som en vanlig samtale, men hvor forskeren i større eller mindre grad bestemmer hvilke temaer som skal tas opp, og er den som definerer situasjonen (Kvale & Brinkmann, 2010). Intervjuene mine var ment å være utforskende, og hadde som formål å innhente empirisk informasjon.

Som hjelp til å strukturere intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide (Vedlegg 1) som inneholdt tema om det jeg ville vite mer om, og forslag til spørsmål. Dalland (2012) skriver at intervjuguiden er den planen vi lager for intervjuet. Og når en planlegger halvstrukturerte intervju er guiden som regel også halvstrukturert. Temaene en ønsker belyst er skrevet ned, men en er ikke bundet til noen bestemt rekkefølge, og det utvikles spørsmål i samtalen alt etter hvilke svar informantene gir. Guiden min var altså ment som et utgangspunkt, men jeg ønsket at deltagerne skulle få snakke mest mulig fritt om temaet jeg er interessert i, og var opptatt av å høre hva de vektla. Jeg var også klar over at det kunne dukke opp nye ting jeg ønsket å vite mer om når jeg begynte å snakke med informantene, slik dette for eksempel beskrives av Kaarhus (1999). Jeg var dermed åpen for at intervjuguiden kunne endres noe underveis. Jeg valgte likevel å sende den foreløpige intervjuguiden til deltagerne på forhånd, slik at de kunne forberede seg litt på hva jeg var interessert i å vite mer om.

Jeg valgte å ta opp intervjuene på lydbånd for å være sikker på å få med meg alt som ble fortalt. Tjora (2011) skriver at lydopptak som en hovedregel brukes ved flere typer intervju, fordi det gir en visshet om å få med seg det som blir sagt. Dermed kan en vie oppmerksomheten til den som snakker og det å få til en god intervjusituasjon. Videre beskriver han at det er en fordel om opptaksutstyret gjør lite ut av seg. For å være bedre sikret mot å bli sviktet av teknikken bestemte jeg meg for å gjøre to opptak på to enheter. En Asono Mp3-spiller og en Iphone 3Gs. Begge er små og enkle i bruk, og skaper lite forstyrrelser.

3.3. Utvalgskriterier og utvalg

Siden jeg etterspør kunnskapen til erfarne fysioterapeuter med spesialkompetanse i norsk psykomotorisk fysioterapi, med erfaring fra arbeid i allmennpsykiatriske poliklinikker, har dette lagt ganske klare føringer for hvem jeg kan bruke som informanter. Jeg har altså gjort et strategisk utvalg. Dette er utvalg basert på hvem en tror kan gi mest opplysninger om det en er interessert i (Malterud, 2011). Inklusjonskriteriene mine var at informanten måtte ha videreutdanning i NPMF. Erfaren valgte jeg å definere som; å være, eller ha vært ansatt ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk i mer enn fem år etter endt videreutdanning i NPMF.

Spørsmålet om hvor mange en må intervjuer for å få nok informasjon, er i utgangspunktet vanskelig å bestemme på forhånd. Ideelt sett bør man hente informasjon til ”det ikke er mer å hente” om fenomenet man undersøker (Brinkmann & Tanggard, 2010). Men i realiteten blir det vel tilslutt et kompromiss mellom det ideelle og det mulige. Et materiale kan ikke være så lite at det ikke inneholder nok data, og så stort at man ikke klarer å holde oversikten (Malterud, 2011). Kaarhus (1999) beskriver tre faktorer som er med og bestemmer hva som begrenser en åpen intervjuserie; problemstilling, ressurser og når nye intervjuer ikke gir ny informasjon. Det er vel først og fremst etterarbeidet med transkribering og tolking av tekst som setter begrensninger for antall intervjuer man kan gjennomføre. Grimen og Ingstad (2008), anslår at en times intervju gir 20-25 tekstsider. Malterud (2011) anslår ca. 12 sider med enkel linjeavstand, på samme tid.

Idealet om å hente alt som er om et emne, stiller seg nok litt annerledes når det er snakk om en studentoppgave, kontra et vanlig forskningsprosjekt. Problemstillingen min er omfattende, og jeg velger å avgrense den empirisk til å gjelde de data som er innhentet gjennom 3 dybdeintervjuer av erfarne fysioterapeuter med spesialkompetanse i NPMF. Innenfor den gitte tidsrammen av denne masteroppgave er det sagt at 3-4 intervjuer med ca. en times varighet er passe for at materialet skal være håndterlig. Og jeg har valgt å forholde meg til dette.

3.4. Rekruttering og erfaringer

For å finne gode informanter gikk jeg gjennom faggruppens oversikt over spesialister som ligger åpent tilgjengelig på nettsidene til Norsk fysioterapeutforbund. I tillegg har jeg snakket med folk med god kjennskap til fagfeltet og som har oversikt over hvem som jobber ved ulike allmennpsykiatriske poliklinikker. Aktuelle kandidater ble kontaktet via telefon eller e-post,

og forespurt om de kunne tenke seg å stille som informanter. To av de som ble kontaktet takket nei, da de selv mente de ikke var aktuelle fordi det var lenge siden de hadde jobbet i psykiatrien, eller fordi de jobbet mest med behandlingstilnærmingen Basal kroppskjennskap. Da jeg hadde fått ja fra tre informanter henvendte jeg meg ikke til flere. I tillegg til at alle tre oppfylte inklusjonskriteriene, var de også spesialister i psykomotorisk fysioterapi. I god tid før intervjuene skulle gjennomføres fikk informantene tilsendt e-post med skriftlig informasjon om studien, opplysninger om frivillighet og muligheten til å trekke seg underveis, og oppbevaring og sletting av data. Samt skjema for skriftlig samtykke (Vedlegg 2). Dette som beskrevet av Kvale og Brinkmann (2010). Informantene vil bli presentert nærmere i resultatdelen under kapittel 4.1.

Utvalget mitt kan til en viss grad sies å være begrenset av faktorer som tilgjengelighet, tidsforbruk, reiseavstander og økonomi.

3.5. Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i oktober/november 2012, og hadde en varighet fra 70 til 90 minutter. Tid og sted var bestemt av deltagerne selv, og alle ønsket at jeg skulle komme til deres arbeidssted. Før selve intervjuene startet, snakket vi litt generelt om studien og informasjonsbrevet, og alle skrev under samtykkeerklæringen. To av informantene sa de hadde lest intervjuguiden på forhånd, mens en bare hadde sett raskt gjennom. Jeg informerte om at guiden var ment som en veiledning og hjelp for meg. Og at det var åpent for at vi kunne snakke om andre tema dersom samtalen ledet inn på ting jeg ikke hadde tenkt på på forhånd, eller ikke visste at jeg ikke visste noe om. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd etter avklaring med deltagerne på forhånd. Jeg opplevde ingen tekniske problemer underveis, og opptaksutstyret så ikke ut til å hemme noen av deltagerne nevneverdig. Det å vite at jeg kom til å få med meg all kommunikasjon via lydopptakene, gjorde at jeg kunne konsentrere meg om det deltagerne formidlet, og den situasjonen jeg var i.

I intervjusituasjonen var jeg opptatt av å prøve å ha en empatisk og åpen tilnærming gjennom å lytte aktivt, være bekreftende og gi rom for stillhet, og jeg forsøkte å holde en uformell tone for at deltagerne skulle føle seg komfortable. Kvale og Brinkmann (2010) skriver at dette er viktig for å skape god kontakt mellom intervjuer og informant. Og Tjora (2011) skriver at det

å skape en avslappet stemning der informantene føler at det er lov å tenke høyt og hvor digresjoner er tillatt, er en forutsetning for å lykkes med dybdeintervjuer.

Kvale og Brinkmann (2010) legger vekt på at intervjuerens spørsmål bør være korte og enkle, og det innledende spørsmålet kan gjerne dreie seg om en konkret situasjon. For øvrig beskriver de at spørsmål kan utformes på mange måter, alt etter hvem intervjupersonen er og formålet for intervjuet. Jeg startet alle intervjuene med å be informantene fortelle om en pasienthistorie der de hadde erfart at psykomotorisk behandling hadde fungert bra. Utover dette tilstrebet jeg å benytte mest mulig enkle og åpne spørsmål, og opplevde at intervjuene etter hvert fungerte mer som en åpen samtale fordi om det var jeg som i stor grad satte premissene for det vi snakket om. Jeg stilte ulike oppfølgende spørsmål underveis, alt etter hva det ble fortalt om, og noen ganger ba jeg om bekreftelser/ avkreftelser av mine forståelser, slik Kvale og Brinkmann (ibid.) anbefaler. I to av intervjuene erfarte jeg at informantene var svært ivrige og snakket mye. I det tredje måtte jeg være litt mer aktiv, og stilte flere oppfølgingsspørsmål.

I alle intervjuene vurderte jeg fortløpende hvor strengt vi skulle forholde oss til intervjuguiden. Rent tematisk endte jeg opp med å følge denne nokså strukturert hver gang, men det ble selvsagt snakket om ulike tema. Intervjuguiden ble ikke endret underveis i prosessen. Men jeg tilpasset litt hva jeg vektla, hvordan og hvor mye, etterhvert som jeg ble mer fortrolig med å være i intervjusituasjonen, og jeg ble mer kjent med hvilke spørsmål som ble oppfattet slik jeg hadde trodd og ikke. Eksempler på dette var å begrense hvor mye tid jeg brukte på spørsmål tidlig i intervjuet, for å ha tid til det som kom til slutt. Og noen spørsmål måtte tydeliggjøres. Blant annet ble et spørsmål som var ment å handle om usikkerhet rundt evnenivå i betydningen å være ”litt enkel”, tolket som psykisk utviklingshemming eller reduserte kognitive evner.

Jeg avsluttet intervjuene med å spørre deltagerne om de kjente at de hadde fått formidlet det de ønsket. Og vi snakket om hvordan de hadde opplevd situasjonen og spørsmålene, slik Kvale og Brinkmann (ibid.) oppfordrer til. Deltagerne ga positive tilbakemeldinger, og jeg fikk tillatelse til å kontakte dem om jeg trengte mer informasjon.

Direkte etter at intervjuene var ferdige skrev jeg ned egne refleksjoner omkring situasjonen jeg nettopp hadde vært i, og både informantens og min egen fremtreden. Dette for å få med inntrykk som ikke havner på lydopptaket, slik Malterud (2011) beskriver. Eksempler her var

hvilke spørsmål som ikke ble oppfattet som jeg hadde tenkt. Om jeg hadde kjent meg rolig. Hvilken rolle informanten tok. Dette har vært viktig for å kunne justere ting til de kommende intervjurundene. Videre var det til hjelp i refleksjonen over datamaterialet mitt.

3.6. Transkribering og den analytiske prosessen

Transkripsjonsarbeidet inngår i den analytiske prosessen og er ikke en passiv og teknisk handling. I følge Malterud (2011) er det viktig å være klar over at det alltid skjer en fordreining når en muntlig samtale gjøres om til en skriftlig tekst. Og all nærkontakt med datamaterialet innebærer at forskeren setter spor i datamaterialet som på ulike måter kan påvirke meningen med teksten. Teksten i utskriften må derfor ikke forveksles med virkeligheten, da selv den mest presise transkripsjon aldri kan gi mer enn et avgrenset bilde av det en forsker på.

For å klargjøre intervjumaterialet mitt til analysen, transkriberte jeg intervjudataene mine fra muntlig fremstilling til skriftlig tekst underveis. De tre intervjuene foregikk over en forholdsvis kort tidsperiode, slik at transkribering og intervjuer skjedde parallelt. Jeg hadde transkribert ferdig det første intervjuet da jeg gjorde intervju nummer to, og var ferdig med transkripsjon av andre intervju da jeg gjennomførte intervju tre. Det tredje intervjuet ble også transkribert ferdig forholdsvis kort tid etter at det var gjennomført.

Når jeg transkriberte intervjuene selv ble jeg godt kjent med teksten og innholdet. Det å høre seg selv på lydfilene var også nyttig for å kunne endre det jeg ikke syntes jeg fikk formidlet på riktig måte i neste runde. Det ga også mulighet til å endre spørsmål som ikke ble som jeg hadde tenkt. Jeg lyttet nøye til lydopptakene, og hadde enkelt mulighet til å stoppe/spole. Jeg var opptatt av å prøve å få transkriberingen til å bli så nøyaktig som mulig med henblikk på for eksempel småord, pauser og utydelig tale.

I ettertid tenker jeg imidlertid at jeg kanskje la litt mer arbeid i transkripsjonen enn hva som strengt talt hadde vært nødvendig. For i og med at jeg først og fremst har vært ute etter meningen i det som har blitt fortalt, tror jeg ikke dette ville ha blitt så annerledes av at jeg ikke hadde forsøkt å nærmest kopiere opptakene. Jeg la for eksempel vekt på å ta med lengden på pauser, få med alle lyder, prøve å skrive ord i kronologisk rekkefølge der hvor jeg og deltagerne snakket i munnen på hverandre.

Da dette arbeidet var ferdig så jeg også at teksten hadde et for muntlig preg, og jeg måtte derfor bearbeide den noe for å gjøre den mer leservennlig. Jeg fjernet en del småord og pauser, og forsøkte å formulere spørsmål og svar slik at de umiddelbart ga mer mening. Det var ingen steder i den teksten som ble endret hvor jeg ble sittende å lure på hva deltageren egentlig mente, eller hvor jeg oppfattet at ting kunne tolkes på flere måter. Tekst som verken ga mening på lydopptaket eller etter at den første transkripsjonen var ferdig, gjorde jeg ikke noe med. Dette var det heller nesten ingenting av i materialet. Det endelige transkripsjonsarbeidet mitt bestod av ca. 90 sider tekst med halvannen linjeavstand.

Til hjelp i analysearbeidet har jeg benyttet meg av systematisk tekstkondensering slik dette presenteres av Malterud (2011). Denne fremgangsmåten er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, og modifisert av Malterud. Analysemetoden er godt egnet for "...deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper" (ibid. s.96). Fremgangsmåten i systematisk tekstkondensering består av fire trinn. På det første trinnet er formålet å danne seg et helhetsinntrykk av materialet, og vurdere mulige temaer som kan representere det vi er interessert i. En bør prøve å stille seg mest mulig åpen til hva materialet forteller noe om. Trinn to handler om å organisere den delen av materialet en skal studere videre. Teksten deles inn i meningsbærende enheter, samtidig som disse kodes med utgangspunkt i de temaene en sitter igjen med fra første trinn, slik at enheter som kan høre sammen lettere kan sorteres. Kodingen innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for så å kunne leses sammen med beslektede tekstelementer senere. På trinn tre abstraheres innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene. Gruppene med meningsbærende enheter sorteres i subgrupper og man prøver å lage sammendrag som kan bære med seg summen av innholdet i dem. På det siste trinnet settes bitene sammen igjen. En lager sammenfatninger av det en har funnet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre (ibid.).

Helhetsinntrykk: Da transkriberingsarbeidet var ferdig leste jeg gjennom tekstene flere ganger for å danne meg en oversikt over hva det faktisk ble snakket om. Jeg noterte små oppsummeringer av deler av teksten i margin, og begynte å se om det var noen mer overordnede tema som gikk igjen. Etter flere gjennomlesninger og refleksjoner rundt hva de ulike avsnittene i intervjuene sa noe om, satt jeg igjen med tjue tema som mesteparten av datamaterialet kunne plasseres innunder. Noe av materialet kunne plasseres flere steder, og jeg

markerte de ulike avsnittene med et eller flere nummer fra 1-20, og talte deretter opp antall ganger et tall var notert. Alt dette ”ryddearbeidet” ble gjort før den egentlige analysen, og jeg gjorde det først og fremst for å danne meg et inntrykk av hvilke tema jeg hadde mye og lite materiale om. De tjue kategoriene ble så samlet til fem foreløpige tema. *-Erfaringer rundt bruk og tilpasning av metoden. -Erfaringer rundt hva som bestemmer/påvirker behandling. - Tanker rundt hva PMF er/skal være? -Erfaringer med bruk av PMF sammen med andre faggrupper og annen kunnskap. -Betydningen av erfaring og personlige egenskaper.*

Meningsbærende enheter/koding: Siden alt datamaterialet mitt kunne sies å handle om erfaringer knyttet til det å bruke NPMF i psykiatrien, valgte jeg dele inn all teksten i meningsbærende enheter på dette stadiet. Malterud (2011) beskriver at det neste steget i analysen da er å begynne kodingen. Men i og med at jeg satt igjen med et såpass stort antall meningsbærende enheter valgte jeg nå å fortette meningen i disse, for å gjøre materialet mitt mer håndterlig. Om en følger systematisk tekstkondensering nøyaktig slik det presenteres av Malterud, skal dette arbeidet skje under abstraksjonsdelen, når man jobber med subgruppene. Deretter begynte jeg kodingen av materialet, og de meningsbærende enhetene ble merket med tall. Videre sorterte jeg disse enhetene i kodegrupper basert på de foreløpige temaene. Etter dette valgte jeg å legge til side kodegruppen som handlet om betydningen av erfaring og personlige egenskaper, da jeg anså dette materialet for å være mindre relevant for problemstillingen min. Og kodegruppen som handlet om hva PMF er/skal være, ble så liten at jeg valgte å slå den sammen med en annen.

Abstraksjon: Deretter forsøkte jeg å dele kodegruppene inn i subgrupper. Jeg strevde en del med dette arbeidet, og opplevde at det var vanskelig å bestemme navn, og hva som hørte hjemme hvor. Til å begynne med hadde jeg sytten subgrupper. Etter å ha jobbet med dette i flere omganger satt jeg tilslutt igjen med åtte. Jeg hadde såpass mye materiale i hver gruppe at det ikke var naturlig å lage noe kunstig sitat slik Malterud (ibid.) beskriver en skal gjøre på dette trinnet. Men jeg valgte i stedet å lage fortettet tekst som oppsummerte det viktigste innholdet i hver gruppe.

