



**PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI SOM EN DEL AV
BEHANDLINGEN FOR PASIENTER MED
SPISEFORSTYRRELSER**

KARINE BØRSUM

MASTERGRADSOPPGAVE I HELSEFAG,
STUDIERETNING PSYKIATRISK OG PSYKOSOMATISK FYSIOTERAPI.

INSTITUTT FOR HELSE OG OMSORGSFAG
DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET
UNIVERSITETET I TROMSØ

MAI 2014

FORORD

Det som startet som en 1 1/2 års videreutdanning i 2010 avsluttes nå, etter mange omveier og med en intens inspurtpå masteroppgaven. Det har vært utrolig spennende, men også utfordrende. Selvom det skal bli godt å bli ferdig kommer jeg til å savne denne perioden.

Først takk til mine informanter. Spesielt til psykomotorikeren og de andre behandlerene jeg intervjuet- tusen takk for at dere så villig delte deres kunnskap, erfaringer og tanker. Også takk til hele spesialenheten for deres gjestfrihet, det var veldig spennende å se hvordan dere jobber.

Også en stor takk til min veileder Målfrid Råheim. Jeg er utrolig glad for at jeg fikk akkurat deg som veileder! Og ikke minst takk for alle de minst tusen mailene du har svart på.

Takk til kollegaer og medstudenter, det har vært mange spennende samtaler. Og takk til fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte i forbindelse med studiet.

Til slutt takk til venner og familie for støtte og oppmuntring. En spesielt stor takk til mamma og Palle- uten dere hadde jeg rett og slett ikke klart det. Og Angus som tappert har vinket "ha det" i trappen når jeg skulle ned i kjelleren for å jobbe, i dag var siste gang, jeg lover. Ad, som nesten ble kastet ut hjemmefra når jeg holdt på med transkripsjonen- jeg vet jeg ikke har vært lett å leve med, men også deg lover jeg at, nå skal det bli bedre.

Karine Børsum

Holmestrand, 7. mai 2014

SAMMENDRAG

Det er gjort mye forskning på behandling av spiseforstyrrelser. Når det gjelder fysioterapi, og spesielt psykomotorisk fysioterapi, finnes det imidlertid lite forskning. Forskning viser at behandlingen generelt dreier seg om samtaleterapi og medisinerer, og er mer sjelden rettet mot kroppen. Dette til tross for at det er en lidelse hvor det handler mye om kropp, og i flere betydninger. Formålet med denne studien er å se på psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser.

Datamaterialet ble produsert på en spesialenhet for spiseforstyrrelser ved bruk av semi-strukturerte intervju med terapeuter i behandlingsteamet. Psykomotoriker og de andre mest sentrale behandlerne, det vil si psykiater, psykolog og spesialsykepleier, ble intervjuet. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering. Studiens rammeverk tar utgangspunkt i teori om psykomotorisk fysioterapi, kroppsfenomenologi og tverrfaglig samarbeid.

I intervjuene kom det tydelig frem at psykomotorisk fysioterapi bidro med noe som var annerledes og utfyllende i forhold til de andre behandlingstilnærmingene. Dette ved å ha kroppen som utgangspunkt og sentrum i behandlingen, med en grunnforståelse som handlet om å lære og erfare i verden som kropp og gjennom kroppen. De andre terapeutene så på psykomotorikeren som *“kroppseksperter”*, og uttrykte at hun med sin tilnærming kunne gå direkte på *“kjerneproblematikken”*. Det kom også frem at den generelle fysioterapikunnskapen til psykomotorikeren var viktig i behandlingskonseptet. Fysioterapeutene på enheten ble sett på som eksperter også når det gjaldt kunnskap om kroppen som anatomisk-fysiologisk organisme og om fysisk trening, og dette var del av fysioterapibehandlingen. Et sentralt *“funn”* viste at det ikke var psykomotorisk fysioterapi eller en av de andre behandlingsformene som enkeltvis behandlingstilnærminger som ble sett på som avgjørende i behandlingen. Behandlingskonseptet i sin helhet og samarbeidet de hadde på enheten var meget viktige faktorer. Dette handlet om at det ble lagt til rette for samarbeid, at de hadde en felles forståelse av fenomenet spiseforstyrrelser og behandlingen mer helhetlig og at det var likeverd mellom behandlerne, en ikke hierarkisk modell. De så på hverandres roller som utfyllende. Tverrfaglig samarbeid i praksis var altså essensielt.

Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, spiseforstyrrelser, spesialenhet for spiseforstyrrelser, *“kroppseksperter”*, tverrfaglig samarbeid, felles forståelse.

ABSTRACT

Research is done regarding eating disorders and the treatment of eating disorders. However, looking at eating disorders and physiotherapy, especially Norwegian PsychoMotor Physiotherapy (NPMP), the research is rare. The research shows that treatment mostly include psychological therapies and medication, and is not so often addressed to the body itself. And this despite the fact that this disorder is so much about the body. The aim of this study is to look at the contribution of NPMP in the treatment of patients with an eating disorders.

Research data was produced at a special unit for eating disorders, using in-depht interviews of the team members. A psychomotor physiotherapist, a psychiatrist, a psychologist and a nurse specialized in mental health, were interviewed. The research data was analyzed using the method of systematic text condensation. The theoretical framework of this study is based on the theory of NPMP, phenomenology of the body and interprofessional collaboration.

The findings suggest that NPMP contributed with something that was different and complementary to the other treatments methodes. By having the body as the starting point and the main focus of the treatment, and with an understanding that it was about learning to be and experience the world as a body and through the body. The other team members looked upon the psychomotor physiotherapist as “the *body expert*” and they expressed that she was able to go directly for the main problems of these patients in her treatment. The findings also suggest that the general physiotherapy knowledge of the psychomotor physiotherapist was important. The physiotherapists at the unit were also known as the experts regarding knowledge of the body anatomy and physiology, and physical training. This was an important part of their treatment. A main finding suggests that it was not the NPMP or one of the other treatment methods on their own that was regarded as most important. The treatment concept as a whole and collaboration at the unit were very important parts of the treatment. This was about making the collaboration work, the fact that they had a common understanding of the phenomenon eating disorders and it’s treatment, and equality between the therapists, a non hierarchical model. The team members looked upon their different professional roles as complementary to each other. Interprofessional collaboration in practice was essential.

Keywords: norwegian psychomotor physiotherapy, eating disorders, special unit for eating disorders, “the body expert”, interprofessional collaboration, common understanding.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0. INNLEDNING.....	7
1.1. Min bakgrunn for å skrive oppgaven.....	7
1.2. Forekomst av spiseforstyrrelser.....	7
1.3. Hva er spiseforstyrrelser?.....	7
1.4. Body image.....	9
1.5. Fysioterapi behandling av pasienter med spiseforstyrrelser.....	9
1.6. Tidligere forskning.....	10
1.7. Hensikt og problemstilling.....	12
2.0. TEORI.....	14
2.1. Norsk psykomotorisk fysioterapi.....	14
2.1.1. Historikk.....	14
2.1.2. Undersøkelse og behandling.....	15
2.2. Kroppsfenomenologi.....	17
2.2.1. Fenomenologi.....	17
2.2.2. Merleau-Ponty og kroppsfenomenologien.....	18
2.2.3. Kroppsfenomenologien og psykomotorisk fysioterapi.....	19
2.3. Tverrfaglig samarbeid.....	19
2.3.1. Hva kjennetegner et godt tverrfaglig samarbeid.....	20
2.3.2. “Lærende nettverk”.....	21
3.0. METODE.....	22
3.1. Valg av metodisk tilnærming.....	22
3.2. Valg av behandlingsarena.....	22
3.3. Valg av deltakende observasjon.....	23
3.4. Valg av semi-strukturert intervju.....	23
3.5. Intervjuguide.....	24
3.6. Utvalg.....	25
3.7. Produksjon av forskningsmaterialet.....	26
3.7.2. Intervjuguiden tar form.....	26
3.7.3. Gjennomføring av intervju.....	27
3.7.4. Lydopptaker og feltnotat.....	28
3.8. Transkripsjon.....	29
3.9. Analysen.....	30

3.9.1. Generelt om analyse.....	30
3.9.2. Systematisk tekstkondensering.....	30
3.9.3. Egen analyse.....	31
3.10. Etske vurderinger.....	33
4.0. RESULTATER: OM PSYKOMOTORIKERENS BIDRAG I BEHANDLINGEN OG OM FELLES AGENDA I BEHANDLINGSTEAMET.....	35
4.1. Kontekst: kort om behandlingseenheten.....	35
4.2. Psykomotorikerens bidrag i behandlingen: "Kroppseksperthen".....	37
4.2.1. Arbeidet direkte på kroppen: Om å gå rett til sakens kjerne.....	38
4.2.2. Kunnskapsformidling om kropp og trening.....	41
4.3. Behandlingsteamet: Tverrfaglig samarbeid i praksis.....	44
4.3.1. Samarbeid i praksis: Om behandlingsteam, behandlingsemøter og behandlingssinnhold....	45
4.3.2. Samarbeid ut fra felles forståelse og likeverd.....	48
5.0. DISKUSJON.....	53
5.1.1. "Kroppseksperthen"; fysioterapi bidrar med noe som er annerledes, og om å lære og erfare i verden gjennom kroppen.....	52
5.1.2. Å bidra med tradisjonell fysioterapi; kunnskap om kropp og trening.....	58
5.1.3. Et behandlingsskonsept basert på tverrfaglig samarbeid i team.....	60
5.2. Diskusjon av metode.....	62
5.2.1. Forsker i eget felt – om nærhet og analytisk distanse.....	63
5.2.2. Intern validitet – om troverdighet og pålitelighet.....	65
5.2.3. Ekstern validitet - overførbarhet.....	68
5.3. Avsluttende kommentar.....	69

LITTERATURLISTE

VEDLEGG 1

VEDLEGG 2

VEDLEGG 3

VEDLEGG 4

VEDLEGG 5

1. INTRODUKSJON

Denne studien handler om psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser i et tverrfaglig team på en spesialenhet for spiseforstyrrelser.

1.1. Min bakgrunn for å skrive oppgaven

Jeg har opplevd spiseforstyrrelser tett innpå livet. Det betyr at jeg har sett smerten som ligger bak, sett hvordan det kan ødelegge et menneske, et liv og sett at behandlingstilbudet ikke har strukket til. Behandlingstilbudet jeg fikk kjennskap til har bestått av samtalerterapi, ernæringsveiledning og medisiner. Kroppslige behandlingstilnæringer har ikke vært benyttet, noe jeg ser på som mangelfult. Sykdommen har et sterkt kroppslig uttrykk. Som fysioterapeut ser og hører jeg at spiseproblemer blir behandlet også med fysioterapi, og tenker at nettopp fysioterapi kan potensielt bidra med det jeg mener bør ertelyses i behandlingen av denne pasientgruppen. Når jeg nå skal skrive masteroppgave er det nettopp dette jeg ønsker å skrive om, nærmere bestemt psykomotorisk fysioterapi som en del av behandlingstilbudet for pasienter med spiseproblemer. Det finnes dessuten lite forskning på psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandling av disse pasientene. Hva kan psykomotorisk fysioterapi bidra med i behandlingen av denne pasientgruppen?

1.2. Forekomst av spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser har eksistert i mange hundre år. Tidlige tilfeller av spiseforstyrrelser kan finnes helt tilbake til 1800-tallet, men det var først på 1980-tallet at spiseforstyrrelser ble mer synlig, fikk mer oppmerksomhet og kom i diagnosesystemet (Skårderud, 2001). Internasjonale og norske studier anslår at rundt 2% av den kvinnelige befolkningen mellom 15-45 år, rammes av alvorlige spiseforstyrrelser. Antallet øker hvis man inkluderer tilstander som faller utenfor det diagnostiske systemet, men som allikevel kan trenge behandling. Det øker ytteligere hvis man inkluderer lettere spiseproblemer, alt fra forbigående vansker av mild grad, til behandlingstrengende tilstander som faller utenfor de diagnostiske kriteriene (Nilsen, Danielsen & Ege Grønlund, 2005).

Spiseforstyrrelser sees som oftest hos kvinner i alderen 15-40 år, men det forekommer også hos menn (Statens helsetilsyn, 2000).

1.3. Hva er spiseforstyrrelser?

“Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på flere, beslektede tilstander med varierende alvorlighetsgrad” (Statens helsetilsyn, 2000, s. 9). International Classification of Disease (ICD-10)

er det offisielle diagnosesystemet i Norge. Her beskrives disse spiseforstyrrelsene. Anorexia nervosa beskrives slik:

“Ved hjelp av å unngå fetende mat, men også eventuelt ved selvfremkalte brekninger, bruk av avføringsmidler, overdreven fysisk aktivitet, bruk av appetittdeppe medikamenter eller diuretika holder pasienten en vekt som ligger 15 % eller lavere, under forventet normal vekt i forhold til alder og høyde (BMI <17,5). Til tross for undervekt har pasienten en intens frykt for fedme eller for å legge på seg, og pålegger seg selv en lav vektgrense. Spiseforstyrrelsen omfatter også omfattende endokrin sykdom, som fører til fravær av menstruasjon hos kvinner” (Nilsen og medarbeidere, 2005, s. 12).

Så har vi bulimia nervosa:

“Gjentatte episoder med overspising, der store mengder mat blir konsumert på kort tid. Pasienten forsøker så å oppveie den ”fetende” virkningen av mat ved en av de følgende måtene: selvfremkalte brekninger, misbruk av avføringsmidler, vekslende sultperioder, bruk av appetittdeppe midler, thyreoide preparater eller diuretika. Har pasienten også diabetes, kan insulin behandlingen bevisst forsømmes. Også ved bulimia har pasienten en sykkelig frykt for overvekt, og pålegger seg selv en usunn lav vektgrense” (Nilsen og medarbeidere, 2005, s. 13).

Jeg tar også med tvangsspisinglidelse: *“Pasienten har her bulimisk overspising uten kompenserende metoder som oppkast, fysisk trening, misbruk av avføringsmidler som ved bulimia nervosa”* (Nilsen og medarbeidere, 2005, s. 13).

Det er ofte glidende overganger mellom de ulike formene for spiseforstyrrelser, og det er viktig å se de allmennpsykologiske aspektene som er felles for personer med spiseforstyrrelser: lav selvfølelse, forstyrret kroppssopplevelse (subjektiv følelse av fedme og en sterk drivkraft for å gå ned i vekt), det kan være en mer eller mindre bevisst måte å kontrollere eller undertrykke følelser på, eller et forsøk på å øke autonomi og mestring (Nilsen og medarbeidere, 2005). Årsakene til spiseforstyrrelser er sammensatte: moderate spiseforstyrrelser kan være kulturelt og sosialt betinget. Alvorlige spiseforstyrrelser er sannsynligvis betinget av en eller annen form for individuell sårbarhet av biologisk og/eller psykologisk art (Statens helsetilsyn, 2000).

1.4. Body image

Body image eller kroppsbilde er et sentralt begrep innen spiseforstyrrelser. Det er mange definisjoner på kroppsbilde, men det er vanskelig å finne en som dekker hele begrepet. Eksempler på hva disse definisjonene refererer til er det å være fornøyd med eget utseende, å være fornøyd med egen vekt, estimering av egen størrelse og persepsjon av egen kropp i mer generell forstand (Nilsen og medarbeidere, 2005, s. 17). Kroppsbilde forstyrrelse kan beskrives i et kontinuum: fra ingen forstyrrelse, til ekstrem grad av forstyrrelse, og her finner vi diagnoser som spiseforstyrrelser, depresjon og dysmorfofi. De fleste av oss (den såkalte normalbefolkningen) ligger imidlertid på midten med mild til moderat grad av bekymring og misnøye (Nilsen og medarbeidere, 2005). Fenomenet kroppsbilde er som sagt av vesentlig betydning innenfor spiseforstyrrelser. Noen mener at det er den mest essensielle dimensjonen i forståelse av etiologien, og utvikling av optimal terapeutisk tilnærming. Kroppsbilde forstyrrelse er antatt å være en av de største risikofaktorene for å utvikle en spiseforstyrrelse, og en av hovedrisikofaktorene for tilbakefall (Thompson, Heinberg & Altabe, 2002). Andre er mer kritiske til betydningen av fenomenet. Innen forskning har det utviklet seg to retninger når det gjelder kroppsbilde og spiseforstyrrelser: den ene har sett på estimering av egen kroppstørrelse hos spiseforstyrrede. Den andre retningen har sett på kognitiv evaluering av egen kropp, som for eksempel misnøye med egen kropp (Cash & Pruzinsky, 2002).

I retningslinjene for fysioterapi og spiseforstyrrelser har man oversatt body image med kroppserfaring. Dette er et omfattende begrep, mer omfattende enn kroppsbilde vanligvis defineres som. Kroppserfaring er i retningslinjene delt inn i fire komponenter basert på to forståelsesmodeller: de fire dimensjoner i menneskets eksistens i grunntenkning fra basal kroppskjennskap, og nøkkelhullmodellen (Bunkan 1996), som tar for seg forholdet mellom psykiske og somatiske faktorer ved å se på samspillet mellom følelser, det motoriske, autonome og endokrine system, og immunsystemet (Nilsen og medarbeidere, 2005, s. 19&20). De fire dimensjonene er: 1. Det anatomiske/ytre komponent. 2. Det fysiologiske/motoriske komponent. 3. Det psykologiske komponent. 4. Det eksistensielle komponent. Det er allikevel viktig å se komponentene som en helhet, uten klare skiller og hvor komponentene gjensidig kan påvirke hverandre (Ibid).

1.5. Fysioterapi behandling av pasienter med spiseforstyrrelser

Kolsnes (2012) skriver at man i behandling av spiseproblemer sjelden bruker kroppslige behandlingstilnærminger. I retningslinjene for fysioterapi og spiseforstyrrelser (Nilsen og

medarbeidere, 2005), står det imidlertid at fysioterapeuter har behandlet pasienter med spiseforstyrrelser i mange år. I Europa er det utviklet spesielle behandlingsmetoder innen fysioterapi, hvor behandling av spiseforstyrrelser også inngår. Det eksisterer mye erfaringsbasert kunnskap på dette området, men den er i liten grad systematisert og skriftliggjort. I forbindelse med “*Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*” (Statens helsetilsyn, 2000), ble det satt fokus på forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. Grunnen til dette var et mangelfullt utbygget behandlingstilbud til denne pasientgruppen, og at det er for lite kompetanse på området (Ibid.) I 2000 kom *Alvorlige spiseforstyrrelser; Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten* (Statens helsetilsyn, 2000), og i 2005 kom *Retningslinjer for fysioterapi og spiseforstyrrelser* (Nilsen og medarbeidere, 2005).

Selv om det nå finnes retningslinjer for fysioterapeutisk behandling av denne pasientgruppen, dreier som sagt behandlingen generelt seg i stor grad om samtalerterapi og medisinerer, og er mer sjelden rettet mot kroppen (Kolsnes, 2012). Psykomotorisk fysioterapi er en kroppslig behandlingstilnærming til pasienter med psykiske og psykosomatiske lidelser. Det psykomotoriske behandlingskonseptet bygger på en forståelse av at psyke og soma henger sammen og gjensidig påvirker hverandre. Kroppen er utgangspunktet i psykomotorisk behandling, men kroppen er også personen. Dermed kan behandling aldri være kun kroppslig, den omhandler alltid hele personen (Thornquist og Bunkan, 1995). Mitt utgangspunkt er å etterspørre hvordan en kroppslig behandlingstilnærming som psykomotorisk fysioterapi kan bidra i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser.

1.6. Tidligere forskning

Ved søk i Universitetsbibliotekets databaser (Embase/Ovid) på spiseforstyrrelser og behandling (*eating disorders treatment*), får jeg mange treff på kognitiv terapi, psykoterapi og medisinerer. Jeg får også en del treff på familieterapi, gruppeterapi og studier om opplysnings-programmer om ernæring. Ved søk på PubMed/Medline kommer det interessant nok opp flere studier på mindfulness/yoga og spiseforstyrrelser. Her er det også flere studier på forskjellige former for elektrostimulerende-behandling, multidisiplinære behandlingsprogrammer og bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av spiseforstyrrelser. Jeg vil si litt om de studiene som er gjort med mindfulness og yoga, siden disse ligger nærmest enkelte fysioterapitilnærminger, som for eksempel kroppskjennedomsterapi (Basic Body Awareness Therapy - BBAT).

I en Randomized Controlled Trial (RCT) studie, ble effekten av et individuelt yoga program for pasienter med spiseforstyrrelser målt (Carei, Fyfe-Johnson, Breuner & Brown, 2010). Forskerne fant at Eating Disorder Examination verdiene gikk ned etter 12 uker, opptatthet av mat var mindre etter yoga timene og yoga hadde ingen negativ effekt på Body Mass Index (BMI). Forskerne konkluderte med at yoga er egnet, i tillegg til standard behandling for pasienter med spiseforstyrrelser. I en annen RCT studie, ble effekten av et hjemmebasert yoga program for pasienter med tvangsspisinglidelse målt (McIver, McGartland & O'Halloran, 2009). De fant en selvrappportert reduksjon i tvangsspising og økt fysisk aktivitet. En liten, men signifikant reduksjon i BMI blir også funnet. Forskerne konkluderte med at hjemmebaserte yoga programmer kan være effektive som en del av behandlingen ved tvangsspisinglidelse. Videre i denne studien (studie med blandet metode), analyserte McIver og medarbeidere (2009) data fra 20 personlige journaler, for å se på egenopplevelsen etter et 12 ukers yoga program for kvinner med tvangsspisinglidelse. Resultatene ble sammenfattet i: "*positivt endret spisemønster*" og "*økt fysisk trivsel*". Forskerne konkluderte med at dette er relevant innsikt i forhold til den terapeutiske prosessen, og altså relatert til behandling av spiseforstyrrelser med meditasjonsbaserte intervensjoner.

Når jeg søker på spiseforstyrrelser og fysioterapi (*eating disorders physiotherapy*, Embase/Ovid), får jeg ikke mange treff. Det er imidlertid gjort noen studier på Basic Body Awareness Therapy (BBAT). En RCT studie så på effekten av BBAT for pasienter med spiseforstyrrelser i poliklinisk behandling (Catalan-Matamoros, Helvik-Skjerven, Labajos-Manzanares, Martinez-de-Salazar-Arboleas & Sanchez-Guerrero, 2011). Resultatene viste at gruppen som hadde fått BBAT (og standard behandling) hadde signifikante lavere verdier på Eating Disorder Inventory, Body Attitude Test, Eating Attitude Test og Quality of Life Scale/mental helse, enn pasienter som kun hadde fått standard behandling. Forskerne konkluderte med at pasientene som får BBAT viste bedring i noen av symptomene på spiseforstyrrelser. En tverrsnittstudie så på samsvaret mellom fysioterapeutens observasjoner og pasientenes tilbakemeldinger i forhold til kroppsuttrykk ("*bodily expression*"). Forskerne så også på typiske kjennetegn ved kroppsuttrykk hos pasienter med spiseforstyrrelser og implikasjoner disse funnene kan ha for praksis (Thornborg & Mattson, 2010). Resultatene viste samsvar mellom Body Awareness Scale - Health (BAS-H) basert på observasjon, og Interview Scale Body Ego (ISBE). Kroppsbevissthet og selvbevissthet viste seg i denne studien å være mangelfull hos pasienter med spiseforstyrrelser. Konklusjonen var at BBAT kan være en egnet behandlingstilnærming i forhold til dette.

Jeg finner 1 studie som er gjort på psykomotorisk fysioterapi og spiseforstyrrelser: "*Embodying the body in anorexia nervosa - a physiotherapeutic approach*" (Kolsnes, 2012). I denne studien presenterer Kolsnes på den ene siden, basert på egne kliniske observasjoner på en spesialenhet for pasienter med anorexia nervosa, kroppslige symptomer hos disse pasientene. Og på den andre siden presenterer hun teori og metode fra norsk psykomotorisk fysioterapi, kroppserfarings terapier og nåværende kunnskap om kroppsstabilitet. Forfatteren konkluderte med at pasienter med anorexia nervosa ofte hadde en forstyrret kroppsbevissthet, holdt respirasjon, forøket muskulære spenninger, mangelfull holdnings-stabilitet og de hadde ofte et tvangspregget forhold til fysisk aktivitet. Videre konkluderte forfatteren med at psykomotorisk fysioterapi, kroppserfarings terapier og bruk av prinsipper for stabilitetstrening, vil kunne bidra til økt fornemmelse og tolkning av signaler fra kroppen, bedre følelsesmessig bevissthet og en opplevelse av kroppen som sin egen; å bli en kroppslig person, ved behandling av pasienter med anorexia nervosa, og at denne behandlingen bør prøves ut ved siden av standard behandling for disse pasientene.

Det er gjort mye forskning på området, spesielt med tanke på psykoterapeutisk behandling av disse lidelsene. Siden min oppgave handler om spiseforstyrrelser og fysioterapi, går jeg ikke inn på denne forskningslitteraturen. Spesielt i området fysioterapi og spiseforstyrrelser er det altså få studier, og jeg finner kun en studie med tanke på psykomotorisk fysioterapi. Det er her jeg ser for meg at min studie kan bidra med mer kunnskap av interesse både for fysioterapeuter, men også for de andre faggruppene som jobber med pasienter med spiseforstyrrelser.

