



# Høgskulen på Vestlandet

## BFY330 - Bacheloroppgave

BFY330

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	06-02-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 BFY330 1 HM 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 336

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 11656

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har  
registrert oppgavetittelen  
på norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 11

**Andre medlemmer i  
gruppen:** 337

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Fysioterapi ved lettere psykiske lidelser  
og kroppslige plager

Physiotherapy related to moderate  
psychological and bodily ailments

**Kandidatnummer: 336 og 337**

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Institutt for helse og funksjon

Veileder: Randi Sviland

11656 ord

21. mai 2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Forord

Arbeidet med bachelorprosjektet har vært interessant, utfordrende og kjekt. Gjennom arbeidet med prosjektet har vi fått mange nye erfaringer som vi ikke ville vært foruten, og disse vil vi ta med oss videre inn i arbeidslivet.

Vi er takknemlige for godt samarbeid med hverandre, informantene og god hjelp fra lærerne på utdanningen. En stor takk rettes særlig til vår veileder Randi Sviland som har vært engasjert gjennom hele prosjektet, og hjulpet oss med å være undrende og reflekterende gjennom prosessen. Til slutt vil vi takke venner og familie som har vært gode støttespillere og gitt oss motivasjon fra start til slutt.

Og med det sier vi takk for oss og ønsker leseren en god fornøyelse!

*"Tenk om et tre veltet og vi var rett under det?" sa Nasse Nøff.*  
*"Tenk om det ikke veltet," sa Brumm, da han tenkt seg om en stund.*  
(A.A. Milne)

## Sammendrag

**Tittel:** Fysioterapi ved lettere psykiske lidelser og kroppslige plager.

**Formål:** Belyse fysioterapeuters erfaringer og vurderinger med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager hos ungdommer.

**Problemstilling:** «Hvordan forholder fysioterapeuter seg til ungdommer med lettere psykiske lidelser i behandling av kroppslige plager?»

**Metode:** For å besvare problemstillingen har vi benyttet en kvalitativ metode. Tre fysioterapeuter som arbeider med ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager har blitt intervjuet ved bruk av semistrukturert intervjuguide. For analysen ble Malteruds (2017) metode for systematisk tekstkondensering benyttet.

**Resultat:** Resultatene presenteres i de tre resultatkategoriene «Bevisstgjøring i egen kropp», «Betydningen av god relasjon» og «Forståelse av lettere psykiske lidelser og kroppslige plager i terapeutenes perspektiv». Informantene vektlegger det å hjelpe pasientene til å kjenne i egen kropp, normalisere det de kjenner og hjelpe dem til å forstå sammenhenger i kroppene sine. Kommunikasjon, trygghet og møte pasientene som menneske ble beskrevet som viktig for å forme god relasjon. Informantenes forståelse av fenomenet lettere psykiske lidelser og kroppslige plager løftes frem, og forstås ut fra den enkeltes livshistorie og -situasjon og samfunnets påvirkning.

**Konklusjon:** Informantene la vekt på mye av det samme når de beskrev hvordan de forholder seg til ungdommer med lettere psykiske lidelser i behandling av kroppslige plager. Oppgaven belyser hva fysioterapeutene tenker, erfarer og vurderer i møte med pasientgruppen, og vi håper at dette kan fremheve at fysioterapeuter kan utgjøre en viktig del av behandlingen hos ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager.

## **Abstract**

**Title:** Physiotherapy related to moderate psychological and bodily ailments.

**Aim:** Illuminate physiotherapists' experiences and assessments with moderate psychological and bodily ailments.

**Research question:** "How does physiotherapists relate to youths with moderate psychological and bodily ailments?"

**Methodological approach:** To answer our research question, we utilised a qualitative method. We interviewed three physiotherapists working with youths suffering from moderate psychological and bodily ailments. Data was collected through three semi-structured interviews where we utilised Malteruds (2017) method called systematic text condensation (STC).

**Results:** The results are presented in the three result categories "Awareness of the body", "The meaning of a good relation" and "How to understand moderate psychological and bodily ailments in the therapists' perspective". The informants emphasizes helping the patients to know their own bodies, to normalize what they feel and help them to understand the context in their bodies. Communication, safety and meeting the patients as human were described as important for creating a good relation. How the informants understand the phenomenon moderate psychological and bodily ailment gets explained from the life history and life situation of each individual, and the influence of society.

**Conclusion:** Our findings indicates that the informants had many commonalities when they described how they relate to youths with moderate psychological in treatment of bodily ailments. The task illuminates what the physiotherapists thinks, experiences and assessments when working with these patients. We hope that this highlights that physiotherapists can make an important part in treating youths with moderate psychological and bodily ailments.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Bakgrunn.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Hensikt .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Problemstilling .....</b>	<b>9</b>
<b>1.5 Oppgavens oppbygging.....</b>	<b>9</b>
<b>2.0 Teoretisk grunnlag .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Vitenskapsteoretisk forankring .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Psykisk helse og psykiske lidelser.....</b>	<b>12</b>
2.2.1 Utviklingsperspektiv – hvordan forstå ungdommen i dagens samfunn .....	12
2.2.2 Skillet mellom syk og frisk .....	13
2.2.3 Kroppslige plager .....	14
<b>2.3 Psykomotorisk fysioterapi .....</b>	<b>14</b>
<b>2.4 Fysioterapeuters kunnskapsfelt .....</b>	<b>15</b>
<b>2.5 Kommunikasjon og relasjon .....</b>	<b>16</b>
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Valg av metode .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Forforståelse .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 Utvalg .....</b>	<b>18</b>
3.3.1 Valg av informanter .....	18
3.3.2 Presentasjon av informanter.....	19
<b>3.4 Forberedelse til intervjuene .....</b>	<b>19</b>
<b>3.5 Gjennomføring av intervjuene .....</b>	<b>20</b>
<b>3.6 Bearbeiding av data .....</b>	<b>21</b>
3.6.1 Transkripsjon .....	21
3.6.2 Analyseprosessen .....	21
<b>3.7 Etske betraktninger .....</b>	<b>24</b>
<b>4.0 Resultater.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Bevisstgjøring i egen kropp.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Betydningen av god relasjon .....</b>	<b>27</b>
<b>4.3 Forståelse av lettere psykiske lidelser og kroppslige plager i terapeutenes perspektiv .....</b>	<b>28</b>
<b>5.0 Drøfting .....</b>	<b>30</b>
<b>5.1 Resultatdiskusjon .....</b>	<b>30</b>
5.1.1 Bevisstgjøring i egen kropp .....	30
5.1.2 Betydningen av god relasjon.....	32
5.1.3 Forståelse av lettere psykiske lidelser og kroppslige plager i terapeutenes perspektiv .....	33
<b>5.2 Metodediskusjon.....</b>	<b>35</b>
<b>6.0 Avslutning.....</b>	<b>39</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>40</b>



<b>Vedlegg .....</b>	<b>43</b>
<b>Vedlegg 1: Informasjonsskriv.....</b>	<b>43</b>
<b>Vedlegg 2: Informert samtykke .....</b>	<b>44</b>
<b>Vedlegg 3: Intervjuguide .....</b>	<b>45</b>
<b>Vedlegg 4: Transkripsjon intervju 1.....</b>	<b>46</b>
<b>Vedlegg 5: Transkripsjon intervju 2.....</b>	<b>57</b>
<b>Vedlegg 6: Transkripsjon intervju 3.....</b>	<b>68</b>

### **Oversikt over tabeller**

Tabell 1: Utdrag av analyseprosessen .....	24
--	----

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn

Psykiske lidelser er utbredt i befolkningen og fører til betydelig helsetap (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 8). Blant barn og unge i Norge i dag er psykiske lidelser et stort helseproblem, og 15- 20 prosent av barn og unge mellom tre og 18 år har nedsatt funksjon som følger av psykiske plager (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 161). Angst- og depresjonslidelser er vanlige psykiske plager blant barn og ungdom. Psykiske plager i barne- og ungdomsårene øker risikoen for dårlig fysisk og psykisk helse senere i livet og kroppslige plager og sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 162- 163). Når det gjelder depresjon har Verdens Helseorganisasjon (WHO) slått fast at depresjon er en av hovedårsakene til sykdom i verden som, i tillegg til tap av livskvalitet for det enkelte individ, medfører omfattende økonomiske og samfunnsmessige omkostninger (Helsedirektoratet, 2016, s. 10).

Fysioterapeuter møter pasienter med psykiske plager og problemer uansett hvor de arbeider, og i dag etterlyses det tilbud særlig til personer med lettere psykiske lidelser (Thornquist, 2016d, s. 8). Fysioterapeuters kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon (Norsk fysioterapeutforbund, 2015). Kroppen er fysioterapeuters måte å få innsikt om mennesker, og med kroppen som inngangsport kan fysioterapien representere noe annet enn det som tradisjonelt er i behandling ved psykiske lidelser. Likevel strever fysioterapeuter med å finne sin plass i behandling ved psykiske lidelser, som kan skyldes at fysioterapeuter selv må finne løsninger og argumentere for disse. Grunnen til dette er at fysioterapeuter ikke støtter seg til de psykiatriske tradisjonene som andre yrkesgrupper gjør (Thornquist, 2016c, s. 352- 353).

Psykisk helse er «oppe i dagen» og det er stort fokus på barn og unges psykiske helse og psykiske lidelser i media. Psykisk helse ses i dag mer i sammenheng med det kroppslige og kroppslige plager, og som kommende fysioterapeuter ønsker vi å vite noe om hvordan vi kan møte ungdommer som har psykiske lidelser og som kommer til fysioterapi for behandling av kroppslige plager.

### 1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse fysioterapeuters erfaringer og vurderinger i møte med ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager. Vi tror at fysioterapi kan være en sentral del av behandlingen hos ungdommer med lettere psykiske lidelser som har

kroppslige plager, og har en forståelse av at relasjonen mellom terapeut og pasient er viktig for at endringer skal være mulig i behandlingen. Med en forståelse av at fysioterapeuter kan være dels tilsidesatt i behandling av mennesker med psykiske lidelser, tenker vi at det er viktig å belyse og beskrive hvordan fysioterapeuter forholder seg, hva de erfarer og vurderer og hvordan de bruker virkemidler og metoder i behandling av ungdommer med lettere psykiske lidelser som har kroppslige plager.

### 1.3 Problemstilling

«Hvordan forholder fysioterapeuter seg til ungdommer med lettere psykiske lidelser i behandling av kroppslige plager?»

### 1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i seks deler: introduksjon til oppgaven, teoretisk grunnlag, metode, resultat, drøfting og avslutning.

I kapittel 1 innledes oppgaven med bakgrunn for prosjektet, hensikten med oppgaven og oppgavens problemstilling. I kapittel 2 presenteres oppgavens teoretiske grunnlag. I kapittel 3 gjøres det rede for valg av metode, innhenting av data og analysemetode. I kapittel 4 presenteres resultatene av datainnsamlingen på bakgrunn av hovedfunnene i analysen. I kapittel 5 drøftes hovedfunnene fra resultatene i lys av teoretisk grunnlag. Metodedrøftingen presenteres og her. I kapittel 6 oppsummerer og avsluttes oppgaven med å se problemstillingen i lys av drøftingen fra kapittel fem.

## 2.0 Teoretisk grunnlag

### 2.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Tidligere var den dominerende tenkningen at forskning og kunnskap dreide seg kun om det som var tellbart, det kvantitative. Denne tankegangen kjennetegner positivismen og empirismen. En slik tankegang har i ettertid fått kritikk, da den reduserer kunnskap til å handle om tall og målinger. I dag erkjenner en at kunnskap alltid er et resultat av interaksjon mellom subjektet og objektet, den menneskelige bevisstheten har en funksjon i all kunnskap som etableres (Thornquist, 2018, s. 74). En vanlig vitenskapsfilosofisk tradisjon postempirismen er blant annet fenomenologi.

Når vi søker svar på problemstillingen i dette prosjektet er vi ute etter fysioterapeuters og psykomotorikeres erfaringer og vurderinger. Fenomenologi anses som den erfaringsorienterte tradisjonen der subjektivitet er forutsetning for forståelse (Thornquist, 2018, s. 22).

Mennesket lever i en verden som har betydning for oss og med dette menes at en ikke kan sies å være «nøytral», verden er aldri noe annet enn slik den fremstår i vår bevissthet (Thornquist, 2018, s. 102- 111). Fysioterapeuters og psykomotorikeres erfaringer og vurderinger kan derfor knyttes an til fenomenologisk perspektiv, altså oppmerksomheten rettes mot verden slik den enkelte fysioterapeuten eller psykomotorikeren erfarer og oppfatter den.

Fysioterapeuters og psykomotorikeres erfaringer og vurderinger kan og knyttes an til meningsdannelse. Meningsdannelse preges av samfunnet og den kulturen vi lever i. Kjennetegn i dagens samfunnsutvikling kan beskrives med «Globalisering, usikkerhet, individualisering, kombinert med økende forventninger om og krav til formell utdanning og skoleprestasjoner, sammen med et hardere konkurranseklima og en uttalt kropps- og helseopptatthet og en helt ny form for fritid med bruk av elektroniske medier» (Thornquist, 2016b, s. 28).

Når fysioterapeuter og psykomotorikere beskriver sine subjektive erfaringer og vurderinger vil beskrivelsene alltid, i større eller mindre grad, være påvirket av forestillinger i samfunnet og kulturen vi lever i. Dagens syn på og forståelse av sykdom er ikke den samme som den var for noen år tilbake, sykdomsbildet endrer seg hele tiden. Diagnoser og klassifikasjonssystemer som brukes i helsevesenet er skapt i bestemte perioder under bestemte forhold, og sosiale normer og verdier på det gitte tidspunktet påvirker disse kategoriseringene.

Diagnoser kan ofte være styrende for blikket en ser med, noe som kan gjøre det utfordrende å se det enkelte mennesket en har foran seg – hvilke symptomer og problemer har egentlig det enkelte mennesket. Diagnoser og klassifikasjonssystemer kan på en måte gi en sykdomsforståelse, og på den måten være hemmende for forståelse av den enkelte pasienten (Thornquist, 2016a, s. 32- 33). Fysioterapeuters og psykomotorikeres erfaringer og vurderinger kan på den måten knyttes opp mot meningsdannelse, som preges av kulturen vi lever i. Denne kulturen endrer seg stadig samtidig som meningsdannelsen kan påvirkes av flere forhold som blant annet diagnoser og klassifikasjonssystemer.

Merleau- Ponty, som ofte omtales som fenomenologiens far, sier at «Kroppen finnes i dobbel forstand: Vi *er* den og *har* den. Vi ser og er synlige, vi berører og blir berørt. Kroppen eksisterer med andre ord både som subjekt og objekt» (Thornquist, 2018, s. 141). Sett fra et kroppsfenomenologisk perspektiv preges alle på kroppslige vis av sin livshistorie og livssammenheng, som betyr at det kroppslige uttrykk kan ha med mange ulike forhold å gjøre. Alle har levd et liv før de ble syke, altså kroppen preges ikke bare av sykdomsprosesser men alt personen utsettes for og deltar i (Thornquist, 2018, s. 160- 161). På den måten kan kropp og psyke knyttes an til fenomenologien, et kroppsfenomenologisk perspektiv er sentralt i forståelsen av ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager.

Som nevnt tidligere vil meningsdannelse preges av kulturen vi lever i. Når det gjelder forholdet mellom kropp og psyke, og hvordan den enkelte opplever dette, vil også dette være preget av kulturen vi lever i. I møte med ungdommer med psykiske lidelser og kroppslige plager må en ta i betraktning at ungdommene lever i en kultur og et samfunn som stiller store krav på flere områder i livet. Sosiale medier har en stor plass i deres liv og det å leve som ungdom i dag er ikke det samme som det var for noen år siden. Et slikt perspektiv er viktig å være bevisst når en prøver å forstå fenomenet psykiske lidelser og kroppslige plager, og for fysioterapeuter innebærer det at en må ta flere forhold i betraktning i behandlingen. Kroppen preges av både mekaniske forhold, men og den enkeltes følelsesliv og konteksten, kulturen og samfunnet den enkelte lever i. Når vi studerer komplekse fenomener er det viktig å ta til vurdering hvordan subjektiviteten spiller inn i hva vi ser, vurderer, tolker og mener, og hvordan vi oppfatter fenomener vi står ovenfor.

## 2.2 Psykisk helse og psykiske lidelser

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (2018) defineres psykisk helse som “En tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for samfunnet”. Betegnelsen psykiske lidelser brukes når bestemte kriterier er oppfylt, og psykiske lidelser omfatter enkle fobier, lettere angst- og depresjonslidelser og alvorlige tilstander som schizofreni. De vanligste lidelsene er angst og depresjon, og disse omtales som lettere psykiske lidelser. Psykiske lidelser påvirker blant annet tanker, følelser, atferd og væremåte (Folkehelseinstituttet, 2011).

Angstlidelser er forbundet med irrasjonell frykt enten for bestemte objekter eller situasjoner, eller med vedvarende form for bekymringer (Helsedirektoratet, 2017). Angst er et spekter av følelser, og innebærer ofte en rekke kroppslige symptomer som blant annet hjertebank, svimmelhet, pustevansker og spenninger i muskulaturen (Martinsen & Taube, 2009, s. 214).

Depresjon er som nevnt en av de vanligste psykiske lidelsene, og depresjon gir psykiske symptomer men og kroppslige symptomer. Vanlige symptomer ved depresjon kan være senket stemningsleie, mangelfull interesse for andre mennesker, mangel på energi, utfordringer med vanlige gjøremål, svekket selvfølelse og redusert konsentrasjonsevne (Helsedirektoratet, 2016, s. 8).

### 2.2.1 Utviklingsperspektiv – hvordan forstå ungdommen i dagens samfunn

Som nevnt tidligere påvirker psykiske lidelser blant annet tanker, følelser, atferd og væremåte. Skal en prøve å forstå mennesket, eller hva som ligger i det å være ungdom, må en ta utgangspunkt i at tanker, følelser, atferd og væremåte har et grunnlag i menneskets utviklingshistorie. Biologisk sett er vi ikke særlig annerledes enn mennesker som levde for lenge siden, derimot formes mennesket hele tiden av omgivelsene (Håkonsen, 2014, s. 29). Skårderud, Stänicke & Haugsgjerd (2011, s. 42- 43) skriver at forhold i samfunnet er viktige faktorer for mental helse, og at vi i dag har en kulturell kompleksitet og høy grad av endringer i samfunnet som gir økt risiko for ustabil dannelse av identitet. Ifølge Håkonsen (2014, s. 59) kan identitetsbegrepet forstås ved personlig identitet, som handler om hvordan den enkelte beskriver seg selv, og sosial identitet, som er knyttet til kjennetegn ved den gruppen mennesker en tilhører. Disse identitetsbegrepene utvikles i ungdomsårene, og særlig viktig er utviklingen av den sosiale identiteten da behovet for tilhørighet er sterkt i ungdomsårene.

Utviklingsperspektivet fokuserer og på utviklingen som skjer hos det enkelte mennesket. Når det gjelder ungdommer, er de i en periode hvor livet er preget av forandringer på mange plan, både kroppslig, psykologisk og sosialt. Ungdomstiden er en fase i livet med store omstillingskrav, der ungdommers utvikling skjer i forbindelse med betingelser og krav i samfunnet og kulturen (Thornquist, 2016b, s. 28). «Unge mennesker møter kulturelle og psykologiske forventninger om å kjenne seg selv, realisere seg selv, fremstille seg selv på overbevisende vis, være fleksibel, dynamisk og kreativ med mer» (Skårderud et al., 2011, s. 43). Sosiale medier er en stor del av samfunnet vårt, og særlig en stor del av den ungdommelige kulturen i dag. Perfekte jenter og gutter med perfekte kropper og liv, som spiser sunt og trener minst to ganger om dagen, i tillegg til å være student og ha tre jobber på fritiden, er bare noe av det en presenteres for på sosiale medier til enhver tid. Å være ungdom i dagens samfunn innebærer krav og forventninger på mange områder i livet. Problematikk som kan komme til uttrykk som lettere psykiske lidelser og kroppslige plager kan til en viss grad forstås som uttrykk for at en ikke mestrer livets opp- og nedturer, men hvor går egentlig grensen for hva som defineres som syk og frisk?

### 2.2.2 Skillet mellom syk og frisk

Skårderud et al. (2011, s. 28) beskriver psykiske lidelser som fravær av sunnhet, og at det å lide psykisk ikke er det samme som å ha en psykisk lidelse. Når det gjelder psykiske lidelser, kan ikke skillet mellom syk og frisk forstås som et absolutt skille, men som et flytende grenseland mellom følelser, smerter og det som defineres som psykiske lidelser (Skårderud et al., 2011, s. 27). Følelser og smerter er med andre ord noe alle har, men skal en trekke noen linjer for hvor grensen går mellom hva som defineres som syk og frisk, må en skille mellom det som forventes at mennesket skal tåle og det som oppfattes som sykdom eller lidelse der behandling er nødvendig (Skårderud et al., 2011, s. 30).

I oppgaven er det tatt utgangspunkt i ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager der behandling er nødvendig. Vår forståelse av psykiske lidelser er at det er en subjektiv erfaring å kjenne og lide, og det er stor variasjon i hva det enkelte individ tåler med tanke på å «kjenne og lide». Dette beskrives som innenfraperspektivet på psykiske lidelser. Samtidig har vi en forståelse av at hvor linjene for hva som defineres som syk og frisk trekkes, avhenger av den sosiale og kulturelle virkeligheten vi lever i (Skårderud et al., 2011, s. 30- 34). På bakgrunn av at psykiske lidelser har et innenfraperspektiv, men og må ses i lys

av den sosiale og kulturelle virkeligheten vi lever i, har vi en oppfatning av at den individuelle tilnærmingen i klinisk situasjon er svært viktig.