Sammenfatning: Med utgangspunkt i de fortattede tekstene begynte jeg å utforme den analytiske teksten. I det første utkastet forsøkte jeg i stor grad å fremstille essensen i det hver enkelt informant hadde formidlet. Men da dette arbeidet var ferdig var resultatdelen for lang. Jeg måtte derfor gå et steg tilbake og i større grad prøve å få frem forskjeller og fellestrekk. Dette har vært vanskelig da deltagerne til dels har formidlet svært ulike erfaringer knyttet til

de samme teamene, gjennom store deler av materialet. Av den grunn er resultatdelen fortsatt lang. I utarbeidelsen av den analytiske teksten har jeg hele veien forsøkt å gå tilbake til de opprinnelige dataene, for å se at de beskrivelsene jeg har gitt har forankring i materialet. I ettertid tenker jeg at jeg kanskje har vært for bundet av dette, i frykt for å gjengi informantene uriktig. Dette gjør at resultatdelen min kanskje gir for konkrete beskrivelser, mer enn at det løfter ting til et mer abstrakt nivå.

3.7. Diskusjon av metode

Malterud (2011) skriver at forskning er en praksis der vitenskapelig kunnskap utvikles og systematiseres, og at forskning handler om en; "...systematisk og refleksiv prosess der kunnskapsutviklingen kan etterprøves og deles, med en ambisjon om overførbarhet av funnene utover dem sammenhengen der den enkelte studie ble gjennomført" (ibid. s.16). Videre viser hun til tre grunnleggende betingelser for vitenskapelig kunnskap: Refleksivitet – forskerens forutsetninger og tolkningsramme. Relevans – hva kan kunnskapen brukes til. Validitet – hva forskeren egentlig har funnet ut noe om. Tjora (2011) skriver at tolkning av data i empirisk forskning må regnes å være formet av en rekke forhold. Og at refleksivitet handler om en refleksjon rundt hvordan disse tolkningene har blitt til. Hvordan de er preget av vår forforståelse. Malterud (2011) viser til refleksivitet som en aktiv holdning der en skal vise "...vilje og evne til å sette spørsmålstegn ved egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke" (ibid. s.28). I de påfølgende avsnittene vil jeg si litt om disse temaene knyttet opp mot denne studien.

3.7.1 Min rolle som forsker

I innledningen gir jeg en beskrivelse av min rolle som fysioterapeut i psykiatrien, og student i fagfeltet psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, og bakgrunnen for å gå i gang med denne studien. Formålet har vært å få mer kunnskap om det å bruke NPMF i behandling av pasienter i allmennpsykiatrien, basert på erfaringene til de som jobber med dette. Det at jeg hadde god kjennskap til feltet på forhånd har vært en fordel, men også gitt noen utfordringer. Thagaard (2009) skriver at det å være knyttet til miljøet en forsker i både kan være en styrke og en begrensning. På den ene siden gir det et særlig godt grunnlag for forståelse av det en studerer. Motsatt kan det føre til at en overser nyanser som ikke er i samsvar med egne erfaringer. Malterud (2011) sier at forforståelse – erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme, som regel er en viktig og nyttig side når en forsker går i gang med en studie.

Samtidig kan denne forforståelsen føre til at en går inn i et prosjekt med skylapper, begrenset horisont, eller manglende evne til å lære av sitt materiale. Dette kan imidlertid unngås ved å ha et bevisst forhold til hva ens forforståelse er.

Siden denne masteroppgaven er blitt skrevet parallelt med en mer klinisk del av utdanningen, ser jeg at min forforståelse underveis har vært preget av at jeg har jobbet med å lære meg ”håndverket” i NPMF, og opplevelsen av at det til tider har vært vanskelig å benytte denne tilnærmingen metodisk i møte med en del pasienter. Av den grunn forventet jeg å finne det at psykomotorisk behandling blir for krevende for mange, og at man må gjøre en del tilpasninger. Dette har delvis blitt støttet av resultatene under kapittel 4.0. Noe av det som har overrasket meg er at informantene sjelden velger å ikke tilby behandling fordi om pasienten er dårlig. I tillegg trakk de frem traumebehandling som et så viktig felt. Jeg ser imidlertid at min forforståelse rundt hva NPMF er, etter hvert har endret seg. Og her har blant annet informantenes beskrivelser av hvor bredt de forstår psykomotorisk fysioterapi, bidratt til at jeg i dag ser dette like mye som en tilnærming og noen grunnleggende prinsipper, som en mer metodisk fremgangsmåte. Denne endrede forståelsen har ført til nye undringer. Og nærliggende da har vært den tvetydigheten som ligger i materialet mitt ved at informantene på den ene siden forstår NPMF som en underliggende forståelse for det de gjør, mens det i neste omgang virker å være en del usikkerhet rundt hva NPMF egentlig er og ikke er.

I og med at problemstillingen min har vært såpass vid, har jeg ikke vært så bekymret for at forforståelsen min skulle ”ødelegge” materialet. For uansett hvilke erfaringer som ble formidlet, ville de være informantenes erfaringer. Jeg har imidlertid prøvd å være bevisst på å ikke bare få frem en bekreftelse på min egen opplevelse av det å jobbe i psykiatrien. Og har derfor i størst mulig grad forsøkt å stille meg åpen og la informantene få fortelle. Både i intervjusituasjonen, og i arbeidet med analysen og diskusjonsdelen. Likevel er det ingen tvil om at min stemme gjør seg gjeldende i materialet siden spørsmålene er utarbeidet på bakgrunn av mine erfaringer knyttet til det å jobbe i allmennpsykiatrien. Og en annen intervjuer ville kanskje fått frem helt andre erfaringer og nyanser hos de samme informantene.

3.7.2 Valg av metode

Ved å velge det kvalitative forskningsintervju som metode har jeg hatt mulighet til å utforske tre fysioterapeuters erfaringer knyttet til det å jobbe med NPMF i allmennpsykiatrien. En begrensning ved dette slik jeg ser det, er at jeg kun har fått tilgang til det informantene tenker og mener de gjør, og på et mer generelt nivå. Om jeg for eksempel hadde benyttet observasjon

i tillegg ville jeg i større grad kunne ha utviklet data knyttet til det som faktisk skjer i praksis, og sånn sett kanskje fått et rikere materiale. Siden jeg har begrenset forskererfaring og er i en læreprosess, har jeg imidlertid valgt å forholde meg til en metode for å gjøre prosjektet mer håndterlig.

3.7.3 Utvalg

Alle informantene oppfylte de forhåndsbestemt inklusjonskriteriene i studien. Jeg valgte å ikke avgrense kriteriene mer enn jeg gjorde fordi jeg mente dette kunne gi et godt bilde av praksis, samtidig som jeg ville ha flere informanter å velge i. Dette førte imidlertid til at jeg møtte tre informanter som jobbet med NPMF på høyst ulike måter. Så kan en si at dette er en fordel fordi dette har gitt et spenn i materialet, og fordi praksis faktisk kan se sånn ut. Samtidig har det vært en utfordring for meg, fordi datamaterialet har inneholdt tre veldig ulike fortellinger, noe som har gjort analysearbeidet utfordrende. Og om jeg skulle ha gjennomført intervjuene på nytt ville jeg ha inkludert det at informanten må jobbe med NPMF i allmennpoliklinikk i dag. Om dette ikke hadde vært et studentprosjekt tenker jeg også det ville ha vært aktuelt å gjøre flere intervjuer når jeg så at det ble så store forskjeller i materialet. Men på samme måte som ved valg av metode, har jeg ønsket å holde datamengden håndterlig.

3.7.4 Intervjusituasjonen

Kvale (2010) skriver at intervjueren bør ha god kjennskap til det temaet som undersøkes for å kunne gjøre gode intervju. Jeg mener at min bakgrunn som fysioterapeut i psykiatrien, med gryende innsikt i NPMF gjorde meg kvalifisert til å kunne stille relevante spørsmål, og å vite noe om hvilke tema som kunne følges opp. En ulempe ved å være så nært knyttet til det jeg har forsket på har vært at enkelte ting underveis i intervjuene ikke har blitt forklart eller utdypet tilstrekkelig, kanskje fordi begge parter har tatt for gitt at den andre skjønner hva det snakkes om. Et eksempel her var for eksempel at det kunne bli brukt begreper som ”vanlig PMF” uten at dette ble forklart, eller at jeg spurte hva som egentlig ble ment. Thagaard (2009) sier også at en fare ved å være tilknyttet miljøet er at det kan føre til at en overser det som er forskjellig fra egne erfaringer.

En annen fare ved å være nært knyttet til det jeg har forsket på er at jeg kanskje ubevisst vil ha et ønske om å få belyst de positive sidene ved faget. Jeg har forsøkt å være bevisst dette ved å hele veien stille spørsmål om begge sider, og legge til rette for at folk fikk snakke åpent. Men

jeg ser at jeg sitter igjen med flest positive beskrivelser i materialet mitt. Dette kan handle om den menneskelige egenskapen at vi alle ønsker å fremstå i et best mulig lys, samtidig som det også kan handle om at informantene har vært interessert i å fremstille faget best mulig.

Den relasjonen jeg fikk med deltagerne, og den tilliten jeg oppnådde, var avgjørende for hvilken informasjon som ble delt. Thagaard (ibid.) sier at betydningen av å etablere en god og tillitsfull atmosfære i intervjusituasjonen ikke kan overvurderes når det gjelder å få til et intervju av god kvalitet. Siden vi alle var fysioterapeuter som jobber med NPMF i psykiatrien, anså jeg den sosiale avstanden mellom oss som redusert. Den forskjellen som eventuelt var der ved av at jeg var forsker og den som satte premissene, ble oppveid av at de hadde langt mer erfaring enn meg. Jeg opplevde også at jeg fikk god kontakt med alle deltagerne. Men kjente meg mer avslappet i det tredje intervjuet kontra det første, fordi jeg gradvis ble tryggere i rollen som intervjuer. Jeg ser også at jeg har større vansker med å avbryte og å lede samtalen tilbake til tema som jeg regnet å være mer relevante for problemstillingen i det første intervjuet, kontra de to siste.

I starten av intervjuene opplevde jeg at jeg tok mer føringen, samtidig som deltagerne også ga meg intervjuerrollen ved at de uttrykte at jeg bare fikk begynne å spørre, så fikk vi se hvordan ting utviklet seg. Etter hvert ble jeg mer tilbakesent, og samtalen fungerte mer som en åpen samtale, fordi om jeg innimellom stoppet opp og bestemte tema. Under intervjuene var jeg bevisst på hvordan spørsmålene ble stilt, og prøvde å få bekreftelser på at jeg hadde oppfattet ting riktig. Jeg opplevde at jeg stort sett klarte å stille åpne spørsmål og lot deltagerne snakke mest mulig fritt om det temaet jeg tok opp. Enkelte steder ser jeg imidlertid at jeg også bruker mer lukkede spørsmål, eller kommer med stikkord som blir ledende. Og dette blir kanskje først og fremst tydelig de stedene hvor jeg må forklare hva jeg mener med det jeg spør om. Men dette er ikke noe gjennomgående trekk i materialet slik jeg ser det.

3.7.5 Transkripsjon og analyse

Jeg brukte god tid på å transkribere intervjuene og gjorde dette arbeidet grundig. Jeg fulgte ingen bestemte retningslinjer, men lagde mitt eget system med symboler for pauser, tekst som var vanskelig å forstå, etc. Fordi om jeg jobbet grundig vil det ikke være mulig å få med alle nyanser når materialet endres fra lydopptak til tekst.

Analysearbeidet innebærer mye tolkning, og det er min forståelse av hva som er interessant og viktig ifh til problemstillingen som bestemmer hva de meningsbærende enhetene skal

være. Hva kategoriene skal hete. Og tilslutt også hvordan resultatet blir seende ut. Jeg har under hele denne prosessen forsøkt å være bevisst hva som er min forforståelse og hva som er informantenes egne meninger, jamfør Thagaard (2009). Og jeg har hele veien forsøkt å ta utgangspunkt i det som faktisk er blitt sagt. Jeg har også gått frem og tilbake mellom analytisk tekst og originaldata for å sikre at ting ikke fremstilles på en måte som ikke også kan leses ut av rådataene. Jeg ser i ettertid at jeg kanskje har vært for bundet av bekymringen for å gjøre informantene urett ved å fremstille noe de ikke kunne kjenne seg igjen i. Og tenker derfor at resultatdelen kan inneholde litt for mange og lange sitater. Problemstillingen min er vid, slik at det meste av materialet mitt har vært relevant. Sånn sett har jeg ikke valgt bort så mye. Men i og med at kategoriene da har blitt relativt store, har ting likevel forsvunnet på veien i arbeidet med å komprimere den endelige teksten. Jeg mener likevel at meningen i det som fremkommer ikke skal være vesentlig endret underveis.

3.7.6 Studiens gyldighet og relevans

Gjennom kapittel 3 har jeg forsøkt å gi en grundig og nøyaktig beskrivelse av de ulike stegene i denne forskningsprosessen. Jeg har redegjort for min posisjon som forsker i eget fagfelt, og prøvd å si noe om hvordan dette kan ha påvirket resultatene. Alle intervjuene omhandlet ulike aspekter ved NPMF i allmennpsykiatrien, og var sånn sett relevante for studiens problemstilling. Jeg mener også metoden som er valgt er relevant for å frembringe data om det jeg ønsket å vite mer om. Gretland (2007, s. 210) skriver blant annet; ”erfaringskunnskap er et interessant felt å utforske om en vil få kjennskap til hva aktørene gjør, hva de selv er opptatt av, og hvordan de tenker om egen og andres virksomhet”.

Studien er på ingen måte noe forsøk på å vise hvordan praksis er. Til dette er utvalget for lite, og valg av metode gir ikke annen informasjon enn deltagerens egne opplevelser og meninger. Det at materialet er såpass lite, og består av informanter med såpass ulike praksiser tenker jeg også er med og svekker denne studiens overførbarhet. Likevel mener jeg at studien kan bidra med et innblikk i hvordan NPMF brukes i allmennpsykiatrien. Erfaringene slik de er presentert i resultatdelen, er viktige nok i seg selv i et fagfelt der lite er undersøkt og dokumentert. Og siden det finnes lite forskning på området NPMF generelt, og NPMF og psykiatri spesielt, mener jeg derfor at studien har relevans.

3.8. Etiske overveielser

Etiske refleksjoner kreves gjennom hele forskningsprosessen. Før jeg gikk i gang med dette prosjektet var jeg nødt til å vurdere om det ville ha nytte for andre enn meg, og å tenke gjennom hvilke konsekvenser en slik undersøkelse kan ha. Ved å gå inn og intervjuere personer i egen faggruppe kan en oppleve å komme i lojalitetskonflikt ifh til det å skulle være tro mot materialet, samtidig som en også skal ivareta informantenes og egen faggruppes interesser. Dette kan gjøre det vanskelig å trekke frem tema som kan bli møtt med kritikk, eller å synliggjøre ting som kan stille faget i et uheldig lys. (Thornquist, 2008)

Jeg har et ansvar for at ingen blir utsatt for skade, og for å bevare deltageres integritet. Anonymitet er sikret ved at studien ikke inneholder personidentifiserbare data. Studien er basert på frivillighet og muligheten til å trekke seg. Det er delt ut skriftlig informasjon om taushetsplikt og anonymitet, oppbevaring og sletting av data. Samt en beskrivelse av prosjektets hensikt og fremgangsmåte. Jeg har innhentet informert skriftlig samtykke før datainnsamlingen. Med hensyn til å ivareta deltageres integritet vurderte jeg fortløpende under intervjusituasjonen hvor langt jeg skulle gå i å følge opp svarene deltagerne ga. Der deltagerne underveis i intervjuet har uttrykt ønske om at enkelte uttalelser ikke skulle tas med i materialet har jeg tatt hensyn til dette.

Lærere og veileder vurderte at det ikke var nødvendig å søke prosjektet inn for Regional etisk komite (REK) før oppstart, men prosjektbeskrivelse ble sendt inn og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (Vedlegg 3).

4.0. PRESENTASJON AV RESULTATER

Denne delen starter med en presentasjon av deltagerne. Deretter representerer kapitteinndelingen de sentrale temaene som er resultatet av analysen. Tre hovedtemaer med henholdsvis to, to og fire undertema. Undertemaene er igjen delt inn med ulike overskrifter for å øke leservennligheten. De tre hovedtemaene er 1. *Forhold som får betydning for behandlingstilnærming*. 2. *Samarbeidet med andre faggrupper og forholdet til annen kunnskap*. 3. *Erfaringer knyttet til bruk av NPMF i allmennpsykiatrisk poliklinikk*. Jeg har valgt å ha med sitater fra intervjusamtalene for å gi leseren mulighet til å vurdere grunnlaget for dataene mine. Sitatene er skrevet i kursiv, og med innrykk. Det er ikke direkte avskrift av

transkripsjonen, men er omgjort fra muntlig til skriftlig form. Enkelte steder er de også kortet noe ned, uten at poenget skal være endret. Stedene hvor noe er fjernet er merket (...).

4.1. Presentasjon av deltagerne

Informant 1. Kvinne. Spesialist i PMF. Utdannet fysioterapeut i 1989 og psykomotoriker i 2002. Har jobbet i psykiatrien fra 1990 og frem til i dag, og har variert erfaring fra ulike enheter. Hun er nå ansatt ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk ved et DPS, og har vært her siden 2004. Denne poliklinikken får henvist pasienter fra et bestemt geografisk område i og rundt en større norsk by. Hun opplever at det ofte er snakk om traumeproblematikk hos de pasientene poliklinikken får henvist. Og de som kommer igjennom inntaket hos henne er ofte forholdsvis dårlige, fordi klinikken er nøye på at hun ikke skal tilby behandling til folk som kan gå i førstelinjen, siden PMF er et tilbud som finnes der.