1.7. Hensikt og problemstilling

Behandling av spiseforstyrrelser er altså i stor grad samtaleterapi og medisinerings, og sjelden behandling med en kroppslig tilnærming (Kolsnes, 2012). Psykomotorisk fysioterapi er en kroppslig tilnærming, der en omfattende kroppsundersøkelse sammen med en grundig anamnese gir grunnlag for en inngripende eller stabiliserende behandling. Psykomotorisk behandling tilstreber en kroppslig omstillingsprosess via kroppsholdning, muskulatur og respirasjon. Kroppen er utgangspunktet i behandlingen, men kroppen er også forstått som personen. Behandlingen kan derfor aldri være kun kroppslig, men omhandler alltid hele personen (Thornquist & Bunkan, 1995). Det vil være interessant å utforske hvilke tanker og erfaringer fysioterapeuter, det vil si psykomotorikere med erfaring i dette feltet har når det gjelder psykomotorisk behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Det vil også være interessant å få andre faggrupper i feltet i tale om dette. Hensikten med denne oppgaven er derfor å utforske hva psykomotorisk fysioterapi kan tilføre

i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser, slik terapeutene rundt pasientene ser det inkludert psykomotorisk utdannede fysioterapeuter selv. Kan psykomotorisk fysioterapi bidra med noe som de andre behandlingstilnærmingene ikke dekker, og på hvilke eventuelle måter kan dette styrke behandlingen? Jeg tenker at dette er nyttig kunnskap både for fysioterapeuter/psykomotorikere som jobber med spiseforstyrrelser, men også for de andre faggruppene som jobber med denne pasientgruppen.

Hovedproblemstilling:

Hva handler den psykomotoriske behandlingstilnærmingen sitt særlige bidrag om i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser?

- **Hvordan ser psykomotorikere som arbeider med denne pasientgruppen på dette?**
- **Hvordan ser andre fagpersoner som arbeider med denne pasientgruppen på hva psykomotorisk behandling kan tilføre, som de andre eventuelt ikke har som en del av sine behandlingstilnærminger?**

Andre relevante underproblemstillinger:

- Hva bidrar det psykomotoriske konseptets kroppslige innfallsvinkel med i behandling av denne pasientgruppen?
- Hva hemmer eller fremmer aktiv bruk av psykomotoriske fysioterapeuters kompetanse i dette feltet?

2. TEORI

Som forskere er vi påvirket av teori. Vi vil alltid ha en forkunnskap basert på teori som vil påvirke hva vi spør om og ser etter (Malterud, 2011). I utgangspunktet var det naturlig at det teoretiske perspektivet i denne oppgaven var basert på teori om psykomotorisk fysioterapi. Dette er da også et sentralt teoriperspektiv i oppgaven. Flere fysioterapeuter har imidlertid trukket inn en fenomenologisk forståelse av kroppen som vesentlig for fysioterapi generelt, og enkelte har også relatert en fenomenologisk forståelse til psykomotorisk fysioterapi spesielt (Thornquist, 1998, Engelsrud, 2001, Gretland, 2007, Sviland, Råheim & Martinsen, 2009, Øien, 2010). Det ble derfor naturlig også å inkludere en fenomenologisk forståelse av kroppen. Etter at dataproduksjonen var slutført ble det tydelig at tverrfaglig samarbeid var en viktig faktor i behandlingskonseptet på enheten hvor studiens datamateriale kom til. Jeg har derfor valgt å inkludere noe teori om tverrfaglig samarbeid, nærmere bestemt om hva som kjennetegner et godt tverrfaglig samarbeid.

2.1. Norsk psykomotorisk fysioterapi

2.1.1. Historikk

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) ble utviklet av fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy på slutten av 1940 årene (Bunkan, 1982). Bülow-Hansen var hovedsakelig kliniker og hadde 20 års erfaring fra ortopedi da hun møtte Braatøy (Thornquist, 2006). Hun hadde en faglig interesse for pasienter med diagnosen yrkesnevroser, som var pasienter med smertetilstander i skuldre, nakke og armer hvor man ikke kunne finne noen patologisk årsak. Den allmenne oppfatningen var at disse smertetilstandene var et resultat av arbeidsstillinger og stress. Bülow-Hansen mente at det var mer sammensatt og at det også handlet om personlighet, evnen til å tåle livets krav og valg og reaksjonsmåter i arbeid- og livssituasjoner. Videre erfarte hun at i behandlingen av disse pasientene var respirasjon en viktig faktor (Bülow-Hansen, 1982). Gjennom klinisk arbeid med pasienter lærte hun at hvis pusten var fri og omstillbar hadde lokal muskulærbehandling effekt. Men hvis pusten var låst var det liten effekt, eller symptomene kunne forverre eller endre seg (Thornquist og Bunkan, 1995). Fra klinikken utviklet hun en oppfatning om at det ikke var nok å behandle lokale forhold, spennings- og holdningsmønster i hele kroppen måtte vurderes og inkluderes i behandlingen hvis den skulle ha varig effekt (Ibid).

Trygve Braatøy var både kliniker og teoretiker, han var også interessert i sammenhengen mellom det psykiske og det kroppslige, sammenhengen mellom tilbakeholdte følelser, holdt pust og muskulærespenninger (Braatøy, 1979). Han hadde et helhetlig syn på forholdet mellom kropp og

levd liv. Og han mente at ofte var det ikke nok med lokal muskulær behandling ved muskelsmerter hvis årsaken til spenningene var følelsesmessige problemer (Ibid). Da Braatøy møtte Bülow-Hansen var han overlege ved psykiatrisk avdeling på Ullevål sykehus. Han hørte Bülow-Hansen på et foredrag hvor hun presenterte sin behandlingsmetode. Han fattet interesse for denne behandlingen, og i 1945 startet samarbeidet mellom Braatøy og Bülow-Hansen med utviklingen av NPMF som resultat. Da Braatøy døde i 1953 fortsatte Bülow-Hansen arbeidet og samarbeidet med blant annet psykiater Nils Houge og allmennpraktiker Thoralf Hødal (Bülow-Hansen, 1982, Thornquist & Bunkan, 1995, Thornquist, 2006). Etter dette har flere personer bidratt i videre utvikling av behandlingsformen teoretisk. Både nevrobiologiske, biomedisinske/biomekaniske og ulike filosofisk baserte teori bidrar til å forstå NPMF på ulike måter (Øien, 2013).

2.1.2. Undersøkelse og behandling

I psykomotorisk fysioterapi ser man kroppen som en funksjonell og samspillende enhet hvor enkeltdelene står i et innbyrdes avhengighetsforhold til hverandre. Som mennesker påvirkes vi av fysiske, psykologiske og sosiale faktorer i et kontinuerlig samspill, der det ene vanskelig kan skilles fra det andre. I psykomotorisk fysioterapi er man ikke opptatt av diagnoser, men kroppen som helhet (Thornquist & Bunkan, 1995). Med undersøkelsen vurderes om psykomotorisk behandling er hensiktsmessig for pasienten og hvor intensiv behandlingen eventuelt skal være. Man ser etter pasientens ressurser, belastninger og mulighet for endring, som i den psykomotoriske tradisjonen kalles omstillingsevne. I behandlingen jobber man mot en omstilling av kroppen hvor ulike forhold endres med sikte på å bli mer hensiktsmessige (Ibid).

Den psykomotoriske undersøkelsen består av en anamnese og en omfattende kroppsundersøkelse. Noen ganger blir også pasientens kroppsoppfatning inkludert (knyttet til kroppsilde), og pasientens reaksjoner på undersøkelsen blir også inkludert (Thornquist & Bunkan, 1995). I anamnesen er man ikke kun interessert i de lokale plagene, men ser på kroppen som en helhet og hvordan de forskjellige delene påvirker hverandre. Terapeuten ønsker informasjon om plager og sykdommer, men også tidligere plager, tidligere traumer, familiære og sosiale forhold. Det autonome nervesystem, immunsystemet og hormonsystemet blir også sett på som viktige faktorer i pasientens helhetlige tilstand (Bunkan, 2001; Thornquist & Bunkan, 1995). Spørsmål om naturlige og autonome funksjoner som søvn, appetitt, magefunksjon, menstruasjon, hyppighet av ulike infeksjoner, tendens til å få ulike sykdommer og lignende blir derfor relevante. Samlet sett ønsker man informasjon om pasientens livssituasjon og å se dette i sammenheng med kroppslige forhold

og de plager pasienten søker hjelp for (Thornquist & Bunkan, 1995). I kroppsundersøkelsen ser man på kroppsholdning i ulike utgangsstillinger (stående, sittende, langsittende, stupstående, mage- og ryggliggende). Funksjonsprøver for å se hvordan pasienten beveger seg utføres også i de ulike utgangsstillingene, og muskulatur og annet bløtvev blir palpert for å vurdere muskelspenninger, vevskvalitet og pasientens reaksjon på smerte. Respirasjonen tillegges særlig vekt og registreres gjennom hele undersøkelsen. Terapeuten ser også om pasienten har autonome reaksjoner under undersøkelsen. Pasientens egen opplevelse etterspørres både under og etter undersøkelsen (Thornquist & Bunkan, 1995).

Ut fra undersøkelsen prøver terapeuten å danne seg et helhetsinntrykk av pasienten, hvilke muligheter det er for omstilling og dermed om pasienten kan ha utbytte av psykomotorisk behandling (Thornquist & Bunkan, 1995, Øvreberg & Andersen, 1986). De forskjellige funnene vektlegges imidlertid ulikt. Respirasjonen regnes å være direkte knyttet opp mot følelseslivet og derfor den faktoren som kan si mest om hvor stor den emosjonelle belastningen er. Respirasjonen blir derfor tillagt større vekt når funnene sees i sammenheng. Også funksjonsprøvene som sier noe om fleksibilitet og hvordan pasienten bruker seg selv, blir tillagt større vekt enn holdning og funn i muskulaturen (Thornquist & Bunkan, 1995, Bunkan, 2010). I vurderingen sier man også noe om hvilke mål og tiltak man ser som aktuelle for behandlingen (Thornquist & Bunkan, 1995).

Den psykomotoriske behandlingen har tradisjonelt sett blitt delt inn i omstillende og støttende behandling. Disse begrepene sier noe om hvordan behandlingen virker inn på pasientens forsvar, skriver Gretland (2007). En omstillende behandling utfordrer pasientens kroppslige forsvar. Selvbeskyttende, vanemessige bevegelser og væremåter blir utfordret gjennom endringer i holdning, muskulære spenninger og respirasjonsmønstre. En ønsker å endre holdning og å redusere muskulære spenninger gjennom respirasjonsfrigjørende bevegelser og massasje tilpasset den enkelte. I behandlingen brukes de samme utgangstillingene som i undersøkelsen, eller man kan bruke bevegelse (for eksempel kneløft i sittende eller ned- og opprulling av ryggen). Sammen utforsker terapeuten og pasienten hva som gjør at en bevegelse eller respirasjonen blir hemmet. Målet er en kropp i bevegelig balanse, en kropp som er stabil og samtidig fleksibel og spenstig uten unødige spenninger som virker hemmende på respirasjon og bevegelser (Thornquist & Bunkan, 1995). For å utvikle en fleksibel balanse er det viktig å jobbe med den kroppslige kontakten med underlaget, det å være godt forankret i egne ben og egen kropp (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 86). Et annet mål kan være følelsesmessige forandringer, for eksempel det å komme mer i kontakt med

sitt eget følelsesliv. I den psykomotoriske forståelsesrammen ligger en erkjennelse av at muskelspenninger kan ha et følelsesmessig innhold knyttet til en kroppslig-emosjonelt basert hukommelse som "sitter i kroppen". Det å gi slipp på muskelspenninger kan følgelig også innebære slipp på kontroll av følelser (Thornquist & Bunkan, 1995). Distanse til egen kropp kan henge sammen med distanse til egne følelser. Å utvikle nærhet og kontakt med egen kropp er derfor et viktig ledd i den psykomotoriske behandlingen (Ibid). Refleksjon rundt sammenhenger mellom det som skjer og uttrykkes kroppslig, følelser og opplevelser er også en del av behandlingen. Gretland (2007), Øien (2011) og Sviland, Råheim & Martinsen (2011) mener at det er viktig å verbalisere de kroppslige opplevelsene ved bruk av meningsfylte, erfaringsnære begreper som samsvarer med de kroppslige fornemmelsene i en terapeutisk relasjon basert på tillit, noe som igjen kan bidra til økt erkjennelse av seg selv og sin situasjon. Dette åpner for refleksjon over egne opplevelser, og gir mulighet for å dele erfaringer med andre (Gretland, 2007). Når pasientene kan sette ord på sine refleksjoner, kan de også bedre selv finne løsninger, mål og mening (Bunkan, 2010). *"Via kroppsholdning, muskulatur og pust setter vi i gang en omstillingsprosess, og selve omstillingsprosessen omfatter langt mer enn forandringer i muskel/skjelettsystemet og i respirasjonen."* (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 16). Den omstillende behandlingen regnes som mest egnet for de ressurssterke pasientene.

Hvis funnene i undersøkelsen viser at pasienten ser ut til å ha et ustabilt forsvar, sees som oftest omstillende behandling som kontraindisert. Man tenker at denne behandlingen kan aktivisere følelser og minner som pasienten kan ha vanskelig for å takle, og som videre kan føre til økt kroppslig forsvar og at plagene forverres. Da kan man bruke en støttende behandling hvor man fortsatt jobber med de psykomotoriske prinsippene, men legger vekten på forankring og stabilitet (Thornquist & Bunkan, 1995, Thornquist, 2006, Bunkan, 2010). Det er likevel viktig å peke på at behandlingen kan gå fra støttende til inngripende, men hele tiden uansett ta utgangspunkt i hvor pasienten er, inkludert hvor belastet pasienten er.

2.2. Kroppsfenomenologi

2.2.1. Fenomenologi

Fenomenologi er læren om fenomener, eller det som kommer til syne i vår erfaring. Mening skapes gjennom sansning, erfaring og handling i verden. Virkeligheten er slik den oppleves og erfares fra det erkjennende subjektets perspektiv (Bengtsson, 2001). Verden er ikke objektiv og uavhengig av personen som erfarer, men erfares nettopp ut fra menneskets subjektive posisjon, som er en

forutsetning for forståelse (Thornquist, 2003). Fenomenologien er altså opptatt av grunnforutsetninger for erfaring av og i verden.

2.2.2. Merleau-Ponty og kroppsfenomenologien

Merleau-Ponty (1908-1961) er ofte kaldt kroppens filosof. Han var en av de første som knyttet menneskets subjektstatus til kroppen. Som Østerberg (1994, s. VI) skriver: *“Merleau-Ponty er en av de få tenkere i Vesten som tar utgangspunkt i at vår forståelse av verden er grunnet på vår kropps forståelse av sine omgivelser eller sin situasjon.”* Vi er i verden som kroppslige subjekter og kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse (Thornquist, 2003). For Merleau-Ponty var kroppen altså den primære kilde til erkjennelse av verden og en selv. Kroppen selv ble altså sett som en kunnskapskilde, og det betyr også at kunnskap sitter i kroppen, den “vet”, “forstår” og “husker”. På den måten er også kroppen som levd erfaring en kilde til kontakt med seg selv, og levd liv har en kroppslig forankring, levd liv “sitter” i kroppen (Ibid).

Merleau-Ponty mente at det er en samtidighet mellom kropp og følelser (Thornquist, 2003). Dette er en kvalitativt annerledes forståelse sammenlignet med det at følelser er det egentlige, og at kroppen er en reaksjon på disse følelsene (Ibid). Dette er knyttet til Merleau-Pontys forståelse av kroppen som uttrykk og uttrykksfull. Som levde kropp med inkorporert erfaring og kunnskap har mennesker en umiddelbar forståelse av situasjoner, en forståelse som uttrykkes kroppslig der og da. For Merleau-Ponty var kroppen både objekt og subjekt; vi både er og har en kropp. Han innførte begrepet *“ureduserbar tvetydighet”*: ikke enten-eller, men både-og. Dette innebærer et integrert syn på fysisk-psykisk, kropp-sjel, subjekt-objekt, natur-kultur (Rasmussen, 1996, Merleau-Ponty, 1994). Det betyr altså ikke at disse dimensjonene ved mennesket er det samme, det ene kan ikke reduseres til det andre. Det betyr likevel at egenkroppen er for eksempel både subjekt og objekt, natur og kultur i en ureduserbar dobbelthet.

Livsverden er et begrep som blir brukt om det forholdet vi som mennesker har til verden. Dette forholdet er ikke analytisk og reflektert, men primært og før-reflektert (Thornquist, 2003). Kroppen tar verden til seg i en levd betydning. Den lærer å forholde seg til verden og utvikler vaner basert på denne kroppslige læringen. Kroppsskjema er et begrep Merleau-Ponty viser til her. Våre erfaringer setter seg i kroppen som kroppsskjemaer, som våre være- og handlemåter (Duesund 1995). For å romme denne betydningen av kroppen brukes begrepet den levde kroppen, eller egenkroppen (Merleau-Ponty, 1994). I den sammenheng er også den habituelle kroppen og den aktuelle kroppen

viktige begreper. Den habituelle kroppen viser til vaner og bevegelsesferdigheter basert på tidligere erfaringer, mens den aktuelle kroppen er nåtidens kropp, væren og handling. Den habituelle kroppen innebærer at tidligere opplevelser og erfaringer "*indkapsles i nutiden*" (Merleau-Ponty, 1994, s. 94) og er av betydning for den aktuelle kroppen. Kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse preges på denne måten av personens historie, og bidrar til personens være- og handlemåter og hvordan personen forholder seg til omverdenen (Merleau-Ponty, 1994).

2.2.3. Kroppsfenomenologien og psykomotorisk fysioterapi

Kroppsfenomenologi har vist seg relevant for å belyse kroppsforståelse innen den psykomotoriske behandlingstradisjonen (Øien, 2010). Det kan trekkes paralleller mellom kroppsfenomenologien med kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse, og psykomotorisk fysioterapi hvor kroppen er utgangspunktet i behandlingen. Kroppen er personen, dermed kan behandling aldri være kun kroppslig i en tradisjonell betydning. Den omhandler hele personen, personens forhold til egen kropp og dermed til seg selv (Thornquist og Bunkan, 1995). Også begrepet "*ureduserbar tvetydighet*" som Merleau-Ponty (1994) brukte, ser vi igjen i psykomotorisk fysioterapi som er basert på en forståelse av at psyke og soma henger sammen, de er ikke to deler som virker uavhengig av hverandre, men to parter som gjensidig påvirker hverandre (Thornquist og Bunkan, 1995). Innen den psykomotoriske tradisjonen tenker man at alle følelser har et kroppslig uttrykk (eksempel: sinne, glede etc.) Hvis dette ikke får komme til uttrykk, men kontrolleres, innebærer det forøket muskulære spenninger og holdt respirasjon (Ibid). Altså at følelser og levd liv "sitter i kroppen". Dette kan sees i sammenheng med kroppsfenomenologien, hvor kroppen blir sett på som en kunnskapskilde, at kunnskap sitter i kroppen, den "vet", "forstår" og "husker" (Thornquist, 2003).

Randi Sviland med medarbeidere (2009, 2010) har skrevet tre essay hvor Braatøys tanker om nervøse og psykosomatiske lidelser fortolkes i lys av Løgstrups sansefilosofi. Også her ser man en utvikling av den psykomotoriske grunnlagstenkningen i en fenomenologisk retning.

2.3. Tverrfaglig samarbeid

Psykiske lidelser er ofte sammensatte, og behandlingen blir da også sammensatt. Det er ofte behov for ulike behandlingsformer, og det blir viktig at de forskjellige behandlingsinstansene og helseprofesjonene samarbeider for å gi et optimalt behandlingstilbud. Dette understrekes da også fra helsedirektorates side: "*Mange mennesker med psykiske lidelser har behov for tjenester fra ulike*

instanser. Det må derfor utvikles et godt samarbeid mellom de aktuelle kommunale tjenestene.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 66). Det er også gjort noe forskning på behandling med stor vekt på tverrfaglighet. Den finske forfatteren og psykologen Jaakko Seikkula for eksempel oppnådde gode resultater med behandling av psykiske lidelser ved nettopp en behandlingsform som vektla et godt tverrfaglig samarbeid og hvor også pasientens nettverk ble inkludert (Seikkula, 2000).

2.3.1. Hva kjennetegner et godt tverrfaglig samarbeid

Det er gjort mye forskning og skrevet mye om hva som kjennetegner et godt tverrfaglig samarbeid, og mange av de samme faktorene går igjen. I artikkelen: “*Collaboration: What is it like?*” skriver Croker, Trede og Higgs (2012) om dimensjoner som var viktige for et godt tverrfaglig samarbeid. De skriver at det var viktig å være positiv til og å ha respekt for de andre i teamet. Også det å være positiv til at man hadde forskjellig kunnskap å bidra med i teamet og på den måten utfylte hverandre var en del av denne dimensjonen. Det å være aktivt med og å ta del i teamarbeidet var også en viktig dimensjon. I denne dimensjonen spilte ledelsen også en rolle i forbindelse med blandt annet reorganisering. For eksempel hvordan samarbeidet ble påvirket hvis et teammedlem ble flyttet fra et team til et annet uten selv å ønske det. Interaksjonen med de andre medlemmene i teamet var viktig. Dette omhandlet både direkte og indirekte former for kommunikasjon og samarbeid og tilrettelegging av dette. En annen viktig dimensjon var et pasientsentrert samarbeid, at man sammen så for seg og la tilrette for pasientens behandlingsforløp. Det var da viktig at alle delte informasjon om pasienten og sammen satte opp en behandlingsplan. Den siste dimensjonen handlet om det å arbeide sammen med andre i en organisasjon, det å hjelpe pasientene gjennom behandlingsprosessen og det å utvikle og opprettholde teamet. Gjennomgående for alle disse dimensjonene var ifølge Croker og medarbeidere ytterligere tre dimensjoner. Den første var å ha en kritisk refleksjon til seg selv i forhold til de andre. Altså det å kunne se seg selv og egne handlinger “utenifra”, og å kunne lære av disse situasjonene og dermed utvikle seg selv. Å se en likeverdighet i forhold til behandlerrollene var også viktig, som innbar å dele informasjon i teamet og å ha sympati med de andre. Tilslutt var forståelsesfullhet vektlagt, som viste til grad og utstrekning av tilpasninger i samarbeidet når det var forandringer, uforutsigbarhet og usikkerhet.

Widmark, Sandahl, Piuva & Bergman (2011) skriver om hindringer for tverrfaglig samarbeid og konkluderte med at utydelig tildeling av ansvar, manglende tillit og sammenstøt basert på profesjonstilhørighet var de største problemene. Willumsen (2006) påstår at ledelsen spiller en

viktig rolle for et godt tverrfaglig samarbeid. Hun understreker at det er viktig at ledelsen fra de forskjellige organisasjonene/institusjonene samarbeider og motiverer de ansatte. Det blir da også viktig at ledelsen har kunnskap om samarbeid på tvers av profesjoner og institusjoner.

Kvarnstrom (2009) skriver at man i teamarbeid lærer av hverandre og også får økt bevissthet om egen profesjon, og at man som team har en bredere kompetase og bedre mulighet til å møte brukers behov. Også god personkjemi, gjensidig tillit og felles ideologi er med på å styrke teamet.

Problemer kan oppstå når medlemmer i teamet går ut og fremhever eget yrke eller når kunnskap ikke vurderes likeverdig eller anvendes. Den omliggende organisasjonen er også med på å prege teamet ved for eksempel forandringer i organisasjon og miljø som medlemmene i teamet ikke har innflytelse over eller ved hierarkisk plassering av ulike yrker (Ibid). Videre skriver Kvarnstrom at disse vanskelighetene nettopp kan brukes til utvikling og læring hvis det deles og kan løses i teamet.

2.3.2. "Lærende nettverk"

Begrepet "*community of practice*" er formulert av Wenger (1998) og Wenger, McDermott & Snyder (2002), og kan oversettes til "*lærende nettverk*". Begrepet viser til en gruppering av mennesker innen et spesielt område i arbeidslivet, som deler et sterkt engasjement for dette området. De har en stadig pågående utveksling av kunnskap, og bygger på den måten en unik kunnskapsbase og identitetsfølelse. De er samlet gjennom sterk felles interesse, og ikke av en ledelsen (Kvarnstrom, 2009). Kvarnstrom skriver videre at det i en kunnskapsorganisasjon som helse- og sosialtjenesten kan være fordeler ved å stimulere til en del av de egenskapene man ser i et "*lærende nettverk*" og integrere det i teamarbeid.

3. METODE

I dette kapittelet går jeg inn på valg av metodisk tilnærming for å få svar på problemstillingene. Jeg har beskrevet valg jeg har tatt, som valg av metode og valg av behandlingsarena, utvalg med videre. Videre presenterer jeg hele prosessen i studien fra dataproduksjon, transkripsjon til analyse. Til slutt kommer jeg innpå etiske vurderinger av relevans for studien.

3.1. Valg av metodisk tilnærming

I kvalitative forskningstilnærminger forsøker forskere å bidra til en dypere forståelse av erfaringsfenomener og sosialefenomener (Fossåskaret, 1997). Det betyr at forskeren går i dybden og forsøker å se etter flere dimensjoner i kompliserte fenomener. Studiene blir typisk utført i en “*real-life setting*”, og med deltakere som har førstehånds kunnskap om det en vil studere. Forskeren er ute etter detaljerte beskrivelser og legger samtidig vekt på å forstå det som skjer og sies i lys av konteksten det skjer i (Polit & Beck, 2008).

