



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BFY330-O-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BFY330 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	320
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7736
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	22
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen 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 og pasienter med angstlidelser»

“Physiotherapy and patients with anxiety disorders”

Kandidatnummer: 320

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 14.05.21

Antall ord: 7736

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

Gjennom å skrive denne bachelor oppgaven har jeg lært mye nytt. Det har stilt krav til faglighet, refleksjon og kreativitet. Forhåpentligvis vil arbeidet gjøre meg bedre rustet til å hjelpe pasienten innen psykisk helse, men også i et hvert møte med pasienter som oppsøker min hjelp.

Jeg vil takke mine inspirerende intervjudeltakere som stilte opp i intervju og gjorde oppgaven mulig å gjennomføre. Gjennom deres åpenhet av egen erfaring har jeg lært mye, og samtidig blitt mer reflektert over min egen rolle som kommende fysioterapeut. En stor takk rettes særlig til min veileder som har vært engasjert gjennom hele prosjektet, gitt god veiledning, og hjulpet meg til å være undrende og reflekterende gjennom prosessen.

Jeg er stolt over å ha skrevet en bachelor om et viktig tema, og håper også du som leser finner oppgaven lærerik og interessant.

Bergen 14.mai 2021.

Hva er hjelpekunst?

"At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjelpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han - men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke. Vil jeg alligevel gjøre min Mere-Forstaaen gjældende, saa er det, fordi jeg er forfængelig eller stolt, saa jeg i Grunden i stedet for at gavne ham egentligen vil beundres af ham.

Men al sand Hjælpen begynder med en Ydmygelse; Hjælperen maa først ydmyge sig under Den, han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjælpe er ikke det at herske, men det at tjene, at det at hjælpe ikke er at være den Herskesygeste men den Taalmodigste, at det at hjælpe er Villighed til indtil videre at finde sig i at have Uret, og i ikke at forstaae hvad den Anden forstaaer."

(Kierkegaard, 1995, s. 96)

Sammendrag

Tittel: Fysioterapi og pasienter med angstlidelser

Formål: Belyse fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner rundt sitt arbeid med pasienter med angstlidelser.

Problemstilling: "Hvilke erfaringer har to fysioterapeuter med behandling av angstlidelser, der terapeutene har ulik tilnærming og etterutdanning?"

Metode: For å besvare problemstillingen benyttet jeg meg av kvalitativ metode. Jeg gjennomførte semistrukturerte intervjuer med to fysioterapeuter; en med etterutdanning i Norsk psykomotorisk fysioterapi med psykomotorisk tilnærming, og en med master i fysioterapivitenskap med en tilnærming i form av strukturert fysisk trening. Intervjuene ble transkribert ordrett og analysert med Malteruds (2017) metode for systematisk tekstkondensering.

Resultat: Resultatet presenteres i de tre resultatkategoriene; «Perspektiv», «Relasjon» og «Hjelp til selvhjelp». Fysioterapeutene erfarer hvordan de lettere kan se totalbildet til pasientene gjennom et helhetlig perspektiv, og er opptatt av å se psyke og soma i en sammenheng. Informantene beskriver hvordan en god relasjon har en betydning for resultatet i behandlingen, og nevner viktige faktorer som; å møte pasienten der pasienten er og trygghet. Fysioterapeutene er opptatt av å involvere pasienten og skape en samhandling. Ved å fremme pasientens egne ressurser og oppfordre til aktiv deltagelse i behandlingen, ønsker terapeuten å veilede til verdifulle erfaringer som kan virke helsefremmende og som pasientene kan nyttiggjøre seg i hverdagen.

Konklusjon: Erfaringene fra de to fysioterapeutene tyder på at fysioterapi i form av psykomotorisk behandling eller fysisk aktivitet, er begge en hensiktsmessig tilnærming for pasienter med angstlidelser. Selv om informantene har ulik etterutdanning og tilnærming, er de enige i de grunnleggende prinsipper for behandling av angstlidelser. Jeg håper at denne oppgaven har illustrert hvordan fysioterapeuter kan påvirke til positiv endringer på individ- og samfunnsnivå innen psykisk helse.

Abstract

Title: Physiotherapy and patients with anxiety disorders

Aim: Illuminate physiotherapist` experiences and reflections on their work with patients with anxiety disorders

Research question: "What experiences do two physiotherapists have with the treatment of anxiety disorders, where the therapists have different approaches and continuing education?"

Method: To answer the research question, I used a qualitative method. I conducted semi-structured interviews with two physiotherapists; one with continuing education in Norwegian psychomotor physiotherapy with a psychomotor approach, and one other with a master's degree in physiotherapy science with an approach in the form of structured physical training. The interviews were transcribed verbatim and analyzed using Malterud's (2017) method for systematic text condensation.

Results: The result are presented in the three result categories; "Perspective", "Relationship" and "Help to self-help". The physiotherapists experience how they easily can see the overall picture of the patients through a holistic perspective, and are concerned with seeing the psyche and soma related to one another. The informants describe how a good relationship has an impact on the result of the treatment, and mention important factors such as; meeting the patient where the patient is and build safety. The physiotherapists are concerned with involving the patient and create interaction. By promoting the patient's own resources and encouraging active participation in the treatment, the therapist wants to guide to valuable experiences that can have a health-promoting effect and that the patients can utilize in their everyday life.

Conclusion: The physiotherapists experiences indicates that physiotherapy in form of psychomotor treatment or physical activity, are both an appropriate approach for patients with anxiety disorders. Although the informants have different continuing education and

approaches, they agree on the basic principles for treatment of anxiety disorders. I hope that this thesis has illustrated how physiotherapists may have a positive influence on both individual and societal level in mental health.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	9
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	9
1.2	Bakgrunn.....	9
1.2	Hensikt med oppgaven og problemstilling.....	11
2.0	Teori.....	11
2.1	Fysioterapi.....	11
2.1.1	Relasjon og Kommunikasjon	11
2.1.2	Empowerment.....	12
2.2	Norsk psykomotorisk fysioterapi - NPMF.....	12
2.3	Fysisk aktivitet.....	13
2.3	Angst	13
2.4	Psykosomatikk.....	14
3.0	Metode	15
3.1	Valg av metode	15
3.2	Valg av informanter	15
3.3	Forberedelse av intervjuene	16
3.4	Gjennomføring av intervjuene	16
3.5	Bearbeiding av data	17
3.5.1	Transkripsjon.....	17
3.5.1	Analyse	17
3.6	Etiske aspekter	18
4.0	Resultat.....	19
4.1	Presentasjon av informantene	19
4.2	Perspektiv – Psyke og soma	20
4.3	Relasjon.....	20
4.3.1	Trygghet	21
4.3.2	Å møte pasienten der pasienten er.....	21
4.4	Hjelp til selvhjelp	22

4.3.1 Involvering av pasienten	22
4.4.2 Empowerment.....	23
5.0 Diskusjon.....	24
<i>5.1 Resultatdiskusjon</i>	<i>24</i>
5.2.1 Perspektiv - Psyke og soma	24
5.2.2 Relasjon	25
5.2.3 Hjelp til selvhjelp	27
<i>5.2 Metodediskusjon</i>	<i>28</i>
5.2.1 Valg av metode.....	28
5.2.2 Valg av informanter	29
5.2.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene	29
5.2.4 Transkribering og analyse.....	30
5.2.5 Forforståelse	30
5.2.6 Validitet og overførbarhet.....	31
6.0 Konklusjon	31
Litteraturliste	33
Vedlegg	38
<i>Vedlegg 1: Informasjonsskriv</i>	<i>38</i>
<i>Vedlegg 2: Intervjuguide</i>	<i>41</i>
<i>Vedlegg 3: Transkripsjon 1</i>	<i>43</i>
<i>Vedlegg 5: Transkripsjon 2</i>	<i>58</i>

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter avsluttet praksisopphold på et distriktpspsykiatris sykehus (DPS) fikk jeg et økende engasjement for å lære mer om hvordan fysioterapi kan påvirke psykisk helse. Betydningen av å se soma i sammenheng med psyke ble enda tydeligere for meg. Jeg ville tilegne meg større kunnskap om hvordan fysioterapeuter gjennom bevegelse og fysisk aktivitet kan bidra i behandling av psykiske lidelser. Mine erfaringer, interesser og nysgjerrighet rundt denne tematikken er bakgrunnen for valg av fokusområdet for oppgaven. Jeg ønsker å lære mer om det psykosomatiske perspektivet og er nysgjerrig på hvordan fysioterapi med ulike spesialiteter, kan bidra til å bedre helsesituasjonen på individ- og samfunnsnivå med tanke på psykiske lidelser. Tove Gundersen (2017) i *Rådet for Psykisk helse* hevder at *“fysisk og psykisk helse må sees i en sammenheng”*, en påstand jeg ønsker å sette fokus på i denne oppgaven. Det er i dag et rikt tilbud av etterutdanninger og etterutdanningskurs der fysioterapeuter kan velge ulike tilnærminger med ulike perspektiv på helse og sykdom utfra interesse og arbeidsplass. Som fysioterapeut vil vi alltid ha med oss ulik forforståelse basert på erfaringer, utdanning og interesser.

1.2 Bakgrunn

Jeg er spesielt interessert i angstlidelser som er svært utbredt og et høyst aktuelt problem i dagens samfunn (Norsk forening for kognitiv terapi, u.å.). I den norske befolkningen vil omtrent en fjerdedel rammes av en angstlidelse i løpet av livet, og ca. 15% i løpet av et år (Folkehelseinstituttet, 2018). I folkehelseinstituttets tvillingstudie så man at angstlidelser var den vanligste gruppen psykiske lidelser blant unge voksne (Gustavson et al., 2018).

I en rapport utarbeidet av Helsedirektoratet (2019) kommer det frem at kostnadene knyttet til psykiske lidelser var de høyeste av alle sykdomsgruppene i 2015. Psykiske lidelser vil derfor kunne sees på som et samfunnsproblem, og ikke bare et individuelt problem. De økende kostnadene og omfanget av disse lidelsene gjør at helsevesenet aldri klarer å dekke behandlingsbehovet i befolkningen (Martinsen, 2000b). På bakgrunn av dette poengterer Martinsen viktigheten av virksomme selvhjelpsstrategier.

Et viktig fokus i psykiske helsetjenester er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv (Danielsen, 2017). Fysioterapi bygger på en forståelse av at plager forstås gjennom fysiske og psykiske belastninger. Det legges vekt på helsefremming, forebygging, behandling og rehabilitering, hvor terapeuter arbeider gjennom ulike teknikker og tiltak, deriblant; fysisk aktivitet og bevegelse (NFF, 2012). Fysisk aktivitet kan være en selvhjelpsstrategi som hjelper den enkelte å mestre problemet selv, og samtidig avlaste helsevesenet vesentlig (Martinsen, 2000b). Trening kan være med å forebygge depresjon og angst (Martinsen, 2000b), og flere kontrollerte forsøk har vist at angst- og spenningsnivået reduseres etter fysisk trening (Anderson & Shivakumar, 2013). Ole Petter Hjelle (2019, s. 105) hevder at fysisk aktivitet sannsynligvis er det viktigste enkeltverktøyet vi har mot enkelte psykiske lidelser, og kan dermed hindre menneskelig lidelse og spare samfunnet for betydelige kostnader.

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) er en av spesialitetene i fysioterapi som retter seg mot bevisstgjøring og endringer av spenningstilstander i kroppen, og fokuserer på økt kontakt og fortrolighet med egen kropp (NFF, 2018). Tilnærmingen anvendes blant annet for pasienter med anspenhet, uro, vedvarende smerter i muskulatur og skjelett, angst, depresjon og alvorlig psykisk sykdom (Bunkan, 2001; NFF, 2018). PMF har som mål å være hjelp til selvhjelp, hvor pasienten er en aktiv deltaker i egen behandling (NFF, 2018).

Ettersom jeg i litteraturen finner at både en psykomotorisk tilnærming og en tilnærming med strukturert fysisk aktivitet har vist seg hensiktsmessig for angstpasienter, vil jeg i oppgaven sette fokus på erfaringer fra fysioterapeuter som benytter seg av disse tilnærmingene. Jeg har valgt å undersøke erfaringer fra to terapeuter med ulik etterutdanning og tilnærming til angstproblematikk; en fysioterapeut med etterutdanning i Norsk psykomotorisk fysioterapi med psykomotorisk tilnærming, og en fysioterapeut med master i fysioterapivitenskap med en tilnærming i form av strukturert fysisk trening. Valg av terapeuter med ulik utdanning og tilnærming vil gi større mulighet til å få frem variasjonsbredde i resultatene (Malterud, 2017, s. 59).

1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Hensikten med prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter har med behandling av angstlidelser, hvordan de forstår, tilnærmer seg og velger tiltak til denne pasientgruppen.

Problemstilling:

“Hvilke erfaringer har to fysioterapeuter med behandling av angstlidelser, der terapeutene har ulik tilnærming og etterutdanning?”

2.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere relevant teori for problemformuleringen.

2.1 Fysioterapi

Fysioterapi handler om å optimalisere livskvaliteten ved fysisk, psykisk, emosjonell og sosial helse (World Physiotherapy, u.å.). Fysioterapeuters kunnskapsgrunnlag er kropp, bevegelse og funksjon, hvor det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen bygger på naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap (NFF, 2012). Målet med behandlingen er å fremme endringsprosesser hos den enkelte som kan bidra til smertelindring og funksjonsforbedring, eventuelt opprettholdelse av funksjon (World Physiotherapy, u.å.). Valg av fysioterapeutiske tiltak og virkemidler skal være basert på kritisk vurdering av forsknings-, erfarings- og brukerkunnskap. Pasientens aktive deltakelse er helt sentral, hvor fysioterapeuter legger vekt på at pasienter tar i bruk sine fysiske, psykiske og sosiale ressurser (NFF, 2012; Roxendal, 1995, s. 42)

2.1.1 Relasjon og Kommunikasjon

En god relasjon legger grunnlaget for bedre helsehjelp og resultater, og er en forutsetning for trygghet og økt tillit til behandler (Eide & Eide, 2013, s. 65). Eide og Eide (2013, s. 73) belyser videre viktigheten av å oppfatte underliggende helsebekymring, anerkjenne følelser og forstå pasienten verdier. Dette vil videre ha en betydning for relasjonen, og er viktig for at pasienten skal kunne føle seg sett, hørt og forstått. Ytterbø (Gretland, 2016, s. 138) beskriver

hvordan en felles virkelighetsoppfattelse mellom behandler og pasient gir et bedre utgangspunkt for å arbeide med symptomlindringen og endringen. På samme måte beskriver Søren Kierkegaard (1995, s. 96) at dersom man vil hjelpe et menneske, må man finne ham der hvor han er. Videre hevder han at man først og fremst må forstå det han forstår, være ydmyk og være villig til å innrømme feil.

2.1.2 Empowerment

Verdens helseorganisasjon, WHO (1998), definerer empowerment innen helsefremmende arbeid som en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse. Helsefremmende arbeid er en sentral del av fysioterapi, hvor brukerens egen innsats, selvstendighet og mestringsevne vektlegges (NFF, 2012). Begrepet empowerment understreker betydningen av å hjelpe individer, og å fremme helse og velbefinnende på lang sikt (Askheim & Bengt, 2007, s. 15). Ut fra egen situasjon blir folk i stand til å definere sine egne utfordringer og finne løsninger i fellesskap med andre, en viktig strategi i folkehelsearbeidet (KoRus-Nord, u.å.). Empowerment tydeliggjør betydningen av å betrakte mennesket som aktør som selv "vet hvor skoen trykker" (Askheim & Bengt, 2007, s. 16). Det finnes ingen dekkende norske ord for betydningen av begrepet, men "myndiggjøring" synes å være den vanligste oversettelsen (Askheim & Bengt, 2007, s. 41).

2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi - NPMF

Norsk fysioterapiforbund har 13 faggrupper som viser bredden i fysioterapien (NFF, u.å.). Hensikten med faggruppene er å gi tilbud om spesialkompetanse innen ulike områder. En av faggruppene er psykomotorisk fysioterapi som ble etablert i 1962, og retter seg mot arbeid med mennesker som har ulike former for kroppslige og psykiske plager (NFF, 2015). I tillegg til å være en egen videreutdanning tilbyr også faggruppen seminarer, kurs og møter for medlemmene.

Målet med psykomotorisk fysioterapi er å gi pasienten hjelp til selvhjelp (NFF, 2018), samt å oppnå en fleksibel og stabil kropp uten unødige spenninger som hemmer respirasjon og bevegelse (Bunkan, 2001). Gjennom behandlingen kan man oppnå økt kontakt med egne følelser, behov og grenser, samt bedre funksjon i hverdagen (NFF, 2018). Behandlingen

retter seg ikke mot diagnose, men er basert på en forståelse av hele mennesket som et integrert fysisk-, psykisk-, sosialt fenomen, med kroppen som innfallsport (Thornquist, 1986, s. 16). Thornquist (1986, s. 73) beskriver de to viktigste prinsippene i psykomotorisk behandling som; å bygge kroppen nedenfra og inkludere hele kroppen. Å stå godt på egne ben er en forutsetning for fri funksjon, samtidig som gode spennings-, belastnings- og balanseforhold ikke kan etableres ett sted uavhengig av andre forhold i kroppen.

2.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er definert som all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå (Shephard & Bouchard, 1994). En fysisk aktiv livsstil fremmer helsen på flere måter, og reduserer blant annet risikoen for kroniske sykdommer, tidlig død, depresjon, uro og angst, samtidig som man oppnår bedre humør, selvfølelse og andre positive mentale effekter (Faskunger, 2013, s. 32). Fysisk aktivitet som en del av behandlingstilbudet er i dag blitt en vanligere måte å tenke på (Østerås, 2006, s. 197).

Fysisk trening defineres som regelmessig gjentakelse av fysisk aktivitet over tid som har som mål å forbedre form, prestasjon eller helse (Shephard & Bouchard, 1994). Angst og spenningsnivå reduseres etter fysisk trening, samtidig som det er en god selvhjelpsstrategi for psykiske lidelser (Martinsen, 2000a, s. 167). Flere forsøk har vist at det ikke bare er kondisjonstrening som gir psykisk virkning, men også andre former for trening med ulik intensitet vil ha likeverdig effekt på den psykiske helsen.

2.3 Angst

Angst har en viktig signalfunksjon for oss både overfor fysiske farer og ved sosiale utfordringer, og er ikke ensbetydende med psykiske lidelser (Skårderud et al., 2018, s. 309, 318). Likevel ser vi flere eksempler på at angst kan ta overhånd i den grad at den lammer, på grunn av det nære slektskapet med hele følelsesregisteret (Skårderud et al., 2018, s. 308).

Angst påvirker både følelsene, tankene, kroppslige reaksjoner og atferden til et menneske (Martinsen, 2018, s. 81). Følelsesmessige reaksjoner som engstelse, uro, frykt og panikk,

samt tanker preget av bekymring og katastrofetenkning er ikke uvanlig for pasienter med angst. Kroppslige reaksjoner blir ofte sterkere, noe som for mange oppleves som det mest plagsomme ved angsten. Alle angstlidelser, med unntak av blod- og skadefobi, medfører økt aktivering av det sympatiske nervesystemet, noe som medfører svette, kvalme, skjelving, hjertebank, opplevelse av å ikke få nok luft, anspenhet og svimmelhet (Martinsen, 2018, s. 81). Angst har mange av de samme kjennetegnene som frykt (Skårderud et al., 2018, s. 309). På samme tid er det viktig å skille mellom de to begrepene. "Mens frykt regnes som en hensiktsmessig og normal reaksjon på ytre fare, er angst en tilsvarende følelsesmessig reaksjon uten at det er noen ytre fare" (Martinsen, 2018, s. 81).

Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomet er angst (Helsedirektoratet, 2017). Ettersom de fleste mennesker har erfart angst på kroppen, er ikke forskjellen på syk og frisk mellom de som har opplevd angst eller ikke. "Angst blir først et psykisk problem når den medfører subjektiv lidelse og svekker funksjon og livsutfoldelse" (Martinsen, 2018, s. 81). Angst er en del av å være et menneske i en verden med farer og utfordringer, men dersom angst overskrider disse funksjonene og hemmer pasienten på en uhensiktsmessig måte, beskrives angsten som en lidelse og et symptom som krever behandling (Martinsen, 2018, s. 81).

2.4 Psykosomatikk

Oslo Universitetssykehus (2021) beskriver psykosomatiske tilstander som kroppslige symptomer der medisinsk utredning ikke avdekker en kjent fysisk forklaring. For å vurdere psykosomatiske lidelser må helsepersonell danne seg et bilde av hver enkelt pasient og hans behov (Pampus, 1997, s. 15). Videre beskriver Pampus at oppmerksomheten må rettes mot hele mennesket og dets omgivelser, ikke bare mot sykdommen, og behandlingen må strekke seg utover tradisjonelle undersøkelser og behandlingsmetoder.