Hun er ansatt som pasientansvarlig behandler (PAB). Dvs. at hun har det overordnede ansvaret for å koordinere tjenester rundt pasienten. Hun får både henvist pasienter direkte fra fastlegene og fra kolleger ved poliklinikken, og vurderer selv hvilke pasienter som får tilbud om behandling hos henne.

Informant 2. Kvinne. Spesialist i PMF. Utdannet fysioterapeut i 1998, og psykomotoriker i 2005. Har jobbet i psykiatrien siden 1999 og frem til i dag. Mesteparten av denne tiden har hun jobbet i allmennpsykiatrisk poliklinikk ved et DPS. Men hun har også erfaring fra en sengepost. Poliklinikken hun jobber ved får henvist pasienter fra en del av et fylke med småby- og distriktskommuner.

Hun er ansatt som PAB med de samme oppgavene ifh til psykiatrisk utredning/behandling som de andre behandlerne, og driver nå hovedsakelig med samtalebehandling. Hun tilbyr sjelden psykomotorisk behandling til pasienter i dag. De gangene hun velger dette handler det gjerne om at pasienter har hatt god nytte av dette hos henne tidligere. Valget om å drive med samtaler handler først og fremst om egne interesser. Hun påvirker ikke hvilke pasienter hun får henvist, da dette fordeles fra ventelistene av leder ved poliklinikken. Og hun tror at alle behandlere stort sett får det samme. Det vil si pasienter med depresjon og angst, bipolaritet, traumer, tilpasningsforstyrrelser og psykososiale problemstillinger. De pasientene hun har hatt i psykomotorisk behandling tenker hun at en like gjerne kunne ha møtt i førstelinjetjenesten.

Informant 3. Kvinne. Spesialist i PMF. Utdannet fysioterapeut i 1982, psykomotoriker i 1992. Har jobbet i psykiatrien siden 1986 og frem til i dag. Hun var ansatt ved allmennpsykiatrisk poliklinikk ved et lokalsykehus fra 1986-2003. Denne poliklinikken får henvist pasienter fra en del av et fylke med både småby- og distriktskommuner. I dag jobber hun både i poliklinikk og i sengepost, men da kun opp mot bestemte diagnosegrupper.

Hun var ikke PAB mens hun var i allmennpsykiatrien, og fikk henvisninger fra de andre behandlerne etter at pasientene først hadde vært gjennom en generell psykiatrisk utredning. Det kunne også komme henvisninger til poliklinikken med direkte ønske om PMF, men pasientene måtte likevel gjennom en generell utredning først. Det hendte imidlertid at det ble gjort unntak fra dette. Hun opplevde at hun kunne få henvist alle typer psykiatiske problemstillinger.

4.2. Forhold som får betydning for behandlingstilnærming

Denne kategorien omhandler forhold som er med og virker inn på den behandlingen fysioterapeutene tilbyr, og hva terapeutene legger vekt på når de skal vurdere tilnærming. For eksempel hvilken betydning det har hvem pasienten er, og hva hun/han bringer med seg. Og hva legges det vekt på når de vurderer hvilken behandling som vil være mest riktig?

4.2.1. Forutsetninger for behandling og forhold rundt pasienten av betydning

Betingelser

De tre fysioterapeutene har ulike erfaringer når det kommer til spørsmålet om hvordan de har jobbet med PMF i allmennpoliklinikken. Bare en av dem har opplevd å stort sett kunne gjøre dette mer ”metodisk”, slik hun lærte under utdanning. Og hun forteller også at hun har satt ganske strenge krav til de pasientene hun har møtt. Om folk ikke har vært motiverte eller bidratt i behandlingen selv, har hun stoppet opp ganske raskt, fordi hun da har erfart at det vil ha liten hensikt å bruke tid på å jobbe for å få til endring.

De andre to har også med seg det de lærte om betingelser for behandling, og tenker absolutt at dette er viktige forutsetninger.

Det er klart det er enklere hvis folk er kjempemotiverte og har kommet dit at de virkelig vil gjøre endringer i livet. Som er innstilt på at dette kan bli slitsomt, men som likevel følger opp ting mellom timene og jobber med seg selv. Som har støtte og opp-backing rundt seg. Klart, mange av disse faktorene gjør endringsprosesser enklere.

Samtidig har de møtt mange pasienter som har vært for dårlige for mer tradisjonell PMF. Og av den grunn har de heller ikke kunnet være så strenge på at pasientene må oppfylle ”kriteriene” for behandling. En av dem velger også å se litt annerledes på dette. Hennes utgangspunkt er at alle kan endre seg om rammene bare er trygge nok, og hun ser det som sin jobb å prøve å tilrettelegge for at dette skal bli mulig. Den viktigste betingelsen for henne blir dermed at pasienten hele tiden tåler det hun gjør i behandling.

På samme måte mener den andre informanten at de aller fleste pasienter kan ha nytte av å jobbe med kropp på en eller annen måte. Og de gangene hun ikke har kommet noen vei i behandling tenker hun at det gjerne har handlet om noe i relasjonen mellom henne og pasienten, og at de ikke har klart å få til det samarbeidet som skaper endring. Dette kan av og til handle om henne, mens det andre ganger kan være forhold i pasientens historie som gjør at endring ikke er mulig. I disse sakene tenker hun at det ofte er lett å skylde på at pasienten ikke var motivert nok eller lignende. Men hun velger å se på det som en samarbeidssak, selv om hun ser at noen typer problematikker ofte gjør ting mer utfordrende enn andre.

Selv om fysioterapeutene jobber ulikt med PMF, er det likevel en del ting som går igjen når vi snakker om betingelser for behandling. Og alle tre trekker frem motivasjon som en viktig faktor for å komme noen vei. Samtidig er de også enige om at dette er noe det går an å hjelpe pasientene å finne om det mangler. Det er imidlertid litt ulike tanker om av hva motivasjon innebærer. En av dem sier at det at pasientene har søkt hjelp, i seg selv er nok motivasjon å bygge videre på. De to andre snakker om det mer i betydningen å følge opp ting mellom timene, og å gjøre det de har blitt enige om.

Videre er informantene enige om at pasientene bør være med på tankegangen om at ting henger sammen for å ha utbytte av behandling. Eller at det psykiske kan manifestere seg i kroppen som en av dem sier. I denne forbindelsen trekker de frem viktigheten av å klare å gjøre folk nysgjerrige, og å sørge for at de erfarer noe i timene. En av dem har blant annet opplevd å få henvist pasienter som ikke helt har skjønt hvorfor. Eller som har møtt opp fordi andre har ment de burde forsøke. Og i disse sakene har hun tenkt at hennes jobb er å prøve å skape mening. Der hun har fått til dette, har behandlingen ofte gått bra. Når hun ikke har lyktes, har pasienten heller ikke fått noe ut av ting.

Evne til refleksjon trekkes også frem som en viktig forutsetning. Og terapeuten som snakker mest om dette sier at hun nokså konsekvent velger å ikke gi et tilbud, eller avslutter ganske raskt og henviser tilbake til førstelinjen, om hun opplever at denne evnen ikke er tilstede.

Det siste som nevnes er dette at folk helst ikke skal gå til mye forskjellig behandling samtidig mens de går i psykomotorisk behandling. Fordi det da blir vanskelig å vite hvordan det som skjer i behandling er med og påvirker prosessen.

Når folk går til mye behandling samtidig sier jeg at hvis de skal gå til meg, da må de ta pause fra noe annet. Eller så kan de vente med å gå til meg til de har gjort unna noe. Eller så blir det for rotete. Det må være litt orden så jeg vet hva det er som påvirker når jeg gjør noe. Ikke det at det ikke foregår mye ellers likevel. Men de må i alle fall ikke drive med flere typer behandling samtidig som drar i motsatt retning.

Egenskaper hos pasientene

Når det gjelder hvordan dette med motivasjon, autonomi, etc. forholder seg blant pasientene de møter, ser terapeutene at dette er noe som varierer. Men de tenker ikke at de får henvist flere som er umotiverte eller som ikke tar ansvar for egen bedring enn det fysioterapeuter utenfor psykiatrien gjør.

Det finnes selvfølgelig noen pasienter i psykiatrien som ikke tar ansvar for egen prosess, eller som overlater kontrollen og ansvaret til behandleren. Men det tror jeg du finner blant befolkningen generelt, folk som går til legen og ber om å bli "reparert".

Fysioterapeutene har en del like erfaringer når vi kommer inn på hva som eventuelt kjennetegner de pasientene de opplever å lykkes med i behandling, og motsatt. Dette ser de først og fremst handler om hvilken posisjon pasienten har satt seg i, eller opplever å være i. Og i mindre grad om hvilke diagnoser eller problemstillinger de kommer med. De pasientene som har et sterkt ønske om å bli bedre og å klare ting, som virkelig ønsker å få til et annet liv, er gjerne de som lykkes best også.

Jeg opplever ofte å lykkes med de som kjenner at "Kroppen min og jeg, vi spiller ikke på lag". De som genuint kjenner at de så gjerne skulle ønske de kunne slappe av, uten å få det til. Som skulle ønske at de kunne gjøre ting, uten at de tør. Altså de som har en innsikt i at kroppen hindrer dem i å livet fullt ut, uten at de helt vet hvorfor.

Men, alvorlighetsgrad av psykisk lidelse eller type problemstilling kan også kan ha betydning.

Er det for eksempel multi-traumatiserte mennesker, med en veldig vanskelig barndom, med et svært nedsatt funksjonsnivå, som har forsøkt mye behandling. Da kan man jo

ikke ha de helt store målene om at en skal kunne trylle dem friske. De er jo i en prosess, og forhåpentligvis vil de få det bedre en dag. Men det er jo mer utfordrende.

Alle har erfart at behandling blir vanskelig og sjelden lykkes, om pasienter kommer og forventer at de skal gjøre dem friske. Om folk ønsker å få fjernet det vonde og leter rundt etter den terapeuten som bare er ”flink nok” til nettopp det. Videre nevnes pasienter som ikke gjør noe selv fra gang til gang. Som ikke følger opp det de er blitt enige om og bruker timene mer som et friminutt. Eller som bare kommer fordi de synes det er behagelig å få behandling.

To av informantene har opplevd en del saker hvor de ser at det viktigste for pasienten er å få en diagnose og det å ”få lov” til å være syk. Pasientene kan bli friskere en periode. Men om de da begynner å miste rettigheter og det blir krav om jobb, etc., så stopper ting gjerne opp, og de ser ofte at de ikke kommer lenger med behandlingen.

De kommer jo og sier; ”Jeg har det så forferdelig, hjelp meg”. Men så viser det seg at de vil jo ikke bli friske. For da stiller livet noen andre krav til dem som de i utgangspunktet ikke ønsker å innfri. Mens de som ønsker å ha et liv hvor de kan gjøre ting. Som ønsker å komme tilbake i jobb, og som ønsker å få til å ha en trygg og god og nær relasjon til partneren sin. Ja, da har vi et annet utgangspunkt!

En av dem ser også at noen pasienter som har vært syke lenge, gjerne kan ta imot et tilbud hos henne bare for å ha prøvd dette også. Og i slike saker lykkes hun sjelden.

Forhold rundt pasientene

Alle tre jobber, i større eller mindre grad, med pasienter som har eller har hatt store belastninger og utfordringer på mange områder i livet. Det kan være rusproblematikk, sosioøkonomisk rot, familievold, etc. To av terapeutene opplever her at behandling ofte blir vanskelig, fordi pasienten da som regel har for mye annet å fokusere på enn det som trengs for å få til bedring for sin egen del. I slike saker kan de prøve å få ryddet opp i en del forhold rundt for eksempel NAV, barnevern, etc. Men om dette ikke lar seg gjøre, tenker de at det til slutt blir et spørsmål om man kommer noen vei i behandling på det aktuelle tidspunktet. Og de ender gjerne opp med å avslutte og å henvise folk tilbake til førstelinjen. Her mener de det er viktig å ikke hale ut behandling, men heller si noe om det som ikke fungerer, og henvise tilbake med beskjed om at en del ting må på plass først. Dette går selvsagt ikke når det er fare for liv og helse, men de er sjelden inne i slike saker.

Den tredje informanten tenker litt annerledes rundt dette. Hun ser at det selvsagt er en fordel når folk kommer mens de er unge og uten å ha for mye tunge erfaringer og rotete liv med seg.

Men samtidig tenker hun at livet må leves til tross for utfordringer, at det er noe vi alle har, og at mye belastning ikke skal være noe hinder for å få gå hos henne. Hun tenker heller at det nettopp er for mye belastning som er grunnen til at pasientene kommer i utgangspunktet. De har nådd toppen av hva de tåler, og brutt sammen psykisk.

Alle som går inn døren til meg har belastninger med seg. De kan ha hatt dem hele oppveksten, og selv om de har sluppet ut av dem nå så er traumene med som en tung bær. De kan godt ha en jobb og et godt liv. Men de har likevel hatt et liv så fullt av belastning at de har blitt syke. Eller så står de kanskje i en skilsmisse, de har mistet et barn, er nyoperert for cancer, og alt det der på en gang. Men da er det jo ikke noe som er bedre enn å komme til meg og finne ut at de kan regulere seg ned. Se at det faktisk kan gjøre en forskjell. Så jeg tenker at det er en utfordring, men det skal ikke være noe som skiller dem fra meg.

Samtidig er hun tydelig på at dette med hvordan endring skal skje, blir opp til pasientene og ikke henne. At det ikke er opp til henne om behandlingen virker. Og hun gir også beskjed til folk om at det som skjer hos henne den ene timen i uka er et viktig bidrag i prosessen, mens det som virkelig teller er det de gjør all den tiden de ikke er sammen.

4.2.2. Valg av behandlingstilnærming påvirkes av mer enn kroppsundersøkelsen

Undersøkelse og diagnoser

De tre fysioterapeutene er enige om at kroppsundersøkelsen er en del av bildet når det gjelder hvilke forhold som er med og styrer valg av behandlingstilnærming. Men de forholder seg også til andre faktorer, om enn i litt ulik grad, og på forskjellig vis. De har også ulike tanker om hvor styrende undersøkelsen blir. En av dem sier:

Det med diagnoser spiller ingen rolle for kroppsbehandlingen nei. For diagnosene trenger jo ikke å si så mye. (...) Undersøkelsen vil være det styrende.

De to andre fremstiller dette mer sammensatt, og sier at de blant annet også forholder seg til diagnoser. For en av dem er dette med psykiatriske diagnoser eller problemstillinger, selve inngangsbilletten for å få gå i behandling hos henne.

Pasientene som skal gå her må ha en psykisk belastning med seg som gjør at de trenger tilbudet mitt og ikke kan gå i vanlig psykomotorisk behandling. Så hver gang det kommer en henvisning til meg fra fastlegene, er jeg med og vurderer om det er noe jeg tror jeg bør ta inn, også blir pasientene vurdert ut fra psykisk helse. Om de har rett til helsehjelp. Og ikke ut fra kroppssmerter eller behov for psykomotorisk fysioterapi.

Også i de sakene hvor kollegene hennes ønsker PMF til en av sine pasienter, blir det vurdert om dette skal skje der, eller om de kan henvise til førstelinjen. Når det først er bestemt at

pasienten skal gå hos henne, sier hun imidlertid at hun både vektlegger diagnoser, og den informasjonen hun som fysioterapeut får tilgang til. Og her tenker hun at det hun selv kartlegger ifh til ressurser, mulighet for endring, og evne til å tåle et visst ubehag ved å forholde seg til egen kropp, er det hun legger mest vekt på. Og som i størst grad sier henne noe om hvilken behandlingstilnærming hun kan velge.

Hvis det er veldig vanskelig, hvis at de på en måte enten ikke vil forholde seg til kroppen sin, eller hvis de blir veldig aktiverte og tåler veldig lite. Så forteller det meg noe om at, ok, enten så må jeg regne med at det her er en prosess som tar veldig lang tid, eller så må vi begrense det, og tenke at de er ikke helt der enda at kroppstilnærming er løsningen.

Den tredje terapeuten forholder seg både til diagnoser, det hun vet om pasienten og forholdene rundt på forhånd, og til den informasjonen kroppsundersøkelsen gir henne når hun vurderer hvilken oppfølging hun skal tilby. Den undersøkelsen, det hun får eller ikke får gjort, og konklusjonen ifh til dette, blir for så vidt mest styrende. Men hun tenker at grunnen til at pasienter kommer til spesialisthelsetjenesten er at de har behov for et mer sammensatt behandlingstilbud enn om de kun er henvist til PMF i privat praksis. Derfor kan hun ikke bare styre etter hva hun som psykomotoriker ser, men må også ta hensyn til typen problematikk, og til resten av behandlingsopplegget.

Fysioterapeutene ser også at de kan få saker der verken diagnose eller kroppsundersøkelse vil spille noen stor rolle for behandling, fordi mer tradisjonell PMF ikke vil være den mest aktuelle tilnærmingen.

En gang fikk jeg henvist en jente fordi hun var så redd for å være med i gymmen. Og da var det ikke noen vits i å undersøke henne på benken. Det var egentlig ikke noe galt med jenta i det hele tatt, men hun syntes det var så skummelt å stå foran klassen å hive opp i den kurva når alle så på. Og sånne problemstillinger kan en jo også få henvist.

I to av intervjuene kommer vi inn på dette med kroppslige mønstre og psykiske lidelser. Og de to terapeutene opplever å kunne se igjen tendenser til at noen kroppslige forhold ofte går igjen hos personer med samme psykiske lidelse. For eksempel at angst ofte gjør folk mer bundet i kroppen mens det i det depressive ligger mer en kroppslig oppgittethet.