Jeg ønsket å finne ut hvordan psykomotorisk fysioterapi kunne bidra i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Jeg ønsket å gå i dybden og å se etter flere dimensjoner. Videre var det et ønske å komme ut i felten, i “*real-life settings*”, der deltakere som har førstehåndskunnskap befinner seg. Å gå i dybden og på detalj-nivå når det gjelder den psykomotoriske behandlingens bidrag var altså et mål, men også å se det som kom frem i sammenheng med konteksten hvor behandlingen foregikk. Jeg valgte derfor å bruke en kvalitativ forskningstilnærming. Deltakende observasjon i en relevant behandlingspraksis sammen med kvalitative intervjuer ville vært det ideelle valg. Nærmere bestemt valgte jeg imidlertid det kvalitative forskningsintervjuet som hovedtilnærming. Jeg anvente også deltakende observasjon som en del av forberedelsene til intervjuene. Dette hang sammen med pragmatiske forhold knyttet til gjennomføringen av masteroppgaven, og valg av behandlingsarena som dannet bakteppe for intervjuene.

3.2. Valg av behandlingsarena

Hvilken behandlingsarena pekte seg ut som mest relevant med tanke på å få innblikk i psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser? I retningslinjene for spiseforstyrrelser er det spesialist helsetjenesten som blir fremhevet. Jeg tenkte følgelig at jeg måtte ut i psykiatrien, til en enhet for spiseforstyrrelser hvor det var fysioterapeuter/psykomotorikere som en del av et tverrfaglig team. Studiens omfang (masteroppgave, 40 studiepoeng) ga begrensninger i forhold til omfanget av forskningsmaterialet og tiden jeg kunne

bruke. Det vil si at jeg måtte velge med omhu den arenaen jeg gikk inn i. Jeg hadde kun mulighet til å velge EN enhet for spiseforstyrrelser. Det stedet jeg valgte måtte være anerkjent for sin kompetanse, om mulig der de hadde mest kompetanse på dette området i Norge. Jeg valgte en enhet som var anerkjent for sin kompetanse, der helsepersonellet jobbet tverrfaglig.

3.3. Valg av deltakende observasjon

Gjennom observasjonsstudier kan man undersøke ulike sider ved praksis slik den faktisk utspiller seg (Thornquist, 2003). Feltobservasjon med ulike grader av deltakende observasjon er mye brukt. Forskeren deltar i det miljøet/den naturlige settingen man ønsker å studere, gjerne over tid (Fossåskaret, 1997). Ved å være ute i felten hadde jeg kunnet observere hva som foregikk ved en enhet for spiseforstyrrelser, og selv se hva psykomotorisk fysioterapi hadde å bidra med i behandlingen, inkludert psykomotorikernes bidrag i behandlingsteamet. Ideelt ville jeg deltatt som deltakende observatør over en viss tid, i tillegg til å intervju de aktuelle partene. Siden rammen for oppgaven ikke ga rom for et så omfattende forskningsmateriale, samt at det er veldig krevende å kombinere ulike metodiske tilnærminger fullt ut, valgte jeg heller å bruke observasjon på en mindre forpliktende måte. Det vil si at jeg fulgte en psykomotoriker over en periode på 3-4 dager, hvor jeg var med på alt hun deltok i (møter, behandlingsgrupper, individuell behandling m.m.) Dette for å forberede en så god intervjuguide som mulig. Jeg tok ikke observasjonsnotater på en så forpliktende måte som om observasjon var en kunnskapskilde på lik linje med intervjuene. Det inngikk ikke et observasjonsmateriale til egen analyse i studien. Tanker noter ned og korte situasjonsbeskrivelser med videre fra deltakende observasjon bidro til at intervjuene ble kvalitativt bedre enn om jeg ikke hadde fulgt psykomotorikeren disse dagene.

3.4. Valg av semi-strukturert intervju

Primært var jeg i oppgaven ute etter deltakernes erfaringer og vurdering, og tenkte derfor at intervju vil være den mest egnede forskningsmetoden. Jeg kunne velge kvalitative enkeltintervjuer, der den enkeltes perspektiv får stort rom, eller fokusgruppe-intervju, hvor jeg kunne snakke med hele gruppen behandlere på en gang, og få en diskusjon rundt temaet. Fokusgruppe har mange fordeler; det har lave kostnader, gir raske resultater, det er flere deltakere og det foregår ofte i deltakernes naturlige omgivelser. Det åpner for mer spontanitet, og deltakerne kan i større grad ta styring enn ved enkeltintervjuer. I forhold til enkeltintervjuet er det imidlertid mindre mulighet til å forfølge enkeltdeltakeres tanker og erfaringer. Forskeren har dessuten mindre kontroll og det er krevende å lede en gruppe. Moderators erfaring og kompetanse med å lede grupper er vesentlig for utkommet.

Dessuten er frafall av deltakere ofte større enn ved enkeltintervjuer (Morgan, 1997). Jeg har lite erfaring med å lede grupper. Av praktiske årsaker følte jeg at jeg kom til å ha mer kontroll, og ville lettere kunne få den kunnskap jeg ønsket å få frem av de forskjellige informantene hvis jeg valgte enkeltintervjuer. Det er dessuten argumenter for at intervju med en og en kan gi vel så stort rom til å få frem den enkeltes synspunkter og erfaringer som et gruppeintervju (Kvale og Brinkman, 2009).

I kvalitativ metodelitteratur defineres intervju som *“en samtale med et særlig formål”* (Olsen, 2003, s. 124). Det kvalitative forskningsintervjuet er ikke en vanlig samtale og heller ikke terapi. Det har et bestemt kunnskapsmessig formål, og det er forskerens formål som er i fokus. *“Gjennom konversasjon lærer vi andre å kjenne – vi lærer om deres erfaringer, følelser og håp, og om den verden de lever i”* (Kvale, 2008, s. 21). Et forskningsintervju kan være mer og mindre strukturert versus åpent. Det har til hensikt å forstå deltakerens livsverden. Det at kunnskap og informasjon som kommer frem er subjektiv er nettopp med på å styrke metoden, sier Kvale (2008).

Førstepersonperspektivet er nettopp det sentrale å få frem. Forskningsintervjuer kan deles inn i strukturert, semi-strukturert og ustrukturert intervju (det siste også kaldt dybdeintervju). Det er altså stor variasjon (Olsen, 2003). Det er videre få retningslinjer for det kvalitative forskningsintervjuet. Det krever imidlertid at forskeren er godt forberedt, fortrinnsvis vet mye om emnet, er i stand til å produsere relevant kunnskap gjennom samtale og er åpen for deltakerens perspektiv. Det betyr også at interaksjonen mellom partene og dermed forskerens kommunikative evner er av stor betydning (Kvale, 1997). Kvalitative forskningsintervjuer er et håndverk som må læres, og til det kreves trening og forberedelse (Kvale og Brinkmann 2009). Jeg valgte semi-strukturerte intervjuer, og utviklet en intervjuguide (se nedenfor).

3.5. Intervjuguide

Både når det gjelder innhold og bruk av intervjuguide er det varierende meninger innen litteraturen. De som anbefaler intervjuguide viser for eksempel til at alle relevante forhold en tror har betydning tas med i intervjuet, og at på forhånd formulerte spørsmål kan gi en meningsfylt struktur. Forfattere som er mer for åpne intervjuer er gjerne kritiske til intervjuguide, og viser for eksempel til at en guide kan være med på å *“lukke”* intervjuet og forhindre fri utfoldelse og detaljerte beskrivelser fra deltakerne. Det er dessuten ikke sikkert at en intervjuguide inneholder alle spørsmål som er relevante (Olsen, 2003). Ifølge Kvale inneholder en intervjuguide ræmner eller spørsmål som angir intervjuets tema og rekkefølge, som er retningsgivende fremfor bindende (Kvale, 1997). Jeg sluttet meg til en slik anbefaling.

Jeg var ute etter erfaringer som nettopp kunne komme frem ved et mer åpent intervju. Hva mente informantene, hva var deres erfaringer? Samtidig måtte jeg holde meg innenfor noen rammer, innenfor det området jeg ønsket kunnskap om. En intervjuguide som Kvale anbefaler med råemner som angir intervjuets emner og rekkefølge uten å være bindene, oppfordret meg til en grundig forberedelse og hjalp meg til å strukturere meg under intervjuet, og samtidig ga det rom for endringer underveis.

3.6. Utvalg

I denne oppgaven kunne jeg kun velge EN enhet for spiseforstyrrelser, og da ble det som sagt viktig at jeg valgte det stedet de har mest kompetanse. Når jeg skulle bestemme hvem jeg skulle intervjuer, gjalt det samme; hvem hadde mest kompetanse og kunne gi meg den informasjonen jeg trengte? Jeg tenkte at det var viktig å snakke med psykomotoriker, men også med de andre representantene for helseprofesjonene på enheten (i et tverrfaglig team). Jeg mente at det nettopp var disse som jobbet sammen om denne pasientgruppen, som - sammen med psykomotoriker selv - kunne si noe om hva psykomotorisk fysioterapi bidro med. I utgangspunktet tenkte jeg at jeg måtte velge de helseprofesjonene som var sterkest representert innenfor enheten, som lege/psykiater, psykolog og sykepleier, sammen med psykomotoriker. Ergoterapeut kunne også være aktuell. Men jeg tenkte at det også var viktig å forhøre seg på enheten om hvem de mente kunne gi meg mest informasjon. At jeg måtte snakke med psykomotoriker var selvsagt, og da helst han/hun som var leder for avdelingen og/eller hadde mest kompetanse på området. Det var viktig å få psykomotorikernes erfaringer og synspunkter om hva psykomotorisk fysioterapi kunne bidra med i behandlingen av spiseforstyrrelser. Jeg begrenset meg til fire deltakere, og intervjuet dem en gang hver. Dette for å holde meg innenfor rammen oppgaven hadde.

Etter å ha forhørt meg i fagmiljøet kom det tydelig frem en behandlingseenhet for spiseforstyrrelser som pekte seg ut som den med mest kompetanse på området i Norge. Psykomotoriker som jobbet der hadde også skrevet flere artikler om fysioterapi og spiseforstyrrelser, og var tilknyttet utviklingen av retningslinjer for fysioterapi og spiseforstyrrelser i Norge. Jeg skrev en søknad til enhetens ledelse med beskrivelse av studien og forespørsel om å få komme, hvor det også lå ved et informasjonsskriv. Både ledelsen og psykomotoriker var positive til studien. Utvalget bestod av disse fagpersonene i behandlingsteamet: psykomotorisk fysioterapeut, psykiater, psykolog og psykiatrisk sykepleier, to menn og to kvinner. Alle var godt innarbeidet ved enheten. Alle hadde flere års erfaring med behandling av spiseforstyrrelser.

3.7. Produksjon av forskningsmaterialet

Tidlig en mandag morgen i slutten av oktober dro jeg avsted. Jeg ankom enheten på mandag formiddag, og resten av mandagen og tirsdagen var jeg med psykomotoriker på enheten som deltakende observatør. Onsdag, torsdag og fredag gjennomførte jeg intervjuene, den resterende tiden disse dagene var jeg også med psykomotoriker som observatør. Fredag ettermiddag vendte jeg igjen nesen hjemover.

Det var en relativt stor enhet med to psykiatere, to psykologer, to fysioterapeuter, mange sykepleier som jobbet i turnus, kjøkkenpersonell, kontorpersonell og ledelsen. Dessuten var psykomotoriker med i et polikliniskteam. Posten lå litt for seg selv, mens behandlerne hadde sine kontorer i en del ved siden av, her var også behandlere for de andre psykiatriske avdelingene på sykehuset. Det var med andre ord mange mennesker. Ikke alle visste at jeg kom, men psykomotoriker var veldig flink til å introdusere meg og alle var veldig åpne og interesserte i min studie. Det var kort sagt en enhet med mange smil og imøtekommenhet, et friskt pust. Det var imidlertid først på onsdagen at jeg fikk møte noen av pasientene. Det var ikke alle som ønsket å ha en observatør med i behandlingen, spesielt i individuell behandling var det flere som ikke ønsket det. Men jeg var med i kroppsbevisshetsgruppene og også et par individuell behandling. Hovedinntrykket mitt i forhold til behandlingen, var at her var det en gruppe behandlere som jobbet sammen om pasientene. Psykomotorikeren var med i behandlingen av alle pasientene, jeg oppfattet henne som en betydningfull representant i gruppen, med tyngde og at de andre behandlerne hadde respekt for henne. Hun ble hørt på behandlingsmøtene, og hele behandlingsgruppen snakket forøvrig “samme språk”. Vedlagt (vedlegg 4) er en oversikt over hva jeg deltok på som observatør og når jeg intervjuet deltakerne.

3.7.2. Intervjuguiden tar form

Det meste av min forberedelse til intervjuene lå i deltakende observasjon i behandlingseenheten, samt utvikling av intervjuguiden. Jeg visste også en del i forkant om behandling av spiseforstyrrelser, og hadde tanker om hva en psykomotorisk fysioterapeut kunne bidra med. På tirsdag, etter å ha vært med psykomotoriker i felten og observert i to dager, satte jeg meg ned for å forberede intervjuguiden. Jeg tok utgangspunkt i problemstillingen og ikke minst det jeg hadde sett og hørt i felten. Hva var det jeg trengte svar på for nettopp å kunne belyse bidraget til psykomotorisk fysioterapi i behandlingskonseptet på denne enheten? Jeg hadde fått litt klarere oppfatning av dette. Jeg ble for eksempel veldig opptatt av hvordan teamet samarbeidet om

pasientene, som syntes vesentlig for hvordan man tenkte og handlet på enheten. Jeg laget en intervjuguide med tre hovedtemaer: Hva handler den psykomotoriske behandlingstilnærmingen sitt særlige bidrag om i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser? Hva hemmer eller fremmer aktiv bruk av psykomotoriske fysioterapeuters kompetanse i dette feltet? Hvordan samarbeider behandlerne i teamet om behandlingen av den enkelte pasient på enheten? Alle temaene hadde underspørsmål som jeg ved nummerering relaterte til problemstillingen der det var relevant (vedlegg 2&3). Jeg tenkte jeg ville følge intervjuguidens tre hovedtema, og ved behov også gå inn på underspørsmålene. Jeg var også åpen for å gå frem og tilbake mellom temaene og stille spontane spørsmål underveis, for på den måten å gjøre intervjuet så åpent som mulig, samtidig som jeg ville sikre meg at jeg fikk med viktig informasjon. Jeg forsøkte både før og under intervjuene å ha problemstillingen i bakhodet, for å holde fokus på hva jeg ønsket kunnskap og informasjon om.

3.7.3. Gjennomføring av intervju

Jeg ønsket å intervju psykomotoriker og de viktigste av de andre behandlerne i teamet. På forhånd hadde jeg tenkt lege/psykiater, psykolog, sykepleier og evt. ergoterapeut. I forhold til omfanget av oppgaven kunne jeg ha maks 4 intervjuer. I samtale med psykomotoriker var det tydelig at de det var mest relevant å intervju var lege/psykiater, psykolog, spesialsykepleier og psykomotoriker (de hadde ikke ergoterapeut i teamet). Psykomotoriker ordnet det praktiske rundt hvem jeg skulle intervju og når jeg skulle foreta intervjuene. Av hensyn til tiden fikk jeg mandag og tirsdag til uforpliktende observasjon, intervju med spesialsykepleier på onsdagen, intervju med psykolog og psykomotoriker på torsdagen og resten av intervjuet med psykomotoriker og intervju med psykiater på fredagen. Jeg innledet intervjuene med en introduksjon, som anbefalt av Kvale (2008). Jeg fortalte generelt om intervjusituasjonen, gjentok problemstillingen i oppgaven, og sa at det jeg hovedsakelig ønsket svar på var bidraget til psykomotorisk fysioterapi i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Jeg forsøkte å stille dette som et åpent spørsmål, men da det ble litt for omfattende tok jeg videre utgangspunkt i intervjuguiden. Jeg fulgte den løst i forhold til hvilken retning samtalen tok. Hvis det var noe jeg ikke fikk med i den naturlige gangen i samtalen, gikk jeg tilbake til intervjuguiden og stilte de spørsmålene jeg ikke hadde fått svar på. Intervjuene varte i ca. 1 time, bortsett fra intervjuet med psykomotoriker som varte i ca. 1 time og 10 minutter pluss ett ekstra intervju på ca. 20 minutter dagen etter. Jeg tok opp intervjuene på diktafon. Ved behov for ytterligere intervju fikk jeg mulighet til å komme tilbake til enheten eller å ta det på telefon. Etter bearbeidelse av intervjumaterialet så jeg ikke dette som nødvendig; jeg hadde fått med meg all relevant informasjon, nok konkrete eksempler og kvaliteten på lydopptakene var god. Alle

intervjuene ble foretatt på enheten, på kontorene til informantene, bortsett fra spesialsykepleier som ikke hadde et eget kontor, men hvor intervjuet ble gjennomført på et lukket samtalerom på posten. Alle informantene fikk infoskriv og skrev under på samtykkeerklæring.

3.7.4. Lydopptak og feltnotat

På lydopptak bevarer man alt som sies, samt tonefall og pauser (Kvale & Brinkmann, 2009). Lydopptaker gjør det mulig i ettertid å gå tilbake til intervjuene for å høre hva som ble sagt og hvordan det ble sagt. Da er sjansen for misforståelser mindre og intervjudataene mer valide. Når man bruker lydopptaker slipper også forskeren å notere, og kan ha oppmerksomheten på intervjupersonen (Thagaard, 2009). Men lydopptak kan også gjøre situasjonen mer formell og dermed hindre den naturlige og gode samtalen (Ibid). Opptaket er ikke identisk med intervjusituasjonen, kroppslig kommunikasjon er for eksempel ikke med på opptaket. Malterud (2003, s. 74) sier at intervjusituasjonen er rådata, mens opptaket er en filtrert utgave av dette.

Jeg valgte å bruke lydopptaker for å slippe å ta notater og dermed kunne konsentrere meg om intervjusituasjonen. Jeg var også helt avhengig av å ha et opptak for å kunne gå videre med transkripsjon og analyse av materialet. Når jeg lyttet til opptakene og når jeg transkriberte, følte jeg at jeg ble satt tilbake til intervjusituasjonen. Via opptaket fikk jeg ikke bare med ordene som ble sagt, men også stemningen og sammenhengen i det som ble sagt. Lydopptaker var for meg et veldig godt hjelpemiddel. Ulempen med lydopptaker var det tekniske. Selvom jeg hadde satt meg godt inn i hvordan jeg skulle bruke opptakeren, gikk det litt tid med til hvor jeg skulle plassere opptakeren, sjekke at den tok opp som den skulle og at den ikke stoppet underveis. Dette distraherer meg noe. Jeg hadde inntrykk av at en av informantene synes det var litt ubehagelig med opptakeren, at han/hun snakket friere før og etter at den var slått av. Men, dette var ikke fremtredende, og etterhvert glemte både jeg og informanten lydopptakeren, alle samtalerne fløt naturlige og godt. På opptakene fikk jeg med alt som ble sagt og lyd kvaliteten var god. Etter intervjuene lagret jeg opptakene på min pc, hvor jeg også lyttet til opptakene som første del av analysen.

Feltnotat fra intervjusituasjonen er et hjelpemiddel til å fange opp følelser og tanker som ikke kommer med på lydopptaket. Også observasjoner av kroppslig kommunikasjon kan noteres (Malterud, 2003, s. 71). Jeg tok ikke notater underveis i intervjuet, da det kan være et hinder for at samtalen flyter godt (Thagaard, 2009). Men på slutten av hver dag og etter hvert intervju skrev jeg et kort notat. Det inneholdt mitt umiddelbare inntrykk og reaksjon på intervjuene, samt hva jeg

opplevde som viktige temaer. Dette var viktig for å huske hva jeg tenkte rett etter intervjuene, og som et utgangspunkt når jeg startet med analysen.

3.8. Transkripsjon

Etter innsamling av data ved hjelp av video- eller lydopptaker, er transkripsjon nødvendig for videre analyse av materialet (Flick, 2009). Transkripsjon vil si å gjøre lydopptaket av intervjuet om til en skriftlig tekst. Utskriften er en filtrering av opptaket som igjen er en filtrering av intervjuet (Malterud 2003, s. 78). Skriftspråk er noe annet enn tale, for eksempel tilføyes komma og punktum. Når disse settes gjør man noe med det som uttrykkes (Kvale & Brinkmann, 2009). Når man gjør transkripsjonen selv styrkes validiteten av materialet, både fordi man var til stede under opptaket og kan huske momenter som kan oppklare uklareheter av betydning for meningen i teksten (Malterud, 2011). Og fordi bearbeidelsen og analysen av materialet starter allerede under transkripsjonen (Roulston 2010, s. 105).

Rett etter at jeg hadde gjennomført intervjuene skrev jeg altså et kort feltnotat (se ovenfor). Jeg hadde ikke mulighet til å transkribere med en gang, da de to neste ukene var fullt belagt med studier. I den følgende perioden brukte jeg all tid ved siden av jobb til å transkribere intervjuene. Dette var en intens arbeidsperiode hvor jeg ble satt tilbake i tid og kunne gjenoppleve intervju-situasjonene. Jeg gjorde all transkripsjonen selv. Jeg brukte mye tid på å gå tilbake for å sjekke at jeg fikk med meg det som ble sagt så ordrett som mulig. Alle *hm*, *eh* osv. er tatt med, og noen steder ble teksten usammenhengende fordi den var så muntlig (for eksempel når informantene ikke fullførte en setning og begynte å si noe annet). Det var også mye som var underforstått i samtalen, som ikke kom klart frem i transkripsjonen. Det gjorde det litt vanskelig å forstå sammenhengen, fordi nettopp konteksten det sies i var viktig med tanke på tolkning. Pauser, endringer i toneleie og lignende ble gjengitt med tegn. Intervjuene handlet lite om sensitive tema og var lite følelsesladde. Jeg har oversatt tekstene fra dialekt til bokmål, dette er rett og slett fordi det ble for vanskelig for meg å skrive på fremmed dialekt. Det var likevel ikke vanskelig å forstå hva de sa i intervjuene. Jeg fjernet alle navn på personer, stedsnavn, arbeidsplasser eller andre ting som kunne identifisere personer. Informantene har jeg hele tiden gjengitt som spesialsykepleier, psykolog, psykiater/lege og psykomotoriker/fysioterapeut. I transkripsjonsfasen begynte jeg å danne meg inntrykk av viktige tema i de forskjellige intervjuene. Analysen var allerede i gang.

3.9. Analysen

3.9.1. Generelt om analyse

I analysefasen organiseres og bearbejdes datamaterialet på en systematisk og reflektert måte for å komme frem til resultater om temaet som er undersøkt (Malterud, 2011). Med bakgrunn i oppgavens problemstilling stiller man spørsmål til datamaterialet, i lys av spørsmålene leses og organiseres data og svarene gjenfortelles på en systematisk, relevant og forståelig måte (Malterud, 2011). Det kan alltid stilles flere spørsmål til datamaterialet/teksten, som kan få frem ulikt meningsinnhold (Kvale og Brinkmann 2009, s. 219). Man må bestemme hvilket fokus spørsmålene skal ha, og knytte til problemstillingene. Dette innebærer at deler av materialet ikke blir belyst. Det vil alltid være nødvendig med velvalgte begrensninger (Malterud, 2011). Også i kvalitativ forskning blir det opprinnelige materialet abstrahert, redusert og allmenngjort. Ønsket om å være lojal til informantens utsagn, å tenke helhet og eventuelt å forholde seg til fenomenologiske prinsipper (å studere fenomenene slik de fremtrer), kan være en utfordring. (Malterud, 2011, Kvale, 2008).

3.9.2. Systematisk tekstkondensering

Systematisk tekstkondensering utviklet av Malterud (2011), innebærer en dekontekstualisering hvor deler av materialet blir trukket ut og studert nærmere. Videre innebærer det en rekontekstualisering hvor man må validere at det som har blitt trukket ut fortsatt har gyldighet i den konteksten det ble hentet ut fra. Denne fremgangsmåten er systematisk og oppfordrer til refleksjon i alle steg. Den er egnet for studier hvor man ønsker å beskrive sentral tematikk på tvers av materialet som er fremskaffet fra ulike informanter. Jeg anså denne analysestrategien som godt egnet for min studie. Første steg er å få en oversikt over hele materialet ved å lytte til opptakene og/eller lese transkripsjonen og så skrive en oppsummering av hvilke foreløbige hovedtematikk som kommer frem.

Andre steg er å dele hele teksten inn i naturlige meningsenheter; teksten blir delt inn i avsnitt for hvert nytt tema eller meningskifte som kommer opp. Videre blir hver meningsenhet fortettet utifra det den handler om (forskners egen gjengivelse), den får en kode og blir gruppert. Teksten blir dekontekstualisert og deler av teksten blir tatt ut av sin sammenheng og gruppert sammen med meningsenheter som handler om samme tema. *“Dekontekstualisering tillater oss midlertidig å løfte ut deler av stoffet og se nærmere på det sammen med andre elementer av materialet som sier noe om det samme.”* (Malterud 2011, s. 93). For oversikt kan man organisere meningsenhetene i en matrise.

Tredje steg er kondensering; fra kode til mening. Materialet har nå blitt dekontekstualisert, kodet og kategorisert, altså samlet i temaer som gis “navn”. Her arbeider en med å dele inn i hoved- og undertemaer. Etter at meningsenhetene er satt inn under hoved- og undertema for hvert intervju, fortettes hoved- og undertema til et kunstig sitat/kjerneinnhold forankret i empirien. Sitat fra datamaterialet kan legges til.

Fjerde steg er rekontekstualisering; tilbake til helhet. Inndeling i hoved- og undertema og beskrivelse av kjerneinnhold av hele materialet. Fjerde steg fører videre til resultat presentasjonen. Til slutt i analysen valideres funn opp mot empirien (Malterud, 2011). *“I rekontekstualiseringen skal vi sørge for at de svarene som vi har lest ut av det dekontekstualiserte materialet fortsatt stemmer overens med den sammenhengen der de ble hentet ut.”* (Malterud, 2011, s. 93). Det er også viktig å se etter data som kan motsi konklusjonene, og sjekke at alle deltakerne har blitt representert.