### 2.2.3 Kroppslige plager

Som nevnt ovenfor følges lettere psykiske lidelser, som angst og depresjon, ofte av kroppslige symptomer. «Fysiske sykdommer kan utløse psykiske reaksjoner, slik psykiske plager kan også komme til uttrykk som fysiske plager» (Skårderud et al., 2011, s. 33). Ottesen (2017, s. 60), som er psykomotorisk fysioterapeut, skriver at hun møter mange ungdommer i sin praksis og at henvisningsgrunnene blant annet er hodepine, smerter i mage, rygg, skuldre og nakke, uro, angst, pusteproblemer, søvnvansker, slitenhet og spiseforstyrrelser. I følge Ottesen (2017, s. 62) er disse kroppslige uttrykkene og funnene i undersøkelsen isolert sett meningsløse, men ses de i en større sammenheng kan de gi mening og være utgangspunkt for endring. Hun ser på fysioterapi for ungdom som noe annet enn å presentere en konkret løsning for hvordan kroppen og helse skal repareres, men at fysioterapien for ungdom må «fokusere på det å kjenne sin egen kropp, finne egne ord og merke seg sine egne behov».

## 2.3 Psykomotorisk fysioterapi

Psykomotorisk fysioterapi utføres av fysioterapeuter med spesialutdanning og bygger på ideen om at det er et gjensidighetsforhold mellom kropp og følelser. En grunnleggende tanke i psykomotorisk fysioterapi er at kroppen betraktes som en samspillende og funksjonell enhet, og dermed omfatter hver undersøkelse og behandling hele kroppen uansett hvilke symptomer og plager pasienten har (Thornquist, 2010, s. 3). Undersøkelsen fokuserer på å se lokale problemer i sammenheng med kroppen som helhet, og hvordan endringer ett sted påvirker andre kroppsdelene og funksjoner. Kroppslig omstillingsprosess er hva behandlingen i psykomotorisk fysioterapi dreier seg om (Thornquist, 2006, s. 29).

En psykomotorisk fysioterapibehandling settes aldri i gang uten en grundig undersøkelse. Undersøkelsen gir et inntrykk av pasientens omstillingsevne og gir på den måten svar på om pasienten vil ha nytte av omstillingen som behandlingen innebærer. Indikasjonsområder for psykomotorisk fysioterapi er alle former for belastningslidelser og funksjonsproblemer i muskel- og skjelettsystemet, psykosomatiske lidelser og mindre alvorlige former for psykiske lidelser som blant annet angst og depresjon (Thornquist, 2006, s. 29).



Bevegelse, øvelser og ulike former for massasje og sansestimulering er virkemidler som brukes i psykomotorisk fysioterapi. Som nevnt tidligere omfatter hver behandling hele kroppen, og enhver behandling starter med bena da bena ses på som «fundamentet». I behandlingen tilstrebes kroppslig balanse, som vil si en kropp som er ledig samtidig som den er stabil og stødig (Thornquist, 2006, s. 31). «Å være i kroppslig balanse kan i et psykomotorisk perspektiv ikke forstås uavhengig av personens aktuelle livssituasjon og tidligere erfaringer» (Thornquist, 2006, s. 32).

#### 2.4 Fysioterapeuters kunnskapsfelt

Fysioterapeuters kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon (Norsk fysioterapeutforbund, 2015). Kroppen er altså fysioterapeuters måte å få innsikt om mennesker, og fysioterapien kan på den måten representere noe annet enn det som tradisjonelt er i behandling av lettere psykiske lidelser. Fysioterapeuter arbeider med kropp og bevegelse, og tillegger disse en egenverdi som kilde til erfaring, innsikt og utvikling for den enkelte pasienten (Thornquist, 2016c, s. 353).

Fysioterapeuter arbeider mot å bedre pasientenes totale funksjon. Som nevnt ovenfor bruker fysioterapeuter kropp og bevegelse med forskjellige målsettinger, som er rettet mot et mål, for å bedre pasientens funksjon. Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) er en viktig begrepsmodell for fysioterapeuter som tar utgangspunkt i funksjon (Pran, 2007, s. 24). ICF beskriver den enkeltes funksjonsevne i samspill med aktivitet og deltakelse, og omfatter to hovedområder: funksjon og funksjonshemming og kontekstuelle faktorer. Emneområdene innenfor funksjon og funksjonshemming er kroppsfunksjoner og -strukturer, aktiviteter og deltakelse. Kroppsfunksjoner og -strukturer er ordnet etter fysiologiske og anatomiske deler av kroppen. Aktivitet og deltakelse beskrives som “Alle sider av menneskelig utfoldelse, både som individ og i forhold til medmennesker” (WHO, 2003, s. 6). Kontekstuelle faktorer er miljøfaktorer som har en ytre påvirkning på enkeltmenneskets funksjon og funksjonshemming, og personlige faktorer som har en indre påvirkning på det enkelte individet (WHO, 2003, s. 7- 10). Hensikten med ICF er å beskrive, studere og forstå funksjon og funksjonshemming relatert til helse for å komme frem til en funksjonsdiagnose.

Informasjon, veiledning, ulike metoder og øvelser er virkemidler som anvendes av fysioterapeuter. Pasientens aktive deltakelse i behandlingen er sentralt for funksjonsbedring (Norsk fysioterapeutforbund, 2015). ICF brukes som et redskap i behandling for kartlegging, målsetting og planlegging av tiltak (Pran, 2007, s. 26). Hvorvidt behandlingen har en fremmende eller hemmende virkning på funksjon, deltagelse og aktivitet vurderes med ICF som klinisk verktøy for å bedømme tiltakenes virkning (WHO, 2003, s. 5). Fysioterapeutene evaluerer resultatene av behandlingen kontinuerlig og tiltakene tilpasses og vurderes ut fra pasientens reaksjoner, kroppslige endringer, ønsker og behov (Norsk fysioterapeutforbund, 2015).

Når fysioterapeuter bruker kropp og bevegelse for å bedre pasientens funksjon, innebærer det ofte fysisk aktivitet eller trening. Forskning viser at trening kan være nyttig i behandling av angst og føre til reduksjon av symptomer, men at forskningen gjort på dette området er ikke tilstrekkelig god nok for å kunne si at trening som eneste tiltak kan ha effekt på angst over lengre tid (Stonerock, Hoffman, Smith & Blumenthal, 2015, s. 542). Når det gjelder depresjon viser forskning at det ikke er mulig å fastslå hvor effektivt trening er for å redusere depresjon, men at trening indikeres å ha moderat til stor antidepressiv effekt (Josefsson, Lindwall & Archer, 2014, s. 269).

## 2.5 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon handler om å dele og gjøre noe felles, det er sosiale handlinger.

Samtaleformen der to snakker sammen kalles dialog, og i dialogen er en konsentrert mot hverandre. Det er gjennom dialogen at mening vokser frem, og hva og hvordan vi snakker til hverandre i dialogen er bestemt av forholdet vi har til den andre (Thornquist, 2016c, s. 19).

Som fysioterapeuter møter en pasienter, og kommunikasjon og dialog er en viktig del av dette møtet. En annen forståelse av kommunikasjon er at én part sender informasjon til den andre parten, en lineær hendelse. En slik forståelse av kommunikasjon kan være utfordrende fordi en da har vanskeligere for å ta andres perspektiv og rette oppmerksomheten til den andre parten (Thornquist, 2016c, s. 18).

Relasjonsaspektet handler om hvordan den enkelte ser seg selv i relasjon til den andre i situasjonen, og dette aspektet kommer frem i hva vi sier og hvordan vi forholder oss til hverandre (Thornquist, 2016c, s. 24-25). Som terapeut, enten fysioterapeut eller

psykomotoriker, møter en pasient og det oppstår en relasjon mellom terapeut og pasient. En relasjon mellom terapeut og pasient vil være asymmetrisk fordi terapeuten har kunnskaper, kompetanse og ansvar som pasienten ikke har (Thornquist, 2016c, s. 30). Selv om relasjonen er asymmetrisk, er likeverd og gjensidighet viktig for at pasienten skal oppleve støtte og dele det som trengs for at terapeuten skal få utført noe sammen med pasienten.

Kommunikasjon og relasjon handler på den måten om forholdet som terapeut og pasient former sammen, og en god relasjon er viktig for en meningsfull samtale og behandling. Kommunikasjon er på den måten avgjørende for å forme en god relasjon. For at relasjonen skal være preget av likeverd og gjensidig tillit, er det viktig å legge vekt på at rollefordelingen mellom terapeut og pasient er lik, at terapeuten er søkende og lyttende samt at pasienten får mulighet til å fremstå med sine erfaringer (Thornquist, 2016c, s. 118). «Ved lytting formidles oppmerksomhet og interesse for den andre» (Thornquist, 2016c, s. 125). Å være spørrende og lyttende er sentralt når en skal forstå pasienten, men terapeuten må også formidle sine tanker, vurderinger og oppfatninger tilbake til pasienten for å kunne avkrefte eller bekrefte inntrykkene en får (Thornquist, 2016c, s. 283).

## 3.0 Metode

### 3.1 Valg av metode

For prosjektet ble det valgt en kvalitativ metode. Bakgrunn for valg av kvalitativ metode var at vi ønsket å gå i dybden av hvilke erfaringer og vurderinger, tanker og holdninger fysioterapeuter og psykomotorikere har når det gjelder ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager. Vi har foretatt tre semistrukturerte intervjuer med en psykomotoriker og to allmenne fysioterapeuter som har erfaring med den aktuelle pasientgruppen. Individualintervju ble valgt som metode for å gi informantene tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som krever ettertanke for å deles (Malterud, 2017, s. 133). Kvalitative intervju er egnet for å beskrive samhandling, erfaring, opplevelser og holdninger (Malterud, 2017, s. 32), og dreier seg med andre ord om subjektive opplevelser og vurderinger. Av den grunn vurderte vi at kvalitative intervju var den mest hensiktsmessige metoden for å innhente informasjonen som trengtes for å belyse problemstillingen.

### 3.2 Forforståelse

Gjennom arbeidet med prosjekt har vi med oss erfaringer, tanker, refleksjoner, normer og kultur i vår bagasje. Denne bagasjen vil påvirke hvordan vi samler, leser og tolker data på (Malterud, 2017, s. 44). Med andre ord vil forskerens forforståelse og kunnskaper påvirke og forme forskningsprosessen og resultatene (Malterud, 2017, s. 41). Da vi begynte arbeidet med prosjektet, var forforståelsen vår basert på faglig bakgrunn fra undervisning gjennom fysioterapistudiet. Vi hadde en forestilling om at lettere psykiske lidelser ofte kan være bundet sammen med kroppslige plager, og at flere unge i dag oppsøker fysioterapeuter og psykomotorikere for disse kroppslige plagene. I forkant av prosjektet hadde vi i liten grad kunnskaper om hvordan fysioterapeuter forholder seg til og tilnærmer seg ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager. Vi visste lite om hvordan et behandlingsforløp kunne se ut for denne pasientgruppen. Gjennom arbeidet med bachelorprosjektet har vi forsøkt å være bevisst vår forforståelse slik at kunnskaper, erfaringer og perspektiver ikke skulle være styrende for tolkningene underveis i prosessen.

### 3.3 Utvalg

#### 3.3.1 Valg av informanter

For å besvare problemstillingen ønsket vi å få frem et utvalg av erfaringer, vurderinger og holdninger fra både psykomotorikere og fysioterapeuter. Grunnen til at vi valgte å intervju

både allmenn fysioterapeut og psykomotoriker var at vi ønsket å få frem variasjonsbredde i resultatene. Variasjonsbredde gir en mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen (Malterud, 2017, s. 59). Vi søkte etter kontaktinformasjon til aktuelle fysioterapeuter og psykomotorikere på nettet, og ønsket fysioterapeuter med klinisk erfaring med ungdommer og lettere psykiske lidelser. Vi fant kontaktinformasjon til det aktuelle utvalget av fysioterapeuter og psykomotorikere, og tok kontakt med dem på mail. To av de vi kontaktet takket ja til å delta i prosjektet. Flere av de vi kontaktet hadde ikke tid eller kapasitet til å delta i prosjektet, og ett par mente de ikke var aktuelle til å delta i prosjektet. Etter hvert fant vi en tredje person via andre fysioterapeuter som jobber med den aktuelle tematikken. I utgangspunktet ønsket vi å intervju to psykomotorikere og en fysioterapeut, men på grunn av at flere av de vi kontaktet ikke hadde kapasitet til å delta i prosjektet, intervjuet vi to allmenne fysioterapeuter og en psykomotoriker.

### 3.3.2 Presentasjon av informanter

Informant A: Kvinne. Spesialist i psykomotorisk fysioterapi og barne- og ungdomsfysioterapi. Videreutdanning i medisinsk treningsterapi og veiledningspedagogikk. Arbeider på institutt. Har jobbet med ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager i 11 år.

Informant B: Kvinne. Fysioterapeut og spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi. Grunnfag i pedagogikk og psykologi. Arbeider på institutt. Har jobbet med ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager i 25 år.

Informant C: Kvinne. Fysioterapeut for barn og unge i habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Master i fysioterapivitenskap med Body Awareness Rating Scale (BARS) som undersøkelsesmetode. Kurs i spesifikk tilrettelagt trening for skoliose. Arbeider i kommunehelsetjenesten. Har jobbet med ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager i to og ett halvt år.

### 3.4 Forberedelse til intervjuene

Før intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide. Intervjuguiden bestod av ulike spørsmål som skulle være til hjelp for å holde oss til temaet (Malterud, 2017, s. 133). For å utarbeide intervjuguiden, startet vi med å kartlegge problemområdet og hva vi ønsket å finne ut av. På bakgrunn av litteratur som belyste vitenskapsteoretisk perspektiv, sykdomsforståelse av

lettere psykiske lidelser, fysioterapeuters- og psykomotorikeres kunnskapsgrunnlag og betydningen av kommunikasjon og relasjon, kom vi frem til ulike emner vi ville komme inn på i intervjuene. Deretter sendte vi utkast av intervjuguiden til veileder som kom med råd og forslag til endringer. På bakgrunn av refleksjon etter veileders råd, endret vi noe på spørsmålene slik at vi fikk mest mulig åpne spørsmål, som vi trodde ville få frem informantenes erfaringer og vurderinger på best mulig måte. Intervjuguiden (Vedlegg 3) består av fire introduksjonsspørsmål og fem veiledende spørsmål med oppfølgingsspørsmål. De veiledende spørsmålene og oppfølgingsspørsmålene ble tilpasset ut fra hvordan informantene svarte og informasjonen som kom frem underveis i intervjuet.

I forkant av intervjuene fikk informantene tilsendt informasjonsskriv (Vedlegg 1) og informert samtykke (Vedlegg 2). Informert samtykke ble skrevet under av informantene før start av intervju og lydopptak. Informasjonsskrivet og informert samtykke ble godkjent av veileder før de ble sendt ut til informantene.

Det tekniske utstyret som skulle brukes under intervjuene ble sjekket på forhånd av intervjuene. Vi kontrollerte at lydopptakeren fungerte, at lyden var god og at filene kunne overføres og lagres på PC. Lydopptakeren ble ladet på forhånd av hvert intervju.

### 3.5 Gjennomføring av intervjuene

Det første intervjuet ble gjennomført på informantens kontor i stille og lukkede omgivelser, skjermet for avbrytelse. Intervju to ble gjennomført på informantens arbeidssted, på spiserommet, som var et lukket rom. I det andre intervjuet ble vi avbrutt én gang av noen som kom inn på spiserommet, men som gikk ut med en gang. Tredje intervju ble gjennomført på et møterom på informantens arbeidssted, og det var ingen avbrytelser underveis. Det at intervjuene ble gjennomført i rolige og lukkede omgivelser gav grunnlag for ro og fortrolighet i intervjusituasjonen. «Intervjusituasjonens fortrolighet og ro kan skape en god ramme for historier om erindringer og sammenhenger» (Malterud, 2017, s. 69).

Det ble gjort lydopptak av intervjuene. Lydopptak fanger opp samtalens språklige elementer som pauser, nøling og latter, men nonverbal kommunikasjon kommer ikke med på båndet (Malterud, 2017, 73). Under det første intervjuet noterte den av oss som ikke intervjuet informanten, for å supplere lydopptaket med tilleggsinformasjon om eventuelle

gestikuleringer eller annen nonverbal kommunikasjon. Dette ble ikke gjort under de to andre intervjuene grunnet at vi ville konsentrere oss om samtalen. Noterer intervjueren under intervjuet kan det forstyrre samtalen hvis intervjuerens oppmerksomhet konsentreres mye om notatene (Malterud, 2017, s. 74). Selv om den ene av oss intervjuet, og den andre noterte, reflekterte vi i etterkant av første intervju at det var bedre om begge av oss hadde oppmerksomheten rettet mot informanten og samtalen.

Under intervjuene forholdt vi oss hovedsakelig til intervjuguiden for å holde oss til tematikken. Der det var nødvendig stilte vi veiledende spørsmål for å bekrefte eller avkrefte informasjonen, eller vi fulgte opp med spørsmål om det informanten fortalte der vi anså det som naturlig. Vi forsøkte etter beste evne å lytte med et åpent sinn og ikke søke etter bekreftelse på hypoteser vi hadde på forhånd som, i følge Malterud (2017, s. 70), er viktig for å kunne oppdage det nye eller uventede. Etter hvert intervju fulgte vi opp med et spørsmål om det var noe informantene ønsket å si eller noe de følte vi hadde glemt, for å gi informantene mulighet til å ta opp temaer de eventuelt hadde tenkt på under intervjuet.

### 3.6 Bearbeiding av data

#### 3.6.1 Transkripsjon

Analyseprosessen starter allerede ved transkripsjonen, og transkripsjonen er med på å forme materialet (Malterud, 2017, s. 75). «Den kvalitative forskningsprosessen omformer erfaringer og hendelser til tekst og mening fra observasjon eller samtaler» (Malterud, 2017, s. 77). I etterkant av intervjuene ble lydopptakene fra intervjuene overført på datamaskin, og transkribert. Vi vekslet mellom hvem av oss som transkriberte etter hvert intervju, og transkriberingen ble gjennomført av den ene av oss fortløpende etter hvert intervju. Avhengig av varigheten på intervjuene tok transkriberingen av intervjuene mellom fire og seks timer. Vi transkriberte etter beste evne så ordrett som mulig for å i størst mulig grad ivareta det opprinnelige meningsinnholdet i materialet, slik informantenes erfaringer og vurderinger ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 77).

#### 3.6.2 Analyseprosessen

Analyseprosessen ble gjennomført i fire trinn etter Malteruds (2017, s. 97) metode for systematisk tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering er en tverrgående analyse av

kvalitative data (Malterud, 2017, s. 97). Hva som ble gjort på hver av de fire trinnene presenteres nedenfor.

### **Trinn 1: Helhetsinntrykk**

I første trinn leste vi gjennom hver av transkripsjonene for hvert intervju for å skaffe oss et helhetsinntrykk og bli kjent med materialet. På dette trinnet er helheten viktigere enn detaljer, og vi prøvde å sette vår bevisste forforståelse og teoretiske perspektiver til side (Malterud, 2017, s. 99). Etter å ha lest gjennom materialet begynte vi, hver for oss, å notere temaer som vekket oppmerksomheten vår. Temaene er bare foreløpig steg i organiseringen og representerer ikke resultater på dette første trinnet (Malterud, 2017, s. 100).

### **Trinn 2: Meningsbærende enheter**

På det andre analysetrinnet begynte vi med å drøfte temaene vi hver for oss hadde kommet frem til i det foregående trinnet, og kom frem til tre aktuelle temaer som vi vurderte at belyste problemstillingen. Disse dannet grunnlaget for kodegruppene i dette analysetrinnet (Malterud, 2017, s. 101). Kodegruppene vi kom frem til var «Bevisstgjøring», «Forståelse» og «Tillit». Deretter gjennomgikk vi materialet grundig en gang til for å identifisere de meningsbærende enhetene, og sorterte de meningsbærende enhetene i kodegruppene ved å markere dem i ulike farger. Dette ble gjort for å skille irrelevant tekst fra relevant tekst, da hele teksten ikke anses som meningsbærende enheter i systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 101).

### **Trinn 3: Kondensering**

Tredje trinn i analyseprosessen innebærer at vi abstraherer den sorterte informasjonen fra foregående trinn ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 105). Vi identifiserte og kodet de meningsbærende enhetene ved å lese materialet i hver kodegruppe grundig, for deretter å lage to til tre subgrupper for hver kodegruppe. Subgruppene kom vi frem til ved at vi leste gjennom materialet i hver av kodegruppene, noterte ned subgrupper vi anså som aktuelle og drøftet sammen hvilke av subgruppene vi skulle ta utgangspunkt i. Deretter gjennomgikk vi alle meningsbærende enhetene i de enkelte subgruppene for å vurdere om de skulle inngå i kondensatet. Denne prosessen resulterte i at noen av de meningsbærende enhetene ble plassert i andre subgrupper de passet bedre i eller tatt bort, da vi anså noen som mindre relevante for problemstillingen ut fra hovedmønstrene vi da hadde utviklet (Malterud, 2017, s. 107). Dette medførte at kodegruppen ble noe endret ut fra de vi kom frem til i trinn to. Videre kondenserte vi innholdet i hver av subgruppene, og



fokuserte på å få med informantenes ord og uttrykk. Etter å ha utarbeidet kondensat for hver subgruppe, valgte vi ut gullsitater til hvert kondensat, som vi mente illustrere det viktigste innholdet (Malterud, 2017, s. 108).