Hos angstpasientene er det mye økt spenning, holdthet og ta seg sammen. Hos de deprimerte litt mer det sammensunkne. Så jeg synes jo at du ser igjen litt forskjellige ting hos forskjellige pasientgrupper. Ikke entydig, det blir tendenser. Ikke sånn at er du stram i knærne og ryggen så har du det sånn. Men jeg synes du kan se igjen retninger. Og hvis ting har stått veldig lenge og belastningen har vært stor, så

begynner forsvaret å gi seg. Det er ikke mer ressurser igjen. Grunnmuren begynner å gi seg, og det blir et større sprik i funnene.

Begge to er imidlertid tydelige på at det ikke er snakk om noe ensidig forhold, og psykiatriske diagnoser legger ikke på noe vis føringer for behandling på den måten at de forventer bestemte funn ved bestemte diagnoser. I tillegg er det også vanlig at mange av pasientene deres har blandede plager med både angst og depresjon.

Omstillende eller støttende behandling?

Når det gjelder det å vurdere omstillende eller støttende behandling har alle terapeutene med seg dette på en eller annen måte, men ingen jobber etter kategoriske skiller, og det er ulike syn på dette temaet. En mener at det klart vil være en fordel å klare å vurdere hvem som bør få hvilken type behandling, fordi dette vil gi det beste behandlingsresultatet. Hun tenker imidlertid ikke at det er farlig å velge "feil", og gi omstillende behandling til noen som ikke tåler dette, slik det gjerne kunne bli fremstilt da hun tok videreutdanning. Hennes erfaring er at folk forsvarer seg mot dette, men behandling vil heller ikke noen fremgang.

En av de andre sier at hun har problemer med disse begrepene, fordi hun har erfart at det ikke er noen klare skiller mellom dem. Og for henne handler dette spørsmålet heller om dosering, der hun kan tenke mer og mindre stabilisering eller frigjøring.

Jeg liker ikke de ordene i det hele tatt. Så de har jeg nesten strøket litt av lista. For meg handler det mer om dosering. For av og til tenker jeg at du kan gi støttende behandling som likevel fører til ganske store endringer, uten å tenke det som før ble kalt omstillende behandling.

Og her tenker hun at erfaring etter hvert har gjort henne mindre kategorisk.

Noen ganger så tilbyr jeg kanskje en 5-6 prøvebehandlinger. Nettopp fordi jeg ser at ting ikke alltid stemmer. Noen ganger tenker jeg at ting vil gå greit fordi forholdene ligger godt til rette, og så skjer det ingenting. Noen ganger motsatt; "Dette kan jo ikke gå". Så skjer det endringer likevel. Så jeg har vel kanskje blitt mindre kategorisk enn jeg var tidligere. Ja, jeg tror det. Jeg håper det snart kan finnes noen andre begreper enn de ordene der. Går det an å si det?

Videre mener hun også at det vil bli for snevert å bare skulle forholde seg til omstillende eller støttende behandling i spesialisthelsetjenesten, fordi hun er nødt til å ta hensyn til at det ofte foregår annen behandling samtidig. Og både hun og kollegene må vurdere den behandlingen pasientene får totalt sett. I perioder hvor hun er eneste behandler, kan hun imidlertid styre ting mer selv.

Den siste terapeuten sier at hun ofte bli sittende med pasienter som har opplevd alvorlige traumer og store psykiske belastninger, og som av den grunn trenger lang tid i behandling. Derfor er hun også mindre krevende til at pasientene skal vise tegn til omstilling tidlig i forløpet enn hun ”burde” være om hun skulle følge den psykomotoriske tankegangen konsekvent.

Jeg tenker at når du begynner å jobbe med mennesker og du skal begynne endringsarbeidet, så vil det ofte være lite omstilling i starten. Noen vil synes det er kjempefarlig og holde alt hva de kan. Så da tenker jeg at hvis vi får til en trygg relasjon og får til å jobbe litt over tid, så vil den kanskje slå inn senere. Og absolutt ikke i første time. Jeg tenker at om jeg bare skal basere ting på undersøkelsen og de tre første gangene så vil ingen av mine pasienter egne seg for PMF.

Alle tre forteller, direkte eller indirekte, at de sjelden eller aldri, avviser pasienter som kanskje kan sies å være for dårlige for mer tradisjonell psykomotorisk behandling, om en bare skulle ha vurdert dette på bakgrunn av undersøkelsen. I disse sakene kan de heller velge å jobbe med en litt mer begrenset målsetting, og så blir det måten pasienten reagerer på, i og under timene som forteller dem om prosessen går riktig vei. En av dem sier;

Jeg tenker vel gjerne at folk må få en fair sjanse. For av og til har jeg blitt veldig overrasket over hvem det da er som virkelig tar tak. Egentlig med alle odds mot seg.

I saker hvor hun tenker at behandling kan bli komplisert på grunn av en vanskelig historie, eller fordi forholdene rundt pasienten fortsatt er vanskelige, prøver hun å være ærlig ift til hva hun ser og tenker. Om hun i kroppsundersøkelsen finner en kropp i ”oppløsning”, mener hun selvsagt at hun har et ansvar for å gi pasienten tilbakemelding om dette. Og å komme med forslag til alternative tilnærmingen, eller å foreslå å utsette behandling. Hun ansvarliggjør den det gjelder, og er tydelig på at dette ikke er hennes behandling, men sier hun kan bidra med sin kunnskap. Så lar hun det være litt opp til pasienten å velge om en orker å gå inn i et såpass krevende behandlingsløp som PMF kan være. Men hun avviser ingen som virkelig vil prøve.

4.3. Samarbeidet med andre faggrupper og forholdet til annen kunnskap

Denne kategorien omhandler erfaringer knyttet til det å jobbe i et fagfelt hvor kropp tradisjonelt ikke har hatt fokus. Om erfaringer med tverrfaglig samarbeid. Og noen tanker rundt annen kunnskap.

4.3.1. Samarbeid, og det å bidra med noe som er annerledes

Kropp som ressurs

Alle informantene opplever at de som fysioterapeuter har mye å bidra med i psykiatrien. Og det å jobbe med kropp et sted der samtalen i utgangspunktet har så stor plass, oppleves både nyttig og meningsfullt. De ser at det er noe som gir mening for veldig mange pasienter, og mange av kollegene deres synes dette tilfører en ekstra dimensjon i behandlingen. En trekker for eksempel frem dette å kunne være den som har fokus på ressurser og det som er positivt i saker der pasientene bruker mye tid på å snakke om det som er tungt og vanskelig i samtalebehandlingen.

Så kommer de til meg også kan jeg snu det hele og si; nå skal vi bare se på hva som gjør deg godt. Hva du kjenner gjør at du sover bedre eller får mer appetitt av. Hva du liker å gjøre, hva du kjenner er bra for deg og kroppen din. Mer og mer med alle mine pasienter så har jeg ofte et fokus vekk fra det som er farlig og vondt og negativt, og vil heller ha fokus på det positive, der hvor ressursene er.

Et forhold som trekkes frem er det at fysioterapeuter har mye å bidra med fordi psykiatrien ”bare” tenker psyke, akkurat slik somatikken ”bare” tenker kropp. Og at PMF gir tilgang på en annen type informasjon enn det som vanligvis tillegges vekt, men som er viktig. En ser for eksempel at det at hun er godt trent i å lese kroppens små signaler gir henne et godt utgangspunkt for å kunne møte pasientene der de er hele tiden. En annen tenker at PMF gir henne en evne til å se en dimensjon av mennesket som kollegene hennes ikke gjør.

Jeg får med meg når de holder pusten, når de skifter ansiktsfarge, og jeg får med meg når de blir urolige. Selv om det ikke synes så godt, så ser jeg kanskje noe som kollegene mine ikke ser. Eller som de ser, men som de ikke vet hva de skal gjøre med, og som de da velger å overse.

Kroppslig tilnærming – fra supplement til del av helheten

Alle tre opplever at bidraget deres blir satt pris på. En tenker imidlertid at det finnes ulike syn på PMF blant de hun jobber med. Der noen synes dette er et spennende og rikt supplement, mens andre mener det er veldig alternativt. De to andre ser at det har skjedd en utvikling siden de først kom inn i psykiatrien, der fysioterapi i starten gjerne ble sett på som noe pasientene kunne få i tillegg, og som egentlig ikke var så veldig viktig for om folk ble friske.

Til å begynne med var det litt sånn...Veldig gøy å ha fysioterapeut, men hva i all verden skal vi bruke den til liksom?

I dag ser de imidlertid at kropp har blitt et mye tydeligere tema, og at den får mer og mer plass i psykiatrien. De ser også at kropp har fått en mer naturlig del i behandling, og at dette tas inn som et viktig element i flere og flere behandlingsformer

Det er større og større forståelse for at vi ikke bare kan sitte og snakke om smerter. Vi kan ikke bare sitte å snakke om pust. Vi må faktisk menneskelig-gjøre det, og levendegjøre det med annet enn ord.

Og i denne forbindelsen merker de også at den mer generelle holdningen til fysioterapi, og det å jobbe med en kroppslig innfallsvinkel, har endret seg veldig positivt. Og de opplever at mange av deres kolleger, og også andre, etter hvert ser at en i en del saker ikke kommer noen vei uten å ta med kroppen, og uten å jobbe mer helhetlig og tverrfaglig.

Finn Skårderud sa jo at han misunte faktisk fysioterapeutene det at de har lov til å bruke hender og berøring. Og det er jo en del andre behandlere som etter hvert sier også, som ser at vi har en unik innfallsvinkel som veldig mange andre ikke har. Og at det er et sterkt virkemiddel.

En av terapeutene ser at det teamet hun jobber i, virkelig har skjont at det er mer helhetlig og sammensatt behandling og tverrfaglighet som gir resultater. Og av den grunn brukes hun også veldig mye av sine kolleger. De andre to opplever også å bli mye brukt, men de har erfart at det kan være ulik henvisningspraksis. En har for eksempel opplevd å møte behandlere som ikke har villet henvisne pasienter fordi de ikke ”likte” fysioterapi, eller fordi de hadde dårlige erfaringer med noen som hadde vært hos fysioterapeut. Den andre opplever på samme måte at det alltid er noen en får et bedre samarbeid med enn andre.

Det er jo alltid noen behandlere som er veldig flinke til å tenke kropp og som henviser mye. Også er det noen du aldri får noen fra. Og det får du liksom ikke forandret på. Du kan kanskje prøve...men det blir nå gjerne sånn. Så du har noen gode samarbeidspartnere, og hvis en av dem slutter da, så kan det bli litt tomrom før det kommer en ny du samarbeider godt med.

Informantene tenker at alt dette handler om hvilke perspektiv folk har med seg. Her er en av dem opptatt av at det er viktig at folk ikke begynner å tro at det bare er en selv som kan ting eller som kan ordne opp. Og hun tenker at det å jobbe i psykiatrien i stor grad handler om å samarbeide med andre faggrupper. Om man ikke liker dette, mener hun at folk heller bør velge privat praksis. Hun ser imidlertid at det har skjedd en positiv utvikling, og hennes erfaring er også at yngre folk gjerne er mer åpne ifh til det å samarbeide. Og i dag er det ofte mer et spørsmål om å rekke over alle henvendelser.

I saker hvor fysioterapeutene samarbeider med kolleger om en pasient, tenker de at det blir noe med å balansere behandlingen totalt sett, og at det er viktig å samarbeide tett. Det de og kollegene finner hver for seg, bringes tilbake til de(n) andre, også diskuterer de sammen hva de skal gjøre for pasienten. Det stilles imidlertid spørsmålstegn ved om det samarbeidet som foregår er flerfaglig eller tverrfaglig noen ganger. En av informantene forteller at hun og kollegene ofte spiller på hverandre i behandling. Dette samarbeidet synes hun er spennende.

Noen ganger er de i samtale først, også kommer de til meg. Andre ganger er det omvendt. Noen ganger vil det å jobbe med kroppen frigjøre og åpne opp for følelser, og noen ganger bruker vi det sånn at jeg jobber for å samle det sammen igjen.

Å målbære sammenheng mellom kropp, tanke og følelser i tverrfaglige sammenhenger

Fysioterapeutene ser også at de har ting å bidra med utover pasientbehandling. Alle brukes for eksempel en del i internundervisning, og de blir ofte bedt om å bidra med sin forståelse i ulike sammenhenger. De tenker at de har en viktig oppgave med å hele tiden minne folk om at kropp, tanker og følelser ikke er uavhengige enheter, og å være en målbærer av dette i alle tverrfaglige sammenhenger.

Det er ikke så mange andre som tar ansvar for de her kroppene. Så noen må passe på det også. For det er så lett å tenke at det er ordene som skal fikse det, men jeg tror at av og til så må du putte noe inn for å få noen ord ut.

En viktig arena her er ofte behandlingsmøtene, der ulike faggrupper møtes for å diskutere pasienter. Fordi om det ikke alltid er like tydelig at det er som psykomotorisk fysioterapeut de uttaler seg, tenker de at den helhetlige tenkningen ligger i bunnen når de for eksempel foreslår at en fysioterapeut bør inn i en kompleks sak. Her er en av dem tydelig på at det er viktig å tørre å være litt frempå og si at en har noe å bidra med, og ikke bare sitte å vente på henvisninger. For hun ser at folk hele tiden må gis påminnelser om at kropp, tanker og følelser henger sammen.

En av informantene forteller at hun bruker en del tid på å markedsføre PMF ved å undervise yngre folk, for eksempel assistentleger, som er innom klinikken i spesialisering. Hennes erfaring er at det er en del uvitenhet om hva fysioterapeuter kan bidra med, og hun tenker det er viktig at de får vite at faggruppen hennes finnes. Samt minne dem om at psykiatriske pasienter også har kroppslige plager. Markedsføringen ser hun på som et litt evigvarende prosjekt, og noe av dette tenker hun at psykomotorikere må ta på sin egen kappe. Samtidig mener hun også at andre yrkesgrupper kan løfte blikket litt mer for å se hva som finnes. Og se

hvordan en kan jobbe sammen. For dette opplever hun ofte blir mye fysioterapeutens ansvar. Hun ser imidlertid at noe har blitt enklere fordi kroppen har blitt tydeligere i psykiatrien. Og fordi det har kommet flere ord og begreper som kolleger forstår, som for eksempel mindfulness og oppmerksomhetstrening

Når det med "mindfulness" dukket opp, og en del oppmerksomhetstrening, så ble det jo plutselig en begrepsverden som de andre skjønte. Du kunne plutselig si noe om at, jo det der har vi egentlig jobbet med i alle år, det er faktisk det vi driver med.

Samtidig har hun også alltid vært bevisst på å prøve å oversette det hun driver med til et språk kollegene skjønner, fordi en del fagspesifikke begreper ikke gir mening for andre.

Å jobbe annerledes kan være vanskelig

To av informantene kommer inn på egne følelser knyttet til det å representere det som er annerledes, og begge har erfart at dette kan være vanskelig. Både annerledesheten i seg selv, og det å finne plassen sin innenfor et system som tradisjonelt har hatt andre ting enn kropp i fokus. Og for den ene av dem har denne opplevelsen vært medvirkende årsak til at hun i dag jobber mest med samtale. Fordi om hun aldri har opplevd annet enn at hennes bidrag som psykomotoriker har blitt satt pris på, har hun kjent seg litt utenfor og alene når hun har jobbet med kropp. Og litt på siden av det som hovedsakelig foregår ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk, da PMF ikke er definert som noe som skal skje der. Likevel tenker hun ofte at pasientene kunne ha hatt nytte av PMF, og hun tror hun ser dette bedre enn kollegene. Den andre informanten har kjent på noe av det samme tidligere.

Jeg har nok kunnet kjenne meg litt på siden av det som "egentlig" foregår ja. Jeg har gjort det, og følt at jeg egentlig ikke hører hjemme. I en post er det jo bare sykepleiere som jobber. Oppe hører jeg heller ikke hjemme, for der sitter psykologene og legene. Og hadde det vært nok psykologer og leger i verden, så hadde en ikke trengt andre. Så nei, det er ingen tvil om at jeg har kjent den veldig godt. Og jeg tror nok at en del som begynner i psykiatrien kan få litt den samme følelsen fortsatt. Det tror jeg. Men det er vel fordelene når jeg har vært her så lenge, at den ikke er der lenger.

Her tenker hun at det at andre faggrupper jobber mer likt hverandre, gjør det lettere for andre å forklare hva de gjør. Mens fysioterapeuter blir mer annerledes, på godt og vondt. Om folk blir nysgjerrige på denne annerledesheten, og husker det, så tenker hun at dette nettopp er det som gjør fysioterapeuter tydelige. Men om annerledesheten bare fører til at en "får holde på med sitt", så blir en ikke det. Av den grunn mener hun det er viktig med en del ting det ligger litt symbolverdi i. For eksempel at fysioterapeutene ikke har lokaler i kjelleren langt unna,

men er sammen med de andre. Både for mer uformelt samarbeid, og mtp signaleffekt overfor pasientene; dette med at her jobber man med det samme.

4.3.2. Forholdet til annen kunnskap

Ingen av terapeutene mener at de kun bruker NPMF i behandling. De henter også elementer fra andre fagfelt, og supplerer det de har fra før med ny kunnskap fra internundervisninger, kurs, og andre videreutdanninger. To av terapeutene er tydelige på at det de tilegner seg integreres med den psykomotoriske tilnærmingen som ligger i bunnen for det de gjør, mens den tredje er tydeligere på at hun også gjør andre ting.