3.9.3. Egen analyse

Som første trinn i analysen og for og få et helhetsinntrykk av materialet, lyttet jeg gjennom lydopptakene til hvert enkelt intervju. Etterpå skrev jeg ned en oppsummering av intervjuene og knyttet tematikk som syntes sentral opp mot problemstillingen. Jeg forholdt meg også til feltnotatene som jeg hadde skrevet ned rett etter hvert intervju. Feltnotatene var nyttige for å huske mitt inntrykk, tanker og følelser etter intervjuene. Dette kom ikke frem på lydopptaket, og kunne lett ha blitt glemt hvis jeg ikke hadde notert det ned. Så gikk jeg videre til andre trinn, hvor jeg gikk inn i hvert intervju og delte det opp i naturlige meningsenheter. Dette arbeidet var en utfordrende prosess. Å vurdere når det kom et nytt tema og dermed en ny meningsenhet, var vanskelig. Jeg prøvde og feilet med alt fra korte meningsenheter på kun noen ord, til lange meningsenheter på opptil flere avsnitt. Men etter noen runder ble det mer tydelig hvordan jeg på meningsfylt vis kunne dele inn i “naturlige” meningsenheter som omhandlet kun et tema. Eksempel på en meningsenhet: *“Men det som vi gjør er, hva skal jeg si, bruker egentlig alle, kanskje ikke alle metoder, men alt det jeg har lært som fysioterapeut opp igjennom, men med den psykomotoriske tankegangen og forståelse av kropp som et bakgrunnsteppe.”* Hver meningsenhet fortettet jeg så utifra hva jeg mente var essensen i meningsenheten. Eksempel på min beskrivelse av essensen i (foregående) meningsenhet: *“Bruker alt hun har lært som fysioterapeut, men med psykomotoriske tankegangen som bakgrunnsteppe.”* Alle meningsenhetene fikk en kode: M for meningsenhet, nummer på meningsenheten, I for intervju og nummer for intervju (1-4). Eksempel: *MIII, Meningsenhet nummer 1, Intervju nummer 1*. I neste steg sorterte jeg meningsenhetene inn under ulike tema, som

jeg ga navn. For eksempel samlet jeg alle meningsenheter som handlet om fysioterapi behandlingen under tema: *fysioterapi*. Etterhvert var jeg i stand til å utvikle hoved- og undertema. Denne prosessen gikk i mange runder, jeg følte at jeg kuttet opp materialet og putt det i “passende bokser”. De mange rundene var nødvendige og jeg følte at jeg modnet min forståelse av materialet. Problemstillingene var utgangspunkt når jeg jobbet med hoved- og undertema, tema som ikke var relevant for problemstillingene ble kuttet. Allikevel var det tema som ikke var direkte knyttet til problemstillingene, men som var så fremtredende i funnene at jeg valgte å inkludere dem i resultatpresentasjonen. For eksempel det andre undertema under hovedtema to, som handlet om tverrfaglig samarbeid og som var et viktig element i behandlingskonseptet på enheten hvor datamaterialet ble produsert.

I utviklingen av hoved- og undertema startet jeg med intervju 1, med spesialsykepleieren, og kom opp med tema basert på meningsenhetene. Dette ble en mal for de andre intervjuene. Men det kom også opp nye tema i de følgende intervjuene, og jeg måtte stadig tilbake for å reorganisere. Spesielt i intervjuet med psykomotoriker kom det opp flere nye tema. Jeg brukte fargekoder for å binde de forskjellige undertemaene sammen under hovedtema. Fargenyanser, for eksempel blått - lyseblått indikerte at gruppene kunne relateres til hverandre. I dette eksempelet handlet alle blå undertema om fysioterapi behandlingen, mens lyseblå undertema handlet om hvorfor fysioterapi/en kroppslig tilnærming var et viktig bidrag i behandlingkonseptet. Stort sett var det tydelig hvilket tema meningsenheten passet under, men i noen tilfeller kunne en meningsenhet plasseres inn under to tema. Eksempel: “*Vet overordnet hva fysioterapeuten arbeider med, men ikke spesielt på teknikker, men kan spørre. Og tenker det er mye av det samme som i gruppe. Viser så til eksempler. M12411*” Denne meningsenheten ble satt inn under (blå) *fysioterapi behandlingen* og under (oransje) *samarbeid*. Jeg valgte da å plassere meningsenheten under begge tema enn så lenge. I hele analyseprosessen var det kun et par ganger at dette forekom. Tilslutt på dette trinnet og etter diskusjon med veileder, gikk jeg enda en gang igjennom alle meningsenhetene, under- og hovedtema. Dette fordi det var mye overlapping mellom hovedtemaene. Noen meningsenheter ble flyttet til tema hvor vi vurderte at de passet bedre. Eksempel: “*Fysioterapeuten har ikke mer eller mindre å si enn andre faggrupper, men de lytter ekstra til fysioterapeuten der fysioterapeuten har ekstra kompetanse. M16912*” Ble flyttet fra *Endringer i behandlingen* (et underpunkt som senere ble tatt ut fordi meningsenhetene passet bedre inn under behandlingsteam og behandlingsmøter), og til *Påvirkning fra fysioterapeuten/fysioterapeutens rolle* som igjen kom under *Felles forståelse, ikke hierarki, men forskjellige roller*. Andre meningsenheter tok jeg ut fordi de ikke var relevante

for problemstillingen. Eksempel: “*Kunne hatt nytte av flere fysioterapeuter i poliklinikken, på posten ok.*” Jeg hadde nå gått på tvers og samlet hele materialet under hoved- og undertema. Malterud (2012) anbefaler å gå på tvers og se på hele intervjumaterialet allerede i steg I. Jeg valgte allikevel først å jobbe med hvert enkelt intervju for å få en oversikt over disse. Ved å gå på tvers allerede fra steg I, var jeg redd jeg ville overse vesentlig informasjon. Jeg kom tilslutt opp med tre hovedtema, hver med to undertema som videre bestod av flere underpunkter. Bredden og nyansen i hoved- og undertema jeg nå hadde kommet opp med, følte som en dekkende presentasjon av innholdet i intervjuene sett utifra problemstillingene. Tredje trinn, jeg begynte nå med å formulere kjerneinnhold først for underpunktene, så for undertema og tilslutt for hovedtema. Dette var en tidkrevende prosess da jeg ville ha med alt, samtidig som beskrivelsen skulle være konsis og ikke på detalj nivå. Spesielt i beskrivelsen av kjerneinnholdet i hovedtemaene var det en utfordring å prøve å legge fra meg detaljene og fokusere på kjerne. Det fjerde trinnet i analysen munnet ut i resultatpresentasjonen som gjenga intervjuene basert på hoved- og undertema knyttet opp til problemstillingene. Her presenterte jeg hoved- og undertema med kjerneinnhold, for så å beskrive underpunktene i hvert undertema mer detaljert. Jeg brukte også passende sitat hentet fra transkripsjonene. Sitatene ble noe tilpasset slik at de ble mer skriftlige og leservennlige, men uten å forandre det vesentlige i innholdet (for eksempel ble *hm* og *eh* tatt bort og setninger justert så de ble mer sammenhengende). Presentasjonen av temaene og deres innhold ble også skrevet i flere runder. I denne prosessen endret jeg igjen på hoved- og undertema. Dette betyr at analysen fortsatte inn i denne viktige skriveprosessen. Hovedtema to og tre ble slått sammen, og i den endelige presentasjonen var det to hovedtema, hver med to undertema som igjen bestod av flere underpunkter. Fjerde trinn bestod også av å validere funnene opp mot datamaterialet. Jeg sjekket alle meningsenhetene jeg brukte i resultatpresentasjonen ved å gå tilbake til transkripsjonen og se de i sin opprinnelige sammenheng. Dette gjorde jeg både underveis og tilslutt når jeg hadde skrevet hele resultatpresentasjonen. Jeg så da også etter utsagn og diskusjoner som kunne motsi sentrale funn, og sjekket at alle informantene var representert i fremstillingen.

3.10. Etiske vurderinger

Med intervju kommer en tett på informantene, og kan få sensitiv informasjon. Det var imidlertid terapeuter som var mine deltakere, ikke pasienter. Det er uansett viktig å vise respekt, sørge for at informantene føler seg trygge, det vil si at jeg ikke var ute etter å utlevere, avsløre dem o.l. (Malterud, 2003). Å intervju kollegaer har sine egne utfordringer, og det er ikke gitt at forsker/intervjuer og deltakere/profesjonelle helsearbeidere oppfatter at intervjuene har samme agenda

(Coar et al, 2006). Det er derfor viktig med god informasjon, helst skriftlig, om hensikten med studien, hvordan data skal samles inn og håndteres. Potensielle deltakere kan da ta stilling til om de ønsker å delta. Det er likevel viktig å sjekke ut underveis om en er samstemt med tanke på intervjuenes hensikt.

Jeg utformet et informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 1) som jeg sendte sammen med søknaden om å få komme til enheten. I forkant av intervjuene fikk også alle informantene informasjonsskrivet som beskriver hvordan forskningsmaterialet skal samles inn og håndteres, studiens tema og hensikt, samt hva deltakerne skal være med på om de takker ja. At det er mulig å trekke seg underveis og at intervjudataene anonymiseres. Alle deltakerene skrev under på samtykkeerklæringen. All informasjon fra intervjuene er som sagt anonymisert, og alt materiale (lydopptakene og transkripsjonen) ble kun oppbevart på min personlige pc med brukernavn og passord. Transkripsjonen og analysen har også vært tilgjengelig for min veileder, som har oppbevart dette etter de regler som gjelder. Behandling av personopplysninger på datamaskin (video og lydopptak) faller inn under personopplysningsloven, og det må søkes om tillatelse (Thagaard, 2009). Før jeg kunne starte med intervjuene søkte jeg NSD, personvernombudet for forsker- og studentprosjekt om godkjenning av prosjektet. Da jeg kun skulle intervjuere behandlere og ikke pasienter, fikk jeg tilbakemelding om at jeg ikke trengte godkjenning (vedlegg 5) Men, ettersom jeg også skulle utføre en uforpliktende observasjon fikk jeg beskjed om også å søke REK (Regional Etisk Komite). Vi kontaktet REK med en forespørsel om de ville ha en søknad. I informasjonen fra oss ble det lagt vekt på at det var en uforpliktende observasjon det dreide seg om, og at det ikke ville inngå observasjonsmateriale direkte i studien, men at observasjonen skulle brukes til å utvikle intervjuguiden. Også fra REK fikk jeg tilbakemelding om at jeg ikke trengte godkjenning, og jeg kunne begynne med intervjuene.

4. RESULTATER: OM PSYKOMOTORIKERENS BIDRAG I BEHANDLINGEN OG OM FELLES AGENDA I BEHANDLINGSTEAMET

Her vil jeg presentere de to hovedtemaene som er resultatet fra analysen. Hovedtemaene er:

Psykomotorikerens bidrag i behandlingen: "Kroppseksperter" og Behandlingsteamet: Tverrfaglig samarbeid i praksis. I dette kapitlet bruker jeg fysioterapeuten der jeg tidligere i oppgaven har brukt psykomotorikeren. Dette er fordi alle behandlerne i teamet snakket om fysioterapeuten og fysioterapi, de skilte altså ikke mellom fysioterapeuten/fysioterapi og psykomotorikeren/psykomotorisk fysioterapi. De hadde også to fysioterapeuter i teamet, kun den ene var utdannet i psykomotorisk fysioterapi. Jeg mener det kommer tydelig frem i teksten når jeg snakker om fysioterapeuten/psykomotorikeren og når jeg snakker om fysioterapeutene. Men, først skal jeg gi en beskrivelse av konteksten, altså enheten for spiseforstyrrelser det her dreier seg om, samt faktaopplysninger om behandlingen og samarbeidet i behandlingsteamet.

4.1. Kontekst: kort om behandlingseenheten

Det dreier seg altså om en spesialenhet for spiseforstyrrelser, hvor behandlerne jobber tverrfaglig i team. Enheten har to ansatte på kjøkkenet. Disse fremheves som viktige, siden en del av bhandlingen er at pasientene spiser alle måltid sammen og personalet spiser alltid sammen med dem. Ernæring og måltider sammen er et vesentlig aspekt i behandlingen. Det finnes flere sykepleiere, de fleste av dem er spesialsykepleiere (sykepleierene blir også referert til som miljøkontakter, da det er disse som er i miljøet sammen med pasientene). To psykologer, to leger/psykiatere, to fysioterapeuter (hvor en er psykomotorisk utdannet), aktivtør og musikkterapeut. Det er sosionom på naboposten. Posten det dreier seg om har åtte sengeplasser, fordelt på enerom og dobbeltrom, og det er også en leilighet tilknyttet enheten. Behandlingsteamet har jevnlig behandlingsmøter hvor pasientene og behandlingen blir diskutert, to pasienter per møte. Det er også rapport to ganger i uken hvor teamet går igjennom hva som har skjedd i dagene rett før møtet og kort om hver enkelt pasient. Videre tar behandlerne kontakt med hverandre når noe må vurderes, informerer om individuell behandling til hverandre eller om behandlingsgruppene. I noen grupper deltar flere i teamet, som f.eks. kroppserfaringsgruppen som ledes av fysioterapeut, hvor miljøpersonalet også er med. Det er også et miniteam rundt hver pasient, bestående av hovedbehandler (lege eller psykolog), eventuelt lege (hvis hovedbehandler er psykolog), to miljøkontakter (spesialsykepleiere) og fysioterapeut. Minitteamet sammen med pasienten setter opp behandlingsplan og fastsetter mål for behandlingen. Alle avgjørelser blir tatt av teamet.

Alle pasientene er frivillig innlagt. De kommer først til en forvernrunde hvor innleggelse vurderes, og det er lege eller psykolog som gjør undersøkelser her. Ved innleggelse og etter en prøveuke finner det sted samtaler og undersøkelser hos den enkelte behandler. Det er lege/psykolog som setter diagnosen, men etter en samlet vurdering fra hele teamet. Fysioterapeut har ansvar for utredning i forhold til kroppsbildeforstyrrelse og fysisk aktivitet. Hvis pasientene etter prøveuken bestemmer seg for å fortsette, skriver de under på en samarbeidskontrakt, som både de selv og personalet skal forholde seg til. Hvis det er brudd på kontrakten får pasientene en tenkeuke. De har denne uken til å ta seg inn i samarbeid og behandlingsopplegg igjen. Hvis dette fungerer, fortsettes behandlingen. Hvis en finner ut at samarbeidet ikke fungerer, kan de reise hjem for en tenkeuke. Da må både pasienten og personalet tenke seg om, og begge parter må enes om et behandlingsmål som gjør at det er riktig å fortsette.

Enheten har utviklet et spesialisert behandlingsopplegg for pasienter med spiseforstyrrelser. Behandlingen har faste rammer som er felles for alle pasientene. Det er gruppebasert, men det foregår også individuell behandling, det er tverrfaglig og faseinndelt og bygget på en psykodynamisk grunnmur. I fase I nærmest "hermetiseres" pasientene, for så å gi dem mer og mer ansvar. Alle er minimum to uker i fase I, undervektige pasienter er i fase I til de har en BMI på 17,5 og normalvektige pasienter kan være der kortere. Men, for alle er det og en helhetsvurdering hvor mye de klarer å delta i sin egen endringsprosess, ta ansvar for å møte til avtaler, være så somatisk tilfriskende at de kan delta i grupper og det som ellers foregår. De får for eksempel gradvis mer ansvar for måltidene. Noe av behandlingen starter i fase I. Fase II er den mest aktive perioden og fokus er på behandling. Flere behandlingsgrupper og individuell behandling inngår. Av gruppebehandling er det kroppserfaringsgruppe med fysioterapeut hver uke, styrketrening, gymnastikk og gruppe i svømmebasseng hver annen uke. Kunst- og uttrykksterapi inngår, metaliseringsbasert gruppe, gruppe basert på kognitiv atferdsterapi og undervisning finner også sted annenhver uke. Individuelt går pasientene til behandling hos fysioterapeut og psykolog, med egen målsetting og evaluering. Det er også arrangert turer hver uke for å gi variert erfaring og som en arena for observasjon (når de kommer ut av posten). De får også anledning til å øve seg på å lage mat og stelle i stand hyggekvelder (i eget hus). Seks uker før utskrivning går pasientene over i fase III, som er mer utadrettet med tanke på at de også skal forlate enheten. Behandlingstid i spesialenheten er ca. 6 måneder. Enkelte pasienter kommer tilbake for nye opphold, og mange følges opp poliklinisk etter innleggelsen, eventuelt på deres eget hjemsted. Det er også poliklinikk ved enheten.

Her følger presentasjonen av hovedtemaene med undertema. Under hvert hovedtema, vil jeg gi en kort oppsummering av hovedinnholdet, dernest vil jeg presentere undertemaene mer detaljert.

4.2. Psykomotorikerens bidrag i behandlingen: "Kroppseksperthen"

Dette hovedtemaet består av undertemaene: *Arbeidet direkte på kroppen: Om å gå rett til sakens kjerne* og *Kunnskapsformidling om kropp og trening*.

I fortellingene til de andre behandlerne stod fysioterapeuten fram som kroppseksperthen, og i flere betydninger. Det var hun som jobbet med kroppen direkte ved fysisk å ta på pasientene (massasje), hun arbeidet med kroppsbildeforstyrrelser og forståelse av sammenhengen mellom kropp, tanker og følelser. De la vekt på at ved den kroppslige tilnærmingen hadde hun mulighet til å gå "*rett i kjernen*" av problemene, slik spesialsykepleieren uttrykte det. Forholdet til egen kropp, kroppsmisnøye, grensesetting med videre, alle vesentlige aspekter ved spiseforstyrrelser, kunne fysioterapeuten jobbe mer direkte med enn de andre i behandlingsteamet. Fysioterapeuten selv understreket at hun ikke alltid kunne jobbe "rent" metodisk med psykomotorisk fysioterapi i form av å gjennomføre en hel undersøkelse eller behandling, men at hun alltid hadde med seg den psykomotoriske grunnforståelsen. "*Den er brillen jeg hele tiden har på*", uttrykte hun. Hun jobbet direkte på kroppen så mye som pasienten og relasjonen kunne tåle det. Hun understreket imidlertid at hun brukte alt det hun kunne om kropp, ellers ble det for snevert. Hennes generelle fysioterapikompetanse spilte derfor også en viktig rolle. De andre i behandlingsteamet la også vekt på at fysioterapeuten var eksperten i teamet på fysisk aktivitet, på treningsprinsipper osv. Fysioterapeuten la for eksempel særlig vekt på balanse mellom hvile og innsats, og hva slags trening og hvor mye som var hensiktsmessig for disse pasientene. Med sin kunnskap om kropp og trening hadde hun også påvirket resten av teamet, og de så på hennes totale bidrag som vesentlig i behandlingen. En del av bidraget som både fysioterapeuten og de andre behandlerne la vekt på var hennes kunnskaper om kroppens anatomi og fysiologi, og ikke minst veiledning på det å takle kroppslige forandringer for eksempel knyttet til endring i kroppsfasong og -funksjon under innleggelsen, noe som kunne være veldig vanskelig for pasientene å takle. Fysioterapeuten hadde individuell behandling og gruppebehandling. Det siste i form av kroppserfaringsgrupper samt styrketrening og bassentrening.

4.2.1. Arbeidet direkte på kroppen: Om å gå rett til sakens kjerne

Dette undertemaet handlet om fysioterapeutens tilnærminger og arbeidsmåter, hun arbeidet direkte med kroppen for eksempel via fysisk berøring.

Fysisk berøring

Fysioterapeuten fortalte at hun bevisst brukte det at hun hadde lov til å ta på folk. Hun kunne gi omsorg via berøring uten at det ble unaturlig, og hun brukte det med tanke på at pasientene selv skulle bli oppmerksomme på egenomsorg. Mange av pasientene var skadd i relasjoner og kunne ha problemer med fysisk berøring og det å sette grenser, det måtte hun ta hensyn til. Det var mange situasjoner og tilfeller der hun ikke kunne gå rett på kroppen via fysisk berøring, i alle fall ikke med en gang, tillit måtte skapes i relasjonen først. Fysioterapeuten sa om det å bruke fysisk berøring:

“Så bruker jeg det at jeg har lov å ta i folk, det bruker jeg, det bruker jeg for alt det er verdt. For du har lov til å kunne gi litt omsorg på en måte som ikke blir unaturlig og som ikke blir å dille med dem.”

De andre behandlerne la også vekt på at hun som fysioterapeut hadde et rom hvor fysisk berøring ble sett på som naturlig. *“Fysioterapi kan handle konkret om det å ta på”*, som psykiateren uttrykte det. Dette ga fysioterapeuten tilgang til å jobbe med pasientene på en annen måte og ga en annen erfaring enn det de andre behandlerne fikk gjennom samtale. Psykologen sa om fysioterapi og fysisk berøring: *“... (fysioterapeuten) kan si noe om pasientenes reaksjoner i sånne situasjoner (fysisk berøring) som vi andre behandlere kanskje ikke kommer i posisjon for å si noe om.”* Spesialsykepleieren sa dette om fysisk berøring og fysioterapeutens rolle:

“I posten er kroppskontakt et tema av og til, og det blir tematisert: hva kan man gjøre/hva kan man ikke gjøre, hvilke settinger kan man gjøre det/ikke gjøre det. For en del av pasientene er skadd i relasjoner, og det er noe man må være veldig bevisst på. Da kan man bruke fysioterapeuten til å si noe om hva hun tror er lurt. Det kan hende at fysioterapeuten har hatt mange fortrolige samtaler omkring kropp og grenser og kan gi råd om det i miljøet, tenker jeg.”

Kroppen som innfallsvinkel, arbeid med kroppsbildeforstyrrelse og kroppserfaring

Den kroppslige innfallsvinkelen var unik, sa fysioterapeuten. De andre yrkesgruppene hadde primært ord og samtale, mens kroppen kunne være “utfyllende”. Med *“kroppen som kunne være*

utfyllende” mente hun at vi med “hodet” kan si en ting, for eksempel at vi ikke burde være redde, mens kroppen kan ha helt andre reaksjoner relatert til historie og erfaring. Pasienter som er skadd ved for eksempel overgrep, kan kroppslig reagere med å bli livredde ved berøring selv om de med fornuften kan si at situasjonen (fysioterapeut som gir massasje) ikke er farlig. Dette mente hun var viktig informasjon om pasientene knyttet til kroppslig hukommelse eller kroppslige spor etter tidligere traumatiske hendelser, som hun/fysioterapeuten fikk nettopp gjennom en kroppslig tilnærming. Fysioterapeuten fortalte også at hun følte at hun ofte måtte oversette hva kroppene uttrykte til pasientene, at hun ble *“tolk og forsvarsadvokat”* for disse plagede kroppene.

Fysioterapeuten sa dette om det å bruke en kroppslig tilnærming: *“... med noe som handler så mye om kropp (spiseforstyrrelser), så er det å jobbe med kroppen som en innfallsvinkel, tenker jeg, ett verktøy alle tverrfaglige team bør ha.”*

Muligheten fysioterapeuten hadde til å gå rett i og på kroppen, *“komme til saken”* var altså helt avgjørende, mente de andre behandlerne. Som spesialsykepleieren sa: *“Det (fysioterapeutens tilnærming) handler om å gå rett til sakens kjerne i forhold til kropp, grensesetting, kroppssjenanse, kroppsmisnøye, som er sentrale aspekter ved spiseforstyrrelsen.”* Psykiateren sa at det var viktig å ha noen som var med dem (pasientene) på det området som de var mest opptatt av (det kroppslige). Og at fysioterapeuten hadde et viktig bidrag i det å bygge en allianse og å være en støttespiller for pasientene. Fysioterapeuten kunne hjelpe pasientene til å stå i krevende behandlingsprosesser, til å akseptere kroppsforandringer og kanskje til å nyansere kroppsbildeforstyrrelsen. Sitat fra psykiateren: *“Fysioterapeuten er en viktig alliansebygger og en veldig viktig støttespiller for å hjelpe de (pasientene) til å stå i vanskelig behandling og holde ut, akseptere kroppsforandringer og underveis kanskje nyansere en del av kroppsbildeforstyrrelsen deres.”*

Behandlingen individuelt og i gruppe: Om tillit og om å ta egen kropp tilbake

Fysioterapeuten fortalte at hun brukte mange forskjellige tilnærminger i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser, hun brukte alt det hun kunne om kropp tilpasset denne pasientgruppens behov. Hun la vekt på at for pasienter med overgrepshistorier og grensekrenkelsers var kropp særlig vanskelig å forholde seg til, det handlet på mange måter om å ta tilbake det de hadde mistet:

“... er historien deres i forhold til overgrep og grensekrenkelsers vanskelig, så det med kropp av den grunn er vanskelig å forholde seg til, da er det noe med på sikt å lage et rom der det går an å ta tilbake det de har mistet.”

Hun nærmet seg pasientene med en forståelse av forskjellen på intellektet som sa at behandlingssituasjonen ikke var farlig, og kroppen som bar i seg kroppsliggjorte erfaringer og som ofte uttrykte at han/hun var vettskremt. Hun la vekt på at hun ikke kunne tyne eller presse de levde kroppene til å bli trygge: *“Og da kan vi ikke tyne den kroppen til å bli trygg, men vi kan se om den kan lære å bli trygg igjen.”* Da måtte hun ofte bruke lang tid på å skape en relasjon og et rom som kunne oppleves som trygt for pasienten. Å bygge tillit ble vektlagt som helt vesentlig:

“Men da må man kanskje bruke ekstra lang tid på å skape relasjonen, på å gjøre rommet her så trygt at det er mulig å komme hit. Og få tillitten og at de tørr å tro på at jeg vil respektere grensene deres uansett, og at jeg har ikke tenkt å presse dem til noe.”

Fysioterapi ble altså tilbudt individuelt og i gruppe. De andre behandlerne ga innblikk i hva behandlingen hos fysioterapeuten handlet om. De fortalte at det dreide seg om massasje og berøring, hvordan forholde seg til angst ved å jobbe med pust og pusteteknikker og kroppslige tilnærminger for å hjelpe pasienten til å slappe av og til å kjenne igjen kroppslige reaksjoner. Det å eksponeres ved å kle av seg og se seg i et speil med kun undertøyet på, tegne omriss av kroppen for å se hvor store pasientene tenkte at de var, for så å se hvor store de faktisk var, altså konkretisere, var også oppfattet som del av behandlingstilnærmingen. Behandlingen inneholdt også å jobbe med introspektiv oppmerksomhet og å jobbe med kroppsbildeproblematikk. Kroppserfaringsgruppene handlet også om massasje og fysisk nærhet pasientene imellom, om grensesetting, kropp og selvfølelse.

Både psykiateren og psykologen sa at fysioterapi var kroppsfokusert behandling, men at det også omfattet samtale. De andre terapeutene vektla altså sterkt at fysioterapeuten hadde en spesiell innfallsvinkel som “tillot” at hun gikk direkte på kroppen, som fysisk å kunne demonstrere på kroppen i arbeidet med for eksempel kroppsbildeforstyrrelser. Psykologen sa dette om fysioterapi:

“Men det er jo enkelte aspekter som man går rett inn i kjernen på da, tenker jeg. For eksempel det med pasienter som ikke vil forholde seg til egen kropp. Det å faktisk kunne gå inn og eksponere dem enten det er gjennom berøring eller det er å kunne se seg selv i speilet.”

Spesialsykepleieren utdypet dette:

“ ...fordelen med å ha fysioterapi er den spesielle innfallsvinkelen. For det er direkte på kroppen, ha lov til å kjenne på kroppen og kunne si: “Hva er det her, det er ikke fett, det er faktisk muskler.” Det er fysioterapeutens stor trumf å kunne gjøre det. Det å nærmest fysisk demonstrere på kroppene deres: “Her er muskelen og den kan være avslappet (og da er den løs og slapp å ta på) og den kan være i spenn (og da kjennes den hard å ta på).”

Alle de andre terapeutene understreket at fysioterapi var en helt vesentlig brikke i det totale behandlingsopplegget.

Den psykomotoriske kompetansen er med hele veien

Fysioterapeuten la vekt på at hun brukte grunnforståelsen i psykomotorisk fysioterapi. Den var med hele tiden, som “briller” hun hadde på. Grunnforståelsen bygger på en oppfattelse av at psyke og soma henger tett sammen og gjensidig påvirker hverandre. En forståelse av at tanker og følelser gjensidig påvirker kroppen og kroppslige reaksjoner kan sees i respirasjonen og muskulære spenninger. Fysioterapeuten fulgte imidlertid ikke metoden “slavisk” med undersøkelse og behandling slik hun hadde lært og slik den er beskrevet. Til det var det for mange dårlige pasienter på en spesialenhet. Hun var tydelig på at det ofte ikke hadde noen hensikt å gjennomføre en hel kroppsundersøkelse når pasientene ble innlagt. Da ville hun ikke oppnå annet enn å presse dem og å skremme dem. Med relasjonsskader og problematisk forhold til egen kropp, ville det være kontradiktorisk å foreta en omfattende kroppsundersøkelse. Men hun kunne ofte ta deler av kroppsundersøkelsen, med hensikt om å få dem til så smått å begynne å erfare egen kropp mer nyansert. Fysioterapeuten sa:

“... Og da er det ikke noen mulighet til å gjennomføre kroppsundersøkelsen, jeg hadde ikke fått noen nye opplysninger ved å presse dem til det. For de hadde sikkert hørt etter, mange av dem hadde hørt etter, selv om det var helt forferdelig. Men jeg hadde ikke fått noen opplysninger som jeg hadde hatt nytte av annet enn at jeg hadde skremt dem enda mer.”

4.2.2. Kunnskapsformidling om kropp og trening

Dette undertemaet handlet om fysioterapeutens kompetanse på fysisk aktivitet og trening, som hun brukte i forhold til fysisk aktivitet med pasientene og i gruppene styrke- og bassentrening. Videre handlet det om fysioterapeutens kunnskap om den anatomiske og fysiologiske kroppen, som hun brukte blant annet i veiledning av pasientene.

Fysisk aktivitet og trening

Fysioterapeuten hadde ansvar for styrketrening på det tidspunktet jeg var på enheten. Dette for å heve kvaliteten på denne treningen. Hun sa at fysioterapeuter generelt kan mer om styrketrening enn andre behandlere. I forhold til det å bruke tradisjonell fysioterapikunnskap og ikke kun psykomotorisk fysioterapi, sa hun at hun ikke følte at det var mindre relevant å drive med aktiviteter (fysisk aktivitet og trening) med pasientene. Dessuten uttrykte hun at fysisk trening også ofte kunne handle om å slippe seg, som kan være frigjørende på pust osv. Hun så altså ikke et strengt skille mellom det å trene og mer kroppsbevissthetsorienterte tilnærminger i psykomotorisk fysioterapi. Fysioterapeuten sa:

“Så tenker jeg at nå har den nye fysioterapeuten tatt ansvar for en del av styrketreningen, fordi det er noe med å få hevet kvaliteten på det og. Jeg tenker at vi kan mer om det enn noen av de andre, sånn tenker jeg. Og det er noe med å bruke den fagkunnskapen vi har utenfor det at vi kan en metode (psykomotorisk fysioterapi) også.”

Fysioterapeuten hadde også vært ute og løpt treningsøkter sammen med pasientene, men dette var tidligere når de hadde en til en trening og med polikliniske pasienter. Miljøpersonalet og fysioterapeutene hadde forøvrig sammen ansvaret for fysisk aktivitet, men spesialsykepleieren så på fysioterapeuten som ekspert. Miljøpersonalet støttet seg til fysioterapeutene i forhold til fysisk aktivitet og legene i forhold til det å kunne drive fysisk aktivitet med hensyn til skader/helse.

Spesialsykepleieren sa:

“Vi støtter oss på fysioterapeuten i forhold til en del ting, og vi støtter oss på legene i forhold til hva vi kan gjøre. For det er en del ting som det er fort gjort å glemme, det med benskjørhet for de som har vært undervektige over lang tid. Noen har urytmer i hjertet som det må tas hensyn til. Så det er ofte fysioterapeuten kan gå inn å si noe, eller legene. Og gir klarsignal, hva kan vi gjøre, hva vi ikke kan gjøre.”

Spesialsykepleieren sa også at hvis for eksempel noen hadde vrirket foten, var det en trygghet for miljøpersonalet å kunne vise til at de hadde blitt enige med fysioterapeuten om blandt annet hvor lenge pasienten skulle være i ro. På det tidspunktet jeg var på enheten var altså styrketreningen flyttet over på dagtid (altså innenfor vanlig arbeidstid), og ble ledet av fysioterapeut. Det var også snakk om å flytte gym over på dagtid, slik at dette også kunne bli ledet av fysioterapeut.

Fysioterapeuten hadde også bassengtrening, eller bassengtilvenning som spesialsykepleieren kaldte det. Han mente det var mange viktige momenter i dette, som avslapping og det å ligge å flyte i vannet. Og var en enorm eksponeringen for disse pasientene å kun være i ført badedrakt, noe som de i ettertid viste at de var stolte over å mestre. Psykologen la vekt på at det var fysioterapeuten som hadde kompetanse og erfaring om fysisk aktivitet, og hva som skjer i kroppen under fysisk aktivitet og ved f.eks. overtrening eller manglende trening. Han sa videre at fysioterapeuten jobbet med å trykke i forhold til aktiviteter: hvor mye trening, type trening og hva slags trening er hensiktsmessig. Spesialsykepleieren la vekt på at ved spiseforstyrrelser kan trening være et symptom. Teamet hadde valgt å ha trening i posten for å gi pasientene et sunnere perspektiv på trening:

“Først tenkte vi at treningen er sundt. Men ved spiseforstyrrelser kan trening være en del av symptomene, så det kan være vanskelig å tilnærme seg det. Men så har vi valgt at det skal vi gjøre, fordi vi tenker at før eller siden vil de ønske å ha en trent kropp eller at de skal være i en eller annen form for aktivitet. Så det allikevel å tenke at vi kan ha det i posten, jobbe med det mens de gjør det, også ha andre perspektiver som er litt sunnere og friskere enn kalorier og fettforbrenning og alt det der.”

Psykiateren la vekt på at når man skal bygge opp igjen en kropp er det ikke nok bare å spise, man må også bygge muskler. Man må lære å trene på en hensiktsmessig måte, ikke sånn som de hadde gjort tidligere, som egentlig betydde å bryte ned kroppen og uten treningseffekt med tanke på bedret helse.

Kunnskapsformidling om den anatomiske og fysiologiske kroppen

Fysioterapeuten fortalte at hun prøvde å gjøre pasientene nysgjerrige. Hun understreket at mange av pasientene tenkte at de visste mye om kropp, og at hun kunne gjøre dem nysgjerrige på å gå mer inn i også de vanskelige tingene med egen kropp. Og at de kunne sjekke ut nærmere om det pasientene tenkte at de visste om kroppen stemte med realiteten. Ved hjelp av faktakunnskap om kropp kunne fysioterapeuten bidra til en undring rundt “sannheter” pasientene forfektet om egen kropp. Her er et eksempel på å sjekke ut om antagelsene (til pasienten) om egen kropp stemmer:

“Hvis det er sånn at du (pasienten) tenker at alt det myke på kroppen er fett, så tenker jeg at det ikke hadde vært noe særlig behagelig (å tro det). Men om det ikke er sånn, om vi kunne ta de

antagelsene om kropp og sjekke ut om det stemmer eller ikke. Kanskje har ingen av oss rett, men jeg kan bruke den kunnskapen jeg har, også kan du (pasienten) beskrive hvordan det oppleves, også kan vi se om vi kan finne ut noe om det.”

Alle de andre behandlerne uttrykte at fysioterapeuten var den som hadde kunnskap om kroppens anatomi og fysiologi, og om “kroppsmotoren”. Som psykiateren sa: “... (fysioterapeuten har) et unikt utgangspunkt for å jobbe med det kroppslige, takle kroppslige forandringer og være objektiv observatør sammen med pasienten.” Hun sa også at det var viktig med en fysioterapeut som kunne noe om spiseforstyrrelser, både normale/unormale forandringer i kroppen. En del av fysioterapi behandlingen var å gi veiledning eller informativ opplæring om kroppens sammensetning.

4.3. Behandlingsteamet: Tverrfaglig samarbeid i praksis

Dette hovedtemaet består av følgende undertema: *Samarbeid i praksis: om behandlingsteam, behandlingsmøter og behandlingsinnhold og Samarbeid ut fra felles forståelse og likeverd.*

Samarbeidet på enheten og hvordan behandlingsteamet og behandlingsmøtene fungerte var sentralt i dette hovedtemaet. Det handlet også om hvordan de på spesialenheten forstod spiseforstyrrelsesproblematikken og viktige elementer i behandlingen de stod sammen om i teamet. Fysioterapeuten formidlet en forståelse som innebar at disse pasientene ofte manglet ord for følelser, og at kroppene deres “alene” ble formidlere av en historie som hadde satt spor. Det var hennes erfaring at det var viktig å ha en stor “verktøykasse”, så hun og de andre behandlerne kunne “dekke” de forskjellige pasientenes behov. Både fysioterapeuten og psykologen la vekt på at det var viktig med rammer som gjorde atferdsendring mulig, og samtidig å jobbe med underliggende årsaker. Alle behandlerne sa at det var forskjell i behandlingen i forhold til alvorlighetsgrad, men ikke mellom diagnosegruppene. Behovet for fysioterapi var det samme for de forskjellige diagnosegruppene, ble det hevdet, men tilnærmingen kunne variere i forhold til for eksempel en med undervekt og en med normalvekt. Dette hovedtemaet handlet også om hvordan de på spesialenheten samarbeidet ut fra en felles forståelse av spiseforstyrrelser som sammensatte lidelser. Det ble understreket at det handlet om kropp, men samtidig at det ikke handlet om kropp. I mange av tilfellene kunne det handle om at når det ikke var ord for tanker og følelser ble kroppen formidleren, kropp og mat ble brukt til å regulerer følelser. Teamet hadde også en felles forståelse av hvordan de skulle møte pasientene. De var lojale mot teamet og avgjørelser som var tatt, og unngikk dermed splittelse i personalet. Det ble fremhevet at de arbeidet etter en lite hierarkisk

modell og at det var likeverd mellom behandlerne, men at de likevel hadde forskjellige roller. Alle de andre behandlerne fremhevet at fysioterapeuten hadde en aktiv rolle i behandlingsteamet (i likhet med alle), og at de lyttet ekstra til henne på de områdene hvor hun hadde ekstra kompetanse. Hun fremhevet også selv at hun var aktiv med å prege behandlingen.

4.3.1. Samarbeid i praksis: Om behandlingsteam, behandlingsmøter og behandlingsinnhold

Dette undertemaet handlet om hvordan behandlingsteamet og behandlingsmøtene fungerte, hvordan de jobbet og samarbeidet om utredning og behandling på enheten og fysioterapeutens rolle i dette. Det handlet også om behandlingsinnhold og bakgrunnen for dette, samt likheter og ulikheter i behandlingen av de ulike diagnosegruppene.

Behandlingsteamet

Fysioterapeuten formidlet tydelig at hun hadde en aktiv rolle i teamet, og at det ikke var vanskelig å bli hørt eller komme med sine synspunkter. Hun hadde ikke inntrykk av at de andre behandlerne hadde grundig kjennskap til psykomotorisk fysioterapi men at de kunne si noe om deler av denne tilnærmingen. I alle fall visste de at hun jobbet med kroppen som innfallsvinkel, og hun var tydelig på at de jobbet mot et felles mål. Fysioterapeuten sa: *“Jeg føler at det er ikke noe vanskelig å bli hørt og jeg føler at det er ikke noe vanskelig å formidle det (hennes fysioterapi ståsted).”*

Psykologen fortalte at behandlingsteamet møttes jevnlig og diskuterte pasientene og behandlingen. Rundt hver pasient hadde de også et miniteam med behandlerne til den enkelte pasienten, som også møttes jevnlig og diskuterte behandlingen. Noen ganger var også pasienten selv med på disse møtene. *“Vi er jo en tverrfaglig behandlergruppe som er i teamet rundt hver enkelt pasient. Så sånn sett samarbeider vi direkte,”* sa psykologen. Alle pasientene gikk til fysioterapi, så fysioterapeuten var med i alle team og ble av de andre aldri vurdert til ikke å være et nødvendig bidrag i behandlingen. Psykologen understreket: *“Fysioterapeuten er alltid med inn i arbeidet med pasienten i posten. Så det er aldri sånn at vi tenker at fysioterapeuten ikke skal være med i behandlingsteamet.”* Spesialsykepleieren sa at de støttet seg til fysioterapeuten i forhold til det kroppslige. Alle de andre behandlerne pekte på at fysioterapeuten hadde en aktiv rolle i teamet, og kom alltid med sine synspunkter og vurderinger.

Behandlingsmøtene

På behandlingsmøte i uke 5 ble all viktig informasjon om pasienten samlet, fra observasjon og utredning. Alle parter redegjorde da for sine funn. Det var satt av like mye tid til fysioterapeuten som til de andre, og hun opplevde selv at hun var plassert på linje med de andre. Det var imidlertid lege eller psykolog som til slutt satt diagnosen. Psykologen sa i forhold til fysioterapeutens utredning:

“Jeg vet ikke jeg hvor ofte observasjonen til fysioterapeuten er nødvendig for å sette en diagnose, altså anoreksi eller bulemi. Men diagnostisk i utvidet forstand- hva er problemet til akkurat denne personen, hva er det som vedlikeholder det. Da er det mye opplysninger som fysioterapeuten kan komme med som ikke nødvendigvis vi får tak i gjennom bare skjema og samtale.”

Spesialsykepleieren understreket at alle avgjørelser ble tatt av behandlingsteamet på behandlingsmøtene. Psykiateren pekte likevel på at utenom behandlingsmøtene hadde de også mange treffpunkter hvor de diskuterte pasientene og behandlingen, og hun hadde god oversikt over hva fysioterapeuten jobbet med. Psykologen fokuserte på at de prøvde å jobbe med samme tema til samme tid i de forskjellige gruppene:

“Og det samme i gruppene, at vi prøver å snakke i lag og ha fokus på noen av de samme tingene, altså ha en rød tråd på hva som jobbes med i gruppene. Så jobber vi med sosiale relasjoner i kognitivgruppen som jeg med i, så prøver vi at det kan være et tema i kroppserfaringsgruppen og i de andre gruppene også.”

Behandling av spiseforstyrrelser

Fysioterapeuten hadde erfart at det var enkelt å fokusere på og snakke med pasientene om den konkrete kroppen og om kroppsfikseringen pasienten led av, og hvis de fikk gjøre det kunne det forsterke problemet. Av og til måtte de likevel begynne der pasienten var, nemlig med fokus på egen kropp. Hun tilla også struktur og rammer rundt mat og måltider viktighet, som også betydde å dekke kroppens grunnleggende behov og ivareta fysisk helse. At behandlingen bør være en blanding av struktur og rammer for å endre adferd og å jobbe med underliggende årsaker var det enighet om. Hun var også opptatt av at pasientene er ulike og trenger forskjellige tilnærminger, og at de brukte den forskjellige kompetansen til behandlerne. Hvis behandlingen var vanskelig prøvde

de å hjelpe pasientene til å stå i behandlingen istedenfor å forandre behandlingen. Fysioterapeuten sa:

“Men det er nettopp det at av og til så må man kanskje begynne der (med den konkrete kroppen), fordi det er der pasienten er. Men hvis man blir der, så kan det være med på å opprettholde problematikken og ikke gå videre. Da tenker jeg at jeg ikke har gjort jobben min, og da har jeg ikke brukt det redskapet som en kroppslig tilnærming kan være.”

Spesialsykepleieren sa at det var viktig at pasientene selv eide valget med å bli frisk, at de så fordelene med å bli frisk kontra det å holde på sykdommen. De måtte da hjelpe pasientene med motivasjon til endring og gi dem muligheten til over tid å være i et miljø hvor de kunne være og gjøre ting annerledes. Han fremhevet også at de hadde en dynamisk måte å drive på hvor de først nærmest hermetiserte pasientene, for så gradvis å øke aktivitet og ansvar. Og han mente at det var viktig med en kombinasjon av gruppe og individuell terapi. Da kunne de spille ball med hverandre. Psykologen la vekt på at det var viktig med rammer som gjør adferdsendring mulig. Rammene i en sengepost var tydelighet og forutsigbarhet rundt for eksempel måltider og fysisk aktivitet, klare retningslinjer uten mye rom for forhandlinger og en plan for samarbeid. Han sa også at en spiseforstyrrelse kan være en måte å regulere følelser på. De måtte da finne årsaken til utvikling og vedlikehold av spiseforstyrrelsen, for så å hjelpe pasientene med å finne andre mestringsstrategier. Psykiateren mente at behandlingen var avhengig av alder, komorbidelidelser og lignende. Hun sa også at pasientene kunne være vegetarianere eller tro at de hadde matallergi og at de av den grunn ønsket ernæringsfysiolog. På enheten prøvde de da å snu det og å si til pasienten at det de trengte var normalkost. Det var ikke ernæringsfysiolog ansatt på posten. Personalet mente at en spiseforstyrrelse ikke trenger spesialkost, men normalkost. De brukte ernæringsfysiolog kun til veiledning av behandlerne ved for eksempel sammensetning av spiselister. Spesialsykepleieren uttrykte dette om forholdet gruppeterapi og individuell terapi:

“Det er fordeler og ulemper med både gruppe- og individualterapi, men her har man den unike muligheten at man kan spille på hverandre. Vi kjenner jo alle terapeutene som har dem individuelt mens de er hos oss, og da kan vi spille ball på dem. Noe som er for utrygt å ta med inn i gruppen, det kan man da spille inn til den individuelle terapeuten. Mens motsatt igjen at terapeuten kan si at dette her er kanskje veldig lurt at du tar med i gruppen, for dette tror jeg

mange har nytte av å vite noe om. Fordelen her er at man kan drive gruppe- pluss individualterapi.”

Psykologen sa om rammer og tydelighet på sengeposten:

“I en sengepost tenker jeg at det handler om rammer og tydelighet. Det å ha faste måltider, forventninger til at pasienten møter til måltidene, forventninger i forhold til vektoppgang, klare retningslinjer med tanke på hvor mye fysisk aktivitet man skal ha, hvor mye hvile man skal ha. Sånn at det i behandlingssituasjonen ikke kan forhandles.”

Fysioterapeuten la også vekt på oppfølging. Hennes erfaring var at til tross for at en innleggelse oftest var lang (fra 3-6 mnd), var pasientene sjelden ferdige etter det. Noen av pasientene hadde hun hatt kontakt med flere år etter innleggelse. Hennes erfaring var at når kravene i livet ble for store kunne det bli fristende å gå tilbake til spiseforstyrrelsen, og at det da kunne være viktig å vite at en hadde noen som kunne hjelpe med kroppen og i det hele tatt det som ble vanskelig. Noen kom tilbake på korte opphold, noen kom tilbake på nye lange opphold. Fysioterapeuten understreket at de ikke kunne hjelpe alle og at noen følte at de ikke fikk hjelp. Sitat fra fysioterapeuten:

“Vi har en som var innlagt i flere runder, som har kommet hit og tatt nye steg. Og som sier det å vite at hun skal tilbake hit, det å vite at hun skal i behandling, at det er noe som gjør at da kan hun holde “taket”. For hun skal hit og fortelle hvordan det går.”

Både lik og ulik behandling for pasienter i ulike diagnosegrupper

Spesialsykepleieren og psykologen hadde ikke inntrykk av at det var forskjell i utbytte av behandlingen/fysioterapi mellom de forskjellige diagnosegruppene. Spesialsykepleieren sa videre at det var forskjellig i tilnærming til en med lav BMI og en med normalvekt. Det var en større kroppslig endring for en anorektiker, de var fysisk dårligere. Bulemikere med normalvekt var i fysisk bedre form. De trengte fysioterapi med forskjellig innfallsvinkel pga. forskjellig problematikk, men ikke at den ene gruppen trengte det mer enn de andre, påpekte psykiateren. Psykologen uttalte om forskjell mellom diagnosegruppene og behandling: *“Så jeg tenker at det er litt ulike tilnærminger som kan være hensiktsmessige avhengig av ikke nødvendigvis diagnose, men mer den underliggende problematikken.”* Psykiateren sa: *“Jeg har ikke inntrykk av at det er noe*

mer eller mindre viktig, men de trenger psykomotorisk fysioterapi med forskjellige innfallsvinkler for de har litt forskjellig problematikk.”

4.3.2. Samarbeid ut fra felles forståelse og likeverd

Dette undertemaet handlet om hvordan alle behandlerne la vekt på at de i behandlingsteamet hadde en felles forståelse og sa det samme, og at det var en flat og ikke-hierarkisk modell. Dette var ikke noe jeg spurte etter, men som allikevel kom opp i alle intervjuene. Dette undertemaet handlet følgelig også om respekt og likeverd i forhold til de forskjellige rollene behandlerne hadde. Fysioterapeutens bidrag til og påvirkning på teamet ble spesielt belyst. Og tilslutt handlet det også om grunnlaget for den felles forståelsen av spiseforstyrrelse-problematikken som de hadde på enheten.

Felles forståelse, ikke hierarki, men forskjellige roller

Slik allerede understreket, la fysioterapeuten og de andre terapeutene vekt på at teamet var samsvarte i hvordan de tenkte og tilnærmet seg den enkelte pasient, og at pasientene fikk samme svar fra forskjellige behandlere om de hadde spørsmål rundt kjerneproblematikk. En lite hierarkisk modell ble beskrevet, med likeverdighet i forhold til representantene for faggruppene og deres bidrag. Behandlingen måtte henge sammen, ellers kunne de like gjerne jobbe i hver sin private praksis mente fysioterapeuten. Det særegne ved enheten var nettopp at de tok den tiden de trengte til å jobbe tverrfaglig, for å utnytte mulighetene som lå i behandlingsteamet. En del av behandlingsfilosofien var lojalitet mot hva de hadde bestemt sammen, også for å unngå splittelse. Fysioterapeuten sa:

“Spør pasientene forskjellige (behandlere), så får de egentlig ganske mye samme svar. Og det er jo litt det vi har jobbet for å få til, at om pasientene spør meg eller psykologen eller sykepleieren, så skal de få samme svar på samme type spørsmål. Og at når vi har bestemt noe så er det en lojalitet i forhold til det som er bestemt ut mot pasientene, for det er noe med å unngå splittingen i personalet.”

Fysioterapeuten mente at hun hadde vært med på å påvirke utviklingen på enheten, og sa dette:

“Vi har gjort en del endringer underveis, og det er jo litt morsomt, for jeg har gjort en studie i forhold til det med fysisk aktivitet. Det var ikke den alene, men i starten så jobbet vi med fysisk

aktivitet en til en med pasientene. Men så etterhvert så fant vi ut at det sånn rent praktisk var uhensiktsmessig. Og i denne studien som jeg gjorde, så vi det at pasienter med spiseforstyrrelser i større grad vil trene alene. Og det er nettopp den her “alene greia” som vi har valgt å bryte. Så nå har vi all fysisk aktivitet i gruppe.”

Spesialsykepleieren mente også at fysioterapeuten hadde vært med på å prege behandlingen på avdelingen, for eksempel med at det var viktig med balanse mellom kost, hvile og aktivitet. Psykiateren fremhevet at fysioterapeuten ble hørt, og hadde påvirket teamet i forhold til å tolke kroppsligesignaler og kroppsbildeforstyrrelse. Hun sa også at fysioterapeuten snakket et forståelig språk. Sitat psykiateren: *“Det synes jeg absolutt (at fysioterapeuten blir hørt), for eksempel i forhold til det å være i kontakt med seg selv kroppslig, tolke signaler, kroppsbildeforstyrrelse og misfornøydhhet med kropp.”*

Felles bakgrunnsforståelse

Psykiateren la vekt på at ved alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser vil det være en veldig sammensatt problematikk, noe det var enighet om i teamet. Hennes forståelse rommet at de fleste har flere lidelser, og at utvikling av disse går langt tilbake i barndommen. Det kunne være en slags skjevutvikling det dreide seg om, dårlig kontakt med seg selv, feil tolking av følelser, selvdestruktive tanker og handlinger og ofte stort selvhat. Både psykiateren og fysioterapeuten understreket at det handlet om kropp, men samtidig at det ikke handlet om kropp. Pasientene møtte dem med “herjede” kropper, som i flere betydninger var sterkt i fokus i pasientenes oppmerksomhet, men det handlet ofte om noe mer og annet. Begge understreket at det var viktig å møte pasientene på det de var mest opptatt av (egen kropp) for at de skulle føle seg møtt, sett og forstått. Psykiateren så dette som en inngangsport til det det kanskje handlet mer om (relasjonelle forhold, følelser mm). I mange av tilfellene kunne det handle om at når det ikke var ord for tanker og følelser ble kroppen formidleren. Kropp og mat ble brukt til å regulere følelser, mente fysioterapeuten. Psykologen oppfattet også spiseforstyrrelse-problematikken som en måte å regulere følelser på. Fysioterapeuten bragte inn synspunktet at spiseforstyrrelser også kan sees som en måte å forsøke å skape trygghet på, for eksempel i dagens samfunn med stort press og krav til kroppen. Ved å prøve å forandre kroppen kunne en tenke at da “ordnet resten av verden seg også”. Fysioterapeuten sa for eksempel dette:

“... hvis du strever med mye skam og følelsen av ikke å være bra nok, da kikker du som regel ned og det du da ser er din egen kropp, særlig mage og lår. Og da er det noe å gjøre noe med det, hvis du gjør noe med den konkrete kroppen så håper de at da skal resten bli bra også.”

Psykiateren understreket at spiseforstyrrelser er den psykiatriske lidelsen med høyest mortalitet, spesielt anoreksi. De som var veldig undervektige var veldig synlige og veldig dårlige. De som kastet opp mye fikk en elektrolytt-ubalanse som kunne være farlig. Hun pekte også på at det ikke er mulig å behandle pasienter med spiseforstyrrelser før de er kommet opp i normal vekt pga. nevrofysiologiske og kognitive endringer når de var så undervektige. Hun var dessuten veldig bevisst på at det gjorde mye med en familie å ha en person med en spiseforstyrrelse:

“De er ofte livredde foreldrene for de her jentene, kanskje er de mest redd for de som ikke spiser. Det gjør så mye med familier det å ha en person som ikke spiser sammen med dem, ikke kan de ha gjester. Jeg har møtt søsken som ikke tørr å gå inn på kjøkkenet, jeg har snakket med familier hvor de på ferier må sitte på do og hun må spise alene. Det gjør så mye med familier å ha en person med spiseforstyrrelse.”

Familien/pårørende var ikke direkte inkludert i behandlingen på enheten. Men for eksempel ved permisjonene hjemme skulle pasientene vise frem spiselister og oppgaver de skulle jobbe med hjemme, og de hadde med en loggbok som pårørende kunne skrive i. På denne måten ble familien inkludert og permisjonene hjemme var en del av behandlingen, understreket fysioterapeuten. Spiseforstyrrelser er en pasientgruppe med høyt angstnivå. Dette gav psykiateren tydelig uttrykk for, og hun la derfor også vekt på at det var viktig med “mengdetrening” for å bli en god behandler for denne pasientgruppen. Hun hadde dessuten erfaring fra og mente at det var viktig at behandlerne som var del av et behandlingsteam var trygge på hverandre. Dette for at de kunne jobbe så tett at for eksempel forsøk fra pasientens side på splitting ble håndtert på en faglig god måte. Ellers var det hennes erfaring at dette var en pasientgruppe som lett kunne spille ut behandlingsapparatet.

Oppsummert handler altså dette hovetemaet om at behandlingskonseptet i sin helhet og samarbeidet de hadde på enheten var meget viktige faktorer i behandlingen.

5. DISKUSJON

I denne oppgaven har jeg sett på psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Jeg har konsentrert meg om psykiatrien, hvor psykomotorikere jobber i tverrfaglige team, og datamaterialet er produsert på en spesialenhet for spiseforstyrrelser. I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere sentrale funn opp mot valgte teoretiske perspektiver. Jeg vil også trekke inn tidligere forskning der det er relevant. Diskusjonen avsluttes med metodologiske refleksjoner.

5.1.1. “Kroppseksperter”; fysioterapi bidrar med noe som er annerledes, og om å lære og erfare i verden gjennom kroppen

Hovedproblemstillingen i studien var altså: *“Hva handler den psykomotoriske behandlingstilnærmingen sitt særlige bidrag om i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser?”* I lys av denne stod psykomotorikeren frem i intervjumaterialet som *“kroppseksperter”*, og i flere betydninger av det å være *“kroppseksperter”*. Det innebar å jobbe med kroppen som utgangspunkt i forbindelse med problematikk knyttet til kroppsbildeforstyrrelse, kroppsmisnøye/sjenanse, grensesetting, sammenhengen mellom kropp, tanker og følelser med videre. Hva tilnærminger og tiltak knyttet til disse særlige problematikkene konkret handlet om kunne likevel være ganske ulikt, men altså med en kroppslig innfallsvinkel som forenende. Det ble fremhevet at den kroppslige tilnærmingen bidro med noe annet og var utfyllende i forhold til de andre behandlingstilnærmingene. Alle terapeutene snakket om at når det kroppslige uttrykket ikke samsvarte med det verbale, kunne det ligge viktig informasjon om pasienten knyttet til kroppslig hukommelse eller kroppslige spor etter tidligere traumatiske hendelser, som psykomotorikeren nettopp kunne få en annen tilgang til gjennom en kroppslig tilnærming enn de andre terapeutene. Det antyder at vesentlige aspekter ved grunnforståelsen psykomotorisk fysioterapi bygger på var noe behandlingsteamet delte, men hadde ulik behandlingstilnærming til. Som psykologen og spesialsykepleieren uttrykte det, kunne psykomotorikeren med sin tilnærming gå direkte på *“kjerneproblematikken”*. Eksempler på behandling av *“kjerneproblematikken”* var å eksponere pasientene enten gjennom berøring (kjenne på kroppsvev; fett og muskler), å la pasientene se seg selv i speilet i kun undertøy, eller å jobbe med grenser via utvidelse eller innsnevring av det fysiske rommet rundt pasienten. Funnt fra studien viste altså at psykomotorisk fysioterapi på denne behandlingssenheten bidro med noe som var annerledes, noe de andre behandlingsformene ikke rommet og som alle deltakerne så på som et viktig bidrag i behandlingen.

Gretland (2007) skriver at fysioterapeuter med sin kroppslige innfallsvinkel bidrar med noe som er vesensforskjellig fra annen behandling i psykiatrien. Psykiatrien er stort sett preget av samtale terapi. Hun mener at det er grunnlag for å si at: ”... *fysioterapi utfyller andre fag i psykisk helsearbeid, fremfor å overlappe eller konkurrere med andre profesjoners tilnærminger*” (Gretland, 2007, s. 87). Også Thornquist (2009, s. 353) sier noe om dette: ”*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*”. Dette støttes altså av min studie, der terapeutene hadde et klart bilde av fysioterapeutens/ psykomotorikerens behandling som noe annet og utfyllende i forhold til behandlingen ellers. Behandlingsteamets medlemmer anerkjente den kroppslige tilnærmingen, og så på den som vesentlig del av behandlingen.

Når man jobber med kroppen som innfallsvinkel i psykomotorisk behandling av pasienter med muskelspennings- og smerteproblematikk er bedre kroppskontakt, mer innsikt i eget handlings- og reaksjonsmønster og bedre kontakt med eget følelsesliv et mål (Thornquist, 2005). I min studie ser dette ut til å gjelde også i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser, men med selve behandlingen tilpasset denne gruppen og individuelt. Deltakerne fremhevet at psykomotorikeren kunne jobbe med fysisk berøring uten at det ble unaturlig. Psykomotorikeren sa selv at hun brukte fysisk berøring bevisst både for å vise omsorg og for å gjøre pasientene oppmerksomme på egenomsorg. De andre behandlerne viste til fysisk berøring som en måte for pasient og terapeut å jobbe med pasientens grenser på, og en behandlingsform som ga en annen informasjon enn for eksempel samtaleterapi, informasjon om for eksempel hvordan pasientene reagerte på det å bli tatt på. Gretland (2007, s. 172) understreker også 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*”. Både den psykomotoriske fysioterapeuten i denne studien og resten av behandlingsteamet fremhevet altså dette som en “privilegert” terapeutposisjon, som ikke minst var viktig i behandling av personer med spiseforstyrrelser. Fysioterapeuten må imidlertid være var for pasientens signaler, fortsetter Gretland (2007, s. 172). Men, nettopp da kan fysisk berøring og massasje gi pasientene erfaring av å være verdsatt og respektert, og at andre kan være en kilde til å gi dem gode opplevelser. Har pasientene opplevd omsorgssvikt kan dette være en ny erfaring, og en erfaring av å bli tatt hånd om som fremmer fysisk og følelsesmessig trygghet. Den psykomotoriske fysioterapeuten i min studie la sterk vekt på sensitivitet overfor pasientens reaksjoner, ikke minst når hun brukte fysisk berøring. Sviland med medarbeidere (2012) understreker også at det var

essensielt å tilpasse behandlingen til situasjonen, til der pasienten til enhver tid var. Deres studie handlet om psykomotorisk behandling av en pasient med spiseforstyrrelser, angst, depresjon og smerteproblematikk. Om en tenker seg at traumatiske erfaringer sitter som hukommelse i egenkroppen, og at minner og følelser som er mer og mindre fortrenget kan vekkes til live ved å jobbe kroppslig, er det ikke rart at sensitivitet fra terapeutens side med tanke på å gå tett inn på kroppen, er så viktig. Dette er også i tråd med en fenomenologisk forståelse, se nedenfor.

Som vi har sett, legges det altså vekt på sammenhengen mellom kropp, følelser og liv i psykomotorisk fysioterapi, og at kroppen “husker” eller at livserfaringer er “lagret” i kroppens vanemessige måter å reagere på. Flere psykomotorisk utdannede fysioterapeuter trekker frem et kroppsphenomenologisk perspektiv som særlig relevant teoretisk ståsted for å fange opp det tvetydige ved kroppen, som Braatøy og psykomotorikere senere har vært så opptatt av (Thornquist, 2003, Gretland, 2007, Øien, 2011). Braatøy (1947) la altså vekt på at kropp og følelser (affekter) var to sider av “samme mynt”, og at livserfaring og sosiale normer ble “lagret” i kroppens hukommelse. Merleau-Ponty så på kroppen som vår primære kunnskapskilde, altså kilde til kunnskap om og kontakt med oss selv og omverdenen, en kropp karakterisert ved en fundamental tvetydighet: subjekt og objekt, kropp og omverden, det biologiske vevd sammen med det sosiale med videre (Thornquist, 2003, Øien, 2011).

Sett utifra et kroppsphenomenologisk perspektiv vil jeg påstå at det å jobbe med en kroppslig innfallsvinkel er svært viktig. Merleau-Ponty (1994) mente altså at vi som mennesker persiperer verden og har grunnleggende tilgang til verden som kroppssubjekter. Når vi ikke vil vedkjenne oss kroppens signaler, eller har hemmet tilgang til dem og dermed ikke kjenner egenkroppen, kan konsekvensen være at vi i mindre grad kan ta inn og oppleve verden og de andre og lære av dem (Merleau-Ponty, 1994). Braatøy (1952) snakker for eksempel om muskulære baklåsfenomener, der vanemessig hemmet respirasjon og bevegelse hindrer kontakt med følelser og hukommelse, og hemmer vår livsutfoldelse. Ved økt kontakt med egen kropp og egne følelser vil vi derimot kunne være-i-verden på en mer deltagende og opplevende måte. I Dragesund & Råheims studie (2008) for eksempel, fortalte pasienter som hadde gått i psykomotorisk fysioterapi om økt oppmerksomhet på egenkroppens signaler. De fortalte også om endret sanselig oppmerksomhet som innebar at omverdenen stod fram for dem med større nyanser, sterkere farger med videre. Et grunnleggende prinsipp i psykomotorisk behandling er: *“Å oppleve kroppen og å oppleve via kroppen”* (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 72). Det å øke kontakten med egen kropp i form av å jobbe med

kroppsformannelser og det sanselige (inkludert proprioceptiv sans) er en sentral del av behandlingen (Ibid). Ulike former for fysisk berøring og bevegelser, både passive og aktive, påvirker for eksempel reseptorer i ulike kroppsstrukturer og signalene går videre til høyere nivåer/cortex (Bunkan, 2010). Å oppfordre til å forsøke bevisst å kjenne etter og å registrere ulike fornemmelser i kroppen stimulerer igjen sansene, en vekselvirkning som kan bidra til erkjennelse. Bevisstgjøring og oppøvelse av tilstedeværelse i det som skjer i kroppen her og nå kan altså bidra til å kjenne etter og å bli bedre kjent med egenkroppen, og erkjenne sammenhenger mellom spenninger i kroppen, følelser og situasjonen en er i. Sansestimulering og bedre kontakt med kroppslige fornemmelser kan videre endre oppmerksomheten mot (om)verden. Engelsrud (1998) skriver at økt kunnskap i og med egen kropp får man gjennom nettopp å erfare. Kroppen kan ikke årsaksforklares. Pasientene må lære å tørre å kjenne på kroppslige symptomer og å prøve å finne ut hva det de kjenner kan bety og innebære. Hvis de ikke vil kjenne på de kroppslige symptomene og prøver å lukke dem ute, kan de stå i fare for å utvikle anspenhet. I følge kroppsfenomenologien og Merleau-Ponty (1994) er kroppslig læring en følge av alle de situasjoner vi til enhver tid befinner oss i. Slik blir all kroppslig kunnskap noe vi tilegner oss ved å være i, erfare og handle i situasjoner, ikke ved å bli det forklart. Det vil også si at all kroppslig læring er påvirket av tid, rom og situasjon i et gjensidig forhold, det er ikke kun en mekanisk læren av for eksempel en bevegelse. En bevegelse vil alltid være hensiktsmessig i forhold til den situasjonen vi er i og lærer den i, men den kan på sikt bli en uvane og føre til for eksempel ansente muskler. Kroppsobjektet og (om)verdenen er altså uatskillelig sammenvevde; kroppen bebor og tilhører en verden av tid og rom (inkludert det sosiale), sier Merleau-Ponty. Bunkan (2010) legger vekt på at å stimulere sansene og å øke kontakten med egen kropp også stimulerer kroppsbildet, som kan ha en særlig betydning i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. *“Å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter”* (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 72), er altså et mål i behandlingen.

En fenomenologisk forståelse legger vekt på at kroppen er grunnleggende kommunikativ og uttrykksfull (Merleau-Ponty, 1994). Terapeutene i studien gav eksempler på at det verbale og kroppslige uttrykket ofte ikke stemte overens i behandlingssituasjoner med pasienter med spiseforstyrrelser. Når det kroppslige og det verbale uttrykket ikke stemmer overens, er det ikke bare en forståelse av hva som kan ligge bak i forhold til for eksempel traumatiske hendelser og den informasjonen dette gir terapeuten, som er vesentlig. Ved at terapeuten anerkjenner det kroppslige uttrykket, anerkjenner hun et uttrykk på et dypere kommunikativt nivå enn det verbale. Dette kan gi pasienten en opplevelse av å bli sett som person (Gretland, 2007).

I behandling av pasienter med spiseforstyrrelser fortalte den psykomotoriske fysioterapeuten at det ofte ikke var mulig å bruke alle delene av psykomotorisk undersøkelse og behandling, men psykomotorikeren sa at grunnforståelsen, de grunnleggende prinsippene i psykomotorisk fysioterapi alltid lå til grunn for behandlingene hennes, det var *“briller”* hun alltid hadde på. Eksempler på dette er som psykomotorikeren fortalte, at hun som oftes ikke kunne gjennomføre en hel psykomotorisk undersøkelse, det var pasientene for dårlige til og da ville hun ikke få frem noen annen informasjon enn at hun ville skremme dem. Men hun kunne ta deler av undersøkelsen med den hensikt at pasientene kunne begynne å erfare egen kropp mer nyansert. Psykomotorikeren brukte også det å eksponere pasientene gjennom for eksempel berøring, det å kjenne på kroppsvev; fett og muskler. Det er kanskje en litt annen innfallsvinkel enn tradisjonell psykomotorisk fysioterapi, hvor mye av behandlingen handler om nettopp det å kjenne etter i kroppen (hvordan står jeg, sitter jeg etc.), men utifra samme prinsipp om å kjenne etter og forholde seg til kroppen. Da jeg, som observatør, var med psykomotorikeren rundt på enheten, var jeg også med i en individuell behandling. I denne behandlingen jobbet de blandt annet med hvordan pasienten satt og hun skulle kjenne etter. De prøvde ut forskjellige måter å sitte på (rett i ryggen, litt mere sammensunket og lignende), og hun kjente etter hvordan det følte. Selv om dette ikke var en metodisk sett helt tradisjonell psykomotorisk behandling, var det absolutt psykomotoriske prinsipper i behandlingen. Eline Thornquist (2006) skriver i artikkelen: *“Psykomotorisk fysioterapi- tenkning og tilnærming”*, om psykomotorisk fysioterapi både som en forståelsesform og som en konkret metode. Hun fremstiller den omstillende behandlingen som den klassiske formen for psykomotorisk behandling. Psykomotorikeren i min studie la også vekt på at all den kunnskapen hun hadde opparbeidet seg som fysioterapeut var viktig, og noe hun aktivt brukte i behandlingen. Hun sa at hun brukte mange forskjellige tilnærminger i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser, hun brukte alt det hun kunne om kropp. Men ofte var altså det med kropp vanskelig, spesielt for de med overgrepshistorier og/eller de som var utsatt for grensekrenkelse, da handlet det ofte om å ta tilbake noe de hadde mistet. Jeg kommer tilbake til det å bruke tradisjonell fysioterapikunnskap i avsnitt 5.2.1.

En annen viktig faktor ved den psykomotoriske behandlingen var at psykomotorikeren kunne møte pasientene på det som var viktigst for dem, nemlig kroppen. Selv om pasientene hadde et fordreid bilde av egen kropp og var fiksert på egen kropp i uheldige betydninger, kunne dette likevel være et utgangspunkt for å kunne bygge en allianse med pasientene. Psykomotorikeren fortalte at det var enkelt å snakke med pasientene om kropp, de kunne diskutere gram og fett og mykt og hardt i timesvis. Og noen ganger måtte hun begynne der, fordi det var der pasientene var, og for å få den

tilliten og skapen den alliansen. Men det var viktig å ikke bli der, da ville hun opprettholde problemene og da ville hun ikke bruke de mulighetene som lå i en kroppsligtilnærming. Psykomotorikeren understreket sterkt at det å skape tillit i relasjonen til pasientene var en forutsetning for behandlingen. Det er ikke mulig å tvinge en kropp til å bli trygg, det må læres/erfares ved at situasjonen/rommet oppleves som trygg. Sviland med medarbeidere (2012) viste at ved å tilpasse behandlingen til pasienten og der hun til enhever tid var, og på den måten å gjøre situasjonen trygg, lærte pasienten å bli trygg og behandlingen kunne etterhvert også bli mer inngripende.

5.1.2. Å bidra med tradisjonell fysioterapi; kunnskap om kropp og trening

I denne studien ønsket jeg altså å finne ut hva som var psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Funnene viste imidlertid at også den tradisjonelle fysioterapi-kunnskapen til psykomotorikeren var et viktig bidrag i behandlingen av disse pasientene.

Både psykomotorikeren selv og de andre behandlerne vektla at fysioterapeutene var de som hadde mest kompetanse på fysisk aktivitet, trening og treningsprinsipper, og de ble sett på som ekspertene på dette området. De hadde ansvar for fysisk aktivitet i form av styrketrening, bassengtning og også i gymnastikk var det snakk om at denne burde ledes av fysioterapeut. Det ble understreket at trening kan være et symptom ved spiseforstyrrelser. På enheten hadde de valgt å ha trening som en del av behandlingskonseptet likevel, slik at pasientene kunne få et mer normalt forhold til dette og *“lære å trene på en hensiktsmessig måte”*, slik en av terapeutene uttrykte det. En stor del av arbeidet til fysioterapeutene handlet altså om fysisk aktivitet og trening. Fysioterapeutene ble også sett på som de som hadde mest kunnskap om kroppens anatomi og fysiologi. Også dette brukte de i behandlingen i form av veiledning eller informativ opplæring om kroppens sammensetning.

Som nevnt tidligere i oppgaven har spiseforstyrrelser, spesielt anoreksi, et sterkt kroppslig uttrykk. Funnene viser at psykomotorisk fysioterapi kunne bidra med noe som var annerledes i behandlingen ved sin kroppslige tilnærming. Ved for eksempel å jobbe med å kjenne etter i og på kroppen, og dermed også kjenne på følelser. Det kom frem av intervjuene at når kropp var vanskelig, var det nettopp viktig å jobbe med kroppen i behandlingen. Fysisk aktivitet og trening er også noe som ofte har stort fokus hos pasienter med spiseforstyrrelser. På enheten valgte de også på dette området å konfrontere pasientene med det som var vanskelig, og derfor inngikk fysisk aktivitet og trening i

behandlingskonseptet. I denne delen av behandlingen var altså tradisjonell fysioterapi og fysioterapeutene viktige. Som psykomotorikeren pekte på kan fysioterapeuter generelt mer om styrketrening enn de andre behandlerne.

Psykomotorikeren understreket altså at det å bruke bredden av fagkunnskapen psykomotorikere hadde som fysioterapeuter, ikke var mindre relevant i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Tvert om, bredden av kompetansen var vesentlig. Når det gjaldt fysisk trening for eksempel, hadde hun erfaring med at det også kunne handle om å slippe seg, som kunne være frigjørende på pust. Hun så altså ikke et strengt skille mellom det å trene og mer kroppsbevissthetsorienterte tilnærminger i psykomotorisk fysioterapi. Å se det slik hadde altså base i at hun var både psykomotorisk utdannet og at hun var fysioterapeut "i bunnen". Hun brukte altså all den kunnskapen hun hadde om kropp, tilpasset denne pasientgruppen. Det var altså like viktig og like riktig å bruke tradisjonell fysioterapi som å bruke psykomotorisk fysioterapi.

Under den praktiske delen av utdannelsen i psykomotorisk fysioterapi, opplevde jeg mange ganger at vi som studenter ble veiledet på at vi måtte bruke den kunnskapen vi hadde som fysioterapeuter. For eksempel at vi kunne bruke øvelser fra tradisjonell fysioterapi også i psykomotorisk behandling. Samtidig opplever jeg en diskusjon på hva psykomotorisk fysioterapi er. Er det kun når man bruker behandlingstilnærmingen som rendyrket spesifikk metode at man kan kalle det psykomotorisk fysioterapi? Eller, er det også psykomotorisk fysioterapi når man bruker grunnforståelsen, men bruker for eksempel øvelser inspirert fra annet hold? I psykiatrien er det ofte argumentert for at den omstillende behandlingen i psykomotorisk fysioterapi er kontraindisert. Dette fordi den er for inngripende og pasientene kan være for sårbare for dette. Man kan allikevel bruke prinsippene i psykomotorisk fysioterapi og en mer stabiliserende behandling/andre øvelser. Det er dessuten her som ellers snakk om en behandlingsprosess, med en utvikling tilpasset den enkelte pasient. Man kan ikke utelukke at også for hardt belastede pasienter kan en komme dithen at inngripende behandling kan skje.

Sternberg & Bohen skriver i festskrift til Berit Bunkan (Ekerholt, 2009) et kapittel om "*Fysioterapeutisk intervensjon ved personlighetsforstyrrelser*", om erfaringer med det å bruke psykomotoriske prinsipper i fysioterapibehandling i psykiatrien. Disse forfatterne uttrykker at psykomotorisk fysioterapi har blitt sett på som uegnet i psykiatrien og for ego-svake mennesker generelt, fordi disse pasientene kan ha vansker med å håndtere de streke følelsesmessige og

kroppslige reaksjonene denne behandlingen kan forårsake. Hennes egen erfaring var imidlertid at psykomotorisk fysioterapi tilpasset hver enkelts mulighet for utvikling, nettopp kunne være ego-støttende og dermed en velegnet behandling for psykiatriske pasienter. Engh & Radøy (1982) påpeker at psykomotorisk fysioterapi i sin klassiske form, hvor en tar sikte på en omstilling, blir regnet som kontraindisert behandling i psykiatrien. Pasientene må være ressurssterke nok til å tåle en omstilling skal denne behandlingen være egnet. Deres erfaring var imidlertid at de kunne ha stor nytte av de psykomotoriske prinsippene i behandlingen av pasienter i tungpsykiatrien (de gir ingen nærmere forklaring av dette begrepet). De trakk da frem prinsipper som at kroppen behandles som en funksjonell enhet og at individet vurderes helhetlig. Eline Thornquist (2006) kommer også inn på dette når hun sier at hvis pasientene er for dårlige til å få en omstillende behandling, kan man bruke andre former for fysioterapi og/eller psykomotoriske prinsipper, men hvor man legger vekt på forankring og stabilitet, ikke omstilling. Sviland med medarbeidere (2012) skriver om en pasient med alvorlige problemer (spiseforstyrrelse, angst, depresjon, smerter og muskelspenninger) som fikk behandling basert på psykomotoriske prinsipper. I lang tid var behandlingen primært stabiliserende, men langt ut i behandlingsforløpet fikk pasienten også en mer omstillende behandling. Det var imidlertid viktig at behandlingen ble tilpasset situasjonen. Det vil si at den alltid var tilpasset der pasienten til enhver tid var.

Som sagt hadde psykomotorikeren veiledning av pasientene eller informativ opplæring om kroppens sammensetning, hun brukte da sin kunnskap om kroppens anatomi og fysiologi. Hun sa at hun forsøkte å gjøre pasientene nysgjerrige og at de kunne undre seg sammen. Det handlet ofte om at pasientene mente at de hadde mye kunnskap om kroppen, psykomotorikeren brukte da sin fagkunnskap om kroppen når de sammen forsøkte å se om dette faktisk stemte. Det å undre seg sammen med pasienten gir rom for at pasienten kan dele tanker og følelser, og formidler indirekte en holdning om at pasientene og deres meninger er viktige (Thornquist, 2005).

5.1.3. Et behandlingskonsept basert på tverrfaglig samarbeid i team

Et sentralt “funn” (et av hovedtemaene i resultatpresentasjonen) viste at det ikke var psykomotorisk fysioterapi eller en av de andre behandlingsformene som enkeltvis behandlingstilnærminger som var det avgjørende i dette behandlingskonseptet. I alle intervjuene kom det tydelig frem, og uten at jeg direkte stilte spørsmål om det, at teamet og samarbeidet de hadde på enheten var en meget viktig faktor i behandlingskonseptet. Jeg har derfor valgt å inkludere og diskutere dette hovedtemaet. På en side kan en kanskje si at dette “funnet” ikke er direkte knyttet opp mot mine

problemstillinger. På den annen side vil jeg hevde at det nettopp er det. Jeg har også etterspurt hva som kan fremme og hemme aktiv bruk av psykomotoriske fysioterapeuters kompetanse i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. I min studie kom det altså tydelig frem at tverrfaglig samarbeid i praksis fremmet kjennskap til og bruk av psykomotoriske grunnprinsipper.

I denne studien kom det frem at det særegne ved enheten var nettopp at de tok den tiden de trengte til å jobbe tverrfaglig. Dette gjorde de for å utnytte mulighetene som lå i selve behandlingsteamet. Det var altså ikke bare viktig å jobbe tverrfaglig, det var noe som gjennomsyret alt som ble gjort og sagt på enheten. En tverrfaglig tilnærming var sterkt vektlagt av alle terapeutene som en fordel fremfor enkeltbehandlinger. I samtalen med behandlerne, hvor de fortalte om teamet og samarbeidet, tegnet det seg tydelig et bilde av at de jobbet utifra en felles forståelse. Dette gjaldt både grunnforståelse av spiseforstyrrelsesproblematikken og prinsipper i behandlingen. De stod sammen i teamet. Ved å være lojale i forhold til for eksempel avgjørelser de hadde tatt i teamet unngikk de splittelse, som lett kan oppstå hvis man ikke er enige utad. Og som en av deltakerne sa, var dette en pasientgruppe som lett kunne påvirke til splittelse hvis man ikke stod sammen og sa det samme. Også at det var likeverd mellom behandlerne og en ikke hierarkisk modell var viktig for samholdet i teamet. Det at de hadde forskjellige roller gjorde at de kunne utfylle hverandere og bedre møte pasientenes behov. Som psykomotorikeren sa, hadde de en “*stor verktøykasse*”. Mitt forskningsmateriale indikerer altså at behandlingen på denne enheten for spiseforstyrrelser er et eksempel på tverrfaglig samarbeid i praksis, og ikke bare idealer om et tverrfaglig samarbeid.

I artikkelen: “*Collaboration: What is it like?*” skriver Anne Croker og medarbeidere (2012) om forskjellige dimensjoner som er viktige for et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Flere av disse dimensjonene, som det å inngå i teamets fellesskap og samarbeidsform, å forholde seg positivt til de andres forskjellighet med videre, så jeg igjen i det behandlerne fortalte i intervjuene. Også i strukturen i samarbeidet, fra faste behandlingsmøter til situasjonstilpasset samarbeid, var fokuset nettopp på samarbeid og på å få samarbeidet til å fungere. Dette innebar å jobbe med samme tema og mot de samme målene, og hele tiden med pasienten i sentrum. Også dette har paralleller til det Croker (2012) skriver, nemlig å legge til rette for kommunikasjon og samarbeid og sammen danne seg et bilde av pasientene og behandlingens fremgang.

Kvarnstrom (2009) skriver at man i teamarbeid lærer av hverandre, og at man også får økt bevissthet om sin egen profesjon. Som team har man en bredere kompetanse og mulighet til bedre å

møte brukers behov. Hun peker på god personkjemi, gjensidig tillit og felles ideologi som faktorer som er med på å styrke teamet. I flere av mine intervjuer kom det frem at de på enheten mente at det var viktig at de stod sammen, at de overfor pasientene ga samme svar på samme spørsmål, og at de på denne måten unngikk splittelse i personalet. Dette er ett eksempel på å stå sammen om felles mål og ideologi.

Kvarnstrom (2009, s. 100-101) skriver også om *“lærende nettverk”*. En gruppe mennesker innenfor et område i arbeidslivet som bindes sammen gjennom felles ideologi og engasjement for dette området, og som gjennom utveksling av kunnskap bygger opp en stor kunnskapsbase og felles ideologi. Hun skriver videre at det kan være fordeler ved å prøve å overføre noen av disse egenskapene til teamarbeidet i helse- og sosialsektoren. Mitt inntrykk etter møtet med spesialenheten og etter intervjuene var nettopp at de på denne enheten hadde klart å bygge et *“lærende nettverk”*. De hadde en felles forståelse av spiseforstyrrelsesproblematikken og behandling av denne pasientgruppen som drivkraft bak behandlingen og samarbeidet på avdelingen. Dette påvirket både til samhold og positiv motivasjon i arbeidet. Terapeutene gav eksempler på at de lærte av hverandre, og denne kunnskapsutviklingen var grunnlaget for utviklingen av behandlingskonseptet ved enheten.

Det som dessverre ikke kom tydelig frem i intervjuene eller resultatpresentasjonen, men som i aller høyeste grad var mitt inntrykk etter å ha hospitert på enheten i noen dager, var at viktige elementer i behandlingen var for det første at pasientene var frivillig innlagt, og for det andre at det var viktig å motivere pasientene til selv å ville bli friske og å ta ansvar for egen behandling. Dette ble imidlertid en viktig bakgrunnskunnskap for hva som ellers ble fortalt i intervjuene. Når pasientene var på enheten og hadde inngått en kontrakt om samarbeid og behandling, valgte behandlerne å stole på dem. De mistenkte dem for eksempel ikke for å snike seg unna mat/måltider eller å trene mer en avtalt. Selv om dette hadde forekommet var det viktig å stole på og å ha tillit til pasientene. Jeg fikk inntrykk av at pasientene på den måten ble en del av teamet, samholdet og gjensidig tillit. De var på samme lag og jobbet ikke mot hverandre. I ettertid ser jeg at jeg kunne utdypet terapeutperspektivet med tanke på disse viktige aspektene i behandlingsideologien på enheten.

5.2. Diskusjon av metode

Spørsmålet om validitet eller gyldighet i forskning er et stort spørsmål, og handler om flere aspekter som er helt eller delvis avhengige av hverandre. Det er ikke kun det endelige produkt som skal

valideres, det er en stadig pågående prosess gjennom hele studien (Kvale og Brinkmann, 2009). Malterud (2011) viser til tre grunnleggende betingelser for vitenskapelig kunnskap: Refleksivitet- hvilke forutsetninger og tolkningsrammer har forskeren? I kvalitativ forskning er gyldighets- spørsmålet generelt knyttet sterkt opp til refleksivitet og dermed til forskerens rolle i alle faser av kunnskapsproduksjonen (Stige, Midtgaarden, Matlerud, 2009). Forskeren som “instrument” er trukket sterkt frem (Kvale og Brinkmann, 2009). Videre viser Malterud (2011) til relevans- hvordan eller til hva kan kunnskapen brukes? Dette er dels knyttet til relevansen av forskningsspørsmålene i forhold til den kunnskap som allerede finnes i feltet, og til pragmatisk validitet- kunnskapens “brukbarhet” i praksis. Det kommer jeg tilbake til. Den siste betingelsen Malterud viser til er validitet, som er knyttet til om en har undersøkt det en har ment å undersøke eller, slik Malterud spør: hva er det egentlig forskeren har funnet ut? Kvale og Brinkmann (2009) hevder dessuten at også forskerens moralske integritet og praktiske klokskap er viktig i evalueringen av kunnskapen som bringes frem.

Jeg har valgt å dele diskusjonen inn i følgende tema: Forsker i eget felt – om nærhet og distanse, intern validitet – troverdighet og pålitelighet og til slutt ekstern validitet – kunnskapens overførbarhet. Spørsmålet om intern validitet må alltid besvares positivt før en i det hele tatt kan spørre om hvordan det forholder seg med den eksterne validiteten. Det første punktet om forskerrollen har dessuten betydning for den interne validiteten. Jeg har valgt å trekke det ut som eget punkt, siden forskerrollen og refleksivitet er sett på som så sentralt i kvalitativ forskning. Jeg kommer tilbake til forskerrollen under punktet om intern validitet.

5.2.1. Forsker i eget felt – om nærhet og analytisk distanse

Forskerens forforståelse, holdninger og evne til innlevelse er sentrale faktorer. Som forsker har jeg dessuten under prosessen tatt noen valg, både under produksjonen av forskningsmaterialet og ikke minst under analysen, som har påvirket kunnskapsproduksjonen. Det er hverken mulig eller ønskelig å eliminere alle påvirkende faktorer knyttet til forskeren som deltakende subjekt i forskningsprosessen, men så langt man kan, er det viktig å synliggjøre hvilken forforståelse man som forsker har, hvilke valg som er tatt og hvorfor, samt hvordan en har arbeidet for å være så åpen som mulig (Malterud, 2011, Kvale og Brinkmann, 2009). Malterud (2011) skriver for eksempel at forskers forforståelse i en studie kan være både en viktig inngang, og nyttig underveis. Forforståelsen kan være basert på egne erfaringer, hypoteser, et faglig perspektiv og/eller en

teoretisk referanseramme, og kan gi forsker grunnlag for forståelse. Men, forforståelsen kan også gi en begrenset eller manglende evne til å se og lære av sine deltakere og av sitt materiale. Den kan med andre ord styre blikket for mye, med manglende åpenhet for det nye og uventede som konsekvens. For å unngå dette er det viktig å være bevisst i forhold til hva ens forforståelse er, så langt mulig (Ibid).

Som fysioterapeut og student i psykomotorisk fysioterapi var mitt utgangspunkt at jeg hadde en positiv holdning til det å bruke behandling med en kroppslig tilnærming. Jeg tenker at pasienter med kroppslig-emosjonell problematikk, også av det tyngre slaget, kan ha utbytte av denne behandlingen. Som jeg skriver i innledningen, tenker jeg at en kroppslig tilnærming som psykomotorisk fysioterapi kan være et viktig bidrag i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser, og det var dette jeg ønsket å se nærmere på. Psykomotorisk fysioterapi sitt eventuelle bidrag i dette feltet er det dessuten lite kunnskap om, og studien er i den forstand berettiget. Det er nærliggende å tenke at jeg, om enn kanskje ubevisst, har hatt et ønske om å “bevise” at psykomotorisk fysioterapi kan bidra positivt i studiens setting, altså i behandlingen ved den aktuelle enheten for spiseforstyrrelser. Funnene i denne studien viste at behandlerne på enheten hvor datamaterialet ble produsert, også hadde et positivt syn på fysioterapeuten/psykomotorikerens bidrag og fysioterapi som en del av deres behandlingskonsept. Dette synet kunne de imidlertid konkretisere og nyansere, det var ikke kun uttrykt som en generell positiv og høflig holdning. På enheten hadde de dessuten fått vite at jeg kom for å se nærmere på psykomotorikerens rolle, og på hvilket bidrag psykomotorisk fysioterapi hadde i behandlingen. De var altså forberedt, og kunne tenke på dette i forkant. Psykomotorikeren valgte dessuten hvem jeg skulle intervjuere av terapeutene (mer om dette, se nedenfor). Det at jeg var noen dager på enheten og hadde en uforpliktende observasjon, ga meg dessuten et innblikk i hvordan enheten fungerte, hva som skjedde helt konkret, måter å samarbeide på, utøvelse av individuell behandling der psykomotorikeren var terapeut, samt gruppebehandling. Ikke minst fikk jeg inntrykk av stemningen og hvordan de samarbeidet på enheten. Det var likevel kun noen dager og observasjonsmaterialet inngår ikke i resultatene i denne studien, men observasjonene var en god hjelp til utforming av intervjuguiden. Observasjonen gav meg uansett et inntrykk av kvaliteten på samarbeidsforholdene på enheten, som jeg har kunnet se i sammenheng med det som kom frem intervjuene. Det var den samme stemningen jeg opplevde på enheten som kom frem i intervjuene, noe som styrker at det var gode samarbeidsforhold og at behandlingsteamet fikk til det de hevdet; en “flat” struktur, der alle bidro aktivt fra sitt faglige ståsted og med enighet om grunnforståelse og behandlingsmål. Som forsker var det også viktig å

stille meg åpen i intervjusituasjonene, som jeg forsøkte så bevisst og så godt som jeg kunne. Jeg ønsket informasjon om psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingskonseptet, både det som var positivt og det som eventuelt var negativt. Det kom ikke opp noe negativt om psykomotorisk fysioterapi. Funnene viste imidlertid at også den tradisjonelle fysioterapikunnskapen til psykomotorikeren var viktig i behandlingen på enheten. Det hadde jeg ikke tenkt noe særlig på i forkant. Og, kanskje det mest overraskende som kom opp var hvor viktig det tverrfaglige samarbeidet var i behandlingskonseptet. Dette valgte jeg derfor å ta med som et eget tema i resultatpresentasjonen.

5.2.2. Intern validitet – om troverdighet og pålitelighet

Studiens interne validitet kan knyttes til mange aspekter. Jeg har valgt å fokusere på relevansen av metodevalget for å belyse problemstillingen, utvalget, intervjusituasjonen, transkripsjon og analyse. Alt dette til sammen påvirker troverdighet og pålitelighet i studien.

Valg av metode

Relevansen av metodisk fremgangsmåte for å få svar på problemstillingen er viktig med tanke på den interne validiteten. Jeg har valgt det kvalitative forskningsintervjuet, og jeg har intervjuet psykomotorisk fysioterapeut og de andre behandlerne i det tverrfaglige teamet. For å få tak i deres erfaringer og synspunkter om psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser, hevdet jeg at forskningsintervjuet var et relevant valg. Som beskrevet i metodedelen, ville jeg fått mye mer informasjon om jeg også hadde inkludert deltakende observasjon i studien på en fullgod måte. Det betyr altså at observasjonen hadde vært mer langvarig og systematisk, og at feltnotater fra deltakende observasjon hadde vært del av forskningsmaterialet. Da kunne jeg ikke bare sagt noe om behandlernes erfaringer, men også noe om hvordan det faktisk utspiller seg i praksis på denne behandlingsenheten. Her gav studiens omfang en begrensning (se neste avsnitt) i forhold til hvor mye tid jeg hadde til rådighet, og jeg har valgt det jeg mente ville gi meg mest informasjon. Det at jeg likevel har valgt å ha en uforpliktende observasjon i forbindelse med forberedelsen til intervjuguiden, har gitt meg et innblikk i hvordan de jobbet på enheten. Jeg vil si at dette har gjort at jeg har kunnet forberede meg godt til intervjuene, og se datamaterialet i ett større perspektiv, og at jeg følgelig bedre har kunnet forstå og analysere det. Samtidig har jeg sett og hørt ting under observasjonen som jeg kan tenke at er viktig, men som ikke kom frem av intervjuene/i resultatene.

Utvalget

Om studiens utvalg er et strategisk utvalg med tanke på informasjonsrike deltakere for å få svar på problemstillingen, er viktig for vurderingen av om studien har gitt gyldige svar på det den sier den undersøker. Deltakerne var altså i tillegg til den psykomotoriske fysioterapeuten, terapeuter i behandlingsteamet. Slik nevnt, var det altså psykomotorikeren som valgte hvem av de andre behandlerne jeg skulle intervju. Det var imidlertid sentrale og faste terapeuter i teamet som ble intervjuet, altså psykomotoriker, psykiater, psykolog og spesialsykepleier. Den psykomotoriske fysioterapeuten var selvsagt og den med mest kompetanse på det jeg var ute etter å vite noe om. Spesialsykepleieren ble valgt fordi han hadde lang erfaring. Det var to psykiatere og to psykologer i teamet, her var det ingen forskjell i erfaring eller hvor mye de samarbeidet med psykomotorikeren, og de som ble valgt, ble valgt av praktiske grunner. Dette valget var dessuten helt åpent på avdelingen. Det kan kanskje ha gjort at det var mindre rom for å komme med negative bemerkninger eller synspunkter. Siden behandlingsteamet fremstod som godt integrert, der det var en etablert norm at alle ble hørt, kan en på den annen side også hevde at det er rimelig å tro at de kom med det mest sentrale de hadde på hjertet om psykomotorikerens rolle i teamet/behandlingen.

På grunn av studiens omfang (40 studiepoeng), hadde jeg kun mulighet til å samle inn data på en enhet for spiseforstyrrelser. Dette er en begrensning for studien. Hvordan terapeutene jobber og psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingen kan være annerledes på de andre enhetene for behandling av spiseforstyrrelser i Norge. Samtidig var det veldig tydelig hvilken enhet som ble anbefalt som det stedet i Norge hvor de hadde mest kompetanse og følgelig var ledende på dette området. Jeg vil hevde at min studie gir et dekkende bilde av det som synes rådende når det gjelder psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser på denne spesialiteten. Om overførbarhet, se nedenfor.

Intervjusituasjonen: mer om forskeren som “instrument”

Her vil jeg trekke frem mer om forskeren som “instrument”, betydningen av innsikt i feltet og det å intervju som “craftmanship” (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale & Brinkmann skriver at for å kunne gjøre et godt intervju er det viktig at intervjueren har god kjennskap til det temaet han/hun skal undersøke. Med bakgrunn i min personlige kjennskap til spiseforstyrrelser, som student i psykomotorisk fysioterapi og det at jeg var noen dager på enheten i en uforpliktende observasjon som forberedelse til intervjuguiden, vil jeg si at jeg hadde satt meg godt inn i temaet jeg skulle undersøke. På intervjutidspunktet hadde jeg forberedt meg godt, slik at intervjuene kunne bli best

mulig.

Thagaard (2009) skriver at man ikke kan overvurdere betydningen av en tillitsfull atmosfære i intervjusituasjonen i forhold til å få en optimal kvalitet på intervjuet. Det betyr at deltakerne må ha tillit til forskeren og hans/hennes hensikter. Ved intervjuer av profesjonelle og/eller kollegaer er det viktig at deltakerne er trygge på forskerens agenda (Coar & Sim, 2006). Igjen ser jeg det som en fordel at jeg var noen dager på enheten i en uforpliktende observasjon. Det gjorde at jeg på forhånd ble kjent med deltakerne, og at intervjusituasjonen dermed ble mindre formell. Vi hadde på forhånd snakket løst om studien og hvilken informasjon jeg ønsket. Dette gjorde det lettere for deltakerne å vite hva de kunne forvente seg, hva jeg ville vite noe om. Jeg opplevde stor åpenhet fra deltakerne, som indikerer at de hadde tillit til meg som intervjuer.

Allikevel bar alle intervjuene preg av en viss usikkerhet i begynnelsen. I ettertid ser jeg at jeg hadde litt problemer med å formulere forskningsspørsmålet på en tydelig måte, og å være tydelig på hva jeg egentlig ønsket informasjon om. Jeg startet intervjuene med forskningsspørsmålet, nettopp fordi det var et åpent og “stort” spørsmål, og for at det skulle være åpent for deltakerne selv å kunne velge retning for samtalen. Jeg opplevde imidlertid at når jeg stilte spørsmål mer spesifikt og dermed mer tydelig (inkludert at jeg stilte flere spørsmål), gjorde dette det lettere for deltakerne. Hadde jeg vært erfaren med å intervjuer i forskningssammenheng, ville jeg gått mer direkte på spørsmål som ikke var fullt så åpne og store. Utover i intervjuene fløt samtalen betraktelig bedre, og jeg brøt kun inn når det var viktig informasjon jeg ikke hadde fått eller ville utdype. Kvale og Brinkmann (2009) betegner det kvalitative forskningsintervjuet som et håndverk, forskerens ferdigheter og dømmekraft er avgjørende for kvaliteten på intervjuet. Og, som i andre håndverk er læring gjennom praksis viktig.

Transkripsjon og analyse

Transkripsjonen er en filtrering av lydopptaket som igjen er en filtrering av intervjuet (Malterud 2003, s. 78). Materialet vil altså alltid bli noe forandret når det går igjennom de forskjellige stegene i studien. For å minimere denne forandringen jobbet jeg grundig med transkripsjonen. Jeg transkriberte ord for ord, og brukte tegn for pauser og lignende. Jeg gjorde også all transkripsjonen selv. I denne prosessen ble jeg satt tilbake til intervjusituasjonene og stemningen som var under intervjuene. Malterud (2011) skriver at validiteten på materialet styrkes når man gjør transkripsjonen selv. Når en selv var til stede under opptaket kan en huske momenter som kan bidra

til å oppklare uklarheter i samtalen/teksten. Det er likevel snakk om en transformasjon: fra samtalesituasjonen, så til lydopptak og videre til utskrift. Valg jeg har tatt, har altså tatt sikte på å være grundig med tanke på hva som ble sagt, samt å bevare stemningen i intervjuet så godt som mulig.

Som nevnt over har jeg som forsker tatt noen valg underveis. Min bakgrunn påvirket, og ikke minst i analyseprosessen. Etterhvert som analysen skred fremover og datamaterialet ble “tatt fra hverandre” og ut av sin opprinnelige sammenheng, ble det viktig hele tiden å gå tilbake til råmaterialet for å sjekke funnene opp mot dette, at det fortsatt hadde forankring i den opprinnelige sammenheng. Men, jeg gjorde dette også for å sikre at det ble minst mulig misforståelser, og for å se om det var noe i materialet som jeg ikke hadde sett i første omgang. Jeg støttet meg til en systematisk og stegvis framgangsmåte. Dette fordi den krevde at jeg var grundig, dermed ble det ikke så lett for meg å “jump to conclusions”, som kan være lett når en er så inne i feltet som jeg var. Dette valget hang også sammen med at det var første gang jeg har gjort en slik analyse. Jeg har gjort alt arbeidet med transkripsjon og analysen selv. Å være tett på selv er viktig, både fordi jeg som forsker da ble veldig godt kjent med datamaterialet og for at analysen skal bli mer “konsekvent”. Forskningsfunnenes konsekvens er ifølge Kvale (2008) viktig for studiens reliabilitet. Samtidig har jeg hatt en pågående diskusjon under hele prosjektet med veileder, og også med medstudenter på veiledningsseminarer. Dette har hjulpet meg til å få avstand til materialet og mulighet til å kunne se det “utenifra” og fra andre perspektiver.

Gjennomsiktighet: tydeliggjøre valg og framgangsmåter

I metodekapittelet har jeg så tydelig som mulig beskrevet min framgangsmåte og hvordan jeg har tatt de valgene jeg har tatt.

Når man vurderer intern validitet vil det også si å vurdere om innholdet i datamaterialet faktisk svarer på problemstillingen (Malterud, 2011). Som nevnt tidligere har jeg ved alle valg som er tatt og i hele analyseprosessen forsøkt å ha problemstillingen i bakhodet, at det er med bakgrunn i den at valgene er tatt. Ikke minst når noe fra forskningsmaterialet har blitt tatt ut og sett på som ikke viktig, har det vært med bakgrunn i problemstillingen.

5.2.3. Ekstern validitet - overførbarhet

I følge Malterud (2011) dreier studiens validitet seg ikke bare om hvorvidt resultatene er gyldige

eller ikke, men om hva de er gyldige om. Ekstern validitet handler om resultatenes overførbarhet, i hvilke grupper og kontekster resultatene kan være gyldige, fortsetter hun. Jeg har nå trukket frem en rekke forhold knyttet til intern validitet, som altså må besvares tilfredsstillende før spørsmålet om ekstern validitet reises. Utvalget er, som nevnt, en begrensning, men jeg vil allikevel påstå at erfaringer og grunntenkning som ble bragt fram i forståelsen av spiseforstyrrelser, behandlingssideologi og beskrivelser av konkret behandling kan ha relevans for andre enheter for spiseforstyrrelser og andre typer enheter innen psykiatrien, og i noen betydninger i arbeidet med denne pasientgruppen utenom institusjon, som i privat klinikk. Om studien undersøker det den er ment å undersøke, og om kvaliteten på forskningen er god på de nevnte aspektene, er det også sannsynlig at studien har brakt frem kunnskap som er interessant for feltet. Det er imidlertid også et spørsmål om pragmatisk validitet, altså om hvordan “resultatene” treffer praksisfeltet, eller kan anvendes i praksisfeltet. For å sikre pragmatisk validitet er det viktig å beskrive den konteksten eller sammenhengen som data fremkommer i. Her er en grundig beskrivelse av informantene en avgjørende faktor. Forskeren må beskrive hvilke til- og fravalg som ligger til grunn for utvelgelsen av informanter og datamateriale, og argumentere for sine valg (Kvale og Brinkmann, 2009). Igjen, utvalget var en begrensning fordi jeg kun kunne velge en enhet for spiseforstyrrelser, men bortsett fra denne begrensningen valgte jeg utifra mest kompetanse og erfaring på området, både når det gjaldt enheten som helhet og deltakerne som enkeltpersoner. Jeg vil påstå at det er et strategisk utvalg, med informasjonsrike deltakere. Og, jeg vil videre påstå at det de hadde å si om psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser kan være relevant for praksisfeltet. Det er det imidlertid ikke meg som fullt ut avgjør, men behandlere i praksisfeltet selv.

5.3. Avsluttende kommentar

I denne studen ønsket jeg å se på hva som var bidraget til psykomotorisk fysioterapi i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Funnene viser at psykomotorisk fysioterapi bidro med noe som var annerledes og utfyllende i forhold til de andre behandlingstilnærmingene ved behandling av spiseforstyrrelser i tverrfaglig team på en spesialenhet for spiseforstyrrelser. Funnene viser også at den generelle fysioterapi kunnskapen til psykomotorikeren var en viktig del av fysioterapi behandlingen, og at tverrfaglig samarbeid var en veldig viktig faktor i behandlingskonseptet på denne enheten.

Denne studien har kastet lys over bidraget psykomotorisk fysioterapi kan ha i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Jeg tenker at oppgaven også kan bidra i forhold til bruk av psykomotorisk fysioterapi i psykiatrien generelt, og til en viss grad til bruk av psykomotorisk fysioterapi i behandling av denne pasientgruppen i privat klinikk. Hvordan fysioterapeuter i det private jobber med denne pasientgruppen kan være tema for videre forskning, og særlig med tanke på psykomotoriske fysioterapeuter, inkludert hvordan de samarbeider med andre involverte terapeuter. Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis med behandling av denne pasientgruppen? Problemstillinger knyttet til utvikling og kroppslig basert læring i behandlingsforløp i psykomotorisk behandling er relevant å gå videre med, der observasjon av praksis og begge parters perspektiv via intervjuer belyses.

LITTERATUR

- Bengtsson, J. (2001). *Sammanfletningar. Fenomenologi fra Husserl til Merleau-Ponty*. Goteborg: Daidalos.
- Braatøy, T. (1947). *De nervøse sinn: medisinsk psykologi og psykoterapi*. Oslo: Cappelen.
- Braatøy, T. (1952). *Psychology versus anatomy in the treatment of arm neurosis with physiotherapy*. Journal of Nervous Mental Disorders, 115, 215-145.
- Braatøy, T. (1979). *De nervøse sinn. Medisinsk psykologi og psykoterapi*. Del 2. Oslo: J.W. Cappelens forlag.
- Bunkan, B.H., Radøy, L. & Thornquist, E. (1982). *Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bulow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B.H. (1996). *Kropp, respirasjon og kroppsbylde: ressursorientert kroppsundersøkelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B.H. (2001). *Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer*. Tidsskrift for Den norske legeforening, 24(121), 2845 – 8 245.
- Bunkan, B.H. (2010). *Kropp, respirasjon og kroppsbylde*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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.
- Carei, T. R., Fyfe-Johnson, A. L., Breuner, C. C. & Brown, M. A. (2010). *Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders*. Elsevier Inc: Society for Adolescent Medicine.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice*. New York: The Guilford Press.
- Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjerven, L., Labajos-Manzanares, M. T., Martinez-de-Salazar-Arboleas, A. & Sanchez-Guerrero, E. (2011). *A pilote study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders; a randomized controlled trial*. Clinical rehabilitation, 2011; 25.
- Coar, L., & Sim, J. (2006). *Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 24, 4, 251-256.
- Croker, A., Trede, F. & Higgs, J. (2012). *Collaboration: What is it like? – Phenomenological interpretation of the experience of collaborating within rehabilitation teams*. Journal of Interprofessional Care, 2012, 26: 13–20. DOI: 10.3109/13561820.2011.623802.
- Dragesund, T., & Råheim, M. (2008). *Norwegian psychomotor physiotherapy and patients*

with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practise*, 24(4), 243-254.

- Duesund, L. (1995). *Liv Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. Oslo, Norway: Universitetsforlaget.
- Ekerholt, K. (2009). *Festskrift til Berit Bunkan*. Hio-rapport 2009 nr.10. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Engelsrud, G. (1998). *Fysioterapiens kropp- hvordan styrke kroppens kunnskap?* Danske fysioterapeuter. 5, 4-17.
- Engelsrud, G. (2001). *Bevegelse som kunnskapsområde i fysioterapi*. I G. Stokkenes, T. Sudmann & G. Sæbøe (red.) *Fysioterapi på terskelen. 13 perspektiver på faget*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- 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.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research*. London: Sage publications Ltd.
- Fossåskaret, E., Fuglestad O. L. & Aase T. H. (1997). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McIver, S., McGartland, M. & O'Halloran, P. (2009). *Yoga as a treatment for binge eating disorder: a preliminary study*. Victoria, Australia: Deakin University.
- McIver, S., McGartland, M. & O'Halloran, P. (2009). "Overeating is not about the food": women describe their experience of a yoga treatment program for binge eating. Victoria, Australia: Deakin University.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens filosofi*. Oslo: Pax.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. California: Sage Publications.
- NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) *Personvernombudet for forskning*. URL: <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeskjema> [Lesedato: 08.04.12]

- Nilsen, M., Danielsen, M. & Ege Grønlund, G. (2005). *Retningslinjer for fysioterapi og spiseforstyrrelser*. Spesialenheter for pasienter med spiseforstyrrelser ved Haukeland Universitetssykehus og Sykehuset Levanger.
- Olsen, H. (2003). *Gode kvalitative interview med "riktige" informanter?* Sosiologisk tidsskrift, 2003; 11.
- Polit, D. & Beck, C. (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kolsnes, L.-J. (2012). *Embodying the body in anorexia nervosa - a physiotherapeutic approach*. Journal of Bodywork & Movement.
- Kvale, S. (1997). *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Rasmussen, T. H. (1996). *Kroppens filosof, Maurice Merleau-Ponty*. Brøndby: Semi-forlaget.
- Roulston, K.J. (2010). *Reflective Interviewing : A Guide to Theory and Practice*. London: SAGE Publications.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Tano Aschehoug.
- Skårderud, F. (2001). *The history of eating disorder in Norway*. United Kingdom: European Eating Disorder Review, 2001; 9.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Sosial- og 7287 72helsedirektoratet. ISBN: 978-82-8081-077-3.
- Sternberg, S., & Bohen, R. (2009). *Fysioterapeutisk intervention ved personlighetsforstyrrelser*. I K. Ekerholt. *Festskrift til Berit Heir Bunkan*. HiO-rapport 2009, nr. 10 (ss. 239-245).
- Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser; Retningslinjer for behandling i spesialisthelse-tjenesten*. Oslo: Utredningsserie 7-2000.
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). *Toward an agenda for evaluation of qualitative research*. Qualitative Health Research 2009; 19(10): 1504-1516.
- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2009). *Å komme til seg selv - i bevegelse, sansning og forståelse*. Matrix: Nordisk tidsskrift for psykoterapi, 26, 2, 257-275.
- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2010). *Språk - inntrykk for uttrykk*. Matrix: Nordisk tidsskrift for psykoterapi, 26, 2, 133-156.

- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2012). *Touced in sensation - moved by respiration. Embodied narrative identity - a treatment process*. Scandinavian Journal of caring Sciences, 26: 811–819. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01024.x
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Thompson, K. J., Heinberg, L. J. & Altabe M. (1998). *Exacting Beauty: Theory, Assesement and Treatment of Body image Disturbance*. Washington: American Psychological Assosiation.
- Thornborg, U. & Mattson, M. (2010). *Rating body awareness in persons suffering from eating disorder - A cross-sectional study*. Advances in Physiotherapy, 2010; 12.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitesforlaget.
- Thornquist, E. (2003.) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for Helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Thornquist, E. (2005). *Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2, (1) 31-44.
- Thornquist, E. (2006). *Psykomotorisk Fysioterapi- Tenkning og tilnærming*. Utposten (5), ss. 28-32.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wenger, E., McDermott, R. & Snyder, W.M. (2002). *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*. Boston: Harvard Business School Press.
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2011). *Barriers to collaboration between health care, social services and schools*. International Journal of Integrated Care. ISSN 1568-4156.
- Willumsen, E. (2006). *Leadership in interprofessional collaboration—the case of childcare in Norway*. Journal of Interprofessional Care, 2006; 20(4): 403–13.
- Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Øien, A. M. (2010). *Change and Communication. Long-term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment of Patients with Chronic Muscle Pain*. Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD), University of Bergen, Norway.

- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S. & Råheim, M. (2011). *Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study*. Scandinavian Journal Caring Science 25, 53-61.
- Øien, A. M. (2013). *Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring*. Fysioterapeuten, 3, 22-26.
- Østerberg, D. (1994). *Innledning I: Kroppens fenomenologi. Merleau-Ponty, M.* Oslo: Pax Forlag AS.
- Øvreberg, G. & Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow Hansens Fysioterapi*. Harstad: Eget Forlag.

VEDLEGG 1: **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:**

”PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI SOM EN DEL AV BEHANDLINGEN FOR PASIENTER MED SPISEFORSTYRRELSER”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til dere om å delta i en forskningsstudie hvor jeg ønsker å se på hva en kroppslig tilnærming, nærmere bestemt psykomotroisk fysioterapi kan bidra med i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Studien er en del av min mastergrad i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi og omfanget er derfor begrenset. Jeg kan kun kontakte 1 enhet for spiseforstyrrelser, og via kontakter er det dere som blir anbefalt som det stedet med mest kompetanse på dette området i Norge og det er derfor jeg ønsker å gjennomføre studien hos dere.

Hva innebærer studien?

Undersøkelsen skal foregå innenfor psykiatrien, på en enhet for spiseforstyrrelser. Jeg ønsker å intervju psykomotoriker samt de andre faggruppene som er sterkest representert i teamet enhet for spiseforstyrrelser. Jeg ønsker å få informasjon om hva psykomotorisk fysioterapi bidrar med i behandlingen av denne pasientgruppen.

Som første del av studien og for å utvikle intervjuguiden, ønsker jeg også å bruke uforpliktende observasjon. Jeg ønsker da å være med psykomotoriker i 3-4 dager for å få et inntrykk av avdelingen og hva psykomotoriker bidrar med i behandlings teamet.

Mulige fordeler og ulemper

Studien vil ikke innebære innhenting av personlige opplysninger og pasientene vil ikke være direkte involvert i studien. Jeg vil ikke gå inn på enkelte behandlinger, men er interessert i behandlingsformen psykomotorisk fysioterapi og hva den bidrar med i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Det at jeg først vil være med å observere og etter det foreta intervju, vil kreve at enheten/behandlere setter av tid til meg. Jeg håper dere har mulighet til dette og ser fordelene av forskning på dette området.

Hva skjer med informasjonen fra dere?

Informasjonen som registreres fra dere skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende

opplysninger. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til informasjonen som er registeret. All informasjon vil bli slettet etter prosjektets avslutning. Det vil ikke være mulig å identifisere enkelt personer i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du/dere kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deres samtykke til å delta i studien. Dersom du/dere ønsker å delta, undertegner du/dere samtykkeerklæringen på siste side. Samtykke til å delta, kan senere trekkes tilbake uten at det har noen konsekvenser. Dersom du/dere senere ønsker å trekke dere eller har spørsmål til studien, kontaktes:

Karine Børsum

Tlf. 41256771

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Bakgrunn for studien er som sagt at jeg tar en mastergrad i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi på universitetet i Tromsø. Som avsluttende oppgave ønsker jeg å se nærmere på hva psykomotorisk fysioterapi bidrar med og tilføyer i behandling innen psykiatrien, nærmere bestemt i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser er en sykdom med et tydelig fysisk uttrykk, samtidig er min opplevelse at pasienter med spiseforstyrrelser i stor grad forneker sin egen kropp; alt handler om mat og kropp, og samtidig forneker de kroppen. Fra litteraturen får jeg inntrykk av at behandling av spiseforstyrrelser i stor grad er samtaleterapi og medisinerer. Jeg ønsker gjennom denne studien å se hva en kroppslig tilnærming som psykomotorisk fysioterapi kan bidra med i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser.

Hovedproblemstillinger:

Hva handler den psykomotoriske behandlingstilnærmingen sitt særlige bidrag om i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser?

Hvordan ser psykomotorikere som arbeider med denne pasientgruppen på dette?

Hvordan ser andre fagpersoner som arbeider med denne pasientgruppen på hva psykomotorisk behandling kan tilføre, som de andre eventuelt ikke har som en del av sine behandlingstilnærminger?

Relevante underproblemstillinger:

Hva bidrar det psykomotoriske konseptets kroppslige innfallsvinkel med i behandling av denne pasientgruppen?

Hva hemmer eller fremmer aktiv bruk av psykomotoriske fysioterapeuters kompetanse i dette feltet?

Tidsskjema

Jeg ønsker å innhente data til studien fra psykiatrien på enhet for spiseforstyrrelser. Først uforpliktende observasjon i 3-4 dager, og etter det intervju med psykomotoriker og de faggruppene som er sterkest representert innen behandlingsteamet, tilsammen 4 intervjuer. Tilsammen vil dette bli 5-6 arbeids dager. Oppgaven skal være ferdig vår 2013, så jeg ønsker å komme høst 2012.

Studiedeltakers ansvar

Jeg har selv ansvar for studien og alt det praktiske og det økonomiske. Det jeg ønsker fra dere er at dere tar dere tid til intervjuene og at jeg kan komme å observere, samt at dere stiller dere åpne til prosjektet og gir relevant informasjon i den grad dere kan.

Dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke deltakerenes villighet til å delta i studien, vil studiedeltakerene bli orientert om dette så raskt som mulig.

Studiedeltakerene vil opplyses om mulige beslutninger/situasjoner som gjør at deres deltagelse i studien kan bli avsluttet tidligere enn planlagt.

Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring

Personvern

Det registeres ingen personopplysninger i denne studien, all informasjon som samles inn vil slettes når studien er avsluttet. Min veileder på oppgaven vil ha tilgang til datamaterialet gjennom meg, informasjon vil ikke formidles via e-post.

Databehandlingsansvarlig

Det er kun jeg som vil behandle data, evt. veileder som nevnt over.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger

Hvis du/dere sier ja til å delta i studien, har du/dere rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om dere og videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du/dere trekker dere fra studien, kan det kreves å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Jeg står selv ansvarlig for det økonomiske i utførlesen av studien.

Forsikring

Det er ikke nødvendig med noen ekstra forsikringer i denne studien.

Informasjon om utfallet av studien

Ved avsluttet studie/oppgave, har du/dere som studiedeltakere rett til innsyn i resultatet/oppgaven. På forespørsel vil jeg sende denne.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI SOM EN DEL AV
BEHANDLINGEN FOR PASIENTER MED
SPISEFORSTYRRELSER

- ★ Hva handler den psykomotoriske behandlingstilnærmingen sitt særlige bidrag om i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser?

- ★ Hvordan ser andre fagpersoner som arbeider med denne pasientgruppen på hva psykomotorisk behandling kan tilføre, som de andre eventuelt ikke har som en del av sine behandlingstilnærminger?

- Hva vet du om den behandlingen fysioterapeut/psykomotoriker på enheten tilbyr?
- Hva i denne behandlingen vil du si er viktig nettopp for pasienter med spiseforstyrrelser?
- 1. Utifra din erfaring med denne pasientgruppen, hva vil du si at er viktig å inkludere i behandlingen for at pasienter med spiseforstyrrelser skal bli bedre?
- 2. Hva er viktig elementer i behandlingen av spiseforstyrrelser?
- Tenker du at det er viktig at fysioterapi/PMF inkluderes i behandlingstilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser?
- 1. Tenker du at det er viktig med en kroppslig behandlingstilnærming for denne pasientgruppen, og hvorfor/hvorfor ikke?
- 2. Hva tenker du om en kroppslig behandlingstilnærming, når kropp er så vanskelig?
- 1. Er det noen av de andre behandlingstilnærmingene som kan sammenlignes med tilbudet om fysioterapi/PMF?
- 2. Er det noen av de andre behandlingstilnærmingene som kan erstatte fysioterapi/PMF?
- 3. Er det noen av de andre behandlingstilnærmingene som kan velges istedenfor fysioterapi/PMF?
- ★ Hva hemmer/fremmer aktiv bruk av psykomotoriske fysioterapeuters kompetanse i dette feltet?
- 1. I hvilke tilfeller brukes fysioterapi/PMF og når brukes det ikke?

2. Hva er inkludering/ekskluderings kriteriene for fysioterapi/PMF behandling?
 1. Hva er tilbakemeldingen fra pasienter som har fått fysioterapi/PMF?
 2. Får du inntrykk av at dette er en behandling pasientene har utbytte av?
 3. Er det en behandling de ønsker å komme til?
1. Har dere noen form for evaluering/registrert tilbakemelding fra pasienter som har vært i behandling her på Kompetansesenteret?
2. Har dere noen form for evaluering/registrert tilbakemelding fra pasienter som har fått fysioterapi/PMF? (fornøyd med behandlingen, effekt av behandlingen)
3. Har dere noe statistikk på effekt av behandlingen med/uten fysioterapi/PMF?
4. Er det forskjell mellom de forskjellige diagnosegruppene (anorexia, bulimia og tvangsspisingslidelse) når det gjelder effekt av behandlingen her på Kompetansesenteret?
5. Er det forskjell mellom de forskjellige diagnosegruppene (anorexia, bulimia og overspisingslidelse) når det gjelder effekt av fysioterapi/PMF?

★ Samarbeid

1. Samarbeider du direkte med fysioterapeut/psykomotoriker og evt. hvordan?
2. Er fysioterapeuten/psykomotoriker en aktiv part i behandlingsteamet
 - ▶ bidrag på behandlingsmøter?
 - ▶ bidrag i utredning/diagnosering?
 - ▶ bidrag i behandling?
 - ▶ bidrag i målsetting?
 - ▶ med på å ta viktige avgjørelser i behandlingsforløpet?
3. Vet du hva fysioterapeuten/psykomotoriker vektlegger i sin behandling
 - ▶ behandlingstilnærming/metoder?
 - ▶ mål?
4. Samarbeider dere om å jobbe med de samme del målene til samme tid?
5. Arbeider hver behandler uavhengig av de andre? (eks: du vet at pasienten har fysioterapi, men du vet ikke hva som skjer i denne behandlingen).

PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPEUT

PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI SOM EN DEL AV
BEHANDLINGEN FOR PASIENTER MED
SPISEFORSTYRRELSER

- ★ Hva handler den psykomotoriske behandlingstilnærmingen sitt særlige bidrag om i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser?

- ★ Hvordan ser psykomotorikere som arbeider med denne pasientgruppen på dette?

- Hvorfor skal fysioterapi/PMF være en del av behandlingstilbudet for pasienter med spiseforstyrrelser?
- Hvilke elementer i PMF vil du si er viktig i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser?
- Er det viktig at fysioterapi/PMF inkluderes i behandlingstilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser?
- 1. Utifra din erfaring med denne pasientgruppen, hva vil du si at er viktig å inkludere i behandlingen for at pasienter med spiseforstyrrelser skal bli bedre?
- 2. Hva er viktig elementer i behandlingen av spiseforstyrrelser?
 1. Tenker du at det er viktig med en kroppslig behandlingstilnærming for denne pasientgruppen, og hvorfor/hvorfor ikke?
 2. Hva tenker du om en kroppslig behandlingstilnærming, når kropp er så vanskelig?
 1. Er det noen av de andre behandlingstilnærmingene som kan sammenlignes med tilbudet om fysioterapi/PMF?
 2. Er det noen av de andre behandlingstilnærmingene som kan erstatte fysioterapi/PMF?
 3. Er det noen av de andre behandlingstilnærmingene som kan velges istedenfor fysioterapi/PMF?
- 1. Hvordan bruker du PMF i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser?

2. Bruker du PMF på tradisjonell måte i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser?
3. Hvilke elementer av PMF er spesielt egnet for pasienter med spiseforstyrrelser?
4. Hvilke elementer av PMF er ikke egnet i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser?

★ Hva hemmer/fremmer aktiv bruk av psykomotoriske fysioterapeuters kompetanse i dette feltet?

1. I hvilke tilfeller brukes fysioterapi/PMF og når brukes det ikke?
2. Hva er inkludering/ekskluderings kriteriene for fysioterapi/PMF behandling?
3. Hvem er det som avgjør om fysioterapi/PMF skal inkluderes eller ikke?
1. Hva er tilbakemeldingen fra pasienter som har fått fysioterapi/PMF?
2. Får du inntrykk av at dette er en behandling pasientene har utbytte av?
3. Er det en behandling de ønsker å komme til?
1. Har dere noen form for evaluering/registrert tilbakemelding fra pasienter som har vært i behandling her på Kompetansesenteret?
2. Har dere noen form for evaluering/registrert tilbakemelding fra pasienter som har fått fysioterapi/PMF? (fornøyd med behandlingen, effekt av behandlingen)
3. Har dere noe statistikk på effekt av behandlingen med/uten fysioterapi/PMF?
4. Er det forskjell mellom de forskjellige diagnosegruppene (anorexia, bulimia og tvangsspisingsslidelse) når det gjelder effekt av behandlingen her på Kompetansesenteret?
5. Er det forskjell mellom de forskjellige diagnosegruppene (anorexia, bulimia og tvangsspisingsslidelse) når det gjelder effekt av fysioterapi/PMF?

★ Samarbeid

1. Hva vil du si om din rolle i behandlingsteamet?
2. Har du en aktiv rolle i behandlingsteamet
 - ▶ bidrag på behandlingsmøter?
 - ▶ bidrag i utredning/diagnosering?
 - ▶ bidrag i behandling?
 - ▶ bidrag i målsetting?
 - ▶ med på å ta viktige avgjørelser i behandlingsforløpet?
3. Bli dine synspunkter hørt/vektlagt av teamet?

4. Hva vet de andre behandlerene i teamet om hvordan du behandler pasientene
 - ▶ behandlingstilnærming/metoder?
 - ▶ mål?
5. Samarbeider dere/teamet om å jobbe mot de samme målene i behandlingen?
6. Samarbeider dere/teamet om å jobbe med de samme del målene til samme tid?
7. Arbeider hver behandler uavhengig av de andre?

VEDLEGG 4:

Kort om hva jeg deltok på som deltakende observatør og når jeg intervjuet deltakerne

Mandag: Samtale/informasjon fra psykomotoriker. Behandlingsmøte.

Tirsdag: Samtale/informasjon fra psykomotoriker. Polikliniskbehandlingsmøte. Arbeidslunsj for fysioterapeutene. Psykomotoriker har veiledning for to av de andre fysioterapeutene.

Onsdag: Rapport med kort gjennomgang av journalnotat fra tirsdag på alle pasientene, etterpå ble noen av pasientene diskutert mer inngående. Kroppsbevissthetsgruppe fase 1. Psykomotoriker gjennomfører en kroppsundersøkelse/ROK på en av pasientene i fase 3 (hun skal snart utskrives). Kroppsbevissthetsgruppe fase 2. Intervju med spesialsykepleier. Samtale/informasjon fra psykomotoriker.

Torsdag: Rapport på posten med gjennomgang av journalnotat fra onsdag på alle pasienter, litt løs diskusjon mellom behandlerne angående forskjellige pasienter. Intervju med psykolog. Er med psykomotoriker på individuell behandling (en av pasientene i posten). Intervju med psykomotoriker.

Fredag: Rapport. Fortsetter og avslutter intervju med psykomotorisk fysioterapeut. Samtale/informasjon fra psykomotoriker. Intervju med psykiater.

VEDLEGG 5:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Målfrid Råheim
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 06.08.2012

Vår ref: 31054 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.07.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31054
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

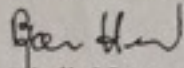
Psykomotorisk fysioterapi som en del av behandlingen for pasienter med spiseforstyrrelser
Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Målfrid Råheim
Karine Børsum

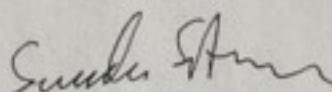
Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

✓ Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Karine Børsum, Gunnar Johnsonsvei 8, 0875 OSLO



Viser til telefonsamtale den 03.08.2012 der student bekrefter at det ikke vil behandles personopplysninger i forbindelse med datainnsamling. I forbindelse med observasjon av psykomotoriker i arbeid vil ombudet likevel opplyse om at taushetsplikten vil være til hinder for dette. Ber derfor student ta kontakt med REK angående spørsmål om taushetsplikt i forbindelse med observasjon.

Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.