#### **Trinn 4: Syntese**

Når vi hadde kommet til trinn fire i analysen hadde vi utarbeidet tre kodegrupper, med to til tre subgrupper, laget kondensat til hver subgruppe og valgt ut gullsitater til hvert kondensat. På det siste trinnet i analyseprosessen brukte vi kondensatene fra trinn tre til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe. Den analytiske teksten skal formidle fellestrekk med variasjoner fra alle informantene, som sammenfattes i analyse og syntese (Malterud, 2017, s. 109). Etter de analytiske tekstene var etablert, vurderte vi om gullsitatene fra forrige analysetrinnet fortsatt var dekkende. Dette resulterte i at vi byttet noen av gullsitatene med andre sitater vi mente var mer illustrerende for den analytiske teksten. Vi avsluttet analysen ved å gi nytt navn til kategoriene som sammenfattes det viktigste som presenteres i påfølgende avsnittet (Malterud, 2017, s. 110). Navnene vi kom frem til for resultatkategoriene var «Bevisstgjøring i egen kropp», «Betydningen av god relasjon» og «Forståelse av lettere psykiske lidelser og kroppslige plager i terapeutenes perspektiv». Disse tre resultatkategoriene legger grunnlaget for oppgavens resultater og drøfting.

I tabell 1 viser vi et utdrag fra analyseprosessen. Vi viser utdrag fra kodegruppen «Bevisstgjøring», og den ene subgruppen under denne kodegruppen. Vi har ikke tatt med alle meningsbærende enhetene fra subgruppen og ikke hele kondensatet i tabellen, men noen av de meningsbærende enhetene og et lite utdrag av kondensatet fra denne subkategorien. Dette var en av tre subkategorier i kodegruppen «Bevisstgjøring», som resulterte i resultatkategorien «Bevisstgjøring i egen kropp». Den analytiske teksten for denne kodegruppen presenteres i kapittel 4.

**Tabell 1: Utdrag av analyseprosessen**

<b>Meningsbærende enheter</b>	<b>Kondensat</b>	<b>Resultatkategori</b>
<p>«Og så er det ikke alltid de orker å snakke, og da er vi som fysioterapeuter heldig for vi kan bare jobbe med kroppen og gi de noen gode opplevelser på at kroppen din er faktisk god og.»</p> <p>«... det går mye på sånn å merke på og kjenne på og, men, at vi og har litt øvelser inne på, inne i treningssalen som kan gå på balanse ... trening, løping, klatring er ofte en veldig sånn god måte å oppleve mestring på og få noen gode sånn der kroppslige opplevelser, sant.»</p> <p>«Og, og noe med det der at vi skal prøve å finne ressursen i folk, sant. Vi skal jobbe ut i fra det, ja men du har en arm som ikke fungerer, men du har faktisk resten av kroppen din som er god, sant ...»</p>	<p>Det er ikke alltid de orker å snakke, og da er jeg som fysioterapeuter heldig fordi jeg kan jobbe med kroppen og gi dem noen gode opplevelser på at kroppen deres faktisk er god og. Aktive bevegelse, balanseøvelser, løping og klatring er ofte gode metoder for å oppleve mestring og få noen gode kroppslige opplevelser. Det handler om å finne ressursen i pasientene og jobbe ut fra det til tross for smertene og plagene deres.</p>	<p>Bevisstgjøring i egen kropp.</p>

### 3.7 Ethiske betraktninger

Malterud (2017, s. 211) skriver at kvalitativ forskning innebærer møter mellom mennesker der normer og verdier er viktige deler av kunnskapen som utvikles. I prosjektet innebar dette møte mellom oss som intervjuere og informantene. Informantene delte personlige erfaringer og vurderinger med oss i intervjuene, dermed var anonymisering og ivaretagelse av informantene et viktig fokus. Dette ble gjort ved at informantene i forkant av intervjuene ble tilsendt et informasjonsskriv med forespørsel om deltakelse (Vedlegg 1), som presiserte at det var frivillig å delta i prosjektet. I informasjonsskrivet ble det også informert om at all informasjon ble anonymisert og ivaretatt gjennom hele prosjektet. Mulighet for og når som helst trekke seg fra prosjektet ble presisert, samt at all informasjon vi hadde innhentet fra dem ville bli slettet om de valgte å trekke seg. Skriv om informert samtykke (Vedlegg 2) ble også sendt ut. I forkant av hvert intervju informerte vi også om vår taushetsplikt, anonymitet og mulighet for å trekke seg fra intervjuene. Videre skriver Malterud (2017, s. 211) at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal beskytte helse og rettigheter. For å fremme etisk forsvarlig standard har vi benyttet oss av Helseforskningsloven (2008).

## 4.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra intervjuene. Kapitlet er inndelt i tre hovedfunn som er basert på resultatkategoriene vi har utformet fra den systematiske tekstkondenseringen. Den første resultatkategori er «Bevisstgjøring i egen kropp», andre kategori heter «Betydningen av en god relasjon» og den siste kategorien er «Forståelse av lettere psykiske lidelser og kroppslige plager i terapeutenes perspektiv».

### 4.1 Bevisstgjøring i egen kropp

Denne resultatkategori handler om hvordan informantene arbeider for å hjelpe pasientene med bevisstgjøring i egen kropp. Temaet omhandler tre deler, der den første delen innebærer hvordan informantene hjelper pasientene til å kjenne i egen kropp, andre del omhandler normalisering av det pasientene kjenner og tredje del handler om det hjelpe pasientene til å forstå sammenhenger i kroppene sine.

Det grunnleggende utgangspunktet for disse fysioterapeutene var at kroppen er en god innfallsvinkel for å gi pasientene gode opplevelser og deres begrunnelse for å starte behandlingen med bevisstgjøring med hensyn til egen kropp. De la særlig stor vekt på å finne ressursen i pasientene og å jobbe ut fra disse, samt å gi pasientene opplevelser på at kroppen også kan være god, samtidig med og til tross for smerter og plager. Aktive bevegelser, balanseøvelser, løping, klatring og avspenningsteknikker ble beskrevet som gode tilnæringsmåter for å gi pasientene slike gode kroppslige opplevelser. Pasientenes egen aktive deltakelse i å erfare selv ble også understreket. Å kjenne på forskjeller i kroppen fremstår som et sentralt virkemiddel. En måte å gjøre dette på kunne være å jobbe systematisk med en side av gangen i forbindelse med avspenningsteknikker, slik at pasientene kan kjenne forskjell på sidene. Å fasilitere endring i bevegelsesmønster ble beskrevet som en annen måte å hjelpe pasienter til å erfare kroppslig forskjeller. Språklig påvirkning ved hjelp av instruksjon, bruk av metaforer og ulike måter å bruke stemmen ble også fremhevet som måter å rette pasientenes oppmerksomhet mot å kjenne i egen kropp. Viktigheten av å kunne ha mange forskjellige tilnæringsmåter ble understreket. En sier det slik:

... det er noe med dette indirekte og direkte måter å jobbe på. Det er ikke sikkert du skal ta på den personen i det hele tatt, men må bruke andre måter å prøve og nå inn, og få inn kroppsbevissthet og gode opplevelser med kroppen.

I undersøkelse og behandling av ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager la disse fysioterapeutene stor vekt på å normalisere symptomer, smerter og følelser. Alminneliggjøring ble beskrevet som å hjelpe pasientene til å oppdage at mye av det de opplever og kjenner i kroppen er naturlige prosesser, og at dette er følelser som alle bærer på i større eller mindre grad. Det handler om å normalisere at det er vanlig at livet går opp og ned. En viktig del av prosessen beskrives som å gjøre pasientene oppmerksomme på at det de kjenner i kroppen er normalt. Det ble ansett som viktig å gi ungdommene erfaring med å kjenne at de kan bevege kroppene sine selv om de har smerter eller plager. For å gjøre dette mulig, beskrev flere av informantene at de legger stor vekt på å ufarliggjøre smertene og plagene. På bakgrunn av arbeid med psykisk helse på ungdomsskoler viste én av disse fysioterapeutene til hvordan elevene vurderer det å få hjelp til å normalisere symptomer og sammenhenger:

... mye av erfaringene når vi har hatt grupper på ungdomsskolen innen psykisk helse, hvor vi både har hatt bevegelser og samtalegrupper, så har svarene til disse ungdommene vært at det har vært så godt å høre at andre sliter med akkurat det samme, og at det er helt normalt at det går opp og ned i livet.

I arbeidet for å fremme pasientenes bevissthet i egen kropp, beskrev disse fysioterapeutene hvordan de legger vekt på å hjelpe dem til å oppdage og å forstå sammenhenger i kroppene sine. De vektla og betydningen av å forklare pasientene hensikten med det de gjør i behandlingene. En forklarer alltid hva hensikten er med å jobbe med bevegelser, øvelser og pust. Ved å stille spørsmål utfordres pasientene til å reflektere selv til å prøve å forstå hvorfor de gjør det de gjør. Betydningen av et mer helhetlig perspektiv fremstår som viktig når fysioterapeuter skal hjelpe barn og unge til å forstå hvorfor kroppene deres reagerer slik de gjør. Én av informantene reflekterte over barns forutsetninger og behov for å få hjelp til å forstå sine egne følelser og sammenhengen med kroppslige reaksjoner. Hun fremhevet hvordan dette henger sammen med begrenset livserfaring og språkutvikling, og sier:

Jo eldre man blir, blir man flinkere til å være verbal og til å kunne sette ord på hva dette handler om. Barn bare reagerer og 'ja, men jeg er her fordi jeg er sint' ... Men man er jo som regel sint av en grunn. Og er man egentlig sint eller er man lei seg? Og, liksom det der, å prøve og hjelpe ... Hva er de forskjellige følelsene, og hva skjer i kroppen din?

## 4.2 Betydningen av god relasjon

Informantene presiserte at noe av det viktigste i møte med pasientene er å forme en relasjon, og at som fysioterapeuter er det deres ansvar å forme denne relasjonen med pasientene. Flere av informantene uttrykte at de bruker store deler av den første tiden av behandlingsforløpet til å opparbeide en god relasjon med pasientene. Gjennom dette temaet presenteres kommunikasjon, trygghet og hvordan informantene forholder seg i møte med pasientene, som er forutsetninger for å forme en god relasjon.

Kommunikasjon er sentralt når det gjelder å forme en relasjon. Fysioterapeutene trakk frem at det ofte er utfordrende å nå inn til pasientene, slik at de må prøve å finne ut av interessene deres for å åpne opp for kommunikasjon. Én informant brukte begrepet «nøkkelen inn» om det å finne interessepunktene til pasientene, og fortalte videre at når hun har funnet nøkkelen inn må hun henge seg på og bruke nøkkelen som hjelp til å kommunisere med dem. Et annet viktig trekk som kom frem av intervjuene var viktigheten av at ungdommene til enhver tid skal vite hva som skjer. Ordet dialog ble trukket frem av flere informanter, der de la vekt på at kommunikasjonen må gå begge veier. Én av informantene sa at om hun ikke fikk en dialog med pasientene hadde hun ikke så mye å tilby. Det å få til en dialog fremstår som overordnet:

Så er det dette her med dialogen, at jeg kan prate med henne og at hun opplever at hun får trygghet i situasjonen, og at vi kan opparbeide tillit. Det kan også ta tid, men det er viktig.

Trygghet ble understreket som en viktig del av å forme en god relasjon med pasientene. I alle intervjuene ble det lagt vekt på betydningen av trygghet i undersøkelses- og behandlingssituasjon, og at pasientene må føle seg trygge på informantene som fysioterapeuter. Dette fremstår som sentralt for at endringer skal være mulig i behandlingssituasjonen. På bakgrunn av arbeidet med ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager har informantene erfart at pasientene kan være utrygge i utgangspunktet, fordi mange ofte har opplevd brudd på tillit i ulike settinger tidligere i livet. Én informant beskriver betydningen av trygghet og tillit slik:

..jeg skal hjelpe de på en måte til å finne gode strategier for seg selv, da er de nødt til å ha tillit til meg. For at de skal ha tillit til meg, så må de føle seg trygge, og derfor så betyr den relasjonen alt.

Informantene beskrev at noe av det viktigste med fysioterapirollen er å være en person som pasientene kan stole på og snakke med. Pasientene må føle seg ivaretatt og at terapeuten vil den vel. Betydningen av å være imøtekommende, stille seg undrende og ikke dømmende, vise interesse og by på seg selv ble vektlagt i intervjuene. Flere informanter reflekterte over at en viktig del av møte med pasientene handler om hvordan de bruker seg selv som terapeut. For å møte pasientene der de er, uttrykte fysioterapeutene at det er viktig å prøve og skape en felles forståelse med pasientene. Én av informantene sa blant annet at forutsetning for å skape en felles forståelse er at terapeuten må utvise respekt og være ydmyk, da pasientene ofte er i sårbare situasjoner. For at pasientene skal bli møtt der de er, må de ble sett og hørt. Hun beskrev hvordan mye kommer av seg selv hvis en møter pasientene på riktig måte:

Og så er det rett og slett det viktigste, det aller viktigste, det er ikke metodene, men bare hvordan du bruker deg selv, hvordan du får relasjonen og møter de som menneske, ikke som en diagnose. Møte de bare som et menneske, så kommer mye annet av seg selv, ja.

#### 4.3 Forståelse av lettere psykiske lidelser og kroppslige plager i terapeutenes perspektiv

I denne kategorien presenteres informantenes forståelse av fenomenet lettere psykiske lidelser og kroppslige plager. Det første perspektivet informantene belyser er hvordan de forstår sammenhenger mellom lettere psykiske lidelser og kroppslige plager hos den enkelte pasienten. Informantene forstår dette fenomenet på den andre siden i lys av samfunnets påvirkning på ungdommene.

Et fellestrekk som kom frem ved informantenes erfaringer var at lettere psykiske lidelser og kroppslige plager henger sammen. Hva som er årsaken til hva, om det er de kroppslige plagene som gjør at de får psykiske problemer eller om de får kroppslige plager som følger av følelser og smerter som har vedvart over tid, hadde informantene ikke noe godt svar på. Flere av informantene fortalte at de ofte har satt i gang tiltak, men at tiltakene de har igangsatt ikke hjelper hvis de som fysioterapeuter ikke har forstått hvorfor det har blitt slik det har blitt for pasienten. Undersøkelse og observasjon kom frem av intervjuene som viktige deler av prosessen med å forstå sammenhenger hos pasientene. Informantene sa at de observerer alt fra hvordan pasientene sitter, hvordan de svarer, hvordan de reagerer når de som terapeuter nærmer seg dem, hvordan er pusten, hvordan er pusten når de kommer inn på forskjellige

temaer og åpner de seg eller er de lukket. Flere informanter påpekte viktigheten av å spørre pasientene, og uttrykte at de viste takknemlighet overfor pasientene for alt de delte med dem som var til hjelp for å forstå. Erfaringene informantene har gjort seg i arbeidet med pasientgruppen er at de ofte ikke sier alt med en gang, men at det kommer litt etter litt. Slik beskrev én av informantene viktigheten av å spørre:

Og så er det jo noe med det, ja de erfaringene etter hvert, at man må våge å spørre. Og man må klare å romme de svarene man får, det må man faktisk tåle å stå i.

Noe som kom frem av alle informantene var forståelsen av at strukturene i dagens samfunn påvirker ungdommene i stor grad. Flere av informantene uttrykte at det virker som at psykiske problemer og psykiske lidelser er et økende problem i dagens samfunn. Det kom frem av alle informantene at de forstod dagens press om å være godt trent, ha gode karakterer, være sosial til enhver tid, spise sunt, se bra ut og være oppdatert på sosiale medier jevnlig gjennom hele dagen, som medvirkende faktorer til det økende problemet med psykiske problemer og psykiske lidelser. Informantene fortalte at de opplevde psykiske problemer og psykiske lidelser som et økende problem, men presiserte at de ikke kunne fastslå at det skyldtes at flere ungdommer har problemer i dag sammenliknet med tidligere. De nevnte at det økende problemet kan skyldes at flere blir henvist i dag enn tidligere. Likevel sa en av informantene at hun opplevde at ungdommene som kom til behandling var yngre i alder enn tidligere, og at det er stor endring i hva ungdommer eksponeres for i dag sammenlignet med for 10 år siden. Sosiale medier ble tatt opp i alle intervjuene. Flere av informantene forstod fenomenet sosiale medier som en utfordring med tanke på at ungdommer ikke kalibrerer seg opp mot virkelige mennesker og hendelser, men tilsynelatende perfekte mennesker på sosiale medier. Informantene erfarer sammenheng med disse samfunnsmessige forholdene i møte med pasientene sine, og opplever at det er utfordrende å få ungdommene til å akseptere hva som er bra nok. Ungdommene tror at de hele tiden må tilpasse seg de stadig økende kravene. Én informant beskrev:

Sånn at kroppen kan være bærer av mye symptomer da. Og det ser jeg en sånn økt tendens til, at veldig mange barn og unge er litt sånn symptombærere. For det er et samfunn nå, som er mer og mere ... vi skal prestere og vi skal ... nesten som et sånn hamsterhjul man skal henge på, og så lett å dette ut.

## 5.0 Drøfting

Dette kapitlet er delt i to deler. I første del av kapitlet vil problemstillingen «Hvordan forholder fysioterapeuter seg til ungdommer med lettere psykiske lidelser i behandling av kroppslige plager?» belyses ved at funnene fra kapittel fire diskuteres i lys av teori presentert innledningsvis og teoretisk grunnlag for oppgaven. I andre del av kapitlet vil metoden som er brukt for prosjektet diskuteres. Der vil svakheter og styrker ved en kvalitativ metode drøftes og vi vil kritisk vurdere fremgangsmåten i prosjektet.

### 5.1 Resultatdiskusjon

#### 5.1.1 Bevisstgjøring i egen kropp

I resultatene er et fellestrekk ved fysioterapeutenes erfaringer og vurderinger at kroppen er en god innfallsvinkel for å gi pasientene gode kroppslige opplevelser og bevisstgjøre dem i egen kropp. Thornquist (2016c, s. 352- 353), som er spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, understreker også at kroppen er fysioterapeuters måte å få innsikt om mennesker. Hun skriver at ved å bruke kroppen som inngangsport kan fysioterapien representere noe annet enn det som tradisjonelt brukes i behandling når det gjelder psykiske lidelser. Dette tyder på at teori og det informantene forteller samsvarer.

Det kom frem av resultatene at det å hjelpe pasientene med bevisstgjøring i egen kropp var et viktig fokus hos alle informantene. Å legge til rette for at pasientene skal merke og kjenne på forskjeller, erfare og ta kontakt med egen kropp formidlet informantene som et viktig fokus i deres praksis. Dette kan ses i lys av hva Ottesen mener fysioterapi for ungdom bør fokusere på. Ottesen legger vekt på at fysioterapi for ungdom ikke handler om å finne konkrete løsninger, men at fysioterapien må fokusere på at pasientene skal kjenne sin egen kropp, finne egne ord og merke egne behov (Ottesen, 2017, s. 62). Funnene fremhever at bevisstgjøring i egen kropp vektlegges som et fokus av flere fysioterapeuter i behandling av pasientgruppen.

Fysioterapeuters kunnskapsgrunnlag er kropp, bevegelse og funksjon. Virkemidler og metoder som benyttes av fysioterapeuter er ofte informasjon, veiledning, ulike metoder og øvelser, som ofte innebærer fysisk aktivitet eller trening (Norsk fysioterapiforbund, 2015). Som det kommer frem av forskning kan trening være nyttig i behandling av både angst og depresjon (Stonerock et al., 2015, s. 542), (Josefsson et al., 2014, s. 269). Av intervjuene kommer det frem at fysioterapeutene bruker flere av disse virkemidlene og metodene i



undersøkelse og behandling, for å bevisstgjøre pasientene i egen kropp. Informantene forteller at virkemidler og metoder de blant annet bruker er bevegelse, løping, klatring, avspenningsteknikker, fasilitering, instruksjon og egen stemme.

Bruk av instruksjon og egen stemme kan for øvrig ses i motsetning til det å finne egne ord og bli kjent med egne behov, slik Ottesen beskriver. Ved instruksjon blir pasientene fortalt hva de skal gjøre, og dette handler om noe annet enn å hjelpe pasientene til å finne egne ord. Virkemidler og metoder som informantene beskriver at de bruker kan derfor problematiseres med tanke på at instruksjon ikke legger til rette for at pasientene kan finne egne ord og bli kjent med egne behov. Funnene som nevnes ovenfor illustrerer at det ikke er et fasitsvar på hvordan fysioterapeutene tilnærmer seg i behandling av kroppslige plager hos ungdommer med lettere psykiske lidelser, men at flere tilnæringsmåter er mulige. Slik som det kommer frem av forskning om trening i forbindelse med angst og depresjon, kan ikke trening fastslås å ha effekt på reduksjon av symptomer, men trening indikeres å ha effekt på reduksjon av symptomer. Dette understreker viktigheten av at behandlingsforløpet alltid må vurderes kontinuerlig og tilpasses den enkelte pasienten (Norsk fysioterapeutforbund, 2015), og at det med andre ord stilles krav til fysioterapeutene om å være oppmerksomme.

Som en del av arbeidet med å hjelpe pasientene til å bli bevisste i egen kropp, formidlet flere informanter at de la vekt på å normalisere symptomer, smerter og følelser i behandling. Skårderud et al. (2011, s. 27) peker på nettopp dette, og skriver at følelser og smerter er noe alle har, men at det er et flytende grenseland mellom følelser, smerter og det som defineres som psykiske lidelser. På en side kan dette forstås med at symptomer, smerter og følelser er naturlig del av det å være menneske. På en annen side når pasientene kommer til behandling kan symptomer, smerter og følelser forstås som fravær av sunnhet som medfører at behandling er nødvendig. Å kjenne og lide er subjektive erfaringer, det beskrives som innenfraperspektivet på psykiske lidelser (Skårderud et al., 2011, s. 28-34), noe som er viktig at fysioterapeuter har i bakhodet når en skal jobbe med å normalisere symptomer, smerte og følelser.