Når det gjelder hva de konkret henter fra, nevnes bla; Basal kroppskjennskap, mindfulness, sanseintegrasjon og ”Kropp og selvfølelse”, som er en utdanning opp i mot spiseforstyrrelser. Kursene til Karen Margrethe Sæbø, ”Sporene i kroppen etter sjokk og traume”. En av terapeutene har tatt en treårig videreutdanning i ”Somatic Experiencing”, som hun bruker mye sammen med PMF. Hun opplever at disse retningene passer hverandre som hånd i hanske. Videre nevnes dette med vanlig fysioterapikunnskap, anatomi og fysiologi, da de ser at mange pasienter har en del rare formeninger om hvordan kroppen fungerer.

Alle informantene er også innom kognitiv terapi. To av dem har tatt videreutdanning i dette, og bruker elementer derfra i behandling. Og de mener det er ting der som er veldig lett gjenkjennelig, med å se på situasjoner og å reflektere over hva som skjer. Og det å registrere hvilke tanker, følelser og kroppslige reaksjoner som er tilstede. Den tredje ser annerledes på dette, og har latt være å ta denne utdanningen, til tross for at hun har hatt muligheten mange ganger, fordi hun hele veien har ønsket å øke kompetanse som ligger nært opp mot NPMF.

En av terapeutene ser at hun også har tatt til seg en del kunnskap fra andre faggrupper siden hun har jobbet så lenge i psykiatrien, og så tett sammen med andre profesjoner. Hun opplever at det å jobbe i et tverrfaglig miljø er en stor fordel fordi en får del i hverandres kunnskap. En får utvidet perspektivene, og får andre redskaper en kan ha nytte av. Men selv om hun og kollegene kan jobbe etter noen av de samme prinsippene, tenker hun likevel at hun snakker mer om kropp, og på en annen måte. Når det gjelder hvilke retninger hun konkret henter fra, nevner hun kognitiv terapi, med å stoppe og reflektere over hva som skjer i ulike situasjoner. Mentaliseringsbasert terapi, og dette med å se og forstå seg selv innenfra og utenifra, og i samspill med andre. Videre tenker hun også at det er elementer i psykodynamisk terapi og

utviklingsteori som er veldig sentrale ifh til kropp. For eksempel dette med viktigheten av å bli møtt, bekreftet og berørt med henblikk på utvikling av autonomi og det å bli et individ.

På spørsmål om hvordan fysioterapeutene forholder seg til kunnskap som tradisjonelt sett kanskje ikke har passet med den psykomotoriske tankegangen, for eksempel dette at fysisk aktivitet og trening i dag er svaret på ”alt”, kommer det frem ulike syn. Den første av dem sier at hun nok tør å være litt kritisk og å si at hun ser litt annerledes på ting;

Når pasienter kommer og sier; ”Men jeg har gått på ryggskole og jeg har løpt 4x4, men jeg ble ikke bedre”. Da bruker jeg å si; ”Nei, og jeg tror jeg kan forklare hvorfor. For når man trener oppå en spenning så blir spenningen bare verre, også øker smerten din. Så hvis vi får kroppen din mindre anspent, og litt mer tolerant ifh til belastning, så vil du kanskje kunne begynne å løpe og trene igjen, og ha den effekten av trening som alle påstår det skal ha.”

De andre to bruker fysisk aktivitet en del i behandling, og mener også at dette bør være en del av det som tilbys pasienter i psykiatrien. Det er likevel en viss forskjell i tenkning dem imellom. Den første sier at hun prøver å tilpasse den fysiske aktiviteten etter hvilke faser folk er i. Når de jobber med å få til endring, er hun bevisst på å finne aktiviteter som kan forsterke det nye de prøver å få tak i. Spesielt dersom treningen pasienten driver er veldig ensidig, og opprettholder gamle mønstre.

Den tredje informant sier at hun har valgt å ikke forholde seg til dette at folk bør være forsiktige med trening for å unngå å trene seg inn i spenning. Hun tenker heller motsatt, at folk med spenninger har godt av å røre seg.

Alle mine pasienter har vært nødt til å trene fra dag en. Ja, for vi har jo hatt treningsgrupper her, vi har vært med i Birken, vi har hatt joggegrupper og sykkelgrupper og stavgang-grupper og mye fokus på fysisk aktivitet. Og jeg har ikke noe tro på at man kan hvile seg frisk fra noen ting. Og det at man kan trene seg inn i type fleksjonsmønster og sånn, tror jeg ikke på. Men det er min personlige mening.

Hun anbefaler imidlertid ikke tung styrketrening, men oppfordrer til variert aktivitet og det å bruke kroppen mest mulig. Erfaringene hennes med fysisk aktivitet er udelt positive, og hun opplever at dette er noe som hjelper på prosessene mer enn at folk trener seg inn i et fastlåst mønster. Hun ser også at pasienter som i utgangspunktet sier de ikke kan trene, for eksempel pasienter med fibromyalgi og ME, opplever at trening hjelper dem å få en bedre hverdag. En del dropper imidlertid ut fra gruppene, men de har veldig god erfaring med de som fortsetter.

Hun tenker at dette med trening er veldig i tiden, og at fysioterapeuter i dag nok er påvirket av andre ting enn da Aadel Bülow-Hansen var aktiv.

4.4. Erfaringer knyttet til bruk av NPMF i allmennpsykiatrisk poliklinikk.

Denne kategorien omhandler mer konkrete erfaringer knyttet til det med bruk og tilpasning av PMF i allmennpsykiatrien. Hvilke områder de har erfart at PMF kan være nyttig og motsatt. Hvilken nytte pasienter har av behandling. Og hvordan de jobber med samtale.

4.4.1. Bruk og tilpasning av metoden

Grunnleggende forståelse

Alle de tre fysioterapeutene beskriver at de bruker NPMF og denne tankegangen som en grunnleggende måte å forstå mennesket og kroppen på. Og de ser at det er noe grunnleggende i den psykomotoriske tenkningen som passer godt inn i allmennpsykiatrien, selv om det er ulike erfaringer knyttet til det å kunne jobbe med PMF i betydningen metoden.

Jeg synes at PMF er utrolig flink til å både beskrive sammenhenger og til å sette ord på dem, og den gir måter å nærme seg ting på. Det er klart at PMF ikke er laget til å passe inn i psykiatrien. Og det gjør den nok heller ikke i sin rene form. Men måten å forstå på, jobbe på, og se sammenhenger på, passer veldig godt.

Selv om de ser at de ikke alltid kan bruke metoden, mener de likevel at de får brukt den psykomotoriske kompetansen sin mye. Og de tenker at tankegangen ligger som en grunnmur i tilnærmingen deres, ved at de alltid har med seg de samme tankene om frihet i bevegelser, pust og strekk, samspill og balanse i kroppen, også når de velger andre tiltak. Samtidig ser de at de ikke bare kan jobbe med disse tingene, og ser at de ikke har nok med metoden.

Jeg kan ikke bare bruke det synes jeg. I en poliklinikk der du har så mye sammensatte lidelser. Det blir litt som å si at du har en hammer, så får alt vær så god å se ut som en spiker. Men for meg er det også en tankemåte og en måte å se pasienten på.

Metode eller tilnærming?

En av terapeutene tar opp spørsmålet rundt hva NPMF faktisk er. Og hun er opptatt av at det er vanskelig å definere tradisjonen, og hva som ligger i det å være ”metodetro”. Hun stiller spørsmål ved om en kanskje må ha en del hovedprinsipper felles, mens metoden for øvrig kan romme ulike ting. Og hun sier at hun både ser på PMF som en metode, og mer som en

grunnleggende måte å forstå kroppen og mennesket på. Og hun tenker ikke at en er nødt til å gjennomføre "alle deler" hver gang for å kunne si at man jobber med PMF.

Der igjen er det litt med hvor du stiller begrensningene. Når bruker man metoden og når bruker man den ikke? Den definisjonen er bestandig spennende å diskutere. For hva er nå egentlig psykomotorisk fysioterapi? Og hvor går grensen for det du kan kalle å bruke metoden? Når du tilpasser og ikke kan gjøre en del ting pga pasientens problematikk, er det da fortsatt PMF? Hvor renmetodet må du være? Jeg synes jo jeg får brukt PMF kompetansen min mye, men ikke om du tenker veldig rent metodisk.

Samtidig snakker alle tre om tradisjonell, eller vanlig PMF, i betydningen den mer klassiske omstillende behandlingen. Der en jobber i ulike utgangsstillinger, og jobber på benk, med berøring og massasje, etc. Og det er denne måten å jobbe på de referer til når de snakker om det de lærte under utdanning. De skiller også på dette med mer og mindre aktiv og passiv behandling. Og selv om alle tre regner den aktive og mer øvelsesbaserte delen som en del av tradisjonen, er de mindre tydelige på at det er PMF de jobber med da.

Noen ganger er det ikke mulig å gjennomføre en undersøkelse fordi det blir for vanskelig for pasienten. Men da kan vi heller jobbe litt med øvelser på avstand der den psykomotoriske tankegangen er med, uten at ting da er bygd på en fullført undersøkelse. Og igjen kan en diskutere, er det da PMF, eller er det noe annet?

Ulike erfaringer knyttet til det å kunne jobbe med metoden i poliklinikk

Som tidligere nevnt, er det bare en av terapeutene som har opplevd å kunne jobbe med PMF i allmennpsykiatrien slik hun lærte metoden under utdanning. Hun har for eksempel sjelden møtt pasienter som har hatt problemer med forhold som avkledning og berøring. Unntaket her er imidlertid pasienter som har vært henvist pga traumeproblematikk/ seksuelle overgrep. De ser hun ofte har behov for en mer forsiktig tilnærming.

De andre to har erfart at de har vært nødt til å gjøre en del tilpasninger, fordi benkbehandling, massasje etc., ofte har blitt vanskelig for mange av pasientene de har fått henvist. En av dem forteller også at måten hun jobber på nå, gjør at de pasientene som kanskje best tåler mer tradisjonell PMF ikke får behandling hos henne. For om folk virker å profitere godt på den psykomotoriske tilnærmingen, og virker robuste nok psykisk, blir de gjerne henvist til førstelinjetjenesten, siden PMF er et tilbud som finnes der. Dette fører til at hun er mest i kontakt med forholdsvis dårlige pasienter. De som trenger en mer forsiktig tilnærming. Mange av dem har allerede forsøkt PMF i førstelinjen, og kjent at det ikke har fungert. Når samtalebehandlerne så foreslår å henvise til henne, og folk sier at det ikke er noen vits fordi

de allerede har prøvd PMF, får de beskjed om at hennes tilnærming nok er litt annerledes og mer forsiktig.

Konkret bruk og tilpasning av metoden

Når den av terapeutene som har jobbet mest metodisk med PMF har møtt pasienter som har vært for dårlige for dette, har hun gjerne tilpasset med å gjennomføre kroppsundersøkelsen med klær på. Og i behandling har hun ofte lagt vekt på å jobbe mer hands-off, og har for eksempel brukt øvelser fra Basal Kroppskjennskap.

De andre to bruker den psykomotoriske forståelsen som et bakteppe, hvor de ser på forhold som anspenthet, kroppsholdning, pust og tilstedeværelse. Men de kan sjelden gjennomføre en full psykomotorisk undersøkelse slik de lærte, da pasientene ofte kan ha vansker med å kle av seg, det å stå og bli sett på, ligge på benk, osv. Av den grunn velger de ut elementer fra kroppsundersøkelsen og tilpasser dette til hver enkelt. De er svært nøye på at pasienten hele tiden skal oppleve å ha kontroll. Og pasientens reaksjoner blir alltid styrende for det de gjør. De ser også at en del av de som henvises til psykiatrien og spesialisthelsetjenesten har en problematikk som gjør at de trenger lang tid på å bli trygge i relasjonen før en i det hele tatt får tilgang til kroppen. Om en da gjennomfører for mye for tidlig har de erfart at en ofte bare vil skape alarm i kroppen, eller presse folk ut av et nærvær. Dette ønsker de å unngå da det bare blir å trampe over pasientenes grenser. I tillegg til at det på et vis medfører mye ”unytting” informasjon. En av dem sier også at hun tenker at det hun ikke får gjort kan gi like mye informasjon som det hun får til.

Enkelte ganger kan de oppleve at de ikke kan gjøre noen undersøkelse i det hele tatt fordi pasienten kjenner at det er vanskelig nok bare å begynne å tenke kropp. Noen pasienter kan ha så store smerter at enkelte av utgangsstillingene i undersøkelsen ikke er aktuelle. Andre igjen kan være for dårlige til å ”tåle” å bli tatt på. I disse sakene kan de i stedet begynne å jobbe med enkle øvelser uten at ting er bygd på noen fullført undersøkelse. Eller så kan de bruke tid på å snakke om kropp. Og her sier en av terapeutene at hun ikke ser noe problem med å være fysioterapeut uten å jobbe med berøring i alle saker.

På samme måte som at undersøkelsen kan være vanskelig for en del, er det også mange som ikke tåler behandling slik denne tradisjonelt blir fremstilt. I stedet bruker de gjerne en del fra den mer øvelsesbaserte delen av tilnærmingen, og det er begrenset hvor ofte de kan være

”aktiv terapeut” som gjør noe med en ”passiv pasient”. Fordi om de kan bruke enkelte passive elementer i behandling.

Jeg kan jobbe litt med slipp eller litt med avspenning. Løsne på en skulder eller få en hofte til å slippe, med klær på. Det går fint. Men slik jeg lærte på skolen, at du ser på folk, kler av dem og tar på dem uten klær, og selv om du dekker dem til med laken og teppe og diverse, så foregår behandlingen stort sett med lite klær på. Det skjer aldri her. Det skjer ikke altså!

I behandlingen av pasienter som er for dårlige for mer tradisjonell PMF, kan tilnærmingen gjerne handle om ”her og nå fokus”, bevisstgjøring av vaner og regulering av det autonome nervesystemet. I tillegg til det å ha fokus på ressurser og det å prøve å gi folk pauser.

”Ja, du er ansent, og ja, du er stresset. Men må du sitte å bite sammen i kjeven hele tiden? Går det an å sitte tilbake i stolen? (...) Jeg kan ikke ta fra deg den barnevernssaken som pågår. Men når du nå tenker på den, så kan du prøve å gjøre de og de tingene for å koble av tankene for å få deg en pause”.

Til tross for at de har vært nødt til å gjøre tilpasninger, har de likevel ikke erfart at det er noe i den psykomotoriske fysioterapien de aldri kan bruke, da dette blir forskjellig fra pasient til pasient. De vil heller ikke si at de har pasientforløp der de ikke gir psykomotorisk behandling i det hele tatt, da tankegangen er med i alt de gjør. Og kanskje spesielt ifh til det funksjonelle. Og de tenker også at metoden kan passe godt for andre pasienter enn dem de jobber med.

4.4.2. Erfaringer knyttet til nytten av behandling, og målsettinger

Nytten av behandling

Terapeutene er forholdsvis samstemte i beskrivelsene av den nytten de opplever at pasientene deres kan ha av psykomotorisk behandling. Likens er de enige om at nytte både kan handle om mindre, mer konkrete forhold, og sammensatte funksjoner og større tema.

Nytte er noe som pasienten opplever som meningsfylt og positivt i hverdagen. Så jeg er ikke så interessert i om skulderen har sluppet eller om kneet har fått mer bevegelse. Men heller hvis de kommer tilbake og sier; ”Du, nå sover jeg faktisk bedre, eller nå kjenner jeg at pusten har endret seg.” Så det er de tingene jeg går etter.

Alle nevner reduserte smerter, dette med å i større grad bli tryggere på seg selv, og det å klare å sette grenser og bli tydeligere. Videre nevnes bedret søvn. Bedre funksjon og bevegelighet. Tryggere i relasjon til andre mennesker. Et annet forhold til seg selv og det å være i bevegelse. To av dem snakker om dette med å forstå sammenhenger bedre. Både

sammenhenger mellom det livet man har levd og smertene man har, og det som går mer på forholdet kropp, tanker og følelser.

Jeg behandlet en dame som hadde en tvangslidelse. Hun hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Og hun ble ikke noe bedre med smertene sine. Men hun ble flinkere til å se sammenhengene. Hvorfor det hadde blitt sånn med kroppen hennes. Og da klarte hun å gjøre noen endringer i hverdagen så hun fikk det bedre likevel.

Den ene sier at hun og pasientene gjerne kan starte langt fra hverandre ifh til hvilket syn de har på sammenhenger, der noen mener at følelser er noe som bare er i hodet og ikke i kroppen, og hvor de blir enige om å være uenig. De fleste kommer imidlertid frem til at ting henger mer sammen etterhvert. Og innimellom opplever hun også å få litt hjelp av livet selv.

Det var ei ung jente som hadde fastholdt dette skillet ganske lenge. Men så ble hun hodestups forelsket. Og da var det ikke lenger bare oppi hodet.

Målsettinger

Når det gjelder målsettinger er det litt ulike erfaringer og tanker rundt dette. En av terapeutene mener at hun stort sett jobber med pasienter som like gjerne kunne ha gått i behandling på et privat institutt, og tenker at hun av den grunn ikke jobber med andre mål enn det en gjør i psykomotorisk behandling generelt. Hun ser imidlertid for seg at dette kan bli annerledes i andre deler av psykiatrien.

De to andre tenker at de nok jobber med andre behandlingsmål enn det en gjør i førstelinjen. Og at en for eksempel er nødt til å ha flere delmål i psykiatrien enn i privat praksis, fordi de jevnt over jobber med mer sammensatte problemstillinger. En av dem sier også at et vanlig mål i hennes behandling nettopp er det at pasienten skal bli frisk nok til å gå i førstelinjen.

Min suksesshistorie er kanskje at pasienten på et tidspunkt blir så bra at jeg kan sende dem videre. At jeg gjør dem klar til å kunne gå ut i en mer vanlig fysioterapi enn de starter med til meg.

