



# 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.:** 362

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9930

**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:** 5

**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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

Fysioterapeuters erfaring med undersøkelse og behandling av pasienter med flyktningbakgrunn

Physiotherapists' experience with examination and treatment of patients with refugee background

**Kandidatnummer: 362**

Bachelor i fysioterapi  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse og funksjon  
Antall ord: 9930  
Innleveringsdato: 21.05.2019

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

*Flyktningers situasjon har forverret seg de senere årene. De krigene og konfliktene som gjør at folk flykter, er om mulig blitt voldsommere og har forårsaket massive traumatiseringer for alle aldersgrupper. Belastningene under flukt har økt, og flukten er blitt stadig farligere med risiko for overgrep og død*

(Jovanovic et al., referert i Varvin, 2018).

## **Sammendrag:**

**Tittel:** Fysioterapeuters erfaring med undersøkelse og behandling av pasienter med flyktningbakgrunn.

**Formål:** Formålet med studien er å undersøke håndteringen av pasienter med flyktningbakgrunn i en undersøkelses- og behandlingssituasjon fra et erfaringsbasert fysioterapeutisk perspektiv.

**Problemstilling:** ”Hvordan tilpasser praktiserende fysioterapeuter undersøkelses- og behandlingssituasjonen i møte med pasienter med flyktningbakgrunn?”

**Metode:** Jeg valgte å anvende en kvalitativ metode, hvor studien baserer seg på semistrukturerte intervjuer med to erfarne fysioterapeuter. Denne metoden vil gjøre det mulig for meg å innhente kunnskap om erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger fysioterapeutene har til arbeid med pasienter med flyktningbakgrunn. Informantene ble strategisk valgt på bakgrunn av arbeidserfaring, videreutdanning og nåværende arbeidssted. De innsamlede dataene ble transkribert, og analysert ved å bruke systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Informantene fortalte at pasientgruppen de møter i sin praksis er svært heterogen og at det derfor er vanskelig å komme med konkrete råd til hvordan undersøkelse og behandling bør tilpasses. Deres erfaring er at arbeid med pasienter med flyktningbakgrunn skiller seg fra arbeid med etnisk norske pasienter særlig når det kommer til kulturforskjeller, forståelse av helse, kjønnsroller og kommunikasjon. De legger også vekt på betydningen av å bygge opp en god relasjon til pasienten, og å skape trygghet rundt behandlingssituasjonen i møte med pasienter som har overlevd tortur, krigstraumer eller overgrep.

**Konklusjon:** Basert på intervjuene med informantene og aktuell litteratur vil jeg konkludere med at behandling av pasienter med flyktningbakgrunn har mange fellestrekk med behandling av andre pasientgrupper. Både undersøkelse og behandling må tilpasses individuelt, og ta hensyn til eventuelle traumatiske hendelser pasienten har opplevd. Fysioterapeuter må i disse tilfellene ofte bruke mer tid på relasjonsarbeid, kommunikasjon og trygging av pasienten. Dersom dette gjøres på en tilfredsstillende måte ser jeg det som sannsynlig at pasientene vil få en opplevelse av støtte, mestring, annerkjennelse og samhørighet.

## **Abstract:**

**Title:** Physiotherapists' experience with examination and treatment of patients with refugee background.

**Purpose:** The purpose of this study is to investigate the handling of patients with refugee background in examination and treatment from an experience-based physiotherapy perspective.

**Research question:** “How do practicing physiotherapists adjust the examination and treatment when seeing patients with refugee background?”

**Method:** I chose to use a qualitative method to enlighten my research question. The study is based on semi-structured interviews with two experienced physiotherapists. This method will make it possible for me to obtain knowledge about experiences, thoughts, expectations and attitudes the physiotherapists have, working with patients with refugee backgrounds. The informants were strategically chosen on the basis of work experience, further education and current workplace. The collected data was transcribed and analyzed using systematic text condensation.

**Results:** According to the informants the patient group is very heterogeneous and it is therefore difficult to come up with concrete advice on how examination and treatment should be adapted. Their experience is that work with patients with a refugee background differs from work with ethnic Norwegian patients when you look at matters like cultural differences, understanding of health, gender roles and communication. They also emphasize the importance of building a good relation with the patient, and creating a safe environment when treating patients who have survived torture, trauma or abuse.

**Conclusion:** Based on the data from the informants and related literature, I conclude that treatment of patients with refugee background has many common features with treatment of other patient groups. Both examination and treatment must be adapted individually and physiotherapists must take into account any traumatic events the patient has experienced. In these cases, physiotherapists often need to spend more time working on building a relation with the patient and communication. If this is done in a satisfactory manner, I consider it likely that the patients will have an experience of support, coping, recognition and cohesion.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b>	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstillingen	
<b>2.0 Teoretisk bakgrunn</b>	<b>8</b>
2.1 Sentrale begreper	
2.1.1 Flyktning	
2.1.2 Asylsøker og innvilgning av asyl	
2.1.3 Familiегjenforente	
2.1.4 Overføringsflyktninger	
2.1.5 Pasienter med flyktningbakgrunn	9
2.2 Migrasjonsprosessen og flyktninger i Norge	
2.2.1 Helseplager blant flyktninger	
2.2.2 Fysioterapi til flyktninger	10
2.3 Helsetjenestetilbudet og rettigheter	
2.3.1 Flyktninger, asylsøkere og familiегjenforente	
2.3.2 Papirløse innvandrere og personer uten lovlig opphold	
2.4 Språk og forståelse	
2.4.1 Tolk	11
2.4.2 Kultur og forståelse av sykdom	
2.5 Katastrofe, traumer og tortur	
2.5.1 Fysiske og psykiske traumer	12
2.5.2 Tortur	
2.6 Psykologiske og somatiske følger fra tortur og traumer	13
2.6.1 Toleransevinduet	
2.6.2 PTSD	14
2.6.3 Triggere og flashbacks	
<b>3.0 Metodiske og analytiske strategier</b>	<b>15</b>
3.1 Metodisk tilnærming – bakgrunn for valg av metode	
3.2 Valg av informanter	
3.2.1 Presentasjon av informantene	16
3.3 Om intervjuene	
3.3.1 Gjennomføring av intervjuene	17
3.4 Bearbeiding og analyse av intervjuene	
3.4.1 Transkribering av intervjuene	
3.4.2 Analysestrategi	18
<b>4.0 Presentasjon av resultat</b>	<b>20</b>
4.1 Karaktertrekk ved pasientgruppen	
4.1.1 Helseplager	
4.2 Likheter og forskjeller sammenlignet med etnisk norske pasienter	21
4.2.1 Forståelse av helse	
4.2.2 Kulturforskjeller	
4.2.3 Kjønnroller og berøring	22
4.3 Kommunikasjon	23
4.3.1 Lavt utdanningsnivå – en barriere for utlevering av informasjon	
4.3.2 Kommunikasjon ved bruk av tolk	
4.4 Undersøkelse og behandling av traumatiserte pasienter	24

4.4.1	<i>Karakteristiske helseplager hos traumatiserte pasienter</i>	
4.4.2	<i>Autonome reaksjoner</i>	
4.4.3	<i>Relasjon og trygging av pasienten</i>	26
4.4.4	<i>Individuell tilpasning</i>	27
<b>5.0</b>	<b>Drøfting</b>	<b>28</b>
<b>5.1</b>	<b>Undersøkelse, diagnostisering og differensialdiagnostikk</b>	
5.1.1	<i>Diagnostisering</i>	29
5.1.2	<i>PTSD</i>	
5.1.3	<i>Identifisering av pasienter som har blitt torturert eller traumatisert</i>	30
<b>5.2</b>	<b>Hvordan behandlingssituasjonen påvirkes av pasientenes bakgrunn</b>	
5.2.1	<i>Kommunikasjon</i>	31
5.2.2	<i>Kultur</i>	
5.2.3	<i>Tilnærming og relasjon</i>	32
<b>5.3</b>	<b>Valg av tiltak</b>	<b>33</b>
5.3.1	<i>Triggere og retraumatisering</i>	
<b>5.4</b>	<b>Klinisk relevans</b>	
5.4.1	<i>Overførbarhet til andre pasientgrupper</i>	34
<b>5.5</b>	<b>Metodediskusjon</b>	
5.5.1	<i>Evaluering av metodevalg</i>	
5.5.2	<i>Analyseprosessen</i>	35
5.5.3	<i>Forforståelse</i>	
5.5.4	<i>Valg av informanter</i>	
5.5.5	<i>Etiske aspekter</i>	36
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>37</b>

## Referanseliste

### Vedlegg:

Vedlegg 1	Informert samtykke
Vedlegg 2	Intervjuguide
Vedlegg 3	Transkripsjon av intervju 1
Vedlegg 4	Transkripsjon av intervju 2
Vedlegg 5	Analyse av intervju 1
Vedlegg 6	Analyse av intervju 2



## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstillingen

Jeg ønsket å skrive om behandling og håndtering av mennesker som har overlevd livstruende, traumatiske hendelser i min bacheloroppgave. For å avgrense målgruppen min, vil jeg ta utgangspunkt i pasienter med flyktningbakgrunn.

På grunn av et økende antall mennesker med flyktningbakgrunn i Norge mener jeg det er viktig at vi som helsepersonell er forberedt på de eventuelle utfordringene dette kan føre med seg. Mie Feilberg har skrevet en vitenskapelig artikkel i Fysioterapeuten (2016) om behandling av torturoverlevende og andre pasienter som har vært truet på livet. Hun konkluderer i denne artikkelen med at undersøkelse og behandling som tilpasses den enkelte kan gi sårbare pasienter en viktig opplevelse av støtte, mestring, anerkjennelse og samhørighet. Ved å arbeide med denne oppgaven ønsker jeg å finne ut hvilke utfordringer fysioterapeuter møter ved behandling av denne pasientgruppen, og hvordan disse kan løses på best mulig måte.

I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke håndteringen av pasienter med flyktningbakgrunn i en undersøkelses- og behandlingssituasjon fra et erfaringsbasert fysioterapeutisk perspektiv. Jeg har på bakgrunn av dette kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvordan tilpasser praktiserende fysioterapeuter undersøkelses- og behandlingssituasjonen i møte med pasienter med flyktningbakgrunn?*

## 2.0 Teoretisk bakgrunn

### 2.1 Sentrale begreper

#### 2.1.1 Flyktning

I følge FNs flyktningskonvensjon (2018) defineres man som flyktning dersom man:

1. Er utenfor eget hjemland.
2. Ikke kan eller tør å få beskyttelse i, eller returnere til eget hjemland.
3. Dette er fordi man frykter forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, medlemskap i en sosial gruppe, eller politiske meninger i ditt eget hjemland.

#### 2.1.2 Asylsøker og innvilgning av asyl

Personer som flykter fra hjemlandet sitt må søke om asyl eller beskyttelse i et annet land (FN-sambandet, 2018). Asylsøkere er personer som ankommer et annet land på egenhånd, og som selv søker om asyl ved ankomst. I Norge innvilges asyl til personer som defineres som flyktninger jamfør flyktningkonvensjonen, og til mennesker som står i fare for å bli utsatt for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling ved tilbakevending (FN-sambandet, 2018).

#### 2.1.3 Familiegjenforente

Mange flyktninger som har fått innvilget opphold i Norge, har familie som kan få opphold med familieinnvandring som grunnlag. Mennesker som kommer til Norge som familiegjenforente har samme rettigheter som flyktninger (IMDi, 2016).

#### 2.1.4 Overføringsflyktning

Overføringsflyktninger, eller kvoteflyktninger, er mennesker som FNs høykommissær for flykninger mener trenger beskyttelse, men som verken kan returneres til hjemlandet sitt, eller integreres i landet de har flyktet til. Stortinget bestemmer hvor mange overføringsflyktninger Norge skal ta imot (FN-sambandet, 2018). I 2019 har regjeringen foreslått og øke dette antallet fra 2120 til 3000 i året (Regjeringen, 2018).

### *2.1.5 Pasienter med flyktningbakgrunn*

Når jeg videre i oppgaven referer til pasienter med flyktningbakgrunn, er både flyktninger, asylsøkere, familiegjennforente og overføringsflyktninger inkludert.

## **2.2 Migrasjonsprosessen og flyktninger i Norge**

Ved inngangen til 2018 var 68,5 millioner mennesker i verden på flukt. Det er flere enn det har vært siden andre verdenskrig. Krig, konflikt, forfølgelse og alvorlige brudd på menneskerettighetene er hovedårsakene til at mennesker flykter (FN-sambandet, 2018). I 2015 mottok Norge et rekordhøyt antall flyktninger. Tall fra SSB fastslår at det da ankom 31 145 asylsøkere til landet (Østby, 2016, s. 3). I 2018 var 4,3 % av Norges befolkning mennesker med flyktningbakgrunn (SSB, 2018).

### *2.2.1 Helseplager blant flyktninger*

Migrasjonsprosessen er forbundet med forhold og erfaringer som kan ha betydning for innvandrers helse (Probst & Skjærven, 2018, s. 206). Flyktninger kan ha forskjellige psykiatriske lidelser, somatiske sykdommer og problemer som kan ha sammenheng med tidligere traumatisering (Varvin, 2018, s. 31). En stor andel flyktninger har opplevd tortur, overgrep og/eller krigsrelaterte traumer. Behovene til denne pasientgruppen er komplekse, da mange sliter med kroniske smerter, posttraumatiske stresslidelser (Probst & Skjærven, 2018, s. 206), depresjon, personlighetsforandringer og somatisering av psykiske helseplager (Varvin, 2018, s. 66).

Noen vil også trenge behandling på grunn av fysiske plager og symptomer de har pådratt seg som en følge av tortur, krigsskader og/eller flukt. Dette kan for eksempel være vevsskader etter tortur (Gretland, 2007, s. 133), traumatiske hodeskader (Probst & Skjærven, 2018, s. 211), innskrenket bevegelse etter brudd, sår eller skuddskader, nevrologiske symptomer etter vold, underernæring eller utmattelse (Johansen, Blinkenberg, Arentz-Hansen & Moen, 2018), kroniske smertetilstander eller arrdannelser (Varvin, 2018, s. 66). På grunn av et komplisert sykdomsbilde krever ofte behandlings- og rehabiliteringsopplegget for denne gruppen et integrert tilbud med samarbeid mellom flere instanser (Varvin, 2018, s. 28).

### *2.2.2 Fysioterapi til flyktninger*

Tradisjonelle fysioterapeutiske metoder som styrketrening, utholdenhetstrening og bløtvevsbehandling kan være nyttig for flere av flyktningene som har overlevd tortur og traumer (Probst & Skjærven, 2018, s. 216), og kan spille en viktig rolle for å redusere smerte og forbedre funksjon og livskvalitet hos denne pasientgruppen (Probst & Skjærven, 2018, s. 207). Fysioterapeuter trenger da kunnskap om vanlige fysiske og psykiske plager hos pasientgruppen for å kunne tilpasse undersøkelser, vurderinger og behandlinger på best mulig måte (Probst & Skjærven, 2018, s. 216).

## **2.3 Helsetjenestetilbudet og rettigheter**

### *2.3.1 Flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente*

Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente som oppholder seg i Norge har samme rett på helsetjenester som den øvrige befolkningen. Dette gjelder både somatisk og psykisk helsehjelp fra kommune- og spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2018). Personer med funksjonsnedsettelse bør også sikres nødvendig helsehjelp så fort som mulig etter ankomst (Helsedirektoratet, 2018)

### *2.3.2 Papirløse innvandrere og personer uten lovlig opphold*

Papirløse innvandrere og personer uten lovlig opphold har ikke de samme rettighetene som flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente, men alle som oppholder seg i Norge har blant annet rett på øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp. Under nødvendig helsehjelp inngår hjelp som ikke kan vente uten fare for død, varig nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter. (Lovdata, 2015)

## **2.4 Språk og forståelse**

Det at en pasient er flyktning trenger ikke være avgjørende for verken undersøkelse, behandling eller andre tiltak. Det vil likevel ofte komme i fokus på grunn av vanskeligheter med språk og forståelse (Varvin, 2018, s. 28).

### *2.4.1 Tolk*

Mangelen på et felles språk kan være en utfordring for å oppnå gjensidig forståelse, god kommunikasjon og samarbeid (Viken & Kumar, 2010, s. 60). I følge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett på forståelig informasjon og å kunne gi informert samtykke til helsehjelp. Med dette følger helsepersonellens ansvar for sikre god informasjon og kommunikasjon ved å vurdere behovet for tolk i møte med pasienter med begrensede norskkunnskaper (Helsedirektoratet, 2018).

### *2.4.2 Kultur og forståelse av sykdom*

”Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn” (Magelssen referert i Viken & Kumar, 2010, s. 60).

Flyktninger kommer til Norge fra mange nasjoner og bringer med seg forskjellige kulturelle tradisjoner (Varvin, 2018, s. 40). Mennesker fra andre land kan ha andre kulturelt betingede oppfatninger som ulik vurdering av familiens betydning, sykdomsforståelse og oppfatning av hva som er god behandling (Varvin, 2018, s. 40). Bakgrunnskunnskapen flyktningene har er bestemmende for hvordan de forstår og fortolker det de ser og hører (Thornquist, 2009, s. 51). Det er viktig at helsepersonell er oppmerksom på dette i enhver behandlingssituasjon, og at vi lytter til de oppfatningene pasienten har om egen sykdom og lidelse (Varvin, 2018, s. 46).

## **2.5 Katastrofe, traumer og tortur**

Katastrofer er hendelser som gir store menneskelige lidelser og materielle skader. Grovt sett kan vi skille mellom naturkatastrofer og menneskeskapte katastrofer (Dyregrov, 2018, s. 13). Slike hendelser kan føre til traumatisering av de som er til stede. ”Med traumatisering mener vi ekstreme belastninger mennesker utsettes for, og som på kortere eller lengre sikt kan føre til delvis eller totalt sammenbrudd i menneskers vanlige tilpasningsevne til livet” (Opjordsmoen, Thorsen & Vaglum, 2008, s. 196).

Menneskeskapte katastrofer ser ut til å virke mer traumatiserende enn naturkatastrofer, fordi det ofte er en villet handling med hensikt å skade eller drepe. Dette gjør hendelsen vanskeligere å forsones seg med, og utfordrer våre antagelser om en rettfærdig verden og tro på andre mennesker (Dyregrov, 2018, s. 38). Flyktninger er en svært utsatt gruppe for traumatisering både på grunn av situasjonen de flyktet fra, opplevelser under flukten og en usikker situasjon i landet de kommer til (Dyregrov, 2018, s. 38).

### *2.5.1 Fysiske og psykiske traumer*

Traumer kan skyldes både fysisk og psykisk belastning. Fysiske traumer er ulike skader på grunn av ytre berøring, som for eksempel hodeskader, brudd, forstuing, kuttskader og lignende (Myklebust & Nesse, 2015, s. 16). Traumbegrepet benyttes også om hendelser man tenker kan gi psykiske vansker, som for eksempel voldtekt, fysisk eller psykisk vold, overgrep, krigsopplevelser, tortur, trakassering og mobbing (Myklebust & Nesse, 2015, s. 16)

### *2.5.2 Tortur*

Å overleve tortur er en av de mest traumatiske hendelser et menneske kan utsettes for (RVTS), og kan føre til både fysiske og psykiske traumer. FNs verdenserklæring om menneskerettigheter slår fast at ingen mennesker skal utsettes for tortur (2018). Konvensjonen definerer tortur som:

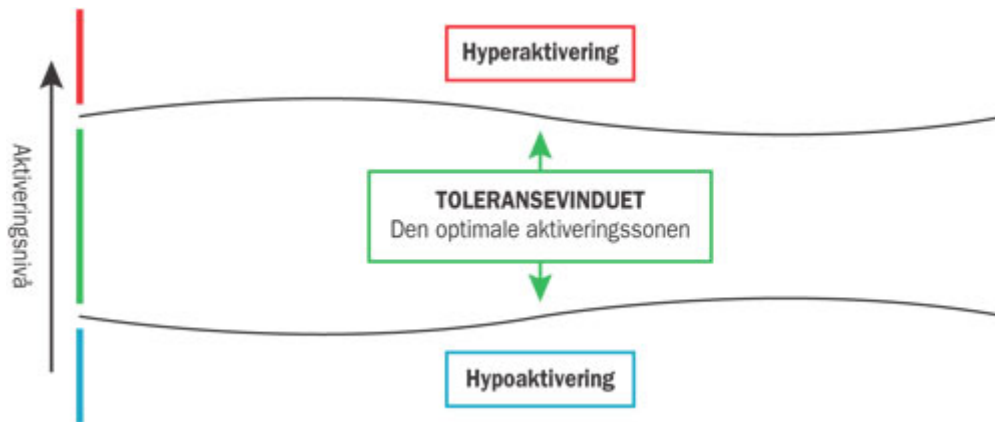
Beviste handlinger som gir en person alvorlige fysisk eller psykisk smerte for å få informasjon, true eller straffe personen eller en tredjeperson. For at det skal regnes som tortur må handlingen påføres av, eller med tillatelse fra, en offentlig tjenesteperson eller en annen som opptrer i embetets medfør.

Og slår også fast at ingen unntakstilstand av noe slag kan rettferdiggjøre bruken av tortur. Det er likevel vanskelig å få en god oversikt over forekomsten av tortur internasjonalt, da dette er informasjon som ofte benektes av ansvarlige myndigheter og fordi mennesker som overlever tortur ofte ikke står fram med sine historier (Halvorsen & Sveaass, 2009). Det er derfor svært sannsynlig at et overslag vil være et underestimat av omfanget (Amnesty, 2000).

Prevalensen av PTSD og kroniske smerter er høy blant ofre for tortur (Probst & Skjærven, 2018, s. 213). Dette er forståelig da tortur er en handling hvor mennesker bevisst påfører andre mennesker smerte og lidelse. Behovet for helsehjelp hos disse pasientene er sannsynligvis stort, og det er derfor viktig at fysioterapeuter har tilstrekkelig kunnskap til å kunne gi torturoverlevende den behandlingen de har rett på.

## 2.6 Psykologiske og somatiske følger fra tortur og traumer

### 2.6.1 Toleransevinduet



Toleransevinduet, som illustrert over, er en forklaringsmodell som ofte brukes innen traume psykologi for å forklare ettervirkningene av traumer. Den knyttes særlig til utviklingstraumer (RVTS). Modellen hjelper oss til å identifisere ulike tilstander av følelses- og stressaktivering og refererer til det spennet av aktivering som er optimalt for et individ (Siegel, 2012), hvor man evner og tenke og handle rasjonelt (Myklebust & Nesse, 2015, s. 19). Over- og underaktivering vil være naturlige overlevelsesreaksjoner på det den enkelte oppfatter som fare, og kan ikke kontrolleres (Myklebust & Nesse, 2015, s. 19-20).

Overaktivering fører til økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet og er den første reaksjonen på fare. Denne aktiveringen forbereder organismen på en flukt eller kampsituasjon. Kjennetegn ved overaktivering er at hjerte og puls frekvensen øker, blodgjennomstrømningen til armer, ben og store muskelgrupper øker, økt muskeltonus, fokusert oppmerksomhet og at man ikke kjenner etter hvordan man har det (Myklebust & Nesse, 2015, s. 20).

Underaktivering fører derimot til økt aktivitet i det parasympatiske nervesystemet, og kommer ofte som et resultat av at faren ikke kan unngås. Ved underaktivering synker hjerte og pustefrekvens, muskeltonusen og blodgjennomstrømningen til muskler og lemmer reduseres og personen oppleves som bedøvet. Underaktivering øker faren for senreaksjoner. (Myklebust & Nesse, 2015, s. 20)

### 2.6.2 PTSD

Posttraumatisk stresslidelse, eller PTSD, er en vanlig følgetilstand etter voldsomme påkjenninger og overgrep (Varvin, 2018, s. 32), og dermed en kjent problemstilling hos mennesker med flyktningsbakgrunn. Ifølge en norsk undersøkelse fra 2013 møtte 34 av 93 (37 %) enslige mindreårige asylsøkere kriteriene for PTSD (Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen).

Lidelsen er ofte en reaksjon på at pasienten har vært over- eller underaktivert i forhold til toleransevinduet, og har ført til at nervesystemet i etterkant er dysregulert (Myklebust & Nesse, 2015, s. 23). PTSD kjennetegnes av stadige gjenopplevelser av den skremmende opplevelsen (NHI, 2018), sterkt ubehag ved påminnelser om hendelsen og forsøk på å unngå situasjoner som kan minne om traumet (Myklebust & Nesse, 2015, s. 24). Mange er også plaget med irritabilitet, søvnproblemer, konsentrasjonsvansker og humørsvingninger (NHI, 2018).

### 2.6.3 Triggere og flashbacks

”En trigger er noe som utløser en reaksjon” (Myklebust & Nesse, 2015, s. 21). Sanseinntrykk som minner pasienten om traumet, som bilder, lyder, lukter, kroppslige og følelsesmessige fornemmelser, stress og fysisk smerte kan fungere som triggere og føre til at pasienten opplever flashbacks (Myklebust & Nesse, 2015, s. 21). ”Flashbacks kan defineres som spontant innsettende, men forbigående gjenopplevelser av følelser, tanker, sanseinntrykk, lukt og minner” (Myklebust & Nesse, 2015, s. 22). Traumatiserte mangler ofte ord for det som har skjedd (Myklebust & Nesse, 2015, s. 21), men vil reagere med frykt på disse sanseopplevelsene (Varvin, 2018, s. 33).



### **3.0 Metodiske og analytiske strategier**

En metode er en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Aubert referert i Dalland, 2012, s. 111). I dette kapitlet vil jeg begrunne mitt valg av metode og presentere bearbeidingen og analyseprosessen av resultatene. Drøfting av de valgte metodene kommer jeg tilbake til i kapittel 5.

#### **3.1 Metodisk tilnærming – bakgrunn for valg av metode**

Valget av metode begrunnes med hvilken metode som svarer best på den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2012, s. 135). Fokus for oppgaven min er som nevnt fysioterapeuters erfaringer knyttet til undersøkelse og behandling av pasienter med flyktningbakgrunn. Oppgaven vil omfatte informasjon om både undersøkelse og behandling av pasientgruppen, samt tema som tilnærming, kommunikasjon og relasjon.

De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 52), og kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30). Jeg vil basere arbeidet mitt på en kvalitativ intervjustudie da jeg mener denne metoden er best egnet til å belyse min problemstilling. En av fordelene med å velge en kvalitativ metode er at det er lettere å gå i dybden, for å få en helhetlig forståelse av problemstillingen (Dalland, 2012, s. 53). Denne metoden vil gjøre det mulig for meg å få vite mer om fysioterapeutenes erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2017, s. 31).

#### **3.2 Valg av informanter**

”All forskning krever utvalgsstrategier som fører til at materialet inneholder data om det fenomenet vi vil utforske” (Malterud, 2017, s. 57). De strategisk utvalgte informantene ble sammensatt ut fra en målsetning om å belyse problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017, s. 58). Jeg ønsket å intervju to-tre informanter med lang og bred erfaring knyttet til arbeid med pasienter med flyktningbakgrunn. Det var også ønskelig at informantene hadde aktuelle videreutdanninger innen ulike retninger for å bidra til et mer nyansert meningsspekter i resultatene.

Da jeg skulle velge begynte jeg og forhøre meg med bekjente fysioterapeuter om hvem som kunne være aktuelle informanter. Jeg brukte mye tid på å søke etter informasjon om mulige

informanter på nett, og endte til slutt opp med fire aktuelle kandidater. Utvalget videre ble gjort basert på informantenes arbeidsplass, da jeg ønsket fysioterapeuter fra ulike deler av landet og med ulik erfaring. Jeg sende en e-post med informasjon om oppgaven og et informert samtykke til de to informantene jeg anså som mest aktuelle, som begge svarte ja til å delta.

### *3.2.1 Presentasjon av informantene*

#### *Informant 1:*

Informant 1 jobber ved et helsesenter for immigranter, og har nylig fullført en videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. På helsesenteret tilbyr hun individuelt tilpasset behandling til pasienter med flyktningbakgrunn. Informanten har 12 års erfaring som fysioterapeut. Hun har tidligere jobbet i fengsel og i privat praksis både med og uten driftstilskudd. Hun har jobbet med pasienter med en annen etnisk bakgrunn siden 2008, og har derfor god erfaring med pasientgruppen.

#### *Informant 2:*

Informant 2 har bred erfaring som fysioterapeut og har jobbet i kommunehelsetjenesten, på institusjon, med hjemmebehandling, som avdelingsleder og som fagutvikler. Hun har master i helsefremmende arbeid, og videreutdanninger innen prosjektledelse, økonomi og administrasjon og idrettsmedisin. Hun har jobbet 10 år ved et flyktningkontor hvor hun fokuserte på helsefremmende og forebyggende arbeid hos nybosatte flyktninger.

## **3.3 Om intervjuene**

Jeg valgte å benytte meg av kvalitative semistrukturerte intervjuer for å få et innblikk i informantenes tanker, erfaringer og refleksjoner relatert til undersøkelse og behandling av pasienter med flyktningbakgrunn. Kunnskap er en viktig faktor for å kunne stille gode spørsmål (Kvale, 2015). For å få et best mulig utgangspunkt til intervjuene forberedte jeg meg derfor med å lese meg opp på aktuell litteratur om temaet i forkant av intervjuene.

Semistrukturerte intervjuer kjennetegnes av at man på forhånd utarbeider en intervjuguide med ulike tema man ønsker å belyse (Malterud, 2017, s. 133). Jeg utformet en intervjuguide med underspørsmål til hver av kategoriene: presentasjon av informanter, om pasientgruppen, behandling av traumatiserte pasienter og kommunikasjon (Vedlegg 2).

### *3.3.1 Gjennomføring av intervjuene*

Før selve intervjuet startet jeg med å presentere min prosjektplan og problemstilling for informantene. Jeg forklarte hensikten med prosjektet og hva jeg ønsket å oppnå med intervjuene. Vi gikk også igjennom informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet (vedlegg 1), som informantene hadde fått tilsendt på mail i forkant av intervjuet. Det ene intervjuet foregikk på informantens kontor, og det andre på et privat grupperom på Høgskulen på Vestlandet. Felles for begge intervjuene var at de foregikk i stille omgivelser og uten avbrytelser. Jeg brukte opptaksfunksjonen på en mobiltelefon for å ta opp intervjuene, som varte i henholdsvis 56 og 44 minutter.

Formålet med semistrukturerte intervju er å finne ut av noe vi ikke vet fra før ved å gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen (Malterud, 2017, s. 133). Jeg valgte derfor å ikke følge intervjuguiden slavisk, men heller fokusere på å stille oppfølgingsspørsmål tilpasset informasjonen fra informantene. Det kan være vanskelig å sette ord på erfaringer fra en klinisk praksis fordi de er preget av å være mangfoldige, kroppslige og situasjonsspesifikke (Thornquist, 2009, s. 86-87). Jeg oppfordret derfor informantene til å komme med konkrete eksempel fra pasientsituasjoner i tillegg til generelle erfaringer og tanker.

## **3.4 Bearbeiding og analyse av intervjuene**

### *3.4.1 Transkribering av intervjuene*

Etter datainnsamling skal materialet organiseres og gjøres tilgjengelig for analyse, dette forutsetter som regel at materialet sammenfattes til tekst (Malterud, 2017, s. 77). Denne prosessen innebærer at jeg reproduserte intervjuene ordrett fra muntlig til skriftlig språk. Jeg fokuserte på å skrive ned det som ble sagt, og la ikke mye vekt på hvordan det ble sagt. Transkripsjonen gir derfor bare en indirekte representasjon av lydopptaket og mangler mange av de sentrale meningsdannende egenskapene av det vi har registrert (Malterud, 2017, s. 77). Dette inkluderer for eksempel tonefall, gestikulering, ansiktsuttrykk eller andre former for non-verbal kommunikasjon. Det er viktig å være klar over at en slik transkripsjon alltid vil føre til ulike former for filtrering der meninger går tapt eller forvrenges underveis (Malterud, 2017, s. 77).

Under transkripsjonen fokuserte jeg på å oversette det muntlige språket til skriftlig språk, uten at dette gikk utover innholdet i det som ble sagt. Talespråket er mer oppstykket og uformelt enn skriftspråket, og en omsetning vil alltid føre til en fordreining av hendelsen (Malterud, 2017, s. 78). Transkriberingen innebar at jeg satte punktum og komma der jeg fant det naturlig, synliggjorde avbrutte setninger eller ord med en tankestrek og markerte lengre pauser med ”..” eller ”...”. Jeg valgte også å fjerne utsagn som ”mhm”, ”hmm” og ”ja” der det ikke var relevant for innholdet i samtalen.

### *3.4.2 Analysestrategi*

Jeg valgte å analysere transkripsjonene ved å bruke systematisk tekstkondensering, som beskrevet av Malterud (2017, s. 97-116). Denne metoden er en tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017, s. 97). ”Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet” (Malterud, 2017, s. 91). Analysen gjennomføres i fire trinn, disse inkluderer: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og 4) å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s. 98).

Jeg har gjennomført de ulike delene i analysen på følgende måte:

- 1) Jeg startet med å høre på lydopptakene og lese gjennom transkripsjonen fra begge intervjuene for danne et overblikk over materialet. Jeg noterte ned enkelte stikkord fra transkripsjonen, men gjorde ingen systematisering av resultatene.
- 2) Etter å ha dannet meg et helhetsinntrykk av det oppsamlede materialet gikk jeg videre med å kode resultatene. Dette gjorde jeg ved å markere aktuelle deler av teksten (meningsbærende enheter) med ulike farger, som representerte kodegruppene kommunikasjon, helseplager, likheter og forskjeller sammenlignet med behandling av etnisk norske pasienter og traumer. Videre sorterte jeg materialet etter kategori i to nye dokumenter (vedlegg 5 og 6).
- 3) I analysens tredje trinn hentet jeg fram mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene (se vedlegg 5 og 6). Jeg kortet ned på utsagnene til informantene, og beholdt bare det jeg vurderte som aktuell informasjon for å belyse ulike aspekter av problemstillingen og sorterte også de ulike kodegruppene i flere subgrupper. I denne fasen begynte jeg også å sammenligne resultatene fra informant 1

og 2 for å identifisere likheter og forskjeller mellom dem. I intervjuet med informant 2 la jeg til en femte kodegruppe som omhandler fysisk aktivitet.

- 4) Analysens fjerde og siste del består av sammenfatting, eller rekontekstualisering, av resultatene. I denne fasen tolket de ulike meningsbærende enhetene og formet innholdet til en sammenhengende tekst, som utgjør resultatdelen av oppgaven. Jeg tillot meg å endre formuleringen av enkelte sitater for å forbedre leservennligheten, men var oppmerksom på å se resultatene i en helhet slik at ingen av sitatene ble tatt ut av kontekst eller mistet sin opprinnelige mening.

## 4.0 Presentasjon av resultat

I dette kapittelet presenterer jeg de resultatene fra intervjuene jeg anser som aktuelle for å besvare problemstillingen. Gjennom å analysere informasjonen fra de to intervjuene har jeg delt resultatene inn i fire hovedtema som inkluderer: karaktertrekk ved pasientgruppen, likheter og forskjeller sammenlignet med behandling av etnisk norske pasienter, kommunikasjon og undersøkelse og behandling av traumatiserte pasienter. Funnene representerer to fysioterapeuters erfaringer relatert til arbeid med pasienter med flyktningbakgrunn, og danner et bilde av hvordan undersøkelse og behandling kan tilpasses denne pasientgruppen.

### 4.1 Karaktertrekk ved pasientgruppen

Begge informantene understreker at pasientgruppen er svært heterogen, både i forhold til helseplager, etnisk opprinnelse og kultur. Informant 1 forteller at det er noen etniske grupper kommunen har bosatt mange av. Det er syriske, eritreiske og afghanske flyktninger. Informant 2 beskriver den store variasjonen slik:

*Det er jo ingen ensartet gruppe. En flyktning er ikke en flyktning, en somalier er ikke en somalier. Det kan være så store variasjoner fordi det er så mange kulturer, også blant mennesker med samme etniske opprinnelse.*

Begge informantene opplever at det er stor variasjon i forhold til alder. De møter både voksne og barn i sin praksis. De fleste som kommer til Norge som flykninger er unge menn fra 18 til 40 år, men på grunn av familiegjenforening kommer det også mange barn og kvinner.

#### 4.1.1 Helseplager

Informantene forteller at muskel-/skjelettplager, smerteproblematikk og ulike psykosomatiske symptomer er de helseplagene de ser oftest hos pasienter med flyktningbakgrunn. Mange beskriver diffuse og uspesifikke smerter, muskelsmerter, hodepine, magesmerter og PTSD symptomer som blant annet søvnvansker, påtrengende minner og konsentrasjonsvansker. Informant 1 beskriver at pasientene ofte har symptomer som tilsier at nervesystemet ikke klarer å regulere seg (jamfør toleransevinduet). Slike symptomer er ofte knyttet til tidligere opplevelser og erfaringer. Informant 1 formidler at hun derfor har som målsetning å inkludere både pasientens psykiske og fysiske helse i behandlingen.

## 4.2 Likheter og forskjeller sammenlignet med etnisk norske pasienter

Informantene mener at prinsippene for fysioterapibehandlingen er de samme når man møter pasienter med flyktningbakgrunn som når man møter etnisk norske pasienter. De begrunner dette med at vi mennesker responderer likt på traumatiske hendelser og behandling uavhengig av etnisk opprinnelse, og at det uavhengig av dette vil være store individuelle forskjeller. De gir likevel uttrykk for at ulik forståelse av helse, kulturforskjeller og et annet syn på kjønnsroller, er faktorer som skiller pasientgruppene fra hverandre.

### 4.2.1 Forståelse av helse

Mennesker som er vokst opp i et annet land kan ha en annen forståelse for hva som gir god og hva som gir dårlig helse (informant 1). De kan også ha en annen måte å uttrykke seg på. Dette beskriver informant 1 slik:

*Etnisk norske pasienter vil kanskje kalle det for angst, eller fortelle at de har blitt utsatt for traumer. En med en annen etnisk opprinnelse vil derimot kanskje si at det er hjertet mitt som slår, eller hjertet mitt som raser av gårde. Det har andre verbale og kroppslige uttrykk for smerte, for savn, for sorg, for ja...*

Informant 2 har denne beskrivelsen av samme tema:

*Jeg tenker at veldig mange kvinner, men også menn, sier at de har vondt i hjertet sitt - de har en hjertesorg. Eller vondt i magen.. og det kan overføres til at de har en sorg de bærer på, fordi de har opplevd veldig mange tap. For andre kan slike beskrivelser av kroppslig ubehag henge sammen med for eksempel overgrep.*

For å forstå hva pasientene mener med disse beskrivelsene og uttrykkene, kan det være nyttig å ha en viss kulturforståelse (Informant 2). Vi må vite hvordan de uttrykker seg, og hva det finnes ord for og ikke finnes ord for i deres kultur.

### 4.2.2 Kulturforskjeller

Kulturforståelse, traumeforståelse og kunnskap om migrasjonsprosessen er essensielt for å sørge for at pasientene mottar likeverdige helsetjenester (Informant 2). Da det for mange av flyktningene kan ta lang tid å forstå kulturelle og sosiale koder i et nytt land (Informant 1).

Informant 2 uttrykker at det er viktig å vite hva som skiller kulturen i opprinnelseslandene til pasientene fra kulturen i Norge, samt å møte pasientene med nysgjerrighet og åpenhet.

Informant 1 forteller at i flere andre land har familien større betydning enn i Norge. Her har vi stort ansvar for egen helse og det forventes at man skal navigere selvstendig i det norske helsevesenet. Mennesker fra noen andre land har gjerne en mer kollektivistisk tilnærming til dette, og det er naturlig at hele familien kommer samlet til undersøkelsen. Hun forteller videre at hun i slike situasjoner respekterer pasientenes ønsker, og er opptatt av å bruke dette som en mulighet til å styrke relasjonen med pasienten:

*Fordi det gir mening for dem, og er en naturlig del av deres ve og vel. Det stikker jo så klart litt kjepper i hjulene for det som jeg hadde planlagt... Men de første gangene er jeg opptatt av å møte pasientene på deres behov. Da skal ikke meg og mine forventninger være i fokus, så jeg lar alle få komme inn. Det blir ikke en time slik som jeg hadde sett for meg, men det gjør noe med relasjonen til pasienten og danner et godt grunnlag for videre arbeid.*

#### 4.2.4 Kjønnsroller og berøring

Det er noen forventninger knyttet til hvordan man hvordan man skal oppføre seg som mann og kvinne (Informant 1). Disse forventningene kan variere i mellom ulike land og i ulike kulturer. Informantene forteller at i mange kulturer er kroppskontakt og berøring forbeholdt nærmeste familie. Informant 2 har opplevd at bare det å legge en tryggende hånd på skulderen til en pasient kan oppleves som ubehagelig, og kan tolkes på ulike måter. Hun mener derfor det er viktig at vi som fysioterapeuter hele tiden er i forkant og forteller pasienten hva vi skal gjøre og hvorfor vi gjør det.

Det kan også være andre retningslinjer og normer i forhold til påkledning i andre kulturer. Informant 1 gir uttrykk for at hun tar hensyn til hvordan hun kler seg som kvinne når hun har mannlige pasienter. Ved å gjøre dette viser hun pasientene respekt, og unngår at påkledningen hennes blir et forstyrrende element i behandlingssituasjonen. Hun forteller også at hun har opplevd at rådene hun gav en mannlige pasient ikke ble mottatt som verdifulle på grunn av at de kom fra en kvinne. Det kan derfor være utfordrende for noen mannlige pasienter å forholde seg til en kvinnelig fysioterapeut. Hun forteller at arbeidsplassen hennes er organisert slik at hun i hovedsak behandler kvinnelige pasienter, mens hennes mannlige kollega behandler de mannlige. På denne måten overkommer de noen av disse eventuelle utfordringene.



### 4.3 Kommunikasjon

Informantene mener at god kommunikasjon med pasientene er helt essensielt i en hver behandlingssituasjon. I arbeid med pasienter med flyktningbakgrunn møter de på noen utfordringer og barrierer relatert til kommunikasjon, som man ikke møter i arbeid med etnisk norske pasienter.

#### 4.3.1 Lavt utdanningsnivå – en barriere for utlevering av informasjon

Mange av pasientene med flyktningbakgrunn har et lavt utdanningsnivå, og flere er analfabeter. Spesielt gjeldene er dette for mange kvinnelige pasienter. Informant 1 forteller at det er utfordringer å dele ut skriftlig informasjon til disse pasientene. Informant 2 understreker at det er vårt ansvar som fagpersoner å sikre at pasientene mottar den informasjonen de skal. All informasjonen som gis til pasientene må derfor tilpasses både i forhold til språk, utdanningsnivå og forforståelse.

*Jeg merker at terskelen for å dele ut informasjon er høyere i møte med pasienter med en annen etnisk bakgrunn. Vokabularet og forklaringsmodellene en tar i bruk må være tydelige, og nivået må justeres avhengig av pasientens forståelse. Jeg kan for eksempel si: "Ikke at jeg er ekspert på det som foregår hos deg her og nå, men se her – nå skal jeg vise deg hvordan kneleddet henger sammen". Så har jeg en plastmodell, også peker jeg og viser. Jeg kan også vise bilder for å få tak i hvor smerter er lokalisert og si: "Er det her du har vondt?". Det å forklare sammenhenger kan være oppklarende og nyttig for mange av pasientene. (Informant 1)*

#### 4.3.2 Kommunikasjon ved bruk av tolk

Begge informantene presiserer at bruk av tolk under behandlingen av pasienter med flyktningbakgrunn er nødvendig. Ifølge informant 1 er det viktig at informasjon blir gitt til pasientene på eget morsmål for å sikre likeverdige helsetjenester. Informant 2 forteller at bruk av tolk er helt essensielt fordi:

*Språksenteret svekkes i stressede situasjoner. Det er jo en behandlingssituasjon hvis en skal utlevere både kroppslig og psykiske plager. De har problemer med å uttrykke seg, men også med å forstå. Jeg tenker det er kjempeviktig å kunne noe om dette som helsepersonell. Det er ikke nok å spørre pasienten: "Skal jeg bestille tolk?". Det er*

*ditt ansvar som fagperson å bestille tolk, og det er du som skal sikre at vedkommende får de opplysningene de skal ha på en ordentlig måte.*

Informant 1 legger vekt på at det også er viktig å tenke på at tolkene ofte selv har vært flyktninger. Selv om de har bodd lenge i Norge, så kan historiene som kommer frem i anamnesen berøre og vekke minner hos dem. Hun har derfor en rutine på å snakke med tolken i etterkant av undersøkelsen dersom det er behov for det.

#### **4.4 Undersøkelse og behandling av traumatiserte pasienter**

Informantene opplyste om at de daglig møter pasienter som har overlevd tortur og krigstraumer i møte med pasienter med flyktningbakgrunn. De delte også sine erfaringer vedrørende hvordan fysioterapeuter kan ivareta denne pasientgruppen i en undersøkelses- og behandlingssituasjon.

##### *4.4.1 Karakteristiske helseplager hos traumatiserte pasienter*

Mange av pasientene blir henvist til fysioterapi for ulike kroppslige plager og smerter, uten at traumatiske opplevelser er en åpenbar årsak. I noen tilfeller vil det også være vanskelig for pasienten å snakke om opplevelsene sine. Det er viktig at vi som helsepersonell har kunnskap om migrasjonsprosessen, toleransevinduet og traumereaksjoner slik at vi vet hva som kan trigge til flashbacks eller dårlige minner. Dette kan hjelpe oss å fange opp eventuelle tegn på at pasienten har opplevd traumer. Begge informantene forteller at det kan være utfordrende og fange opp disse signalene, og at det ofte krever lang klinisk erfaring.

Informantene forteller at noen helseplager ofte er karakteristiske for pasienter som har opplevd traumatiske hendelser. Informant 1 har erfart at søvnvansker, påtrengende minner og/eller konsentrasjonsvansker ofte henger sammen med det som et menneske har opplevd, og kan være knyttet til tidligere traumer. Informant 2 trekker også frem at diffus smerteproblematikk som ikke forbedres av behandlingen ofte er relatert til traumer. Hun forklarer det slik:

*Selv om vi jobber med behandling og øvelser og prøver å finne gode verktøy for at de skal bli bedre, så er det fortsatt liten fremgang. Da blir det viktig å snakke med pasienten om ting som kan være grunnen til at det fortsatt er smertefullt... Det er viktig å kjenne til det her med migrasjonsprosess og toleransevinduet, og vite hva det er som*

*trigger til flashbacks og dårlige minner, og som gjør at de får mer vondt og at det er vanskelig å bearbeide smertene.*

Smertene til pasientene kan ofte ikke forklares ved hjelp av undersøkelser som blodprøver, ultralyd, MR og CT. Dette gir pasientene et problem med å forklare smertene (Informant 1). Informant 2 presiserer likevel at det er viktig å ta aktuelle undersøkelser i samarbeid med lege og spesialisthelsetjeneste for å utelukke alvorlig sykdom før du eventuelt behandler plagene med en mer psykosomatisk tilnærming.

#### *4.4.2 Autonome reaksjoner*

Autonome reaksjoner kan være et signal på at nervesystemet er i ubalanse og at pasienten opplever situasjonen som ubehagelig eller skremmende. Informant 1 vektlegger betydningen av å være oppmerksom på autonome reaksjoner hos pasienten i enhver behandlingssituasjon. En fysioterapeutisk undersøkelse kan oppleves som voldsom for noen som er alvorlig traumatisert. Om man er oppmerksom på autonome reaksjoner allerede i anamnesen kan dette gi en ide om hvor belastet pasienten er. Undersøkelsen og den videre behandlingen kan da tilpasses deretter. Hun sier dette om autonome reaksjoner:

*Du ser at vedkommende blir helt klam i huden, kjeven biter seg sammen, øynene begynner å fylle seg opp med tårer og blikket å flakke rundt om i rommet. Eller pasienten trekker seg sammen i fleksjonsmønster, holder på seg selv og føttene forsvinner innunder stolen. Da er det jo et ganske tydelige signaler på at nervesystemet er under press - altså i en trusselsituasjon. Da er det kanskje noe som pasienten er så belastet med at vedkommende ikke klarer å uttrykke det med ord, men kroppen uttrykker det. .*

Informant 2 beskriver hvordan pasienter reagerer når de befinner seg over eller under toleransevinduet, altså i hypo- eller hyperaktivering. Dersom pasienten er over toleransevinduet pumper blodet raskere og organismen forbereder seg til å kjempe eller flykte. Pasienter som er hypoaktivert oppleves derimot ofte som apatiske, fjerne og lite interesserte. De klarer ikke å yte motstand mot ytre trusler. Det er viktig at vi kjenner til tegnene på at pasienter er utenfor toleransevinduet slik at vi eventuelt kan hjelpe dem å regulere aktiveringen.

#### 4.4.3 Relasjon og trygging av pasienten

Begge informantene la vekt på betydningen av å bygge opp en god relasjon til pasienten, og skape trygghet rundt undersøkelses- og behandlingssituasjonen. Tema som overgrep, krig, tortur og andre traumer kan være vanskelig å snakke om. Det er derfor viktig å etablere et trygt forhold til pasienten (Informant 2). Det kan da være lettere for pasienten å snakke om disse tingene. Det er også viktig at fysioterapeuter tørr å spørre pasientene om tema som kan være underliggende årsaker til eventuelle helseplager. Dette gjelder ikke minst tabubelagte tema som kan være vanskelig for pasienten å ta opp på eget initiativ (Informant 1). Informant 1 forteller at hun opplever at det å være kvinnelig terapeut i møte med kvinnelige pasienter opphever mange tabuer knyttet til kvinnehelse. Hun fremhever også at det er viktig å lytte til pasientene uten å fordømme eller kategorisere det som blir sagt, og å anerkjenne pasientens opplevelser uten å redusere eller bortforklare dem.

Informant 2 legger vekt på at vi bare trenger hovedtrekk av en historie for å danne et bilde av hva pasienten har opplevd. Hun mener det er viktig å ikke grave dypt ned i detaljer, og respektere om det er tema pasienten ikke vil utdype:

*Jeg tror det å tørre å spørre, men uten å gå dypt ned i detaljer er viktig. Det er nok å spørre: "Hvor kommer du fra?", "Hvordan kom du deg hit?", "Hva har du gjort underveis?", "Har du barn?", "Har du vært i en krigssituasjon?", "Har du sett noen bli drept?", uten å gå mer i detaljer på det. Visst du får svar på noen av de spørsmålene der, så vet du allerede veldig mye.*

Vi må fortelle hensikten med det vi gjør i undersøkelsen og respektere om noe er ugreit for pasienten. Informant 2 opplyste om at det å generalisere helseplagene til pasienten og fortelle at dette er normale reaksjoner på traumer kan bidra til å skape trygghet i situasjonen. Hun gav også uttrykk for at hun ofte snakker med pasientene om psykisk helse for å normalisere begrepet, da mange tror de er alene om opplevelsene.

*Man kan si at: "Ut i fra de helseplagene som du viser til så har vi erfaring med at veldig mange, med flyktningbakgrunn, har vært utsatt for overgrep". Da er det ikke lenger den ene personen. Mange tror de at de er de eneste som er utsatt for overgrep, og skammer seg over dette. Ved å generalisere problemstillingen kan vi fortelle at det her er veldig vanlig, også gjøre aktuelle undersøkelser på bakgrunn av det.*

Det er også viktig å være klar over at fysioterapeuter utøver mye makt i form av å være helsepersonell. Mange pasienter med flyktningbakgrunn har dårlige erfaringer med tjenesteapparater fra hjemlandet, eller et oppholdsland, hvor helsepersonell utøver makt eller bistår til tortur (Informant 1). Dette er en av grunnene til at det er viktig å fokusere på å gjøre undersøkelsen og behandlingen til en trygg situasjon for pasienten.

#### 4.4.4 Individuell tilpasning

*Behandling av traumatiserte, det er behandling av mennesker. Jeg tror ikke det finnes noen bastante regler på hva en kan og ikke kan gjøre med disse pasientene. Du kan ikke lage sånne regler, fordi det handler om hvilke ressurser vedkommende har. Klassikeren er at du har to pasienter med samme diagnose, også har du helt forskjellig livskvalitet og mestring av egen situasjon. Så det er alltid en vurdering i forhold til hvilken kontakt jeg får med pasienten og hvordan jeg ser at pasienten responderer på ulike tema som vi utforsker i anamnesen. (Informant 1)*

Undersøkelse og behandling må tilpasses individuelt. Det er da viktig at fysioterapeuter har den kunnskapen som kreves for å kunne tilpasse behandlingen. I møte med pasienter med flyktningbakgrunn inkluderer dette blant annet kunnskap om migrasjonsprosessen og hvordan det er å leve i eksil, kulturforståelse og traumereaksjoner. Behandlingen må også tilpasses avhengig av hva som fungerer som triggere for den aktuelle pasienten. Informant 2 forteller for eksempel at det å få økt puls og hjertebank i forbindelse med fysisk aktivitet kan trigge til flashbacks på grunn av negative erfaringer med flukt og redsel.

## 5.0 Drøfting

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan fysioterapeuter kan tilrettelegge for undersøkelse og behandling av pasienter med flyktningbakgrunn. Oppgaven tar utgangspunkt i kunnskapen til to fysioterapeuter med lang erfaring med pasientgruppen. I dette kapittelet vil jeg drøfte resultatene i lys av aktuell litteratur og egne erfaringer og synspunkter. Temaene jeg har valgt å gå nærmere inn på er Undersøkelse og diagnostisering, behandlingssituasjonen, valg av tiltak og klinisk relevans. Til slutt vil jeg også reflektere over valg av metode, og hvordan dette kan ha påvirket resultatene.

Jeg fant begrenset med litteratur som spesifikt omhandler fysioterapi for pasienter med flyktningbakgrunn. Mye av litteraturen jeg har tatt utgangspunkt i handler om flyktnings psykiske helseplager, og hvordan helsepersonell kan møte pasienter med slike plager. I all fysioterapipraksis vil en møte pasienter med psykiske helseplager, så denne litteraturen er absolutt relevant for faget. Jeg savner imidlertid litteratur som handler om fysiske helseplager og spesifikk fysioterapibehandling av pasientgruppen. Dette er også noe som har vært etterspurt av fysioterapeuter, og som har ført til oppstarten av et treårig prosjekt med navnet PREP (Physiotherapy and Refugees Education Project) ved Høgskulen på Vestlandet (Løvereide, 2019). Målsettingen for dette utdanningsprosjektet er å øke fysioterapeuters kompetanse når det gjelder rehabilitering av flyktninger. (Løvereide, 2019). Etter arbeidet med bacheloroppgaven ser jeg behovet for dette, og det blir spennende å se hvordan resultatene fra prosjektet kan sammenlignes med resultatene fra mine intervjuer.

### 5.1 Undersøkelse, diagnostisering og differensialdiagnostikk

En fysioterapibehandling starter med en undersøkelse for å vurdere pasientens funksjon. Jeg tenker denne vurderingen bør inkludere både belastninger og ressurser hos pasienten, samt eventuell diagnostisering. Verken informant 1 eller 2 nevner bruken av ICF-modellen i intervjuene. Det er likevel et kartleggingsverktøy jeg tenker det er aktuelt å benytte seg av. ICF er en internasjonal helseklassifisering utviklet av WHO, som bygger på et biopsykososialt perspektiv der individet ses i sammenheng med sine omgivelser (Ringvold, 2014, s. 12). Klassifiseringen vurderer pasientens funksjon i forhold til kroppsfunksjoner- og strukturer, dagliglivets aktiviteter, deltagelse i sosial sammenheng og miljøfaktorer (WHO & Kith, 2003, s. 5). Fokuset rettes derfor mot pasientens funksjon i alle aspekter av dagliglivet, og ikke eventuelle diagnoser. Jeg tenker dette kan være nyttig for å kartlegge de største

utfordringene hos pasienter med komplekse problemstillinger, og dermed gjøre det lettere å sette mål for behandling.

### *5.1.1 Diagnostisering*

Både informant 1 og informant 2 fortalte at helseplagene til pasientene de møter i sin praksis ofte har sammenheng med psykiske belastninger. Men er det virkelig slik at helsepersonell kan konkludere med at helseplagene er knyttet til dette om en pasient kommer til behandling med typiske symptomer på somatiseringslidelser som for eksempel langvarig smerteproblematikk, utmattelse eller hodepine? Selv om det i mange tilfeller kan være nok å vurdere pasientens funksjon og sette mål etter ICF-modellen, er det viktig å først utelukke andre potensielle årsaker til symptomene. Mennesker som har overlevd traumer har forhøyet risiko for å utvikle en rekke sykdommer (Probst & Skjærven, 2018, s. 210). Som informant 2 presiserte er det derfor nødvendig at helsepersonell tar pasientens symptomer på alvor, og gjør aktuelle undersøkelser i samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å utelukke skade eller sykdom. Dette bekreftes også av Amris (Referert i Probst & Skjærven, 2018, s. 210) som skriver at en psykosomatisk etiologi kan vurderes etter at undersøkelsen har utelukket medisinske tilstander eller vevsskade.

### *5.1.2 PTSD*

Et eksempel på hvorfor det er viktig å vurdere differensialdiagnoser kan vi se når vi sammenligner symptomene på PTSD og depresjon med traumatiske hodeskader, da disse ofte samsvarer (Probst & Skjærven, 2018, s. 211). De aktuelle symptomene som nevnes inkluderer utmattelse, hodepine, hukommelsestap, irritabilitet og nedsatt motivasjon. Alle disse symptomene ble nevnt av mine informanter som gjentakende hos pasientgruppen. Det er viktig at aktuelle undersøkelser for å utelukke traumatiske hodeskader gjøres før pasienten diagnostiseres med, og behandles for PTSD (Probst & Skjærven, 2018, s. 211). Diagnosen blir også kritisert for å være for lite kultursensitiv, fordi symptomene etter alvorlig traumatisering hos mennesker med en annen etnisk bakgrunn kan fortone seg annerledes enn vi er vant til (Varvin, 2018, s. 32). Fysioterapeuter må derfor være årvåkne slik at symptomer på ekstreme belastninger avdekkes.

### *5.1.3 Identifisering av pasienter som har blitt torturert eller traumatisert*

Hvordan kan vi vite at pasienten har blitt utsatt for tortur, overgrep, vold eller andre traumatiserende hendelser? Dette kan være utfordrende og er et spørsmål jeg tenker det er viktig å reflektere over. Informantene fortalte at de møtte pasienter som hadde overlevd tortur eller andre traumatiske hendelser daglig. De fortalte om hvordan disse kan identifiseres ved å kjenne til typiske helseplager, autonome reaksjoner og ved kjenne til symptomer på hypo- og hyperaktivering i forhold til toleransevinduet (Myklebust & Nesse, 2015, s. 19-20). Varvin (2018, s. 65) beskriver invaderingssymptomer (flashback, mareritt), tilbaketrekning, økt irritabilitet, håpløshet, kroniske smertetilstander og personlighetsforandringer som typiske symptomer etter ekstreme påkjenninger. Jeg tenker det er viktig at fysioterapeuter foretar en grundig anamnese dersom pasienter kommer til behandling med noen av disse symptomene.

Ifølge Probst og Skjaerven (2018, s. 209) er mange pasienter med flyktningbakgrunn redd for å fortelle om traumatiske hendelser fordi de frykter at de ikke vil bli trodd, eller skammer seg over historien. Informant 1 forteller at det er nødvendig at fysioterapeuter tør å spørre pasientene om tabubelagte tema. Samtidig legger informant 2 vekt på at det er viktig å ikke grave dypt ned i detaljer og at vi bare trenger hovedtrekk av pasientens historie. Utspørring om traumatiske erfaringer kan være belastende for pasienten, og det er derfor viktig å være varsom og la pasienten ha kontroll (Varvin, 2018, s. 67). Jeg stiller meg støttende til alle disse påstandene, og mener det er viktig å være klar over pasientenes eventuelle traumer for å kunne tilpasse behandlingen på best mulig måte. Fysioterapeuter bør derfor stille nødvendige spørsmål, men likevel ta hensyn til belastningen dette eventuelt kan påføre pasienten.

## **5.2 Hvordan behandlingssituasjonen påvirkes av pasientenes bakgrunn**

Begge informantene og litteraturen jeg har brukt presiserer at flyktninger er en heterogen gruppe, med mennesker fra mange ulike land, tradisjoner og kulturer. Det kan være vanskelig å trekke frem noen klare karaktertrekk ved pasientgruppen, da deres helseplager, forståelse, forventninger og meninger i stor grad vil variere fra individ til individ. Likevel er det, ut ifra resultatene, noen faktorer som skiller arbeid med flyktninger fra arbeid med etnisk norske pasienter.



### *5.2.1 Kommunikasjon*

Begge informantene presiserer at bruken av tolk er essensielt i møte med pasienter med dårlige norskkunnskaper. I teorikapittelet kommer det også frem at helsepersonell har ansvar for å sikre at pasienten mottar forståelig informasjon, blant annet ved å benytte seg av tolk (Helsedirektoratet, 2018). Informant 2 la vekt på at bruken av tolk er viktig fordi den språklige kompetansen svekkes i stressede situasjoner. Dette bekreftes av Kumar og Viken (2010, s. 77), som beskriver hvordan selv flyktninger som bruker norsk i dagliglivet kan ha problemer med å beskrive sin egen helse på et fremmed språk. Tolk må derfor i mange tilfeller brukes for å kvalitetssikre jobben vi gjør som helsepersonell.

Det er likevel viktig å være klar over at det kan fungere som en barriere som skaper distanse mellom terapeut og pasient i relasjonsarbeid, tilknytting og muligheten for bearbeiding av traumer (Varvin, 2018, s. 206). Helsepersonell vil heller ikke ha muligheten til å forsikre seg om at informasjonen som gis er korrekt oversatt, eller forstås av pasienten. Det å kommunisere gjennom en tredjepart kan derfor være utfordrende, og er noe vi ikke har fått erfaring med i løpet av grunnutdanningen i fysioterapi. Jeg tenker det er viktig å være bevisst på å bruke tolk i møte med pasienter med flyktningbakgrunn, og samtidig være klar over de utfordringene bruken av tolk kan føre med seg.

Informant 1 problematiserer også muligheten til utlevering av skriftlig informasjon til pasientene med flyktningbakgrunn, da mange er analfabet. Jeg tenker denne barrieren kan elimineres ved å sørge for at pasienten mottar all nødvendig informasjon under selve behandlingen, hvor informasjonen oversettes av en tolk. Skriftlig informasjon kan illustreres visuelt med bilder eller tegninger det det er mulig.

### *5.2.2 Kultur*

Informantene forteller at pasientene de møter i sin praksis er mennesker med ulike etniske opprinnelser, samt forskjellige kulturer og tradisjoner. Dette fører til at pasientene kan ha en annen vurdering av familiens betydning og oppfatning av sykdom, rettigheter, forpliktelser og behandling (Varvin, 2018, s. 40). Jeg mener det er viktig at helsepersonell er oppmerksom på, og tar hensyn til dette for å kunne gi pasientene best mulig tilpasset behandling. Jeg tenker det er viktig å være bevisst på å lytte til pasientens opplevelse av situasjonen og anerkjenne denne, samtidig som man forteller om egen kunnskap og erfaringer på en forståelig måte. Dette vil nok også bidra til å unngå eventuelle konflikter i samhandlingen med pasienten.

Samtidig er det viktig å ikke ukritisk skylde på kultur for å forklare hvorfor mennesker handler som de gjør da dette bare er en av flere mulige årsaker, og kan føre til en urettmessig stereotypering av enkelte etnisiteter.

Informantene forteller også om hvordan behandlingen i noen tilfeller må tilpasses på grunnen av syn på kjønn og kjønnsroller i andre kulturer. Informant 1 forteller at hun og hennes mannlige kollega stort sett fordeler pasientene slik at hun behandler kvinnelige pasienter og han mannlige. Hun er også bevisst på hvordan hun kler seg i møte med mannlige pasienter. Dette kan på den ene siden kollidere med den utpregete likestillingskulturen vi har i Norge, samtidig tenker jeg det er viktig å respektere pasientenes ønsker i forhold til dette. Det å være en kvinnelig fysioterapeut med en kvinnelig pasient kan i høyere grad legitimere bruken av berøring, og oppheve eventuelle kulturelle tabuer knyttet til kvinnehelse.

### *5.2.3 Tilnærming og relasjon*

Begge informantene tydeliggjør at det er viktig å sette av god tid og fokusere på å skape en god relasjon ved behandling av flyktninger. Den usikkerheten og mistilliten som mange flyktninger har, medfører at undersøkelsen og behandlingen må legges opp slik at pasienten forstår hva som blir sagt, og hva som skal gjøres. Det er derfor viktig å unngå at pasienten føler tap av kontroll (Varvin, 2018, s. 65). Informant 2 fortalte at hun hele tiden var oppmerksom på å fortelle pasientene hva hun undersøkte og hensikten med undersøkelsen. Dette er god metode for å skape trygghet og forutsigbarhet i behandlingssituasjonen. Det vil også gi pasienten en form for kontroll da vedkommende vil ha mulighet til å fortelle på forhånd dersom en undersøkelses- eller behandlingsmetode oppleves som for inngripende.

Informant 1 informerer om at flere av pasientene hun har behandlet har opplevd å bli torturert av helsepersonell i hjemlandet. Dette kan føre til en mistillit, som også retter seg mot helsepersonell de møter etter ankomst til Norge. Jeg tenker det da er spesielt viktig å bruke tid på å opparbeide en god relasjon, og gjøre behandlingssituasjonen til en trygg opplevelse for pasienten. Også seksuell og kjønnsbasert vold, inkludert voldtekt, blir brukt som et våpen i krig og tortur (Probst & Skjærven, 2018, s. 211). I slike situasjoner kan vi igjen trekke inn vurderingen om hvem som skal behandle pasienten. Om pasienten for eksempel er en kvinne som har blitt torturert eller seksuelt misbrukt av mannlige helsepersonell, tenker jeg det i mange tilfeller vil være lettere for pasienten å forholde seg til en kvinnelig terapeut.

### **5.3 Valg av tiltak**

Valg av tiltak bør gjøres på bakgrunn av målsettinger basert på en grundig undersøkelse og vurdering av pasientens funksjon samt pasientens egne mål og ønsker. Tradisjonelle fysioterapeutiske metoder som styrketrening, utholdenhetstrening og bløtvevsbehandling kan være nyttige behandlingsmetoder også for pasienter som har overlevd traumer (Probst & Skjærven, 2018, s. 216). Begge informantene fortalte de benyttet seg av alle disse metodene i behandling, og at de ikke velger vekk enkelte behandlingsmetoder på bakgrunn av pasientens etniske opprinnelse eller traumatiske opplevelser. Det viktigste er at det gjennomføres en grundig anamnese og undersøkelse for å vurdere pasientens behov, og at behandlingen tilpasses i forhold til dette og eventuelle traumatiske opplevelser.

#### *5.3.1 Triggere og retraumatisering*

Selv om prinsippene for behandling er de samme, er det viktig at fysioterapeuter er oppmerksom på at enkelte posisjoner og tiltak kan fungere som triggere for pasienten. Informant 2 fortalte for eksempel at fysisk aktivitet kan virke skremmende for noen pasienter, da opplevelsen av økt puls og hjertebank kan trigge til flashbacks på grunn av negative erfaringer med flukt og redsel. Et grep for å unngå dette kan være å sørge for at pasienten på forhånd er orientert om de fysiologiske effektene av fysisk aktivitet, og bruke tid på å normalisere dette. Probst og Skjærven (2018, s. 216) skriver at det er viktig at fysioterapeuter er sensitive for stillinger eller utstyr som kan trigge pasienten. For eksempel kan fysiske virkemidler, som ultralyd og laser, minne om utstyr som blir brukt under tortur. Igjen er det viktig å poengtere at det vil være svært individuelt hvilke tiltak som trigger pasienter, og at behandlingen derfor må tilpasses den enkelte.

### **5.4 Klinisk relevans**

Jeg vil si resultatene fra intervjuene har en klinisk relevans. Resultatene tar i stor grad for seg generell håndtering og tilrettelegging av behandlingssituasjonen i møte med pasienter som har opplevd alvorlige traumer og tortur. Det er en pasientgruppe jeg tror flere vil møte både i spesialisthelsetjenesten, kommunalhelsetjenesten og privat praksis på grunn av det økende antallet flyktninger, asylsøkere, familiegjennforente og overføringsflyktninger som kommer til Norge.

#### *5.4.1 Overførbarhet til andre pasientgrupper*

Et spørsmål jeg stilte meg selv i etterkant av intervjuene var: I hvilken grad kan resultatene brukes også i møte med andre pasientgrupper? På den ene siden er behandling av pasienter som har opplevd tortur og krigshendelser og bruken av tolk unikt for denne pasientgruppen. Traumer og konsekvensene av disse er derimot ikke unike for problemstillinger for pasienter med flyktningbakgrunn, og det er derfor mange aspekter ved resultatene som absolutt kan benyttes i møte med andre pasientgrupper. For eksempel pasienter med ulike biopsykososiale problemstillinger. Jeg har selv erfaring med at pasienter kan ha problemer med å forstå sammenhengen mellom psykiske belastninger og fysiske helseplager. Det kan derfor være nyttig at helsepersonell er bevisst på dette, for å kunne gi pasientene best mulig tilpasset behandling.

Jeg tenker mange av erfaringene informantene deler i forhold til kommunikasjon, ivaretagelse av pasienten og trygghet i behandlingssituasjonen i stor grad også kan overføres til arbeid med barn. På samme måte som flyktninger, vil mange barn mangle ord og begreper for å fortelle om det de har opplevd og det må derfor fanges opp på tilsvarende måter.

### **5.5 Metodediskusjon**

#### *5.5.1 Evaluering av metodevalg*

Kvalitative intervjuer var den metoden som var mest naturlig å velge, da hensikten med oppgaven var å belyse problemstillingen ut ifra et erfaringsbasert fysioterapeutisk perspektiv. Denne metoden gjorde det mulig for meg å fange opp fysioterapeutenes meninger og opplevelser (Dalland, 2012, s. 52), bidro til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30) og belyste problemstillingen på en tilfredsstillende måte.

Fokusgruppeintervju eller spørreskjema er andre metoder som potensielt kunne blitt brukt for å belyse problemstillingen. Disse metodene ville gjort det mulig å nå ut til flere informanter, og kunne dermed gitt et bredere og mer nyansert meningsspekter. Bruken av et spørreskjema ville på den andre siden ikke gitt de samme mulighetene til å beskrive og begrunne ulike påstander, og ville eliminert muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål. Fokusgruppeintervju var ikke et mulig valg da jeg hadde for få alternative informanter, og det ville vært vanskelig å organisere med tanke på at informantene bor i ulike deler av landet. Det kan også tenkes at informantene hadde blitt påvirket av hverandre, og at resultatet dermed hadde blitt noe mindre

nyansert. Jeg mener derfor individuelle intervjuer var det mest hensiktsmessige valget av metode.

### *5.5.2 Analyseprosessen*

En transkripsjon vil som tidligere nevnt alltid føre til en filtrering der meninger kan gå tapt eller endres underveis (Malterud, 2017, s. 77). Det har også krevd en omformulering av enkelte setninger for å oversette utsagnene fra muntlig språk til en sammenhengende tekst. Jeg har transkribert begge intervjuene selv og vært bevisst på at informantenes meninger og utsagn ikke mistet sin opprinnelige betydning. Dette har bidratt til å gi meg godt kjennskap til materialet. Dalen (2004, s. 61) omtaler det som fordelaktig for videre analysering at transkriberingen foretas av forskeren selv. Ifølge Malterud er det en stor fordel å gjennomføre analysen sammen med en annen forsker (2017, s. 100), for å få øye på nyanser og detaljer i resultatene. Jeg hadde ikke mulighet til dette da jeg gjennomførte oppgaven som et selvstendig arbeid, noe som kan ha vært en svakhet for utarbeiding av resultatene.

### *5.5.3 Forforståelse*

Forforståelsen kan forstås som individuelle forutsetninger og erfaringer som mennesker har med seg som bevisste eller ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag (Gadamer referert i Malterud, 2017, s. 44), og er en viktig faktor å reflektere over under arbeidet med en kvalitativ studie. På den ene siden er det viktig å være klar over at forforståelsen kan bidra til at vi går inn i prosjektet med skylapper og begrenset horisont (Malterud, 2017, s. 45). Jeg ser at spørsmålene i intervjuguiden bærer preg av min kunnskap om fysioterapi. For eksempel kan måten jeg valgte å stille spørsmål om sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse være med på å styre hvilken informasjon jeg fikk av informantene. På den andre siden var min forforståelse og interesse for dette temaet mye av grunnlaget for å sette i gang med oppgaven, og kan på den måten bidra til engasjement og motivasjon til å skape gode resultater. Det er også viktig å presisere at informantene ikke har hatt innflytelse på den skriftlige fremstillingen av resultatene, og at tolkningen av deres utsagn er mine.

### *5.5.4 Valg av informanter*

Når jeg skulle velge informanter fokuserte jeg på å finne to informanter med lang erfaring innen behandling av flyktninger, noe begge mine informanter hadde. De hadde også forskjellige videreutdanninger og jobbet ved institusjoner i forskjellige deler av landet.

Informantene jeg intervjuet hadde likevel mange av de samme meningene om behandling av flyktninger noe jeg mener bidrar til å styrke reliabiliteten til resultatene. På den andre siden er det viktig å presisere at resultatene baserer seg på erfaringene til to informanter, og at andre fysioterapeuter kan ha en helt annen opplevelse av samme situasjon. Jeg ser i ettertid at det ville vært nyttig og også intervju en mannlig fysioterapeut, da de (ifølge informant 1) i større grad behandler mannlige pasienter. Dette kunne potensielt bidratt til et annet, og mer allsidig syn på problemstillingen.

#### *5.5.5 Etiske aspekter*

Hensikten med prosjektet var å innhente informasjon om fysioterapeuters personlige erfaringer. Datainnsamlingen i kvalitative studier har ofte en personlig karakter hvor dialogen forutsetter gjensidig tillit og respekt (Malterud, 2017, s. 211). Anonymisering og ivaretagelse av taushetsplikt har derfor vært et viktig fokus gjennom arbeidet med prosjektet. Begge informantene skrev under på et samtykkeskjema i forkant av intervjuene. Denne samtykkeerklæringen gjorde det klart at intervjuene ville bli tatt opp, men at de ville bli anonymisert i utformingen av oppgaven, og at intervjuene ville bli slettet ved innlevering. Deltagerne har fått innsyn i den ferdige oppgaven, og har hatt muligheten til å trekke seg fra prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt.

## 5.0 Konklusjon

Mie Feilberg konkluderte i Fysioterapeuten (2016) med at undersøkelse og behandling som tilpasses den enkelte kan gi torturoverlevende og andre pasienter som har vært truet på livet en viktig opplevelse av støtte, mestring, anerkjennelse og samhørighet. Med utgangspunkt i dette, intervjuet jeg to fysioterapeuter for å besvare problemstillingen:

*Hvordan tilpasser praktiserende fysioterapeuter undersøkelsen og behandlingssituasjonen i møte med pasienter med flyktningbakgrunn?*

Det at en pasient er flyktning trenger ikke være avgjørende for verken undersøkelse, behandling eller andre tiltak. Det vil likevel ofte komme i fokus på grunn av vanskeligheter med språk og forståelse (Varvin, 2018, s. 28). Det fremgår av intervjuene at det er enkelte ting fysioterapeuter bør være ekstra oppmerksom på i møte med denne pasientgruppen. Mange kommer fra andre kulturer, og kan for eksempel ha en annen forståelse av hva som er god helse, og riktig behandling. Informantene legger vekt på at det er viktig å anerkjenne pasientens oppfatninger, men samtidig bruke tid på å forklare egne tanker om situasjonen på en forståelig måte.

Informantene la også vekt på at kommunikasjon kan være en utfordring i møte med pasienter med flyktningbakgrunn. Bruken av tolk er essensielt, da mange har begrensede norskkunnskaper. Bruken av tolk vil da sikre at pasientene mottar forståelig informasjon, og ivareta retten de har til å gi informert samtykke. Det er likevel viktig å være klar over det å kommunisere gjennom en tredjepart kan være utfordrende, og kan fungere som en barriere som skaper distanse mellom terapeut og pasient i relasjonsarbeid.

I møte med pasienter med flyktningbakgrunn er det også viktig å være klar over andelen som har overlevd traumer, krigsskader og/eller tortur er høyere enn blant andre pasientgrupper. Informantene beskriver at disse pasientene ofte har et behov for at fysioterapeuter bruker tid på relasjonsarbeid for å gjøre undersøkelses- og behandlingssituasjonen til en trygg opplevelse. Det er derfor viktig at fysioterapeuter er oppmerksom på symptomer og autonome reaksjoner som kan tyde på at pasienten har blitt torturert eller traumatisert, og tar hensyn til dette i videre undersøkelse og behandling.

Basert på intervjuene med informantene og aktuell litteratur vil jeg konkludere med at behandling av pasienter med flyktningbakgrunn har mange fellestrekk med behandling av

andre pasientgrupper. Både undersøkelse og behandling må tilpasses individuelt, og ta hensyn til eventuelle traumatiske hendelser pasienten har opplevd. Fysioterapeuter må i disse situasjonene gjerne bruke mer tid på relasjonsarbeid, kommunikasjon og trygging av pasienten. Dersom dette gjøres på en tilfredsstillende måte ser jeg det som sannsynlig at pasientene vil få en opplevelse av støtte, mestring, anerkjennelse og samhörighet.



## Referanseliste

- Amnesty, I. (2000). Take a step to stamp out torture. I: Amnesty International Publications.
- Dalen, M. (2004). *Intevju som forskningsmetode : en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dyregrov, A. (2018). *Katastrofepsykologi* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Feilberg, M. F. (2016). Fysioterapi som relationel praksis - behandling af torturoverlevende. *Fysioterapeuten*, 83 (4.16), s. 16-21. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-4-16/files/assets/basic-html/page-1.html>
- FN (2018). FNs verdenserklæring om menneskerettigheter. Hentet 24. mars 2019 fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- FN-sambandet. (2018). Flyktninger. Hentet 24.03.2019 fra <https://www.fn.no/Tema/Flyktninger>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Halvorsen, J. Ø. & Sveaass, N. (2009). Psykologi og tortur: Faglige og etiske utfordringer for psykologer sett i lys av FNs torturkonvensjon. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/12/psykologi-og-tortur-faglige-og-etiske-utfordringer-psykologer-sett-i-lys-av-fns?redirected=1>
- Helsedirektoratet. (2018). *Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente* (IS-1022). Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>
- IMDi. (2016). Familieinnvandring til flyktninger. Hentet 24. mars 2019 fra <https://www.imdi.no/planlegging-og-bosetting/slik-bosettes-flyktninger/familieinnvandring-til-flyktninger/>

- Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L. & Wilhelmsen, N. H. (2013). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 106-116.  
<https://doi.org/10.1177/1359104513499356>
- Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C. & Moen, K. (2018). *Legevakthåndboken*. Oslo: Gyldendal akademisk. Hentet fra  
[http://lvh.no/symptomer\\_og\\_sykdommer/spraak-og\\_kulturforskjeller\\_mellom\\_behandler\\_og\\_pasient/konsultasjonen](http://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/spraak-og_kulturforskjeller_mellom_behandler_og_pasient/konsultasjonen)
- Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lovdata (2015). Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket Hentet 26. mars 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255>
- Løvereide, E. A. (2019). Nå skal fysioterapeuter få økt kunnskap om flyktninger. Hentet 06. mai 2019 fra <https://www.hvl.no/aktuelt/prep-prosjektet/>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Myklebust, A.-G. & Nesse, B.-E. H. (2015). Stabilisering, håndtering og behandling av traumesymptomer i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Bærum: Stabilisering av flyktingers psykiske helse (STAF). Hentet fra  
<https://www.baerum.kommune.no/globalassets/tjenester/sosiale-tjenester/flyktingkontoret/veileder.-stabilisering-handtering-og-behandling-av-traumesymptomer.pdf>
- NHI (2018). Posttraumatisk stresslidelse. Hentet 30. april 2019 fra  
<https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/skader/posttraumatisk-stressforstyrrelse/>
- Opjordsmoen, S., Thorsen, G.-R. B. & Vaglum, P. (2008). *Oss imellom : om relasjonenes betydning for mental helse* (2. utg.). Stavanger: Hertervig akademisk.
- Probst, M. & Skjærven, L. H. (2018). *Physiotherapy in mental health and psychiatry : a scientific and clinical based approach*. Amsterdam: Elsevier.

- Regjeringen. (2018). Økning i antall overføringsflyktninger. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/okning-i-antall-overforingsflyktninger/id2614245/>
- Ringvold, M. L. T. (2014). *Første skritt : undersøkelsesmetoder for fysioterapeuter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- RVTS Tortur. Hentet 28. mars 2019 fra [https://rvtsmidt.no/fagfelt/flyktninger-og-helse/tortur/-del\\_0](https://rvtsmidt.no/fagfelt/flyktninger-og-helse/tortur/-del_0)
- RVTS Traumeforståelse. Hentet 25. april 2019 fra <https://www.traumebevisst.no/edukasjon/traumeforstaaelse.php>
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind : how relationships and the brain interact to shape who we are* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- SSB (2018). Personer med flyktningbakgrunn. Hentet 06. februar 2019 fra <https://www.ssb.no/flyktninger>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Varvin, S. (2018). *Flyktningers psykiske helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Viken, B. & Kumar, B. N. (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- WHO & Kith, A. S. (2003). *ICF : Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Østby, L. (2016). Flyktninger i Norge. Hentet fra [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/ssp/\\_attachment/288230?\\_ts=15907ad6810](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/ssp/_attachment/288230?_ts=15907ad6810)