Gjennom intervjuene vektlegges viktigheten av å hjelpe pasientene til å forstå sammenhenger i egen kropp. Informantene beskriver at deres arbeid med pasientene handler om å hjelpe pasientene til å forstå de ulike følelsene og hva som skjer i kroppen når de har det slik. Dette kan ses i sammenheng med teorien om at psykiske lidelser påvirkes av både tanker, følelser,

atferd og væremåte (Folkehelseinstituttet, 2011). Funnene indikerer at en viktig del av fysioterapeuters arbeid med denne pasientgruppen ikke bare handler om det å gjøre øvelser, bevegelser, løping og klatring, men at fysioterapien fokuserer på å hjelpe pasientene til å forstå også. Ungdommene må erfare og kjenne i egen kropp hva som skjer med tankene, følelsene, atferden og væremåten deres. For å legge til rette for at ungdommene selv skal erfare sammenhengene mellom kroppslige uttrykk, følelser, atferd og væremåte kommer det frem at informantene stiller spørsmål for at pasientene skal reflektere samt at de forklarer hensikten med alt de gjør. Disse funnene understreker at informantene ikke bare bruker instruksjon og egen stemme i arbeidet for å bevisstgjøre pasientene i egen kropp, slik som drøftet tidligere.

### 5.1.2 Betydningen av god relasjon

I denne kategorien kom det frem at kommunikasjon utgjorde et stort fokus hos informantene i møte med ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager. Funnene viser at det å forme en god relasjon utgjør hovedfokuset hos informantene, og informantene peker på at det å forme en god relasjon er deres ansvar. Thornquist (2016c, s. 30) skriver at en relasjon mellom terapeut og pasient alltid vil være asymmetrisk fordi pasientene trenger hjelp og terapeuten har den etterspurte kompetansen, likevel bør relasjonen være preget av gjensidig respekt og anerkjennelse. I resultatene ser vi at informantene trekker frem det å lete etter pasientenes interesser som en viktig faktor for å åpne opp for kommunikasjon. Altså, i møte med pasientene er det viktig å være søkende og lyttende. Imidlertid er det viktig å være bevisste på at en som terapeut har en kompetanse som pasientene ikke har, og dette fremhever at terapeuten må styre behandlingen i retningen som terapeuten mener er til det beste for pasienten. Det understreker derfor at balansegang mellom det å utvise respekt, være søkende og lyttende, samtidig som fysioterapeuten styrer behandlingen i riktig retning, er viktig.

En forutsetning for at fysioterapeutene skal kunne ta pasientenes perspektiv og rette oppmerksomheten mot dem, er at terapeutene har en forståelse av kommunikasjon som noe der en deler og gjør noe felles. Samtaleformen må være en dialog, da det er gjennom dialog at mening vokser frem fordi begge partene er konsentrert mot hverandre i dialogen (Thornquist, 2016c, s. 18-19). Å rette seg lyttende til pasientene er altså sentralt, og det Thornquist sier belyser funnene. Informantene legger særlig vekt på betydningen av at pasientene til enhver tid skal vite hva som skjer, og nettopp det handler om å dele og gjøre noe felles. Dette kan

forstås som en måte å skape tillit og trygghet. Dialog blir og påpekt i intervjuene som en faktor for å opparbeide tillit, og for at pasientene skal føle seg trygge i situasjonen. Fysioterapeutene erfarer at det tar tid å forme en god relasjon til pasientene, og at de gjerne bruker store deler av den første tiden med pasienten til relasjonsbygging. Av dette understrekes det at fysioterapien ikke bare dreier seg om en kroppslig tilnærming, men at kommunikasjon, dialog, tillit og trygghet er nødvendig for at en kroppslig tilnærming skal være mulig overhodet.

Som nevnt ovenfor handler en viktig del av kommunikasjonen mellom terapeut og pasient om å dele og gjøre noe felles med dem. Dette kommer også frem av resultatene som et viktig fokus for informantene. Informantene uttrykte at for å møte pasientene der de er må de som fysioterapeuter og pasientene ha en felles forståelse av hva som er utfordringene for pasientene og hvordan de skal jobbe med dette i behandlingen. Den ene informanten vektla særlig betydningen av å møte pasientene som menneske, og ikke diagnose. Dette kan ses i lys av Thornquists (2016a, s. 32- 33) beskrivelser om diagnoser og klassifikasjonssystemer. Hun skriver at diagnoser og klassifikasjonssystemer ofte kan være styrende for hvilket blick en ser med, og gjøre det utfordrende for terapeuten å se det mennesket en har foran seg. På en måte kan diagnoser og klassifikasjonssystemer gi en sykdomsforståelse, som og kan være viktig for pasientene. Imidlertid, som det kommer frem av resultatene og Thornquist, er det viktig å ikke la disse være styrende for hva en ser og ikke ser. Av dette understrekes viktigheten av å undersøke, tilpasse og vurdere behandlingsforløpet til den enkelte pasienten, da ingen pasienter er like og har de samme utfordringene og kroppslige plagene til tross for at de har den samme diagnosen, om det foreligger en diagnose. Å forstå det enkelte mennesket vil være sentralt i møte med og i behandling av pasientens problemer og utfordringer.

### 5.1.3 Forståelse av lettere psykiske lidelser og kroppslige plager i terapeutenes perspektiv

Informantene vektla betydningen av å prøve og forstå den enkelte pasienten som en viktig del av behandlingen. Undersøkelse og observasjon ble trukket frem som viktige deler av prosessen med å se sammenhenger hos det enkelte individet. I og med at kroppen er fysioterapeuters inngangsport er undersøkelse sentralt. Av intervjuene fremgår det ikke at informantene er veldig opptatt av undersøkelser som innebærer standardiserte tester og kartleggingsverktøy der funnen fører til bestemte tiltak. Derimot vektla informantene viktigheten av å spørre pasientene, kontinuerlig observasjon og utprøvende tilnærming, som også er undersøkende og mer i tråd med det å forholde seg til sammenhenger. Funnene kan

ses i sammenheng med hva psykomotorisk fysioterapi dreier seg om, der en grunnleggende tanke er at fysioterapibehandling aldri settes i gang uten grundig undersøkelse som gir svar på om pasienten vil ha nytte av behandlingen. Psykomotorisk undersøkelse fokuserer på kroppen som helhet, og hvordan endringer ett sted kan påvirke andre kroppsdelene og funksjoner (Thornquist, 2006, s. 29).

Funnene illustrerer altså at undersøkelse er sentralt i fysioterapi. Undersøkelsestilnærmingene som blir beskrevet av informantene og Thornquist er ikke nødvendigvis i tråd med ICF, begrepsmodellen i fysioterapi, som brukes som redskap for kartlegging, målsetting og planlegging av tiltak (Pran, 2007, s. 26). Informantene legger mer vekt på en kontinuerlig utprøving og tilpasning underveis, og ikke en detaljert kartlegging av pasientens funksjon på kroppsfunksjon- og strukturnivå, for denne pasientgruppen. Dette belyser at individuell tilpasning er viktig i behandling av ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager, der en hele tiden forsøker å se sammenhenger og leter etter pasientens endringsmuligheter og ressurser, i motsetning til å kartlegge og komme frem til konkrete tiltak ut fra kartleggingen en har gjort. På en annen side betyr ikke det at ICF skal utelukkes, men at det i dette tilfellet ikke nødvendigvis er et hensiktsmessig verktøy å ta i bruk da informantene har erfart arbeidet med denne pasientgruppen som en kontinuerlig utprøvende og tilpassende prosess.

Innledningsvis i oppgaven kommer det frem at psykiske lidelser er et utbredt helseproblem hos barn og unge i Norge (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 161). Som det ble presentert i resultatdelen har informantene en forståelse av at strukturer i samfunnet påvirker ungdommene, og at psykiske problemer og lidelser er et økende problem i dagens samfunn. I intervjuene kom det frem at informantene forstår det økende problemet med psykiske problemer og lidelser som et resultat av endret og økt eksponering for stadige fremstillinger av perfekte liv på sosiale medier. Dette kan ses i sammenheng med Skårderuds et al. (2011, s. 42- 43) beskrivelse om at forhold i samfunnet er viktige faktorer for mental helse. Skårderud et al. påpeker og at vi i dag har en kulturell kompleksitet og høy grad av endringer i samfunnet, og at dette gir en økt risiko for ustabil dannelse av identitet. Dette poengterer viktigheten av å forstå kontekstuelle faktorer i møte med pasientene, og at for å kunne hjelpe pasientene må en derfor prøve å forstå hva det innebærer å være ungdom i dag.

Når det gjelder hva det innebærer å være ungdom i dag beskriver Thornquist (2016b, s. 28) kjennetegn på dagens samfunnsutvikling med blant annet økende krav til utdanning og skoleprestasjoner, et hardt konkurranseklima og en særlig uttalt helseopptatthet kombinert med bruk av elektroniske medier. Skårderud et al. (2011, s. 43) beskriver det å være ungdom i dag med kulturelle forventninger, forventninger om å kjenne og realisere seg selv, fremstille seg selv på overbevisende vis og være både fleksibel, dynamisk og kreativ med mer. Når informantene sier de ser en økt tendens til at barn og unges kropper blir symptombærere som følger av de økte kravene i dagens samfunn, er dette altså i overensstemmelse med Thornquists og Skårderuds et al. beskrivelser. Informantene oppfatter det som lett for ungdommer å falle ut av samfunnet, noe som kan ses i sammenheng med kravene som stilles på alle områder. En slik beskrivelse sier altså noe om hvordan fysioterapeutene forholder seg til ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager, at de kroppslige plagene kan være uttrykk for at ungdommene ikke strekker til med tanke på kravene som stilles til dem av samfunnet.

Et annet fellestrekk som kom frem ved informantens vurderinger i resultatene, var at lettere psykiske lidelser og kroppslige plager henger sammen. Når det gjelder hva som fører til hva, om de kroppslige plagene fører til lettere psykiske lidelser eller motsatt, sier informantene at de ikke vet, men at det viktige er at det henger sammen. Dette påpeker også Skårderud et al. (2011, s. 33) som skriver at psykiske plager kan komme til uttrykk som fysiske plager og motsatt. Disse funnene kan ses i lys av psykomotorisk fysioterapi som bygger på ideen om at det er et gjensidighetsforhold mellom kropp og følelser (Thornquist, 2010, s. 3). Det kroppslige og mentale henger altså sammen, og kan ikke forstås uavhengig av hverandre. Ut i fra dette påpekes viktigheten av at kroppen ikke kan ses på uavhengig av det mentale når fysioterapeuter jobber med kroppen som innfallsvinkel. Som Thornquist (2018, s. 160) understreker, preges alle på kroppslige vis av sin livshistorie og livssammenheng. Med andre ord er sammenhenger sentralt, både sammenhenger i kroppen, sammenheng mellom individ, livssituasjon, livshistorien og hvordan samfunnet virker inn på individet.

## 5.2 Metodediskusjon

For prosjektet ble det valgt en kvalitativ metode, da vi vurderte at denne metoden ville belyse problemstillingen på best mulig vis. Semistrukturerte individualintervju ble valgt som metode, og er egnet design for å gi informantene tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser

som krever ettertanke for å deles (Malterud, 2017, s. 133). I løpet av prosjektet har vi erfart at ved å benytte kvalitativ metode, har vi fått belyst spørsmål som problemstillingen reiser gjennom fysioterapeuters og psykomotorikeres erfaringer, vurderinger, tanker og holdninger om det gitte temaet.

Ved kvalitative studier må en ta høyde for at forskerens forforståelse vil påvirke resultatene. Forforståelse er bagasjen vi har med oss inn i prosjektet, og påvirker hvordan vi samler, leser og tolker data på (Malterud, 2017, s. 44). I forkant av datainnsamlingen prøvde vi å reflektere rundt vår forforståelse, slik at vi kunne være bevisste på den. Utdanningen er vesentlig når det gjelder vår forforståelse. Mye av forforståelsen kan vi være bevisst, men noe kan vi ikke bli bevisst. Som forskere er vi med andre ord formende på hele studien, da vi ikke kan være helt bevisst på vår forforståelse (Malterud, 2017, s. 44).

Gjennom prosjektet har vi forsøkt å stille oss kritiske til egen fremgangsmåte og stille spørsmål til det vi har funnet, dette kalles refleksivitet. Vi anerkjenner at vår forforståelse, motiver og forestillinger påvirker prosjektet og at vi ikke alltid kan se sporene vi selv har lagt ut (Malterud, 2017, s. 19). Gjennom arbeidet med prosjektet var prosjektloggen et viktig hjelpemiddel. I prosjektloggen skrev vi ned vurderinger og refleksjoner underveis slik at vi kunne se tilbake på hvilke valg vi hadde tatt og overveielser vi hadde gjort (Malterud, 2017, s. 53). Vi opplevde prosjektloggen som et nyttig verktøy gjennom arbeidet med prosjektet da vi flere ganger måtte gå noen trinn tilbake i arbeidet. Prosjektloggen kan på den måten ha styrket kvaliteten på oppgaven ved at vi stadig har reflektert rundt valgene vi gjorde underveis.

I forkant av intervjuene utarbeidet vi intervjuguide som skulle være til hjelp for å holde oss til temaet (Malterud, 2017, s. 133). Det er viktig at en ikke følger intervjuguiden for detaljert, når formålet er å få vite noe en ikke visste fra før. Intervjuguiden bør revideres underveis når forskeren ser hvor fokuset bør konsentreres (Malterud, 2017, s. 133- 134). Det kan tenkes at vi som gjennomførte et kvalitativt intervju for første gang ikke har mestret å løsrive oss fra intervjuguiden slik vi burde. Etter det første intervjuet vurderte vi at vi ville holde oss til den samme intervjuguiden for neste intervju, da vi opplevde å få belyst spørsmål som problemstillingen reiste. Det kan imidlertid hende at vi som nye forskere ikke har sett hvor vi bør konsentrere fokuset. Likevel vurderer vi at vi til en viss grad klarte å løsrive oss fra intervjuguiden, og selv om vi ikke reviderte intervjuguiden at vi fikk svar som belyste

problemstillingen. Intervjuguiden ble ikke sendt ut på forhånd, for å unngå at informantene skulle ha svarene klare før intervjuet (Malterud, 2017, s. 70).

For prosjektet ønsket vi to psykomotorikere og en fysioterapeut. Informasjonsskriv ble sendt ut til aktuelle fysioterapeuter og psykomotorikere basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi satte for valg av informanter. I og med at vi ikke fikk svar fra flere psykomotorikere etter at vi hadde sendt mail og ringt, valgte vi å inkludere to fysioterapeuter og en psykomotoriker. Dette blir kalt for tilgjengelighetsutvalg, en inkluderer deltakere som det er mulig å få tak i. En slik utvalgsstrategi kan medføre begrensninger (Malterud, 2017, s. 59). Det viktigste var imidlertid å inkludere informanter som hadde kjennskap til feltet. En styrke med utvalget er at alle har erfaring innen valgt felt, de har ulik erfaringsbakgrunn og utdanning fra forskjellige tidsperioder. Utvalget har på den måten bidratt til en viss variasjonsbredde i resultatene.

Alle tre intervjuene ble gjennomført av oss sammen, og alle intervjuene foregikk med både informant og oss fysisk tilstede. Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplasser, som kan tenkes å være trygghetsskapende. Dette var første gang vi gjennomførte kvalitativt intervju, noe som og vil påvirke resultatene. En forutsetning for at forskeren skal oppdage noe nytt og uventet er at forskeren lytter med et åpent sinn, og dette er en kompetanse som må utvikles og læres gjennom å gjøre kvalitative intervju (Malterud, 2017, s. 70). Vi valgte at én av oss gjennomførte intervjuet, og vekslet på dette fra hvert intervju. Fordelen med det er at informanten trenger bare å forholde seg til én, og at det blir en god struktur i intervjusituasjonen. På en annen side kan det være ulempe ved at den som intervjuer ikke legger merke til detaljer og spor, og at disse ikke blir fulgt opp når bare den ene intervjuer. Varigheten på intervjuene varierte ut fra hvor utfyllende informantene svarte, som resulterte i at det varierte hvor aktive vi var i de tre intervjuene. Dette vil på en side kunne påvirke resultatene. På en annen side forholdt vi oss til intervjuguiden og stilte de samme hovedspørsmålene til alle informantene, men oppfølgingsspørsmålene varierte ut fra hvor utfyllende svar vi fikk.

Analyseprosessen ble gjennomført av oss to sammen, som kan tenkes å ha styrket prosessen. Transkriberingen ble skrevet så ordrett som mulig for å ivareta det opprinnelige materialet slik erfaringer og vurderinger ble oppfattet under intervjuet (Malterud, 2017, s. 77). En styrke ved transkripsjonsprosessen er at vi var tilstede under intervjuet, og selv gjennomførte

transkripsjonen. En svakhet ved transkripsjonen var at vi noen ganger ikke oppfattet hva som ble sagt på lydopptaket, og dette kan ha påvirket det opprinnelige meningsinnholdet i noe grad. Gjennom arbeidet med analysen var vi noen ganger enige i beslutninger, andre ganger diskuterte vi frem og tilbake og brukte lengre tid på å komme frem til beslutninger. Å være to forskere som sammen kan diskutere kan ses på som en styrke ved analyseprosessen, da den ene forskeren kan se spor og detaljer som den andre ikke har sett.

Når det gjelder validitet og overførbarhet anerkjenner vi, med den tiden og de ressursene vi har, at bachelorprosjektet har svakheter og ikke kan gi kunnskap som er direkte overførbart til praksis. Studien inkluderer tre informanter, som er et lite utvalg sett i den store sammenhengen. Overførbarheten kommer imidlertid til uttrykk ved at vi har drøftet resultatene fra datainnsamlingen opp mot foreliggende teori på feltet, og dette har verdi utover materialet vi har samlet og analysert fra de tre informantene. For å vurdere validiteten av prosjektet har vi i dette underkapitlet derfor drøftet utvalget, datainnsamlingen og analyseprosessen samt at vi har kritisk vurdert egen fremgangsmåte og tatt i betraktning vår forforståelse. Vi anerkjenner at det er både styrker og svakheter med vår fremgangsmåte og at i kvalitativ studie vil alltid forskerne forme resultatene i større eller mindre grad.



## 6.0 Avslutning

Formålet med oppgaven var å belyse fysioterapeuters erfaringer og vurderinger med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager hos ungdommer. For å belyse dette har vi brukt en kvalitativ metode og intervjuet to fysioterapeuter og én psykomotoriker som arbeider, og har erfaring, med denne pasientgruppen. Gjennom prosjektet har vi fått innblikk i hva fysioterapeutene tenker, erfarer og vurderer i møte med pasientgruppen, og har drøftet disse funnene i lys av foreliggende teori for å belyse problemstillingen «Hvordan forholder fysioterapeuter seg til ungdommer med lettere psykiske lidelser i behandling av kroppslige plager?».

Fysioterapeutene som har vært informanter i prosjektet fortalte at de vektlegger bevisstgjøring i egen kropp hos pasientene, og at de fokuserer på pasientenes ressurser for å hjelpe dem med gode kroppslige opplevelser. Alminneliggjøring av naturlige prosesser var også noe fysioterapeutene trakk frem. Felles for alle fysioterapeutene var at de la vekt på å forklare hensikt og stille spørsmål til pasientene for å få dem til å reflektere over og kjenne på forskjeller i egen kropp. Å forme en god relasjon kom frem som en viktig del av behandlingen. Informantene brukte ord som kommunikasjon, dialog, trygghet, tillit og møte pasientene som menneske, når de beskrev hvordan de arbeidet for å forme en god relasjon. Informantenes forståelse av ungdommer, lettere psykiske lidelser og kroppslige plager dreide seg om både det å forstå den enkeltes sammenhenger i livshistorie og livssituasjon, men og forestillinger i samfunnet som påvirket ungdommene. Observasjon ble særlig vektlagt som en viktig del av å forstå den enkelte i behandlingssituasjon, og fysioterapeutene la ikke like mye vekt på standardiserte undersøkelsesmetoder og kartleggingsverktøy. Studiens data fremheves av teori fra andre fysioterapeuter, men funnene i resultatene presenterer også andre synspunkter og sider av den foreliggende teorien på feltet.

Psykiske lidelser er et helseproblem hos barn og unge i Norge i dag, og fører til nedsatt funksjon og helsetap. Vi håper at denne oppgaven kan belyse fysioterapeuters kunnskaper i møte med pasientgruppen, og tror at fysioterapeuter kan utgjøre en viktig del av behandlingen hos ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager.

## Litteraturliste

- Folkehelseinstituttet. (2011, 11. januar). Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge* (Rapport 2014:4). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge* (Rapport 2018). Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Helsedirektoratet. (2016, 21. juni). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon/>
- Helsedirektoratet. (2017, 14. april). Angst. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/angst>
- Helseforskningsloven. Lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Josefsson, T., Lindwall, M. & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta- analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(2), 259- 272. <https://doi.org/10.1111/sms.12050>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, E. W. & Taube, J. (2009). Angst. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 214- 224). Oslo: Helsedirektoratet.