Hun ser for seg at hun kanskje har mindre fokus på forhold som smerte og funksjon, og mer på dette med økt kroppslig trygghet, det å tåle nærhet og berøring enn man har i førstelinjen. Ofte opplever hun at pasientene kan ha mye fokus på smerter i starten av et behandlingsløp, men at dette gjerne endrer seg og forsvinner litt av seg selv underveis. I tillegg tror hun kanskje hun møter litt andre forventninger til behandling fra sine pasienter enn det fysioterapeuter i privat praksis gjør, noe som på et vis fører til at hun slipper å jobbe så ”målrettet som fysioterapeut”.

Alle fysioterapeutene kommer inn på dette med smertefrihet når vi snakker om målsettinger, og alle er enige om at dette ikke alltid er realistisk fordi det kan være så komplekse årsakssammenhenger til hvorfor folk har smerter. Og noen ganger handler behandling like mye om å lære pasienter å leve med plager. De ser også at en del pasienter kan ha urealistiske forventninger til behandling. Og her har en av dem blitt mer og mer bevisst på å poengtere at målet med behandling ikke er smertefrihet for pasientene.

Det jeg bruker å si, eller har begynt å si mye i det siste. "Jeg kan ikke garantere deg at du skal få mindre vondt. Men jeg har lyst til å gi deg tilbake bevegelsen din. Er vi heldige blir du smertefri, men det er ikke målet. Målet er at du skal få en bedre hverdag, og du skal leve bedre med de begrensningene du har i kroppen din".

4.4.3. Når metoden passer og ikke

NPMF – egnet når kropp bli tydelig

Mer overordnet mener alle tre at de fleste pasienter i psykiatrien kan ha nytte av PMF i en eller annen form. Samtidig blir det også forskjell fra sak til sak hvor aktuelt det vil være å bruke dette som tilnærming. Erfaringene deres tilsier at PMF passer godt i saker der det er mye kroppslige symptomer og reaksjoner på problematikken. Og de ser også at de får henvist mange pasienter fra kolleger der kollegene blir sittende å snakke om smerter i timene, eller der kropp blir veldig tydelig på en eller annen måte.

Psykomotorisk fysioterapi trekkes også frem som noe som kan være et sterkt virkemiddel i behandling av pasienter som har fått lite omsorg oppgjennom livet. For i og med at berøring er en del av den behandlingen som gis og som er forventet, kan en gi folk noe viktig uten at det blir kunstig.

Du kan vekke mye følelser rett og slett bare ved å ta i folk. Og da er det ganske sterke opplevelser noen ganger når de sier; "Oi, det er ingen som har tatt i meg på årevis".

En av dem mener at det tidligere i større grad kanskje rådet en holdning om at man måtte være forsiktig med berøring. En var gjerne redd for at pasienten skulle bli psykotisk. Men dette er borte i dag, og ting som hører fortiden til.

Det siste området som trekkes frem, er pasienter som har vært gjennom somatikken uten at det er funnet noen objektiv forklaring på plagene deres. Og som av den grunn havner i psykiatrien. Her ser de det kan hjelpe pasienter til å erfare og å forstå at det at en ikke har

funnet noe på ulike undersøkelser, ikke betyr at det ikke er noe. En av terapeutene mener at somatikken ikke lykkes fordi de bare ser på deler av en helhet, mens en i psykiatrien på et vis er mer vant til at folk har prøvd "alt". Og av den grunn er en kanskje mer opptatt av å se hva en kan gjøre annerledes for at disse pasientene skal lykkes. En ikke skal prøve mer, men heller finne ut hva det er som ikke har fungert og hva det er som har manglet.

Diagnoser og problemstillinger der NPMF ofte passer godt

Når de skal trekke frem mer spesifikke pasientgrupper, eller problemstillinger/ diagnoser der de har erfart at PMF kan være nyttig, nevner all tre; angstlidelser, spiseforstyrrelser, depresjon, sammensatte lidelser der smerter er en del av bildet, og traumer/pasienter som har opplevd grensekrenkelser og overgrep. I tillegg nevnes tilpasningsforstyrrelser, selvskading, smerteproblematikk, utbrenthet. En av dem sier at fellesnevneren er lidelser der det psykiske stresset i stor grad viser seg fysisk på en eller annen måte.

En av terapeutene opplever at hun også har noe å tilføre i behandling av pasienter der det er snakk om et helt margintalt funksjonsnivå. Det kan være alvorlige spiseforstyrrelser eller ME. Og her ser hun at hun som psykomotoriker gjerne kan bidra med en litt annen tenkning enn andre faggrupper, noe som kan hjelpe enkelte.

Jeg har en ung jente nå som har fått ME-diagnosen.(...) Og her har psykologen koblet inn meg fordi pasienten uttrykker det hun sliter med gjennom kroppen. (...) Der prøver jeg å bygge opp under det hun kjenner er godt. Si at hun skal gjøre det hun har lyst til, og ikke det alle andre forventer. Og dette har virkelig ført til en positiv endring.

Traumeproblematikk går igjen som et sentralt tema i alle intervjuene, og det er enighet om at dette er et felt hvor det er viktig å jobbe med kropp i behandling.

Jeg har møtt mange overgrepspasienter (...). Og en god del sier, nei, vi har snakket så mye om det, vi er ferdig med det der. Men så, bare de kommer inn i rommet, og du nærmer deg kroppen, så kommer den her hukommelsen. Og veldig mange blir veldig overrasket over de kroppslige reaksjonene da. Så de tror jeg alle skulle ha hatt noen som jobbet med kropp.

To av terapeutene tenker også at det er i behandling av traumepasienter at de som psykomotorikere har mest å bidra med i allmennpoliklinikken. Og en av dem ser også at det er i dette landskapet, med traume/dissosiasjon de fleste av hennes pasienter befinner seg. Flertallet har gjerne diagnosen PTSD, eller havner et sted i området F40-F48 (nevrotiske lidelser), i ICD-10. Mange av de hun jobber med har hatt, eller står i ekstreme påkjenninger.

En av dem trekker spesielt frem pasienter som har vært utsatt for overgrep og grensekrenkninger, og sier at dette er en gruppe det er viktig å hjelpe via å jobbe med kropp. Fordi hun ser at mange av dem mister så mange grunnleggende ferdigheter.

Det å bli utsatt for overgrep og grensekrenkninger det er på en måte et ran. Mange av dem blir fratatt evnen til å tillegge informasjon fra kroppen verdi, eller å forstå signalene fra kroppen. Mange strever med å kunne sette grenser, eller å anerkjenne egne behov. Å si noe om dem og det å kunne be om noe. For mange blir det vanskelig i relasjoner. De mister så mye. Så det å hjelpe dem med å ta tilbake kroppen, og å ta tilbake seg selv via å jobbe med kroppen er viktig. For når alt som har med kropp å gjøre blir ekkelt og vanskelig, kan det ha ganske store konsekvenser

Når NPMF ikke passer

Når det gjelder erfaringer knyttet til problemstillinger der PMF ikke passer, sier alle fysioterapeutene at det er vanskelig å trekke frem grupper eller diagnoser her fordi de opplever at dette blir veldig individuelt. En av informantene mener også at dette spørsmålet blir litt avhengig av hvor grensen for å kunne si at det en driver med er PMF går. Alle tre sier imidlertid noe om hva de sjelden opplever å få henvist. Og her nevnes ting som Aspergers syndrom, lidelser som ligger nært opp mot schizofreni, Tourettes syndrom, psykisk utviklingshemming. Eller saker der det er spørsmål om nedsatt evnenivå, siden disse sjelden kommer gjennom inntaket i poliklinikken, eller henvises videre.

To av terapeutene nevner også personlighetsforstyrrelser, for eksempel ustabile eller avhengige og unnvikende, og sier at dette kan oppleves utfordrende. Og de tenker at det ofte kan være vanskeligere å få til endringer når det er snakk om ting som er mer manifeste i folks personlighet. Begge mener imidlertid at en også kan få gjort noe i disse sakene.

Traumebehandling trekkes også frem når det blir snakk om erfaringer der PMF ikke passer. Men da i forståelsen at den mer tradisjonelle psykomotoriske behandlingen gjerne blir for tøff, eller for invaderende for mange av disse pasientene. Og alle har erfart at de ofte har vært nødt til å bruke elementer fra den mer aktive delen av PMF når de har jobbet med traumer.

Jeg har jo hatt noen traumepasienter som har vært alt for dårlige, som bare har sittet på en stol i en krok, med bena og hodet mer eller mindre i fosterstilling, og da nytter det ikke å nærme seg dem men noen tradisjonell PMF altså. Det går ikke, det blir alt for invaderende og skummelt for dem.

En av dem er imidlertid litt usikker på hvor meningsfylt det egentlig har blitt for en del når hun har jobbet med ting som det å stå og kjenne på bena, eller med balanse og stabilisering. Men her er hun klar på at dette kan handle om hennes måte å gjøre tingene på.

En av terapeutene har erfart at hun sjelden lykkes i behandling dersom hun blir for ivrig og ”glemmer” å være forsiktig nok med forhold som berøring og mer passiv behandling. Fordi dette blir for utfordrende for en del pasienter.

Noen ganger kan folk prøve å fremstå som litt flinkere enn de er, eller litt tøffere. De sier; ”Det tåler jeg, det skal gå bra”. Og da kan du noen ganger oppleve at det gjør de absolutt ikke. De bare dissosierer eller forsvinner.

I disse sakene kan hun få tilbakemeldinger fra den andre behandleren om at pasienten sier at fysioterapien ikke fungerer, eller ikke liker det. Dette skjer imidlertid ikke så ofte lenger fordi hun etter hvert begynner å ha så mye erfaring.

4.4.4. Samtalen i PMF

Samtalen som verktøy i behandling

Det er stor enighet blant fysioterapeutene om at samtalen har sin berettigede plass i den praksisen de driver. At dette med samtaleferdigheter både er viktig og nødvendig i den typen jobb de har, og at det er et redskap de bruker alle tre. De legger imidlertid litt ulike ting i innholdet, og det er forskjellige oppfatninger om hvor stor plass samtalen bør få. *(Samtalen forholder seg selvsagt annerledes for den terapeuten som i dag jobber med samtalebehandling. Men hun uttaler seg som fysioterapeut og på bakgrunn av tidligere erfaring her).*

Alle mener at språk er viktig for å hjelpe pasientene med å sette ord på det som skjer i behandling, og til å forstå sammenhenger rundt hvorfor man har fått plager. Og denne forståelsen tror de ikke at en kommer til om en bare jobber via kropp.

Jeg tenker samtale er kjempeviktig. For hvordan skal du ellers klare å hjelpe pasienten å oversette det kroppslige til språk? Til å si noe om hva som plager dem eller om følelser hvis du ikke kan snakke med dem? Da må du jo jobbe som massør da.

Videre tenker de ikke at de driver noen inngående psykoterapi, men at de snakker om det de ser i behandlingen. Om kropp og kroppslige reaksjoner. Og at de bruker dette til å hjelpe pasientene med å skape mening og sammenheng. Samtalekompetanse er også viktig for å kunne ta opp vanskelige ting, være ærlig, og gi folk klare tilbakemeldinger uten at det oppleves som et angrep. Og til å ta opp det at en ikke kommer noen vei, og samtidig ser

forhold som er med og opprettholder dette. Hva er det for eksempel det ikke snakkes om når det snakkes mye om noe annet? De bruker også samtalen som et verktøy i selve kroppsbehandlingen. For eksempel for å få oppmerksomhet og tilstedeværelse i kroppen.

Jeg sitter ikke og snakker med pasientene mine uten at jeg sier; ”Oi, hva kjente du nå, hva skjedde nå, hva legger du merke til nå”? Jeg sitter aldri og snakker med pasientene uten at jeg ber dem kjenne at de setter seg godt tilbake på stolen, og løsner litt på kjeven, og rører litt på seg, og kjenner at nå landet jeg i stolen.

Ulike tradisjoner i faget?

I intervjuene kommer vi inn på dette med ulike tradisjoner i fagfeltet når det gjelder det å bruke samtale. Og to av informantene forteller at de har liten forståelse for at noen psykomotorikere eventuelt ”ikke snakker” med pasientene. Og for dem er det en selvfølge at man i tillegg til den kroppslige delen, også bør være god til å snakke med folk når man jobber med mennesker.

Jeg tenker jo at det der med at fysioterapeuter ikke snakker med pasientene sine bare er tøv. Jeg synes jo det er skremmende at vi sier at vi ikke snakker med pasientene. De som påstår det, de kan ikke være påkoblet. De kan ikke.. de burde ikke ha vært psykomotoriske fysioterapeuter.

De kan heller ikke se hvordan det å ”bare” jobbe kroppslig kan være å møte hele mennesket. Og for dem blir det noe veldig mekanisk over å bare skulle forholde seg til ting som eventuelt måtte dukke opp når man jobber med kroppen, og heller ikke da gå spesielt inn i det som kommer frem. En av dem tenker at det nettopp er gjennom sin samtalekompetanse og de ferdigheter en har ifh til dette, at man er i relasjon til et annet menneske.

Hvis du ikke snakker med pasientene, så lurer jeg på hva du gjør? For jeg gjør ingenting uten at jeg snakker med pasientene først. Forklarer dem hva vi gjør, og hvorfor. Vi snakker veldig mye om hvordan det kjennes, og hva de opplever. Alt er jo samtale i det jeg gjør som fysioterapeut.

Et annet poeng som nevnes i denne sammenhengen, er at det i dag kanskje ikke er så vanlig for psykomotorikere å ha så tett kontakt med en lege eller psykolog, at det blir naturlig å dele det opp slik at den ene tar seg av kroppen og den andre ordene.

Samtalens plass i den psykomotoriske utdanningen

Til tross for at alle tre mener at samtale bør ha sin plass i PMF, er det bare en av dem som mener at samtale, og ulike ”samtaleteknikker” burde ha større fokus i den psykomotoriske utdanningen. I alle fall om hun sammenligner med hvordan dette var da hun gikk. De to andre

er mer usikre på dette, og tenker at dette kanskje er ferdigheter hver enkelt må tilegne seg etterhvert. For her tenker de det blir noe med hva en må forsake for å få plass til noe annet. Men om noe skal vektlegges mer, mener de fokus bør ligge på å utdanne terapeuter som er flinke til å snakke kropp og eget fag.

Vi skal ikke begynne å snakke om psykiske vansker for å si det sånn. Vi skal ikke bli psykologer. Men vi skal bli flinke til å snakke kropp, og det bør vektlegges veldig.

De vet heller ikke hvor mye fokus samtalen har under utdanning nå, men ser for seg at en kanskje er litt prisgitt hvor en studerer. Her sier en av terapeutene at hennes inntrykk, og for så vidt også erfaring, er at samtalen er tonet ned i noen miljø, mens den i andre brukes som et verktøy. Hun er imidlertid usikker på hvor denne forskjellen ligger i dag.

Når jeg gikk videreutdanningen så var det på en måte to retninger. En mer biomekanisk, i Gudrun Øvreberg sin tradisjon. Også var det retningen til Berit Bunkan og Kirsti Monsen, som er utdannet psykologer i tillegg. Og som ønsket at samtalen skulle være en større del. Jeg vet egentlig ikke hvor de forskjellene ligger nå. De var veldig tydelige da, men jeg vet ikke hvor tydelige de er nå?

5.0. DISKUSJON

Hensikten med denne studien har vært å få frem noen av de erfaringene psykomotoriske fysioterapeuter har, knyttet til det å jobbe med NPMF i behandling av pasienter som henvises til allmennpsykiatriske poliklinikker.

I og med at det finnes så lite forskning på det området jeg har gått inn i, er det vanskelig å stille dette prosjektet opp mot andre studier, eller å dra linjer mellom resultatene mine og eksisterende teori og kunnskap på feltet. Av den grunn vil jeg i diskusjonsdelen trekke frem noen sider ved resultatene mine og diskutere dette opp mot teoretisk perspektiv og NPMF generelt, og mot forskning og fagutvikling knyttet til ting som er skrevet om fysioterapi og psykiatri.

5.1. NPMF - Metode, tilnærming eller grunnleggende måte å forstå? Tvetydighet

Et gjennomgående trekk ved materialet mitt slik jeg ser det, er at det hele veien virker å være en slags usikkerhet rundt hva vi til enhver tid faktisk snakker om. Og det er en form for tvetydighet i mye av det som kommer frem. På den ene siden sies det at NPMF og denne

tankegangen ligger som en grunnmur i informantenes praksis, samtidig opplever de det er vanskelig å jobbe med dette i behandling. Eller de velger å gjøre andre ting. Det snakkes for eksempel om å henvise pasienter til ”vanlig” NPMF i førstelinjen, eller å jobbe med samtale der NPMF ligger til grunn for det en gjør. Et annet eksempel er at pasienter ikke får tilbud om behandling dersom de profiterer på den ”vanlige” psykomotoriske tilnærmingen.

Gjennom alle intervjuene brukes beskrivelser som; vanlig psykomotorisk behandling, tradisjonell PMF, metodetro PMF, PMF slik vi lærte under utdanning, etc. Og benevnelsene benyttes uten at de automatisk følges opp med noen nærmere forklaring av hva som egentlig menes. Det virker imidlertid å være en viss enighet om at ”tradisjonell PMF” handler om den omstillende behandlingen som gjerne er utgangspunktet når fremgangsmåten i tilnærmingen beskrives i litteraturen. Det innebærer å jobbe i ulike utgangsstillinger og omfatter behandling på benk. Og fysioterapeuten benytter bevegelser, berøring og massasje, slik for eksempel Øvreberg og Andersen (1986) viser. Det er også denne måten å jobbe på informantene refererer til når de snakker om hva de lærte under utdanning. Inntrykket av tvetydighet forsterkes ytterligere av at informantene er mindre tydelige på at det er NPMF de jobber med når de snakker om den mer øvelsesbaserte og aktive delen av tilnærmingen. Til tross for at alle sier at dette er NPMF, fremstilles det på et vis som noe en tyr til når den ”egentlige” behandlingen ikke lar seg gjennomføre.