Eline Thornquist (2011, s. 208) beskriver hvordan de dominerende tankene i helsevesenet tar utgangspunkt i mennesket som natur, og deretter tilfører psykiske, sosiale og kulturelle faktorer. Ved å dele helsevesenet inn i en somatisk og en psykiatrisk del, påvirkes våre tanker til å tenke på mennesket som todelt, med kropp og psyke (Thornquist, 2011, s. 42). Knardahl (1998, s. 6) påpeker viktigheten av at helsepersonell som leger, fysioterapeuter og

sykepleiere tar denne kunnskapen om psykosomatikk på alvor, da dette kan føre til endringer i helsevesenet, samt øke forståelsen av forhold hos pasienter som nå virker uklare.

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

I oppgaven har jeg valgt å benytte kvalitativ forskningsmetode for å belyse problemstillingen. Kjernespørsmålet mitt krever kunnskap om erfaring og holdning (Helsebiblioteket, u.å.). På bakgrunn av dette ble valg av en kvalitativ metode naturlig å ta, da jeg er ute etter fysioterapeuters opplevelser og refleksjoner rundt pasienter med angstlidelser. De kvalitative metodene kan bidra til å presentere mangfold og nyanser, og bygger på teorier om fenomenologi og hermeneutikk (Malterud, 2017, s. 29–30). Målet er å forstå ulike fenomen snarere enn å forklare. Dette er data som ikke kan samles inn ved å bruke måleutstyr, og resultater som ikke kan presenteres i form av tall.

Jeg har brukt semistrukturerte intervjuer med individuelle deltakere for å besvare problemstillingen, hvor spørsmålene skulle være åpne og fokuserte på samme tid, samt være til hjelp for å holde meg til tema under intervjuet. Intervjuene skal skape en situasjon der det er mulig for deltakeren å fortelle hvilken betydning det vi snakker om har for han/henne (Malterud, 2017, s. 133–134).

3.2 Valg av informanter

Tidligere praksiserfaring påvirket valget av informanter, da jeg observerte fysioterapeuter behandle angstlidelser med ulik tilnærming. Tidsrammen for bacheloroppgaven begrenset omfanget av data jeg hadde kapasitet til å samle inn og bearbeide. Dersom arbeidet skulle være meningsfull og gjennomførbar var det viktig at datamaterialet ikke ble for omfattende (Malterud, 2017, s. 99). Med tanke på oppgaven var jeg i kontakt med flere aktuelle terapeuter med ulik tilnærming til pasientgruppen. I samarbeid med veileder kom jeg frem til to ulike tilnærminger; psykomotorisk fysioterapi og fysisk strukturert trening. Under praksisoppholdet mitt 6.semester kontaktet jeg en av de ansatte på arbeidsplassen som sa seg villig til å stille som informant til oppgaven min. Den andre informanten kontaktet jeg

etter anbefaling av veileder. Begge informantene har grunnutdanning i fysioterapi og erfaring med behandling av pasienter med angstlidelse.

3.3 Forberedelse av intervjuene

På bakgrunn av erfaring og litteratur kom jeg frem til ulike temaer jeg ønsket å komme inn på i intervjuene. Gjennom refleksjon etter veileders råd utformet jeg den endelige intervjuguiden (Vedlegg 2) med mest mulig åpne hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål. I forkant av intervjuene reflekterte jeg rundt de aktuelle temaene og mulige svar fra informanten. Jeg sendte et informasjonsskriv med forespørsel om deltagelse og samtykkeskjema (Vedlegg 1) i en e-post. Skrivet er utarbeidet sammen med Høyskolen på Vestlandet, godkjent av NDS, og inneholder informasjon om prosjektet og samtykkeskjema. Det tekniske utstyret som skulle brukes under intervjuene ble sjekket på forhånd av intervjuene. Jeg gjorde meg kjent med opptak på Zoom og sjekket at det fungerte. Mobilen ble satt på flymodus, ladet og testet, samt kontrollert at filene kunne overføres og lagres på PC.

3.4 Gjennomføring av intervjuene

Grunnet Covid-19 situasjonen lot det seg ikke gjøre å møte informantene fysisk. Intervjuene ble derfor gjennomført ved hjelp av PC med Zoom med videomøte som verktøy. Møte ble tatt opp, og lagret i enheten. Som sikkerhetskopi benyttet jeg meg av båndopptaker på mobil med flymodus. Intervjuene foregikk under rolige omgivelser, uten avbrytelser. Begge intervjuene varte i 1 time.

Under intervjuene forholdt jeg meg til intervjuguiden som hjelp for å holde meg til tematikken. Det var viktig for meg å tenke på intervjuguiden som en huskeliste, og ikke følge den slavisk (Malterud, 2017, s. 133). Som Malterud (2017, s. 134) skriver er det ofte langs sidespor at den nye kunnskapen befinner seg. Jeg tok ikke notater underveis under intervjuet da det kunne bidra til å forstyrre samtalen og min oppmerksomhet (Malterud, 2017, s. 74). I slutten av hvert intervju fikk begge informantene mulighet til å oppsummere og ta opp tema de eventuelt hadde tenkt på underveis.

3.5 Bearbeiding av data

3.5.1 Transkripsjon

Transkribering innebærer å overføre tekst fra muntlig til skriftlig form. På denne måten gjøres materiale mer håndfast og klar for videre analyse (Malterud, 2017, s. 77). Ved endt intervju ble opptaket umiddelbart overført til passordbeskyttet PC, slettet fra mobilen og transkribert. Transkripsjonen gjorde materiale mer håndfast og klar for videre analyse (Malterud, 2017, s. 77). Ved å transkribere i etterkant av intervjuene slapp jeg å notere underveis, og kunne holde fokuset på intervjuobjektet under intervjuene.

Jeg transkriberte så ordrett som mulig for å for å best mulig ivareta det opprinnelige meningsinnholdet, slik informantenes erfaringer og refleksjoner ble formidlet og oppfattet under intervjuet (Malterud, 2017, s. 78). Jeg har tatt med alle ord, også ord som “*hmm*” og “*ehh*”, samt gjentakelser av samme ord. Transkripsjonene er derimot ikke ordrett med tanke på målform. Begge intervjuene ble transkribert til bokmål for å anonymisere deltakerens dialekt og oppnå en mer grammatisk riktig tekst. Jeg fjernet navn på arbeidsplasser, studiesteder og andre opplysninger som kunne gjøre informanten identifiserbare. For å sikre pålitelighet hørte jeg opptaket flere ganger, da dette gav mulighet til å rette opp i misforståelser og feil i transkripsjonen.

3.5.1 Analyse

Analyse av kvalitativ data dreier seg om å stille spørsmål til materiale, lese og organisere data, og kunne gjenfortelle svarene på en systematisk, forståelig og relevant måte (Malterud, 2017, s. 92). For å analysere materiale brukte jeg Malterud (Malterud, 2017, s. 97–110) sin metode for systematisk tekstkondensering. Det er en tverrgående analyse bestående av 4 trinn, og er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud, 2017, s. 95). Som hjelp utarbeidet jeg en projektlogg gjennom analyseprosessen. På denne måten dokumenterte jeg veivalgene mine, noe som gjorde det lettere for meg å gå noen steg tilbake i prosessen dersom det skulle bli nødvendig (Malterud, 2017, s. 103).

Jeg fulgte analysemetodens fire steg, og startet med å tilegne meg et helhetlig bilde over all data. Som første steg i organiseringen av materialet begynte jeg å skimte ut foreløpige tema

som kunne belyse problemstillingen min. Under det andre trinnet i analyseprosessen organiserte jeg de delene av materialet som jeg skulle studere nærmere ved å identifisere og sortere meningsbærende enheter. Dette ble gjort for å skille relevant tekst fra irrelevant, da hele teksten ikke anses som meningsbærende enhet (Malterud, 2017, s. 100–101). Under tredje trinn kondenserte jeg innholdet i de meningsbærende enhetene, og sorterte materialet i tilsvarende subgrupper (Malterud, 2017, s. 105). Videre abstraherte jeg innholdet til kondensater preget av de meningsbærende enhetene, og fant et «gullsitat» til hver subgruppe som best mulig skulle illustrere kondensatet. I analysens siste trinn satte jeg sammen bitene, og rekontekstualiserte materialet (Malterud, 2017, s. 108). Jeg sørget for at resultatene jeg leste ut av det dekontekstualiserte materialet, fortsatt stemte overens med den sammenhengen der de ble hentet ut. Jeg laget ulike overskrifter som la grunnlaget for oppgavens resultater og diskusjon, og som representerer de egentlige resultatene da eksempler og sitater brukes til å illustrere nyanser i den analytiske teksten (Malterud, 2017, s. 110).

3.6 Ethiske aspekter

Helseforskningsloven (2008) har som formål å fremme god og etisk forsvarlig helsefaglig forskning. Loven minner om at deltakernes sikkerhet og velferd alltid skal gå foran vitenskapens interesser, og at menneskerettigheter og menneskeverd skal være de grunnleggende prinsippene i forskningen. Det er også et krav om at forskeren skal være etisk bevisst, noe jeg har forsøkt å ta hensyn til gjennom hele prosessen.

I forbindelse med planlegging var det viktig å hele tiden følge retningslinjene for forskningsprosjektet som var utarbeidet av HVL, og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata. Et viktig etisk aspekt er å ivareta informantens personvern og anonymitet, da informantene deler personlige erfaringer og sensitive opplysninger. For å ivareta dette fokuset fikk informantene tilsendt et informasjonsskriv (Vedlegg 1). Informasjonsskrivet presiserer oppgavens hensikt, informantens personvern og rettigheter, samt informasjon om at informanten når som helst kan trekke samtykket tilbake. Ved å signere samtykkeskjemaet, samtykket deltakerne til å være en del av forskningsprosjektet, og at de har mottatt informasjon om prosjektet.

Videre i prosessen gjorde jeg ulike tiltak under gjennomføring av intervju og i analyseprosessen for å sikre etisk forsvarlighet. I forkant av hvert intervju ble informantene igjen minnet på mulighet for å trekke seg, anonymitet og taushetsplikt. I transkripsjonene anonymiserte jeg alle opplysninger som kunne føre til at informantene kunne gjenkjennes. I etterkant av intervjuene ble lydopptakene lagret på en passordbeskyttet PC, og umiddelbart slettet etter transkripsjon.

4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres svar på problemformuleringen. Jeg har valgt å gi en kort presentasjon av informantene og deretter presentere de 3 hovedtemaene jeg har kommet frem til etter analysen av de to semistrukturerte intervjuene:

1. Perspektiv – psyke og soma
2. Relasjonen
3. Hjelp til selvhjelp

4.1 Presentasjon av informantene

Informant 1: Kvinne. Spesialist i psykomotorisk fysioterapi, har gestalt veilederutdanning, samt gjennomført flere kurs rundt samme tematikk. Ca. 40 års erfaring som fysioterapeut, hvor hun stort sett har arbeidet i privat praksis. Tidligere medisinsk treningsterapeutisk rettet, men valgte en mer psykosomatisk retning, og driver nå med psykosomatikk hvor hun jobber med pasienter individuelt og i gruppe. Har erfaring med blant annet behandling av psykiske lidelser og generelt pasienter med kroppslig spenningsproblematikk.

Informant 2: Mann. Grunnutdanning i fysioterapi og mastergrad i fysioterapivitenskap. Tema for masteroppgaven var om tilpasset fysisk treningsprogram for eldre med angstlidelse. Har 10 års erfaring som fysioterapeut, noe fra kommunehelsetjenesten, men stort sett fra distrikts psykiatrisk sykehus (DPS) hvor han nå jobber. Jobber med pasienter individuelt og i grupper hvor han praktiserer fysisk aktivitet i form av strukturert fysisk trening som behandlingsmetode. Har erfaring med pasienter med ulike psykiske lidelser.

4.2 Perspektiv – Psyke og soma

Informantene er begge opptatt av å se hele personen i sin tilnærming, ved å ta hensyn til både de fysiske og psykiske faktorene i pasientene sitt liv. De viser stor kunnskap om, og er samtidig bevisst på at psyke og soma er tett knyttet til hverandre. De uttrykker at man må se den fysiske pasienten i en sammenheng med tankene og følelsene, og beskriver hvordan flere faktorer påvirker pasientene både fysisk og psykisk. Eksempel på dette kan være arbeid, studie, relasjoner, kosthold og hjemmesituasjon. Informant 1 presiserer også hvordan tankene våre påvirker oss fysisk. Hun hevder at ved å tenke på seg selv som syk, påvirker det vår fysiske funksjon. Begge informantene uttrykker at perspektivet i behandlingen har med tiden endret seg til å bli mer helhetlig gjennom erfaringer. De uttrykker hvordan de etter hvert oppdaget de store ulikhetene i menneskene de møter. Kroppsundersøkelser, problemer og informasjon om tiltak er ikke det første informantene fokuserer på, men orienterer seg først og fremst på muligheter og pasientenes ressurser.

Informant 1: "Hvordan jeg har det i det miljøet, i den kulturen jeg vokser opp preger meg. Jeg responderer kroppslig alltid".

Informant 2: «...jo mer erfaring jeg får, jo mindre betyr diagnosen noe»

Informant 2 uttrykker samtidig at mindre konkrete og «biomedisinske» henvisninger, åpner opp for et mer helhetlig syn. Han mener en mer diffus henvisning gir terapeuten selv mulighet til å kunne danne seg et bilde av hva som kan være hensiktsmessig, og til å tenke mer helhetlig.

Informant 2: «Jeg tror nok at jeg har det store helhetlige perspektivet med meg i større grad enn jeg kanskje ville hatt hvis jeg hadde jobbet i kommunehelsetjenesten, men det handler jo om hvor spisset henvisningsårsaken er».

4.3 Relasjon

Begge informantene uttrykker viktigheten av det å skape en god relasjon, og hvordan det har betydning for resultatet i behandlingen. Videre presenteres ulike faktorer som er viktige i møte med pasienten.

4.3.1 Trygghet

Trygghet er noe begge informantene understreker som en av de viktigste faktorene for en god relasjon, og en forutsetning for positive endringer i behandlingen. De poengterer at pasientene de møter er ofte sårbare, usikre og utrygge. Gjennom tid og samtale uttrykker informantene at en kan skape trygge rammer ved å fjerne mulige forventningspress, bli kjent og identifisere usikre faktorer. Informantene er enige om at trygghet nødvendigvis ikke er knyttet til diagnosen, men til personlighet. For noen pasienter tar det lengre tid å bli trygg i en setting. For å skape trygge rammer er informantene opptatt av å la pasientene presentere seg selv, samt utforske hva de trenger for å føle seg trygg. Dersom pasienten kjenner seg trygg i en setting eller i en relasjon, uttrykker informantene at det er større sjans for at pasienten våger å åpne opp, fortelle litt mer om egne behov og grenser. Pasientene opplever da i større grad at det er de som bestemmer og har kontroll.

Informant 1: «...det som er vesentlig aller først; det er at pasienten må være trygg»

Informant 2: «hvis enn føler seg trygg i en setting eller i en relasjon, er det større sjans for at enn tørr å åpne mer opp, å fortelle mer om hva man ønsker og hva man har behov for»

4.3.2 Å møte pasienten der pasienten er

Begge informantene beskriver hvordan det å se, bekrefte og lytte til pasienten er en viktig del av å skape en god relasjon. De beskriver at gjennom å vise hensyn til gode/dårlige dager, og ved å møte pasienten der han/hun er, så vil pasientene oppleve seg mer sett og forstått. Målsetningen i behandlingen er for begge å møte enkeltmenneske, og ikke diagnosen. Samtidig poengterer begge at kunnskapen de sitter på har liten betydning i behandlingen dersom de ikke ser pasienten der den er, er ydmyk, og åpen på at pasienten kjenner seg selv best.

Informant 1: «Det er ikke du som skal bevise hvor flink du er. Du kan sitte med så mye kunnskap du bare vil, men hvis ikke du forvalter kunnskapen ordentlig, lever på en relasjonell og god måte, så hjelper det ikke».

Informant 2: «...pasientene føler seg mer trygg ved at de føler de blir møtt på hvem de er som person, mer enn at de føler at fysioterapeuten har veldig god kunnskap om angstlidelser».

Informant 1 er opptatt av stille spørsmål og utforske pasientens historie samtidig som hun ber pasienten uttrykke hva de opplever når de forteller. Informant 2 lar det være opp til pasienten selv å fortelle det de ønsker.

Informant 1: «Av å til så skjer det jo ting når de presenterer. Å da alltid relatere til hva som skjer i kroppen. Hvis jeg ser noe så spør jeg; Hva merker du nå? Hva skjer i deg nå?»

Informant 2: «Det eneste ønske jeg har er at de gir meg den informasjonen som de mener er relevant for meg å vite om».

4.4 Hjelp til selvhjelp

Begge informantene er opptatt av at pasientene ikke kan gå i behandling hos dem for alltid, men vil lære dem å kunne «stå på egne bein» og ta ansvar for egen helse.

4.3.1 Involvering av pasienten

For å gjøre pasientene selvstendig var en grunnleggende tanke for begge informantene at det krever samarbeid og involvering av pasienten. Informantene presiserer at kombinasjonen av deres veiledning, sammen med pasientens egen innsats var essensielt i enhver behandling. De poengterer at uten samhandling vil ikke behandlingen ha noe effekt, og vektlegger derfor som terapeut; betydningen av å motivere, guide og skape mestringsfølelse hos pasienten.

Informant 1: «Jeg kan ikke behandle noen, jeg kan ikke fikse noen hvis ikke jeg får en samhandling. Jeg må prøve å finne noe som klinger hos pasienten. Jeg må ha samarbeid. Vi må få motivasjonen inn hos den andre»

Informant 2: «Jeg kan ikke trene for de, det må de gjøre selv. Men jeg kan gi de den veiledningen og de rådene som skal til for at de skal få all den kunnskapen og all den informasjonen de trenger.»

4.4.2 Empowerment

Informantene er opptatt av å kunne veilede til erfaringer som fører til økt kjennskap til egne reaksjonsmønstre, og kan være nyttig for å mestre hverdagslivet. I behandlingen vektlegger de betydningen av å feile, prøve og våge å være et menneske med sterke og svake sider.

Dette er viktig for å bli bevisst på egne behov, og bli selvstendig etter behandlingen.

Informantene er opptatt av at pasientene skal kunne påvirke behandlingen, men også at de tar ansvar for egen helse. Begge informantene beskriver motivasjon som en viktig del av veiledningen mot å fremme helse. Ved å finne noe pasienten liker, tenker informantene at motivasjonen øker og sannsynligheten for at pasienten fortsetter tiltaket etter behandlingen er større. Som fysioterapeuter mener informantene det er viktig å vektlegge helsepedagogikk, og motivere til bevegelse. De tenker begge at pasienten selv må ta ansvar for egen helsesituasjon, men er klar over at det er ulike forutsetninger og ressurser blant pasientene. De forklarer hvordan et enklere sykdomsbilde, økt tilgang på ressurser og forståelse for egen situasjon øker forutsetningene for å bli frisk. Informant 2 poengterer også hvordan ansvar for egen bedringsprosess øker med økende sosioøkonomisk status.

Informant 1: «Jeg må vise og guide til muligheter som gjør at de mestrer seg selv»

Informant 2: «Vi må ivareta dette med mestring og motivasjon (...) Pasienten skal få bestemme mye av innholdet i tilbudet, selvfølgelig basert på retningslinjer og anbefalinger som jeg presenterer, men pasienten har også selv ansvar for å nyttiggjøre seg av tilbudet»

Informant 1 viser hvordan hun guider pasientene til grensesetting, og hvordan hun øver på å gi pasienten et redskap til å kjenne egne grenser gjennom bevisstgjøring og økt kontakt med kroppen. Hun beskriver at når pasienter blir tydelige på seg selv og kjent med egne reaksjonsmønstre, påvirker det livskvaliteten. Informant 2 forklarer at de fleste pasientene som blir henvist til han har et ønske om å begynne med trening. Han beskriver hvordan fysisk aktivitet kan være et hjelpemiddel for angstpasienter. Gjennom behandlingen ønsker informant 2 å etablere rutiner, og beskriver hvordan dette kan påvirke en langvarig og selvstendig bedring.

Informant 1: «Det å kunne sette grenser er kjempeviktig. (...) Tydeligheten på seg selv gjør at det blir en bedre livskvalitet for alle».

Informant 2: «Får man den innledende tryggheten, og jobber med å etablere gode rutiner de først 4-6 ukene, så ligger forholdene veldig til rette»

5.0 Diskusjon

Diskusjonskapittelet har jeg valgt å dele i to deler:

- 1) Diskusjon av resultatene
- 2) Diskusjon av metoden som er nyttet for å komme frem til resultatene.