Norsk fysioterapeutforbund. (2015, 12. januar). Hva er fysioterapi? – utdypet. Hentet fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>

Ottesen, A. (2017). Å kjenne og glemme kroppen: Et fagessay om fysioterapi og ungdom. *Fysioterapeuten*, 84(9), 60- 62. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-9-17/60/>

Pran, F. (2007, 22. juni). ICF - et felles språk for funksjon. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/ICF-et-felles-spraak-for-funksjon>

Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S. (2011). *Psykometri: sjel - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Stonerock, G.L., Hoffman, B.M., Smith, P.J., & Blumenthal, J.A. (2015). Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(4), 542- 556. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9685-9>

Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi: Tenkning og tilnærming. *Utposten*, 35(5), 28-32.

Thornquist, E. (2010). Pust og funksjon: Et innblikk i psykomotorisk fysioterapi. *Omsorg*, 27(4), 3- 6.

Thornquist, E. (2016a). Fysioterapi og medikalisering, del II. *Fysioterapeuten*, 83(8), 32-35. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-8-16/files/assets/common/downloads/publication.pdf>

Thornquist, E. (2016b). Fysioterapi og medikalisering, del III: Ungdom og utfordringer.

*Fysioterapeuten*, 83(9), 28-30. Hentet fra

<https://fysioterapeuteneblad.no/dm/fysioterapeuten-9-16/files/assets/basic-html/page-28.html#>

Thornquist, E. (2016c). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2016d). Psykisk helse, utfordringer og fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 83(4), 8-11. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-4-16/files/assets/common/downloads/publication.pdf>

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

World Health Organization (2003). ICF Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemning og helse. Hentet fra [https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICF\\_fullversjon-%20IS-0354.pdf](https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICF_fullversjon-%20IS-0354.pdf)

World Health Organization (WHO). (2018, 30. mars). Mental health: Strengthening our response. Hentet fra <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Informasjonsskriv

#### **Forespørsel om deltakelse**

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med bacheloroppgave om fysioterapi for ungdommer som har kroppslige plager og lettere psykiske lidelser.

Vi er to studenter ved fysioterapiutdanningen på Høgskolen på Vestlandet avd. Helse og sosialfag, institutt for ergoterapi, fysioterapi og radiografi. Vi arbeider med bacheloroppgaven vår som omhandler temaet psykisk helse. I vårt bachelorprosjekt ønsker vi å undersøke hvordan fysioterapeuter forholder seg til ungdommer med lettere psykiske lidelser i behandling av kroppslige plager.

Vi har valgt en kvalitativ tilnærming til vårt prosjekt, og i den forbindelse ønsker vi å gjennomføre tre intervju med tre forskjellige fysioterapeuter som har klinisk erfaring innenfor valgt felt. Intervjuet vil maksimalt ta en time. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuene som vil bli transkribert. Lydopptaket slettes så snart intervjuet er transkribert og analysert, og vil bli oppbevart på et trygt sted inntil de er transkribert og analysert. Vi ønsker å spørre deg om dine erfaringer og tanker rundt behandling av ungdommer med lettere psykiske lidelser.

Vi har taushetsplikt og er kjent med de etiske og juridiske retningslinjene som gjelder ved denne type oppgaveskriving. Informasjon som blir samlet vil være anonymisert og behandlet konfidensielt. Informanter har rett til innsyn i sitt eget intervju.

Det er frivillig å delta i studien. Signert samtykkeerklæring innhentes ved start av intervju dersom du ønsker å delta. Det er ønskelig fra vår side å gjennomføre intervjuet i perioden mellom 8.- 16. april. Vi kan sammen avtale tid og sted for intervjuet nærmere. Frist for innlevering av oppgaven er 21.05.2019. Informanten kan frem til en uke før innlevering trekke seg fra prosjektet. Dersom informanten trekker seg vil all informasjon fra denne personen bli slettet. Informantene vil få tilsendt oppgaven ved innlevering.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med [Studentens navn] på [Studentens mail] eller [Studentens navn] på [Studentens mail].

Takk for hjelpen!

Mvh: .....

Vedlegg 2: Informert samtykke

### **Informert samtykke**

Jeg samtykker til å dele mine erfaringer i et intervju som er sentralt i bacheloroppgaven for [Studentens navn] og [Studentens navn] om fysioterapi relatert til ungdommer med lettere psykiske lidelser og kroppslige plager.

Intervjuet er en del av en kvalitativ studie for bacheloroppgave ved Høgskulen på Vestlandet, avdeling helse og sosialfag, institutt for ergoterapi, fysioterapi og radiografi.

Jeg har mottatt og lest informasjonsskriv og er informert om at opplysningene jeg oppgir vil bli behandlet anonymt. Jeg er og innforstått med at det er frivillig å delta og jeg kan trekke meg fra studiet om jeg ønsker det.

Sted: ...../ 2019

Signatur: .....

## Vedlegg 3: Intervjuguide

# Intervjuguide

### Problemstilling

Hvordan forholder fysioterapeuter seg til ungdommer med lettere psykiske lidelser i behandling av kroppslige plager?

### Introduksjonsspørsmål

1. Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut/ psykomotoriker?
2. Har du noe tilleggsutdanning?
3. Hvor lenge har du arbeidet med ungdommer med lettere psykiske lidelser?
4. Hva innebærer dine arbeidsoppgaver?

### Veiledende spørsmål og oppfølgingsspørsmål

1. I hvor stor grad erfarer du at ungdommer med lettere psykiske lidelser har kroppslige plager?
2. Hva tenker du om undersøkelse?
  - a. Hva legger du vekt på i undersøkelsen?
3. Hva benytter du av virkemidler og metoder i behandlingen?
  - a. Kan du beskrive et pasienteksempel?
  - b. Hvorfor valgte du den tilnærmingen og hvordan erfarte du at den virket?
4. Hvilken betydning har relasjonen for at behandlingen skal bidra til å hjelpe pasienten?
  - a. Kan du beskrive et eksempel der relasjonen var særlig viktig/ ikke så viktig?
5. Har du noe annet du ønsker å si før vi avslutter?

## Vedlegg 4: Transkripsjon intervju 1

### Intervju 1

S: Student

S2: Student to

I: Informant A

... : pause

S: Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?

I: Ehm, nei, jeg har jobbet i 17 år. Da har jeg jobbet først 6 år på et institutt mer sånn allmenn fysioterapi, og så har jeg jobbet her nå på (sted) de siste 11 årene. Og da har jeg jobbet som psykomotorisk fysioterapeut, eller, jeg tok den utdannelsen når jeg begynte her da for 11 år siden. Så da begynte jeg liksom litt praksis og pasienter i den forbindelse.

S: Ja, for neste spørsmål jeg har er om du har noen tilleggsutdanning? Så da er du psykomotoriker, men er det noe mer du har gjort eller?

I: Jeg har også en ... ehm, jeg har spesialitet i psykomotorisk fysioterapi men og i barne- og ungdomsfysioterapi. Ehm, nei, ja jeg begynte for 11 år siden så var det egentlig ikke så mange som jobbet med barn og unge i forhold til en ... ehm, psykosomatisk innfallsvinkel da. Så da på skolen, da jeg tok den utdannelsen i Oslo, så fikk jeg egentlig beskjed om at jeg måtte ta praksisen min på voksne. For det har vært mye snakk om sånn, de krenkede barna i de voksne kroppene, og de har litt sånn behandlet voksne. Men det har jeg jo og sett at det kan være ting fra tidligere i livet som også setter seg i kroppen. Og så tenkte jeg det at nei men dette kan vi jo prøve å ta tak i litt før enn at det setter seg så veldig fast. Så nå opplever jeg vel egentlig at det er mye mere, ehm, flere psykomotorikere som også jobber med barn og ungdommer og unge voksne da. Det ser jeg vartfall at det har noe for seg.

S: Ja, så hvor lenge har du arbeidet med ungdommer med lettere psykiske lidelser?

I: Ja, da har jeg jo jobbet sånn de 10 siste, 11 årene egentlig med disse problemstillingene som jeg har nå.

S: Litt mer over til hva innebærer dine arbeidsoppgaver?



I: Så, i begynnelsen hadde vi jo litt sånn delt hverdag med mye grupper med barn med CP og ... ehm, ja overveiktsgrupper ... og grupper med barn med motorikk grupper og den type ting. Og så hadde jeg noen sånn individuelle på barn, som gjerne da ble henvist med litt sånn diffuse plager, mage plager eller vondt i hodet ... ehm, nakke, muskelspenninger i nakke og rygg ... Jeg får jo og inn egentlig flere og flere, eller i perioder, mange med sånne veldig intense smerter noen spesielle steder i kroppen, men som har vært på masse utredning på sykehus og de finner ingen organiske tegn på at det skal være noe galt med noe kroppslige strukturer da. Og så tenker de det at det er en sånn fyring i systemet på at det er en smerte der, men det er ikke alltid så lett å finne ut av hva er årsaken til det. Men smertene er så reell for de barna, at det er sånn at hvis du sier kan jeg få se på, bare få kjenne på bena deres, så kan de begynne å gråte og veldig sånn intense smerter. Sånn at kroppen kan være bærer av mye symptomer da ... Og det ser jeg en sånn økt tendens til, at veldig mange barn og unge er litt sånn symptombærere sant. For det er et samfunn og nå som er mer og mere, vi skal prestere og vi skal ... nesten som et sånn hamsterhjul man skal henge på sant og så lett å dette ut ... Så vi får inn av de som mangler mestring eller, ja det setter seg i kroppen, og de, der man ikke strekker til kanskje. Så det ser jeg mer og mer av, litt mer sånn strukturer i samfunnet. Så kan det være hodepine og det kan være ting i familier og det kan være ting i venneflokkene og det kan være mobbing på skole og ... så litt sånn det der når du jobber som psykomotoriker så ser du mer det der helhetsspektivet og vi jobber jo med hele kroppen og vi prøver og egentlig fange litt sånn bredt da, for å prøve å finne ut av hvorfor, hvorfor reagerer kroppen sånn som den gjør. Så det er en veldig sånn, jeg syns jo det er en veldig fin måte og en fin tilgangsvinkel til barnet å prøve og hjelpe de til å se sammenhengene. For hjernen klarer ikke alltid å skille om det er psykisk eller fysisk, eller hva det er, men det er egentlig ikke det som er det vesentlige. Det vesentlige er jo funksjonen sant, hvordan fungerer de i sin hverdag og hvilken støtte har de rundt seg og hva slags nettverk har de. Ja ...

S: Det, ja, kommer jo litt over i neste spørsmål som er: i hvor stor grad erfarer du at ungdommer med lettere psykiske lidelser har kroppslige plager?

I: Ja, og så, det som jeg og opplever det er jo at for en del barn, altså de har heller ikke den erfaringen som man kanskje har jo eldre man blir så skjønner man jo kanskje mer på sammenhengene sant, og jo eldre man blir, blir man flinkere til å være verbal og kunne sette ord på hva er det dette handler om sant. Barn bare reagerer og så, og ja men jeg er her fordi

jeg er sint eller ... men man er jo som regel sint av en grunn, sant. Og er man egentlig sint eller er man lei seg, og liksom det der å prøve og hjelpe hva er de forskjellige følelsene og, og hva skjer i kroppen din. For det er på måte, noe av dette er naturlig, følelser som vi alle går og bærer men i større eller mindre grad. Og det som er vesentlig er jo igjen hva er det dette gjør med deg. For går man hele tiden å sier du er bare sint eller du er bare sur, så .. så er det jo forskjell i kroppen enn hvis man sier er du lei deg nå eller er du trist eller savner du noe eller ja ... så det, det handler veldig mye om hvordan man møter og hvordan man hjelper og prøver å lage et system og alminneliggjøre at dette her er jo og naturlige prosesser sant ... men, ja ... de blir ofte et resultat av sånn samfunnet er lagt opp altså, tenker jeg.

S: Litt over til sånn, litt undersøkelsesdelen, hva tenker du om undersøkelse når du får en pasient og .. som har, som du snakker om litt nå som kan ha litt sinne og følelser og sånt, hva tenker du om undersøkelse da eller hva gjør du da?

I: Jeg jobber jo mye ut i fra det som heter resursorientert kroppsundersøkelse, som vi bruker i psykomotorisk fysioterapi. Og det vet jeg ikke om dere har vært bort på noe på studiet?

S og S2: Nei ...

I: Nei, for det går jo på å se på holdning. Man ser hvordan de står, velger man en bredsporet utgangsstilling eller har man mer tyngde bak på hælene, frempå tåen ... hva skjer hvis man korrigerer på den fotstillingen for eksempel, strammer det seg andre steder. Foten er ganske sentral da i psykomotorisk, krøller barnet eller ungdommen tærne veldig mot underlaget og hva kan det fortelle ... Mange står jo med veldig sånn spenn i lårmuskulatur, spenner i setet, låser jo egentlig, kan du si, de har, har du vondt i kneet så står gjerne patella og gnisser i sånn gnisseposisjon hele tiden fordi at de hele tiden også står å spenner i quadriceps, mye av det man ser. Mange er veldig opphengt i skuldrene, vi ser mye på pust, er det noe bevegelse nede i magen ... Holder de i skuldrene sine, står her og gjør de tingene. Biter de kjeven sammen ... Og så er det noe med at klarer man å gjøre barn eller ungdom oppmerksom på hva gjør jeg og i hvilke situasjoner gjør jeg det sant, for er dette hensiktsmessig for deg eller er det ikke så hensiktsmessig. For det er noe med at, at sier man at nei nå må du slippe de skuldrene dine, så må man også kanskje ha en bedre fot å stå på sant. Hvis man står å krøller tærne så er man litt sånn opphengt i skuldrene sine og. Sånn at det at vi jobber på en måte gjennom hele kroppen for å prøve og se, ser jeg det samme når du da sitter. Hvor, altså stopper pusten allerede med

at man biter tennene sammen, for det er en sånn bremse ... Sant, og i noen situasjoner så kan det være vanskelig, hvis man da er et barn som mobbes på skole og, ja men da biter jeg tennene sammen der og jeg går og er mye sint og frustrert, så kan man gjøre de oppmerksom om at kanskje i noen situasjoner så er det hensiktsmessig, men når du er hjemme på rommet ditt så må kroppen og få hvile og slappe av for der er du trygg og har det godt sant. For med en gang man kan bli oppmerksom på hva man gjør i kroppen sin eller hva man kjenner i kroppen sin, så har man jo et valg til at er det noe annet jeg kan gjøre i stedet for. Og så er det å prøve og gi de alternative måter å gjøre ting på da. Og det kan jo være mellom, med små øvelser på, som går på pust eller merke forskjeller da. Ja ... Er det forståelig?

S og S2: Ja ja.

I: Så det er litt annerledes på en måte enn, sant, for du kan jo og få inn et barn som har vondt i kneet eller jeg har vondt i skuldrene mine. Og mye av den tilgangen jeg brukte før det var jo ja men så masserer vi litt her sant, masserer vi på nakke/ skuldre ... Men så tenker jeg det hjelper ikke, jeg kan stå å massere og massere og massere, men jeg må og forstå hvorfor blir det sånn for deg, sant. Har man for eksempel, går man i en litt sånn der krigssone hjemme eller skal flytte fra mor til far for eksempel, sant, eller har kranglet masse med en søster eller bror eller rett ut i en vennegjeng som mobber deg, så tenker man og at kroppen er en viktig del av forsvarssystemet, sant. Og da kan vi gjøre så mye vi vil, men vi må også prøve å hjelpe de å forstå. Og før tenke man jo at nei men det er ikke så lett for barn, men barn kan også være ganske sånn omstillingsdyktig på, på de tingene.

S: Men hva gjør du for å prøve å forstå hva som skjer rundt på en måte, i livet, altså sier de det bestandig hva som skjer eller må du på en måte finne litt ut av det, eller?

I: Nei, det er ikke alltid de sier. Og noen ganger så behandler jeg over lang tid før jeg får noe. Men, men ... noe svar på det, og det er ikke sikkert at barnet vet det selv. Sånn at, men det som jeg må stole på, det er jo der vi egentlig er heldige som er fysioterapeuter at vi har og kroppen som en innfallsvinkel. Og så kan man si: ja men hvis du nå prøver å slippe litt der, sant, men det gikk jo greit og det gikk jo fint, sant, så kan man liksom jobbe ... jobbe med den der bevisstheten likevel da. Og så kan jeg jo, så er det jo og hele tiden en samtale eller, jeg forventer ikke alltid svar på spørsmålene jeg spør om. Men jeg har ofte erfart at de kommer tilbake igjen, at oi jeg går og biter tennene mine, det har jeg ikke tenkt noe over. At de faktisk

registrerer det selv utenfor behandlingsrommet da, på noen ting. Og selvfølgelig jo eldre de er, jo bedre er de jo på det, egentlig. Ofte har jeg en av foreldrene med på første samtale, det og hjelper jo, at man kan få de til å, det er veldig viktig at man forstår det samme da, sånn at man forteller det samme til barn og at man, ja ... Vi må ofte jobbe litt med foreldrene og.

S: Ja ... Hva benytter du av virkemidler og metoder i behandlingen?

I: Åå, hva tenker dere på egentlig da?

S: Ja ... Er det noe sånn, litt mer, hvordan tilnærmer du deg når du snakker om nå at det kan være masse følelser, eller hvis de er spent og har vondt i for eksempel skuldre og kne som du sier, hva gjør du for å på en måte ... Ja, jobbe med det på en måte? Er det noe som er gjennomgående eller er det litt varierende?

I: Ja, det er mye av det samme, sant. Og noen ganger så bruker vi og treningssal, sant. For det kan gå på å gi gode opplevelser på mestring, altså, det og er .. for for en del barn er de litt sånn urolig og litt alle veier, og trenger egentlig å prøve og lande, sant. For den der kroppslige uroen, den ser jeg jo og hos en del av de, sant, at det der og kjenne på de der tingene kan være vanskelig. Men da har vi gjerne sånn at vi lager avtaler på at nå er vi her, og jobber litt sånn psykomotorisk, sånn ... det går mye på sånn å merke på og kjenne på og, men, at vi og har litt øvelser inne på, inne i treningssalen som kan gå på balanse ... trening, løping, klatring er ofte en veldig sånn god måte å oppleve mestring på og få noen gode sånn der kroppslige opplevelser, sant. Så da er det mye sånn pusting på ballonger og fjær og for å prøve å jobbe med pust. På noen av disse jeg har som har veldig reelle smerter, så er det jo mer ... prøve å få symmetri, sant, og få vekt på beina og så, det er jo, det er jo hele fysioterapien tenker jeg at man, man jobber med. Og så er det jo noe med den, ja de erfaringene etter hvert, at man må våge å spørre, sant. For det at det er ... og man må klare å romme de svarene man kan få, det må man faktisk tåle å stå i. Fordi at ... ja, det er en del ting og det er jo litt sånn, ja, klare å bli oppmerksom på det. Så det er litt spørring og litt ... ja. Jeg har jo og en sånn veilederutdanning, sånn at det går liksom på hvordan spør vi og hva, ja, hvordan kan vi få informasjon.

S: Kunne du ha beskrevet et pasienteksempel på noen som du møter som har litt kroppslige plager, og hvordan du må en måte har tilnærmet deg i behandlingen?

I: ... Det var et stort spørsmål. Det er nå mange her ... på en dag ... Men altså litt sånn i forhold til hva slags diagnoser jeg får inn sant, så går det jo, det er en god del med angst og depresjon, som jeg får inn. Så har jeg jo en del fosterbarn som har jo ofte traumatisk bakgrunn, mye sånn ... kan ha vanskelig for relasjoner, kan ha vanskelig for å regulere følelsene sine ... har jo en del med anoreksi/ spiseforstyrrelser inne ... noen av disse har bare vondt i magen og de tingene der, og så er det disse herre som faktisk kommer mer og mer med veldig ekstreme smerter, som man nesten ikke vet helt hva man skal gjøre noe med. Jeg er og rundt på hjemmebesøk hos noen med ME, så det er på en måte et veldig sånn bredt spekter. Og så tenker jeg sånn i forhold til godt behandlingsforløp, så har jeg og brukt mye tid på å opparbeide meg samarbeid da, med BUP, PPT, skoler ... Mye kontakt med barneklubben på Haukeland, sant. Men det der at man på tvers av faggrupper forteller det samme til barna det er jo og sånn vesentlig, for mye av dette tenker jeg at dette kan jeg ikke stå alene i som fysioterapeut, dette krever at vi er sammen, heilagjeng rundt det barnet ... Men, noen sånne gode forløp ... Altså det aller, aller viktigste tenker jeg, på det generelle, er jo å skape en god relasjon til barnet. Så det at, sånn første time, så kan jeg bruke bare på å ta opp anamnese og snakke og være egentlig veldig takknemlig for at de deler med meg, for at det er noe med å ha en ydmykelse og respekt for at dette er, det er ofte sårbare mennesker, sant. Det er, og det er ting de forteller som de kanskje ikke har delt før ... Så det å, ja, altså er det den der kompleksiteten. Jeg fikk inn en her, ta det nærmeste eksempelet, så var det en med anoreksi i går, som har hatt veldig, veldig hardt sykdomsforløp i fjor og men nå har veldig ekstreme smerter i beina. Og så er det da masse blåmerker på beina, det er mye selvskading ... og egentlig bare et frustrerende liv, sant. Sånn at, og da tenker jeg litt sånn der, tilgangen er i vartfall å prøve og skape en god allianse og en felles forståelse. Da hadde hun foreldrene med seg i går ... Og så, ja, så var vi ... for nå spurte du liksom hva vi gjør sant, og hvordan man følger opp. Og da behandler jeg ikke mer enn en gang i uken egentlig med denne type behandling, for tanken er og at det skjer en del ting mellom behandlingene, og at man starter noen refleksjoner og at man starter noe sånn bevissthet i forhold til seg selv, sant, og identiteten. Sånn at ... ja, altså da brukte jeg egentlig, faktisk halvannen time på å bare prate, og det er veldig meningsfylt for meg og veldig meningsfylt for tilbakemeldingene på at det er det også for de. Så er det undersøkelse og så er det noe som heter prøvebehandling som vi da går i gjennom, kan vi gjøre, fra fem til åtte ganger egentlig. Er de mottakelig, hvordan reagerer de på enn sånn type behandling. For det handler jo veldig mye om å prøve og slippe pust til, prøve å jobbe mer med avspenning. Men det der når man begynner å rote med, hvis

man tenker og at muskelspenninger er en del av forsvarssystemet, når man begynner å plukke på det, så mister de på en måte noe av det forsvarssystemet også ... Så hele tiden liksom sjekke ut er dette greit, sant. Og så, ja, så blir det å følge opp. Så vet jeg at denne jenten går på BUP, kontakte de, være i felles dialog på hvor mye doserer vi er også et nøkkelbegrep, hvor ofte skal de gå her og hvor ofte og hvor mye skal de trekkes ut av det vanlige når det egentlig er så komplisert, sant. Hvor mye skal vi pille i tingene og hvor, ja ... Sånn at de skal føle at liksom, de er med på dette her, og at man ikke åpner opp uten at man kan prøve å lukke litt igjen ... Så det er gjerne folk jeg følger i lange perioder, opptil året.

S: Opptil et år?

I: Og flere og, jeg har hatt noen over flere år. Så er det noen i vanskelig barnevernssaker som man må inni. Da er det jo foreldre og besteforeldre, så det er, så det at det er et litt sånn ja ... litt annen måte å følge opp på. Og jeg synes det er viktig med dette nettverket rundt da. Fordi at ... ja, på Haukeland har de på en måte, der er alle spesialitetene, sant, og de kan spille på hverandre, men så henvises de ut på instituttene eller i kommunene, og da er det så avhengig av at vi kan snakke tilbake eller ... Ja, forstå det.

S: Men, når du har noen over flere år, opplever du at det liksom, at de blir bedre eller at det skjer noen endringer, eller er det liksom det samme over lang tid?

I: Ja, jeg opplever at det ofte blir bedre. Det gjør det, sant. Og så er det ikke sånn at de går her en gang i uken i tre år, da har de gjerne pauser og så ... Men så blir man noen ganger en viktig voksenperson for disse ungdommene, fordi at de kan ha vanskelige relasjoner eller de får andre voksne de snakker med. Sånn at, det kjenner jeg og litt på av og til, at det er liksom ikke sånn at nå er du 18 da må du ut. Jeg har en god del fra, ja både fra 0 til 35, sant. Sånn at vi får en del av disse unge voksne. Og jeg hadde senest en her nå i sted, som har slitt med spiseforstyrrelser og som nettopp da hadde vært på en tur til Danmark. Og da måtte jeg spørre om kunne du gjort dette for ett år siden, nei det kunne hun jo aldri gjort, kunne ikke dratt på en sånn tur selv om dette med måltider på tur ble vanskelig og ... Sånn at det er og utrolig viktig, å hjelpe de å se at det skjer en endring men det går jo ikke så kjapt som hvis du har skadet en skulder eller operert en skulder, da har man en forventning om at dette tar slutt på et tidspunkt, sant. Men de perspektivene kan jeg ikke alltid gi de. Men jeg kan si at dette kommer til å gå bra, sant, dette, altså det der å være den heiagjengen rundt de, det er

kjempeviktig. Og så er det ikke alltid de orker å snakke, og da er vi som fysioterapeuter heldig for vi kan bare jobbe med kroppen og gi de noen gode opplevelser på at kroppen din er faktisk god og. Jeg har en jente på ni år nå som er inne med en ekstrem ... vondt bein, som bare gråter, bare jeg snakker om det og nærmer meg det. Da har vi jo jobbet mye med nakke, skuldre, mye med det andre beinet ... Og det går helt fint. Og så har vi fem minutter med å prøve og strekke og jobbe, for hun er jo i feilstilling både i hofte og i kne på det beinet, og skal helst ikke taes på. Men der sier jeg det går jo heller ikke an, du kan ikke gå sånn resten av livet. Og hun har et mål om at hun skal på cruise i sommer, og det er liksom målet, der foreldrene nei hun kan ikke dra på cruise. Jo, det skal det barnet, det er utrolig viktig at man har et mål, sant ... For, for det, ja ... og det er ikke alltid vi får svar, hvorfor er det sånn. Så noen følger jeg over lang tid, andre blir sånn ganske sporadisk, det kommer plutselig disse her, det er jo ikke nødvendigvis en skade eller ett eller annet som har skjedd, men ... Sånn som hun som jeg hadde inne i går, med disse blåmerkene på beina, hun hadde plutselig fått vondt i beina på kassetur i Polen. Men, når jeg liksom hadde snakket litt med hun så skjønner jeg jo at det ble jo en, ekstremt mye for hjernen å ta inn, når det er vanskelig med vennerelasjoner og du skal gå sammen 24 timer i døgnet og, altså det er bare kroppen sin måte å reagere at nok er nok, sant. Lite plass til å trekke seg tilbake og ta pauser ... slitt med en alvorlig anoreksi, så er det krevende, sant, for det ... så det var den kompleksiteten da, som jeg synes er utrolig spennende å jobbe med. Men det er vanskelig, det er det, og det er ikke noe to streker under svaret på hva som er riktig inngang og ... Men det er det der å møte de der de er og høre på hva det de sier.

S: Ja, for du snakket litt om relasjon i sted. Vi har jo et spørsmål om det og. Du svarte litt på det i sted, men hvilken betydning har relasjon for at behandlingen skal bidra til å hjelpe pasienten?

I: Jeg tror det har veldig, veldig mye å si. Det tror jeg ... Og så er det jo av og til man opplever at, men her ble det vanskelig, sant, eller her har jeg, har jo hatt noen ganger at du har noen av disse her som er ... veldig sånn, de skal bare tåle alt, sant. Ja men det er ikke au, eller det er ikke noe sånt. For jeg er jo veldig oppmerksom på at nå må du gi beskjed, sant, er det vondt eller ... men og å fortelle til barn at jeg har og et ansvar for å se når du har vondt, for kroppen din gir meg signaler på det. Men så kan de ha kommet hjem og så kan de ha sagt uff nei det var vondt, det vil jeg ikke tilbake til igjen og det orker de ikke. Så i forhold til det med relasjon så tenker jeg i den grad man kan klare å følge barn tilbake igjen og at jeg kan ta det

ansvaret, sant, for det er alltid den voksne sitt ansvar og ha respekt for at dette her skal vi, da må vi gjøre det på en annen måte, unnskyld at det ble, sant ... men du tror noen ganger at de tåler mere fordi de biter i seg. Og det er jo noe av det vi vil jobbe med, sant, i forhold til den bevissthet, hvor er grensene ... hva skal du klare og hva skal du faktisk, hvor tid skal du si nei og stopp, for det er jo noen ganger det som er det vanskelig. De tror de bare må tilpasse seg alt hele tiden, og det er vanskelig når det er et samfunn som er i et hamsterhjul hele tiden og det er ikke rom for å dette ut liksom ... Så det, det er noe å prøve å få de tilbake i seg selv og tro på seg selv. Så, så den, det med relasjon det tenker jeg er utrolig viktig, og det er jo mitt ansvar å skape det.

S: Har du ett konkret eksempel, et pasienteksempel, på at det var veldig viktig en situasjon? Du har sikkert mange, men om du liksom kan trekke ut et eksempel på at det har hjulpet eller gjorde at endringer var mulig i behandlingen?

I: Jeg var i en vanvittig barnevernssak her for noen år siden ... som kom opp i media og det var en sånn ... det var første gang, det er noen år siden. Men det var første gang jeg kjente på, guri hvor viktig, dette kan ikke jeg stå alene i. For da var jeg selv på sånn kollegaveiledningssamtale og da bare kjente jeg, når jeg begynte å fortelle til de andre denne saken som jeg da stod i, da tenkte jeg dette går ikke. Dette kan ikke jeg stå i alene, sant. For det var, det var en sånn omsorgssak og ... Ja, og barnevern og, følte liksom at alle var sånn ... og vi var mor sine hjelpere. Men da allierte jeg meg med en annen fysioterapeut som kunne behandle mor, og jeg behandlet barnet ... Og vi fikk egentlig ett nettverk, på en måte måtte søke rundt for å ... at vi ble litt mer sånn rustet. Vi var ikke bare mor sine hjelpere da, i en sånn sak ... Og det ... Det endte med ett barn som ble tatt med til, flydd, hentet på skole av åtte politimenn, og kjørt til flyplassen og sendt på institusjon. Sant, han var egentlig frisk i utgangspunktet, nesten ... Men, sendt på en institusjon, barn med atferdsvansker, han hadde jo ikke noe atferdsvansker. Og han ville ringe til meg, og han var jo helt fortvilet og han fikk til slutt ikke snakke, han fikk ikke snakke med onkel, han fikk ikke snakke med brødrene sine. Det var, det er helt ekstremt at det kan skje, sant, i Norge. Mor trodde han var ut i (sted), og det .. det ... da kjente jeg hvor godt det er det der at man har, og de tror på deg, og de, vi stoppet ikke det der, vi stod i den saken i noen år altså. Og det var mye ... i retten og, men det var liksom advokater og menneskerettighetsforkjempere og ... Det var veldig urimelig, og det og liksom bare vite i seg selv at vet du hva dette gjør jeg for dette barnet, han er jo fullstendig uskyldig opp i det, sant. Men han kom jo tilbake igjen fra institusjon i tre måneder og mistet



funksjon, han klarte ikke å holde hodet sitt engang. Fullstendig hjelpetrengende ... i to- tre, han mistet hele ungdomsskolen, tre år, sant. Satt i rullestol. Men ... så det har gått veldig fint. Nå går han på universitetet og har vunnet mot høyesterett og, så det er på en måte, men, men ... det er så viktig å vite hvem er det jeg skal ha denne relasjonen med, sant. Fordi at man kan spilles ut i konflikt mellom foreldre, eller, men, men jeg er barnet sin hjelper. Og jeg tror det, det er liksom det som er viktig å holde fokus, hvem er det jeg skal støtte og hvem sin stemme skal jeg være når barnet selv synes det er vanskelig å være den stemmen. Så når man får erfaring så blir man og tryggere i den rollen, sant, at jeg tørr å si at men dette har jeg noen eksempler på, at det er dette som går. Så da er den en ... ja, så det er liksom en helt ekstrem, men det er en god læring, sant. For meg var det det, og for kollegaen min som har jobbet i, som snart er pensjonist og som tenker dette står vi sammen om, sant. Det, ja, så da er det viktig å vite hva skal jeg tro på her, og ikke blir vippet på den andre siden. For det hadde vært et svik til, mot det barnet, sant ... Så de skal kunne stole på deg da, ja. Og så er det jo noen regler i dette og fordi at foreldre kan jo få vite en del ting men, men sant de er myndige når de er 18 men, men når de er 16 år så har jo ikke man noe opplysningsplikt nødvendigvis til foreldre eller de rundt. Da har man taushetsplikten sin i forhold til barn og ungdom, og det er viktig at man gjør de oppmerksom på. Så jeg, vil jeg ringe til en fastlege eller vil jeg ringe til en mor eller, så, så må jeg alltid sjekke ut at det er greit med den ungdommen. Og så kan de si nei, så noen ganger må jeg si at vet du det må jeg nesten faktisk altså, jeg må forhøre meg litt. Sånn at man, ja, men de skal vite hva som skjer. De skal ikke føle på mer av det der snakke bak ryggen for det, ja, ja det synes jeg er viktig. Jeg vet ikke om det var svar på det men.

S: Jo, det var et veldig godt svar. Ehm ja, vi har nå egentlig vært innom de emnene vi hadde lyst til å høre litt om, så har du noe annet du ønsker å si før vi avslutter?

I: Åå, ja, nå skal jeg bare tenke om jeg har svart på ... Ja jeg tenker det som er viktig det er jo at dette er jo en sånn ressursorientert ... kroppsundersøkelse, sant, det er ... og det tenker jeg generelt for fysioterapien, sant. Hvis vi tenker mennesket, heh, det, så det er litt det der igjen til det samfunnsperspektivet, det synes jeg er så viktig, å gjøre pasienter oppmerksom på du er en del av et system, sant. Det definerer ikke ... det definerer ikke ungdommene, ehm ... for hvis man ser på forskning så er vi 80 prosent god, og vi er god nok. Og så er det kanskje 20 prosent som ikke liker deg eller som ikke synes at det der, og det der 20 prosenten får vi ikke til eller, og sånn gjelder det for oss alle sammen. Og det synes jeg er utrolig viktig å presisere til pasienter. Og, og noe med det der at vi skal prøve å finne ressursen i folk, sant. Vi skal

jobbe ut i fra det, ja men du har en arm som ikke fungerer, men du har faktisk resten av kroppen din som er god, sant, og som ehm ... fordi at det er ikke alltid rom for det i samfunnet hele tiden, og det skal vi og det, men jeg kan jo dette og jeg kan jo dette og jeg har jo mamma og jeg har jo pappa, jeg har jo, om ikke jeg har de vennene, ja så dette er noe jeg kjenner på at jeg gjentar meg selv i nesten daglig altså. Og der synes jeg vi gjør en viktig jobb å prøve og trekke det fram. Og jeg bruker meg selv mange ganger og som et eksempel fordi at det er litt sånn for å alminneliggjøre at ja i vår familie så har vi og disse konfliktene selv om vi bor sammen, selv om vi ... sant, det er noe med at ting er alminnelig men, men for de så blir det liksom gud jeg er den eneste i verden fordi at vi snakker ikke, det er ikke tid, sant, det er ikke rom til det der ... det skal være så perfekt og det skal være så fint og vi skal være så god og vi skal få så gode karakterer og så skal vi ... men til syvende og sist så er det jo så viktig å ta tak i verdien til folk, sant. Og det synes jeg er noe av det jeg er mest takknemlig for i jobben, hvis jeg klarer liksom å prøve og dra ut hva funker, hva er bra, sant. Så til dere som er studenter og, altså det er jo travelt sant. Travle dager, ja, men det er viktig å ikke glemme den opptellingen på, på de tingene. Både på kroppslige og mentale plan, altså. Fordi at mye av dette her det er jo en sånn økning, det er jo hver fjerde eller femte ungdom, sant, som sliter. Og de blir yngre og yngre, og det blir mer og mer sammensatt. Og så tenker jeg angst, depresjon, vi stiller diagnoser ... ehm, og ganske tidlig synes jeg de stiller av og til diagnoser, sant, men jeg tenker og at mye av dette er symptomer. Altså ungdommer og barn blir symptombærere på andre ting. Og jeg hadde akkurat en mor i går, så sier jeg ja men det er jo så tøft å være ungdom, men så sier hun det er faktisk ganske tøft å være voksen og, fordi at du skal håndtere disse her problemene som ungdommen står i uten at vi selv nødvendigvis alltid helt forstår alt som de står i da. Så det er og en takknemlighet i jobben på alt som de kan dele og alt som kan hjelpe meg å forstå ... som skjer på media, som skjer på hvordan de faktisk snakker til hverandre for kommunikasjon er og en vesentlig del i, i ... sånn som vi sier til barna det er liksom sånn du er aldri her, det er en måte å si på, sant, da hører man noe. Men sier man jeg savner å være med deg, så er det noe helt annet. Men man sier jo egentlig de samme tingene. Så det der å bli bevisst på hva ord bruker vi, det er og vesentlig for hva ... ja. Og det er min jobb, sant, jeg kan si mye i en time men jeg må sjekke ut at de forstår det jeg sier og at budskapet er nådd frem. Så det at, det er viktig i, i jobben vår. Å møte de, for det de trenger. Noen andre ting dere?

S: Nei, det var veldig gode svar på det vi lurte på.

## Vedlegg 5: Transkripsjon intervju 2

### Intervju 2

S: De første spørsmålene er bare sånn introduksjonsspørsmål, hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?

I: Eh, jeg tok turnus i 1989, så har jeg jobbet, da begynte jeg å jobbe litt med eldre i (sted) ett år også begynte jeg som kveldsvakt på Haukeland sykehus, da jobbet jeg på alle avdelinger. Det var jo de dårlige pasientene på sykehuset. Så da kom jeg jo til (sted) da, så begynte jeg på (sted), også ifra 2000 så har jeg jobbet på institutt med barn og unge. Ja, så det er nesten, ja 25 kanskje med barn da, og unge ... Ja.

S: Ja, også neste spørsmål, har du noen tilleggsutdanning?

I: Eh, ja, jeg er spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi, også gjennom norske fysioterapeuters forbund. Og det er jo et langt, har vartfall vært et langt opplegg. Du må ha lang praksis med barn og du må ha, ehm, masse kurs ... Og så må du ha forskning og, ja ... og det må jeg fornye hvert syvende år. Og så har jeg jo pedagogikk og psykologi grunnfag i tillegg også masse kurs og ja.. Så jeg har endel.

S: Mm ... Nå har du jo svar på det da men, neste spørsmål er hvor lenge har du arbeidet med ungdommer med lettere psykiske lidelser?

I: Det har jeg vel egentlig hatt hele veien fra (sted) da og her. På (sted) begynte jeg i 94, sant, så jeg har jo ... ja, 25 år, hehe, (avbrytelse fra kollega) ... Ja ...

S: Har du merket noe, som på de 25 årene, at det har blitt mer eller mindre av det?

I: Det jeg har merket er at det har blitt, jeg kan ikke si at det har blitt mer, men vi får flere som er yngre i alder som har egentlig symptomer som, emh ... Ja... psykiske problemer i større grad i lavere alder. Men jeg kan ikke si om det er flere fordi at det kan hende at vi får henvist flere, sant, men på meg virker det som at det er et økende problem. Ja.. ja ...

S: Så, hva innebærer dine arbeidsoppgaver?

I: Ja det er jo, å drive dette instituttet her da sammen med en kollega, da har vi masse å gjøre ... Vi har mange barn med ulike typer funksjonshemming, og vi jobber både med intensive treningsgrupper for barn, og det er mange barn med nevrologiske sykdommer som cerebral parese og syndromer og sånne ting, eh ... Også jobber vi også individuelt med barn og unge, eh ... Jeg har en ungdomsgruppe, emh, som også inkluderer og har inkludert ungdommer med forskjellig problematikk, også med psykiske problemer.. Og så har jeg mest individuelle behandlinger i forhold til disse ungdommene som dere tenker på. Og også de andre har vi individuelt, så det er ja, så vi har masse pasientbehandling, eh, også administrasjon, og det går gjerne over tid, så vi har det travelt. Ja ...

S: Og, i hvor stor grad erfarer du at ungdommer med lettere psykiske lidelser har kroppslige plager?

I: Vi får jo gjerne de som har kroppslige plager, sant, så det er jo de vi har her. Vi har forskjellig ... har dere begynt nå med de litt grunnleggende spørsmålene?

S: Ja

I: Ja så, jeg vet ikke hvor mye utfyllende jeg skal svare på det, men vi får jo henvist gjerne ungdommer som har, eh, psy..., nei fysiske plager, eh, kanskje det er ikke alltid de vet hvorfor de har plager. De har vært utredet på sykehuset for alt, for det må de gjøre, utelukke hvorfor de har vondt, altså alvorlig ting i forhold til magesmerter, smerter i hodet, smerter i nakken, muskelspenninger, eh, dårlig pustemønster, emh, eh ... og når, da er de veldig ofte ferdig utredet eller de er mot sluttfasen av utredning når de kommer hit for oppfølging og behandling. Og da er det gjerne konkludert med at det er psykisk, vartfall mye relatert til de kroppslige plagene de har. Ja ... så vartfall de vi har, så er det, henger det sammen altså.

S: Ja, så er det litt med tanke på undersøkelse, hva tenker du om det og hvordan går du frem i en undersøkelse?

I: Ja altså det er, eh. Hvis de, ofte så blir de ungdommene som vi får henvist fra (sted), fra barne- og ungdoms psykiatrisk, så de har vært til utredning der, og så gjerne kommet en, ett

skriv derfra i forhold til, da har fysioterapeut gjerne vært involvert. Så de har gjort grundige kroppsanalyser og bevegelser, pusteundersøkelser og kanskje spesifikke tester. Og da tenker jeg litt at da er greit at vi får en kopi av det, sånn at vi har et utgangspunkt å gå ut i fra når ungdommen kommer. For det viktigste, ja.. så i forhold til undersøkelser så går det mye på en observasjon ved første møtet i vartfall, uten at det skal kunne ha, eh ... altså, at de skal oppleve at de blir så veldig, på en måte, undersøkt på nytt igjen. Ja ... Men jeg observerer og så må jeg tilpasse og finne ut hvor de er hen i forhold til det å bli tatt på, i forhold til å kommunisere, det er så utrolig forskjellig, men det viktigste er at jeg, og kanskje jeg må bruke tid på å undersøke og sant, men min observasjon, jeg kan få veldig mye ut av det, hvordan de beveger seg, hvordan de går, hvordan de kommer, om jeg får øyekontakt, ehm ... om det ser ut som de heiser skuldrene, kan se hvor pus ... altså det er veldig mye en kan se bare ved første møtet, sant, uten at jeg trenger å si det til de, at oi ja nå ser jeg sånn og sånn og sånn, sant, du kan registrere ganske mye. Også, ehm ... eh ... Så jeg bruker ikke spesifikke testapparat på disse, jeg observerer, jeg spør, kanskje hvis de er mottakelig for det.. Og så kommer kanskje ting litt etter litt også. Jeg spør gjerne endel om smerter, om de har smerter når de kommer til meg, og det jeg aller først spør om er om de vet hvorfor de har kommet til meg. Sant, «Vet du hvorfor?», «Nei jeg hakke peiling». Også spør jeg «Husker du hva som ble gjort på sykehuset?» fordi de har gjerne vært innlagt en stund og fått behandling en stund. Det er noen som ikke husker en dritt av det som er gjort, husker du hva ... for da vet jeg litt hva som er gjort sant, så da kan jeg spørre «Husker du at du»... «Nei», sant, og det kan være en del av bildet, at de på en måte bare melder seg ut og ikke klarer å ta med seg ting. Og det sier en del og. Så er det noen som, ja ... jeg vet ikke hvor mye jeg skal si på ...

S: Du må bare si, hehe.

I: Så i forhold til undersøkelse er min observasjon veldig viktig, og jeg tenker at jeg får eh ... jeg får mest opplysninger gjennom å kommunisere, gjennom å se, så kan jeg tillate meg selv til å kjenne, «Jeg ser at du heiser skuldrene, er det ømt når jeg tar her?», sant, så ser jeg litt på reaksjonene på hvordan når jeg nærmer mer sant ... det kan jeg se før og egentlig, hvis de ikke klarer å se meg i øynene, så sier det ganske mye og sant.. Du sitter her ned med blikket og med hettegenser på og ørepropper sant.. Så det er, det er veldig forskjellig, men ehh ... Jeg må prøve å finne en eller annen nøkkel inn til de. Og det er kjempeforskjellig, ja ... Og da må jeg spørre litt, og ja, så det å finne rette nøkkel for å åpne for kommunikasjon det er vel det aller

viktigste tenker jeg, også for å finne ut hva det er de sliter med ... Ja.

S: Mm, og så litt over på behandling.. Eh, hva benytter du av virkemidler og metoder i behandling?

I: Ja, det er jo, jeg er.. altså du kan si, jeg har egentlig en ganske stor verktøykasse, når jeg har den erfaringen jeg har, emh ... O g når det gjelder metoder, så ikke det sånn at jeg er en sånn metoderytter, jeg bruker det jeg har erfart og det jeg kan, inn i forhold til det enkelte barn og ungdommen, og det kan variere veldig. For hvis jeg har en metode i mitt hode, eller en måte som jeg tenker skal være bra for deg eller deg, så ikke det sikkert det stemmer i det hele tatt. Så jeg må prøve og faile, og så må vi finne ut av det, og så må jeg på en måte bruke meg og bruke de i dialog og finne ut hva er det som fungerer for den ungdommen. Eh ... men jeg tenker jo at dette her med avspenningsteknikker og sånn, jeg bruker det som oftest, sant, og dette her med å fokusere på hvordan kjenne om kroppen er i spenning, «Klarer du å kjenne forskjell på om du strammer eller om du slapper av, kjenner du, når du går, kjenner du hvor armene dine er?», «Nei» ... «Jeg ser.. merker du at de ikke beveger seg i det hele tatt når du går», «Jeg liker egentlig best å ha de oppe i lommen». Sant, du går med sånne låste armer, det sier noe. Og kanskje med å jobbe med bevisstgjøring av det, prøve å slippe armene så kjennes det kjemperart ut for de, altså helt kunstig sant, eh ... Dette her med å kjenne etter hvor, hva pusten gjør, «Kjenner du at magen beveger seg nå når du ligger på matta?» Eh, «Kjenner du at magen går litt oppover når du puster inn?», «Nei..», sant, så da kan jeg se at nei her er det låst, så her går bare brystkassen opp og ned sant, så det er ikke noe lenger nede. Og så kan jeg, har jeg sett det, men jeg vil at den personen skal kjenne etter, og da er det noen som kjenner det og noen som ikke kjenner det i det hele tatt. Og så ser jeg hvor er de i forhold til egen kroppsopplevelse. Er de tilstede i kroppen sin eller er de helt utmeldt sant, og ut i fra det så må jeg tenke, okei, da må vi jobbe veldig enkelt med, altså, det har litt å si hvor de er hen i forhold til hva, hvilket tiltak jeg bruker, og det blir kanskje prøving og feiling. Men jeg bruker ... det at av og til bruker jeg speil, men ikke alltid, for jeg ser at noen syntes det er helt forferdelig å se seg selv i speilet og det sier noe sant, så, så, så, men ja, så det kan være litt sterkt virkemiddel, men det kan være nyttig av og til i forhold til dette å finne ut hvor, nei jeg har ikke skuldrene oppe.. Nei.. sant, nei. Men ja, okei, trekk de helt opp til ørene også slipper du, sant, og så prøve til å få de til å kjenne, og så ja, så jeg bruker min instruksjon, stemme ... og, altså metode.. Eh, jeg bruker, som sagt, så må jeg finne nøkkelen inn til hver enkelt, og nøkkelen inn er «hva er det du interesserer deg for? Hva syntes du er kjekt? Syntes du noe er

kjekt?» I forhold til depresjon for eksempel, så synes jeg det mest triste er hvis jeg spør en ungdom i sin beste alder som kan være fra 10 til 20 år, altså, «Er det noe du gleder deg til?», «Nei» ... «Ingenting? Gleder du deg til sommerferien?», «Nei», «Gleder du deg til bursdagen din?», «Nei». Og det, det forteller meg ganske mye, det at de ikke gleder seg til noen ting, så tenker jeg, dette her er trist. Eh, og da, så det spør jeg ofte om ... «Er det noe du gleder deg til?», «Jaa», jo, så er det ofte noe de gleder seg til og tenker yes, sant, og så det kan også si noe om hva de er interessert i... En nøkkel som jeg synes ofte er en inngangsport er musikk, og så spør jeg om de liker musikk, ofte kommer de jo med ørepropper, sant, og hører på musikk. «Hva liker du? Hvilken musikk liker du?», og så kommer det all verdens forskjellig.. koreanske band for eksempel, som jeg ikke har hørt om, men da må jeg være åpen for de interessene der, så, okei, vet du hva, kan ikke du, ehh, for jeg har spotify sant, og vi har høyttalere, så nå kan du finne telefonen, eller på din telefon, så kobler vi til, så bruker vi musikk. Hvis de har lyst å høre på musikk så kan det være nøkkelen. Det kan være nøkkelen til at de klarer å slappe av, så kan vi jobbe derfra. Jeg bruker mye, for det er noe med dette indirekte og direkte måter å jobbe på, det er ikke sikkert du skal ta på den personen i det hele tatt, men må bruke andre måter å prøve og nå inn, og få inn kroppsbevissthet og gode opplevelser med kroppen ... Jeg bruker en del stor ball, sånn bobath ball eller treningsball, vet ikke hva dere kaller det men ja ... Både i forhold til dette her å kjenne på stabilitet, styrke, du kan få inn styrkeøvelser på den, eller avslapping i kombinasjon i å bevege kroppen, i for eksempel i ryggeleie, du legger beina oppå, så skal beinet skyve ballen fra side til side uten at de detter ned. Da får du inn litt rotasjon som kan være avspennende ... du får slappet av, mange har magesmerter, du får slappet av magen litt bedre når du ligger oppå med beinet enn når de ligger strakt. Og det spør jeg ofte om, «Synes du det er forskjell på pusten, kjenner du noe mer i magen når du ligger med beina oppå ballen i forhold til når du ligger strakt med beina?», «Ja, det var litt lettere å puste nedi her når jeg har beina oppå», «Ja, flott at du registrerer det». Sant ... emh, enkle avspenningsteknikker, hold slipp, sånn at de kjenner forskjell på når de strammer og når de slipper, sant, og da må de gjerne stramme mye og så prøve å slippe for og kjenne forskjellen, sant, for det er ikke så lett å kjenne når de strammer når de er der hele tiden, ja ... Jeg vet ikke om det var litt utfyllende.

S: Jo.. det er mange eksempler du beskriver, emh, kan du beskrive et eksempel du har hatt, hvis du kan tenke på et?

I: Med fokus på hva jeg gjør, tilnærming?

S: Ja

I: Eh, ja ... jeg har jo så mye ... emh, og dere sa lette psykiske ja, og det kommer litt an på hvor dere definerer hvor det går over til å være mer alvorlig, er det de som har fått mer alvorlige diagnoser for eksempel med psykose og sånt, det har jeg jo hatt, det blir kanskje en annen kategori, har noen som har veldig selvskading, det blir også kanskje.. Men ja, jeg kan ta eksempel med ... eh ... Og det er jo dette med hva som er årsak til hva, sant? Er det de kroppslige plagene som gjør at du får psykiske, eh, problemer på en måte, eller er det, får du kroppslige plager fordi du har blitt mobbet i alle år for eksempel, sant. Veldig mange av disse som ikke har hatt det bra i sin barndom og sin begynnende ungdom fordi de blir mobbet og det kommer ikke alltid frem med en gang nei ... og det har noe med tillit å gjøre, om de orker å snakke om det. Det kommer gjerne frem i et skriv fra sykehuset da, at de har mobbing, men jeg synes ofte det, utestengelse og mobbing er faktisk en ekkel årsak til at mange sliter, eller at de forstrekker seg, ja, de setter høye krav til seg selv og de har høye krav utenfra. Eh, ja, hva tenker om ja ... (tenker). Ja, en jente på 15, som kommer fordi hun har vondt i magen, hun har vondt i hodet, eh, hun har vært mobbet i alle år på barneskolen også i begynnelsen av ungdomsskolen, og så ser jeg ofte, og som blir bekreftet, det som skal til for at de endelig får et nytt liv, det er at de bytter skole. Dessverre er det sånn, at de som må bytte skole, og at det er dette som ofte kan være bra, så ser vi at, okei, nå har jeg det egentlig bra, men kroppen min har det ikke bra. Jeg har venner, jeg jeg har det kjekt med venner, jeg har fritidsaktiviteter, men kroppen min er vondt. Jeg har vondt i magen, vondt i hodet, kanskje enda verre enn jeg hadde når jeg hadde det vanskelig på skolen, sant, og det er noe med etterslepet av de vonde opplevelsene som har satt seg i deg, både i hodet og i kroppen, og da er det noe med å tillate, da tenker jeg i utgangspunktet i denne jenten her, tillate seg at nå skal du få lov til å ha det bra, i kroppen din og. Og så må kroppen lære seg å ha det bra. Og da ser vi at pusten ikke kommer ned i, altså, vi sier pust med magen men vi puster jo ikke med magen, altså magen beveger seg fordi vi får fylt lungene skikkelig med luft, sant, når vi fyller lungene med luft så skyves magen utover og da kjenner vi at den går inn og ut sant ... Så å jobbe med det i forskjellige utgangsstillinger ... For noen blir det kanskje for sterkt og, men hun har lært mye av det, og da har vi brukt på ball ... ryggeleie.. vi har brukt også dette her med skuldrene som er lett oppe og så vondt i hodet. Og det blir jo på en måte en spenningshodepine sant, så da må vi jobbe litt med holdning.. det har vi gjort, pusteteknikk, avspenning.. Og så dette her, kjenner



du at det er vondt her oppe (peker på skuldrene) og de fleste har jo litt vondt her oppe, men så kjenner du at det er helt hardt, sant, hvordan er det å løfte armene.. har du kontakt med underlaget? Kanskje jobbe litt med å kjenne at beina bærer deg, at du har kontakt med underlaget, klarer kroppen holde i mot når vi dytter på.. Og hun her har også vært mottakelig for litt massasje ... Og da, det jeg bruker mest, og det er kanskje en metode da, men på henne så har jeg i stedet for at hun ligger på magen og ser ned i det derre hullet, ned i gulvet på benken, og jeg går på den ømme muskulaturen, så syntes jeg kanskje spesielt i forhold til disse, at det som heter pumpemassasje er det som fungerer best.. Har dere hatt det?

S: Ja

I: Ja, det er veldig fin metode fordi det er en mer, du kan regulere hvor hardt det blir og hvor sårbart det blir for pasienten. Men det som det er, og som oftest er det vanskelig å slappe av, men det som pumpemassasjen gir mulighet for er at pasienten kan være med i bevegelsen, sant, så det kreves ikke på en måte at de slapper helt av. Klarer de å slappe av er det fint og. Men det som er viktig er å løsgjøre scapula, skulderbladet, sant. For ofte er det helt låst fordi det er så stramt her. Så bare det å begynne og, gjerne ikke begynne å trykke der det er vondt, men føle seg lite granne frem, holde rundt.. i sideleie, sant, og så at de ligger godt og så gjerne høre på musikk hvis de vil det, eller at vi prater, skal hvile armen oppi meg, i min arm, og så bevege og så se, prøve å slappe av eller så kan du være med å skyve armen frem og tilbake. Og da kan jeg trykke litt på muskulaturen både når den går sammen og når den blir strukket, og så må jeg lese pasienten både i forhold til ansiktsuttrykk, kjenner jeg om du strammer eller om de klarer å gi etter, eller om de klarer å være med. Så det, så tar jeg en side om gangen, så skal de sette seg opp, hun skal sette seg opp, jeg sier de men nå tenker jeg på henne, sette seg opp, nå har jeg tatt en side, sette seg opp, så rulle litt på skuldrene, så spør jeg: «Kjenner du noe forskjell på de to sidene nå?», og da er det alle og hun og, ja, at du er mye mykere på den siden du masserte på. Det er en måte å bevisstgjøre på og, sant, så bevisst gjør jeg det at jeg tar en side om gangen sånn at de kan kjenne forskjellen, sant, når jeg har gjort litt. At de kjenner, oi, det var deilig. For det er noe med det å gi gode opplevelser i kroppen og mestringsopplevelser til tross for at de har mye vondt. Og kanskje det at en må også tenke at de må erfare, hun må erfare at selv om hun har vondt i magen, selv om hun har vondt i hodet, så går det an å få bevegelse i kroppen og at det faktisk gjør godt. Klart at smerte kan gjøre at ... at en låser seg enda mer, men det er noe med å ufarliggjøre litt da, med smerten og, hvis en klarer det ... Smerte er vanskelig, og terskelen for å oppleve smerte er

veldig forskjellig. Ja ... Så, og det kan ta tid, og det er noe med å akseptere at dette her har gjort vondt for meg, det har gjort vondt i lang tid, jeg har gått i alarmberedskap i lang tid, og noen får diagnosen post traumatisk stressyndrom etter langvarig mobbing, og det setter seg i kroppen. Men prøve å tenke at dette skal gå bra, dette her klarer du, du er sterk, du har kommet deg igjennom alt dette her, dette skal vi klare ... Ja. Så, og så er det dette her med dialogen, sant, at jeg kan prate med henne og at hun opplever at hun får trygghet i situasjonen, og at vi kan opparbeide tillit, det kan også ta tid, men det er viktig. Ofte så syntes jeg at det er det viktigste med en fysioterapirolle, å være en person som de kan stole på og snakke med og ja ...

S: Hun jenten du beskriver, det med pumpemassasje og avspenningsteknikker, hva var grunnen for at du valgte den tilnærmingen du gjorde og hva var resultatet, hva følte du fungerte eller ikke fungerte?

I: Ja, altså det som er utgangspunktet for alle pasientbehandlinger er at du må ha mål for det du gjør, sant. Så da må jeg ha et mål som jeg samarbeider med pasienten om, eventuelt foreldre hvis de er med ... at hva skal målet for at kommer her, hva er vitsen med at du er her, sant ... Og da blir det utgangspunktet for hva vi velger, hvordan vi skal tilnærme dette, sant. Så i forhold til henne, så er målet at hun skal klare å kjenne forskjellen på når hun slapper av, hvordan hun, når hun er anspent, hva hun kan faktisk gjøre, lære henne strategier på hvordan hun selv kan, kan påvirke kroppen sin til å slappe av ... Det er ingen vits i at jeg skal fortelle henne hele tiden og hun skal gjøre, så gjør hun det, hun må selv få det inn i sitt hode at, okei, nå kjenner jeg at jeg strammer meg nå kjenner at jeg får vondt i hodet, og det er vanskelig å puste, hva kan jeg gjøre selv? Jo, fokuser på skuldrene, hvor er de, rulle på skuldrene, prøv å slippe også puste. Stramme og slippe ... Bruke de, sånn at hun på en måte, at det blir en del av hennes repertoar for å ha gode strategier. Ja og det er derfor jeg bruker, da må jeg se hva som fungerer for henne. Nå har hun, hun skulle til en MR undersøkelse, og det var litt stilig, fordi hun har panikk for det, og spesielt når hun får et gitter foran hodet og skal ligge helt i ro, da fikk hun panikktendenser i den, men hun klarte det. Grunnen til at hun klarte det var fordi at hun brukte pusteteknikkene som hun hadde lært. Så sier jeg det var jo fantastisk at du klarte det, og det tror jeg var en god mestringsopplevelse for henne, hun fokuserte på noe annet enn panikken sin ... Så det er målet sant, mm ... Og målene på en måte avgjør også, og ut i fra hva du har sett, hva tiltakene blir, så må jeg være fleksibel fordi en dag kan hun være i kjempedårlig form og klarer kanskje ingenting annet enn litt massasje, og det er greit, jeg må

ikke legge listen så høyt på vegne av henne. Det må være rom for at det er variasjon, og det er helt greit. Ja, og hun skal ikke oppleve nederlag på grunn av det, nei sånn er livet. Ja ... Ja ...

S: Så har vi litt om relasjon, hvilken betydning har relasjon for at behandlingen skal hjelpe pasienten?

I: Den har alt å si, fordi at hvis, hvis en som på en måte er utrygg i utgangspunktet som de ofte er, fordi de har opplevd brudd på tillit i forskjellige settinger, så og de kommer her, og jeg skal hjelpe de på en måte til å finne gode strategier for seg selv, så er de nødt til å ha tillit til meg. For at skal ha tillit til meg, så må de føle seg trygg, og derfor så, så betyr den relasjonen alt. Fordi at om de syntes det er ubehagelig å komme her.. og vi ikke får noen dialog, så, så har ikke jeg, da kan ikke vi, vi har ikke så mye å tilby da tenker jeg ... Nei, men jeg skal gi alle en sjanse, og det er da den nøkkelen da blir så viktig. Og jeg har opplevd at det er vanskelig å finne nøkkel, og jeg har ikke fått øyenkontakt, ikke noe sånn, men så ser du at den ungdommen blomstrer når jeg treffer nøkkelen, at det er, at de fleste har et interessepunkt uansett hvordan de har det som de synes gir de noe, og da må jeg henge meg på der, og da kan du oppnå en trygghet og kanskje en forventning når de kommer her og, at det er faktisk greit å komme ... Ja, men det tar litt tid, og kanskje det, kanskje vi ikke får gjort så mye annet i begynnelsen, sant, annet enn å prøve å bygge en relasjon. Ja ...

S: Her spør vi også om et eksempel, der du har følt at relasjon har vært viktig.

I: Jeg føler jo det alltid, at det er kjempeviktig, men jeg har jo et eksempel da, på, når det er kjempevanskelig, og det er jo ... for av og til kan jeg føle meg hjelpeløs når jeg ikke får noe respons i det hele tatt, sant, så jeg har en 15 år gammel gutt som har mye magesmerter, og er veldig anspent, og skal begynne hos meg, og så kjenner jeg familien fra før, i behandlings.. altså ikke han men andre i familien, så jeg vet litt om hvordan på en måte det er, så da går dialogen, kommunikasjonen går gjennom mor alltid, og da må jeg ta et valg ved første møte her ... Skal mor være med inn første gangen eller ikke? Så spør jeg gutten "Skal mamma være med inn?", og så ser han på mor, hun får bestemme liksom, og mor er usikker og, og så tenkte jeg, okei, da må jeg bare bestemme at jeg tror du kommer inn alene., også er mamma her, så kan vi hente henne inn etter hvert. Og det tror jeg var lurt da, det kan hende det kan ha vært feil, men, og når vi da er inne, så ... føler jeg av og til at jeg bruker mye ord sant, for å prøve å få noe respons tilbake, får ikke noe blick tilbake, får ikke noe svar og ... og ... da må

jeg bare prøve altså ... Okei, skal vi prøve å stå litt på balansepute, altså hvordan går det sant, så, «Går det bra?», «Ja...». Emh, ja, og jeg prøver å tulle litt, humor er ofte, men det er ikke alltid det er, vi er forskjellige, og da sliter jeg litt sant, og av og til kan jeg kanskje gire meg for mye opp, eller jeg kan bli litt sånn påvirket av at jeg også blir litt stille sant, men jeg må være trygg i situasjonen uansett. Altså, det er på en måte, det må jeg prøve å være, men, og ikke gi opp da ... Men jeg fikk øyekontakt etterhvert, og jeg prøvde å spørre, og det var liksom ... ja ... det var det han sa ... «Ja» ... eller «nei» ... Og så da var jeg veldig utsatt, og da ble jeg veldig usikker på om vi hadde fått noe relasjon første gangen eller ikke på en måte, men så var det litt vittig, fordi at han ville komme igjen ja, og jeg tenker det er nå greit, og jeg spør jo «Var det greit, var det greit det vi gjorde, er det noe du vil fortsette med?» .... “Ja..”, ja, fint. Men han gav vartfall tilbakemelding på dette her med pusten at “Kjenner du noen forskjell her?”. Han syntes sikkert det var kjemperart, men når du ligger med beina oppå ballen og når du ligger med beina nede, “Ja det var bedre å ligge med beina oppe”, «Ja, men kjempefint at du kjente forskjell på det». Altså gi positiv tilbakemelding på det han faktisk kom tilbake med da ... Og så var jeg på et møte, tverrfaglig møte angående han etter den første sesjonen, og da var det noen andre som spurte hvordan han hadde opplevd å være hos meg, og da sa mor “At han hadde likt det, men var veldig positiv”, så tenker jeg, okei, det kan bety det ene og det andre, men det var litt okei for meg å få tilbakemelding på, okei, det var greit, men hun var litt positiv, altså ja vel, kanskje jeg var litt for positiv, sant, så ... Det kan være greit å få litt sånn ekstern tilbakemelding og. Men det viktigste er at de kom, men utfordringen ofte er at de ikke alltid kommer tilbake sant, og hvorfor det? Er det fordi de ikke orker, altså fordi de ikke har noen som pusher de hjemme, sant? Da blir du litt usikker på hvorfor, og det er ofte det som er sårbarheten med å jobbe litt sånn og, at du er avhengig at de kommer til instituttet, ja ... Men det kanskje de som har større problemer ... Ja ...

S: Da har vi egentlig gått gjennom de spørsmålene vi ønsker, da siste spørsmålet er om du har noe mer å tilføye eller noe du tenker er viktig å fortelle?

I: Ja, altså, dere spurte i utgangspunktet om jeg har sett noen endringer i løpet av disse årene, og som sagt syntes jeg at de har blitt yngre, og jeg syntes det er forferdelig trist å se barn i altså, vet ikke hvor grensen går fra å være ung og ungdom og sånn, men 10- 12 som har egentlig litt sånn der voksne stress-symptomer, det syntes jeg er trist ja ... Og jeg ser mer og mer, eller hører mer og mer, det kan gå lang tid før jeg får vite det, at årsakene ofte er mobbing eller utestengelse enten på sosiale medier, og det har jo blitt verre ... Og, eller, altså

fysisk rett og slett i skolegården, eller at de blir utestengt, ja, det er litt forskjell på gutter og jenter kanskje, men ... Og så det som jeg blir så forbannet over er at de voksne ikke takler helt, de vil kanskje gjøre tiltak, men de gjør ikke gode tiltak for at det skal stoppe ... Og det er, så som jeg sa, det er at de skifter skole som kanskje er det gode for de, og da, men det er jo en omveltning for alle at ungdommen faktisk skal det.. Og så er det jo dette her med, jeg vet ikke, årsaksforhold er veldig kompleks og så er vi veldig forskjellig i forhold til sårbarhet, så, men jeg synes at det er trist at det er så mange som ... som sliter, og, også ser jeg at, det tenker jeg er viktig og, å se samhandlingen mellom de nærmeste foreldrene for eksempel, da kan du lese ganske mye, for hvilken type dialog har de? Er det bare kjeft og altså fra ungdommen sin side, altså mamma og pappa er noen store dritter sant, og sånn er det jo i faser sant, altså, eller er foreldrene irritable, er de irritert på ungen sin? "Skjerp deg, svar. Gjør nå det da, ikke bare sitt sånn, ta av deg den derre hetten, hør etter". Altså sånn, du får veldig mye ut av å lese, som en del av hele bildet da ... Så det er meningsfylt å jobbe med de men det er ganske utfordrende og, fordi du vet liksom ikke hvor mye du kan bidra med, men samtidig så tenker jeg bare det å være den ene som er litt stabil, som du kan gjøre litt kjekke ting med, du kan få litt gode opplevelser og så kan du prate hvis du vil, sant. Det skal ikke være press om at en skal prate men det kommer gjerne, sant, når du får en trygghetsfaktor, og noen er jo sånn at de, de gleder seg til å komme, men andre syntes det er ja ... Men altså det må ikke jeg, jeg må på en måte være åpen for alle typer reaksjoner, og av og til må jeg se min egen begrensing og, kanskje du må gå til en annen, eller vil du det eller, ja ... Har dere fått svar?

S: Ja absolutt

SLUTT

## Vedlegg 6: Transkripsjon intervju 3

### Intervju 3

S: Så, problemstilling til oppgaven da er hvordan forholder fysioterapeuter seg til ungdommer med lettere psykiske lidelser i behandling av kroppslige plager.

I: Ja

S: Ja, så da har vi først noen introduksjonsspørsmål, og så etterpå sånn hovedemner som vi vil spørre litt om med litt oppfølgingsspørsmål. Så da, første spørsmål, hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?

I: Ehm ... 2011 begynte jeg, ja.

S: Har du noe tilleggsutdanning?

I: Eh, ja ... Jeg har, ehm, en master i fysioterapivitenskap. Jeg brukte en psykomotorisk metode som en del av undersøkelsen, og så har jeg, ehm, to kurs fra Spania som går på spesifikk tilrettelagt trening for skoliose. Litt to ytterpunkter i fysioterapiverden ja, hehe.

S: Mm ... Og hvor lenge har du arbeidet med ungdommer med lettere psykiske lidelser?

I: To og et halvt år

S: Ja, hva innebærer da dine arbeidsoppgaver?

I: Ehm, det er klinisk handling og så er det forebyggende innen ungdomsskolen. Ja, så det kan være grupper, ja. Ja, det kan være klassevis, det kan være litt veiledning til helsesøstre, mm, ja.

S: Har du noe individuelt, innen skolen?

I: Ja, altså, ehm, veldig mye går jo på å opparbeide seg et nettverk, altså, fortelle litt hvordan vi jobber. Ehm, så jeg ser det at på de skolene der jeg får et tett samarbeid med helsesøstre,

der kommer det og mange flere henvisninger. Så henvisningene kan komme fra helsesøster, fra lege, fra (sted) sykehus. Ja, så da behandles de her. Ja. Det er kommet litt stort påtrykk nå fra ungdomsskolene, så da har jeg prøvd å lage et lite, et litt kortere opplegg enn det som har vært vanlig. Ofte har jeg hatt pasient, de har vært henvist, så har de gått til ... ja, man finner ut at de kanskje skal prøve å slutte, men ofte når man begynner den type behandlingen så kan det av og til være vanskelig å sette grense, og dette med at noen kan ha kanskje en litt avslappet holdning til når de kommer eller ikke kommer til timene. Så derfor har jeg nå, i samarbeid med vartfall en ungdomsskole, planlagt at vi gir de en pakkeforløp på åtte ganger ukentlig i starten og så to uker i mellom, og så gjerne en oppfølging etter noen måneder for å, for å begrense det og for at det er en liten forpliktelse fra de til å komme til timen. Så hele det, alt dette er en prosess, finne ut hva som er viktig og hva har du av ressurser til å behandle de og, ja, for det er utømmelig marked eller en utømmelig pasientgruppe hvis du først går ut og markedsfører an.

S: Ja, ja da går vi litt over til hovedspørsmålene våre, som første da i hvor stor grad erfarer du at ungdommer med lettere psykiske lidelser har kroppslige plager?

I: Jo, nå ser jeg de som er henvist da for kroppslige plager, men de kan jo være og henvist med noen begreper på henvisning hvor det står angst eller anspent pust eller hodepine, eller ja. Så, så jeg har vel kanskje ikke sett så mange som ikke har kroppslige plager som har lettere psykiske lidelser men, det blir umulig å sette noe tall på det. Men det henger jo sammen.

S: Ja, mm, hva tenker du om undersøkelse?

I: Kan du snevre det litt inn, hehe?

S: Ja, hva legger du vekt på i undersøkelse når du får henvist dem hit og skal til behandling?

I: Ja, en undersøkelse kan jo avdekke så mangt, altså har jo resultatet, resultatet fra undersøkelsen har jo veldig mye å si ... Hvordan er den situasjonen for pasienten, hvordan var den dagen til pasienten, dette er jo ungdommer, og ofte har jo de en, et annet kanskje refleksjonsnivå eller dette å forstå sammenhenger, ikke fullt så utviklet som når du er voksen ... Så hva jeg legger vekt på i undersøkelsen var det det?

S: Mm.

I: Mm ... det vil jo være alt fra, ehm, hvordan de svarer, hvordan sitter de, hvordan er pusten. Skjer det noe med pusten når vi kommer inn på forskjellige temaer, skjer det noen endringer i kroppen, åpner de seg, er de lukket, hva skal til for å få de til å åpne seg både kroppslig og mentalt. Ja, og så klart alle disse, hva skal jeg si, bevegelse, hvordan reagerer de hvis du tilnærmer deg kroppen deres på forskjellige måter ... Ja.

S: Ja, ehm, hva bruker du å benytte av virkemidler og metoder i behandlingen?

I: Virkemidler og metoder ... Ja, jeg er ikke noen metodetro, jeg bruker alt det jeg har i verktøykassen min i forhold til med det møtet jeg har med den personen, for en person kan jo noe virke på og en annen person trenger ikke det å virke på. Så jeg tenker, ehm ... den beste, det beste redskapet mitt det er å ha sensitivitet sant, sensitivitet, hva ser du, hva skjer her, og så vil jo jeg si at å få opparbeidet en tillit hos pasienten, du vil ikke få noen gode svar i en undersøkelse hvis ikke den personen føler at den er ivaretatt og at du vil den vel. Emh ... ja, hva var spørsmålet? Metoder og ...

S: Virkemidler og metoder.

I: Virkemidler og metoder, emh ... Altså, et virkemiddel ... Kan jo være fasilitering, hjelpe de å endre en bevegelse ... Og hvordan du gjør det kan jo la oss si, hvis de har et anspent gangmønster eller en ufunksjonell gange, så kan det jo være for eksempel gå i ring med de og bruke forskjellige metaforer for å få de til å ta kontakt og erfare, og kanskje endre noe. For sånn som jeg jobber kan du ikke bare fortelle hvordan noe skal utføres eller hvordan noe skal endres. Man må greie å ta kontakt med det og så prøve og erfare litt selv, og så kjenne litt på forskjellen. Så det er mye sånn pingpong, dialog og, ja ... Prøve og feile, ja. Rett og slett ikke ha noe fastlåst, prøve seg frem.

S: Ehm ... Kan du beskrive et pasienteksempel som du kommer på i en behandlingssituasjon?

I: Ja ... Ehm, jeg har en som har en alvorlig spiseforstyrrelse, ehm ... Alt hun greier å tenke på er mat når hun er på skolen, eller stort sett hele døgnet, og hva hun ikke skal spise ... Hun har mistet menstruasjonen fordi hun har gått så fort ned i vekt ... høy ... men snakker godt for seg,



raskt, ja ... Har mange strategier for å ikke spise og late som at hun spiser ... og veldig fleksjonspreget sant, i skuldre, protaherte skuldre, hun, når hun sitter, lite kontakt med underlaget, litt plantarflektert ankler, vanlig sant, hun sitter og knytter seg litt rundt akselen når hun sitter ... Og opplever selv, eller har gjerne ikke kunnet gi helt uttrykk for at hun har spenninger eller vondter, sant, for tankene er veldig på mat ... Og hun, når vi har gjort litt øvelser sammen, så brukte hun vel et begrep som at hun føler etterpå som hun har fått strukket seg ut som en snegl som har vært i et sneglehus, hvis det gir mening, ja ... Hehehe, sant, så små enkle øvelser og ja ... i kombinasjon og kontakt med pusten, der jobbet vi litt med hold og slipp øvelser, det hadde hun veldig god nytte av. Mm, ja.

S: Neste spørsmål, litt sånn oppfølging til det da, hvorfor valgte du den tilnærmingen til henne og hvordan erfarte du at det virket?

I: Ja, ehm, jeg prøver stort sett alltid å komme i gang med noen tilnærminger som de kan jobbe litt med og på hjemmebane ... Jeg jobber og så klart litt hands on bare for å, ja ... spille på forskjellige, hva skal jeg si, forskjellige strenger, men jeg synes det er viktig at de går fra meg, så har de med seg noe som de kan jobbe med hjemme, for det er lite hensikt om de bare får passiv behandling når de er hos meg ... Så, og den har de god effekt av, eller hva skal jeg si, god erfaring og nytte av, og ja det har jeg og spilt inn på en liten sånn lydfil, jeg vet ikke om dere kjenner til Jacobsens progressive?

S: Njaa, litt.

I: Ja, det er hold slipp øvelser og så en liten sånn prat om å ta kontakt med pusten ... Jeg ser at skal du få compliance hos ungdommer, eller at de på en måte gjør litt øvelser hjemme, så trenger de ofte noe håndfast. Og det kan jo da være et ark med øvelser, men det gjør de ofte heller ikke, hehe, så har man da en app eller en lydfil, et eller annet som er enkelt sant, som de vil bruke, så de gjentar sant. Og så prøve å hjelpe de å finne situasjoner der de kan bruke det ... For veldig ofte, når de er ute herfra, så er de ute herfra og ja ... tankene er andre steder.

S: Ja, du var jo litt inn på tillit og sånn i sted, og vårt neste spørsmål er hvilken betydning har relasjon for at behandlingen skal bidra til å hjelpe pasienten?

I: Ja, det har vel alt, ja ... Du kan ikke komme inn på et rom og få en person til å, altså behandlingen må, skjer jo på å hjelpe de til å forstå sammenhenger og ha det bedre med seg selv. Hvis ikke du har en god relasjon med noen så vil jo ikke du kunne komme noe frem med det.

S: Mm ... Kan du beskrive et eksempel hvor relasjon var særlig viktig?

I: Ja, det vil jo være det, det er jo en del pasienter som blir henvist uten at foreldrene skal få vite det, ja, og da er det viktig at de har tillit til at det som blir sagt blir mellom de. Ja, det kan jo hende at plagene deres bunner i hvordan de har det på hjemmebane, ja. Og latter, latter er befriende og latter er viktig sant, det er ikke alltid så nøye av hva du ler av men at du ler, og det er jo noe som er en relasjon. Du vil ikke få frem noe god latter hvis ikke det er en god relasjon.

S: Har du noe eksempel på hvordan du, det er jo sikkert veldig forskjellig da, men hvordan du på en måte tilnærmer deg for å skape en god relasjon?

I: Ja ... Være åpen, imøtekommende, så har det jo mye å si hvordan du forholder deg sant, både kroppslig, blikkontakt, sant, du stiller seg undrende, ikke dømmende, nysgjerrig, kanskje by litt på deg selv uten å by for mye ... Bekrefte de sant, at du justerer litt denne her hvor mye tåler de nå sant, bare dette her med hender kan jo være veldig bekræftende, og skape en relasjon sant, en kroppslig tilnærming. Og så på noen så kan, kanskje ødelegge litt relasjon hvis du kanskje går for fort frem der så ... Ja ... Har jeg svart på spørsmålet?

S: Mm, ja ...

S2: Kan jeg bare spørre, tenkte bare på det du sa på introduksjonsspørsmålene, så har jo du psykomotorisk, hva var det du sa?

I: Metode, Body Awareness Rating Scale.

S2: Kan du bare fortelle litt mer om hva det innebærer, hvordan du arbeider forskjellig fra vanlig fysioterapeuter?

I: Ja, Body Awareness, det er jo en psykomotorisk metode, men den følger ikke hele utdanningsforløpet som leder tittelen psykomotoriker. Ja ... mye av prinsippene er jo det samme.. Men mye går på øvelser og bevegelser.. som du gjør.. og det er en del av dagligdagse bevegelser. Kjernen i det er vel 12 dagligdagse bevegelser som du jobber med, og så gjør du de på en mest hensiktsmessig måte så du får integrert pust, det er en veldig, veldig, hva skal jeg si, aksepterende måte å jobbe på, og det er mange øvelser som kan hjelpe til avspenning, harmoni, ja, det er mye ... Dere får ta å lese litt på basal kroppskjennskap, tror dere skal ha en liten innføring i det, eller har dere ikke hatt det?

S2: Jo, vi har hatt det.

I: Ja, det går på dette her å integrere pust i bevegelse, bevegelse starter fra senter og ikke perifert. Det har jo noe og det med balanse, greier du å starte bevegelse sentralt, så har du jo bedre balanse, og balanse er jo et begrep en bruker innen psykisk helse og. Da må man ha balanse på mange felt, og hvis du har nedsatt, eller hva skal jeg si, hvis du har ... psykiske problemer, så har du jo gjerne og nedsatt postural akse eller stabilitet sant ... Så alt henger jo sammen ...

S: Bruker du de prinsippene mye i behandling?

I: Ja, men jeg fletter alt sammen, sant, i forhold til hva som står foran deg, hehe, og hva har jeg kapasitet til den dagen. Det er jo noe med det, og hvor mye tid ja ...

S: Ja ... Kommer du på noe merd?

S2: ... Sto litt stille nå.. Hvor ofte cirka har du de som du har her hos deg, til behandling, eller er det litt forskjellig?

I: Mange av de som har litt lettere problemer, men det er jo vanskelig å vite hva som er lette problemer, for av og til kan det vise seg at det var litt tyngre problemer, så fire ganger da gjerne ukentlig. Og så kan det være to ganger med to ukers mellomrom, og så prøver jeg å ta enda lenger, og så kanskje en oppfølgingstime hvis ikke det er noen som trenger litt mer intensiv behandling igjen, det er jo, det er jo ingen fasit på det ... Ja, og så må det jo passe, noen vil jo ha veldig mye og noen kanskje trenger mer, men de greier ikke få tid mellom

skole og studiet. Det er veldig mange flinke piker som kommer her, sant, sånne som skal trene masse og så skal gjøre det bra på skolen, og ha kanskje foreldre, begge foreldre med høy utdannelse, sant, det kan koste noe det når både mor og far er veldig flinke, ja ... Og det ikke er rom til å bare være «average». Det kan gjerne være det største problemet, å bare få de til å akseptere hva som er greit nok.

S2: De kroppslige plagene de kommer inn for, er det noe du ser som går igjen, eller er det veldig mye forskjellig de sliter med eller har problemer med?

I: De er jo veldig ofte skrudd på, sant, med en gang de snakker med de er de liksom på. Og det ser du da, på pusten, og veldig mange har jo da eleverte skuldre, at de sitter litt som at du er skrudd på. Ehm ... så da er de jo gjerne tankekjøret er det en del som har sagt, sant, dette her med angst, de gruer seg til fremføringer, de har hatt voldsomt tankekjør de vil bli kvitt ... Og så er det jo hodepine, nakkeplager, stort sett det ... Det er ikke som har sagt mageproblemer, men kanskje tenker man ikke at det henger sammen at du ikke ... oppgir det som en av grunnene til at du skal til fysioterapeut. Det er mange som oppgir at det er bedre med mage/tarmsystemet når andre ting roer seg litt ... Ja ...

S: Mm ... Ja, da har vi egentlig kommet gjennom det vi ville, så om du har noe annet du ønsker å si før vi avslutter?

I: Ja, da vil jeg jo si at det å jobbe med ungdommer kanskje kan være litt mer krevende, sant, for ofte kan det være en helsesøster eller noen foreldre, eller en lege som har anbefalt at de skal få behandling, sant, så noen da er jo ikke kanskje kommet i den prosessen at de tenker at de trenger hjelp, sant, og har du da en spiseforstyrrelse, så kan det jo være enda vanskeligere, fordi det kan jo hende at de ikke ønsker at noen skal rote opp i det, de er veldig fastprogramerte på hvordan de vil ha det ... Og så er det rett og slett det viktigste, det aller viktigste, det er ikke metodene, men bare hvordan du bruker deg selv sant, hvordan du får relasjonen og møter de som menneske, ikke som en diagnose. Møte de bare som et menneske, så kommer mye annet av seg selv, ja ... Ikke se for deg at her er en nakkeplage, sant, men her sitter Kari, sant. Og prøve å få en liten interesse på hva, hva er livet hennes ved siden av disse plagene ... Og mange av, de har jo av og til ikke så godt refleksjons ... det var dårlig sagt, men refleksjonsnivået, sant, jeg gjør ingenting uten at vi har en refleksjon rundt det sant, bevegelser, øvelser, pust, jeg driver mye med, om du kan kalle det psykoedukasjon, at jeg

forklarer hensikt og prøver å stille litt spørsmål, sant. På noen kan det kanskje være litt ... kanskje litt krevende, men at de må stoppe opp og reflektere litt rundt det vi gjør og, at vi har ofte en liten prat om det at det skal gi noe mening. Ja ...

S: Ja.

STOPP LYDOPPTAK.

Informant sier at hun har mer å tilføye. STARTER LYDOPPTAK IGJEN.

I: Ja, jeg vil bare si til slutt at ... det er jo et stort fokus nå på psykisk helse blant ungdom, og da spesielt jenter. Om det er at jenter er mer sensitive eller kommer tidlig i, tidligere i en utviklingsfase der de, de er mer sårbar og blir eksponert, det vet jeg ikke, men det som er viktig å jobbe med ... i alle fall i forhold til min erfaring, det er og å prøve og normalisere mer symptomer sant, normalisere sammenhenger, og mye av erfaringene når vi har hatt grupper på ungdomsskolen innen psykisk helse hvor vi både har hatt bevegelser og samtalegrupper, så har svarene til disse ungdommene vært at det har vært så godt å høre at andre sliter med akkurat det samme, og at det er helt normalt at det går opp og ned i livet ... Ja ... for, for det er en stor endring i hva ungdom eksponeres for nå i forhold til for 10 år siden ... La oss si, tidligere så justerte man seg gjerne opp i mot mødre, venninner, de man så rundt seg, sant. Man så på seg selv, man så på kroppen sin, man så man var attraktiv, sammenlignet seg med sin mor og venninner, og kanskje et ukeblad innimellom om man så noen man så opp til. Og i dag får jo du en tilbakemelding på utseende ditt, sant, via sosiale medier hele tiden, og du får hele tiden en påstrømming av perfekte mennesker, sant, så du kalibrerer deg hele tiden opp mot noe uekte, sant. Du har ikke den venninnen som du synes var pen, men samtidig hadde en skjev nese eller litt kviser den dagen, sant, du hele tiden justerer deg opp i mot det perfekte som egentlig, inn i en sånn syntetisk bilde av verden sant ... Og den tilpasningen, den tror jeg gjør oss mer sårbare, at vi ikke kalibrerer oss mot virkelige mennesker og hendelser, sant, man har for lite kontakt med det som er ekte. Ja, normalisere, sant, kjenne at dette her er helt normalt, sånn her har kanskje hun som er populær i klassen din og. Ja.