I artikkelen *psykomotorisk fysioterapi- tenkning og tilnærming* (2006) skriver Eline Thornquist om NPMF både som forståelsesform og som konkret metode. Og hun snakker også om en klassisk form for psykomotorisk behandling i betydningen det å jobbe med omstillende behandling. Når pasienter er for dårlige for dette sier hun at alternativene kan være andre former for fysioterapi og/eller det å bruke psykomotoriske prinsipper der en legger vekt på forankring og stabilitet, ikke omstilling.

En av informantene sier eksplisitt at hun regner NPMF både som en metode og en grunnleggende måte å forstå og se pasientene på. Og hun tar samtidig opp dette at det er vanskelig å avgrense og definere tradisjonen. De andre to sier at prinsippene i NPMF hele veien ligger i bunnen for det de gjør, uten at de direkte uttaler at de skiller metode og forståelsesform. Likevel er det litt det inntrykket jeg sitter igjen med når de beskriver praksis.

Denne oppgaven har ikke til hensikt å beskrive hva NPMF er, og forfatteren sitter i alle fall ikke med svaret. Kanskje er det en selvfølge at NPMF både handler om en metode og en måte

å forstå ting på? Og tanken om at man kan jobbe med noen grunnleggende prinsipper er på et vis både tiltrekkende og enkel å forstå. Men for meg som er ny i faget er det vanskelig å helt skjønne rekkevidden av dette. For om en legger til grunn at NPMF både er en forståelsesform og en metode, vil det da være sånn at det alltid er tanken som teller? Er hva en faktisk gjør, underordnet tanken bak det en gjør? Kan en gjøre BK-øvelser, eller holde på med kognitiv terapi, og fortsatt si at det er NPMF? Finnes det en grense for når en går over til å gjøre noe annet? Og er det hensiktsmessig for faget om det kan romme ”alt”? Med bakgrunn i egen erfaring og støtte i materialet, stiller jeg meg i alle fall undrende til om det finnes noen uavklarte spørsmål her.

5.2. NPMF – Velegnet i behandling ved allmennpsykiatriske poliklinikker?

Svaret her vil kanskje være avhengig av hvordan en velger å se på NPMF, og av hvilke pasienter en behandler. Datamaterialet mitt tyder på at det kan være visse forskjeller mellom poliklinikkene mtp hvilke pasienter de tar imot, eller som henvises til fysioterapi i poliklinikk, noe som igjen kan ha betydning for hvordan en kan jobbe med NPMF. At det er forskjeller i pasientgrunnlag er kanskje naturlig siden avgjørelsene om hvem som skal ha behandling i psykiatrien og ikke, tas på bakgrunn av skjønnsmessige vurderinger, slik Helsedirektoratet (2006) påpeker. Og der fysioterapeuten får henvist pasienter fra en ansvarlig pasientbehandler i poliklinikk, vil også dette være på bakgrunn av skjønnsmessige vurderinger hos den enkelte PAB. Uten å ha noe grunnlag for å si noe om dette er det nærliggende å tro at det kan utvikles ulike kulturer her. Likevel må en anta at det vil være en viss felles forståelse av hvilke pasienter som trenger hva slags hjelp, og hvor. Og det er også utarbeidet en prioriteringsveileder som skal være til hjelp i vurderingene av hvem som skal ha hjelp i psykiatrien. (Helsedirektoratet, 2008). Dermed vil det være naturlig å tenke at tendensen blir at pasienter som er aktuelle for fysioterapi i allmennpsykiatrien jevnt over er noe dårligere enn de som henvises til psykomotorisk behandling i førstelinjen. Den forskjellen som muligens finnes mellom poliklinikkene som er representert i mitt materiale, virker å ha betydning for hvordan informantene kan jobbe med NPMF. Og der en av informantene stort sett har fått henvist pasienter som tåler en mer tradisjonell behandlingstilnærming, har de to andre vært nødt til å gjøre en del tilpasninger.

Til tross for mulige forskjeller i pasientgrunnlag og ulike måter å jobbe på, antyder dataene i denne studien at den mer tradisjonelle omstillende behandlingen i NPMF kan bli for krevende for en del som henvises til allmennpsykiatrien. Pasienter kan ha vansker med berøring eller

det å ligge på benk, og noen kan ha en lidelsesproblematikk som gjør det vanskelig å i det hele tatt gjennomføre en undersøkelse. Uten at dette tidligere er beskrevet for pasienter ved allmennpsykiatriske poliklinikker, er det samme omtalt for pasienter i psykiatrien generelt.

I boka ”*Den relasjonelle kroppen – fysioterapi i psykisk helsevern*” (2007), skriver Anne Gretland at omstillende behandling brukes lite i psykiatrien, fordi mange psykiatriske pasienter strever med en fragmentert personlighetsstruktur, noe som innebærer et sårbart forsvar mot selvsplitelse og det å bli følelsesmessig overveldet. I behandlingen sikter en derfor mot økt selvavgrensning, sikrere identitetsopplevelse og økt autonomi. ”Kort sagt pasienten får grep om seg selv, og kan ta hånd om eget liv og få fotfeste i tilværelsen igjen” (ibid s.88). I Festskrift til Aadel Bülow-Hansen (1982) skriver Grete Engh og Lise Radøy at NPMF er regnet som kontraindisert behandling for psykiatriske pasienter, fordi denne behandlingen i sin klassiske form tar sikte på en omstilling, noe som er forbeholdt pasienter som er ressurssterke nok til å tåle dette. De har imidlertid erfart stor nytte av de psykomotoriske prinsippene i sin praksis. Og prinsippene som særlig trekkes frem er dette at individet vurderes helhetlig, og at kroppen behandles som en funksjonell enhet. Beskrivelsene deres tar imidlertid utgangspunkt i det de kaller tungpsykiatri, uten at det gis noen nærmere forklaring på hva som ligger i dette begrepet.

I festskrift til Berit Bunkan, (Ekerholt, 2009) har Susanne Sternberg og Robyn Bohén skrevet et kapittel om ”*Fysioterapeutisk intervention ved personlighetsforstyrrelser*” (Sternberg & Bohén, 2009). Som innledning til dette kapitlet har Sternberg skrevet om erfaringer knyttet til det å bruke psykomotoriske prinsipper i fysioterapibehandling i psykiatrien. Her skriver hun at psykomotorisk fysioterapi opprinnelig ble regnet som uegnet behandling for ego-svake mennesker med psykiatriske problemstillinger, fordi behandling kunne føre til sterke følelsesmessige og kroppslige reaksjoner, noe disse pasientene ville få vansker med å håndtere. Gjennom erfaring har hun imidlertid sett at NPMF, nøye tilpasset hver enkelts’ mulighet for utvikling, kan være ego-støttende og av den grunn velegnet behandling for svært belastede psykisk syke pasienter.

Resultatene i denne studien antyder på samme måte, at om en legger til grunn at NPMF er en forståelsesform og grunnleggende prinsipper, kan den psykomotoriske tankegangen passe like godt inn i allmennpsykiatrien som andre steder. Pasientene kan trenge noe lengre tid i behandling, og man jobber kanskje med litt andre målsettinger enn i førstelinjetjenesten. Eksempler på dette kan være at det tar lang tid å komme dit at man får gjennomført en

kroppundersøkelse, og en har kanskje mindre fokus på smerte og funksjon og mer på forhold som kroppslig trygghet i behandling. Men utover disse forskjellene mener de at pasientene vil kunne ha samme nytte av behandling som NPMF ellers forventes å kunne gi. Dette er imidlertid basert på antagelser rundt det å jobbe i førstelinjen, siden informantene primært har erfaring fra psykiatrien.

Informantene ser imidlertid at det vil være mange faktorer som avgjør om en pasient vil nyttiggjøre seg behandling eller ikke, og mener det må vurderes i hvert enkelt tilfelle hvor hensiktsmessig den psykomotoriske tilnærmingen er. Forhold som motivasjon, autonomi, evne til refleksjon, og det å være med på tankegangen om at kropp-tanker-følelser henger sammen trekkes frem som viktig. Dette er noenlunde sammenfallende med det Bunkan (2008) kaller utvidede ressurser, som hun mener er en viktig del av den totale vurderingen som gjøres av om en pasient kan ha nytte av behandling. I tillegg ser informantene at den posisjonen pasienten har satt seg i, eller opplever å være i, har betydning for behandlingsresultatet. De pasientene som er nysgjerrige på hvorfor de har plager, som virkelig vil få til endring i livet, er også de som i størst grad klarer dette. Lignende funn er gjort i en studie av Øien, Råheim, Iversen og Steihaug (2009), der de antyder at pasienters selvoppfatning kan ha betydning for utfall av psykomotorisk behandling.

Fordi om ”alle” kan ha nytte av den psykomotoriske tilnærmingen, pekes det likevel på at det er mest nærliggende å tenke NPMF i saker der kropp blir en veldig tydelig del av problematikken. For eksempel hos angstpasienter, ved spiseforstyrrelser, eller i sammensatte saker der smerter blir en del av bildet. Et område trekkes frem som spesielt viktig når det gjelder det å jobbe med en kroppslig tilnærming. Og det er i behandling av pasienter som har vært utsatt for traumer, for eksempel overgrep/grensekrenkelser. Videre har informantene erfart NPMF som nyttig tilnærming overfor pasienter som har vært utredet i somatikken uten at det er gjort objektive funn som kan forklare plagene deres. Her ser informantene at de kan hjelpe pasienten å forstå og erfare at fravær av funn ikke er det samme som at det ikke er noe.

Når det gjelder problemstillinger der psykomotorisk behandling ikke passer like godt, antyder resultatene i denne studien at behandling kan bli vanskeligere ved tyngre psykiatriske lidelser, som for eksempel schizofreni. Ved en del personlighetsforstyrrelser. Eller saker der det er usikkerhet rundt evnenivå og kognitiv fungering. Behandling vanskeliggjøres også dersom pasienter har store utfordringer på veldig mange områder i livet. Gretland (2007), skriver at pasienter i en vanskelig livssituasjon kanskje vil ha mer hjelp å hente fra en sosionom enn en

fysioterapeut. Og at fysioterapi i en situasjon hvor pasienten er fylt av noe annet ikke har terapeutiske funksjoner.

Tradisjonelt sett har kroppsundersøkelsen spilt en sentral rolle i psykomotorisk behandling, fordi denne avgjør om behandling er aktuelt eller ikke, og eventuelt hvilken type behandling man skal tilby. Diagnoser er regnet å være av mindre betydning for dette (Thornquist & Bunkan, 1986). Med utgangspunkt i dette datamaterialet er det imidlertid mindre tydelig at kroppsundersøkelsen spiller denne rollen. Informantene kan for eksempel oppleve å møte pasienter med en problematikk som gjør at de bare får gjennomført deler av undersøkelsen. Andre ganger kan den ikke gjennomføres i det hele tatt. Og uansett ”utfall” av undersøkelsen, eller ”grad” av omstillingsevne, velger de stort sett alltid å tilby behandling om pasienten selv er motivert. Her blir det heller snakk om å finne en passende behandlingstiltak, og de har flere ganger opplevd å bli overrasket over hvilke pasienter som har klart å ta tak i ting.

Videre viser funnene at diagnoser også kan spille en rolle i totalvurderingen av pasienter. Informantene tillegger informasjon fra kroppsundersøkelsen størst vekt, men sier at diagnoser også er med. Dette begrunnes blant annet med å være nødt til å ta hensyn til summen av all behandling som foregår i poliklinikken, og ikke bare fysioterapien, og at diagnoser kan gi en del informasjon. Gretland (2007, s. 102) skriver om det samme, og sier det kan være viktig å kjenne til diagnoser, fordi det sier noe om hvordan pasienten blir forstått av kolleger. Og som regel noe om hva slags mønstre for emosjonelt liv, persepsjon, handling og tenkning som dominerer pasienten.

Engh og Radøy (1982) viser til fire områder de ofte har lagt vekt på i sin behandling av psykiatriske pasienter: Behandling av underekstremitetene og kontakt med underlaget. At enhver del av kroppen skal kunne beveges fritt uten at resten av kroppen låses. Kontinuerlig registrering og påvirkning av respirasjonen. Og det å bedre pasientens kroppskontakt og kroppsopplevelse. Resultatene i denne studien viser at psykomotorisk behandling kan foregå på ulike måter. Informantene gjør det de tenker blir mest hensiktsmessig for pasienten, og ser at de er nødt til å ha flere verktøy til rådighet. Den psykomotoriske forståelsen er utgangspunktet deres, men de supplerer med annen kunnskap. Her nevnes blant annet Basal-Kroppskjennskap, fysisk aktivitet og kognitiv terapi. I møte med dårligere pasienter jobber de gjerne med stabilisering, og benytter seg først og fremst av den mer aktive delen av NPMF, med øvelser/ bevegelser pasienten selv kan gjøre.

Samtale trekkes av informantene frem som en viktig del av behandling. I den klassiske psykomotoriske tilnærmingen har imidlertid oppfatningen gjerne vært at psykomotorikeren skal være tilbakeholden med verbal terapeutisk intervensjon, og først og fremst fungere som gråte-/klagemur. Om pasienten har stilt spørsmål har det gjerne vært vanlig å sende dette tilbake etter en tankegang om at pasienten da som regel vil finne svaret selv (Hanson, 1982; Bunkan, 2008). Når Gretland (2007) beskriver tradisjonen rundt samtale i NPMF, referer hun blant annet til Aadel Bülow-Hansen som sa at man alltid skulle ta utgangspunkt i pasientens plager, fordi dette var grunnen til at pasienten kom til fysioterapi. Gretland mener også at dette har vært det mest vanlige å gjøre i psykomotorisk behandling.

Bunkan skriver at samtalen i NPMF først og fremst skal gi psykomotorikeren et innblikk i hvordan pasienten har det. Og hvor han/hun befinner seg emosjonelt og kroppslig i behandlingstimen og mellom behandlingene. Samtidig kan samtale også være et middel til innsikt, ved at man sammen i timene undres over hva som kan bidra til de plagene som viser seg. Og samtale kan hjelpe pasienter å uttrykke seg, begrense seg og avgrense seg. Gretland (ibid.) sier at samtale er en viktig del av en kroppslig tilnærming for å bli kjent med pasientens forståelse, tanker og vurderinger. Videre vil en bare få svar på hvordan en pasient opplever en situasjon, hva som opptar ham og hva han ønsker og har behov for, ved å snakke med ham. Det å etterspørre pasientens oppfatninger signaliserer også at dette er viktig.

Informantenes syn på samtalen i NPMF passer langt på vei med de siste to forfatternes beskrivelser. Og det er enighet blant alle tre om at samtalen har sin berettigede plass i den praksisen de driver. De jobber riktignok på forskjellige måter, men alle trekker frem viktigheten av det å være god til å snakke om kropp og om eget fag, og med folk. Og de ser dette som en vesentlig ferdighet for det å kunne møte hele mennesket. To av informantene er samtidig tydelige på at det ikke er fysioterapeutens oppgave å drive samtaleterapi, mens informanten som i dag driver mest med samtale selvsagt ser annerledes på dette. Men hennes utgangspunkt er heller ikke at pasienter er henvist til fysioterapi når de kommer.

5.3. Å bidra med noe som er annerledes

Resultatene i denne studien synliggjør at fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse kan være en yrkesgruppe som kan bidra til å utfylle det andre faggrupper i psykiatrien gjør. Gjennom å ha en annen innfallsvinkel enn flertallet, ved å være opptatt av andre forhold, og ved å gjøre andre observasjoner av en pasient, kan dette tilføre annen og utfyllende

informasjon. Dette sammenfaller med det Gretland (ibid.) skriver om fysioterapi i psykiatrien. Der hun peker på at fysioterapeuter som har kropp som innfallsvinkel, og med sin tilnærming i behandling, bidrar med noe som er vesensforskjellig fra annen behandling i psykiatrien der en oftest sitter og snakker sammen. Det er også samtale i fysioterapi, men den har et annet innhold og skiller seg fra samtaler i andre terapeutiske sammenhenger. Samlet sett mener hun dette gir grunnlag for å si at ”..fysioterapi utfyller andre fag i psykisk helsearbeid, fremfor å overlapse eller konkurrere med andre profesjoners tilnærminger (ibid., s. 87).

Thornquist (2009, s. 353) sier noe om det samme: ”Fysioterapien i det psykiske helsevernet representerer ”noe annet” ved å bringe kroppen inn i psykiatrien, og ved å tillegge kropp og bevegelse egenverdi – som kilde til erfaring, innsikt og utvikling for den enkelte klient”.

Informantene viser til at de både kan få med seg en type informasjon som andre ikke gjør eller ikke vektlegger, og at de kan bruke denne informasjonen i behandling. For eksempel ved å møte en pasient på det han gir uttrykk for kroppslig i stedet for det han uttrykker verbalt om dette ikke samsvarer. Og de kan bruke kroppslige tegn og knytte dette opp mot følelser og hva som skjer i ulike situasjoner. Gretland (2007) skriver at det å ta kroppslige uttrykk på alvor blant annet kan være en måte å avsløre roller på – hvem pasienten føler seg som overfor en annen. En pasient kan via ord si ting for å unngå å være til bry, samtidig som kroppen forteller noe annet. Og ved å anerkjenne kroppslige uttrykk anerkjenner en uttrykk på et dypere kommunikativt nivå enn det verbale, noe som kan gi pasienten en opplevelse av å bli sett som person.

Et annet eksempel på det å kunne utfylle, er det som trekkes frem der fysioterapeut og samtalebehandler spiller på hverandre i behandling. Den psykomotoriske fysioterapien kan for eksempel brukes for å åpne opp for følelser og reaksjoner som kan brukes som tema i samtaleterapien. Eller så kan den være en måte å roe eller ”lukke” følelser på etter samtale.