5.1 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet vil jeg drøfte hovedfunnene fra resultatene, og knytter funnene opp mot relevant teori.

5.2.1 Perspektiv - Psyke og soma

Gjennom tid og erfaring har perspektivet til informantene utviklet seg fra å fokusere på enkelte deler av pasienten og diagnose, til et mer helhetlig perspektiv i sin tilnærming. Et slikt perspektiv er i tråd med Knardahls (1998, s. 6) som uttrykker viktigheten av at fysioterapeuter og annet helsepersonell tar kunnskapen om sammenhengen mellom psykologiske og sosiale faktorer på alvor, da dette kan føre til økende forståelse av forhold som kan virke uklare.

Jeg ser informantenes utvikling av perspektiv i sammenheng med samfunnet som stadig er i endring. Det helhetlige synet på mennesket, og tanken om at kropp og følelser påvirket hverandre var lenge ukjent i samfunnet (Thornquist, 1986, s. 14). Tankegangen endret seg i begynnelsen av 70 årene da forståelsen for helhetstenkning i forbindelse med kropp økte betraktelig. Dette har fått konsekvenser for psykomotorisk fysioterapi som i dag er blitt en mer anerkjent behandlingsmetode, da helhetstenking er en sentral del av behandlingen. PMF viser til en forståelse av hele mennesket som et integrert fysisk-, psykisk-, og sosialt fenomen (Thornquist, 1986, s. 16), et fokus som ikke vektlegges i like stor grad gjennom en master i fysioterapivitenenskap (UiB, u.å.). Slik jeg ser det, er informantenes perspektiv formet

av ulike faktorer, hvor etterutdanning trolig har preget informant 1 sitt perspektiv i større grad enn informant 2 som beskriver hvordan arbeidsplassen bidrog til utviklingen av hans perspektiv.

Det kan tenkes at fysioterapiutdanningens fokus på perspektiver også er påvirket av samfunnets perspektiver. I 2001 vedtok WHO (2001) et nytt kodeverk; Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF), et system fysioterapiutdanningen i dag anvender. ICF skal utfylle diagnosekodeverket (ICD-10) ved å sette enkeltmenneske inn i en større sammenheng, og ikke være like begrenset til sykdom. ICF eksemplifiserer hvordan samfunnets perspektiv stadig er i utvikling, og hvordan dagens syn på helse påvirker fysioterapeuters og utdanningens perspektiv. ICF har fått betydning for hvilke faktorer fysioterapeuter vurderer i møte med pasienter, og påvirker til et mer helhetlig perspektiv. Med ICF som en sentral del av utdanningen, kan det tenkes at fysioterapistudenter får økt forståelse av det helhetlige perspektivet, og igjen påvirker hvilke «briller» de bruker som selvstendige fysioterapeuter i fremtiden.

Perspektivet enn tar kan være åpent eller gjemt, bevisst eller ubevisst, og forskjellig for hva en sier med ord og viser i handling. Både utvelgelse av informasjon, tolkningen av pasienten, samt valg av tiltak skjer ut ifra vår forforståelse som er utviklet gjennom livserfaring og utdanning. Som fysioterapeut er det viktig å være bevisst på hvilke «briller» man tar på seg, og forstå hvordan det kan ha en avgjørende betydning for resultatet. Samtidig kan det være nyttig å utforske andre perspektiver, noe jeg tenker kan føre til utvikling og refleksjon av egen forståelseshorisont.

5.2.2 Relasjon

En god relasjon er ifølge informantene helt sentralt for enhver behandling, og beskriver sentrale faktorer som; trygghet og å møte pasienten der pasienten er. Dette er i tråd med Eide og Eide (2013, s. 65) som beskriver hvordan en god relasjon legger grunnlaget for bedre helsehjelp og resultater. Videre vektlegger de viktigheten av å utforske og forstå pasientens behov, og påpeker at det er en forutsetning for trygghet og økt tillit til behandler, noe som er i tråd med informantenes påstander. På linje med informantene presiserer Roxendal (1995, s. 32) at fysioterapeuter må sette av tid til kommunikasjon og samtale, da pasienter

med psykiske lidelser ofte er sårbare og utfordrende å forstå. Kierkegaard (1995, s. 96) skriver om «sann hjelpekunst» og bekrefter informantenes forståelse om at dersom enn skal lykkes i å føre menneske til et bestemt sted, må man være ydmyk og først finne pasienten der pasienten er. Videre beskriver han hvordan terapeuten må forstå mer enn pasienten, men først og fremst forstå det pasienten forstår.

Begge informantene er grunnleggende opptatt av å se enkeltmenneske, ikke diagnosen. Gjennom fokus på diagnose, og en mekanisk strukturert tilnærming, er det vanskeligere å se kompleksiteten i hva det vil si å være et menneske med ulike plager, og mulig kunne overse sammenhenger, ressurser og muligheter. I 2018 publiserte Helsedirektoratet (2018) en nasjonal plan om pakkeforløp for psykisk helse og rus. Hensikten var å sikre rask utredning og oppstart av behandling (Helsedirektoratet, 2020). En mulig konsekvens av tiltaket kan være et økt diagnoserettet fokus med en strukturert tilnærming. Vi kan stille spørsmål om hvordan dette vil påvirke tid, trygghet, relasjon og kvaliteten i behandlingen. Som informantene beskriver krever behandlingen tid, forståelse, tålmodighet og tilrettelegging. Ved å strukturere behandlingen i tid og trinn kan det tenkes at mulighetene for terapeutens egen påvirkning og en individuell tilpasset tilnærming begrenses.

En god relasjon viser seg å være en sentral del av resultatet i behandlingen av angstproblematikk. Gjennom praksis har jeg lært mer om hvordan en god relasjon har betydning for behandlingen innen psykisk helse, men også hvordan det påvirker alle former for fysioterapibehandling. Som fysioterapistudent, tenker jeg at utdanningen burde lagt større vekt på samtalen i behandling, og på hvordan en kan bygge en trygg og god relasjon. Gjennom informantenes erfaringer er jeg blitt mer bevisst på hvordan mennesket påvirkes av omgivelsene, og ser i større grad betydningen av trygghet og en felles virkelighetsoppfattelse. Ved å se pasienten der pasienten er og forstår det pasienten forstår, kan min kunnskap få større betydning, samtidig som pasienten opplever seg trygg og forstått. Videre tenker jeg det er viktig at fysioterapeuter og politikere er bevisst på relasjonens betydning for et godt behandlingsresultat, og at enn trenger tid for å bygge en god og trygg relasjon.

5.2.3 Hjelp til selvhjelp

Informantene beskriver deres rolle i relasjonen som veiledere og støttespillere, og presiserer at pasientens innsats og evne til å samarbeide i behandling er avgjørende for å oppnå ønsket resultat av behandlingen. Her følger informantene Roxendal (1995, s. 42) som hevder at fysioterapeuter bevisst skal streve etter å aktivere pasientens egne ressurser, og beskriver dette som de viktigste krefter i prosessen mot bedring. Danielsen (2017) påpeker hvordan informantenes fokus på å fremme selvstendighet er en viktig del av helsearbeidet, hvor både fysisk aktivitet (Martinsen, 2000b) og PMF (NFF, 2018) viser seg å være nyttige selvhjelpsstrategier for pasientene. Informantenes tilnærming er også i tråd med Antonovsky (1979, s. 36, 99) sin beskrivelse av en helseorientert tilnærming, hvor fokuset er på helsens opprinnelse, og utnytte pasientens ressurser for å fremme helse. WHO (2014) bekrefter informant 2 sin påstand om hvordan ulik grad av ressurser påvirker helsen, og presenterer at personer med lav sosioøkonomisk status har høyere risiko for psykiske lidelser.

Informantene er i tråd med WHO (2014) som understreker at ansvaret for helsefremmende arbeid innen psykisk helse ligger på alle nivå; individ-, samfunns-, og landsnivå. Norsk fysioterapiforbund publiserte i 2020 et innspill (2020) til Stortingsmeldingen «Kompetansereformen – Lære hele livet» (Meld. St. 14, 2019-2020), og påpeker hvordan fysioterapi ikke er en del av kompetanseløftet 2020. Innspillet fokuserer på hvordan fysioterapeuter bidrar til å fremme mestring og selvstendighet, samt redusere frafall i arbeidslivet, men at de trenger økt kompetanse for å møte pasientens helse og befolkningens forventninger. Videre beskriver de hvordan helsepersonell med høy kompetanse er en forutsetning for velferdsstaten, og at kompetanse hos terapeutene er en investering i pasientene. Jeg tenker det er viktig at fagforbundet på denne måten markedsfører fysioterapi, og påpeker hvordan fysioterapeuter kan bidra på samfunnsnivå.

Naidoo og Wills (2010, s. 15) presiserer viktigheten av å huske at ifølge WHO (1998) er helsefremmende arbeid ikke bare samfunnets ansvar, men at ansvaret også ligger på individnivå. Martinsen (2000b) påpeker hvordan virksomme selvhjelpsstrategier som fysisk aktivitet kan virke forebyggende for psykiske lidelser og samtidig bidra til å redusere kostnadene i helsevesenet. På bakgrunn av dette kan også fysioterapeuter ta del i

folkehelsearbeidet ved å fokusere på helsepedagogikk, selvstendighet, selvhjelpstrategier og motivere til en aktiv livsstil, og med dette fokus bidra til redusere samfunnskostnader relatert til psykisk helse. Forsker og fysioterapeut Yngve Røe Høstmark (2020) stiller spørsmål om fysioterapeuter har nok kunnskap om teknikker rundt veiledet selvhjelp. Han tenker at et større fokus på dette vil kunne hjelpe pasientene til å få en dypere forståelse om hva de selv kan gjøre og hvordan de skal ivareta atferden videre. På bakgrunn av Røe og Martinsen`s uttalelser kan man stille spørsmål om selvhjelpsstrategier er noe fysioterapeuter og fysioterapiutdanningen burde ha et større fokus på, da det viser seg å være en viktig del av folkehelsearbeidet.

Informant 1 inntar en tydeligere psykomotorisk tilnærming ved å tenke at økt selvbevissthet, øker evnen til å ta vare på seg selv. Slik jeg ser det, vil informantenes interesse, erfaring, arbeidsoppgaver og etterutdanning prege hvordan informantene veileder til selvhjelpsstrategier. På tross av ulik tilnærming har informantene et helseorientert mål; å fremme selvstendighet og langvarig bedring. De fleste pasienter har muligheter i seg for å bedre helsen, men de trenger veiledning for å oppdage mulighetene eller egne ressurser.

Som fysioterapistudent tenker jeg det er viktig å være bevisst på hvilken rolle jeg tar som behandler, å involvere pasientene og veilede mot helse fremfor å kun fokusere på problemet. Gjennom praksiserfaring opplevde jeg pasienter med en forventning om å bli «fikset» av fysioterapeuten. I fremtidig behandling vil jeg ha fokus på at pasientene skal forstå viktigheten av egen deltakelse i behandlingen. Dersom pasienten selv ikke gjør en innsats, spiller på lag og lytter til veiledning, vil pasienten sannsynligvis få mindre hjelp til selvhjelp. Som informantene uttrykker kan man som veileder «ikke fikse et eneste menneske» uten samarbeid.

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Valg av metode

Ved å velge kvalitativ forskningsmetode belyste jeg problemstillingen min som omhandlet fysioterapeuters erfaringer, da denne metoden kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30). Kvantitativ metode bygger på data i form av

tall og ville ikke vært en tilstrekkelig metode for å utforske terapeutenes opplevelser og erfaringer. Semistrukturert individualintervju ble valgt som den best egnede metode, da designet gir deltakeren tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som krever trygghet og ettertanke for å deles (Malterud, 2017, s. 133).

5.2.2 Valg av informanter

Strategisk utvalg er sentralt for intern validitet (Malterud, 2017, s. 58). En viktig målsetting var å velge informanter som best mulig kunne belyse problemstillingen min. Jeg hadde flere mulige kandidater som var villig til å delta, og unngikk på denne måten begrensninger med et tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017, s. 59). En styrke med utvalget var at informantene bringer med seg ulik erfaring, samtidig som de praktiserer behandlingen på ulike institusjoner. På denne måten unngikk jeg informanter preget av samme arbeidsmiljø, samtidig som resultatene fikk en viss variasjonsbredde som kunne gi muligheter for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen. På samme tid forstår jeg at én fysioterapeut fra hvert fagfelt ikke er representativt, men er tilfreds med utvalget med tanke på oppgavens tidsramme og omfang.

5.2.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene

På forhånd utarbeidet jeg en intervjuguide som i stikkordsform skulle minne meg på tema jeg ønsket å ta opp. En svakhet med guiden var antall spørsmål, men selv om jeg ikke fikk stilt samme spørsmål til begge føler jeg meg trygg på at jeg fikk svar som ville belyse problemstillingen. Jeg tror at forberedelsene gjorde meg egnet til å fange opp viktige tråder i intervjuet, og gjorde det lettere å kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål, spesielt når tema utenfor intervjuguiden oppsto. Det var en fordel for meg å øve på intervjurollen, da det gjorde meg mindre låst og avhengig av intervjuguiden under intervjuene.

Grunnet Covid-19 situasjonen ble intervjuene gjennomført over videosamtale, hvor begge informantene satt i kjente omgivelser. Begge informantene hadde erfaring med intervju og videosamtale fra før, noe som gjorde situasjonen mer kjent og trygg. En ulempe var utfordringen med å observere kroppsspråk og mimikk, men min vurdering er at dette ikke har påvirket meningsinnholdet i stor grad.

5.2.4 Transkribering og analyse

Jeg valgte å transkribere intervjuene ordrett og rett etter intervjuene. En utfordring med transkripsjonsprosessen var når informantene brått endret er tema, eller pratet i ufullstendige setninger. Dette ville i samtalsens naturlige kontekst gir struktur i muntlige uttrykk, men virke ufullstendige i skriftlig form, og kunne gi leseren et annet bilde av samtalen enn det samtalepartnerne hørte i situasjonen (Malterud, 2017, s. 78). Jeg ser i ettertid at jeg kunne gjort teksten mer forståelig ved å fjerne småord og gjentakelser, uten å påvirke meningsinnholdet. Likevel vurderer jeg at ordrett transkripsjon bidrog til mest mulig ivaretagelse av det opprinnelige materiale slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet (Malterud, 2017, s. 77).

I analyseprosessen var det viktig å være bevisst på min forforståelse, samt opprettholdt refleksivitet i forhold til egen posisjon for å sikre vitenskapelig kvalitet (Malterud, 2017, s. 83). For å unngå reduksjonisme og bevare informantenes virkelighet brukte jeg systematisk tekstkondensering, en fleksibel forskningsprosess som gav rom for å skjerpe fokuset og revidere problemstillingen underveis (Malterud, 2017, s. 83). Jeg brukte mye tid til valg av hovedtema, og benyttet meg av prosjektbloggen for lettere å kunne reversere prosessen og huske på tidligere tanker (Malterud, 2017, s. 103).

5.2.5 Forforståelse

“Forforståelse er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før vi starter” (Malterud, 2017, s. 44). På bakgrunn av dette var det viktig å være klar over hvordan mine perspektiver, erfaringer, teoretiske referanser og hypoteser kunne påvirke prosjektet. Min forforståelse preges av min rolle som fysioterapistudent og menneske i dagens samfunn, samt mitt møte med pasientgruppen. Før jeg skulle i gang med oppgaven startet jeg med å prøve å identifisere forhold som styrer min inngang til kunnskap (Malterud, 2017, s. 46). Gjennom fysioterapiutdanningen har jeg utviklet mine perspektiver, fått nye erfaringer, og fått en økende interesse for enkelte deler av faget. Dette har trolig påvirket valg av tema, innhenting av data og utforming av intervjuguide. Min motivasjon kan også ha påvirket fokuset i oppgaven, hvor jeg velger å drøfte et biopsykososialt tema, fremfor et biomedisinsk. Mitt inntrykk basert på praksiserfaring, bekjente og samfunnet er at pasienter med psykiske lidelser opplever positive effekter med fysisk aktivitet. Flere kjenner seg

lettere til sinns, og opplever det som en viktig selvhjelpsstrategi. Jeg skal videre i oppgaven forsøke å ivareta min refleksivitet ved å erkjenne betydningen av eget ståsted, og være bevisst på at jeg aldri kan være objektiv i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 21).

5.2.6 Validitet og overførbarhet

På bakgrunn av tiden og ressursene jeg har hatt tilgjengelig, vil bacheloroppgaven min ha svakheter, og vil ikke kunne overføres direkte til praksis. Studien inkluderer kun to informanter fra ulike praksisfelt, og er ikke representative for faggruppen alene. Hensikten med oppgaven var å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter har med behandling av angstlidelser. Målet var ikke å komme frem til overførbare konklusjoner, men først og fremst å øke min, samt andres bevissthet rundt sammenheng av psyke og soma gjennom fysioterapeuters erfaringer.

I underkapittelet “Metodediskusjon” har jeg forsøkt å vurdere validiteten til prosjektet ved å kritisk gå gjennom de ulike prosessene, og stilt spørsmål om relevans til formulering av problemstillingen (Malterud, 2017, s. 192). Jeg er klar over at min posisjon i den kvalitative studien alltid vil kunne påvirke og forme resultatene i større eller mindre grad (Malterud, 2017, s. 19). På bakgrunn av dette har jeg forsøkt å vise vilje og evne til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner, samt vedlikeholde refleksivitet til egen posisjon.

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter med ulik etterutdanningen og tilnærming har med angstlidelser. Erfaringene fra de to fysioterapeutene tyder på at fysioterapi i form av psykomotorisk behandling eller fysisk aktivitet, er begge en hensiktsmessig tilnærming for pasienter med angstlidelser. Resultatet viser at fysioterapeutene deler de samme grunnleggende tankene om psyke og soma, relasjon og ser verdien av pasienters aktive deltagelse, hvor Informant 1 til tider er preget av et mer psykomotorisk perspektiv.

Gjennom prosjektet har informantenes erfaringer gitt meg en større forståelse av det biopsykososiale perspektivet, hvor terapeutene ser sine pasienter i en helhet med kropp, sjel

og omgivelser. Jeg forstår viktigheten av å se enkeltmenneske og ikke diagnosen, noe som påvirker til en mer generell tilnærming rettet mot psykiske lidelser. Gjennom oppgaven tydeliggjøres betydningen av en god relasjon, og viser hvordan det å skape trygge rammer og møte pasienten der pasienten kan påvirke resultatet i behandlingen. Jeg er blitt mer bevisst på betydningen av pasientens egen innsats i behandlingen, og forstår hvordan fysioterapeuter gjennom samarbeid kan veilede til verdifulle erfaringer som pasientene kan nyttiggjøre seg i hverdagen. Ved å fokusere på helsepedagogikk, ha en helseorientert tilnærming og oppfordre til aktiv livsstil kan fysioterapeuter trolig bidra med virksomme selvhjelpsstrategier for pasienter med psykiske lidelser. Dette viser meg hvordan fysioterapeuter kan påvirke pasientens hverdag og helse, samt bidra med å redusere samfunnskostnader relatert til psykisk helse.

Det kan tenkes at fysioterapeuter har en viktig oppgave i å markedsføre yrket sitt, samt utvide arbeidsmarkedet ved å søke på flere åpne stillinger hvor deres behandlingsmetode kan være hensiktsmessig for pasientgruppen. Samtidig tenker jeg fysioterapiutdanningen og samfunnet i større grad burde vektlegge betydningen av relasjon, bevissthet over eget perspektiv og veiledning til selvhjelp, da dette viser seg å være en sentral del av behandlingen og folkehelsearbeidet rettet mot pasienter med psykiske lidelser.

Litteraturliste

Anderson, E. & Shivakumar, G. (2013). Effects of Exercise and Physical Activity on Anxiety.

Frontiers in Psychiatry, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00027>

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.

Askheim, O. P. & Bengt, B. (2007). *Empowerment: I teori og praksis*. Gyldendal akademisk.

Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer>

Danielsen, K. K. (2017). *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid*. Helsebiblioteket;

Helsebiblioteket.no. Hentet 27.april 2021 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/nyheter-og-aktuelt/fysisk-aktivitet-i-psykisk-helsearbeid>

Eide, H. & Eide, T. (2013). Kommunikasjon i relasjon—Det lille som gjør en forskjell. I H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 65–76). Universitetsforlag.

Faskunger, J. (2013). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Studentlitteratur.

Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf

KoRus-Nord. (u.å.). *Empowerment*. Forebygging.no. Hentet 28. april 2021 fra

<http://www.forebygging.no/Ordbok/A-E/Empowerment/>

Gretland, A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi. I A. K. Bergem (Red.), *Kroppen i psykoterapi*.

Gyldendal akademisk.

Gundersen, T. (2017). *Fysisk og psykisk helse må sees i sammenheng—Rådet for psykisk helse*. Rådet for Psykisk helse. Hentet 21.april 2021 fra

<https://psykiskhelse.no/nyheter/fysisk-og-psykisk-helse-m%C3%A5-sees-i-sammenheng>

Gustavson, K., Knudsen, A. K., Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Vollset, S. E. & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prevalence and stability of mental disorders among young adults: Findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 65.

<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1647-5>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Kritisk vurdering—Helsebiblioteket.no*. Hentet 26. mars 2021 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsedirektoratet. (2017). *Angst*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon/angst>

Helsedirektoratet. (2018). *Psykiske lidelser – voksne. Pakkeforløpet*.

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>

Helsedirektoratet. (2019). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015*.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/_attachment/inline/761dd2be-6458-4baf-99c9-34d58a621aad:e3291994cf460a6d1c5174eab5f27b4165208afe/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf

Helsedirektoratet. (2020). *Om pakkeforløpet*.

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne/om-pakkeforlopet>

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Hjelle, O. P. (2019). *Sterk hjerne med aktiv kropp*. Kagge forlag.

Høstmark, C. B. (2020, 24. september). – *Bør gi veiledet selvhjelp til skulderpasienter*. Hentet 30.april 2021 fra <https://fysioterapeuten.no/forskning-helsekompetanse-kommunikasjon/bor-gi-veiledet-selvhjelp-til-skulderpasienter/127033>

Kierkegaard, S. (1995). *Samlede værker: Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed : en ligefrem Meddelelse : Rapport til Historien*. IntelLex Corp.

Knardahl, S. (1998). *Kropp og sjel: Psykologi, biologi og helse*. Universitetsforlag.

Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlag.

Martinsen, E. W. (2000a). Fysisk aktivitet—Hjelp til selvhjelp ved psykiske plager. I L. Borge & A. Almvik (Red.), *Tusenkunstnere—Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s. 165–175). Fagbokforlaget.

Martinsen, E. W. (2000b). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2000/10/tema/fysisk-aktivitet-sinnets-helse>

Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Meld. St. 14. (2019-2020). *Kompetansereformen – Lære hele livet*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20192020/id2698284/>

Naidoo, J. & Wills, J. (2010). *Developing practice for public health and health promotion* (3. utg.). Baillière Tindall.

NFF. (u.å.). *Faggrupper*. Norsk fysioterapiforbund.

<https://fysio.no/Forbundsforisden/Organisasjon/Faggrupper>

NFF. (2012). *Hva er fysioterapi? - Utdypet*. Norsk fysioterapiforbund. <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>

NFF. (2015). *Om fagfeltet*. Norsk fysioterapiforbund.

<https://fysio.no/Forbundsforisden/Organisasjon/Faggrupper/Psykomotorisk-fysioterapi/Om-fagfeltet>

NFF. (2018). *Psykomotorisk fysioterapi*. Norsk fysioterapiforbund.

<https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi>

Norsk forening for kognitiv terapi. (u.å.). *Angstlidelser*. Norsk forening for kognitiv terapi.

Hentet 9. april 2021 fra <https://www.kognitiv.no/psykisk-helse/ulike-lidelser/angstlidelser/>

Norsk fysioterapiforbund. (2020). *Høring – Lære hele livet*.

<https://fysio.no/content/download/34148/500911/version/1/file/L%C3%A6re%20hele%20livet%20-%20innspill%20fra%20NFF.pdf>

Oslo Universitetsykehus. (2021). *Hva er psykomatiske tilstander?* <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-psykosomatiske-tilstander-hos-barn-og-unge-nkps/hva-er-psykomatiske-tilstander>

Pampus, S. (1997). *Kroppen gir beskjed!: Om psykosomatisk sykdom for folk flest*. Genesis.

Roxendal, G. (1995). *Et helhedsperspektiv: Fremtidens fysioterapi*. Hans Reitzels Forlag.

Shephard, R. J. & Bouchard, C. (1994). Principal components of fitness: Relationship to physical activity and lifestyle. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 19(2), 200–214. <https://doi.org/10.1139/h94-015>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn* (2. utg.). Gyldendal.

Thornquist, E. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlag.

Thornquist, E. (2011). *Klinik, kommunikation, information* (2. utg.). Hans Reitzels Forlag.

UiB. (u.å.). *Masteroppgave i fysioterapivitenenskap / Master in Health Sciences—Physiotherapy: Thesis*. Universitetet i Bergen. Hentet 2. mai 2021 fra <https://www.uib.no/emne/FYST395>

WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*.
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WHO. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization.

WHO & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social Determinants of mental health*. World Health Organization.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1

World Physiotherapy. (u.å.). *What is physiotherapy?* Hentet 21. april 2021 fra <https://world.physio/resources/what-is-physiotherapy>

Østerås, H. (2006). Trening som behandling—Fortida og framtida i fysioterapi. I H. Østerås (Red.), *Bevegelse, fysisk aktivitet, helse* (s. 197–215). Tapir akademisk forlag

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i bachelorprosjektet: «Fysioterapi og pasienter med angstlidelser»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med behandling av pasienter med angstlidelser. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter har med behandling av angstlidelser, hvordan de forstår, tilnærmer seg og velger tiltak til denne pasientgruppen. Prosjektet skal belyses fra terapeuter med ulik etterutdanning, erfaring og tilnærming; Psykomotorisk fysioterapi og fysioterapi form av strukturert trening.

Prosjektets problemstilling: *«Hvilke erfaringer har to fysioterapeuter med behandling av angstlidelser, der terapeutene har ulike tilnærminger og etterutdanninger?»*

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi.

Opplysningene som samles inn skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeuter og har erfaring med pasienter med angstlidelser.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at jeg/vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema, som for eksempel:

- «Kan du fortelle litt om hvilken utdanning/erfaring/spesialisering du har?»
- «Hva er dine tanker om denne pasientgruppen?»
- «Hva legger du vekt på når du skal velge tiltak til disse pasientene?»

Det vil ta deg ca 30-45 min. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun jeg som student vil ha tilgang til dataene.

Lyddopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (etter planen i juni 2021).

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (referansenummer: 988230).

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Bacheorstudent:
- Veileder:
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig førsteamanuensis Mona K. Aaslund, mokra@hvl.no
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, personvernombudet@hvl.no

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

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

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet; «*Fysioterapi og pasienter med angstlidelser*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Problemstilling:

«Hvilke erfaringer har to fysioterapeuter med behandling av angstlidelser, der begge terapeutene har ulik tilnærming og etterutdanning?»

Innledende spørsmål: utdanning og erfaring

- 1. Kan du fortelle meg litt om din bakgrunn som fysioterapeut?**
 - Hvilken utdanning/kursing har du?
 - Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?
 - Hva har du mest erfaring med som fysioterapeut?
- 2. Hvilke pasientgrupper har du?**
 - Hvor stor del av din praksis handler om angstproblematikk?

Hvilke perspektiv tar du?

- 1. Hva er ditt perspektiv på helse og sykdom?**
- 2. Hvilket perspektiv tar du i møte med pasienter med angstlidelser?**
 - Er du bevisst over ditt perspektiv i møte med pasienter? Hvordan påvirker det tilnærmingen?
 - Hva er fokuset i tilnærmingen?

Første møte; med anamnese og undersøkelse

- 1. Det hevdes at det første møtet med pasienten er særs viktig. Hva tenker du om det første møtet?**
 - Hva legger du spesielt vekt på?
 - Hvilke fysiske undersøkelser gjør du? Observasjon, standardiserte måleinstrumenter eller bruker du standardiserte måleverktøy? Hvilke?
 - Kan du gi noen eksempler på noen utfordringer ved det første møtet? Hvilke?
- 2. Hvordan forstår du denne pasientgruppen? Har de noen karakteristiske fellestrekk som kan observeres under undersøkelse eller ved anamnesen? Gjerne beskriv en typisk pasient dersom det finnes.**
 - Eksempelvis:
 - Symptombilde
 - Alder
 - Relasjoner
 - Holdninger
 - Sosiokulturell status
 - Ressurser
 - Livsbelastning
- 3. Hva er dine erfaringer med hvordan pasientene selv ser på sin egen helsesituasjon?**
 - Hva tenker de om angstproblematikken?
 - Kommer de selv med denne problematikken eller kommer de pga. kroppslige plager?
- 4. Hvordan vil du beskrive tilnærmingen din til denne pasientgruppen?**
 - Hvordan skiller det seg fra møtet med pasienter med andre muskel og skjelettplager?

- Hvilken betydning har relasjonen for at behandlingen skal bidra til å hjelpe pasienten?
- Hva syntes du er viktig for å skape en trygg relasjon?

Klinisk vurdering

- 1. Hvorfor eller hvordan er fysioterapi aktuelt for denne pasientgruppen?**
 - Syntes du fysioterapi er viktig i alle tilfeller? Hvorfor/hvorfor ikke?
- 2. Har du gjort erfaringer på hva denne pasientgruppen har behov for? Hva trenger de mer av eller mangler?**

Behandling og tiltak

- 1. Hva legger du vekt på når du skal velge tiltak til pasienter med angstproblematikk?**
 - Kan du beskrive et pasienteksempel?
 - Hvilke tiltak erfarer du som viktigst for denne pasientgruppen?
 - Kan du gi eksempel på noen utfordringer du har opplevd knyttet til behandling?
- 2. Kan du gi eksempler på andre faktorer du erfarer som sentrale for et vellykkede behandlingsforløp?**
 - Hva er viktig for at de skal mestre hverdagen bedre?
 - Hvordan arbeider du for langvarig bedring?
 - Kommer pasienter tilbake igjen? Prognose?
- 3. Hvor mye vektlegger du samtale i behandlingen av disse pasientene?**
 - Hva dreier samtalene seg om?

Helsepedagogikk

- 1. Utviklingen de siste tiårene har gått mot demokratisering og fokus på egen helse. Helsepersonell skal legge til rette for prosesser mot økt helse; Er dette noe du tenker på i tilnærmingen?**
 - Stikkord:
 - Fremme læring, innsikt og mestring
 - Fremme motivasjon og involverer pasienten i behandlingen
 - Utvikle pasientens egne ressurser
- 2. Kan du gi noen eksempler på hvordan du har erfart at behandling påvirker pasienters livskvalitet?**
- 3. Hvilke kunnskapskilder bruker du i din praksis, og hva har betydning for dine valg?**

Avslutningsvis

1. Hvilke råd vil du gi en nyutdannet fysioterapeut før møte med denne pasientgruppen?
2. Er det noe du ville spurt om du vi ikke har tenkt på?
3. Har du en sluttkommentar?
4. Kan jeg ta kontakt i etterkant dersom det er noe jeg har glemt å spørre om?

Vedlegg 3: Transkripsjon 1

Intervju 1

S: Student

I: Informant

...: Pause

S: Jeg vil bare starte med noen innledende spørsmål, og at du bare kan fortelle litt om din bakgrunn som fysioterapeut?

I: Ja...Ja nå skal du få høre, lang historie. For det første er jeg fra første kullet med fysioterapi i Bergen. Ja første kullet. Ja jeg er egentlig nærmere pensjonsalder. Eller jeg er pensjonist. Jeg har jobbet lenge. Så jeg tok psykomotorisk videreutdanning ferdig i 88 eller noe sånt, lenge siden. Så har jeg tatt veileder utdanning, gestaltveiledning. Så har jeg tatt mye, vært masse masse på kurs, i traume og den retningen der. Så kombinasjonen psykomotorisk fysioterapi og denne veileder utdanningen den var veldig bra... fordi det er noe med hvordan snakker du med dine pasienter, hvordan får du tak i det som er vesentlige for den andre...

Og det jeg og har lyst å si, det er at jeg opplever at jeg er, ser på meg selv mer som en veileder, fordi jeg kan ikke behandle noen, jeg kan ikke fikse noen, hvis ikke jeg får en samhandling. Jeg må prøve å finne noe som klinger hos den andre da, hos pasienten. Jeg kan ikke fikse et menneske. Jeg må ha samarbeid. Sånn at det må vi, vi må få motivasjonen inn hos den andre. Skjønte du meg på den?

Så du, du har valgt et spennende yrke. Ja jeg elsker jobben min, jeg syntes det er utrolig spennende. Det å være med, følge folk på veien når de har humpet seg litt, å ramlet ned i grøften.... å få hjelpe de til å kunne finne veien videre, det er fantastisk!

S: Ja! Ja det kan jeg tenke meg. Veldig bra poeng dette med veileder rollen! Jeg lurer også på hvor lenge totalt har du jobbet som fysioterapeut? Er det siden du sluttet på skolen?

I: Ja altså, jeg var ferdig utdannet som 25 åring, og har jobbet som fysioterapeut siden. Stort sett jobbet privat, jobbet lite på sykehus, jeg har stort sett vært i privat praksis.

S: Ja, hva er det du har mest erfaring med som terapeut? Er det noe spesiell pasientgruppe eller er den...

I: Altså, jeg driver jo med psykosomatikk, jeg startet først med... ehh med sånn, trenings..., ehh, gikk først i retning medisinsk treningsterapi. Så jeg var liksom i den retningen. Men det var ikke meg, så flyttet vi, så kom jeg inn i det psykomotoriske miljøet der, så fant jeg at der hører jeg hjemme. Å så jeg har valgt den... psykosomatiske retningen da... Men det å ha med seg medisinsk treningsterapi, ha med seg å kunne en del av muskel skjelett det er jo viktig. Å vi hadde i gamle dager, før vi startet med psykomotorisk videreutdanning, så måtte vi ha et par år med praksis før vi i det hele tatt kunne begynne med det retningen da. Ehh det var klokt, sånn er det ikke i dag. I dag kan du starte direkte på videreutdanning, å det tenker jeg er ikke så klokt, fordi vi trenger å ha litt base fra forskjellige ting. Det er i hvert fall ikke dumt.

Det e begynne direkte på videreutdanning som nyutdannet fysioterapeut det tenker jeg ikke er så lurt... men som kanskje blir nødvendig fordi det ikke er så lett å få jobb.

S: ja... nettopp

I: Og det er sånn dilemma. Og der kan du si, du kan godt gi meg en liten trøkk da. Du kan si; gå av med pensjon" kan du si til meg da. For å frigjøre en stilling

S: Ja, det er sant, det er helt sant.

I: Ja så jeg sitter å biter meg selv i halen her.

S: Ja... ehh siste spørsmål fra denne bolken er; Hvilke pasientgrupper har du nå?

I: Ehh... nå, akkurat nå. Altså jeg har masse forskjellig... men ehh... jeg har blant annet jobbet en del med spiseforstyrrelse. Det har jeg ikke så veldig mye av nå, noen, men det er jo en del med angstproblematikk. Ehh... altså, ehh... overgrepssproblematikk, emm... ja. Alt mulig. Altså når du spør meg hvilke type pasienter... du vet at, det ligger så mye i en pasient, altså historien til en pasient. Det er jo... Altså du kan komme hit med en hodepine. Nakkesmerter. Så går vi inn i historien, blir kjent med pasienten, altså, det er jo masse som ligger bak denne hodepinen, denne nakken. Så... ehh... Jeg kan ikke gi deg et eksakt svar på... Jeg har blant annet jobbet mye med svimmelhet. Kjevesvimmelhet, har jeg hatt mye samarbeid med sykehuset. Og øre nese hals... Så at svimmelhet har vært mye innom. Kjeve, kjeveproblematikk har jeg vært mye inni bildet med. Så du kan si... spenningsnivåer i kroppen, kroppslig spenning. Ja.

S: Ja, da tenker...

I: Var det svar godt nok?

S: Ja veldig. Jeg tenker vi går videre til den neste hovedgruppen som handler litt om perspektiver og sånt... Ehh, så da lurer jeg på hva ditt perspektiv på helse og sykdom er? Kan du si noe om det?

I: Mitt perspektiv på helse og sykdom? Ja nå må du utdype litt her hva du egentlig spør om...

S: Ja jeg kunne tenke meg at det kanskje var litt rart spørsmål, men vi lærer mye om du på skolen nå. Det handler om hva vi ser på som "syk" eller "frisk", hva som preger våre definisjoner om det gir mening. Jeg vet ikke om du har hørt om biomedisinsk perspektiv, eller biopsykososialt perspektiv, eller et psykologisk perspektiv... Skjønner du hva..

I: Ja jeg skjønner hva du snakker om... Og da tenker jeg "Oi, oi, oi" tenker jeg nå da. Altså, ja, altså... biososialt, altså vi påvirkes jo hele tiden av der vi er, altså hva som gjør at vi blir syke. "Hva er det som gjør meg syk?". Jeg er alltid i en... for det først så fødes jeg inn i en kultur. Jeg vokser opp i min kultur, så om jeg er sånn eller slik så påvirkes jeg av det som er i det miljøet jeg lever i... emm... Håndterer det som måtte være ut ifra det... normer eller grenser eller hva vi skal si, i det... jeg vet ikke om det er riktig det jeg svarer, eller det du ber om, men

at jeg... altså som menneske så er vi sansende. Vi sanser kroppslig, vi ser, vi lytter, og alt dette her her preger meg. Hvordan jeg har det i det miljøet, i den kulturen jeg vokser opp, preger meg. Jeg, altså, jeg responderer kroppslig alltid. Og hvis det er... hvis jeg vokser, tilhører et miljø som er veldig strengt, som er veldig ehh.... strenge grenser og normer, du skal være sånn og sånn og dutt dutt dutt dutt, så gjør det noe med meg. Jeg kan bli syk av det. Er jeg på riktig vei?

S: Mhm! Du er det! Forstår jeg deg rett... Tidligere hadde man gjerne et syn på at god helse var fravær fra sykdom. Men nå i senere tid har man gjerne mer sagt. Så kan man åg spør "Hva er sykdom? Er sykdom bare alt enn kan se på røntgen for eksempel". Men det høres ut på deg at du mener at det kommer... samfunnet preger deg, om du er frisk eller...

I: Ja, ja, ja. Det er dermed. Altså hadde noen tatt røntgen av min rygg hadde de sett masse greier som, sant, vi.. det er ikke det, nei, det er ikke det det handler om. Det handler om hvordan vi håndterer det som skjer med meg, enten om det er at jeg knekker et bein, eller emm... at jeg har emm... en angst for å gå på bussen, altså hva, hvordan er det jeg håndterer det som er, det som skjer med meg, med min kropp. Å jeg... jeg hadde nettopp ei som som med med brukte at hun var syk... og ehh... sliter med migrene og dårlig... "Nei du er ikke syk" sier jeg. Joda hun var syk. "Nei, syk da har du, da ligger du til sengs med influensa og kaster opp å sånt, da er du syk, men du er ikke syk om du sliter med en funksjonslidelse. Du er ikke syk da. Du har en funksjonsnedsettelse som du må håndtere som best mulig du kan. Men du er ikke syk". Så der der så så jeg mener... tenker jeg på meg selv som syk. Altså jeg har en lidelse, og jeg er derfor syk, så gjør det noe med hvordan jeg lever med denne lidelsen min. Hvis jeg tenker at jeg har en funksjonsnedsettelse. Jeg har noe jeg sliter med, så, som jeg må ta å prøve å håndtere så godt jeg kan, så er det en helt annen måte å leve på, å du lever veldig mye bedre.

S: Mhm, det...

I: Det er jeg helt sikker på! Å tenke på meg selv som syk, så gjør det noe med meg.

S: Det er veldig sant, å veldig fint eksempel! Så lurer jeg på om dette perspektivet du har, om det endrer seg avhengig av pasientgruppen du møter?

I: Nei

S: Nei

I: Det gjør det ikke. Det står jeg fast ved.

S: Ja, og er du bevisst på dette perspektivet ditt i tilnærmingen din til pasienten?

I: Ja, det vil jeg påstå. Det vil jeg påstå at jeg er

S: Hvordan påvirker det tilnærmingen da?

I: Nei det... kanskje litt det. Kanskje jeg kan trekke frem. Jeg har flere bevegelsesgrupper, og etter psykomotoriske prinsipp da, og i går da, så så var det ei i gruppen som sa "Det er så, det er så bra, for du får, du du du sier hele tiden sånne ting som er så vesentlig å ha med seg i hverdagen. Sånn at jeg får repeat på ting, på hvordan jeg går i trapp, altså dette her med å være tilstede i øyeblikket." Hvis du da for eksempel sitter på en stol, du skal hente en perm fra ei hylle der borte, så har mange som går jo av gårde med hode lenge før beina. Skjønner du hva jeg mener nå?

S: Mhm

I: Forstår du hva jeg mener? Ja. At det liksom er hode og skuldre som beveger seg å henter denne permen. Men det er ikke noe rart du blir sliten i nakke og skuldre og i hele overkroppen om du lar hode bære deg. Om du går opp en trapp å så er hode og hals langt foran beina. Skjønner du hva jeg mener nå?

S: Jeg skjønner veldig. Hadde du spurt meg for fire måneder siden så hadde jeg ikke skjønt. Men jeg har vært på praksis på en DPS. Så nå har jeg fått et helt nytt inntrykk og innblikk av psykomotorisk behandling som er veldig.

I: Okay, ja, nå skjønner du hva jeg snakker om.

S: Ja, virkelig

I: Jeg må bruke beina, jeg må bruke kraften min. Jeg har, altså beina mine, svær muskulatur, kraftig muskulatur, det er de som skal føre meg bort å hente denne permen. Det er ikke nakke som er bitte liten. Når jeg står opp fra underlag for eksempel, ehh... du har en nakkepasient da som ehh... eller sånn som i gruppa da skal du stå opp så så reiser de seg opp med å løfte hode, og halser de seg opp, altså jeg... ja det er helt i orden, du må gjerne gå opp sånn, det er ikke noe galt med det, men kan heller ta å bøye beina dine, og snu deg på siden, å kjenne hvordan er det, hvis du få inn mer rotasjon, får inn flere bevegelser. Hvordan oppleves det sammenlignet med det? Du velger selv hva du gjør, men merk i hvert fall så du har noe å velge ut ifra! Skjønner du det?

S: Ja! Jeg skjønner veldig, veldig beskrivende. Det neste...

I: Og, og det er det som har betydning, tenker jeg.

S: Mhm, helt sant. Det neste spørsmålet har du også gått litt innpå men hva er fokuset i tilnærmingen? Er det angstproblematikken? Eller er det det å fremme helse? Eller problemet eller er det.

I: Ressursene. Ressursene til pasientene. Altså angsten, det er klart det. Svimmelende, gå rundt å å bli redd, altså det å fundamentere, altså det er ikke farlig. Angst er ikke farlig. Men det er kjempe ubehagelig når du får hyperventilering og får. "Hvordan kan jeg klare å komme meg ned? Hvordan kan jeg klare å roe meg ned? Jo da må jeg faktisk fokusere på kroppen, jeg må fokusere på. "Jo jeg har en stol jeg kan sette meg på. Stolen gir meg støtte. Jeg må kjenne at jeg slipper kroppen min ned på denne støtten da. Tar i mot denne støtten" Prøve å

komme meg ned, prøve å virkelig kjenne at.... trygghet, base for jeg når min kropp slippes ned på det underlaget vi er på. Enten vi står, sitter eller hvor vi er. For det er pusten som drar oss opp, som gjør det problematisk og vanskelig. Men jeg kan ikke bare fokusere på pusten, for skal du få pusten ned. Det kan, det er jo kjempe kronglete det, det er ikke så enkelt, men jeg har faktisk en fysisk kropp... som jeg kan prøve å få til å roe seg ned med det underlaget jeg er på. Legge seg ned, sette seg ned, lene seg mot en vegg hvis det går, eller finne ett eller annet sted hvor jeg kan finne støtte. Er du med meg? Skjønner du hva jeg snakker om?

S: Ja! Dette med ressurser var et veldig bra poeng.

I: Ressurser. Ja. Ikke fokuser på alt som er så vondt, alt som er så fælt. Altså det er, det blir en sånn svart gryte vi ender opp i da, det fører jo ikke til noe som helst.

S: Mhm helt sant

I: Finne det som er ressursene.

S: Jeg tenker vi går videre til neste bolk. Det handler om første møte med anamnese og undersøkelse. Emm... så det hevdes jo at det første møte med pasienter er veldig viktig. Ehh... hva tenker du om det første møte?

I: Jeg tenker at det første møte er veldig viktig. Jeg tenker at, ja som du sikkert har skjønnet så har jeg nevnt landing flere ganger nå. Det å lande. Det første. Jeg hadde som sagt en ny pasient nå siste før jeg koblet meg på deg, så er det, det gjør jeg hver eneste gang før time. Pasienten kommer inn, så sier jeg "kan du lande deg selv et sted her inne?" "emm hmm ja?" så lurer de på hva jeg mener. "Ja, hva mener jeg, hva mener jeg når jeg sier du skal lande?", "nei" sier de, som hun siste sa, så sier de "roe og tyngde?", "ja ro og tyngde. Okay. Så setter du deg, du kan ta stolen hvor hun vil men hun skal kjenne at du er fornøyd, at du har det bra der du sitter. Altså om du kjenner du trenger noen puter, eller ett eller annet du trenger for å sitte best mulig, eller ha det best mulig" Ingen får lov til å legge seg første gangen. De skal sitte. Å så tar jeg ehh... spør om, ja, for å få alle dataene riktig på navn og adresse og sånt, så tar jeg det jeg kaller landing. Og det handler om at... ehh... jeg presenterer dette med sansene de har, så spør jeg "Hvilke sanser av disse fem er det du bruker mest?" Nja så kommer det ofte da, så sier de "synet, for vi som ser har jo synet på hele tiden. Vi blir jo." Sant. "Så hvilket av disse sansorganene vi har er størst da?" "Ja kroppen", "Ja kroppen, huden". Okay, å så går jeg gjennom, det heter jo så fint i dag Mindfulness. Jeg bruker uttrykket landing, det å fokusere, å der beina er, rumpen er, jeg blir kjent med sitteknuten, kjenner ryggstøtten, merker magen sin, kjenner at stolen gir støtte, å det å slippe tyngden ned i denne støtten da, mot denne støtten som er beina og stolen og ryggen, stolsete, fokusere på det, jeg sier hvor de skal. De sitter da gjerne med lukkede øyne for å gjøre det jeg ber de om. Jeg gjør som sagt akkurat det samme, sitter ikke å analyserer de. Å så tar jeg, når jeg har gått igjennom hele, så sier jeg; "Nå tar du å går litt inn i kroppen å ser for deg et sentrum midt i bekkene, og et sentrum midt i hodet, å mellom disse to sentrene så er det en bevegelse, som en heis. Det stiger og synker. Det er pusten. Så lar du fokuset være på pust, helt til du hører stemmen min igjen om ca. 1 minutt. Gjør de det å så ber jeg de om å koble til en tanke på hva de ønsker å puste inn i livet sitt, og hva de ønsker å puste ut av livet sitt.

Hva ønsker de å fylle livet med, å hva ønsker de å kvitte seg med. Så får de noen minutter med det, en liten stund med det, å så bruker jeg en syngebolle, klinger på den, å når jeg har gjort det så vet de at okay nå er landingen over å du kan komme inn i rommet igjen sammen med meg. Og hadde du vært her nå skjønner du så ville jeg gjort dette her med deg. Så ville jeg startet med den landingen, ville du blitt kjørt rett inn i den landingen, for å kjenne på hvordan dette er. Og det er opplevet veldig godt for 99% av pasientene altså. Kunne roe seg ned, for når du skal i en behandling, er vi jo ganske spent og, "Hvem er det vi treffer" og dette her, så jeg må finne ro for å kunne gå videre, ikke bare "booze" ut med en gang med alt som det måtte være av elendighet osv. Roter jeg nå eller skjønner du hva jeg snakker om?

S: Ja jeg skjønner. Så det første du gjør når du treffer en ny pasient er landing? Det er ikke noe undersøkelse eller.

I: Nei

S: Nei

I: Å så etterhvert kan det være, totalt bruker vi vell 5-10 min på akkurat det jeg snakker om nå. Først intro. Og så er det å se på kroppsundersøkelsen. Kan jeg bruke global fysioterapeutisk muskelundersøkelse, den har jeg brukt i all tid, men nå tar jeg bare de vesentligste testene her, å det går spesielt på dette med avspenningsevne. Altså hvordan du står på beina, hvor du har tyngden plassert, hvordan midtlinje i forhold til din kropp, tenkt loddlinje, hvordan balanserer du, hvordan gir du fra deg armen, sant, retraksjon, skulder, hvordan er ettergivenheten, skjønner du hva jeg mener? Det med fremrull, så jeg gjør disse testene. Hun i dag hadde jeg en og en halv time med, så da tok jeg disse her testene på slutten, med med, emm... med, så ble hun tatt på rett før hun gikk ut da. Det er slett ikke alltid det altså. Så kroppsundersøkelse er ikke det jeg nødvendigvis hiver etter første gangen.

S: Er det noen opplysninger du tenker er spesielt viktige å kartlegge under det første møte, i anamnese eller under undersøkelse?

I: Ja, ja, da tar jeg opp det jeg kaller, ehh... altså presenterer først, de skal presentere først hvilken type de er da. De presenterer seg, å så går vi gjennom, for det første; hva er bestillingen? Hvilken bestilling har vi her? Hva som gjør at de har henvendt seg. Å så går jeg gjerne i dag, gjorde jeg det allerede i dag, altså det å å hvordan hvordan hun hadde det som småjente, barneskole, ungdomsskole, videregående, voksenlivet, om det har skjedd noen ting der som hun kan presentere, og hvordan det er akkurat nå når hun presenterer det. Hva skjer nå, hva merker du, av å til så... skjer det jo ting når de presenterer. Å da å få kontakt med, relatere alltid til hva som skjer i kroppen. Alltid til, hvis jeg ser noe så spør jeg; "Hva merker du nå? Hva skjer i deg nå? Jeg syns det ser ut som det skjer noe i ansiktet ditt, hva... kjenner du noen ting nå? eller hvordan...". "Ja, jo jeg kan kjenne øynene blir blanke", altså. Hele tiden relatere til det som er i situasjonen her hos meg da.

S: Har du eksempler på noen utfordringer med det første møte?

I: Utfordringer?

S: Ja

I: At folk ikke har likt det på en måte?

S: Nei om du har eksempler på noen utfordringer, har det skjedd noe en gang som du opplevde som utfordrende i det første møte? Om det var relasjon eller en øvelse eller om det var...

I: Første møte?... nei. Nei ikke som jeg.... ehh.... nei jeg kan ikke, altså du må huske på at jeg er gammel, jeg har vært gjennom masse, så det har helt sikkert vært noen ting som jeg ikke tenker på nå... Jeg syntes i grunnen ehh... nei, jeg kan ikke si det. Jeg kan (latter), jeg kan si en ting, jeg hadde en gang, det er mange år siden. Han var psykolog og var en veldig besserwisser, å jeg var veldig ung. Å jeg kjenner, han var kverulere, kverulerte voldsomt. Å jeg kjenner min egen svettelukt blir bare surere og surere. Så det var helt forferdelig (latter), for det var, opplevde det skikkelig guffent, kan du tenke deg? Det husker jeg når du spør nå, å det var sånn, kverulerte på alt, å jeg var ikke særlig dreven i faget å bare kjente hvordan jeg selv ble sur i lukten altså.

S: Off, ubehagelig! Det kan jeg tenke meg!

I: Fryktelig, det var grusomt.

S: Ja! Nei, jeg lurer også på hvordan du forstår denne pasientgruppen? Har de noen karakteristiske fellestrekk som du kan observere under undersøkelse eller anamnese? Å du må gjerne beskrive et klassisk eksempel om det finnes.

I: Nei, på angstpasienter? Altså på angst, hvis du, hvis du ser for deg en sekk med angst så er jo det en masse forskjellige personer oppi der. Å, å det å skulle si noen slike særtrekk... ehh... altså hvis du tenker symptomer, er det det du tenker på?

S: For eksempel så kan, ja symptombildet, eller er det alder, eller er der holdninger, eller status, eller ressurser?

I: Åja, nei ingen, altså det kan være alt ifra.... fra.... A-Å, det vil jeg ikke, det kan jeg ikke si altså. Det kan være, det kan gjelde alle. Om du er aldri så ressurssterk. Du kan jobbe som professor på universitetet for den saks skyld altså. Emm... uten at det, det er det høyeste her i verden. Men det ehh... alle, alle kan oppleve det. Så det tenker jeg ikke noe, ehh... men hvilke ressurser. Altså det, men det å håndtere å komme seg videre med sin angst, det kreves jo å ha en del ressurser hos den personen altså. Det å kunne orke å møte seg selv, for enn må jo møte seg selv. Å det er ikke nødvendigvis så lett.

S: Opplever du endinger selv når du skal hjelpe folk, at de har ulike ressurser, at ting kanskje tar lenger tid med ulike folk?

I: Ja det er klart at det er forskjellig fra person til person. Så det å, å være, ting skjer ikke fort. Altså endring tar tid. Så endring, altså det å tro at det blir en endring i løpet av en to tre, det

funker ikke, det går ikke slik, for det som er vesentlig det er aller først; pasienten må være trygg. Hvis ikke pasienten er trygg hos meg, for tillit til meg, å det å bygge trygghet, bygge tillit, det tar tid. For enkelte tar det lang tid. Det er ikke gjort på en to tre. Å den, å skynde seg langsomt, det er vesentlig i den problemstillingen du holder på med. Det er ikke som du trener opp en vrasket ankel altså... så det, ja, så trygghet, føle seg trygg, ha tillit til. Å så er jeg en ny person å enn skal bli kjent med meg å... det tar tid.

S: Ja. Jeg tenker vi går videre. Hva er dine erfaringer med hvordan pasienter ser på sin egen helsesituasjon? Hva tenker de om angstproblematikken, og kommer de til deg på grunn av denne problematikken? Eller kommer de til deg med kroppslige plager generelt?

I: De kan komme ene å alene på grunn av angstproblematikk, å at angst er det de kommer for. Men angsten fører jo ikke nødvendigvis ikke til sånn at de har mye kroppslige smerter, men de har angstproblematikk. Men ubehaget ved å føle seg på en måte klemt i situasjoner. Ubegag, så det er jo et ubegag der, men ikke nødvendigvis, det trenger ikke være mye smerte. Det gjør det ikke. Men ofte så er det jo en kombinasjon da, ofte så er det smerter også. Men ene og alene angstdiagnose kan de komme med.

S: Hvordan opplever de seg selv, sin egen helsesituasjon? Opplever de at de har angst? Eller må du informere om at dette kan ligne på angst på en måte?

I: Det kan variere. Ehh, for eksempel i går så var det ei som jeg sa, nå, nå er det rett, nå hadde du nettopp en ganske kraftig panikk angst reaksjon. "Å hadde jeg det" sier hun. "Ja, hva tenker du selv da", for da ble hun svimmel, å kvalm å ble uvel å, å det å, å hun ble redd for at det er noe galt, at det er noe galt med meg, å det er det ikke. Men det er en angstproblematikk, og et angstanfall som hun fikk i går. Å nå skal jeg fortelle deg hva som. Hun satt på venterommet, så begynte hun å kjenne seg kvalm ehh, å uvel, å så har hun sånn, du vett sånn klokke, du vet kanskje, du bruker det kanskje selv som registrerer absolutt alt som er av hjerterytme å vet ikke hva, å så ser hun på den klokken så ser hun at pulsen er høy, og at hjertet pumper som bare pokker. Hun får helt panikken. Så den der klokken som forteller hun, så ble hun enda mer engstelig på; hva er det som er galt her? Så, så hadde opp det her med denne registreringene som er i disse klokkene, de kan være fine de men de kan også være det stikk motsatte. Det er, skjønner du? Ja så da gikk hun rett inn i, for da fikk hun, å hadde hun ikke sett på den klokken så hadde hun håndtert seg selv på en helt annen måte. For da fikk hun panikk, "hva er dette for noe?"

S: Mhm. Emm, jeg tenker vi bare går videre. Hvordan, du har vært litt inne på dette før altså, men hvordan vil du beskrive tilnærmingen din til denne pasientgruppen, å hvordan skiller dette seg i møte med andre med muskel og skjelettplager?

I: Jeg vet ikke om det skiller seg så veldig mye altså (latter). Fordi det som skjer i møte med pasienten. Jeg, nei, det, det skiller seg ikke. Altså det kan skje med muskel og skjelettplager, de kan jo ha angst de og. Altså det er jo, jo, jeg kan ikke si at det skiller seg så veldig. Emm, å det, men det tror jeg nok har med at når vi har, altså når jeg har jobbet så lenge som jeg har gjort med det jeg har gjort, så ser jeg ikke bare, da, da ser jeg total bildet mye mere enn bare enkelt delen altså. Jeg tar, jeg tar jo inn hele personen enten det er den eller den diagnosen eller bestillingen vedkommende har. Nei jeg vet ikke om det er riktig svar, om du får riktig

svar her nå altså, men det er ikke noe sånn at jeg forholder meg sånn til den pasientgruppen å sånn til den å sånn til den, altså et menneske er et menneske med sine pluss å minus enten du har angst eller brukket et bein altså.

S: Mhm, det er sant. Hvilken, hvilken, dette har du også pratet litt om altså, men hvilken betydning har relasjonen for at behandlingen skal bidra til å kunne hjelpe pasienten?

I: Hva betyr, hva sa du nå?

S: Hvilken betydning har relasjonen for at behandlingen skal være til hjelp?

I: Relasjonen betyr alt. Relasjonen, hvordan spille på lag. Altså hvis du ikke spiller på lag med den andre, hvis ikke du kommer inn i et samspill, for å gi gjensidighet med den andre, så kan du sitte å kaste så mange baller du bare vil, men det skjer ingenting hvis ikke den andre evner å ta opp ballen å kaste tilbake altså. At du får et samspill. Du er nødt til å finne noe som driver, driver forholdet eller samspillet. Men det kan ta tid. Det kan godt være at du må ha pasienten hos deg lenge, fordi dette er en pasient som er, ja, veldig sårbar, trenger veldig mye før de begynner å gi noe, før det begynner å skje veldig. Det er ikke nødvendigvis slik at det samspillet skjer pronto, fordi du må bygge, du må, du må lage et fundament som er trygt først, slik at pasienten føler seg trygg altså.

S: Mhm, det, det bringer meg til det neste spørsmålet som er; hva du synes er viktig for å skape en trygg relasjon?

I: Tid.

S: Tid, ja.

I: Ja tid. Å lytte. Ikke komme med sånne løsninger nå skal du sånn å sånn... men lytte, å bekrefte det pasienten sier. Høre hva pasienten sier, å ikke komme med råd, å du skal gjøre sånn å sånn, men fange det som pasienten sier, for så å presentere; "Når du sier sånn å sånn, hva er det, hva ligger i det, hvordan er det for deg å presentere det du gjør nå?". Slik at du relaterer alt til hvordan er det i kroppen din nå, hva merker nå når du sier det du gjør. Hva skjer i deg nå? Hele tiden relatere tilbake til kropp. Skjønte du den?

S: Mhm, det var veldig bra sagt. Dette med å lytte. Viktigheten av det. Vi hadde, jeg husker vi hadde... Søren Kirkegård, er du kjent med han?

I: Ja, ja

S: Han har et sitat hvor det står... Ehh, kunsten å veilede tror jeg det heter. Men jeg bet meg så veldig merke i at det står noe som at din mere kunnskap ikke har noe betydning, dersom du ikke forstår hans ståsted og utgangspunkt.

I: Nei, nei. Det, det er nettopp det som er viktig. Det er at du skal høre på pasienten din, fange opp; hva, hvor er pasienten din henn? Det er ikke du som skal bevise hvor flink du er.

Det er ikke, du, du kan sitte med så mye kunnskap du bare vil, men hvis ikke du forvalter kunnskapen ordentlig, og lever på en relasjonell og god måte, så, så hjelper det ikke.

S: Mhm, veldig fint forklart! Ehh, opplever du, eller hva opplever du at pasienten forventer til fysioterapi og behandlingen? Skal du liksom gjøre dem frisk, eller er de villig til å gjøre en innsats selv?

I: Altså det, ehh, husk nå en ting, at jeg er så gammel at jeg har sluttet... altså når folk... Jeg kan jo ikke gjøre et eneste menneske friskt. Jeg er nødt til å få et samarbeid. Det er nødt til å være noe som klinger, noe gjenkjennbart. Pasienten må bli nysgjerrig, må bli villig til å åpne opp for seg selv, bli kjent med seg selv, prøve seg kanskje på nye veier. Jeg kan ikke fikse en eneste pasient jeg, uten at pasienten åpner opp selv.

S: Men opplever du at du får flere av de, slik at du må informere de om at du ikke kan gjøre dem friske?

I: Ikke, ikke nå lenger. Kanskje tidligere. Det, jeg kan ikke fikse, nei. Nei, ja, jeg har jo opplevd det, men det er ikke noe jeg kan si jeg.... opplever særlig nå altså. Så som jeg sier, livet, jeg kan følge med, følge deg på veien et stykke, men du må gå selv, jeg kan ikke gå for deg. Indianere har et fint utsagn der hvor, hvor hver og en, de sier at hver og en må gå i sine egne mokkasiner, jeg kan ikke gå i dine mokkasiner, det må du gjøre selv. Men jeg kan følge deg et stykke på veien å guide deg litt.

S: Oi, det var klokt ja. Takk for at du delte det. Du, jeg tror vi bare må gå videre til neste bolk, som handler om behandling og tiltak. Emm, første spørsmål her er; Hva legger du vekt på når du skal velge tiltak til pasienter med angstproblematikk?

I: Ehh, det jeg legger vekt på det er jo det at, ehh... det å... det å bli kjent med hva som skjer, at de blir kjent med hva som skjer i egen kropp, slik at de kan håndtere seg selv når det er for ille. Det å kunne få et hjelpemiddel til å kunne håndtere når ting blir vanskelig for dem ute i verden, det er det som er vesentlig. De skal leve med sin angst ute i den frie verden, så det å få de til, hjelpe de til, finne tiltak som gjør at de klarer å mestre seg selv når det er ille, det er det vesentlige.

S: Mhm, hvordan, hvordan reagerer pasientene når du introduserer dem for de ulike tiltakene?

I: Hvordan, nei... de bli helt... for mange kan det være nytt, å tenke slik som jeg gjør, å presentere det slik som, som... altså ikke, ikke med en gang ta en en pille for eksempel. Ikke med en gang ta medisiner, det er og en ting som er litt, som skremmer meg av å til, hvor fort legen skriver ut medikamenter. Det, til, til unge folk. Antidepressive, psykofarmaka, det er skummelt. Så det, det syntes jeg, bruk litt tid på pasientene, på disse unge, å ikke bare putt de på medisin. Jeg sier ikke at medisin ikke skal brukes, men, for all del, prøv nå å bruke litt tid før det er nødvendig, kanskje med medikamenter da.

S: Er det noen tiltak som pasienten, ehh, sier til deg at; "Dette gav god effekt"? Er det noe som går igjen?

I: Ehh, vet du hva, vet du hva mange.... Som, som sagt har jeg jobbet mye med svimmelhet. Og, og svimmelhet det det, det jeg jobbet med da det var jo folk som var svimle, ikke fordi de hadde tumor på hjernen, det var på grunn av angst, og var veldig mye grunnet i angst. Og dette her med bevisstheten på noe så enkelt men komplisert som tungen, at tungen, hvor er tunge og kjeve? Det å kjenne at tunge, det å slippe tungen, det å kjenne at jeg slipper dette kjevepartiet og tunge. For når jeg slipper det, ahhh, så kan jeg nesten få sånn lettelse sukk, da lander jeg litt mer ned i meg selv og på underlaget. Jeg, jeg slipper en del av det ubehaget som er der nå, for aktiviteten der oppe, skaper mye, mye ubehag. Altså spenningen i kjeve tunge området. Så det å, å... å det husker jeg det var flere som sa at tungen, hvor mye jeg spenner deg, ahh, å bare kjenne at jeg gir slipp til den spenningen, at det gjør veldig, kjennes veldig godt. Og det å merke kontakten med underlaget du er på, enn kommer ikke bort fra det skjønner du, landlig det er kjempeviktig. Merke kontakten med, det er helt konkret, det er ikke noe "fulleri-fullera". Det er en tyngde i min kropp, stolen er konkret, det er helt konkret, men jeg må merke det, jeg må kjenne det. Å hvis du har vært på DPS så har du også sett betydningen av beina, føttene, det å kunne kjenne hvor mange som ikke kjenner føttene sine. Aner ikke hva føtter, føtter? Altså, å bruke tid på å kjenne fotsålen, merke betydningen av det, stå på egne bein. Så, så det er, det er... det ligger så mye i denne kroppen vår, men jeg må kjenne det, jeg må bli kjent med det, å det må du bruke tid på.

S: Mhm. Har du eksempler på noen utfordringer, ehh, knyttet til behandling?

I: Ehh....Nei altså det.... Kom med noen forslag på hva som kan være utfordrende da?

S: Nei for eksempel; vansker med å nå inn? Pasienten forstår ikke øvelser eller instruksjoner? Relasjon...

I: Altså hvis ikke, hvis ikke jeg får, hvis ikke det skjer noe, altså jeg sitter jo, jeg skal jo ikke drive med en pasient i evig tid hvis ikke det skjer noen ting, det må jo skje noen ting, det må jo bli, eller så er jo ikke vedkommende, ehh, moden eller våken for eller åpen for denne type måte å å å behandle på. Altså hvis ikke det skjer en gjensidighet så gir jeg jo, kan jeg gi uttrykk... men det er ikke ofte det skjer altså. Det å si at; kanskje vi skal rett å slett gå ut i verden på egenhånd å se om, om dette her, bruke litt lenger tid på å skulle være motivert for denne behandling kanskje. Men, men det er ikke så ofte det har skjedd altså. Eller det det har skjedd, men det er ikke... det kan være pasientene også som syntes at dette her er jo ingenting, dette gir meg ingenting. Har ikke opplevd det heller, men, men det er klart at det... enn er fri til å kunne gå. Ja for jeg spør gir dette her deg noen ting? Hvis ikke det gir deg noen ting så kan du ikke bruke tid å penger på å komme hit.

S: Ja, det er sant. Har du eksempler på andre faktorer du har erfart er sentrale for at det skal være et vellykket behandlingsforløp? Om... ehh, ja hva som er viktig for at de mestrer hverdagen bedre? Om det er et sunt kosthold, eller familie eller... skjønner du hva jeg mener?

I: Ja jeg skjønner hva du mener, og en ting jeg er veldig opptatt av så er det mat. Altså det å spise. Det å spise, for at når du er nede, når ting er tungt, så så å la være å spise, altså det er noe jeg ser på som kjempe vesentlig. Frokost, lunsj, middag, kvelds. Spis. Å, å det er ikke

snakk om lyst på, jeg har ikke lyst på, jeg har ikke lyst på mat. Altså mat skal du ha. Lyst eller ei, trenger ikke være så mye, men du skal spise. Å det har jeg noen nå som jeg virkelig kjører hardt på det med altså. Jeg har til og med matpakke med til ei...

S: Oi har du det? Det, det er bra...

I: Mhm, det gjør jeg

S: Ehh, hvordan jobber du på en måte for at det skal være en langvarig effekt på en måte da? En langvarig bedring, skjønner du hva jeg mener? At det ikke bare er her og nå...

I: Mhm. Ehh, er du klar over hvor lenge veldig mange går i psykomotorisk fysioterapi? Over hvor lang tid veldig mange går?

S: Nei, hvor lenge?

I: Hva tror du?

S: Ehh... to år?

I: Ja det er ideelt, altså to år er en veldig fin... altså to, to og et halvt år er en... det er bra. Men så har enn jo de som har gått veldig mye lengre.

S: Ja

I: Å da er det, så, så... så av å til så kan dem jo... ja det er det faktisk, kanskje følger vi pasienter enkelte litt vell lenge.... Å det er jo noe som handler om at vi som terapeuter må spørre oss selv også. Men to år, altså det... endring, i løpet av to år så er det, det er en god, en god periode. Avsluttet ei i går, hun hadde gått halvannet år, å, å... har forresten veldig mange psykologer for tiden. Mhm... så du skjønner kroppen er viktig! Det er ikke nok bare med hodet!

S: Jeg skulle... neste spørsmål var litt sånn når du henviser videre? Når, eller hvor lenge du behandler eller henviser videre, det varierer veldig slik du sier.

I: Ja, ja det varierer veldig. Men, ehh, jeg prøver å ha, jeg prøver å ha en, en... jeg prøver, men det er ikke så lett altså, men en bevissthet på dette her med avslutning. Det er, å, å avslutning.... akkurat nå så har jeg flere i dag, i går sluttet jeg en, i dag sluttet jeg en, i morgen skal jeg avslutte en, å, å avslutning det går gjærene over et halvt års tid. Altså nå har jeg flere som skal slutte av til sommeren, å da går de sjeldnere, at de kommer sjeldnere. Men at de avslutter, det går over tid. Da, ehh, det å avslutte er også en prosess, som tar tid. Å lukke, lukke. Du skal leve videre uten meg. Jeg kan ikke gå å leie folk rundt omkring hele livet.

S: Nei, ehh....

I: Å nå skal jeg si, nå skal jeg si et ordtak til deg, som jeg bruker, som jeg syntes er veldig fint. "Å våge er å miste fotfestet ei lita stund, å ikke våge er å miste jeg selv"....

S: Ja... det var veldig

I: Skjønte du det?

S: Ja det var, men jeg skjønnte det

I: Så, så det, det er å være bambi på isen når du er, skal prøve deg på noe du ikke har... altså, det å virkelig prøve deg på noe som du ikke har vært vant til. Altså dette med grenser, for det å kunne sette grenser er kjempeviktig. Det å kunne si "Nei", å ikke bare strekke seg i alle mulige retninger til alle som skal ha en del av deg. Men det å sette foten ned å si "nei, det kan jeg ikke". Det å, å, å det med grenser.... hvis ikke jeg setter grenser så blir det trangt i livet mitt. Hvis jeg sier ja til alt, jeg er nødt til å si "jeg kan ikke klare alt". Å der har du veldig mange som sliter altså... så det å være tydelig på selv selv. "Nei det kan jeg ikke", "nei den kaken kan ikke jeg bake til den dugnaden", "nei det kan jeg ikke", uten å skulle forklare, for da kommer masse, lang forklaring, men den som spør om du kan bare kake er ikke interessert i å høre forklaringen på hvorfor du ikke kan. De er interessert i å høre "ja" eller "nei". Prøv seg på det. Være tydelig.

S: Ja, hvor mye vektlegger du denne samtalen i behandling

I: Masse. Masse. Akkurat dette som vi snakker om akkurat nå, det med grenser, det med å være tydelig på seg selv, jeg bruker mye, mye tid på det. Å det me å kjenne, å få inn en kroppslig bevegelsen på, på det å sette grenser sant? Det å kjenne hvordan det er når du trykker, liksom lager rommet rundt deg, i motsetning til når grensene er helt tett inntill. Enn klarer jo ikke å puste, klarer jo ikke bevege meg en gang.

S: Mhm! Jeg tenker vi går over til neste punkt, neste tema, som er helsepedagogikk. Ehh, litt langt spørsmål men ehh, utviklingen de siste tiårene har gått mot demokratisering, og fokus på egen helse, som jeg pratet om tidligere med at, at helse begrepet, altså ordet helse har jo utviklet seg ekstremt de siste årene, og hvordan vi ser på helse. Helsepersonell skal legge til rette for prosesser mot økt helse, er dette noe du tenker på i tilnærmingen? Noen stikker der er på en måte om du fremmer læring, innsikt og mestring. Om du fremmer motivasjon eller involverer pasienten i behandling. Og dette her med empowerment, hvis det ordet er kjent for deg...

I: Mhm, mhm, men altså det, det som jeg ser på som vesentlig det er at, i hvert fall vi som bor i byen her har utrolig mange muligheter for å kunne være med på ting som har med fysisk aktivitet å gjøre. Å bevege seg. Svømming, turgåing, yoga, Pilates, "you name it"... det er jo så mye. Jeg prøver å få motivert folk til å gå ut å finne en aktivitet som de går til, som de får som en sånn vane, og, og rett og slett bruker. Ut å bevege seg. Finne en aktivitet. Finne noe du liker, hva det måtte være, men du skal bevege deg. Du må ut av din egen dør. Jeg har ikke noe spesielt... jeg tror det er mye mer sunt for oss å gå utenfor vårt eget hus når vi skal gjøre en aktivitet, ikke ha matten inne å være foran en en TV skjerm. Jeg tror at det er lurt å komme seg ut, treffe andre, prøver å motivere til et aktivt liv rett å slett. Så det ser jeg

på som en, en del av det jeg skal formidle, prøve å få pasienten min til å, å få til i livet sitt. Finne fin aktivitet.

S: Mhm, mhm, har du... det er jo gjerne... aktivitet er jo gjerne svar på neste spørsmål, men har du andre eksempler på hvordan du har erfart at behandlingen påvirker pasientens sin livskvalitet... Skjønte du spørsmålet?

I: Ja, ja, ja, altså det, det, når du får mer, altså når pasienten blir mer trygg på seg selv, får en mer kjennskap til sine egne reaksjonsmønstre til sine egne.... for eksempel, jeg kan ta eksempel med denne som jeg avsluttet i går, som har vanskeligheter i forhold til mannen sin fordi han er så kontrollerende, han er så dominerende, og hvordan hun nå ved å ha vært mye mer tydelig på seg selv ved å si; "nei det, det vil jeg ikke, det får du ikke lov til!". Så hun sier det at det er jo en helt annen, ja men jeg har jo et helt annet liv, for jeg nå sier; "nei det får du ikke", "nei det vil jeg ikke", "nei det får du ikke lov til, nei ikke behandle meg...", "ikke si sånn til datteren vår, ikke si slike ting". Altså, tydeligheten på seg selv. Som hun sa; "jeg har jo blitt, det har jo blitt så mye bedre i livet mitt, og i livet vårt. For jeg... altså du kan aldri forandre en person, men ved å endre seg selv så vil det kunne skje en endring hos den andre etter parforholdet da". Sånn at denne mannen har ikke den makten som det han hadde tidligere, for hun finner seg ikke i det. Og tydeligheten på seg selv gjør at det blir bedre, det blir en bedre livskvalitet for alle.

S: Mhm, veldig bra eksempel. Ehh, det er jo mye ulike kunnskapskilder vi bruker, ehh, i praksis, så lurer jo på hvilke som har størst betydning for dine valg når du velger tiltak eller under observasjon og lignende. Om det er forskningsbasert, erfaringsbasert eller brukerbasert hvis det sier deg noe.

I: Erfaringsbasert, og, og erfaringsbasert og brukerbasert. Jeg, jeg sitter ikke å leser mye forskningsrapporter, det gjør jeg ikke. Skulle sikkert gjort det, men jeg gjør det ikke, så det kan godt være at jeg skulle ha.... gjort mer av det... men det... Også samtalen, sant, det, jeg, jeg er jo, jeg er for eksempel, ehh, vi har, i alle år så har jeg vært i to kollokvier. Vi møtes to ganger i halvåret, ehh, sammen med fire kollegaer hvor vi jobber praktisk sammen, tar opp ehh, ehh, kasuistikker, tar opp ting som vi har lest eller vært på kurs om, ehh, sånne ting er viktig, å, å for da for du med deg både nye ting å ja. Ja, så, så samarbeid med andre kollegaer i kollokvier, det har jeg gjort i alle de år, å det vil jeg anbefale. Finn en kollokvie og være aktivt med, det er veldig, veldig mye læring i det.

S: Mhm, mhm, vi, vi nærmer oss slutten, men ehh, jeg tenkte bare på hvorfor, eller hvordan ehh, er fysioterapi aktuelt for denne pasientgruppen?

I: Den er aktuell, altså vi har mye å tilføre. Som fysioterapeut har mye masse tiltak. Masse gode verktøy som vi kan bruke til denne, med denne pasientgruppen. Og jeg tenker; det å få folk til å tørre å våge å bevege seg... ikke være redd for om det skal, skal skje, altså du kreperer ikke om du plutselig, om pulsen øker veldig, ehh, eller du, du, du dør ikke av det. Det å kunne tørre å bevege seg, å... jeg tror vi har masse å tilføre.

S: Har du erfaring med noe denne pasientgruppen trenger mer av eller mindre av, har behov for? Om det er mer informasjon på en måter eller om.

I: Ja, ja, ja trenger mer av. Jeg tror det at, det å få lov til å få rom til, å presentere det som er hos den personen det gjelder, å bli lyttet til, jeg tror det er veldig viktig. Samtalen der, altså det å bli lyttet til, men ikke... Å jeg tror det er viktig at enn kommer med rett å slett litt sånn spørrende, ehh, litt, ehh, kall det motstand da, eller i hvert fall litt sånn ehh, spørrende. Ikke bare la seg dille med for å si det sånn, men kunne, kunne komme med litt motstand og litt spørrende alternativ måte å, å håndtere ting på. For eksempel det å vise, det å, å hjelpe de inn på en annen vei. Å der må du, der må du prate. Der må du stille litt sånn kritiske, "njææ er du sikker på det? Jeg tenker at prikk prikk prikk, og hva syntes du om det?". Altså å få, komme inn på et annet spør, for det blir veldig trangt, altså et angstfylt liv kan bli utrolig trangt.

S: Ja, mhm, det er veldig sant

I: Ja, ja å derfor så må du prate. Du kan ikke fikse det med å gjøre 50 knebøy altså.

S: Nei, du... vi går mot en avslutning både på klokken og i arkene mine, men ehh, helt avslutningsvis; har du noen råd til liksom en nyutdannet fysioterapeut i møte med denne pasientgruppen?

I: Tørr å våg å vis deg selv. Emm, å... ikke vær redd for å gjøre noe feil. Å ikke sats på for mange tiltak samtidig. Vær tålmodig.... Lek litt, tørr å, tørr å leke. Mhm, tørr å våg å leke.

S: Har du noe du tenker jeg burde spurt om som jeg ikke har kommet på nå som du tenker er super relevant eller?

I: Ehh, nei, akkurat i sted når jeg begynte å snakke om disse grensene, det å snakke om disse grensene da tenkte jeg; "åh guri land det har jeg ikke nevnt før nå, for det er kjempe viktig". Altså det med, med, ja det er utrolig viktig det altså. Dette med å, å, det her med balanse mellom sant, det å være snill, å, å det å være slem, altså vi må tørre å være litt slemme av og til. Ikke for å skade en annen, men vi må, må prøve å finne litt balanse i, tørre å våge å være litt rufsete. Tørre å våge å feile, det er ikke farlig. Tørre å våge å være et menneske.

S: Mhm. Å hvis du har en sluttkommentar så er det nå den skal komme skulle jeg til å si. Hvis ikke så lurte jeg også på om det er mulig at jeg kan ta kontakt med deg på mail hvis det er noe jeg skulle ha oppklart eller noe sånn?

I: Jada, det kan du bare gjøre

S: Så bra, veldig bra!

SLUTT

Vedlegg 5: Transkripsjon 2

Intervju 2

S: Student

I: Informant

...: Pause

S: Litt sånn innledende spørsmål. Kan du fortelle om bakgrunnen din som fysioterapeut?

I: Ja, emm, bakgrunnen som fysioterapeut er at nå har jeg vært emm, jeg var ferdig uteksaminert i 2011, det er jo nå faktisk snart 10 år siden. Emm, siden den gang så har jeg hatt et halvt års turnustjeneste i kommunehelsetjeneste, og et halvt års turnustjeneste i spesialisthelsetjeneste på et DPS. Og siden jeg var ferdig med turnustjeneste i 2012 så har jeg jobbet i 8 av de siste 9 årene på DPS som jeg jobber nå, og emm, ettav de siste 9 årene har jeg jobbet i kommunehelsetjeneste distriktskommune, med... som kommune, som eneste kommune fysioterapeut. Emm, det er vel i hovedsak arbeids... arbeidserfaringen som jeg har.

S: Mhm, du er, du er god på å huske årstall...

I: Nja, det er ikke så mange årstall å holde styr på (latter)... det går, det går greit

S: Hvilke pasientgrupper har du?

I: Per nå så har jeg ehh... de pasienter... pasienter med mange ulike psykiske lidelser. De vanligste det er angstlidelser, og depresjonstilstander, men jeg har også pasienter med psykoselidelse, ulike psykoselidelser, pasienter med traumelidelser, personlighetsforstyrrelser... emm, og inn under alle disse psykiske lidelsene så har jo de ulike pasientene vi har her ved DPS har jo selvfølgelig en rekke med somatiske tilstander som man også kunne.... som er viktig å ta hensyn til når man emm... når man tilpasser for eksempel fysisk trening. Det kan være hjerte- kar lidelser, det kan være lungesykdommer, skjelettlidelser, det kan være nevrologiske tilstander, det kan være smertetilstander, så det er god blanding av ulik psykiatri og, og en del sånn somatiske tilstander i tillegg.

S: Mhm, supert! Det var egentlig de første innledende spørsmålene, neste bolk det går på perspektiv. Ehh, og jeg lurer på hva ditt perspektiv på helse og sykdom er?

I: Hmm... mitt perspektiv på... oi dette er jo et stort spørsmål... emm, mitt perspektiv det er jo at det er viktig å ehh, vite at vi, emm, altså fysisk og psykisk helse henger veldig sammen. Og... emm, ehh, altså alt hvordan vi har det ehh, rundt oss i hverdagen; hva vi gjør på og hva vi driver med, alt hva livet består av det påvirker oss, enten... altså det påvirker oss både fysisk og psykisk, og det å ha en, en kropp som fungerer godt det er viktig for å ha det bra, for å kunne fungere godt i hverdagen og for å kunne ehh... på mange måter leve et meningsfylt liv. Ehh, så mitt perspektiv prøver jeg å holde så helhetlig som mulig... ta hensyn til alle relevante faktorer i, i et hvert menneskes.... liv. Emm, og, ehh... og prøve å ta veldig hensyn til pasienter, eller ja, egentlig alle menneskers ønsker og målsettinger og ressurser.

Så jeg prøver jo å holde... å være veldig ressursorientert... emm, for å sånn i hovedsak ivareta, og prøve å styrke ehh, både fysisk og psykisk helse og funksjon. Det er, det er sånn veldig overordnet sånn mitt perspektiv når jeg møter pasientene her.

S: Mhm, veldig fint svart! Jeg lurer og på om, om perspektivet endrer seg ut fra pasientgruppen?

I: I utgangspunktet ikke. Ehh, at perspektivet prøver jeg å holde, å holde noenlunde... sånn i utgangspunktet så går jeg i, i en relasjon til nye pasienter med noenlunde det samme perspektivet men, pasientene som vi har her kommer jo med utrolig varierte målsettinger og varierte... variert bakgrunn, ehh, når det gjelder, altså målsetting med for eksempel det å kunne trene, hvilke erfaringer de har med trening fra tidligere, hva de kan om trening fra før. Men jeg prøver i utgangspunktet å hente frem ehh... hvilke ønsker, hvilke motivasjonsfaktorer, hvilke ressurser de, de sitter med. Så, så har jeg jo selvfølgelig med meg en tanke om at de ulike diagnosegruppene ehh... arter jeg noe forskjellig. Altså det er forskjell på en angstpasient, og det er forskjell... altså en angstpasient, kan, kan skille seg fra en depresjon pasient, som igjen kan skille seg fra en psykoselidelse... så jeg har jo med meg det. Emm, i tillegg, men... det trenger jo ikke å bety noe. Ehh, tre pasienter med forskjellig psykiske lidelser kan fint fremstå mer eller mindre likt, mens ehh, tre pasienter med for eksempel den eksakt samme diagnosen kan framstå veldig ulik. Så, så her, det er jo ingen fasitsvar på at den og den pasientgruppen skal møtes på den og den måten. Men enn prøver jo å ta mest mulig hensyn til enkeltmenneskets ønsker og målsettinger og ressurser og behov, mer enn å tenke diagnose. Diagnose det ligger selvfølgelig... det ligger mer som er bakteppe hvis det blir veldig tydelig at det er helt spesifikke ting som må gjøres med tanke på diagnose... så prøver jeg jo selvfølgelig å ta, å ta hensyn til det så godt som det lar seg gjøre. Men i utgangspunktet så er målsettingen å møte enkeltmennesket, og ikke møte diagnosen.

S: Ja, ja det er egentlig litt sånn det neste jeg lurte på; hva fokuset ditt i tilnærmingen er? Er det på en måte selve angstproblematikken, eller om det er å fremme helse generelt, eller... problemet i seg selv eller...

I: Det viktigste er helse, helse ja. Som jeg sa tidligere, det å, å ivareta fysisk og psykisk helse og funksjon, det er det som er målsetningen. Ehh, for, ehh, å det som handler om det diagnosespesifikke, det er... det var nok litt sånn til å begynne med, når jeg var nyutdannet og ikke hadde erfaring med å møte mange, møte veldig mange pasienter med psykiske lidelser... da hang jeg meg nok i veldig mye større grad opp i hva kjennetegner denne diagnosen, hvilke symptomer og hvilke fysiske kjennetegn kan pasienten med... for eksempel en angstlidelse komme med. Men etter hvert som vi møter mange pasienter så merker enn jo hvor utrolig forskjellige de er og det er jo mennesker vi møter, det er ikke diagnoser, så jo, jo mer erfaring jeg får... jo mindre betyr diagnosen noe... Ehh, for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, så må vi jo kunne vite hvilke diagnose pasienten har, emm, men for det kan, det kan jo være enkelte kontraindikasjoner de har, med tanke på for eksempel hvilke type, hvilke tilnærming... altså for eksempel dosering av fysisk trening, ehh, som bør være annerledes fra en angstpasient til en depresjonspasient for eksempel. Men, ehh, men veldig mye ut av det som skjer, i starten av det å, å møte en pasient, altså... som handler om å bygge en relasjon å skape trygge rammer å sånt, det handler veldig lite om, om diagnose...

Så jeg tror nok at pasientene føler seg mer, ehh, trygg ved at de føler at de blir møtt på hvem de er som person mer enn at de føler at fysioterapeuten har veldig god kunnskap om hva en angstlidelse er. Men det skader selvfølgelig ikke å, å, ehh å som fysio... altså, det skader ikke ehh å signalisere til pasienten at man vet hva angstlidelser er og hvordan angstlidelser påvirker både kropp og, og psyke, men det er veldig sjeldent at det er veldig viktig.

S: Mhm, det bringer meg egentlig videre til neste bolk, eller du bringer deg selv videre... Som handler om det første møte, med anamnese og undersøkelse. Ehh, det sies jo at det første møte med pasienter er ekstremt viktig, hva tenker du om det første møte? Hva legger du spesielt vekt på for eksempel?

I: Mhm, ja, ja jeg vil ehh, altså jeg har jo selvfølgelig med meg at når jeg møter en pasient... ehh, her på DPS så er det ganske stor mulighet for at dette er pasienter som føler seg sårbare, ehh, og usikre og utrygge og... sant de, de er jo henvist til spesialisthelsetjeneste for å få behandling for psykisk lidelse. Så det viktigste jeg gjør, det er å skape trygge rammer. Mitt fokus er på å bli kjent, ehh... altså, det er ikke ufarliggjøre jeg er ute etter, men jeg er ute etter, ehh... skape et inntrykk av at det, det er ingen forventinger, det er ikke noe press, det er ikke noe krav til pasientene. Jeg ønsker å få dem til å føle seg trygg, trygg på kontoret mitt, trygg med meg, trygg på hva det er meningen at den samtalen skal inneholde. Og... emm, jeg har en sånn filosofi om at hvis enn føler seg trygg i enn setting eller i en relasjon, så er det større sjans for at enn tørr å... tørr å åpne litt mer opp for... å fortelle litt mer om hva man, hva man ønsker og hva man trenger og hva man har behov for. Så jeg, ehh... skape trygghet med alt, det er... med alt det innebærer det er. Jeg er ikke så veldig... jeg er ikke så veldig ute etter å fortelle veldig mye om trening, eller fortelle veldig mye om de ulike tilbudene som vi har ved DPS et det, det kommer naturlig etter en stund... altså da tenker jeg innenfor den første samtalen. Emm, men at... fokuset handler om å... ehh, prøve å få pasienten gjerne til å prøve å sette ord på; hva trenger du for å føle deg trygg akkurat her og nå.

S: Mhm, ja, er det noen opplysninger du tenker er spesielt viktig å kartlegge i starten?

I: Ehh, hva de trenger, og hva de har lyst til. For eksempel; "hva trenger du for...". For eksempel, hvis... hvis alle pasientene som blir henvist til meg... de aller fleste pasientene som blir henvist til meg, de kommer til meg fordi de har ett eller annet ønske om å begynne med trening. Så da, noe som er veldig viktig for meg å få spurt om da, det er å spørre om; "hvis du skal begynne med fysisk trening her på DPS, hva trenger du for å føle deg trygg da? Hva skal til for at du skal bli trygg nok for å komme her å trene? Hva skal til for å få deg til å skulle ha lyst til å komme igjen?" Altså dette her med ; "hva trenger du?". For selve, ehh, selve innholdet i treningen for eksempel, det... det kommer etter hvert. Det er... ehh, jeg prøver å være litt nøye på å kartlegge om det er noen helt spesielle ehh, emm, altså er det noen helt sånn konkrete behov for eksempel knyttet til sykdom eller skader som jeg bør vite om for å kunne tilpasse trening på en forsvarlig måte. Det kan være tidligere operasjoner, det kan være kroniske sykdommer, det kan være pågående belastende livssituasjon... men om det er noe helt sånn, konkret. Jeg spør ikke om dette med en gang, jeg venter... til den første innledende tryggheten er... er etablert. Mmm...

S: Har du opplevd noen utfordringer i det første møtet?

I: Ehh... ja... ehh, hvis, altså pasienter kan i mange tilfeller... særlig pasienter som strever med ehh, med høy grad av angst, altså høy grad av kroppslig beredskap eller tilstander som er der gjerne oppmerksomhetssvikt eller konsentrasjonsvansker er deler av problemet så opplever jeg ofte at... jeg merker at de er ikke så veldig mottakelig for veldig mye informasjon. Ehh så det å informere om mye eller spørre om veldig mye er ikke sikkert at det er så veldig fruktbart... men da handler det gjerne om i enda større grad å skape disse, disse trygge rammene. For eksempel, hva, hva trenger du få for å føle deg så trygg som mulig når du er her? Ehh, ut over det så føler jeg at mange, mange pasienter har veldig stor tiltro til oss som er fysioterapeuter, at de... ehh, mange har lyst til å trene, de, de gleder seg til å møte en fysioterapeut, og det håper, det har veldig sånn sterk tro på hva, på hva vi kan tilby. Så i utgangspunktet så føler jeg at, eller veldig ofte så sitter jeg igjen med at det er veldig konstruktive og oppbyggende samtaler med pasientene, ehh, der fokuset er veldig lite på å hente frem alt som er vanskelig å jobbe med det som ehh er vanskelig, men mer presentere et tilbud om noe som kan være ehh... konstruktiv del av behandlingstilbudet.

Ehh...tilbake, bare sånn kjapt tilbake til det forrige spørsmålet. Jeg spør alltid om tidligere erfaringer med trening. Eller fysisk aktivitet. Eh... det, det spør jeg alltid om. Hva har de gjort før, og hva har de likt å drive med, og hvilke erfaringer har de med det som de har drevet med tidligere... om de har hatt... om det har vært trivsel, og om det har vært god helseeffekt knyttet til det osv... Ja.

Emm, andre utfordringer knyttet til... til første, første møte.... Hmm... det hender jo selvfølgelig altså, altså dette med å oppnå kjemi er jo litt sånn varierende. Emm... noen får man jo veldig, veldig sånn god, god kjemi med umiddelbart, mens de som er, for eksempel er preget av, altså betydelig angst i, i situasjonen er... er vanskeligere å få oppnå den samme umiddelbare kjemien med umiddelbart. Men det er jo gjerne det, altså en del av det som kjennetegner det å, det å ha en angstlidelse, for eksempel. Ikke alle typer angstlidelser men noen. Ehh, personer med alvorlig depressive lidelser de gir, kan jo, kan jo også gjerne gi litt lite respons, som også er en del av sykdomsbilde der også. At det ikke er så lange svar, og utfyllende svar, og det er ikke så... ehh, altså de klarer ikke å hente frem samme... den samme entusiasmen og motivasjon og... som, som en del andre klarer. Men det er jo, altså som sagt, det er jo en del av sykdomsbildet.

S: Mhm, det handler litt om det neste jeg lurer på, som er litt om hvordan du forstår denne pasientgruppen. Om de har noen karakteristiske fellestrekk som du nå nevnte, eller om... ehh... og ja, gjerne beskriv en typisk pasient med angstlidelser.

I: Ja.. ehh...ja, ehh, det er selvfølgelig. Altså angstlidelser er jo veldig mye forskjellig. Ehh, man har jo alt fra disse episodiske angst anfallene, til disse som strever med langvarig kronisk angst, og det er... ehh... emm... men, ehh, hvis jeg skal si noe generelt om angstpasienter, så er dette med, ehh, tydelig... høy kroppslig beredskap. Det kan, det kan utarte seg på mange forskjellige måter. Men det å sitte litt ehh... sitte litt anspent i stolen. Gjerne sitte litt langt frempå, utpå stolen, stolsete, ehh, det å... dette med motorisk utro. At det er en for som beveger seg eller at det er fingre som flikler, at blikket... gjerne er flakkende, at... ehh, at blikket kan gå vekselvis emm fra side til side, ned i bakken og ehh, de

strever med å fremstå samlet og, og... når de sitter i stolen. Men jeg kan, jeg kan jo... jeg tenker at det kan ha noe med sykdomstilstanden å gjøre, men jeg har jo alltid med meg at dette kan jo like gjerne være veldig, altså det kan være helt sånn situasjon betinget. Det er nytt kontor, det er nye personlige møter, det er gjerne en... ehh, sant, det er... altså det er gjerne en ny avdeling, det er veldig mye som er nytt og usikkert, og det trenger ikke å, man trenger ikke å ha en angstlidelse for å streve med å finne ro i en ny kontorstol, det kan... det kan... ehh, er helt... altså det kan mennesker som ikke har psykiske lidelser streve med. Så, men, emm... det er forskjell på... men, men da snakker jeg om på gruppenivå, for angstpasienter er jo veldig forskjellig, men på gruppenivå så vil jeg si at angstpasienter fremstår generelt noe annerledes i et første møte, enn for eksempel en, en pasient med depresjon, emm, som kjennetegner mer, mer av å sitte med... ehh... en kroppslig underaktivering, altså lite tonus, lite bevegelse og litt mer sånn henslengt, og blikket gjerne mer sånn monotont festet ned i gulvet, for eksempel. Igjen, dette er på gruppe nivå, men hvis jeg skal si noe om, om forskjeller så... så vil jeg si det.

S: Ja, ja, nå har du sagt veldig mye om symptombildet, men er det forskjell på, eller hvordan forstår du denne gruppen i forhold til, eller stikkord kan være alder... relasjon, ressurser, sosial status... merker du noe der?

I: Hmm... ehh... det... tenker jeg ikke veldig mye på. Jeg tenker at det er, det kan, det kan være hvem som helst som sitter, som sitter i stolen. Emm... men, emm... hvis jeg skal prøve å... Altså det er veldig vanlig med psykiske lidelser, altså gjerne 50% av befolkningen har jo en psykisk lidelse i løpet av livet... og ehh, depresjons og ehh angstlidelser for eksempel er jo de to desidert vanligste. Så i utgangspunktet så kan jo dette her være hvem som helst, så det å dra noen sånn konklusjoner på, på... sosial status og... ressurser og sånn, er, er vanskelig men jo ehh alvorligere sykdomsbilde, jo mer komplekst sykdomsbilde, jo større sjans er det for lavere ehh, sosioøkonomisk status, det, det er vel et kjent faktum. At forekomsten av psykiske lidelser er høyere i den delen av befolkningen som for eksempel har, ehh, mindre utdanning, og lavere lønn. Ehh, men en enkeltstående angstlidelse, og en enkeltstående ehh... depresjonstilstand kan ramme hvem som helst, der seg jeg ingen forskjell i, i hverken målsetninger eller ressurser eller sosioøkonomisk status. Men hvis du går tilbake til de litt mer komplekse sammensatte sakene, for eksempel med depresjon... altså alvorlig langvarig depresjon, og... og gjerne i kombinasjon med med angstlidelser og gjerne en som kanskje kan være som følge av en, en traume tilstand eller annen alvorlig psykisk lidelse så... så... ehh... er det færre, færre ressurser å spille på. Emm, det, det er det. For bedre, altså mennesker med høyere funksjonsnivå ehh... driver jo gjerne oftere mer med ehh... for eksempel fysisk aktivitet eller fysisk trening. Men det henger jo sammen. Både med at mennesker som trener, der er det mindre forekomst av psykiske lidelser, og mennesker som får psykiske lidelser som begynner å trene, de blir ehh... friskere. Men da... ehh... men da snakker vi gjerne om lettere psykiske lidelser. Emm... så, jo mer komplekst sykdomsbildet blir, jo... ehh... jo, færre blir ressursene, og... ehh... antallet somatiske følgetilstander, altså det er jo og gjerne et viktig poeng å få frem at jo, at jo mer, jo alvorligere det psykiske sykdomsbildet blir, jo større sjans er det for flere somatiske følgetilstander, da tenker jeg på alt fra muskel og skjelettlidelser til smerteproblematikk, ehh, særlig disse nakke skulder plager emm, hjerte lunge sykdom, emm... ja, ja det er jo kanskje, det er jo særlig de som er de vanligste. Så... ja det er jo, det er jo forskjell på, på gruppenivå, det, det er det. Hva andre ting er det du... du...?

S: Nei jeg tenker det er bra, jeg tenker vi går videre.

I: Ja okay

S: Jeg lurer på hva er dine erfaringer med hvordan pasienter ser på sin egen helsesituasjon? Altså hvordan, hva tenker de om angstproblematikken...

I: Hmm.... eh... det igjen, det, det er jo avhengig av eh... kompleksiteten og alvorlighetsgraden. Eh, jo lettere, jo enklere sykdomsbildet er, jo lettere er det for de å se for seg at dette er noe de skal komme seg gjennom. Dette er noe som jeg skal klare, jeg trenger bare å gå i, å få god behandling, å ta litt sånn ansvar for min egen, for min egen bedring. Mens graden av... håpløshet og, og misnøye og... skamfølelse eh... og blir større jo mer komplekst sykdomsbildet er, og jo mer langvarig sykdomsbildet har vart. Emm... jo, det er nok mer... sånn fremadrettet og ressursorientert hos de som har et mer kortvarig og enklere sykdomsbildet, enn de som har noe mer langvarig og... og komplekst. Emm... mange vet jo veldig mye om angstlidelser. Veldig mange av de vi møter er for eksempel helsepersonell selv. Sant, de vet hva det er som rammer de, de vet hva de skal gjøre med det, og de trenger bare litt sånn tett, tett oppfølging en kort periode og så håndterer de det eh... ganske bra, å så blir de frisk. Mens mennesker som gjerne ikke har det samme kunnskapsgrunnlaget fra før, eller som vet så mye om psykiske lidelser, eller som er litt sånn det vi kaller for "psykologisk minded", det har vanskeligere å få... å gjerne få de til å forstå sin egen... forstå hvorfor de er havnet i den situasjonen de er og hva de kan gjøre med det. Kanskje sånn større grad av eh... at de... at jo mindre man forstår av sin egen situasjon, jo mer har man en opplevelse av at man, man skal bli fikset av helsevesenet. Men... graden av... det å ta ansvar for sin egen bedringsprosess øker med, med økende kunnskapsnivå, og økende sosioøkonomisk status for eksempel. Gav det mening?

S: Ja, ja veldig! Det neste jeg lurer litt på er om du kan beskrive, hvordan du vil beskrive tilnærmingen din til denne pasientgruppen? Om det skiller seg noe fra når du møter, for eksempel hvis du møter personer med vanlige muskel og skjelettplager?

I: Eh... ja. Forskjellen, altså største forskjellen sånn i utgangspunktet er jo at pasienter som jeg møter her de vet jeg har blitt henvist til DPS, ikke for å møte fysioterapeuten for å drive med fysisk trening. Men får jeg henvist en pasient i kommunehelsetjeneste, noe som jeg jo faktisk har jobbet innenfor, så får jeg jo henvist pasienter til, altså pasienten er henvist til kommunehelsetjenesten gjerne for oppfølging av fysioterapeut med tanke på muskel og skjelettlidelser. Så, eh... jeg vil jo tenke at... jeg... det er nok lettere å tenke... eh... at jo mer konkret, og jo mer, hva skal du kalle det... biologisk, bio, biomedisinsk eh, henvisninger er, jo lettere er det å låse seg til et mer sånn standardisert treningsprogram og mer standardisert informasjon, og mer, tenker mer sånn standardisert rundt, rundt varighet og, og av opptrening og, og hvordan prognosen for, for bedring vil være, og hva som skal være målsetning. Mens med en, med pasienter som jeg får henvist her på DPS, så er, er jo henvisningen gjerne; ønsker å komme i gang med fysisk trening for å ha... for å bedre psykisk helse, for eksempel. Og då er jo eh... da er henvisningen mye mer, mye mer diffus, men, men gir jo også en mye større muligheter for meg til å, til å danne mitt eget bilde av hva som kan være hensiktsmessig å, å jobbe med, og å jobbe mot sammen med pasienten. Kunne tenke helhetlig i større grad, kunne tenke mer ressursorientert, og tenke eh... at...

ehh... at effekten av tiltaket kan være både på det rent fysiologiske, det kan være på det som handler om å etablere gode rutiner og struktur på trening, og det kan være å skape trygge relasjon, en trygg relasjon og... ehh... stimulere til mestringsopplevelse på en større måte. Jeg tror nok at jeg har, det, det store helhetlige perspektivet med meg i større grad en jeg kanskje vill hatt hvis jeg hadde jobbet i kommunehelsetjenesten, men, men det handler jo om hvor, hvor spisset er henvisningsårsaken. Er henvisningsårsaken her spisset, så tilpasser jeg meg etter det, men ofte er henvisningsårsakene her på DPSet ehh... mye, mye vagere, og henvisningen kommer gjerne fra personer som ikke... eller kan være fra helsepersonell som ehh, som emm... som ikke har for eksempel somatisk bakgrunn. Emm.. Så jeg vet ikke.. var det svar på spørsmålet eller...?

S: Mhm, når du, når du får en henvisning, hvordan, altså hva gjør du i det første møte? Kan du gi eksempelet på hva du gjør når du møter en person i denne pasientgruppen?

I: Emm... henvisnings, ehh henvisningen kan komme på mange forskjellige måter. Det kan, som oftes så får jeg en kort, en kort... ehh... en kort beskjed der det står at den og den pasienten ønsker informasjon om hvilke tilbud man har på dette DPSet, kan du ta en prat? Å så sier jeg i de aller fleste til tilfeller at: ja, det skal vi få til, så ehh... prøver jeg å, altså etter hvert som jeg... det er litt sånn pluss pluss minus minus med akkurat det jeg skal si nå, for jeg bruker ikke veldig mye tid på å sette meg inn i den enkelt, den enkelte pasient i forkant. Jeg tar høyde for den, for den informasjonen jeg eventuelt har fått i, i henvisningen der det ofte står bare kort om... sant, alder, kjønn og diagnose, altså psykiatrisk diagnose, eventuelt somatiske, somatisk tilleggsinformasjon. Kanskje noe kort også om målsetting. Ønsker å komme i gang med trening, eller ønsker informasjon om trening, eller ønsker bedring i fysisk form... det kan være noe sånt. Men jeg, ehh.... prøver å ikke sette meg så veldig mye mer inn i pasienten enn det, for da har... ehh, da har jeg mindre ehh, da er det færre opplysninger som farger meg før første møte med pasienten. For da lar jeg det første møtet mitt med pasienten i større grad få være med på å påvirke hvordan den relasjonen min til pasienten blir i starten. Og jeg er også åpen på at ehh... jeg ikke ehh... setter meg veldig inn, altså at jeg ikke leser lange journaler fra langt tilbake i tid, eller leser veldig mye om hva som står i journalen, men at jeg lar det være opp til pasienten selv å fortelle så mye som de er komfortable med, og ehh... det eneste ønske jeg har, det er at de forteller, gir meg den informasjonen som de mener er relevant for meg å vite om, for å kunne gi... ehh. gi de et forsvarlig... ehh helsetilbud. Emm... så det er, det er jo åpen med alle pasientene mine om. Og som vi snakket om i sted så emm... så er jo fokuset mitt i samtalen på å i utgangspunktet skape... skape trygghet, den tryggheten som tilsynelatende er på plass ganske kjapt, så går vi fort videre til å snakke om... om det som går mer spesifikt på trening, hvilke erfaringer har de med trening fra tidligere, hva ønsker de å gjøre her, hvis de, hvis de skal trene her, hva trenger de for å ha det bra når de er på trening her? Og kanskje også enda mer også spesifikt inn på hvilken type trening vi tilbyr her og rasjonale for hvorfor vi bruker fysisk trening i behandling. Emm, mens med pasienter som gjerne bruker tilsynelatende lenger tid på å bli trygg i settingen her på kontoret så, ehh, så går gjerne mye tid med på å snakke om hva, til å snakke om hva de trenger for å føle seg trygg, og hvis de skal være, møte regelmessig til trening her, hvordan bør ting være for at de skal klare å nyttiggjøre seg det tilbudet her. Og da snakker jeg lite om det som er veldig spesifikt om fysisk trening. Det er ikke sikkert vi snakker om det i hele tatt, men at vi setter opp en ny avtale. Det varierer fra pasient til pasient, og grad av trygghet i, i settingen.

S: Hva er viktig for å skape en trygg relasjon da?

I: Gi pasienten en følelse av at det er de som bestemmer. Ehh... og ehh, jeg tror at jeg vil gi, jeg gir de ehh, en... ganske umiddelbart så prøver jeg å si hva jeg har en tanke om at timen skal inneholde. Ehh, at målet med den timen som de møter til her er å bli kjent, ehh, at jeg skal kunne gi litt informasjon, og at de skal få kunne gi meg litt informasjon, og kunne stille alle de spørsmålene som de eventuelt måtte ha. Det er, det er agendaen. Så kan jo selvfølgelig det utarte seg veldig mange forskjellige retninger underveis, men det er det, det er det jeg prøver å signalisere at er min tanke men ehh, så prøver jeg å gi...gi muligheten til å få bestemme hvor lenge timen skal vare, hva vi skal snakke om ehh... og at de kan sette grenser der grensene skal være og når det er aktuelt å for eksempel si; nå er det nok eller nå trenger jeg en pause eller... ja. Emm... ja, prøver å være så, være så åpen om... hvilke muligheter de har, og særlig være åpen på, altså ta vekk alt, som jeg nevnte tidligere, ta vekk alt som måtte være av forventningspress. Mange som møter her de, de har jo en tanke om hva en fysioterapeut er. Om at nå skal vi trene og nå skal vi bli svett og nå skal vi "pushes", men ehh... jeg prøver å ta vekk alle sånne umiddelbare feiloppfatninger av, av det. Det som har veldig lyst å bli "pushet", de skal jo selvfølgelig bli det, men ehh... men det er ikke det som er min tanke i utgangspunktet, at de skal gjøre. Så, jeg prøver å identifisere alle faktorer som de er usikre på, og så ufarliggjøre det så mye som mulig.

S: Ja, hvilken betydning har relasjonen for at behandlingen skal på en måte... fungere best mulig da?

I: Det er jo noe som jeg har med meg inn i samtale med alle pasienter, det er jo det med at relasjon i mellom pasient og terapeut jo er en av de tre viktigste faktoren for å, ehh.. for vellykket behandling. Sammen med at man er... altså det å ha en god relasjon, i kombinasjon med det å være enig om en felles målsetting, og det å være enig om en felles metode for å nå den målsetting. Det er vel de tre tingene som, som vi jobber med, og få, få etablert så kjapt som mulig. Så det å kartlegge målsettinger, å det å være åpen på hvilke metode vi bruker i psykisk helsevern for å nå disse målsettingene, og det å skape en trygg relasjon det er... det er tre nøkkelfaktorer altså.

Ehh, hvordan man jobber med relasjon det er litt avhengig av hvordan, hvem, hvem man møter. Det å møte en ung jente på 20 med alvorlig angst, det er noe annet enn å møte en 70 år gammel mann som har en depresjon med tanke på livssituasjon og livserfaring, og... Man er jo, man skal jo alltid være ydmyk som helsepersonell, men ydmyk på to forskjellige måter ved for eksempel de to eksemplene på ulike personer som jeg, som jeg nevnte nå. Emm... man må ehh... man må se ann hvem man møter, utvise sånn generell sånn... takt og tone, emm, og respekt for mennesker generelt uansett, men, ydmykhet og ikke, å ikke tro at man sitter på løsningen for hva som vil være bra for de men... men være åpen på at det er de som, det er de som kjenner seg selv best, det er ikke vi som sitter med fasiten på hva de bør gjøre for å få det bra, men at det er vi sammen som skal komme frem til hva som er det beste tilbudet.

S: Mhm, bra. Jeg tenker vi går videre på neste bolk som handler om behandling og tiltak. Og da lurere jeg på hva du legger vekt på når du skal velge tiltak til pasienter med angstproblematikk?

I: Ehh, da er det igjen denne kombinasjonen av hva de har lyst til og hva de trenger. Vi vet jo at det er en haug med anbefalinger og retningslinjer om hvilken fysisk trening personer med angstlidelser bør/kan drive med. Personer med angstlidelser kan drive med regelmessig trening emm... på lik linje med befolkningen ellers, men at det er noen ehh, såne enkelt anbefalinger når det gjelder for eksempel intensitet på trening og hvilke øvelser man bør velge. Men ehh, si... men hvilke... altså generelt så kan personer med angstlidelser trene styrketreningsprogrammer for eksempel som befolkningen ellers. Emm... men ehh, for å ivareta dette med mestring og motivasjon så skal pasientene selv få være med å velge, av alle de gode øvelsene som finnes, hvilke øvelser de ønsker å ha som en del av sitt program. Vi tar, vi starter et sted, prøver ut noen øvelser, å så er det opp til de å velge hvilke de vil beholde, og hvilke de ikke vil beholde. Emm... når det gjelder, både angstpasienter men også befolkningen generelt så er det jo anbefalt å starte med lett belastning. Å dette er jo for å ivareta hensynet til at det viktigste når man skal starte med styrketrening er tilvenning. At muskulatur og muskel skjelettsystemet og nevrologisk... ehh, altså... at nervesystemet i kroppen skal få noen uker til å tilpasse seg en ny måte å trene på. Det samme med utholdenhetstrening så er... altså det er, og grunnen, grunnen til, til dette, særlig for angstpasienter, er jo at har man hatt for eksempel en langvarig angstillstand som har ført til høyere grad av kroppslig beredskap så, så er det større sjans for anspent muskulatur. Og anspent muskulatur har høyere risiko for å, for... ehh for, altså smerter, for å kunne pådra seg smerter og... kall det, kall det skader og.... belastningsskader knyttet til trening, særlig knyttet til for tung trening for tidlig. Derfor så er fokuset på lett belastning til å begynne med, og i tillegg til å ivareta det rent fysiologiske, så ivaretar vi også i større grad motivasjon ved å dosere lett. Med utholdenhetstrening så er det litt tilsvarende også, at de kan trene omtrent som befolkningen ellers, men at særlig i en sånn startfase så kan doseringen være noe, altså man kan holde litt igjen på dosering for å ivareta hensynet til at anspent muskulatur kan fort bli øm og stiv og smertefull i større grad hos angstpasienter enn hos, enn hos noen andre. Men når man er, når man er ferdig med denne innkjøringsfasen som gjerne tar et sted fra 2-6 uker så, så kan man tenke som befolkningen generelt med tanke på dosering. Det er det som jeg i utgangspunktet har med meg når jeg tilpasser fysisk trening til angstpasienter.

S: Mhm, ja hvordan reagerer disse pasientene da, på de tiltakene du presenterer?

I: Ehh, altså, hvordan de reagerer på selve treningen, eller at jeg foreslår trening?

S: Nei, på selve treningen, og behandlingen på en måte da... er det, er det sånn; "oi, hva skal jeg gjøre nå?". Forstår de et eller... forstår de hva du formidler til de, eller synes de det er bra eller...

I: Ja, det gir veldig mening for de å få vite at de kan, de kan trene omtrent som normalt. Og det gir også veldig mening for de å, at... at de skal starte rolig. Og når jeg presenterer dette med, med hvorfor de som angstpasienter skal ta det litt roligere i startfasen, så føler de seg veldig sett og forstått. Ehh... kanskje det i enda større grad er med på å ehh, opprettholde

motivasjonen for å, for å komme i gang med trening regelmessig. Så jeg opplever... stort sett alltid positiv respons på det og stort sett aldri negativ respons på at de bør, de bør verken trene eller at de bør trene rolig til å, til å begynne med. Sånn at det gir nok en sånn følelse av å både bli tatt på alvor, men og å bli tatt hensyn... Altså å bli tatt på alvor når de sier at de har lyst til å komme i gang med trening, men også at de føler seg tatt hensyn til som menneske ved at man foreslår å ta det litt rolig til å begynne med. For mange har en følelse at de må... altså før de møter meg, at når skal de begynne å trene veldig hardt og at de skal presse seg veldig hardt, og bli veldig slitne og... Men det er når de får... ehh, blir presentert for dette tilbudet som vi har her, og hvilke tanker vi har rundt dosering og treningsmengde så... så, så reagerer de veldig positivt på det.

S: Mhm, du jeg går rett og slett videre til neste spørsmål. Ehh kan du gi eksempler på andre faktorer som du erfarer er veldig sentrale for et vellykket behandlingsforløp. Om det for eksempel er kosthold, eller familie, eller ja...

I: Jeg tror at det alltid er viktig å spørre pasienten hva som er viktig for de i deres liv. Om det er noe som står på, hva som er viktig for de, emm, å... ehh... For det er jo enormt mange forskjellige faktorer som kan påvirke hvordan pasienter har det, emm... ja for, sånn, sånn som du sa; hvordan de har det hjemme, hvem bor de med, hvordan er relasjonen til de de bor med, ehh... hva... her de noe, noe arbeid, har de studier, har de små barn, har de, hvordan er økonomien, hvordan er kostholdet. Ehh, og man skal jo for eksempel ikke trene hardt hvis man ikke har en tanke rundt at det er en noe lunde balanse mellom aktivitetsnivå og, og kosthold og søvn, eller hvile. Emm... og skal man dosere opp på fysisk trening så bør man også ha en tanke med seg knyttet til alt, alle disse andre faktorene også. Ehh, og noen bør jo ikke trene hardt. Det kan ha med medisiner å gjøre, det kan ha med søvn å gjøre, det kan ha med... ehh, at de ikke får i seg næring. Det å... men uansett hvordan man har det, så kan man trene, men man skal ta hensyn til andre faktorer når man doserer treningen. For man kan trene lett, og ehh... man kan trene lett selv om man ikke har sovet eller spist, men man skal ikke presse seg da... emm, å... men da kan man fokusere på helt andre ting med treningen, enn selve trenings intensiteten. Da kan man fokusere på kanskje det sosiale ved det å være på trening, eller man kan fokusere på teknikk, løfteteknikk, eller man kan fokusere på det at; ehh, vett du hva, du møtte i dag selv om det var en vanskelig dag, ehh, så bra at du fikk opprettholdt strukturen, ehh, og innholdet i hverdagen. Og veldig mange føler det da at de ehh, at det tar bort en del sånn skamfølelse knyttet til det at de... "Åhh jeg klarte ikke like mye som jeg pleide i dag, du er sikkert skuffet over med...", "Nei vet du hva, jeg er ikke det, jeg er stolt av at du greide å si ifra om at du har det vanskelig. Og det var veldig, veldig bra at du fikk jobbet med teknikk og... og regelmessighet i dag istedenfor, og kanskje du lærte noe om trening i dag istedenfor". Så det handler ikke bare om at treningen skal være hard og at enn skal presse seg, men man kan... man kan få veldig mye positivt, veldig mye annet positivt ut av det også.

S: Hvordan, hvordan arbeider du for langvarig bedring?

I: Ehh, vi, jeg har veldig tro på regelmessighet, ehh og denne innledende tryggheten. Og ehh, får man den innledende tryggheten, og jobbe med å etablere gode rutiner de første 4-6 ukene, så ligger forholdene veldig til rette for at man kan begynne å øke doseringen. Ehh, øke intensitet og øke belastning ved trening. Og klarer man å komme seg gjennom denne

første tre, fire, fem, seks ukers perioden, og får etablert gode rutiner og trygghet, så ehh, er det bare å øke på. Ehh, så det er denne startfasen som gjerne er den mest sårbare. Emm, å... så regelmessighet, og trygghet er, er kjempe viktig, det er jo... for hvem som helst kan løfte tungt og løpe fort, men det er ikke hvem som helse... altså hvem, hvem som helst kan gjøre det en gang, men, men... det viktigste er å komme seg dit på det nivået på en trygg og forsvarlig måte. Og det gjøres ved denne... sant, nettopp det å skape trygghet, skape trygge og gode rammer... og etablere den regelmessigheten som skal til for å nå det nivået. Mhm

S: Ehh, det neste spørsmålet har du og egentlig snakket veldig mye om, men det er jo ganske viktig; det er hvor mye du vektlegger samtalen med... i behandling av disse pasientene?

I: Ehh, det er jo veldig, altså, noen har jo lyst til å snakke veldig mye. Og noe ut av det, altså det sosiale aspektet ved å være på trening, det er å kunne prate om veldig mye forskjellig som er... ja, det er veldig viktig for de. Og man tenker nesten ikke over treningen i det hele tatt, men at det blir prat som driver, som driver en treningsøkt. Ehh, mens andre snakker lite, og ønsker å bare fokusere på selve treningen, så, så samtale kan brukes ehh, både for å... altså, ehh, mengde samtale kan reguleres opp og reguleres ned, for å... for å gjøre hver enkelt treningsøkt mer meningsfull for hver pasient. Og det er veldig stor, stor forskjell på hvor... hvor, hvor mye angstpasienter for eksempel vil, vil snakke. Noen er glad, noen liker å snakke mye, noen å snakke lite, noen liker stillhet, noen liker.... ehh, ja, mye, mye lyd. Og det trenger ikke ha med angstlidelsen å gjøre heller, det kan være personlighet. Mhm.

S: Mhm. Ja, du jeg ser på klokken og tenker vi må videre på siste tema...

I: Ja, ja, ja helt greit

S: Ehh, det handler om helsepedagogikk. Ehh, litt sånn langt spørsmål, men utviklingen de siste årene har jo gått mer og mer mot demokratisering og fokus på egen helse, ehh og at helsepersonell skal legge til rette for prosesser mot økt helse. Er dette noe du tenker på i tilnærmingen, og noen stikkord her kan være for eksempel hvor mye du involverer pasienten i behandlingen, ehh hvor mye du utvikler pasientens egne ressurser, ehh, dette her med empowerment

I: Ja, ja, det jeg er ute etter, det er jo nettopp det jeg ønsker å, å fremheve helt fra starten av. Altså her er det pasienten som skal bestemme. Pasienten skal få bestemme mye av innholdet i tilbudet. Men selvfølgelig basert på retningslinjer og anbefalinger som jeg presenterer, men at pasienten også selv har ansvar for å... ehh, nyttiggjøre seg av tilbudet. Det er... det er kjempeviktig. Så det med empowerment, det har... det er jo gjerne tosidig, at man kan få en del makt og myndighet over sin egen bedringsprosess, men at man også da står ansvarlig for å ta, ta de, benytte seg av de mulighetene. Noen trenger mye hjelp og støtte i det å ta, benytte seg av muligheter. Mens ehh, men andre viser jo da i mindre grad sånn motivasjon og, ehh, for å, for å ta ansvar selv. Ehh så ja, det står jo veldig sentralt, for det er ikke jeg, jeg, jeg kan ikke trene for de, det må de gjøre selv. Men jeg kan gi de den veiledningen og de rådene som skal til for at de skal få all den kunnskapen og all den informasjonen de trenger for å ta, ta det valget; yes denne... dette tiltaket vil jeg, vil jeg gå i gang med.

S: Ja, veldig bra sagt. Jeg lurer og på, ehh, hva, hva kunnskapskilder du bruker i din praksis, og hvilken betydning, hva har betydning for dine valg? Altså er det forskningsbasert, brukerbasert, erfaringsbasert eller...?

I: Det er jo en blanding av de tre. Ehh, enn skal alltid være oppdatert på, på forskning, på, på fysisk trening for ulike pasienter, men der er det jo veldig mye etablert... solid kunnskap, så vi tviler på hva som, hva som virker. Og hvis det kommer noe nytt på... på nettopp fysisk trening for psykiske lidelser, så er det jo veldig på detalj nivå. Ehh, så det handler jo da i større grad om å... å fortelle pasienter om hva jeg har erfart har virket, har fungert godt tidligere med tidligere pasienter, og... ehh, men selvfølgelig lytte til pasienten selv, ehh, det er jo en av de viktigste informasjonskildene vi har. Sant, hva har de lyst til, hva har de gjort før, og hva trenger de. Det er... kjempe viktig.

S: Mhm det er sant. Takk, det var egentlig... sånn på tampen så lurer jeg på om det er noe du tenker på som jeg ikke har spurt om eller som du brenner inne med, eller om du har en sluttkommentar eller...

I: Nei jeg syntes det var kjekke spørsmål jeg, dette var... det var det. Det begynte veldig sånn... ehh, altså jeg merket, jeg merket jeg trengte bare litt tid på å bare tune meg inn på det å, å kunne svare på en meningsfull måte til deg som helsepersonell. Altså du er jo helsepersonell. Det er jo noe annet å sitte å fortelle om disse tingene til en pasient, det er jo det jeg oftest gjør. Så nei, jeg syntes det var veldig kjekt jeg. Ehh, så jeg, jeg har ikke noe sånt... jeg kunne sikkert ha sagt noe, eller sagt det på en litt annen måte, eller utdypet noe mer. Men jeg tenker heller at det kan være litt sånn opp til, opp til deg om det er noe du lurer på eller noe du vil ha presisert på en annen måte, så får nå du heller bare ta tak i meg igjen. Så skal jeg tenke meg litt om, jeg skal tygge litt på dette her, og hvis jeg kommer på noe, så skal jeg selvfølgelig gi deg en lyd og. Så jeg syntes, jeg syntes det var kjekt jeg. Jeg håper du har fått det du trengte.

S: Ja men jeg har det.

I: Ja men så, så flott.

S: Men nå skal du få lov til å gå. Jeg bare lurer på, kan jeg få lov til å ta kontakt med deg i etterkant om det er noe jeg skulle lure på?

I: Du bare, bare spør, for nå hadde jeg litt dårlig tid.

SLUTT