Studien synliggjør også at psykomotoriske fysioterapeuter gjennom forventninger knyttet til sin yrkesrolle, har potensiale til å bidra med ting som andre yrkesgrupper ikke gjør, eller har mulighet til. Her peker informantene blant annet på det privilegiet de har ved å kunne velge å jobbe med ressurser og det å prøve å gi pasienter gode og positive opplevelser i tunge saker. Et annet eksempel er dette å kunne jobbe med berøring. Her ser de at de kan gi omsorg og nærhet til pasienter som har opplevd lite av dette oppgjennom livet, uten at det blir kunstig på noe vis, siden det er forventet at fysioterapeuter berører. Gretland (2007, s. 172) viser til det samme, og sier at fysioterapeuter i kraft av sin yrkesrolle kan ”...berøre og være nær pasienter

uten at det skaper usikkerhet om profesjonalitet eller hva slags situasjon en er i". Dersom fysioterapeuten er var for pasientens signaler kan massasje og berøring være en mulighet til å gi pasienter erfaring av seg selv som verdsatt og respektert, og det at andre kan være kilde til gode opplevelser. For pasienter som har opplevd omsorgssvikt og sviktende samspill fra tidlig alder, kan dette være en ny og livgivende erfaring. Og det kan fungere som "holding" – en erfaring av å bli tatt hånd om på måter som fremmer fysisk og følelsesmessig trygghet. (ibid).

Selv om resultatene viser at en kroppslig innfallsvinkel kan være en ressurs, kommer det samtidig frem at fysioterapeuter kan oppleve å havne litt på siden av det som foregår i en allmennpoliklinikk. Og at det å finne plassen sin i et felt der ord og samtale har så stor betydning, og hvor andre grupper jobber mer likt hverandre, kan være en utfordring. Og denne annerledesheten kan oppleves vanskelig. Informantene peker blant annet på forhold som det å være nødt til å bruke tid på å markedsføre seg, og at ansvaret for å få til samarbeid om en pasient ofte kan hvile på fysioterapeuten. De har også erfart ulike holdninger til fysioterapi fra kolleger. Og det kan være ulik praksis når det kommer til dette med henvisninger, der noen henviser mye, andre sjelden eller aldri. Thornquist (2009) skriver at fysioterapeuter ikke regnes som nøkkelpersonell i psykiatrien, og tendensen er at de gjerne plasseres "litt på siden" med sine kroppslige tilnæringsmåter - de kommer i tillegg til andre. Videre skriver hun at fysioterapeuter gjerne er nødt til å rettferdiggjøre egen praksis i større grad enn andre grupper som støtter seg til psykiatriske tradisjoner og innarbeidet praksis.

For å redusere opplevelsen av annerledeshet pekes det på viktigheten av å gjøre mer symbolske forskjeller minst mulig. For eksempel dette å rent fysisk være plassert på samme sted som kolleger for å legge til rette for mer uformelt samarbeid, og for å tydeliggjøre for pasientene at her jobber en "med det samme".

På den andre siden trekkes nettopp annerledeshet og det å kunne bidra med noe særegent frem som noe som kan gjøre psykomotorisk fysioterapi tydelig. Informantene opplever at kolleger ser at det å jobbe tverrfaglig og med flere innfallsvinkler gir flere muligheter i behandling, og de opplever at bidragene deres blir satt pris på og at de brukes mye. Resultatene i denne studien kan også tyde på at det etter hvert har blitt lettere for fysioterapeuter å jobbe i psykiatrien fordi kropp begynner å få en større plass. Informantene viser blant annet til at kropp trekkes inn som en viktig faktor i flere former for behandling, og at det har dukket opp nye begrep som mindfulness og oppmerksomhetstrening som flere kjenner til. Dette kan gjøre det lettere for fysioterapeuter å fortelle andre om sin praksis

5.4. Avsluttende kommentarer

Jeg håper denne studien kan være med og gi et lite innblikk i en del av praksis som til nå har vært lite undersøkt og dokumentert. Kanskje vil noen kjenne seg igjen i noe, andre lite eller ingenting. Uansett håper jeg den kan bidra til refleksjon over egen praksis og gi noen ideer å ta med seg i møter med pasienter i allmennpsykiatrien. Forhåpentligvis vil den også inspirere til diskusjon både rundt det som har vært oppgavens tema, og ulike sider ved den psykomotoriske tradisjonen. Til det beste for pasientene, og til det beste for faget.

For fremtiden mener jeg det trengs videre forskning rundt hva fysioterapeuter og fysioterapeuter med kompetanse i psykomotorisk fysioterapi bidrar med, og kan bidra med i psykiatrien. Hva gjør terapeutene når pasientene opplever å få hjelp? Og hva er det som hjelper for hvem? Mer kunnskap om dette kan være et bidrag for å sikre at flest mulig får den hjelpen de trenger. Når de trenger den, og der de trenger den.

LITTERATURLISTE

- Bülow-Hansen, A. (1982). Psykomotorisk Fysioterapi. I B. H. Bunkan, L. Radøy, & E. Thornquist, *Psykomotorisk behandling - Festskrift til Aadel Bülow-Hansen* (ss. 15-21). Oslo: Universitetsforlaget.
- Borchgrevink, P. C., Fredheim, O., Fors, E. A., Hara, K., Holen, A., & Stiles, T. C. (2009, Juni 25). Hva er sammensatte lidelser? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129 (13), s. 1368.
- Brinkmann, S., & Tanggard, L. (2010). *Kvalitative metoder - En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bunkan, B. H. (1982). Norsk metode med innebygget optimisme. I B. H. Bunkan, L. Radøy, & E. Thornquist, *Psykomotorisk behandling - Festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2001, Oktober). Psykomotorisk fysioterapi - Prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121 (24), ss. 2845-8.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 0130, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekerholt, K. (2009). *Festskrift til Berit Bunkan Hio-rapport 2009 nr10*. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Engh, G., & Radøy, L. (1982). Psykomotoriske prinsipper brukt innen tungpsykiatrien. I B. H. Bunkan, L. Radøy, & E. Thornquist, *Festskrift til Aadel Bülow Hansen. Psykomotorisk behandling*. (ss. 182-185). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagforum for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, Danmark. (2010, 03 24). *Fagforum for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi*. Hentet 4 23, 2013 fra <http://wwwpsykfys.dk/Viden/Afhandlinger/>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen*. Tromsø: Fagbokforlaget.
- Gretland, A. (1999). *Kroppens spor en utfordring i psykiatrien*. Regionsykehuset i Tromsø, Tromsø.
- Grimen, H., & Ingstad, B. (2008). Kvalitative forskningsopplegg. I I. Laake, B. R. Olsen, & H. B. Benestad, *Forskning i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal.
- Gyllensten, A., Hansson, L., & Ekdahl, C. (2003). Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized Controlled Study of Patients in Psychiatric Outpatient Care. *Advances in Physiotherapy*, 5 (4), ss. 179-190.

Hanson, H. (1982). Psykomotorisk behandling. I B. H. Bunkan, *Festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. (2006). *Distriktpsikiatriske sentre- Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2008). *Prioriteringsveileder - Psykisk helsevern for voksne*. Oslo: Helsedirektoratet.

Johnsen, R., & Råheim, M. (2010, 10). Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. *Advances in Physiotherapy*. 12 (3), 12 (3), ss. 166-174.

Kaarhus, R. (1999). Intervjuer i samfunnsvitenskapene. Bidrag til en videre metodologisk diskurs. *Tidsskrift for samunnsforskning* (40:1), ss. 33-62.

Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
Kurs og fagutviklingskomiteen Faggruppe for Psykomotorisk fysioterapi. (2012, 10). Spenningsnytt. 17-19.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Leder, D. (1992). A tale of two bodies: The Cartesian corps and the lived body. I *The Body in Medical Thoughts and practice*. (ss. 17-35). Kluwer.

Malmgren-Olsson, E., & Armelius, A. (2003). Non-specific musculoskeletal disorders in patients in primary care: Subgroups with different outcome patterns. *Physiotherapy Theory and Practice*, 19 (3), ss. 161-173.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i helsefaglig forskning*. Oslo: Unversitetsforlaget.

Mattsson, M., & Mattsson, B. (1994). Physiotherapeutic treatment in out-patient psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8 (2), ss. 119-126.

Nasjonalt Folkehelseinstitutt. (2010). *Folkehelse rapport 2010 Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nilsen, M., Danielsen, M., & Grønlund, G. (2005). *Fysioterapi og spiseforstyrrelser*. Helse Vest, Helse Midt.

Norsk Fysioterapeutforbund. (u.d.). *Norsk Fysioterapeutforbund*. Hentet 5 5, 2013 fra <http://www.fysio.no/FAG/Spesialistordningen/Spesialist-i-psykomotorisk-fysioterapi>

Sternberg, S., & Bohen, R. (2009). Fysioterapeutisk intervention ved personlighedsforstyrrelser. I K. Ekerholt, *Festskrift til Berit Heir Bunkan. Hio-rapport 2009 nr 10* (ss. 239-245).

Sundsvold, M. (1975). Muscular Tension and Psychopathology. A Comparison of Four Psychopathological Groups by General Physiotherapeutic Examination of Muscular Tension. *Psychother Psychosomatic*, 26 (4), ss. 219-228.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget vigmostad & Bjørke AS.

Thornquist, E. (1992). *Fysioterapeuters rolle og funksjon innen psykisk helsevern*. Oslo: Norske fysioterapeuters forbunds faggruppe for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk Fysioterapi - Tenkning og tilnærming. *Utposten* (5), ss. 28-32.

Thornquist, E. (2008). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tjora, A. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tschudi-Madsen, H., Kjeldsberg, M., Natvig, B., Ihlebæk, C., Dalen, I., Kamaleri, Y., et al. (2011, Desember 18). A strong association between non-musculoskeletal symptoms and musculoskeletal pain symptoms; results from a population study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12:285.

Universitetet i Tromsø. (2011). *Studieplan Mastergradsprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Vollset, P., Meland, E., & Nessa, J. (2004). Trygve Braatøy - en nekrolog 50 år etter. *Tidsskrift for Den norske legeförening* (13-14), ss. 1809-11.

Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. (2009, 11). Self-perception as embodied knowledge - changing processes for patients with chronic pain. *Advances in physiotherapy*, ss. 121-129.

Øvreberg, G., & Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow Hansens Fysioterapi*. Harstad: Eget Forlag.

Forslag til intervjuguide.

Før intervjuet. Tenk gjennom (ev. skriv ned), to eksempler/historier, der du brukte NPMF (psykomotoriske prinsipper), hvor du opplevde at behandling ga gode resultater. Og en hvor du ikke opplevde at det fungerte så bra.

***Bruk av metoden:** Hvordan er rammene der du jobber nå? Påvirker du selv hvilke pasienter du får henvist og når de skal henvises? I hvor stor grad/Hvordan får du brukt PMF-kompetansen din? Hvordan bruker du metoden? ”Metodetro” vs. mer som en grunnleggende måte å forstå mennesket og kroppen på? (Bruker psykomotoriske prinsipper i behandling?). *Eksempler på dette?* Har du eksempler der du har opplevd at PMF-behandling har fungert svært godt? Eventuelt motsatt? Hvordan forholder du deg til ”betingelsene” som må være på plass for at man skal velge å sette i gang PMF-behandling? (Motivasjon, evne til bidra inn i behandlingen selv, støtte i relasjoner rundt seg, etc) Hva tenker du om omstillende og støttende behandling? Og hvor nøye er du ifh til vurderingen av dette før du bestemmer deg for om du skal tilby behandling eller ikke? Hender det at du tilbyr behandling i noen tilfeller der du strengt talt tenker at sjansene for endring/bedring er små? *Ev. hva påvirker dette?*

***Potensialer og begrensninger:** Hvor opplever du at du som psykomotorisk fysioterapeut har mest å bidra med i den jobben du har nå? *Hvorfor? Eksempler?* Er det tilfeller hvor du opplever at denne kompetansen ikke strekker til, eller ikke passer inn ifh til det du møter. *Eventuelt når, hvorfor?* Hva regner du som effekt av PMF-behandling? *Eksempler på dette.* Tenker du at målsetting med behandling blir annerledes når man jobber i psykiatrien enn andre steder? *Eksempler?*

***Det spesielle med psykiatri:** Tilpasninger av metoden ifh til de pasientene du får henvist? *Eventuelt når, hvordan og hvorfor? Eksempler?* Tror du at dette forholder seg annerledes på noen måte når du jobber i psykiatrien enn andre steder? *Eventuelt hvorfor?* Blir kroppsundersøkelsen alltid styrende for behandling? Eller spiller også diagnoser inn? *Eksempler?* Hvordan opplever du at det er å jobbe med kropp i et felt hvor det er så stort fokus på samtale?

Vedlegg 1

***Pasienter:** Er det noe som kjennetegner de pasientene du ofte opplever at du lykkes med i behandlingen? *Eksempler?* Motsatt, er det pasienter eller problemstillinger du opplever at du sjelden lykkes med? *Eksempler?* Hvilke erfaringer har du gjort ifh til de pasientene du får henvist mtp motivasjon og autonomi? *Eventuelt hva får dette å si for behandling?* Hvilke erfaringer har du med å jobbe med pasienter som har store utfordringer på mange områder i livet? Erfaringer med å møte mennesker som har vært utsatt for ekstreme påkjenninger? Erfaringer med å jobbe med mennesker med dårlig fungering, nedsatt evnenivå, etc.?

***NPMF vs. annen kunnskap:** Er det annen kunnskap enn PMF-teori du har mye nytte av i jobben du har i dag? *Eksempler?* Opplever du at den kunnskapen du har med deg fra videreutdanningen i NPMF stemmer med de erfaringene du selv har gjort deg gjennom jobb? Er det f.eks spesielle mønstre som går igjen mtp kroppsundersøkelsene/diagnoser? Hvordan forholder du deg til kunnskap som tradisjonelt ikke har passet med PMF-teori? (F.eks fysisk aktivitet som i dag er svaret på ”alt”?) Er det tilfeller hvor du ikke bruker PMF, men tilbyr annen behandling? *Eksempler?*

***Ferdigheter man ikke tilegner seg gjennom utdanning alene:** Hvor viktig mener du erfaring/”taus kunnskap” er i jobben din? Hvor viktig mener du det er å ha en del ”livserfaring”? Er det personlige egenskaper du anser som spesielt viktige i jobben din? Hva tenker du om nytten av samtaleferdigheter og samtalekompetanse når man jobber i psykiatrien?

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I PROSJEKTET: NORSK PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI I PSYKIATRIEN

Mitt navn er Gunhild Bentzen Følstad. Jeg er masterstudent i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved det Helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø, og er nå i gang med min masteroppgave hvor temaet er psykomotorisk fysioterapi i psykiatrien. Veileder for oppgaven er Aud Marie Øien; Psykomotorisk fysioterapeut og PhD, førsteamanuensis.

Hensikten med dette prosjektet er å lære mer om, og å synliggjøre hvordan psykomotorisk fysioterapi kan være, og er, en del av behandlingstilbudet for pasienter som behandles ved allmennpsykiatriske poliklinikker. Noe av det jeg er spesielt interessert i er hvilke muligheter og begrensninger som ligger i det å bruke NPMF i behandlingen av denne pasientgruppen? Er det spesielle problemstillinger hvor man har erfart at NPMF helt klart bør være en del av behandlingen? Og motsatt; når bør man eventuelt velge andre tilnærminger, og i så fall hvilke?

For å belyse problemstillingen min ønsker jeg å intervjuer erfarne fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse, som kjenner fagfeltet allmennpsykiatri godt. Du spørres med dette om å delta i prosjektet. Jeg ønsker å intervjuer deg en gang i ca 1 time, med utgangspunkt i noen planlagte spørsmål. Intervjuene vil finne sted i perioden august 2012 - januar 2013. Om du vil, kan du få tilsendt spørsmålene på forhånd. Jeg ønsker å ta opp intervjuene på lydbånd. Lydbåndene vil bli oppbevart innelåst.

Det er min plikt å verne om deltagerens interesser. Jeg vil anonymisere alle personlige forhold i oppgaven slik at det ikke kan peke tilbake på enkeltpersoner hva navn, situasjon eller institusjon angår. Alt datamateriale vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk og personvern. Lydopptakene vil bli slettet etter evalueringen av masteroppgaven, forhåpentligvis i juni 2013. En utgave av masteroppgaven vil bli oppbevart på biblioteket på Universitetet i Tromsø. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Det er viktig å presisere at det er helt frivillig å være med, og at du når som helst kan trekke deg fra å delta, selv om du i første omgang sa deg villig.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 95869120, eller sende en e-post til gunfolstad@hotmail.com.

Med vennlig hilsen
Gunhild Bentzen Følstad
Storsteinbakken
7860 Skage

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur Telefonnummer



Harald Hårfages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Aud Marie Øien
Avdeling for samfunnsfag
Høgskulen i Sogn og Fjordane
Postboks 133
6851 SOGNDAL

Vår dato: 04.07.2012

Vår ref:30889 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.06.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30889

Norsk psykomotorisk fysioterapi i psykiatrien. En kvalitativ undersøkelse av erfaringer med å bruke psykomotorisk fysioterapi i behandlingen av pasienter som henvises til allmenpsykiatriske poliklinikker

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Universitetet i Tromsø, ved institusjonens overste leder
Aud Marie Øien
Gunhild Følstad

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtyedt Kvalheim

Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering

Lis Tenold

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 30889

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner skrevet godt utformet.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Universitetet i Tromsø sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlede opplysninger anonymiseres og lydbåndopptak makuleres ved prosjektslutt, senest 01.08.2013. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Ved publisering vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes.