



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MAFYS603-O-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato: 07-05-2021 09:00
Sluttdato: 14-05-2021 14:00
Eksamensform: Masteroppgave
Flowkode: 203 MAFYS603 1 O 2021 VÅR
Intern sensor: (Anonymisert)

Termin: 2021 VÅR
Vurderingsform: Norsk 6-trinns skala (A-F)

Deltaker

Kandidatnr.: 406

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 19725

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 5
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



MASTEROPPGAVE

Ungdom i norsk psykomotorisk fysioterapi

En kvalitativ studie om ungdoms erfaring med norsk psykomotorisk fysioterapi som behandlingstilnærming for angst.

Adolescents in Norwegian psychomotor physiotherapy

A qualitative study on adolescents' experience with Norwegian psychomotor physiotherapy as treatment approach for anxiety.

Thale Garshol Løvaas

Master i klinisk fysioterapi

Psykiske og psykosomatiske helseproblem

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 14.05.2021

Antall ord: 19 725

Til ungdommen!

*Kringsatt av fiender, gå
inn i din tid!
Under en blodig storm
vi deg til strid!*

*Kanskje du spør i angst,
udekket, åpen:
hva skal jeg kjempe med,
hva er mitt våpen?*

*Her er ditt vern mot vold,
her er ditt sverd:
troen på livet vårt,
menneskets verd.*

*Før all vår fremtids skyld,
søk det og dyrk det,
dø om du må – men:
øk det og styrk det!*

*Stilt går granatenes
glidende bånd.
Stans deres drift mot død,
stans dem med ånd!*

*Krig er forakt for liv.
Fred er å skape.
Kast dine krefter inn:
døden skal tape!*

*Elsk og berik med drøm,
alt stort som var!
Gå mot det ukjente,
fravrist det svar.*

*Ubygde kraftverker,
ukjente stjerner
skap dem, med skånet livs
dristige hjerner!*

*Edelt er mennesket,
jorden er rik!
Finnes her nød og sult,
skyldes det suik.*

*Knus det! I livets navn
skal urett falle.
Solskinn og brød og ånd
eies av alle.*

*Da synker våpnene
maktesløs ned!
Skaper vi menneskeverd,
skaper vi fred.*

*Den som med høyre arm
bærer en byrde,
dyr og umistelig,
kan ikke myrde.*

*Dette er løftet vårt
fra bror til bror:
vi vil bli gode mot
menneskenes jord.*

*Vi vil ta vare på
skjønnheten, varmen
som om vi bar et barn
varsomt på armen!*

-Nordahl Grieg, 1936

Forord

Proessen med å skrive en masteroppgave har vært lang, spennende, lærerikt og i noen perioder stressende. Jeg har fått en unik mulighet til å utforske og få innblikk i hvordan det er å være på den andre siden av pasient-terapeut relasjonen, og hva som er viktig fra pasientenes ståsted. Jeg er takknemlig for å ha fått denne muligheten til å fordype meg i et fag og tema jeg sterkt brenner for.

Jeg ønsker å rette en stor og hjertelig takk til min veileder Randi Sviland, for utrolig god og tett oppfølging. Jeg har hatt stor nytte av våre faglige diskusjoner, og du har bidratt til at jeg har kunnet videreutvikle mine tanker og refleksjoner rundt temaet. Ikke minst har du vist stor forståelse for at det er et omfattende og til tider slitsomt arbeid å sammenfatte en masteroppgave.

En stor takk må rettes til Askøy kommune for økonomisk støtte og mine gode kollegaer for tilrettelegging av arbeidshverdagen. Det har vært essensielt for gjennomføringen av dette masterstudiet. Jeg vil også rette en særlig takk til min leder, Hilde Aabrekk-Sørensen, som har oppmuntret meg i valget om å ta denne mastergraden. Jeg vil også takke Norsk Fysioterapeutforbund som gjennom Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter har bidratt med økonomisk støtte.

Den siste takk går til familie og venner som har vært støttende og oppmuntrende i denne prosessen. Tusen takk til dere som har hjulpet å lese korrektur, og kommet med gode innspill til oppgaven. Særlig vil jeg takke min kjære samboer som har deltatt på denne utforskende seilasen, og har stått i stormen med meg. Gjennom omsorg og tålmodighet har du gjort livet som masterstudent veldig mye lettere.

Bergen, mai 2021

Thale Garshol Løvaas

Sammendrag

Bakgrunn: Barn og unges psykiske helse er et fokusområde både politisk, innen helsevesenet og hos befolkningen generelt. Det sees en økning i psykosomatiske symptomer, og rapporter viser til at ungdom føler et økende press og forventninger som føles vanskelig å leve opp til. Stadig flere unge henvises norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) for hjelp til å håndtere psykosomatiske helseplager.

Hensikt: Formålet med denne studien, er å bidra med økt kunnskap om hvordan ungdom opplever NPMF som behandlingstilnærming. Studien utforsker hvilke erfaringer pasienter i alderen 16-26 år har med NPMF i behandling for deres kroppslige plager relatert til angst. Å få økt kunnskap om hvordan NPMF kan hjelpe ungdom med psykiske plager og lidelser, kan være verdifullt for både de som henviser og de som utøver behandling for denne pasientgruppen.

Metode: Det er benyttet en kvalitativ tilnærming med et eksplorerende, deskriptivt studiedesign. Det empiriske materialet er basert på semistrukturerte dybdeintervju, med et utvalg på fem kvinner i alderen 16-26 år. Studien er forankret i hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapstradisjon. Materialet er analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering. Resultatene drøftes i lys av teori om grunnleggende prinsipper i NPMF, medikalisering og utviklingspsykologi.

Resultater: Ungdommene beskriver hvordan de kjente kroppslige reaksjoner på psykiske symptomer relatert til angst og stress, og hvordan dette førte til at de søkte hjelp for sine plager og lidelser. Det var særlig betydningsfullt å få hjelp til å forstå de kroppslige reaksjonene sine og årsakene til at de oppstod. Funnene understøtter også viktigheten av det relasjonelle aspektet ved NPMF som behandlingstilnærming, hvor følelsen av å bli anerkjent, ivaretatt og vist omsorg var av betydning. De hadde en opplevelse av at behandlingen var sentrert rundt deres behov, og at de hadde høy grad av medvirkning. Verktøy og øvelser fra behandling ble integrert i hverdagen, og de opplevde å være bedre rustet til å takle utfordrende situasjoner.

Konklusjon: Ungdommene hadde positive erfaringer med NPMF, og en opplevelse av at behandlingen hjalp dem med deres kroppslige plager knyttet til psykosomatiske helseplager. Studien viser at NPMF som behandlingstilnærming vil være godt egnet for ungdom med psykosomatiske helseplager relatert til angst og stress.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, ungdom, angst, stress, psykiske plager, lidelser, medikalisering, utviklingspsykologi.

Abstract

Background: The mental health of children and adolescents is a focus area both politically, within the health care system and among the general population. There is an increase in psychosomatic symptoms, and reports indicate that adolescents feel an increasing pressure and expectations that they experience difficulties living up to. An increasing number of adolescents are being referred to Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMF) for help in dealing with psychosomatic healthproblems.

Purpose: The aim of this study is to contribute with increased knowledge about how adolescents experience NPMF as a treatment approach. The study explores the experiences of patients aged 16-26 years with NPMF in treatment for their physical problems related to anxiety. Gaining increased knowledge about how NPMF can help adolescents with mental illness and disorders, can be valuable for both those who refer and those who provide treatment for this patient group.

Method: A qualitative approach has been used with an exploratory, descriptive study design. The empirical material is based on semi-structured in-depth interviews, with a sample of five women aged 16-26. The study is rooted in the hermeneutic and phenomenological scientific tradition. The material is analyzed using Malterud's systematic text condensation. The results are discussed in the light of theory on basic principles in NPMF, medicalization and developmental psychology.

Results: The adolescents describe how they felt bodily reactions to psychological symptoms related to anxiety and stress, and how this led them to seek help for their problems and disorders. It was especially important being helped to understand their bodily reactions and the reasons for why they occurred. The findings also support the importance of the relational aspect of NPMF as treatment approach, where a feeling of being recognized, taken care of, and shown care was important. They experienced the treatment was centered around their needs, and that they had a high degree of participation. Tools and exercises from treatment were integrated into everyday life, and they experienced being better equipped to cope with challenging situations.

Conclusion: The adolescents had positive experiences with NPMF, and an experience that the treatment helped them with their psychosomatic health problems. The study shows that NPMF as a treatment approach will be well suited for adolescents with psychosomatic problems related to anxiety and stress.

Key words: Norwegian psychomotor physiotherapy, adolescents, anxiety, stress, mental distress, mental disorders, medicalization, developmental psychology.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Prosjektets relevans	2
1.3 Tidligere forskning på temaet.....	3
1.4 Studiens hensikt, formål og problemstilling	4
1.5 Oppgavens oppbygging	4
2.0 Prosjektets teoretiske forankring.....	5
2.1 Psykiske lidelser	5
2.1.1 Angst	6
2.1.2 Stress	7
2.1.3 Psykosomatikk.....	8
2.1.4 Medikalisering.....	8
2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi	9
2.2.1 Støttende og omstillende tilnærming.....	9
2.2.2 Undersøkelse og dynamisk individuelt tilpasset behandling.....	10
2.2.3 Å kjenne etter i egen kropp	11
2.2.4 Behandling av ungdom med angst.....	12
2.3 Individets utvikling	13
2.3.1 Eriksons teori om psykososial utvikling	13
2.3.2 Stadier i utviklingsteorien	14
2.3.3 Det femte stadiet.....	15
2.3.4 Det sjette stadiet	15
2.3.5 Regresjon i Jeg'ets tjeneste	16
2.4 Relasjon og omsorg i behandling.....	16
2.4.1 Trygghet og tillit	17
2.4.2 Anerkjennelse	18
3.0 Vitenskapsteoretisk forankring, metode og materiale.....	19
3.1 Bakgrunn for valg av forskningsdesign	19
3.1.1 Fenomenologi og hermeneutikk.....	20
3.1.1.1 Intervju som metode	21
3.1.2 Intervjuerens rolle	21
3.2 Forforståelse	21
3.3 Utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	22
3.3.1 Rekruttering	23
3.3.2 Introduksjon av informantene.....	24
3.4 Forberedelse og gjennomføring av intervju.....	25

3.5 Bearbeiding og analyse av intervjuene	26
3.5.1 Transkribering.....	26
3.5.2 Analysemetode	26
3.6 Etiske aspekter	27
3.7 Godkjenninger av prosjektet	28
4.0 Resultat fra analysen.....	29
4.1 Veien til NPMF behandling	29
4.1.1 Hvorfor oppsøkte de hjelp?	29
4.1.2 Hvordan ble de oppmerksom på NPMF?	30
4.1.3 Stress og angst kjennes i kroppen	31
4.1.4 Triggere for angst- og stressreaksjoner.....	32
4.2 NPMF som behandlingstilnærming	33
4.2.1 Behandlingen tar utgangspunkt i deres behov	33
4.2.2 Prosessen med å forstå og endre	34
4.2.3 NPMF kan være krevende	35
4.2.4 Å få tiden som trengs, og frykten for avvisning.....	36
4.3 Utbytte av behandlingen	37
4.3.1 Relasjonens betydning og opplevelse av relasjonelle endringer	37
4.3.2 Kjenne etter i egen kropp - redusere stress & kroppslige plager	38
4.3.3 Forståelse for sammenhenger - kroppslig tilnærming & refleksjon	40
4.3.4 Verktøy - nye måter å håndtere plagene & reaksjonene	41
4.3.5 Pustens betydning	42
5.0 Drøfting av funn.....	43
5.1 Lavterskeltilbud og medikalisering - plager eller lidelser?	43
5.2 NPMF behandling sett i lys av utviklingspsykologi	47
5.3 Metodediskusjon.....	53
6.0 Oppsummering.....	55
6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning	56
7.0 Referanseliste	57
8.0 Vedlegg.....	63
Vedlegg 1: Intervjuguide	
Vedlegg 2: Informasjonsskriv rekrutterende fysioterapeuter	
Vedlegg 3: Informasjonsskriv informanter	
Vedlegg 4: Transkripsjonsnøkkel	
Vedlegg 5: Utdrag fra analysen	
Vedlegg 6: REK godkjenning	
Vedlegg 7: NSD godkjenning	

1.0 Innledning

Psykisk helse blant barn og unge har lenge vært et hett tema, og skaper stort engasjement både i media, hos politikere og befolkningen generelt. Blant annet er det de siste årene kommet flere blogger, TV-serier og podkaster som fremhever dette, som for eksempel; «Jeg mot meg», «Sykt Perfekt», «Sinnsykt», «Hos Peder» og «HverdagsPsyk». I dette kapittelet vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema, prosjektets relevans, tidligere forskning på temaet og studiens hensikt, formål og problemstilling, før jeg avslutter med å gi en oversikt over oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det publiseres jevnt over kronikker og artikler om psykiske helseplager blant befolkningen, særlig hos barn og unge. Både historier til enkeltindivider, og artikler om manglende eller utilstrekkelige tilbud står omtalt i media (King, 2021; Ottesen, Øyehaug & Bjorbækmo, 2016). Fokus på psykiske lidelser og helseplager blant befolkningen, og særlig hos barn og unge, er med andre ord nå på alle arenaer, og trekkes frem som én av Norges ti store folkehelseutfordringer (Folkehelseinstituttet, 2018b). Rapporter på befolkningsbaserte studier viser at blant psykiske lidelser er det angst som er mest utbredt blant ungdommer. Den generelle økningen av psykiske lidelser på dette alderstrinnet, kan trolig knyttes til blant annet fysiske endringer, identitetsutvikling, og rusmiddelbruk (Bakken, 2020; Folkehelseinstituttet, 2018a). Det er mange meninger fra mange hold, men at både psykiske og fysiske lidelser er et stort helseproblem hos barn og unge i dag, er det stor enighet om. Bekymring for at mange unge faller utenfor sosialt, ikke gjennomfører skolegang og opplever psykiske og kroppslige plager, har resultert i at politikerne ønsker å styrke tjenestetilbudet for denne gruppen (Kjøs et al., 2021; Ottesen et al., 2016). Med den pågående Covid-19 pandemien har søkelyset rundt temaet økt, og det uttrykkes bekymring for hvilken påvirkning den vil ha på sikt (Lehmann et al., 2021).

Min egen motivasjon for å gjennomføre denne studien, bunner i at jeg til daglig jobber i kommunehelsetjenesten i en mellomstor kommune, og opplever at tilbud om oppfølging fra psykomotorisk fysioterapeut for barn og unge med psykiske helseplager, er veldig begrenset. Den kommunale fysioterapitjenesten får jevnt et økende antall henvendelser fra samarbeidspartnere som helsesykepleiere,

psykologer, leger, spesialisthelsetjenesten og annet skolepersonell, om barn og unge, som de tenker vil ha god nytte av fysioterapi med psykomotorisk tilnærming til plagene sine. Dette er i hovedsak barn og unge de beskriver som engstelige, og henvisningene skisserer ofte plager som leddsmerter, hyppig hodepine, mage- og tarmproblematikk, pustevansker, konsentrasjonsvansker og søvnforstyrrelser. På bakgrunn av mine erfaringer, ønsker jeg å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer ungdom hadde med NPMF, og hva de opplevde som betydningsfullt i behandlingen.

1.2 Prosjektets relevans

Allerede på 2000-tallet, snakket leger og forskere om den nye, store folkesykdommen; «Hjernestress», basert på at vi lever i et samfunn i stadig endring, som stiller nye krav til både evner og prestasjoner (Ellneby & Solli, 2000, s. 33-34). Dette er like gjeldende også i dag, hvor de nasjonale resultatene fra Ungdata undersøkelsen 2020, trekker frem at ungdom føler et økende press og forventninger som føles vanskelig å leve opp til (Bakken, 2020). Undersøkelsen viser også til at det er stor variasjon i utbredelse av psykiske helseplager blant unge, hvor det mest utbredte er typiske symptomer på stress; bekymringer og følelsen av at alt er et slit. Det er i tillegg mange unge som opplever søvnvansker og nedstemthet, og andre fysiske plager som hodepine, vondt i magen eller smerter i ledd og muskulatur. Det kommer også frem at jenter er generelt mer plaget enn gutter, men at andelen av ungdom som er mye plaget, økte gjennom ungdomsårene for begge kjønn. Det sees også en lett økning i bruk av helsetjenester knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, mens andelen unge som henvendte seg til psykolog har vært stabil. I ungdomstiden skjer mange og store endringer, både psykisk, følelsesmessig, biologisk, intellektuelt og sosialt. Det er en periode preget av pubertet og utvikling av egen identitet. Det er viktig å trekke frem at for de fleste er psykiske symptomer forbigående, og det er ikke uvanlig å ha hatt en psykisk lidelse eller adferdsforstyrrelse i tidsavgrensede perioder i løpet av barne- og ungdomsårene (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Dette utsagnet gjør at en kan undre over om psykiske lidelser eller adferdsforstyrrelser må anses som en normalvariasjon i samfunnet.

1.3 Tidligere forskning på temaet

Kunnskapsutvikling skal være relevant, gi ny innsikt, og fortrinnsvis bygge videre på kunnskapsgrunnlaget som allerede er lagt (Malterud, 2017, s. 21-23). Forskeren bør derfor i forkant av en studie, skaffe seg oversikt over den eksisterende forskningslitteraturen, ved å starte med et grundig litteratursøk. For kvalitative studier er målet å oppdage/utforske/beskrive noe nytt, ikke å gjenta andres funn. For å finne frem til tidligere forskning som var relevant for studiens problemstilling og tema, søkte jeg etter litteratur om NPMF behandling for ungdom, i databasene ORIA, PubMed og SveMed+, Cochrane og GoogleScholar. I tillegg gjennomførte jeg spesifikke søk i fagtidsskriftet Fysioterapeuten, og benyttet meg også av Google som søkemotor, for å undersøke hva som var blitt publisert om temaet de siste årene. Jeg benyttet meg av søkeordene «ungdom» og « tenåringer» i ulike kombinasjoner med «angst», «norsk psykomotorisk fysioterapi», «psykomotorisk fysioterapi», «psykisk helse», «psykiske helseplager», «stress».

Relevante treff handlet i stor grad om bekymring rundt ungdoms psykiske helse, samt helsetjenester og tiltak for ungdom med psykiske plager. Det var og en del litteratur som omhandlet ungdoms forhold til egen kropp, og om hvordan psykomotoriske fysioterapeuters kompetanse om kropp og bevegelse kan styrke tverrfagligheten i skolehelsetjenesten (King, 2021; Ottesen et al., 2016). Jeg fant også frem til et par relevante treff, som belyser hvordan PMF sin kroppslige innfallsvinkel kan brukes i behandling av ungdom (Ottesen, 2017; Ottesen & Mengshoel, 2016). Gjennom databasesøkene kom jeg også frem til en del forskning som viser at angst og stress er et problem for mange unge i dag, men det er lite forskning som sier noe om ungdommens opplevelse og erfaringer med å bruke kroppen som utgangspunkt for å dempe reaksjoner knyttet til angst. Det er fra tidligere skrevet flere masteroppgaver om blant annet psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med behandling av tenåringer, og ungdommers erfaringer med å delta i bevegelsesgruppe, men få som fremhever ungdommenes perspektiv på individuell oppfølging (Bjørlykhaug, 2016; Henriksen, 2016; Opaas, 2012; Vestli, 2019). På bakgrunn av egen motivasjon, temaets relevans, og funn fra litteratursøket, anser jeg studien som hensiktsmessig og relevant, og håper den kan bidra med ny kunnskap og ta del i utvikling av faget.

1.4 Studiens hensikt, formål og problemstilling

I denne oppgaven skal jeg belyse erfaringene sett fra ungdommenes ståsted, og ikke terapeutens. Formålet og hensikten med denne studien, er å bidra med økt kunnskap om hvordan ungdom opplever NPMF som behandlingstilnærming. Jeg ønsker derfor å undersøke hvilke erfaringer pasienter i alderen 16-26 år har med NPMF, i behandling for deres kroppslige plager relatert til angst. Å få økt kunnskap om hvordan PMF kan hjelpe ungdom med psykiske plager og lidelser, kan være verdifullt for både de som henviser og de som utøver behandling for denne pasientgruppen. Rapporten fra Folkehelseinstituttet (2018b), peker på at psykiske lidelser hos barn og unge kan få betydning gjennom hele livet, i form av mulighet for arbeidsdeltakelse, rusbruk og komorbiditeter. Dersom vi tidlig klarer å bedre de unges helse, kan det gi en langsiktig positiv effekt for helsen, samt mulig lette på den totale sykdomsbyrden i samfunnet. Med andre ord vil et bedret helsetilbud for ungdom, kunne resultere i økt mestringsfølelse, mindre skolefravær og redusere faren for langvarige lidelser. Prosjektets overordnede mål er å utforske ungdom mellom 16 og 26 år sine erfaringer med NPMF for psykosomatiske plager, relatert til angst, og jeg har på bakgrunn av dette utarbeidet forskningsspørsmålet: «*Hvilke erfaringer har ungdom med norsk psykomotorisk fysioterapibehandling for kroppslige helseplager knyttet til angst?*»

1.5 Oppgavens oppbygging

I tillegg til innledningskapittelet, består oppgaven av fem deler; teoretisk perspektiv, vitenskapsteoretisk forankring, metode og materiale, presentasjon av resultat, sammenfatning og drøfting av funn, og oppsummering. Disse er etterfulgt av referanseliste og vedlegg. I det neste kapittelet presenterer jeg teori med fagstoff, som skal gi et grunnlag for å belyse emnet. Videre følger metoddelen, hvor jeg presenterer og diskuterer valg av metode, redegjør for valg av populasjon, rekruttering av informanter, og valg av analysemetode for å bearbeide det empiriske materialet. Jeg presenterer deretter funn og drøfting av funn, hvor jeg har gjort rede for, og diskutert utdrag av meningsfulle enheter fra intervjuene med de fem informantene. Avslutningsvis vil jeg lage en sammenfatning av de viktigste funnene, som svarer på problemstillingen, og presentere implikasjoner for praksis og muligheter for videre forskning.

2.0 Prosjektets teoretiske forankring

Teori er en integrert del av vår forskningsmetode ved at man som forsker leser eget materiale med et bestemt sett briller eller perspektiv, og identifiserer våre mønstre ut ifra dette. Denne teoretiske referanserammen hjelper oss å forstå det empiriske materialet i en større sammenheng (Malterud, 2017, s. 47-48). Begrensninger i oppgavens omfang, påvirker hvor dypt og bredt jeg har kunnet presentere relevant teori, som danner grunnlag for oppgaven. Videre i kapittelet vil jeg presentere teori om psykiske lidelser, NPMF, individets utvikling og relasjon og omsorg i behandling.

2.1 Psykiske lidelser

Grenselandskapet mellom følelse og lidelse er uklart, og at menneskers liv er farget av lidelse, betyr ikke at livet selv er en sykdom (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2018, s. 34). For å definere noe som psykiatri, må man trekke linjer mellom hva som forventes av et menneske å tåle, og hva som oppfattes som lidelse, hvor behandling eller omsorg er nødvendig. Psykiske *plager* blir definert som plager, hvor symptombelastningen er så høy, at det går ut over personens læring, trivsel, daglige gjøremål og samvær med andre. Plagene ansees ikke som alvorlige nok, til at de kan klassifiseres som diagnoser. Eksempler på psykiske plager er blant annet lettere former for angst og depresjon og enkle fobier (Mathiesen et al., 2009). Psykiske *lidelser* er en samlebetegnelse for tilstander og sykdommer, hvor følelser og tanker blir påvirket. De medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet, og kan skape ubehag som gir redusert livskvalitet. Helgeland og Diseth (2021) problematiserer at mange unge pasienter ikke fyller kriteriene til en diagnostiserbar psykisk tilstand som angst eller depresjon, fordi negative livshendelser og biopsykososial belastning kommer til uttrykk som kroppslige symptomer. De fremhever også at dette medfører at mange unge får avslag på videre oppfølging i psykisk helsevern.

Det finnes utallige eksempler på unge pasienter med somatiske symptomtilstander som gjennomgår stadig nye og unødvendige undersøkelser i en «evigvarende» utredning (Geist, Weinstein, Walker & Campo, 2008). Årsaken til dette er ofte håp om å få en forklaring, men istedenfor svar kommer det heller nye spørsmål til syne. Dette kan bidra til bekymring, usikkerhet og uheldig symptomoppmerksomhet, og derav manglende opplevelse av kontroll og forutsigbarhet for pasienten (Geist et al., 2008).

På denne måten kan stadig ny eller gjentatt medisinsk utredning, føre til økt eller opprettholdt aktivering av kroppens stressystemer, og vedlikehold av de kroppslige symptomene ifølge Kozlowska, Scher og Helgeland (2020). Skillet er glidende mellom psykiske plager og lidelser, og kan derfor virke uklart (Thornquist, 2016a). Mange unge benytter hverdagslige ord, og virker å unngå diagnostiserende språk. Jeg vil under presentere begrepene angst, stress, psykosomatikk og medikalisering.

2.1.1 Angst

Angst kan beskrives som en følelse av overhengende fare, hvor tankene vi gjør oss om det som kan skje, vil ha stor betydning for hvordan vi opplever situasjonen (Kringlen, 2011, s. 161). Med bakgrunn i store, epidemiologiske studier, har man holdepunkter for at angst rammer en stor del av befolkningen, hvor inntil 33 prosent rapporterer livstidsforekomst av angstlidelse (Skårderud et al., 2018, s. 310). Ifølge Kringlen (2011, s. 166) finner man to topper for manifestasjon av generalisert angst og fobier; den første omkring 13-14 årsalderen, og den andre ved 18-20 årsalderen. Uten behandling blir tilstanden gjerne verre med årene som går, og tidlig innsats er viktig. Man kan på mange måter si at angst er grunnvalutaen i menneskers følelsesliv, og kan lett veksles inn i alle våre følelser. Den har en sentral funksjon i regulering av mellommenneskelig kontakt, ved at den regulerer våre følelser før de blir til uttrykk som andre kan besvare (Skårderud et al., 2018, s. 307-308). Man kan si at det går et skille mellom angst og frykt, hvor angstens respons har en ukjent kilde, mens frykt er rettet mot en kjent fare (Hart & Schwartz, 2009, s. 88).

Det finnes ulike typer angst, hvor hovedgruppene i henhold til diagnosemanualene er; fobisk angst, panikkangst, traumelidelser, tvangslidelser og generalisert angstlidelse (Skårderud et al., 2018, s. 310-314). Angst har opplevde dimensjoner innenfor kroppen, følelsene, tankene og handling, hvor man i kroppen ser målbar aktivering, med blant annet økt adrenalinutskillelse og pulsfrekvens, tiltagende respirasjon, temperaturendringer og blodtrykksendringer (Kringlen, 2011). Vi mennesker er utviklet til at vi har en tillit til den kroppslige aktiveringen angst fremmer, vi oppfatter de som tegn på at vi er truet, og bør reagere deretter. Ved langvarig behandling over ett år, vil det ofte være som siktemål ikke bare å få angstsymptomene under kontroll, men også opparbeide økt toleranse for den funksjonelle angsten (Skårderud et al., 2018, s. 209).

2.1.2 Stress

På engelsk er ordet «stress» et uttrykk for spenning eller trykk. Innen medisin og psykologi, brukes begrepet stress til å beskrive tilpasningsreaksjoner i kroppens organer, som utløses av psykiske og fysiske påkjenninger (Ellneby & Solli, 2000, s. 31-34; Håkonsen, 2009, s. 271-274). Med andre ord er stress en reaksjon som oppstår når vi utsettes for ekstra store emosjonelle, intellektuelle eller fysiske krav og påkjenninger. Hendelsen trenger ikke være virkelig; stress kan utløses kun ved fornemmelse av en trussel, ettersom våre følelser påvirker kroppens fysiologiske alarmsystem (Håkonsen, 2009, s. 271-274). Kroppens stressreaksjoner kan beskrives i fire stadier; alarm, motstand, utmattelse og gjenoppbygging, hvor moderne forskning beskriver stress som en dynamiske prosess, hvor omgivelsenes krav setter individets evner på prøve (Ellneby & Solli, 2000, s. 32). Ved eksponering for stress, aktiveres det autonome nervesystemet automatisk, og gjennom påvirkning på HPA-aksen (hypothalamus, hypofyse og binyrer), skilles det ut adrenalin og kortisol, som igangsetter kroppslige reaksjoner, for å forberede oss på kamp eller flukt (Skårderud et al., 2018, s. 113-114). Eksempler på kroppslige stressreaksjoner er muskel- og skjelettsmerter, muskelspenninger, hodepine, kvalme, svimmelhet, utmattelse, brystmerter, hjertebank og mage/tarmproblemer. Stress kan også gi kognitive, emosjonelle og atferdsmessige symptomer, som nedsatt hukommelse, konsentrasjonsvansker, humørsvingninger, søvnrytmeforstyrrelser, sosial isolasjon, appetittforandringer, og økt bruk av rusmidler.

Dersom forhøyet nivå av stress vedvarer over tid, kan det påvirke både psykisk og fysisk helse, og gi såkalte stressrelaterte helseplager (Ellneby & Solli, 2000, s. 32). Stress sin kort- og langsiktige påvirkning på hjernen er stor, og ved langvarig høyt kortisolnivå, vil alle de sentrale transmittersubstansene hemmes, noe som kan føre til depresjon (Skårderud et al., 2018, s. 374-375). Innen psykologien har man et skille mellom positivt og negativt stress. Positive former for stress kan virke motiverende og gjør oss engasjert, mens negativt stress kan utgjøre en potensiell helserisiko, hvor individet over tid opplever ubalanse mellom mengden press og midlene (personlige, relasjonelle og situasjonelle) man har til rådighet for å mestre dette presset (Bakken, Sletten & Eriksen, 2018; Kirkengen, 2017).

2.1.3 Psykosomatikk

Psykosomatikk er læren om sammenhengen mellom psykologiske faktorer, som følelser, personlighet og stress, og fysiologiske forhold, som somatisk sykdom (Håkonsen, 2009, s. 286-288). Det er vanskelig å påvise noen årsak/virkningssammenheng mellom disse, men det finnes ulike modeller som viser hvordan de sammen kan bidra til å utvikle psykosomatiske symptomer. Flere faktorer må virke sammen for at psykologiske faktorer skal påvirke kroppslige funksjoner. Selv om virkningsmekanismene ikke alltid er klarlagt, er det godt dokumentert at fysisk og psykisk helse påvirker hverandre gjensidig. Somatisk sykdom og fysisk smerte regnes som betydelige risikofaktorer for psykiske lidelser, og vice versa har personer med psykiske lidelser økt somatisk sykkelighet sammenliknet med befolkningen for øvrig (Thornquist & Ottesen, 2015).

2.1.4 Medikalisering

Medikalisering er et begrep som brukes i forskjellig betydning. Det betegner en sykdeliggjøring av naturlige og normale livsprosesser (Thornquist, 1998, s. 244-245; 2009a, s. 79-81). Dette bidrar til å skape en inngang til igangsetting av behandling, og i en tid hvor stadig flere problemer og plager oppfattes som tegn på sykdom, legges det et stort ansvar på helsevesenet å finne løsninger (Kringlen, 1995; Thornquist, 2016a). Det hevdes at den medikaliserende utviklingen forsterkes ved at det er gått inflasjon i diagnosekategorier, og med nye diagnostiske termer skapes det behov for behandling (Thornquist, 2009a). De «behandlingstrengende» definerer seg selv i økende grad innen medisinen egen logikk, som gjør det vanskeligere å finne en adekvat behandling for deres plager. Faren ved diagnoser er om de brukes som forklaring for alle aspektene ved en persons leve- og væremåte (Thornquist, 2009). Det er utfordrende å skille mellom resultat av vanskelig fortid og situasjonsbetingede problem, og mange unge i dag omtales i dag som «skjøre» (Thornquist, 2016c).

Thornquist (2016b) løfter frem hvordan det er skapt et inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser har økt, noe hun legger frem at kan skyldes en økning i antallet personer om oppsøker og mottar helsehjelp. Hun mener det er rimelig å forvente en viss økning i psykiske helseplager og lidelser, da dagens uoversiktlige samfunn, som er i stadig endring, gir grobunn for uro og bekymring. Videre problematiserer hun at ungdommens uro, bekymringer, søvn- og konsentrasjonsvansker omtales som

psykiske problemer, og peker på at vi er i fare for å sykeliggjøre ungdomstidens spesielle svingninger og utfordringer. På den annen side påpeker Thornquist (2016b) at bagatellisering av lette eller milde symptomer på psykisk uhelse kan virke hindrende for pasientene, og utfordrer tanken om det er slik at man må være alvorlig syk med en diagnose for å søke profesjonell helsehjelp.

2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er en behandlingstradisjon innen fysioterapi, som springer ut fra samarbeidet mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy på 40- og 50-tallet. Sammen begynte de å utforske sammenhengen mellom pust, muskelspenninger og tilbakeholdte følelser (Bunkan, Bülow-Hansen, Hansson, Houge & Hødal, 1995; K. Ekerholt & Gretland, 2018, s. 51-53). Behandlingstilnærmingen baseres på en forståelse av at kropp og følelser står i et gjensidighetsforhold til hverandre, hvor kroppen er uttrykksfelt for følelser, og bidrar i reguleringen av dem (Thornquist, 2005). Kroppen sees som en funksjonell og samspillende enhet, hvor hovedprinsippene er at man behandler hele kroppen (Thornquist, 2006a). Med muskelspenninger og tilbakeholdelse av respirasjon, kroppsholdning og bevegelser, regulerer mennesker sine følelser. Denne prosessen foregår ofte ubevisst og ureflektert, og terapeuten må være sensitiv for pasientens kroppslige reaksjoner og uttrykk (Feilberg & Thornquist, 2016). Behandlingen sikter mot en kroppslig omstillingsprosess, gjennom arbeid med kroppsholdning, muskulatur, pust og bevegelser der det legges vekt på å stimulere til kroppslig ledighet og fri strekk.

2.2.1 Støttende og omstillende tilnærming

Tiltakene i NPMF kan være mer eller mindre støttende og stabiliserende, eller mer eller mindre omstillende og frigjørende. Behandlingen består som oftest av en dynamisk kombinasjon av disse, gjennom en kontinuerlig vurdering der tilnærmingen utøves i samspill mellom stabilitet og frigjøring. Begrepene refererer til hvordan pasientens forsvar påvirkes av tiltakene (Gretland, 2007, s. 88-89). Ved støttende behandling er tiltakene ment å hjelpe pasienten å oppnå en bedre forankring til underlaget, gi økt autonomi og selvavgrensning, og få en følelse av å ha hold om seg selv. Det er viktig at terapeuten sørger for at pasienten har en «safe place» i kroppen

før en setter i gang med frigjørende behandling, da omstilling kan oppleves krevende (Thornquist, 2009b). Ved omstillende behandling kan tiltakene oppleves mer inngripende, og man søker å utfordre pasientens kroppslige selvregulering ved at selvbeskyttende, vanemessige bevegelsesmønstre forstyrres og det kroppslige forsvaret svekkes - gjennom endring i pust og muskulære spenninger. Formålet er å endre et uhensiktsmessig bevegelses- og spenningsmønster til fordel for et mer funksjonelt (Gretland, 2007, s. 88-89). Respirasjonsomstillingen er det viktigste momentet i behandlingen, og jobben med omstillingsprosesser må sees i en sammenheng mellom kroppslige og følelsesmessige forandringer, som igjen ofte endrer andre kroppslige- og autonomt innerverte funksjoner (Thornquist, 2006a).

2.2.2 Undersøkelse og dynamisk individuelt tilpasset behandling

Kroppen vår er meningsbærende og er et uttrykksfelt for levd liv, preget av våre erfaringer, sosiale og kulturelle liv (Gretland, 2007, s. 28-29). Behandlingen omfatter hele kroppen, uansett hvilke symptomer pasientene har (Thornquist, 2006a, b). NPMF er ikke en standardisert behandling, men tilpasses individuelt til hver pasient, og bruker virkemidler som massasje, øvelser og bevegelse (K. Ekerholt & Gretland, 2018, s. 52-56; Thornquist, 2005). For å kunne legge opp til adekvat behandling, tar psykomotoriske fysioterapeuter utgangspunkt i en omfattende funksjonsvurdering av sammenheng i kroppslige og verbale mønstre i pasientens væremåter relatert til helseplagene, livssituasjon og livsbelastninger (Gretland, 2007, s. 95-97). Man må også ta i betraktning pasientens innsikt i egen situasjon, samt den aktuelle livssituasjonen han/hun befinner seg i (Thornquist, 2006b). Studier av pasienters erfaringer med NPMF gjennom de siste 25 årene, viser at særlig fire aspekter er av betydning; å bli kjent med egen kropp, forstå meningen med reaksjonene, følelse av identitet, og sammenhengen mellom kropp og psyke (K. Ekerholt & Gretland, 2018, s. 55-56). Dette peker mot fenomenologi og hermeneutikk som filosofisk perspektiv og grunnleggende forståelse av hva kropp er. NPMF ikke er grunnlagt på fenomenologi, men kan som filosofi bidra til å forstå og belyse viktige aspekter ved tilnærmingen.

2.2.3 Å kjenne etter i egen kropp

Utgangspunktet i tilnærmingen er at kroppen er bærer av liv og historie, og at den uttrykker og regulerer følelser. Fysisk nærhet gjennom behandling kan imidlertid aktivere traumer på nytt. Det er derfor viktig å forstå hva krenkelser i barndommen kan medføre av reaksjonsmønstre i ettertid, i tilsynelatende helt andre situasjoner (Kirkengen & Næss, 2015). Disse reaksjonsmønstrene kan tenkes at vil påvirke spenningsmønsteret i kroppen, og at det kan oppstå ubehag, smerter og negative tanker og følelser relatert til egen kropp. Mathiesen et al. (2009) skriver at det i vår tid rettes stadig større oppmerksomhet mot kroppen, og stiller spørsmål ved hva all denne oppmerksomheten gjør med ungdommer som lever i kropp i endring. Ungdom forteller at PMF med kropp som innfallsvinkel, gir kunnskap og innsikt om seg selv på en annen måte enn ord alene. Ved å fremme spontanitet, aksept og frihet, kan PMF vinkle fokus på kropp i en positiv retning (Mathiesen et al., 2009).

I klinisk arbeid skjer det dialog gjennom kroppen, hvor helsepersonell ofte formidler implisitt hva de anser som viktig eller uviktig, og relevant eller irrelevant (Thornquist, 1998, s. 179). På den måten legger terapeuter på mange vis også en del føringer på pasientens oppfatninger og handlinger. Undersøkes en plage kun lokalt, isolert fra resten av kroppen, gir det budskap til pasienten om at informasjon om hvordan de bruker, beveger og belaster seg i dagliglivet, er irrelevant. Thornquist (1998, s. 179) løfter frem at kroppslig ubehag kan være grunnlag for refleksjon og ettertanke, istedenfor å være noe en bør tilstrebe å fjerne umiddelbart. Berøring kan være til hjelp når en forsøker å oppleve seg selv, i form av at den kan bygge opp under følelsen av å være en enhetlig person, avgrenset fra omgivelsene (Thornquist, 1998, s. 158). Gjennom hudkontakt berører og opplever vi oss selv og vår kropp, samtidig som vi berører og opplever andre og deres kropp. Dette åpner for tilstedeværelse, erkjennelse og deltakelse, og berøring kan hjelpe pasienten å få kontakt med ens egne følelser og kropp. Ifølge Thornquist er ikke berøring alltid beroligende og godt, det kan også oppleves utrygt, urovekkende og smertefullt.

Språket vårt skiller mellom kropp og sinn, som opprettholdes delvis fordi det er slik vi som mennesker erfarer det. Vi har en kropp som vi mentalt forholder oss til, vi tenker om den, vi kan overskue den med blikket og fysisk gripe om den hvis vi vil. Ifølge Binder (2011, s. 164-165) vil det å finne ord og uttrykk for å beskrive følelser, kunne

hjelp oss med å forstå dem, og kunne forholde oss til dem. Der pasienten helt eller delvis mangler ord for de følelsene som er til stede, vil følelsene måtte utforskes gjennom kroppslige fornemmelser knyttet til dem, sett i lys av situasjonen som har vekket dem. Det er viktig at terapeuten ikke pådytter pasienten sitt eget følelsesspråk, men at det legges til rette for å utvikle et språk og en måte å snakke sammen på (Binder, 2011, s. 165-166).

2.2.4 Behandling av ungdom med angst

Det er grunnleggende i NPMF å ta utgangspunkt i at kropp og sinn hører sammen og påvirker hverandre gjensidig (Sviland, Martinsen & Råheim, 2014). NPMF med fokus på økt kontakt mellom kroppslige reaksjoner, følelser, tanker og forestillinger gir gode forutsetninger for å fremme identitet, selvstendighet og god helse. En studie av Bergland, Olsen og Ekerholt (2018), støtter opp under at PMF har en positiv effekt på angstproblematikk, og artikkelen viser til resultater i form av økt livskvalitet, bedre selvfølelse og reduksjon i smerter. En psykomotorisk tilnærming med fokus på både psykologiske faktorer, kroppslige uttrykk og regulering av følelser, kan hjelpe pasientene å normalisere det normale og bidra til å forebygge og behandle når det er nødvendig (Ottesen et al., 2016). Mange barn og unge tror at plagene de opplever representerer noe farlig i kroppen, eller at plagene ikke kommer til å gå over (Hechler, Endres & Thorwart, 2016). Ved å tilby god informasjon og forklaring tilpasset barnets alder og utviklingsnivå, kan man endre uheldig forståelse og forventning om plagene. Dette kan ifølge Schaefer, Egloff, Gerlach og Witthöft (2014) bidra til å bryte et uheldig samvirke mellom pasientens oppmerksomhet på symptom tro på at sansningen representerer noe farlig i kroppen. Ottesen (2017) fremhever at flere ungdom henvises til fysioterapi med stressrelaterte helseplager, og hvordan deltakelse i skole- og hverdagsliv påvirkes av dette. Hennes inntrykk er at kroppen er konstant i fokus hos mange unge, både gjennom smerte og plager, men også gjennom kroppens tydelige plass i ungdomskulturen og samfunnet generelt.

2.3 Individets utvikling

Utviklingspsykologien dreier seg om hvordan individer endrer seg sosialt, mentalt og adferdsmessig gjennom livsløpet, og forståelse for rekkefølge og tidsmessige sammenhenger står sentralt (Tetzchner, 2012, s. 17-19). I utviklingspsykologi tenker man på utvikling i et biologisk, sosialt og kulturelt perspektiv. Definisjon på utvikling er mønstre for forandring over tid, som starter ved unnfangelse og fortsetter gjennom hele livet. Dette er en vid definisjon med tanke på hva som kan regnes som utvikling, men den er klar på at utvikling foregår hele livet. Gjennom identitetsdannelse, skal individet finne sin fremtidige plass som voksen og selvstendig i samfunnet, gjennom å utforske og velge mellom ulike verdier og holdninger (Tetzchner, 2012, s. 682-683). Disse valgene er ofte knyttet til usikkerhet knyttet til personlige og sosiale skifter.

2.3.1 Eriksons teori om psykososial utvikling

Erik Erikson var ifølge Tetzchner (2012, s. 716), den første til å beskrive personlighetsutviklingen som en livslang prosess. Eriksons teori bygger i stor grad på Sigmund Freuds, men la mer vekt på de sosiale og kulturelle faktorenes betydning i utviklingen, samt «økologien» - som vil si menneskets tilpasning til, og samspill med omgivelsene (Jerlang et al., 2008, s. 78-80). Mennesker møter på visse utfordringer, eller «kriser», som skal løses i bestemte faser i livet. Identiteten skapes gjennom en læringsprosess, basert på hvordan en løser disse utfordringene, og hvor vellykket den løsningen er. Eriksons syn på vellykkethet i løsning av utfordringer, gir grunnlag for modellen for psykopatologisk utvikling med fokus på risiko, sårbarhet og motstandsdyktighet. Dette forutsetter at det finnes en "normal-/optimalutvikling", og det ligger stor makt hos dem som definerer dette (Tetzchner, 2012, s. 513-514).

2.3.2 Stadier i utviklingsteorien

Det fremkommer fra Jerlang et al. (2008, s. 88-89) at Erikson var enig med Freud i at emosjoner er viktig for utviklingen. Derimot mente Erikson at utviklingen ikke stoppet i ungdomsårene, men at den fortsatte hele livet. Teorien hans bygger på en antakelse om at menneskets utvikling foregår epigenetisk¹, trinnvist og etter et mønster. Han foreslo, og definerte åtte slike stadier (Tetzchner, 2012, s. 513-514):

1. **Tillit versus mistillit** (første leveår)
 - Barnet utvikler tillit til seg selv og omgivelsene (foreldre) i forhold til å få tilfredsstilt sine grunnleggende behov.
2. **Autonomi versus skam og tvil** (andre leveår)
 - Barnet lærer selvkontroll og viljestyrke. Lærer å kontrollere omgivelsene og opplever å ha fri vilje. Med disse nye evnene utvikles også skam og tvil i forbindelse med bruk av denne kontrollen og viljen.
3. **Initiativ versus skyldfølelse** (2-4 år)
 - Barnet får mer mål og mening, og utforsker med hensikt. Følelser av anger utvikles når barnet forstår handlingene som "feil".
4. **Arbeidsevne versus mindreverd** (5 år til puberteten)
 - Barnet får økt kompetanse til å utføre oppgaver.
5. **Identitet versus rolleforvirring** (ungdomsalderen)
 - Ungdommen utvikler en opplevelse av seg selv i relasjon til andre. Føler samhørighet, men også eierskap til egne tanker og følelser.
6. **Intimitet versus isolasjon** (tidlig voksenalder)
 - Personen utvikler evne til å gi og motta kjærlighet, og bygger forpliktende relasjoner.
7. **Genereringsevne versus stagnasjon** (middel voksenalder)
 - Personen utvikler interesse for å bidra til utviklingen av neste generasjon.
8. **Egointegritet versus fortvilelse** (alderdom)
 - Personen er preget av måtehold og visdom.

¹ Epigenese: *Utviklingsprosess som fører til at et individets genetiske disposisjoner blir modifisert av miljøpåvirkninger og omdannet til organismens struktur og atferd Tetzchner, S. v. (2012). Utviklingspsykologi (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.*

2.3.3 Det femte stadiet

I denne studien vil det femte og sjette stadiet være mest relevant, da det er de som omfatter aldersspennet studiens informanter er i. Det femte stadiet tar for seg ungdomsperioden, som beskrives som en overgangsfase med elementer fra barn og voksen, hvor det skjer en voldsom utvikling med store fysiske og psykiske endringer (Tetzchner, 2012, s. 679). Barnets utvikling skal fullføres, og ungdommen skal utvikle seg til å bli selvstendig og uavhengig. Fasen krever en kontinuerlig tilpasning, hvor de må forholde seg til nye erfaringer, utfordringer og situasjoner. Ungdomsalderen preges av identitetsdannelsen, av kjønnsmodning og nye former for relasjoner (Håkonsen, 2009, s. 115). Perioden er karakterisert av at de begynner å tvile på alt de en gang stolte på av egen kunnskap, evner og erfaring. Dette skyldes alle de biologiske endringene som kroppene deres går gjennom, og identitetskrisen dette igjen skaper. Av Jerlang et al. (2008, s. 108-112) fremkommer det at en slik krise kan påvirke ungdommen resten av livet på en negativ måte med tanke på psykiske lidelser. Tetzchner (2012 s. 679) påpeker at sammenlignet med lavere alderstrinn, har ungdomsalderen fått mindre oppmerksomhet i utviklingspsykologien, og vi vet også mindre om konsekvenser for hvordan ungdom møtes i psykoterapi.

2.3.4 Det sjette stadiet

Det sjette stadiet omhandler tidlig voksenalder, hvor identiteten er grunnlagt og relativt avklart. Individet modnes etter hvert for både vennskap og kjærlighet på et dypere plan, en skal finne plass i arbeidslivet, og bli i stand til å samarbeide og føle samhørighet med andre. Dette innebærer at vi må lære å inngå kompromisser - vi kan ikke alltid gjøre som vi selv helst vil. Fra boken til Håkonsen (2009, s. 116), kommer det frem at Erikson vektlegger tungt at en må utvikle seg til å kunne åpne seg for andre, og slippe andre mennesker nær inn på seg selv. Da må en ha trygghet for å tørre å ta noen sjanser. Om en ikke lykkes i å komme i et slikt godt forhold til andre mennesker, kan en komme til å oppleve en følelse av isolasjon, en følelse av å være alene i verden – som kan tilta med årene. Mange unge mennesker er under utdanning langt ut i voksen alder, som forsterker faren for å falle utenfor fellesskapet og bli isolert (Jerlang et al., 2008, s. 112-113). De unge kan da lettere falle utenfor det fellesskapet som et yrkesliv ofte tilbyr, og de får færre tilbud om å ta del i meningsfylte aktiviteter. Økningen i antallet psykiske lidelser, skilsmisser og selvmord for aldersgruppen påpekes som et mulig utslag av dette ifølge Jerlang et al. (2008).

2.3.5 Regresjon i Jeg'ets tjeneste

Regresjon kan defineres som tilbakevending til tidligere tids opplevelses- og funksjonsmåter, og ble innført i psykologien av Sigmund Freud – som Eriksons teori bygger på (Skårderud et al., 2018, s. 218-219). Ved regresjon løper en fra ansvaret som forventes av en i en bestemt alder eller stilling, hvor en faller tilbake i en passiv, barnslig rolle og vil pleies (Kringlen, 2011, s. 85-86). Regresjon er en vanlig reaksjon hos barn og unge som opplever stress, og kan i noen tilfeller være hensiktsmessig. «*Regresjon i Jeg'ets tjeneste*» er et begrep som brukes om bevisst og kontrollert regresjon hvor den er midlertidig, og har som formål å hindre at personligheten overbelastes (Jerlang et al., 2008, s. 54-55). Regresjon blir gjerne brukt i terapeutisk behandling, særlig for barn og unge, hvor målet er å hele tidligere traumer og kriser som den unge har opplevd. Ved bruk av regresjon i behandling er det ønskelig å finne den rette balansen mellom krav til ansvar og mestring på den ene siden, og tilbud om tilknytning og terapeutisk allianse på den andre – dette er igjen avhengig av tidsperspektivet man har på behandlingen (Skårderud et al., 2018, s. 218-219).

2.4 Relasjon og omsorg i behandling

Som mennesker er vi uunngåelig relasjonelle vesener, vevd inn i ulike relasjoner. Alt vi gjør og tenker, skjer innen rammene av menneskelige sammenhenger, og en kan si at behandling og profesjonell omsorg, er å arbeide via forhold. Skårderud et al. (2018, s. 89-90) beskriver omsorg som god samhandling, med utspring i en grunnleggende forståelse av at mennesker er bundet sammen i avhengighet. Omsorg er alltid rasjonell, og svarer på en dybdeerkjennelse av vår allmenne avhengighet. Helsefaglig omsorg foregår mellom to eller flere subjekter, som har en felles avhengighet av og behov for gjensidighet, eksempelvis anerkjennelse, håp og forståelse for lidelse. I følge Thornquist (2006b) er terapeutens sensitivitet og evne til empati og innlevelse overfor pasienten en forutsetning for god terapi. Nærvær og samarbeid med et annet menneske er viktig for å utvikle og opprettholde en terapeutisk relasjon. Dette skal føre til utvikling av mål og planer, som igjen bidrar til myndiggjøring av pasienten og en helhetlig behandlingsprosess (Hummelvoll & Dahl, 2012). Den terapeutiske samhandlingen har vist å ha betydning for den totale behandlingsprosessen og hvilke resultater man oppnår (Dragesund & Øien, 2019).

I artikkelen til Bjerke (2016) kommer det frem begreper som «arbeidsallianse» og «den virkelige relasjonen». En arbeidsallianse består av den rasjonelle delen av pasientens relasjon til terapeuten, og gir en indikasjon på pasientens kapasitet til å jobbe målrettet i behandlingen, mens i «den virkelige relasjonen» kan eksempelvis problematiske trekk hos terapeuten vekke realistiske reaksjoner hos pasienten (Bjerke, 2016). Alliansen skal i prinsippet være like mye påvirket av terapeutens bidrag som av pasientens, og styrken og kvaliteten på alliansen må sees i et to-person-perspektiv hvor tre følgende komponenter er av betydning: enighet om målet med behandlingen, valg av tiltak og tilstedeværelse av et følelsesmessig bånd (Hartmann & Axelsen, 2008, s. 36). For å få til et godt samspill, må pasient og terapeut koordinere seg med hverandre, finne en felles rytme sammen og være samstemt i intensjon og intensitet (Gretland, 2007, s. 30-31). Kirsten Ekerholt og Bergland (2019, s. 57-58) poengterer at den terapeutiske alliansen er essensiell for å skape et trygt nok rom for pasienten til å være til stede i egne opplevelser, som igjen kan tillate at dypere terapeutisk virke kan skje. I artikkelen til Moltu og Veseth (2008) skriver de om Benjamins teori og begrepet «tredjehet», som er et intersubjektivt samspill hvor pasient og terapeut skaper et intersubjektivt rom for å tenke, føle og snakke om hva som foregår inne i seg selv og dem imellom. Denne type samspill er ikke en konstant tilstand, men forekommer i sykluser hvor den vil brytes - for så å måtte gjenvinnes.

2.4.1 Trygghet og tillit

Proessen med å utvikle tillit og et emosjonelt bånd til sine omsorgsgivere starter allerede fra fødselen av. Spedbarn som har erfart omsorgsgiver som redd, skremmende og desorganisert i samspillet, kan ha vansker med tilknytning. I tilfeller hvor omsorgspersonen er både årsaken til og løsningen på barnets frykt, kan dette føre til en kollaps i barnets atferd og dets oppmerksomhetsstrategier (Braarud & Nordanger, 2011). En uomstridt definisjon av begrepet tillit finnes ikke, og det kan være vanskelig å skille fra andre fenomener som blant annet tro, fortrolighet og tiltro (Grimen, 2008, s. 197). Samtidig er de fleste forskere innen psykologi og andre fag, enige om at trygghet og angst, spiller en viktig rolle i menneskets utvikling (Kloep, Hendry & Jensen, 2003, s. 77). Trygghetsfølelsen betraktes som et grunnleggende behov som *må* tilfredsstilles, før det kan skje selvrealisering. Å etablere en relasjon med tillit og trygghet kan være en lang og krevende prosess både for pasient og

terapeut, og kan i enkelte tilfeller være et mål for NPMF behandlingen i seg selv (Gretland, 2007, s. 103). Tilknytning og tillit er viktige elementer for å skape en følelse av trygghet, som er en grunnleggende ressurs mennesker må ha for å tørre å utfordre seg selv (Kloep et al., 2003, s. 96-97). Thornquist (2016c) påpeker viktigheten av å avgrense uten å avvise, samtidig som man opptrer støttende ovenfor pasienter i denne aldersgruppen.

2.4.2 Anerkjennelse

For å kunne skape øyeblikk i behandling hvor berikende og endringsfremmende erfaringer kan oppstå, er spontanitet og autentisk tilstedeværelse forutsetninger som må være tilgjengelig (Moltu & Veseth, 2008, s. 10). Sviland, Råheim og Martinsen (2012) trekker frem tillit som grunnvilkår for spontan livsytring. De fremhever hvordan fysioterapeutens sansenære tilstedeværelse kan bidra til et terapeutisk rom der tillit kan få virke. I møte med pasienter innehar fysioterapeuten kunnskapen om kropp, funksjon og behandling, mens det er pasienten som selv vet hvordan de opplever situasjonen og sykdommen, og hva som føles viktig for dem. Det er viktig at fysioterapeuter tar pasientens perspektiver på alvor, og lar pasienten få så stor innflytelse på egen situasjon som mulig (Eide & Eide, 2007). Pasientene er «eksperter» i egne liv, og som terapeut er det viktig å lytte for å finne riktig tilnærming til hver enkelt pasient. Pasientenes opplevelse av å bli anerkjent og vist omsorg for av terapeuten – både gjennom berøring og samtale – viser seg å være avgjørende for deres mulighet til å bli bevisst faktorene som forårsaker og vedlikeholder de muskulære smertene deres (Dragesund & Øien, 2021). Studien deres viser videre at denne bevisstgjøringen var nødvendig for endringsprosessen, og for at pasientene skulle ta mer ansvar for egen helse.

3.0 Vitenskapsteoretisk forankring, metode og materiale

Som forsker er det viktig å stille og reflektere over noen grunnleggende ontologiske og epistemologiske spørsmål som for eksempel; *hva er sikker kunnskap?, hvordan gå til verks for å skaffe sikker kunnskap? og hva er tings sanne natur?* (Thornquist, 2018, s. 16). En forskningsmetode er et middel for å få frem ny kunnskap, og fungerer som et redskap for utvikling av nødvendige data, hvor forskeren har innvirkning på kunnskapsutviklingen gjennom hele prosessen (Malterud, 2017, s. 15-17). Metode kan være av enten kvalitativ eller kvantitativ art, eventuelt en kombinasjon av begge. Kvalitative metoder har som hensikt å fange opp erfaringer, opplevelser og meninger. De kjennetegnes av at forskeren har nærhet til feltet, at en går i dybden med et helhetlig fokus, hvor hensikten er å formidle forståelse om et tema. Ifølge Thornquist (2018, s. 259) vil valg av perspektiv ha en direkte sammenheng med hva som er mulig å belyse og si noe meningsfylt om.

Videre i kapitlet vil jeg presentere bakgrunn for valg av forskningsdesign, utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier, rekrutteringsprosessen, forberedelse og gjennomføring av intervju, bearbeiding og analyse av det empiriske materialet, min forforståelse, etiske aspekter ved studien, godkjenninger og metodediskusjon.

3.1 Bakgrunn for valg av forskningsdesign

Råheim (2003) fremhever verdien det kan ha for helsepersonell å kjenne til og ta på alvor endringer som skjer i pasienters livsverden når kroppene blir syke, smertefulle og begrensede. Hensikten med denne studien er å utforske ungdommenes subjektive opplevelse av NPMF som behandlingstilnærming, og hvilke erfaringer de har gjort seg med den. For å belyse problemstillingen best mulig, vil en kvalitativ tilnærming med et eksplorerende, deskriptivt design passe. I denne typen studier er formålet å beskrive en felles mening om informantenes levde erfaringer og opplevelser av et fenomen (Creswell & Poth, 2018, s. 75; Polit & Beck, 2017, s. 470-472). Malterud (2002) viser til at kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring – fenomenologi og fortolkning – hermeneutikk. Gjennom tolkning søker studien å få frem ungdommenes opplevelser og erfaringer. Studien har på denne måten vitenskapsteoretisk forankring i fenomenologi og hermeneutikk.

3.1.1 Fenomenologi og hermeneutikk

Forskeren vil i fenomenologien fokusere på verden slik subjektet erfarer den, og ikke på verden uavhengig av subjektet. Det er nødvendig å studere verden ved å legge veien om bevisstheten (Thornquist, 2018, s. 101-102). Fenomenologisk tenkning bidrar til å tematisere pasientens opplevelse av egen kropp og livssituasjon, samt vår relasjonelle og kulturelle forståelse av kroppslige symptomer (Sviland, Martinsen & Råheim, 2007). Et kroppsfenomenologisk perspektiv benyttes ofte innen fysioterapi, for å fremheve kroppen som utgangspunkt for erkjennelse og erfaring. Slik Maurice Merleau-Ponty utformet kroppsfenomenologien, satt den kroppen i sentrum for det levde liv, hvor mennesker eksisterer som kroppslig og sosialt vesen, hvor vi på én og samme tid både har og er kropp (Gretland, 2007, s. 24; Merleau-Ponty, 2002).

Thornquist beskriver denne tvetydigheten som et grunnleggende kjennetegn ved mennesket; med at vi både ser og er synlige, vi kan berøre og bli berørt, og gjør erfaringer gjennom kroppen (2018, s. 145-146). Anerkjennelse og innsikt i pasientens livsverden er essensielt for å kunne forstå og hjelpe. Innen helsefaglig forskning og kunnskapsutvikling, argumenterer Nordtvedt for viktigheten av å erkjenne at kroppslige erfaringer har en eksistensiell dimensjon, som både må fortolkes og forstås (2008). Det kreves en fortolkning å forstå menneskelige erfaringer i sin kontekst, og kroppsfenomenologien får med dette også en hermeneutisk dimensjon.

Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning, og kan hjelpe oss å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2018, s. 167). All viten og forståelse forutsetter en bakgrunn av antakelser.

Hermeneutisk vitenskapssyn står i kontrast til naturvitenskapelige og positivistiske forskningsideal, som forutsetter at forskningsdata må være observerbare eller sansbare. Ved en hermeneutisk tilnærming legges det vekt på at fenomener kan forstås på ulike måter. Det kan stilles mange spørsmål til teksten, og ulike spørsmål gir ulike svar og tolkninger (Thagaard, 2018). Menneskelig handling er formålsrettet og sosiale handlinger kan derfor ikke løsrives fra sin mening.

3.1.1. Intervju som metode

Som metode for dataproduksjon benyttet jeg meg av semistrukturerte dybdeintervjuer med en forberedt intervjuguide (vedlegg 1). Ifølge Dalen (2011, s.29-31) er en temabasert intervjuguide nødvendig i all forskning hvor intervju anvendes, og særlig ved gjennomføring av semistrukturerte intervju. Intervjuguiden bør ikke være for detaljert eller følges slavisk når man ønsker å gjennomføre en samtale hvor formålet er å vite noe vi ikke visste fra før (Malterud, 2017, s. 133-135). Et intervju beskrives av Kvale, Brinkmann, Anderssen og Rygge (2009, s.22) som en utveksling av meninger og synspunkter om et felles tema mellom to personer, og kan defineres som «*en samtale med struktur og hensikt*». Intervjuet gir informantene mulighet til å forklare seg og utdype hva de mener, samtidig som man som intervjuer har mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål, samt å få bekreftet ens forståelse av informantens utsagn (Dalland, 2012, s.128).

3.1.2 Intervjuerens rolle

Som intervjuer bør man ha et bevisst forhold til sin rolle. Det vil alltid være en viss form for asymmetri i makt mellom intervjuer og informant, dette fordi vi som intervjuer har makt i form av at vi kontrollerer og styrer intervjuet. Samtidig er det også en asymmetri i det at informanten innehar kunnskap forskeren ønsker å få tilgang til. For å få god og utfyllende informasjon, er det ønskelig å gjøre denne asymmetrien minst mulig, og åpne opp for god dialog (Kvale et al., 2009, s.52). Som intervjuer, er en viktig oppgave å sørge for at informantens informasjon blir oppfattet korrekt. Dette kan sikres ved at man underveis gjentar informantens utsagn, eller spør spørsmål for å bekrefte egen forståelse av det som blir sagt (Malterud, 2017, s. 133-136).

3.2 Forforståelse

Kjennetegn på gode kvalitative studier, er at forskeren i forkant av, og gjennom hele prosessen med datautvikling og analysen av denne, utdypet sin forutinntatthet og tidligere erfaringer. Refleksivitet innebærer med andre ord å redegjøre for egen innflytelse gjennom hele prosessen (Creswell & Poth, 2018, s. 229; Polit & Beck, 2017, s. 508). I møtet med verden vil man alltid ha med seg en forforståelse eller bakgrunnskunnskap, som er både bevisst og ubevisst (Malterud, 2017, s. 44-46). Dette vil være både en betingelse og begrensning for hvilken forståelse man oppnår i

en studie. Thornquist (2003, s.142-143) beskriver det som linser plassert bak øynene våre, som vi ikke kan ta av slik som med briller. Å gjøre seg mest mulig bevisst egen forforståelse, kan også være med på å hindre at en blir følelsesmessig overrumplet i møte med undersøkelsesfeltet (Dalland, 2012, s.153). Hvordan jeg som forsker formidler min refleksjon av egen tolkning baseres på mitt kulturelle-, sosiale-, ideologiske- og politiske ståsted, samt mitt kjønn og klasse, og vil være faktorer jeg tar med meg inn i forskningen min (Creswell & Poth, 2018, s. 228).

Min forforståelse i forkant av studien, baserte seg på mine erfaringer fra praksisfeltet, undervisning, og litteratursøk jeg har foretatt på temaet. Som fysioterapeut, jobber jeg til daglig med ungdommer med kroppslige plager relatert til psykiske helseplager, og gjennom egne erfaringer har jeg formet mine antakelser om hva som er god praksis, og til hjelp for pasientgruppen. Derfor har jeg under alle steg i prosessen måttet være klar over at jeg som forsker på «eget felt», vil prege studien med min forforståelse. Jeg har tilstrebet å unngå, at jeg i for stor grad farger prosessene i prosjektet med mine personlige erfaringer og meninger. Nortvedt (2008) utdyper at det er et dialektiske samspill mellom teori og empiri, som medfører at forskerens perspektiv hele tiden utfordres, og at ens forforståelse endres og utvikles. Ideelt sett blir det en kontinuerlig runddans mellom forforståelse, forskningsspørsmål og teoretisk tilnærming, som hele tiden må reflekteres underveis i forskningen både under dataproduksjon og i den overlappende analysefasen. I nye situasjoner med nye informanter, vil tidligere erfaringer ligge som et nødvendig og produktivt bakteppe for påfølgende intervju og observasjon. Jeg opplevde flere ganger at min forforståelse ble utfordret underveis i prosessen. Eksempelvis kunne jeg oppleve at det var utfordrende å ikke la mine egne kliniske erfaringer farge spørsmålene under intervjuene, og at jeg under analyseprosessen hadde vansker med å legge fra meg de foreløpige temaene i videre bearbeiding.

3.3 Utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier

I en kvalitativ studie bør utvalget av informanter settes sammen slik at en får et rikt og variert materiale om fenomenet en ønsker å belyse, og sannsynligheten for å få dette, øker dersom man anvender et strategisk utvalg i rekrutteringsprosessen (Creswell & Poth, 2018, s. 157; Dalland, 2012, s.142). I enkelte studier er det likevel

ikke mulig å benytte seg av denne utvalgsstrategien, og ettersom jeg måtte rekruttere mine informanter indirekte gjennom deres behandlere, måtte jeg benytte meg av det som kalles et tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017, s. 58-60). Dette vil si at man inkluderer deltakere som det er mulig å få tak i.

Som inklusjonskriterier, i tillegg til å tilfredsstillende krav om å ha kroppslige plager relatert til angstproblematikk, har jeg valgt ungdom i alderen 16 til 26 år, da den helserettslige myndighetsalderen er 16 år, jmfør Helseforskningsloven (2008, § 17, 1. ledd). Dette innebærer at mindreårige mellom 16 og 18 år kan samtykke til deltakelse i forskning. Å sette grensen til den helserettslige myndighetsalder var av pragmatiske årsaker, da det ikke var nødvendig med samtykke fra foresatte for å kunne delta som informant i prosjektet. Videre måtte informantene ha gjennomført minimum ti individuelle behandlingstimer med NPMF for å kunne delta, dette for at de skulle ha nok erfaring å kunne snakke ut ifra. Kriteriet baseres på grunnprinsipp i NPMF om å vurdere behandlingstilnærmingen er hensiktsmessig etter åtte til ti behandlinger (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 27).

3.3.1 Rekruttering

Rekruttering av informanter ble gjort gjennom psykomotoriske fysioterapeuter som jobber med den aktuelle alders- og pasientgruppen. For å komme i kontakt med psykomotoriske fysioterapeuter som kunne hjelpe å finne kandidater, benyttet jeg meg av Norges Fysioterapiforbund sin liste over medlemmer, hvor det er mulig å sortere ut terapeuter med spesifikke videreutdanninger og spesialiteter. Medlemslistene er tilgjengelig på forbundet sine hjemmesider www.fysio.no, og samtlige medlemmer som deler kontaktinformasjon på disse sidene, har samtykket til at navn og e-postadresse ligger tilgjengelig. Jeg sendte epost med informasjon (vedlegg 2) til 28 psykomotoriske fysioterapeuter, hvor jeg også la ved informasjonsskrivet til informantene (vedlegg 3). Da det ikke kom noe svar på forespørselene via epost, bestemte jeg meg for å sende ut en forespørsel om hjelp til å rekruttere informanter på Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi sin Facebook gruppe, samt til faggruppens styre, om å sende ut informasjon om prosjektet til alle deres medlemmer. Dette resulterte i at jeg fikk tilbakemelding fra fire psykomotoriske fysioterapeuter om aktuelle deltakere, og endte opp med fem informanter som alle fylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

3.3.2 Introduksjon av informantene

I denne studien har jeg gjennom psykomotoriske fysioterapeuter, rekruttert fem informanter fra ulike kommuner i landet. Alle fyller inklusjons- og eksklusjonskriterier for studien. Lengden på oppfølgingen de har fått varierer fra mellom ett år til ni år, og hyppigheten på behandling har vært varierende fra ukentlig til månedlig. Hos flere av deltakerne har det i tillegg til angstproblematikk også andre helseutfordringer og faktorer vært en del av sykdomsbildet. Det er stor variasjon i intensitet og lidelsestrykk hos informantene, fra å oppleve prestasjonsangst i forbindelse med skole, til komplekse og sammensatte diagnoser. Under kommer en kort presentasjon av hver av de fem informantene, hvor alle har fått fiktive navn.

Informant 1 - Agnes

Agnes er 18 år og er i full jobb som lærling som helsefagarbeider. Hun ble henvist til NPMF gjennom fastlegen for sine kroppslige plager relatert til generalisert angst. Hun hadde gått til behandling i halvannet år før hun avsluttet oppfølging cirka ett år før intervjuet. Hun har hatt plager grunnet symptomer på depresjon, angst og utmattelse.

Informant 2 - Beate

Beate er 25 år og, og deltar i NAV sitt kvalifiseringsprogram, hvor hun går i arbeidstrening ved en skolefritidsordning (SFO) 3 dager i uken. Hun ble anbefalt NPMF av en psykiatrisk sykepleier, mens hun var på rehabiliteringsopphold. Etter å ha konsultert med fastlegen, bestemte hun seg for å ta kontakt med psykomotorisk fysioterapeut for hjelp til sine helseplager. Hun har gått i behandling i ca. ett år. Beate har i tillegg til symptomer på angst og stress, diagnosen fibromyalgi.

Informant 3 - Caroline

Caroline er 26 år og er i full jobb som førskolelærer. Hun ble henvist til NPMF av fysioterapeut i skolehelsetjenesten da hun gikk på ungdomsskolen. Hun har gått i behandling i cirka ni år, har også hatt langvarig oppfølging hos psykolog. Caroline har sammensatte helseplager, og har fått flere ulike, og alvorlige diagnoser opp gjennom årene. I tillegg til plager knyttet til angst, har hun også nå diagnosen kompleks PTSD og fibromyalgi. Hun har også opplevd at å gå med langvarig, ubehandlet angst, resulterte i at hun tydde til selvskading og rusmidler - som i noen tilfeller endte med overdose.

Informant 4 - Dorthe

Dorthe er 19 år og jobber fulltids turnus som helsefagarbeider på sykehjem. Hun tok selv kontakt med psykomotorisk fysioterapeut etter å ha blitt anbefalt det av sin mor. Hun har gått i behandling i cirka ett år, og har de siste månedene også hatt oppfølging hos psykolog. Dorthe har opplevd kroppslige plager relatert til depresjon, angst og utmattelse.

Informant 5 - Emma

Emma er 24 år og er delvis sykemeldt fra sin jobb i barnehage. Hun tok selv initiativ til å kontakte psykomotorisk fysioterapeut i samråd med fastlegen. Hun har gått i behandling hos to forskjellige psykomotoriske fysioterapeuter. Den første behandleren gikk hun i behandling hos da hun var tenåring, mens den andre behandleren har hun gått i behandling hos i cirka åtte måneder. Begge gangene oppsøkte hun hjelp for kroppslige plager relatert til angst og stress.

3.4 Forberedelse og gjennomføring av intervju

For å få frem rike, nyanserte og omfattende beskrivelser av fenomenet, hadde jeg i forkant forberedt en intervjuguide. Som intervjuer forsøkte jeg å stille mest mulig åpne spørsmål for å oppfordre informantene til å svare mest mulig fritt, og for at de skulle fortelle historier med sine egne ord. Jeg forsøkte også å benytte meg av en språkbruk og «slang» som de ville forstå, og jeg forberedte intervjuguiden godt slik at jeg kunne formulere meg på en slik måte at de forstod spørsmålene, og svarte på det jeg ønsket. Grunnet Covid-19 situasjonen, ble intervjuene gjennomført digitalt over samhandlingsplattformen Zoom etter godkjenning fra NSD. Intervjuene ble gjennomført i september og oktober 2020. Informantene fikk tilsendt invitasjon til intervju på epost, intervjuene var passord beskyttet med venteroms funksjon for å hindre uvedkommende adgang. Den samme intervjuguiden ble brukt under alle fem intervjuene. Rekkefølgen på spørsmålene kunne variere noe ettersom jeg ønsket å følge opp relevante utsagn underveis, dette for at intervjuene skulle ha mulighet til å utvikle seg. Under intervjuene forsøket jeg å være aktivt lyttende med tydelig non-verbal bekreftende kommunikasjon for å ikke forstyrre opptaket. Jeg brukte også litt tid innledningsvis til å forsikre meg om at teknisk utstyr fungerte, og at det ikke var forstyrrende elementer rundt meg selv eller informantene.

3.5 Bearbeiding og analyse av intervjuene

3.5.1 Transkribering

Transkribering av intervju fra muntlig til skriftlig form gir intervjuene struktur, slik at de er bedre egnet for analyse. Det gjør det også lettere å få en oversikt over alt materialet (Kvale et al., 2009, s.188-192). Ifølge Dalland (2012, s.172) får budskapet etter transkripsjon en annen form, og å skrive ut et intervju handler om å bevare mest mulig av det som opprinnelig skjedde i intervjuet. I forkant av transkriberingsprosessen, utarbeidet jeg en transkripsjonsnøkkel (vedlegg 4) for å sikre at ikke slik verdifull informasjon forsvant, i overgangen fra muntlig til skriftlig form. Jeg transkriberte intervjuene i løpet av de neste ukene etter gjennomføring, i første omgang ord for ord, som ga meg mulighet til å gjenoppleve samtalen. Deretter bearbeidet jeg teksten til å få en mer skriftlig form, uten brutte setninger, muntlige tilleggsord og bekreftelseslyder. Feltnotatene mine fra video av intervjusituasjonene er derfor også viktige hjelpemidler for videre bearbeiding og tolkning av teksten. Lyd- og videoopptak av intervjuene, ble i etterkant av ferdigstilt transkripsjon, slettet fra forskningsserveren.

3.5.2 Analysemetode

Intervjuene er analyser med systematisk tekstkondensering (STC) som beskrevet av Malterud (2017, s. 97-116). STC egner seg i studier hvor en ønsker å gjøre en tematisk tverrgående analyse av kvalitativt materiale, og kan gjennomføres uten forutsetninger knyttet til filosofiske røtter kvalitative metodetradisjoner er forankret i. Analysemetoden innebærer både en dekontekstualisering og en rekontekstualisering av det empiriske materialet, og prosessen består av fire trinn. Innledningsvis leste jeg gjennom alle intervjuene for å danne meg et bilde av helheten, og det er i dette trinnet viktig å ha problemstillingen med seg, og å jobbe med å sette egen forforståelse til side. Dette hjalp meg å identifisere de foreløpige temaene. Trinn to i analyseprosessen er identifisering av meningsbærende enheter fra det empiriske materialet, samt videre å sortere disse og plukke ut «gullsitater» som kan fremheve det empiriske materialet. I det tredje trinnet skal man abstrahere den sorterte informasjonen, som gjøres ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. For hver kodegruppe sorterer man da materialet i subgrupper, som blir analyseenheten videre i prosessen. Abstraheringen innebærer å lage kunstige sitater

i jeg-form, dette for å minne på at en foreløpig representerer deltakerne, selv om de er basert på meningsbærende enheter hentet på tvers, og helst omtrent slik de har uttrykt seg i intervjuet. I analysens fjerde og siste trinn skal man rekontekstualisere materialet, og sette bitene sammen igjen. Funnene sammenfattes i form av fortolkede synteser som en analytisk tekst, og dette blir grunnlaget for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre (Malterud, 2017, s. 99-112).

Analyseprosessen startet med å finne frem til fire foreløpige tema; «*Kjennskap til NPMF*», «*Det setter seg i kroppen*», «*Tid og behandlingsforløp*» og «*Relasjon og omsorg*». Videre sortering av meningsbærende enheter, fremhevet at det informantene vektla under intervjuet, ikke nødvendigvis passet inn i de foreløpige temaene jeg hadde utarbeidet. Det empiriske materialet opplevdes sammenvevd, og jeg brukte tid på å flytte meningsbærende enheter frem og tilbake mellom kategorier før jeg var fornøyd. Under kondenseringen fikk jeg en mer sammenhengende tekst av ungdommenes utsagn, og hoved-essensen i det de fortalte kom tydeligere frem, jeg så da at de foreløpige temaene ikke helt passet. Jeg endte til slutt opp med følgende tre resultat kategorier, som inneholdt temaer som alle informantene hadde uttalt seg om; «*Veien til NPMF*», «*NPMF som behandlingstilnærming*» og «*Utbytte av behandlingen*». Jeg hadde ingen meningsbærende enheter som ble kodet til flere grupper, noe som ansees av Malterud (2017, s. 100-105) som et tegn på at de endelige resultat kategoriene er presise nok. Jeg førte fortløpende logg for å holde oversikt over valg, endringer og tanker som ble gjort underveis i prosessen. For å illustrere analyseprosessen, har jeg lagt ved utdrag fra analysen (vedlegg 5).

3.6 Ethiske aspekter

Medisinsk forskning må følge etiske standarder, og er regulert av lover og forskrifter. Hensikten er å beskytte menneskers helse og rettigheter, og sørge for at studiens risiko og belastning samsvarer med formålet. (Malterud, 2017, s. 211). Ved et forskningsprosjekt er det mange etiske hensyn som må redegjøres for og ivaretas under hele prosessen. Det omfatter blant annet refleksjon over egen forforståelse, forhåndsgodkjenning av prosjektet, rekruttering og ivaretagelse av informanter, utvikling av og oppbevaring av materialet, samt hvordan man behandler og tolker resultatene. Deltakelse i studien var frivillig, og informantene kunne til enhver tid

trekke seg fra studien, frem til materialet var blitt anonymisert og blitt en del av analysen. I forkant av intervjuene fikk informantene tilsendt både informasjon om studien og intervjuguiden, slik at de hadde mulighet til å forberede seg på spørsmålene som ville bli stilt. I forkant av opptaket gikk jeg grundig gjennom samtykkeskjema sammen med informantene. Intervjuene ble avholdt digitalt, og det ble i begynnelsen av opptaket gitt muntlig samtykke fra informantene til deltakelse.

En intervjusituasjon kan oppleves som en moralsk undersøkelse, hvor det er knyttet moralske spørsmål både til undersøkelsens midler og mål. I den kvalitative forskningen kan det være spenning mellom ønsket om å oppnå kunnskap, og å skulle ta etiske hensyn (Kvale et al., 2009). Under intervjuene opplevde jeg hvordan dette påvirket meg, hvor jeg på den ene siden ønsket å stille så dyptgående spørsmål som mulig, men på den annen side var jeg opptatt av at det ikke skulle oppleves ubehagelig eller krenkende for ungdommene. Dette fulgte meg gjennom hele prosessen, og jeg har reflektert over muligheten for at den publiserte oppgaven kan oppfattes som krenkende av informantene dersom de opplever mine tolkninger av deres utsagn som feilaktig eller provoserende (Thagaard, 2018).

3.7 Godkjenninger av prosjektet

Ifølge Helseregisterloven (2014, § 33) kreves det forhåndsgodkjenning fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) dersom man skal forske på mennesker og helseopplysninger. REK vurderer også om prosjekter utføres med vitenskapelig metodikk for å gi ny kunnskap om helse og sykdom, i tillegg behandler de saker om samtykke og vurderer eventuell dispensasjon fra taushetsplikten i spesielle tilfeller. Det er viktig å vurdere balansen mellom nytteverdien av forskningen og deltakernes integritet, da personens interesser kommer foran forskning og vitenskap (Helseforskningsloven, 2008, § 1-2 og 5). Etersom jeg har forsket på pasienters erfaringer med behandling, har jeg søkt og fått godkjenning av REK for gjennomføring av mitt mastergradsprosjekt (vedlegg 7). Jeg har benyttet meg av datamaskinbasert utstyr for å behandle sensitiv informasjon om informantene, og prosjektet er derfor meldt inn til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 8).

4.0 Resultat fra analysen

I dette kapittelet presenteres funnene fra analysen, hvor jeg har trukket frem de viktigste opplysningene som var aktuelle for å besvare problemstillingen. Funnene fra analysen representerer de fem informantenes opplevelser og erfaringer med å gå i NPMF behandling for sine kroppslige plager knyttet til angstsymptomer. Gjennom analysen av intervjuene kom jeg frem til tre resultat kategorier; «Veien til NPMF behandling», «NPMF som behandlingstilnærming» og «Utbytte av behandlingen», og disse blir presentert videre i dette kapitelet.

4.1 Veien til NPMF behandling

Veien til NPMF var ulik for ungdommene, men en fellesnevner var at alle hadde et ønske om å få hjelp til sine langvarige, kroppslige plager, og at disse ikke hadde noen tydelig medisinsk og somatisk forklaring. Før de oppsøkte hjelp, erindrer ungdommene å ha kjente på tydelige, kroppslige reaksjoner og symptomer når de var stresset, men noen av dem var usikker på om de var alvorlige nok, til at de ville kalle det angst. Denne resultat kategorien, består av fire subkategorier; «*Hvorfor oppsøkte de hjelp?*», «*Hvordan ble de oppmerksomme på NPMF?*», «*Stress og angst kjennes i kroppen*», og «*Triggere for angst- og stressreaksjoner*».

4.1.1 Hvorfor oppsøkte de hjelp?

Ungdommene opplever at både de selv, nærpersioner og annet helsepersonell, søkte etter somatiske forklaringer på deres kroppslige symptomer. Antakelsene var i utgangspunktet at det måtte være somatikk som utløste de kroppslige reaksjonene ungdommene opplevde. For noen av ungdommene, er også diffuse, «ikke-kroppslige» plager, som konsentrasjonsvansker og utfordringer knyttet opp mot læring, en del av symptom bildet. Agnes begrunner hennes valg i å oppsøke helsetjenester med at:

«...egentlig så trodde jo jeg og mamma at jeg hadde en eller annen form for jernmangel eller noe slikt.»

Flere av ungdommene forteller at de ble grundig medisinsk undersøkt og utredet, før det ble vurdert at symptomene kunne være av psykosomatisk karakter. For noen av ungdommene ble de gitt ulike diagnoser underveis i utredningsprosessen.

Caroline beskriver at hun etter hvert nesten ikke lenger kan huske hvilke diagnoser hun har vært innom, men at det særlig er plager relatert til generalisert angst og panikkangst hun strever med. I forkant av NPMF behandling hadde Emma for eksempel prøvd ut medikamentell behandling for plagene sine, som til dels ga effekt, men hun opplevde likevel ikke at alle symptomene forsvant:

*«Legene så jo faktisk at jeg **hadde** bihulebetennelse, så det var det det startet med. Jeg ble liksom aldri kvitt symptomene, men jeg ble kvitt bihulebetennelsen...»*

For Emma, var behovet for hjelp også begrunnet i at angstsymptomene i stor grad påvirket henne i jobben, og gjorde det vanskelig for henne å ha et «vanlig» arbeidsliv. Hun ønsket å få hjelp til å kunne fungere i hverdagen.

4.1.2 Hvordan ble de oppmerksom på NPMF?

Ved valg av behandlingstilnærming, var det to av ungdommene som tidligere hadde erfaring med NPMF, og dette påvirket dem i valget blant behandlingsalternativer. De resterende ungdommene ble introdusert til NPMF gjennom annet helsepersonell, eller familiemedlemmer som selv hadde egen erfaring med behandlingen.

Samarbeidende helsepersonell i skolehelsetjenesten og fastleger, var også blant de som bidro til at ungdommene tok kontakt med psykomotorisk fysioterapeut for sine plager. Dette gjorde de på bakgrunn av at de hadde kjennskap til og erfaring med behandlingstilnærmingen, og hvem den kan være til nytte for. Beate forteller:

«Vi snakket en del om min sykdomshistorikk. Og om oppvekst og plager i forbindelse med belastninger. Der hun [den psykiatriske sykepleieren] mente at psykomotorisk fysioterapi kunne være mer hensiktsmessig...»

Hos flere av ungdommene ble det prøvd ut flere ulike typer behandling før NPMF ble forespeilet som et aktuelt behandlingsalternativ. Det var ulike erfaringer med både medikamentell, fysikalsk og psykologisk behandling, i forsøk på å overkomme plagene. Da disse ikke ga ønsket virkning for plagene, ble det tydelig at det var behov for en tilnærming som kunne kombinere og vektlegge hvordan tanker, følelser og kropp henger sammen. For eksempel, var det for Agnes betydningsfullt at NPMF var en behandling som kombinerte både det emosjonelle og kroppslige. Hun uttrykte det på følgende måte:

«At behandlingen hadde en kroppslig vinkling tror jeg hadde litt å si, fordi jeg er veldig emosjonell og sånn.»

Grunnet lange ventelister hos psykolog, tok flere av informantene kontakt med psykomotorisk fysioterapeut for å få hjelp til sine plager. De var etter hvert så desperate for å få hjelp, at hvem som tilbød den, var ikke nødvendigvis så viktig. Under konsultasjon hos fastlegen fikk Beate beskjed om at legene ikke lenger hadde henvisningsplikt til fysioterapi, og hun fikk selv ansvaret for å finne en terapeut. Hun legger frem at da ble klinikkens lokasjon viktig i valget av psykomotorisk fysioterapeut, og at hun også der måtte vente flere måneder før hun fikk komme til.

4.1.3 Stress og angst kjennes i kroppen

Alle ungdommene forklarte at de opplever økte muskulære spenninger når stress eller angst ble trigget. Dorthe også hadde erfart at kroppen kunne reagere med å bli helt slapp. Ungdommene erfarte først og fremst stress- og angstreaksjoner som en opplevelse av å ikke klare å slappe av, og å alltid måtte være på vakt. Caroline beskriver også opplevelsen av å falle ut og miste grep om seg selv, hvor det kan kjennes som om kroppen flyter ut, og at grensene viskes ut. Selv om det for Agnes var de emosjonelle reaksjonene på stress som var mest fremtredende, var alltid det samme kroppslige uttrykket til stede:

«...gråten kom liksom før alt det andre. Det var gråten jeg kjente først utenom den klumpen inni magen da, som egentlig var der hele tiden.»

Av kroppslige symptomer på stress og angst, beskriver ungdommene symptomer som; holdt pust, klamme hender, kvalme, svimmelhet, muskulære spenninger, motorisk uro, hodepine, og rygg- og nakkesmerter. Caroline beskriver det slik:

*«Jeg ristet veldig mye på foten hele tiden. Jeg fikk klamme hender, det ble tungt å puste, alle disse **tradisjonelle** angstsymptomene.»*

Emma forteller at hun fremdeles opplever det som vanskelig å holde blikkontakt når hun er stresset, og at hun kan føle seg veldig utmattet i etterkant av å ha stått i en stressende situasjon. Utenom de «klassiske» angstreaksjonene, kunne hun tidligere også kjenne på andre typer reaksjoner, som vansker med temperaturregulering og en generell følelse av å være uvel.

4.1.4 Triggere for angst- og stressreaksjoner

Selv om ungdommene beskriver at stressreaksjoner og angstanfall kan komme uten at noe spesielt har utløst dette, så har alle identifisert ulike spesifikke triggere for deres reaksjoner. Disse kunne for noen av ungdommene også endre seg med tiden, og i dårlige perioder ble det gjerne utviklet flere nye triggere. For Caroline, var dette i enkelte tilfeller veldig tydelig:

«Jeg fikk panikkanfall både knyttet til ambulanser, sykdom, eller ved berøring.»

Ungdommene opplever blant annet at for høye krav og forventninger fra seg selv eller andre, er noe som kan utløse stress- og angstreaksjoner. Det å ikke strekke til, eller å prestere godt nok i skolesammenheng, var særlig stressutløsende for Agnes. Frykten for å ikke være god nok, gjorde at flere strakk seg langt for å bli fornøyd, samt tilfredsstillte både egne og andres forventninger. For Beate var triggering av stress, tett knyttet til bekymring for nære betydningsfulle personer. Hun opplever blant annet press og pålagt ansvar for sin mor, som sliter med rusavhengighet:

«Jeg blir kjempestresset siden jeg vet at det ikke bare er hun [mamma] som kommer til å ringe meg, men også andre i familien som forventer at jeg skal ordne opp.»

Problemer knyttet til søvnvansker var vanlig blant ungdommene. Skremmende forestillinger og innbilning av at det var noen til stede i rommet, ble nevnt som en av grunnene til innsovningsvansker og mareritt. For noen av ungdommene, ble det understreket hvordan slike angstreaksjoner kunne bunne i tidligere livserfaringer. Dorthe forteller om hvordan tidligere vonde erfaringer skapte sterk frykt, som ga henne store problemer med innsovning. Hun ble sittende i sengen og kjenne på frykt med sterke kroppslige angstreaksjoner.

4.2 NPMF som behandlingstilnærming

Ungdommene hadde ulike forventninger til hva behandlingen skulle gjøre for dem, men alle hadde et underliggende ønske om at den skulle hjelpe mot plagene. Særlig var det viktig at behandlingen skulle bidra til å gjøre dem mest mulig selvstendig og fungerende i hverdagen. Noen av ungdommene hadde tanker om at terapeuten skulle fikse dem, men noe annet kom frem i de fire subkategoriene; «*Behandlingen tar utgangspunkt i deres behov*», «*Prosessen med å forstå og endre*», «*NPMF kan være krevende*» og «*Å få tiden som trengs - og frykten for avvising*».

4.2.1 Behandlingen tar utgangspunkt i deres behov

Ungdommene forteller at det ble gjort en undersøkelse ved oppstart av behandlingen, og de beskriver at de opplevde denne som veldig grundig. Selv om behovet for behandling defineres av terapeuten, hadde ungdommene en tydelig opplevelse av å være medbestemmende i valg av fokus og tiltak i behandlingstimene. Caroline forteller at:

«For eksempel, hvis jeg har veldig vondt i beina, så kan hun gjerne jobbe mye med 'grounding'. Da står vi og tramper, har fokus på tyngdepunktet, eller hun masserer beina mine, og vil at jeg skal kjenne på forskjellen i begge beina. Det kan også være at vi har fokus på nakken.»

I tillegg til å beskrive spesifikt rettede tiltak, har ungdommene samtidig oppdaget at det ikke nødvendigvis er lokal behandling av et «problemområde» som er mest virkningsfullt. Likevel virker ungdommene å være mest opptatt av å bli møtt i forhold til sine spesifikke plager, og mindre opptatt av at de får behandling av hele kroppen. For eksempel, påpeker Dorthe at det ikke alltid er slik at problemet sitter der du kjenner smertene:

«Han jobber med det jeg sier jeg har problemer med, samtidig som han jobber litt rundt også. Det er ikke alltid der du har vondt du egentlig har vondt.»

Agnes opplevde ofte å sovne på slutten av behandlingen. Hun kjente et sterkt behov for å hvile etter timene, og hun fikk en tydeligere opplevelse av hvor sliten hun faktisk var i utgangspunktet. Behandlingen ble et etterlengtet avbrekk fra stresset hun opplevde i hverdagen, og hun sier:

«Jeg vet ikke hva dere kaller det jeg, men så fikk jeg på en måte landet litt...»

4.2.2 Prosessen med å forstå og endre

Ungdommene ser selv at de har gått fra å ha en forventning om å bli «fikset» av terapeut, til å få en forståelse av at de selv må bidra i prosessen for å bli bedre. De erfarer hvor viktig det er å kunne snakke om de kroppslige fornemmelsene og reaksjonene de opplever, samtidig som de jobber med kroppen. Dette gir dem en mulighet til å kjenne etter i egen kropp, og er med å styre hva som blir fokus for timen. Å bli bedre kjent med og trygg i egen kropp, samt dens reaksjoner, beskrives som en prosess der støtte og veiledning fra terapeut har vært viktig underveis. Beate reflekterer over dette:

«... jeg følte vel kanskje at jeg forventet at han skulle fikse meg når jeg begynte, men skjønnte etter hvert at jeg trenger forståelse [for sammenhengene] for å klare å fikse dette selv.»

Emma har tidligere gått i NPMF behandling, det var noen år tilbake, cirka da hun begynte på ungdomsskolen. Hun reflekterer over betydningen av modenhet i forhold til det å forstå erfaringene fra behandlingen. Hun opplever at det nå, når hun er noen år eldre, er lettere for å forstå, og å ta tak i problemene sine. At alder og modning påvirker deres utbytte av NPMF som behandlingstilnærming, trekkes frem av flere av ungdommene. Likevel gjør de viktige erkjennelser i behandlingen, selv om det muligens ikke har vært like begripelig. Dette understrekes også av Emma under refleksjoner over hennes første erfaring med NPMF:

«Så jeg trengte å høre det [at jeg var stresset], og da tror jeg det skjedde ting bare med å få det fortalt. Da tror jeg at jeg klarte å ta det mer til meg [selv om jeg var ung].»

Ungdommene understreker at endring er en prosess. Det tar tid å bli kjent med og trygg på egen kropp. Reaksjoner som tidligere har vært skremmende for dem, gir etter hvert i behandlingen mer mening, og denne forståelsen demper også frykten for disse reaksjonene hvis og når de oppstår. Caroline beskriver det på følgende måte:

*«Det er mer en prosess, hvor jeg skal lære meg å kjenne min egen kropp, og lære å stå i det jeg kjenner på **uten** å bli redd for det.»*

4.2.3 NPMF kan være krevende

Flere av ungdommene forteller om opplevelser med sterke reaksjoner i forbindelse med behandling. Emma opplevde blant annet reaksjoner grunnet overdosering i behandling da hun hadde en vikar for sin kjente terapeut. For en annen av ungdommene handlet det om at hun trigges av ulike elementer i behandlingen, som for eksempel berøring eller å ligge på benken. Selv med de sterke reaksjonene noen opplevde under og/eller etter behandling, var det ingen av dem som uttrykte at de skulle ønske de ikke gikk i NPMF behandling. Caroline uttrykker at:

«Det har vært fryktelig tøft i behandling noen ganger, og jeg har jo fått voldsomme reaksjoner både i timene og i etterkant, men jeg har aldri tenkt at liksom; shit jeg skulle ønske jeg ikke gjorde det.»

For Caroline kan behandlingssituasjonen i seg selv utløse både angst og dissosiasjon. Det kan være relatert til øvelser i behandling, hvor hun for eksempel må ta plass eller lage lyd. Hun forteller at noen ganger var det særlig berøring som kunne utløse dissosiasjon. Sammen med terapeuten utfordrer hun angsten, hvor dette skjer i behandlingen under kontrollerte omgivelser og med en bevissthet rundt konteksten. Hun forteller:

«... i behandling da, hvor vi virkelig trigger angsten, eller berører det på en måte.»

Tidspunktet for behandlingstimene, og at de hadde en mulighet for å hvile i etterkant, beskrives av ungdommene som betydningsfullt med tanke på hvordan de opplevde virkningen behandlingen ga. Behandlingen kunne være krevende, og flere av ungdommene opplevde at de trengte å sette av tid til å reflektere og hvile i etterkant. Om Agnes ble eksponert for stress like etter behandling, opplevde hun at virkningen av behandlingen forsvant litt.

«...hvis det var sånn at jeg skulle rett på skolen igjen, så var jeg bare kjempesliten. Egentlig hadde jeg lyst til å grine...»

4.2.4 Å få tiden som trengs, og frykten for avvising

Ungdommene vektlegger hvor viktig det er å få tiden de trenger i behandling. Tidligere erfaringer med standardiserte behandlingsforløp med et gitt antall timer, har ikke vært tilstrekkelig for deres langvarige og komplekse plager. Dorte nevrer at hyppigheten på behandlingen varierer ut ifra hennes behov, og at det ikke blir basert på forhåndsbestemte behandlingsplaner og -maler.

«Det var ikke bare for eksempel tolv uker, jeg fikk lov å gå til behandling. Nå har jeg gått i behandling cirka ett år.»

Flere av ungdommene opplever det som svært positivt at terapeutene ikke avviser eller gir dem opp. I skildringene av sine tidligere erfaringer bruker de et billedlig språk, som beskriver avvising som noe konkret og fysisk, slik som å bli «dyttet bort», eller «sendt vekk». De trekker også frem tidligere vonde erfaringer med å bli avsluttet av behandlere, uten at de selv har vært enig i den beslutningen.

Opparbeidet frikort og manglende synlig progresjon mellom timene løftes frem som forklaringer de har fått for beslutningen om å avslutte behandling. For ungdommene var det høyt verdsatt at de ikke ble avvist av sin psykomotoriske fysioterapeut, selv om fremgangen deres i behandling ikke var tydelig fra gang til gang. Beate forteller:

«Jeg kjenner det hjelper at han ikke dytter meg vekk fordi han ikke ser forbedring...»

Det å ikke bli avvist oppleves spesielt viktig for Caroline. Hun har en diagnose som gjør at hun knytter seg lett til andre, noe som har ført til at tidligere behandlere har holdt henne på avstand. Dette er ikke erfaringen hennes med den psykomotoriske fysioterapeuten, hvor hun tvert imot opplever å få muligheten til knytte seg, samt å få hjelp med reguleringsvanskene sine. Det som også er av betydning for Caroline, er at hun opplever å få muligheten til å påvirke når behandlingen skal avsluttes. Dette gir henne håp om en mer overkommelig avslutning. Hun er forespeilet av terapeuten sin, at hun skal få gå i behandling til hun selv opplever at hun ikke lenger trenger det:

«Hun sier at det er vi som skal avslutte, ikke hun. Jeg kan ikke skjønne hvordan jeg ikke skal trenge henne, men hun sier nå det.»

4.3 Utbytte av behandlingen

Samtlige av ungdommene har hatt en opplevelse av at NPMF behandlingen har hjulpet dem med deres plager, mens hva de vektlegger er derimot noe ulikt. Utbyttet beskrives i fem subkategorier; «*Relasjonens betydning, og opplevelse av relasjonelle endringer*», «*Kjenne etter i egen kropp – en måte å redusere stress og kroppslige plager*», «*Forståelse for sammenhenger gjennom kroppslige tilnærming og refleksjon*», «*Verktøy til selvivaretagelse – nye måter å håndtere plagene og reaksjonene*» og «*Pustens betydning*».

4.3.1 Relasjonens betydning og opplevelse av relasjonelle endringer

Ungdommene reflekterer over hvorfor de har en opplevelse av at NPMF har hjulpet, og trekker frem at det å ha god kjemi med behandler, trolig har hatt betydning for resultatet i behandlingen. De opplevde også at tillit til terapeut var en viktig faktor i opplevelsen av å ha en god relasjon. Alle ungdommene beskriver at de har en meget god relasjon til sin psykomotoriske fysioterapeut, og at behandlingssituasjonen og behandlingsrommet føles som en trygg arena å utforske problemene sine fra. Gjennom tillit bygget de en følelse av trygghet i behandlingen. Agnes opplevde at en trygg relasjon til behandler, gjorde at hun kunne åpne opp om problemene, og slippe til reaksjoner som kom underveis uten å føle seg dum.

«Jeg tror en god relasjon er viktig, det gjorde at jeg kanskje klarte å åpne meg på en annen måte? Jeg følte meg aldri dum.»

Ungdommene opplevde sin psykomotoriske fysioterapeut som både imøtekommende og anerkjennende. Det var viktig å bli hørt, og at terapeuten viste forståelse for deres situasjon. Det at behandler anerkjente, og så ungdommens behov for behandling, ble også trukket frem som en viktig faktor. Dette var særlig viktig for Beate som lever med en kronisk, livslang sykdom:

«...når jeg kommer til timen får jeg snakke ut om det, få forklare, og bli møtt med forståelse. Det er godt å kjenne at han ser det er behov for behandling.»

I en dårlig periode, opplevde Caroline å være suicidal. Hun beskriver hvordan hun opplevde anerkjennelse fra terapeuten, gjennom hvordan hun reagerte på et selvmordsbrev Caroline hadde skrevet til henne. At terapeuten fortalte med ord, og viste gjennom handlinger at hun ikke hadde «tålt» å motta et slik brev, ga Caroline

følelsen av at terapeuten brydde seg om henne, at hun betydde noe for noen. Hun fikk en følelse av at hun hadde verdi. Det kom tydelig frem hos ungdommen at relasjonen deres til behandler, hadde stor betydning for hvordan de opplevde behandlingen. Flere av ungdommene beskriver også en opplevelse av at terapeuten viste dem omsorg, og at det opplevdes godt. Gjennom omsorg i relasjonen, opplevde Caroline at hun ble gitt betydning. Hun beskriver forholdet hun har til terapeuten som bedre enn forholdet hun har til sin egen mor:

«Hun er en av mine beste hjelpere. Jeg har vel egentlig et bedre forhold til henne enn til min egen mor.»

Caroline påpeker også at hvis man som pasient ikke er trygg på terapeut, vil ikke behandlingen gi effekt. I en trygg behandlingssituasjon, har hun som en del av behandlingen, kunnet øve på det å bygge tillit og bli trygg på andre mennesker. Ungdommene har også tillit til at terapeuten styrer dosering i behandling, og behandlingsprosessen ut ifra hva som er best for dem. For noen av ungdommene, merket de positive endringer i relasjonene sine til andre. Emma ser på det som et resultat av de personlige endringene hun har opplevd gjennom behandlingsforløpet:

«...det jeg har opplevd som positivt med behandlingen er vel bedring i relasjonen min til andre, og det å sette grenser for meg selv.»

Bedre evne til egenomsorg, sette grenser for seg selv, og prioritere riktig, var endringer Emma oppleve etter å ha gått i NPMF behandling. Beate legger til at hun også har lært at det er greit å spørre andre om hjelp.

4.3.2 Kjenne etter i egen kropp - redusere stress & kroppslige plager

Etter at de begynte i behandling, opplevde ungdommene å bedre kunne kjenne etter i egen kropp, samt forstå signaler og reaksjoner den gir. Det var da også lettere å gjenkjenne egne spennings- og bevegelsesmønstre, og knytte det opp til situasjoner som trigget stressreaksjoner. Det opplevdes utfordrende for ungdommene å jobbe med å kjenne etter i egen kropp, og at det var noe de måtte jobbe mye med. Flere opplevde også at det var lettere å gjøre noe med det uhensiktsmessige spennings- og bevegelsesmønsteret, når de kunne kjenne det. Emma erfarte at:

«Jeg forstår bedre hvordan den [kroppen] gir meg signaler om hvordan jeg har det, og jeg synes det er mye lettere å samarbeide med kroppen min nå.»

Ungdommene beskriver at de opplevde reduksjon i de kroppslige plagene sine, både med tanke på intensitet og varighet. De nevner spesifikt mindre hodepine, leddsmerter, mageplager og muskelspenninger. For Beate, erfarte hun at antallet dårlige dager ble redusert, og at hun klarer å legge mer merke til kroppens reaksjoner. Dette har resultert i at hun har fått en mer funksjonell og fungerende kropp, som gir henne mindre begrensninger i bevegelse og aktivitet i hverdagen:

«Jeg føler generelt at kroppen min fungerer mye bedre. Jeg er ikke like stiv, jeg kan bøye meg, jeg kan løfte ting og er mer funksjonell og fungerende enn jeg har vært i perioder.»

Dorthe trekker frem at søvnen har blitt positivt påvirket, samt at hun har overkommet utmattelsen hun har hatt tidligere. Dette har bidratt til at hun føler seg mer selvstendig og mindre begrenset og avhengig av hjelp fra andre rundt henne:

*«Det er den behandlingen som har fått meg ut av depresjonen og ut av angsten, og i **hvert fall** ut av utmattelsen.»*

Ved å kjenne etter i egen kropp, opplevde ungdommene at de hadde mindre psykiske symptomer, og at dette var et resultat de fikk etter at de begynte i NPMF behandling. Herav nevner ungdommene konkrete eksempler på at de opplever mindre dissosiering og panikkangst, Caroline beskriver det som at:

*«...jeg kan av og til kjenne på sånn småangst, hvis man kan si det. Da bruser det i kroppen litt sånn i bølger, men panikkanfallene, og de **store** angstuttrykkene får jeg ikke lenger.»*

Beate er den eneste av ungdommene som tar opp hvordan Covid-19 pandemien har påvirket henne. I en lengre periode hvor hun gikk uten behandling, opplevde hun å bli mye dårligere. Blant annet forteller hun at hun kjente dette kroppslig i form av økte smerter, og av å være mer sliten. Hun uttrykker at hun i denne perioden virkelig kjente på at hun hadde trengt behandlingen.

4.3.3 Forståelse for sammenhenger - kroppslig tilnærming & refleksjon

Ungdommene trekker frem viktigheten av å få hjelp til både sine psykiske- og fysiske helseplager. De opplever at NPMF fokuserer på begge deler, og fremhever hvordan de henger sammen. Å kunne prate om hva som skjer i kroppen, samtidig som det legges vekt på at det skjer en kroppslig omstilling. Dorthe påpeker at:

«Det at man har en samtalepartner samtidig som man jobber med kroppen. Jeg tror det er det jeg setter mest pris på, at behandleren faktisk ser sammenhengene.»

Alle ungdommene har gått til behandling hos både psykomotorisk fysioterapeut og psykolog. Det ble poengtert at det er en god behandlingskombinasjon, hvor de får flere arenaer som kan hjelpe dem å håndtere angsten. Ungdommene fremhever at de har fått stort utbytte av å få en forståelse for sammenhengen mellom stress og angst, og deres kroppslige reaksjoner. De ser sammenhengene internt i kroppen, men også i forhold til deres aktuelle situasjoner og tidligere livserfaringer. For Emma var forståelse av sammenheng særlig viktig:

«Det var veldig viktig for min del i alle fall, og å forstå hvordan ting hadde sammenheng med hverandre. At alt hang sammen på en måte, og kunne se hele bildet. Det var veldig avgjørende for meg å forstå, og var et viktig element i behandlingen.»

Det var også lettere å spenne av i kroppen, dersom de forstod årsaken til at de fikk reaksjonene de gjorde. Caroline trengte at reaksjonene hennes skulle være logiske, og det var vanskelig å ikke forstå alle reaksjonene hun fikk. Ifølge litteratur hun hadde lest, skulle reaksjonene hennes være overensstemmende med symptomer på overgrep - noe hun ikke kan huske å ha vært utsatt for. Å bli bedre kjent med kroppen sin, har hjulpet Caroline med å finne en måte å forstå noe på, som allikevel hjelper henne til å bli mindre redd, selv om hun ikke får kroppslige symptomer og minner til å henge sammen.

*«...nå har jeg **skjønt** dette med hvordan det henger sammen, og det har hjulpet meg til ikke å bli redd.»*

4.3.4 Verktøy - nye måter å håndtere plagene & reaksjonene

Ungdommene har gjennom behandlingsprosessen fått ulike øvelser og verktøy som hjelp til selvivaretagelse. De trekker frem at de blant annet har lært seg å gjenkjenne stressende situasjoner, samt hva som kan hjelpe for de ulike reaksjonene som oppstår. Øvelsene de har fått, opplever de at er tilpasset deres behov og utfordringer.

«Nå har jeg verktøyene til å fortsette jobben, og jeg har fått perspektiv på problemene, og skjønner hvordan ting fungerer. Så nå vet jeg hva jeg kan gjøre hvis jeg kjenner på symptomene igjen.»

Å gjøre øvelser mellom behandlingstidene beskrives som en måte å hindre at det strammer seg til igjen. Det holder både smerter, spenninger og andre plager i sjakk. Det kommer også frem at øvelser som kan brukes når ungdommene selv kjenner behov for det, er mer nyttig enn å få det som «hjemmelekse». Dette skaper bare flere krav og forventninger om å prestere, og kan på den måten bli en faktor som vedlikeholder eller forverrer symptomene deres. Beate opplevde det slik:

*«Istedenfor at det skal være sånn; dette må du gjøre hver gang du pusser tenner, eller dette må du gjøre rett før du legger deg. Det blir mer stressbetinget opplever jeg. Hvis det er noe jeg **må** huske på, istedenfor å kunne ta det når jeg kjenner at jeg trenger det.»*

Ungdommene beskriver at behandlingen retter oppmerksomhet på å oppdage og å kjenne igjen at det strammer seg til. De utvikler måter å forholde seg til dette, enten gjennom aksept - eller bevegelser som kan påvirke det. Det påpekes for eksempel at det ikke er farlig å stresse i ulike situasjoner, dersom de klarer å slappe av når situasjon er over. Gjennom behandling og ved å få øvelser og verktøy til implementering i egen hverdag, har ungdommene fått tro og håp om at plagene ikke skal vende tilbake, og at kroppen deres vil tåle belastninger i fremtiden. Beate sier:

«Jeg tror ikke formen min kommer til å snu heller, for jeg har klart å jobbe såpass med meg selv. ...jeg tror det vil holde.»

4.3.5 Pustens betydning

Ungdommene forteller at pusten stod som et sentralt tema i behandlingen, og det ble satt tydelig fokus på respirasjon fra tidlig i behandlingsforløpet. Noen forteller at de fikk konkrete pusteøvelser i behandling. Disse ble integrert i hverdagen deres, til bruk i stressende situasjoner, eller som en måte å håndtere smerte på. Dorthe erfarte at bevisst pust kunne hjelpe henne med både smerter og andre plager:

«Jeg prøvde å puste ut i smerten. Hvis jeg kjenner at jeg har vondt, så prøver jeg å puste mot der jeg har vondt. Det har jo fungert med andre plager også.»

Det blir i ungdommenes beskrivelser fremstilt at å puste dypt og rolig, med tydelig bevegelse helt ned i magen, er riktig pusteteknikk. Å ha fokus på egen pust, har for flere av ungdommene opplevdes som hjelpsomt med tanke på å redusere stress- og angstreaksjoner – selv om de ikke alltid klarer å «huske» på pusten når de står i den stressende situasjonen. Beate forteller følgende:

«... jeg kommer som regel på det [pusten] etterpå hvis jeg står i noe som er veldig stressende. Jeg tar meg gjerne bedre tid til å slappe av, trekke pusten godt inn, puste helt ut, også sitter jeg sånn en stund til jeg kjenner at jeg blir rolig igjen.»

Dorthe har fra terapeuten sin fått instruksjon om å bruke tre sekunder på hver av inn- og ut pustene hun tar. Teknikken har hun tatt med seg og implementert i hverdagen, som en teknikk hun kan bruke når hun kjenner stresset bygge seg opp. Denne måten å fokusere på pusten på, ga henne mening:

*«Jeg knakk den koden da han sa tell til tre når du puste inn, også teller du til tre når du puster ut. Det har hjulpet meg å være bevisst på hvor lenge jeg egentlig **må** puste for å fylle hele brystet og helt ned i magen.»*

5.0 Drøfting av funn

Oppgavens problemstilling er: «*Hvilke erfaringer har ungdom med norsk psykomotorisk fysioterapibehandling for kroppslige helseplager knyttet til angst?*»

I studien ønsket jeg å rekruttere og intervju informantene som hadde kroppslige plager relatert til *angst*, men det var i hovedsak stressrelaterte plager ungdommene oppga. Det er glidende overganger mellom psykiske plager og alvorlige lidelser, og i det empiriske materialet presenteres det en vifte med stor variasjon i plager og lidelser. Funnene fra det empiriske materialet er drøftet i lys av teorien presentert i oppgaven, hvor forståelse for NPMF-prinsipper ligger som et grunnlag for drøfting. Kapittelet har to temaer: «*Lavterskeltilbud og medikalisering – plager eller lidelser?*» hvor jeg vil vektlegge teori om NPMF og medikalisering, og «*NPMF behandling sett i lys av utviklingspsykologi*» hvor jeg særlig vil løfte frem teori om utviklingspsykologi.

5.1 Lavterskeltilbud og medikalisering - plager eller lidelser?

Fra det empiriske materialet presenteres et bredt spekter av kroppslige reaksjoner og symptomer som ungdommene opplever, disse gjenspeiles til dels også i den varierende graden av utfordringer de oppgir. Mens noen av ungdommene opplever stress i situasjoner med høyt press eller krav om prestasjoner, er det enkelte som har alvorlige diagnoser, hvor også dissosiasjon er en del av symptombildet. Uavhengig av denne variasjonen beskriver ungdommene kroppslige reaksjoner slik som økte muskulære spenninger, hodepine, respirasjonsendringer og mageproblemer – enten i form av kvalme eller smerter. Kroppslige reaksjoner på stress og angst er godt dokumentert i litteraturen, og ungdommenes fremtredende beskrivelse av mageproblemer er helt i takt med Ellneby og Solli (2000, s. 9-71) sine uttalelser, hvor de løfter frem at de vanligste psykosomatiske plagene har med magen å gjøre.

I uttalelsen fra en av ungdommene, kom det frem at hun alltid kjente på en klump i magen. Denne klumpen og gråten var de første og mest tydelige fornemmelsene hun kjente som innledningen på de andre kroppslige reaksjonene hun fikk i stressende situasjoner. Dette kan sees i tråd med Braatøy (1947, s. 221) sin tenkning om at man ikke kan holde gråten tilbake uten å holde pusten, og omvendt at hvis man enten bevisst eller ubevisst går med gråt inni seg, gjør det at man ikke kan puste fritt. Spenning i muskulatur – særlig i mellomgulvet – hemmer og begrenser pusten vår,

og fokus på forholdet mellom muskulære spenninger, emosjoner og respirasjon står sentralt i NPMF, hvor en tilstreber å fremme fri pust og strekk (Thornquist, 2009b).

Det ungdommene oppgir som utløsende for deres kroppslige reaksjoner, er i stor grad knyttet til press og prestasjon i skolesammenheng, krav og forventninger fra nærpersoner, men for noen også som utslag av et *for* stort ansvar i familien.

Gjennom Ungdataundersøkelsen 2020 kommer det tydelig frem at ungdom i Norge kjenner på økt press, krav og forventninger - noe som også angis som en utløsende faktor for angst- og stressreaksjoner (Bakken, 2020). En følelse av å ikke være god nok, gjør at flere av ungdommene i studien oppgir at de strekker seg langt for å tilfredsstille andre, og til tider lar det gå på bekostning av seg selv. Gjennom kroppen regulerer vi vårt følelsesliv, som vil si at følelser og opplevelser ikke bare *uttrykkes* i kroppen, men at vi som mennesker kan *regulere* følelseslivet vårt med kroppen vår. Dette gjør vi gjennom spenninger, bremset pust og bevegelser, og når vi «tar oss sammen», bremser vi våre kroppslige uttrykk. (Thornquist, 1986). Denne kroppslige bremsingen og beredskapen har i slike sammenhenger en funksjon som tilpasning til påkjenninger, vanskelige livssituasjoner og tidligere erfaringer (Thornquist, 2006a).

Det kommer frem at ungdommene selv søker etter og ser behov for hjelp til sine psykosomatiske plager. De uttrykte at de hadde stort behov for snarlig hjelp, og flere uttrykte at hvem som ga hjelpen etter hvert ikke ble så viktig, bare den kom raskt når de først trengte den. Noen hadde vært gjennom lange utredninger, og forsøkt andre behandlingsalternativer før NPMF ble aktuelt. Samtlige av ungdommene prøvde ut behandling hos psykolog i tillegg til NPMF, og flere opplevde at de også hadde behov for samtaleterapi. Likevel var det den psykomotoriske fysioterapeuten de erfarte at hjalp dem med deres problemer, noe de selv undrer seg over om var fordi det var der de først mottok hjelp. Forskning viser at tidlig intervensjon kan bidra til at færre unge med psykiske plager lar det utvikle seg til lidelser, som muligens vil kreve mer langvarig behandling (Kaurstad, Groven, Nerland, Hungnes & Bachmann, 2020). Dette tyder på at blant annet NPMF kan bidra til å begrense antallet ungdom som utvikler et større hjelpebehov, dersom det blir tilgjengelig for dem i en tidlig fase.

Fra resultatene ser det ut til å være rimelig tilfeldig hvordan ungdommene havnet i NPMF behandling. Det var enten etter anbefaling fra foresatte, fastlege eller annet helsepersonell, og for noen var også lange ventelister hos psykolog delvis grunnen. Den nylig fremlagte rapporten fra ekspertgruppen nedsatt av regjeringen, presenterer et stort behov for å styrke det kommunale lavterskeltilbudet til barn og unge med behov for psykisk helsehjelp (Kjøs et al., 2021). Dette kan tyde på at de vurderer at det for denne aldersgruppen er behov for hjelp for plager tidlig, før det blir lidelser. Ekspertgruppen påpeker i sin rapport at:

«Når belastningen på de offentlige tjenestene øker til et nivå der de ikke klarer å dekke behovet for hjelp, vil flere med lettere psykiske plager sannsynligvis oppsøke lavterskeltilbudene, som dermed beveger seg mot å jobbe sekundærforebyggende. Det vil derfor være hensiktsmessig å ruste lavterskeltilbudene bedre for å kunne forstå og bistå unge med lettere psykiske plager.» (Kjøs et al., 2021, s. 59).

Ungdommene beskriver plagene primært som kroppslige, og hos de fleste var det lettere psykiske plager de presenterte. Tradisjonelt sett har NPMF primært vært brukt til pasienter med psykosomatiske plager lettere psykiske lidelser, og man kan derfor si at tilnærmingen er godt egnet i et lavterskeltilbud. Thornquist (2005) trekker frem at pasienter som identifiserer sine problemer som kroppslige, ønsker – og er gjerne innstilt på en kroppslig behandlingstilnærming, og vil gjerne ikke gå til psykiater eller psykolog for sine problemer. Et lavterskeltilbud vil for unge som opplever plagene sine som symptomer, bidra til å gjøre det lettere å oppsøke hjelp tidlig. Flere artikler og kronikker fremhever nettopp at PMF er en ressurs inn i skolehelsetjenesten (King, 2021; Ottesen et al., 2016). Forslaget om styrking av kommunale lavterskeltilbud kan tyde på at ekspertutvalget vurderer at det for aldergruppen er behov for hjelp for plagene tidlig, før det blir lidelser (Kjøs et al., 2021). Dette vil blant annet innebære tilbud om hjelp uten at det stilles diagnoser. Det er reist spørsmål ved det å stille tidlige diagnoser og hva det betyr for ungdommer med psykosomatiske vansker. Dette tar oss videre inn i medikaliseringsdebatten.

Flere av ungdommene unngikk å bruke diagnostiserende språk, og snakket om sine kroppslige reaksjoner som symptomer på stress og overbelastning i hverdagen, men uten at de nødvendigvis vil bruke begrepet angst. De snakket heller om hodepine, magesmerter, pustevansker, stram muskulatur, og vansker med temperaturregulering. Til debatten om at mange som henvises til barn- og ungdomspsykiatriske poliklinikker avvises, til tross for at de er henvist «*med alvorlige tilstander preget av for eksempel smerter, kramper og/eller utmattelse samt stort funksjonsfall*», poengterer psykiaterne Helgeland og Diseth (2021) at:

«Det er viktig å være klar over at mange av pasientene ikke fyller kriteriene til en diagnostiserbar psykisk tilstand som angst eller depresjon, nettopp fordi biopsykososial belastning og negative livshendelser kommer til uttrykk som kroppslige symptomer.» (Helgeland & Diseth, 2021, s. 23).

Alle unge med kroppslige reaksjoner som resultat av psykososiale problemer hører ikke nødvendigvis hjemme i spesialisthelsetjenesten. En av ungdommene i denne studien opplevde for eksempel at symptomene hennes ikke var så alvorlig, og at hun i utgangspunktet tok kontakt med fastlegen for å utelukke mangelsykdommer gjennom blodprøver. Kaurstad et al. (2020) trekker frem at grensen mellom hva som er vanlig og hva som er uvanlig når det gjelder barn og unge, er ofte flytende, og det kan være vanskelig å avgjøre når en bekymring oppstår og skal tas videre.

Funn fra studien løfter frem at noen av ungdommene oppsøkte helsehjelp for plager hvor de av legen fikk diagnoser de ikke selv tenkte at de hadde. For eksempel fikk en av ungdommene beskjed av legen at hun var deprimert, da hun selv tenkte symptomene hadde en somatisk årsak. Medikaliseringsdebatten har vært et dominerende tema i en årrekke, og det kan stilles spørsmål om hvorvidt det er hensiktsmessig at ungdom i tidlig alder skal ha en diagnose for å få hjelpen de trenger. På den ene siden skriver Kozlowska et al. (2020, s. 20-21) at tidlig diagnostisering og behandling av psykosomatiske plager er assosiert med gode helsegevinster. Hun trekker frem at å gi symptomene et navn kan bidra til at pasient og pårørende får en trygg base, hvor alvorlig patologi er utelukket, som de kan utforske symptomene fra. Hagen (2021) på den andre siden, mener at det er på tide å bevege seg bort ifra medikaliseringen av psykiske vansker og emosjonell smerte. Hun legger frem at en biomedisinsk og diagnostisk forståelse og tilnærming til

psykiske vansker har begrensninger, og muligens kan ha skadevirkninger for pasientene. Videre kritiserer hun den diagnostiske tankegangen for å ha en for snever og reduksjonistisk forståelse av psykiske vansker, og dermed av personen som erfarer det.

Variasjonen blant diagnoser og plager som presenteres i studien viser at hjelpebehovet deres er ulikt. Noen av ungdommene snakker om at diagnoser de har mer eller mindre begrenser og påvirker deres hverdag. Diagnoser har som kjent flere funksjoner – noen tilsiktede, mens andre er utilsiktede. Den primære funksjonen er å gi retningslinjer for (be)handling, men det er også makt knyttet til å definere et helseproblem. Det handler om retten til å skape bestemte virkelighetsbilder og bestemme om et problem hører inn under medisinen og helsevesenets ansvarsområde eller ikke (Kirkengen & Thornquist, 2013). Det er stilt spørsmål ved om den store oppmerksomheten rettet mot ungdoms psykiske helseplager muligens bidrar til å sykeliggjøre helt alminnelige ungdomsliv og normale utfordringer (Nordtug & Engelsrud, 2017). I tråd med dette, kan man argumentere for at det å gå til behandling hos for eksempel psykolog for enkelte kan oppleves sykeliggjørende, og føre til det Thornquist (2016a) beskriver som «*en patologisering av tilværelsen*».

5.2 NPMF behandling sett i lys av utviklingspsykologi

Alle ungdommene hadde totalt sett en opplevelse av å få utbytte av NPMF behandling for sine kroppslige plager relatert til angst og stress. For ungdommen handlet utbyttet hovedsakelig om å få mindre kroppslige plager, tilegne seg økt forståelse, få kontakt og tilstedeværelse i egen kropp, og se sammenhengene mellom sine emosjoner, tanker og kroppslige uttrykk. Ungdommenes behov for å utforske, kan sees i sammenheng med utviklingsfasen de er i, hvor de i større grad løsriver seg fra det konkrete, og blir interessert i seg selv på en ny og mer selvkritisk måte (Jerlang et al., 2008, s. 108). At NPMF kan hjelpe mot angstrelaterte plager kommer blant annet frem fra den nylig publiserte studien til Dragesund, Nilsen og Kvåle (2021), hvor de viste til reduksjon i smerter, angst og depresjon hos deltakerne. At kroppen må betraktes som en funksjonell og samspillende enhet, hvor en ikke kan «plusse på» en psykososial dimensjon til den biologiske kroppen løftes blant annet frem av Teigen, Ekeli og Sviland (2020) og Sviland et al. (2014). Selv om

det meste av forskning på NPMF stort sett beskriver voksne pasienter sine erfaringer, ser man at kvalitative studier utdyper fenomen som også ungdommene i denne studien trekker frem som betydningsfulle.

For ungdommene ble forståelsen for og kjennskap til egen kropp opplevd som en prosess over tid, hvor det innledningsvis var vanskelig å kjenne etter og finne ord. Denne prosessen beskrives også i studien til Dragesund og Øien (2021), hvor det blant annet kom frem hvordan pasientene gradvis fikk bedre kontakt med områder i kroppen de tidligere hadde vært ubevisst. Sett i et utviklingspsykologisk perspektiv, er ungdommene i en krevende fase i livet, hvor de gjennomgår endringer på flere plan, hvor terapeuten kan fungere som en veileder og støtte gjennom perioden (Håkonsen, 2009, s. 115). Flere av ungdommene opplevde at NPMF behandling for stressrelaterte plager da de var tidlig i tenårene, hadde gitt bedring i symptomene, men at det var vanskelig å finne ord for hva det var som hjalp. Noen av ungdommene reflekterer over at de trolig ikke klarte å forstå sammenhengene i like stor grad som de gjorde bare noen år senere. Sett i lys av ungdommenes erfaringer, kan man undre seg over om det i en tidlig livsfase er like viktig å *kjenne* det som å *skjønne* det? Likevel argumenterer ungdommene for at de også i tidlig tenårene hadde bedring i sine symptomer med hjelp av NPMF. For ungdommene å etablere et utgangspunkt for å kunne kjenne og erfare i egen kropp, vil kunne hjelpe dem i prosessen med å oppnå den reflekterende forståelsen en gjerne søker i NPMF (Ottesen, 2017). Som terapeut vil det derfor være viktig å søke en nyansert forståelse av barn og unges forutsetninger for å forstå og finne ord for å beskrive, basert på hvilke utviklingstrinn de er.

I NPMF vektlegges trygghet, empati, relasjon og anerkjennelse som essensielle faktorer for å skape grunnlag for gode terapisisuasjoner (Dragesund & Øien, 2021; Sviland et al., 2014). Funn fra Bergland et al. (2018) sin studie om PMF, viser viktigheten av at terapeuter tar hensyn til pasienters egne meninger og refleksjoner, og at de må vises oppmerksomhet og "sensitivitet" for å skape en trygg atmosfære. Dette gjenspeiles også i flere studier, som fremhever at man kan oppnå endring når trygghet mellom pasient og terapeut får utvikle seg (Ottesen & Mengshoel, 2016; Teigen et al., 2020; Thornquist, 1986). Ungdom er i en fase av livet der det å skape seg selv, prøve ut og danne seg en egen identitet, er viktig (Jerlang et al., 2008, s.

108-110). Kroppen har stor betydning i denne presentasjonen av selvet og blir et tegn som forteller om hvem du er som person. Den trygge og vante barnekroppen forvandler seg, og ungdommene kan føle seg fremmed for kroppen de blir, hvor de igjen skal søke tilhørighet i nye relasjoner og sammenhenger (Ottesen et al., 2016).

Ungdommenes klare uttalelser om betydningen av relasjonen til terapeuten, og hva den hadde å si for deres fremgang, bar preg av at de følte seg trygg, anerkjent og ivaretatt av behandleren. Det relasjonelle står sentralt i all pasientnær og -sentrert behandling, noe som særlig er tydelig i NPMF sine grunntanker (Dragesund & Øien, 2021). Schibbye (2012) forklarer relasjonen man har til andre som en prosess i to retninger. Man forholder seg både innover i seg selv og utover til omgivelsene, hvor de ytre og indre relasjonelle prosessene i en slags speiling påvirker hverandre gjensidig. Dersom en terapeut har en indre dialog om anerkjennelse og forståelse for pasienten, vil oppfattelsen overføres til mottakeren. Schibbye (2004) legger blant annet stor vekt på begrepet *anerkjennelse*, som igjen handler om toleranse, aksept, forståelse og bekreftelse. Dette synliggjøres i ungdommenes uttrykte opplevelse av aksept og anerkjennelse fra terapeuten. Denne trygge relasjonen er igjen viktig for at de skal klare å nyttiggjøre seg behandlingen. Sviland, Råheim og Martinsen (2010) uttrykker det slik: «*Kroppslig omstilling forutsetter tillit og utløser fortrolighet.*».

Resultatene viser til at flere av dem hadde betydelige utfordringer i sine familierelasjoner, som kan tyde på at tilstanden for flere av dem er forbundet med, og utløst av vanskelige relasjoner. De sosiale relasjonene våre preger vår identitetsutvikling, og bidrar til å skape utgangspunkt for valgene vi tar (Jerlang et al., 2008, s. 110). For ungdommene i studien ble erfart positiv endring i personlige relasjoner oppfattet som et utbytte av behandlingen. Dette ble satt i lys av at de gjennom økt kontakt med, og tilstedeværelse i egen kropp, ble tryggere på seg selv. Ifølge Kirsten Ekerholt, Schau, Mathismoen og Bergland (2014), vil man gjennom terapeutiske prosesser kunne oppleve og utforske relasjonelle erfaringer. Dette blir et grunnlag for ungdommene til å gjenkjenne, forstå og endre gamle – og potensielt dysfunksjonelle mønstre. For ungdommene å erfare en trygg relasjon til behandler opplevde de også å bli trygg på seg selv, som igjen ble overført til å kjenne seg tryggere i relasjon til andre. Denne tryggheten førte til at de opplevde økt selvtillit, hvor de tør å være ærlig og å være seg selv. Dragesund og Øien (2021) løfter frem

denne overføringsverdien i anerkjennende behandling. Utviklingspsykologien fremhever at en positiv identitetsutvikling, vil kunne gi ungdommene en opplevelse av å bedre håndtere de vanskelige situasjonene de blir stilt ovenfor videre i livet (Jerlang et al., 2008, s. 109).

For ungdommene opplevdes det godt å ikke få flere «lekser» eller oppgaver de måtte jobbe med hjemme mellom behandlingstimene.. For noen kan også det å få oppgaver og øvelser, gi en følelse av å bli enda et krav de skal jobbe mot, og en avspenningsøvelse kan på den måten fort føles som et krav om å slappe av istedenfor å være noe man tilstreber at skal komme naturlig. Terapeuter er ifølge Binder (2011, s. 213) ulike i hvordan de introduserer praktiske øvelser i behandling. Det sees ofte et skille mellom de som arbeider med relasjoner og utforsking av følelser, og de som bruker praktiske øvelser og hjemmeoppgaver for å løse konkrete symptomer og problemer. Det at kroppslig endring og omstilling gjennom behandling blir en del av hverdagen, er en av grunntankene i NPMF (Thornquist, 2009b), og også noe ungdommene i studien opplevde som et tydelig utbytte av behandlingen.

Verktøyene gjorde også at ungdommene hadde en opplevelse av å tåle stressende situasjoner bedre, og i forlengelse av dette opplevde de å være mindre begrenset, og mer selvstendig i hverdagen. De fikk øvelser de kunne bruke i forbindelse med arbeid, på skole og i sosiale sammenhenger. Av funnene kommer det frem at flere opplevde at behandlingen, og disse verktøyene, var det som gjorde at de klarte å mestre hverdagen. Basert på utviklingstrinnene ungdommene befinner seg i, er dette en periode hvor de skal løsrive seg fra sine primære omsorgsgivere, og finne sin plass i «voksenverdenen» (Jerlang et al., 2008, s. 108-112). Løsrivelsesprosessen krever at ungdommene tåler å stå i og mestre utfordringer og vanskelige situasjoner, istedenfor å søke tilflukt hos og omsorg fra andre. Ungdommene påpekte at de gjennom behandlingsforløpet var mindre avhengig av hjelp fra andre, og at de tålte dårlige dager bedre. Behandlingen var med andre ord med på å utruste ungdommene med verktøy som de kunne anvende i disse situasjonene, og være med å forsterke deres følelse av identitet i møte med og overgangen til voksenlivet.

At behandling er sentrert rundt deres behov trekkes frem som en positiv erfaring ungdommene har i møtet med NPMF. Beskrivelser av at de blir hørt, tatt på alvor og at behovene deres blir anerkjent, trekkes frem som særlig viktig. Sett i lys av utviklingspsykologien og Eriksons utviklingstrinn, er ungdommene i studien i en fase hvor identitetsutvikling står sentral. Å få gehør for egne meninger er med på å bekrefte ungdommene som selvstendige individ, og påvirker deres mulighet for å utvikle eierskap til egne tanker og følelser (Jerlang et al., 2008, s. 110-112).

Utviklingsstadiet er preget av at ungdommene tviler på alt de tror de kan og vet, og anerkjennelsen de får fra terapeuten, vil kunne bidra til å navigere ungdommene gjennom alderstrinnes krise; «identitetskrisen» (trinn fem) og «intimitetskrisen» (trinn seks).

Muligheten for ungdommene å få tiden de trenger i behandlingsforløpet, oppleves som viktig. Spesielt løftes det frem i empirien at å få være med i beslutningen om å avslutte behandling er betydningsfullt. Fra Sviland et al. (2014) sin artikkel trekkes det frem at en opplevelse av at noen er villig til å «investere» i deg, kan være av betydning for pasienter. Noen av ungdommene hadde vonde erfaringer med avslutning av behandling, og flere hadde negative opplevelser med tidligere behandlere som avsluttet oppfølgingen før de selv følte seg klar. Det kommer frem fra flere studier at pasienter verdsetter å få tiden de trenger, slik at de i en trygg situasjon preget av tillit, kan utforske og bli kjent med egen kropp og følelser (Dragesund & Øien, 2021; Sviland et al., 2014). Hos den psykomotoriske fysioterapeuten opplevde ungdommene omsorg, som ga dem en mulighet til å erfare å slippe andre mennesker nær. I NPMF behandling, kommer pasient og terapeut nær hverandre – både i fysisk betydning og relasjonelt – som en del av samspillet. Fra artikkelen til Dragesund og Øien (2021) kom det frem at pasienter gjennomgikk en prosess fra å ha et behov for å bli gitt omsorg, til å klare å gi seg selv egenomsorg, samt gjenkjenne og ta hensyn til egne behov. Betydningen av å bli hørt og tatt på alvor fremheves av Eriksons utviklingsteori, hvor han på det sjette utviklingstrinn vektlegger tungt at en må utvikle seg til å kunne åpne seg for andre, og slippe andre mennesker nær inn på seg selv (Jerlang et al., 2008, s. 109-111).

Caroline er den av ungdommene som i størst grad har beskrevet den terapeutiske situasjonen til å øve på å slippe mennesker nær. Gjennom selvmordsbrevet hun skrevet til den psykomotoriske fysioterapeuten, fikk hun oppleve at terapeuten viste henne at hun betydde noe for henne, og at terapeuten ikke ville tålt noe så dramatisk som at hun tok sitt eget liv. Å gi rom for å prøve ut relasjonen er ifølge Binder (2011, s. 167) et hjelpemiddel pasienter kan bruke for å prøve ut sine fastlåste og smertefulle antakelser direkte i relasjon til terapeuten. Det kan også være en måte for ungdom å teste ut om terapeuten klarer å håndtere den følelsesmessige situasjonen som de selv en gang opplevde ble overveldende. For ungdommene å oppleve at terapeuten tåler både dem og situasjonene de står i, kan potensielt være en måte for ungdommen å finne veien til å også kunne tåle seg selv.

Enkelte av ungdommen kommer fra hjem med store belastninger, og selv om det ikke nevnes spesifikt i det empiriske materialet, kan det være tenkelig at enkelte av dem i ulik grad har opplevd omsorgssvikt. Dersom de i tidligere utviklingstrinn ikke har mestret utviklingskrisen den medbringer, kan det føre til at de mangler strategier for å løse den type konflikter også senere i livet (Håkonsen, 2009, s. 113). Man kan se omsorgen disse ungdommene beskriver at de har opplevd i NPMF i lys av «Regresjon i Jeg'ets tjeneste». Dette med fører at det kan være aktuelt for pasienten å regrediere under kontrollerte forhold for å prøve å løse problemer fra tidligere utviklingstrinn (Jerlang et al., 2008, s. 54). At den psykomotoriske fysioterapeuten tilrettelegger for, og gir ungdommene rom til å utforske og erfare det de ikke tidligere har fått erfart, vil kunne være en måte for dem å bearbeide tidligere utviklingskriser. Med NPMF sitt hensikt om å støtte pasientenes spontane og autonome endring, kan behandlingen gi ungdommene økt trygghet og tillit til seg selv og egen kompetanse (Feilberg & Thornquist, 2016). Dette vil kunne lette overgangen og veien videre inn i neste fase i livet; voksentilværelsen.

5.3 Metodediskusjon

Evaluering av metodevalg

Ved intervju er det alltid en viss asymmetri mellom partene (Kvale et al., 2009, s.52), og en fare kunne være at jeg som intervjuer var redd for å stille spørsmål som kunne gitt informantene ubehag. Ringvirkninger av dette kan være at jeg under intervjuet ikke stilte gode nok oppfølgingsspørsmål, og dermed gikk glipp av potensiell kunnskap som kunne vært relevant for studien. Når man intervjuer pasienter, vil det være naturlig å ha en viss følelse av omsorg, ivaretagelse og respekt. Dette kunne hindret meg i å stille spørsmål som kan sette dem i et dårlig lys eller vanskelig posisjon. Jeg kunne med andre ord bli redd for å «trække dem på tærne», og bevisst velge å unngå å stille kritiske spørsmål (Dalland, 2012, s.251). Jeg var dessuten klar over at jeg som intervjuer til en viss grad også «representerte» psykomotoriske fysioterapeuter, og at informantene muligens følte at de måtte fremheve denne yrkesgruppen og NPMF som behandlingstilnærming positivt for å ikke fornærme meg.

Evaluering av dataproduksjons- og analyseprosessen

Innledningsvis var planen å rekruttere fem til åtte informanter i alderen 16-20 år som hadde opplevd det aktuelle temaet. Da det viste seg å være vanskelig å rekruttere tilstrekkelig med informanter, valgte jeg å utvide aldersspennet til 16 til 26 år. En mulig svakhet med datainnsamlingsmetoden, var at jeg var avhengig av psykomotoriske fysioterapeuter for å komme i kontakt med potensielle informanter. Et utvalgsbias er en kalkulert risiko ved strategisk utvalg, og i mitt tilfelle var det tenkelig at de psykomotoriske fysioterapeutene ville foretrekke å rekruttere pasienter, som de hadde god relasjon til, og som de opplevde som fornøyd med behandlingstilnærmingen. I kvalitative studier, stilles det dessuten krav til at informantene har kognitiv og emosjonell kapasitet til å gi dybdebeskrivelser, som gir nok materiale til prosjektet. Det var tydelig at deres evne til å uttrykke erfaringer og opplevelser, var farget av uttrykk de hadde hørt fra terapeut under behandling. Selv med forberedt intervjuguide som informantene hadde fått tilsendt i forkant av intervjuet, opplevde jeg flere ganger å måtte omformulere spørsmål underveis i intervjuet for at informantene skulle forstå. Det kan også være en mulig svakhet at alle informantene var kvinner, da det gir mindre grunnlag for å si noe om erfaring gutter i denne aldersgruppen har med NPMF som behandlingstilnærming.

Jeg opplevde ingen større uforutsette hendelser under selve intervjuene. Det at intervjuene ble gjennomført over digital plattform, kunne gi utfordringer som teknisk feil på utstyr, brudd i nettverks tilkobling eller andre forstyrrelser i å fornemme informantens reaksjoner. Jeg valgte å gjennomføre ord-til-ord transkribering av intervjuene, før jeg bearbeidet de til mer skriftlig form. Videre gjennomførte jeg en strukturert meningsfortetting i tabellform av alle intervjuene, for å være sikker på at ingen viktige poeng ble utelatt. Som analysemetode valgte jeg å benytte Malterud sin systematiske tekstkondensering, en anerkjent og vidt brukt metode ved kvalitativ forskning. Det var en krevende prosess, og jeg opplevde at det til tider var vanskelig å legge til side min egen forforståelse, og at det kunne være vanskelig å «rive» seg bort fra mine foreløpige temaer. Jeg ser at det ville vært en fordel å ha vært to i denne prosessen, for å utfordre hverandres perspektiv og forståelse av materialet.

Overførbarhet

Ifølge Kvale et al. (2009, s.264-265) vil ikke kvalitativ forskning gi resultater som kan generaliseres til en gruppe i en populasjon, men studiene kan anvendes til å forstå lignende grupper og/eller situasjoner. Kunnskapen som kommer frem i denne oppgaven, representerer synspunkt og erfaringer fra fem informanter. Oppgaven vil med andre ord ikke være generaliserbar på gruppenivå til pasienter i alderen 16-26 sine erfaringer med NMPF. Forhåpentligvis vil studien kunne bidra med innsikt, som andre terapeuter som jobber med pasienter i denne aldersgruppen og særskilte situasjonen, kan benytte seg av (Malterud, 2017, s. 17).

6.0 Oppsummering

I denne studien har jeg intervjuet fem ungdommer for å besvare problemstillingen: «Hvilke erfaringer har ungdom med norsk psykomotorisk fysioterapibehandling for kroppslige helseplager knyttet til angst?»

Resultatene fra studien belyser ungdommenes opplevelser og erfaringer med at NPMF behandling hjalp dem med deres kroppslige plager knyttet til angst og stress. Det var særlig hjelp til å forstå reaksjonene sine og årsakene til at de oppstod, som hadde betydning for ungdommene. Når en erkjenner at kroppen er et sammensatt og historisk fenomen som preges av erfaringer og biologi *samtidig*, vil vår oppmerksomhet rettes mot opplevelsesaspektet ved å *være* og å *ha* en kropp. Slik knyttes kropp og mening sammen, og dette gjør noe med oss som mennesker på mange og forskjellige vis. Funnene understøtter også viktigheten av det relasjonelle aspektet ved NPMF som behandlingstilnærming, hvor følelsen av å bli anerkjent, ivaretatt og vist omsorg var av særlig betydning for ungdommene. Sett i lys av utviklingsstadiet, hvor ungdommene er i en fase med identitetsutvikling, vil det for terapeuter være relevant å tilstrebe en balanse mellom å gi ungdommene omsorg, og å hjelpe dem til å klare seg selv og utvikle egenomsorg. Det å ha en god relasjon til behandler skapte tillit og trygghet til å utforske i behandling, som gjorde dem mer oppmerksom på uhensiktsmessige spennings- og bevegelsesmønstre. Verktøy og øvelser fra behandling ble integrert i ungdommenes hverdag, og de opplevde å være bedre rustet til å håndtere vanskelige og stressende situasjoner.

Hensikten og formålet med denne oppgaven, var å få innsikt i unge pasienters erfaring med NPMF som behandlingstilnærming for deres kroppslige plager knyttet til angst. Behandling av barn og unge med NPMF som behandlingstilnærming har tradisjonelt sett ikke vært vanlig, og studier er stort sett basert på voksne pasienter. Denne studien viser at ungdom – til tross for å være i en alder med krevende emosjonell, psykisk og fysisk utvikling – har positive erfaringer med behandlingen for sine kroppslige plager relatert til stress og angst. Til tross for et lite utvalg, opplever jeg at deltakernes beskrivelser rundt deres opplevelser og erfaringer er verdifulle bidrag til praksisfeltet.

6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Den relasjonelle kompetansen hos psykomotoriske fysioterapeuter er av stor betydning for ungdommenes mulighet til å finne trygge baser å utforske en kropp i utvikling, og terapeuter bør tilstrebe å ha trygge hender mot en sårbar kropp i endring. Tidlig intervensjon er nærmest blitt et slagord hos politikere og helsetopper, og jeg vil påstå at det i stor grad gjelder for barn og unge. Boken «Krenkede barn blir syke voksne», viser til hvordan traumer allerede fra mors liv kan påvirke helsen i voksen alder – både med psykiske og somatiske helseplager (Kirkengen & Næss, 2015). I arbeidet med å hjelpe barn og unge gjennom en så formbar fase, og i et samfunn med stadige og hurtige endringer, vil NPMF kunne hjelpe dem å erfare egen kropp som et stabilt fundament å utforske fra (Ottesen, 2017). NPMF fokuserer på å finne en dynamisk balanse mellom å finne stabilitet og fleksibilitet tilpasset utfordringene de står i, både når det gjelder tidligere erfaringer, aktuell livssituasjon og veien videre mot voksenlivet.

Denne studien gir et innblikk i hvordan ungdommer erfarer og opplever NPMF som behandlingstilnærming for deres plager og lidelser, hvor kroppen er innfallsport for omstilling. For å kunne si noe mer konkret om hvilken effekt NPMF har hatt ved behandling av kroppslige plager relatert til angst for ungdom, vil det være behov for flere studier som belyser dette. Sett i lys av regjeringens ønske om å styrke lavterskeltilbud for ungdommer, kunne det vært aktuelt å undersøke NPMF sin mulighet for å ha betydning for ungdoms helse, dersom psykomotoriske fysioterapeuter rekrutteres inn i lavterskeltilbud. Under Covid-19 pandemien har berøring blitt så å si totalt fraværende, og fysisk nærkontakt i form av klemmer, håndhilsning og andre former for hud-mot-hud kontakt er et «ikke-tema». Som refleksjon vil det være interessant å se hvordan denne reduksjonen i berøring påvirker ungdom, med tanke på at de er i en utviklingsfase hvor intimiteten utforskes. Det meste av forskning og studier gjort på NPMF, er gjennomført på voksne pasienter. Det er derfor et generelt behov for mer forskning på bruk av NPMF for denne pasientgruppen.

7.0 Referanseliste

- Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020. Nasjonale resultater. NOVA Rapport 16/20*. Oslo: NOVA, Oslomet. Hentet fra <http://hdl.handle.net/20.500.12199/6415>
- Bakken, A., Sletten, M. A. & Eriksen, I. M. (2018). Generasjon prestasjon? Ungdoms opplevelse av press og stress. *Tidsskrift for ungdomsforskning*.
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support, (2018), 23:e1723. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Binder, P.-E. (2011). *Et oppmerksomt liv : om relasjon, kropp og nærvær i eksistensens psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bjerke, E. (2016). Relasjonens betydning i psykoterapi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(22), 1908-1910. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0427>
- Bjørlykhaug, S. K. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi for "flinke piker" - fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner fra klinikken*. UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.
- Braarud, H. C. & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn ; en utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(10), 968-972.
- Braatøy, T. (1947). *De nervøse sinn: Medisinsk psykologi og psykoterapi*. Oslo: Cappelen.
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Hansson, H., Houge, N. H. & Hødal, T. (1995). *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Oslo: Pensumtjeneste. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2012101108085
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (4th International student. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dragesund, T., Nilsen, R. M. & Kvåle, A. (2021). Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education and active physiotherapy— A randomized controlled trial. *Physiother Res Int*, 26(2). <https://doi.org/10.1002/pri.1891>
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2019). Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(9), 1-10. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1463327>
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2021). Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: patients' experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy. *Physiother Theory Pract*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>

- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(1), 57-69.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1433256>
- Ekerholt, K. & Gretland, A. (2018). Physiotherapy in mental health and psychiatry : a scientific and clinical based approach. I M. Probst, L. H. Skjærven & L. H. Skjærven (Red.), (s. XI, 338). Amsterdam: Elsevier.
- Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M. & Bergland, A. (2014). Body awareness – a vital aspect in mentalization: Experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(5), 312-318.
<https://doi.org/10.3109/09593985.2013.876562>
- Ellneby, Y. & Solli, A. (2000). *Om barn og stress : og hva vi kan gjøre med det*. Oslo: Pedagogisk forum.
- Feilberg, M. F. & Thornquist, E. (2016). Fysioterapi som relationel praksis - behandling af torturoverlevende. *Fysioterapeuten*, 83(4), 16-21.
- Folkehelseinstituttet. (2018a). *Folkehelse rapporten* (Livskvalitet og psykiske lidelser blant barn og unge). Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>
- Geist, R., Weinstein, M., Walker, L. & Campo, J. V. (2008). Medically unexplained symptoms in young people: The doctor's dilemma. *Paediatr Child Health*, 13(6), 487-491.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, J. (2021). Power Threat Meaning Framework - et alternativ til den biomedisinske og diagnostiske forståelsen av psykiske vansker og emosjonell smerte. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (1), 72-78.
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-08>
- Hart, S. & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon : tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hartmann, E. & Axelsen, E. D. (2008). *Veier til forandring : virksomme faktorer i psykoterapi* (2. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Hechler, T., Endres, D. & Thorwart, A. (2016). Why Harmless Sensations Might Hurt in Individuals with Chronic Pain: About Heightened Prediction and Perception of Pain in the Mind. *Front Psychol*, 7, 1638-1638.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01638>

- Helgeland, H. & Diseth, T. (2021). Hvorfor avvises mange unge på feilaktig grunnlag? , 7, 22-23. Hentet fra https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/04/17/hvorfor-avvises-mange-unge-pa-feilaktig-grunnlag/?fbclid=IwAR3I_0ziq1RGakyJdfC5p8Yx3mFy-UfMUsv1Wqc9XM1v3G-aOjMHKcd3OXw
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Lov%20om%20medisinsk%20og%20helsefaglig>
- Helseregisterloven. (2014). *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (LOV-2014-06-20-43)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43?q=helseregister>
- Henriksen, N. E. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi til ungdom - Å erfare seg selv, det er det viktigste*. UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.
- Hummelvoll, J. K. & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jerlang, E., Wedel-Brandt, B., Jonassen Ann, J., Egeberg, S., Ringsted, S. & Halse, J. (2008). *Utviklingspsykologiske teorier : en introduktion* (4. utg.). København: Reitzel.
- Kaurstad, G. S., Groven, G., Nerland, S. M. K., Hungnes, T. & Bachmann, K. E. (2020). Hvordan lage gode samhandlingsforløp for utsatte barn og unge? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(3), 201-218. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-04>
- King, J. (2021). Fysioterapi er viktig på videregående skole. *Fysioterapeuten*. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/fagkronikk-fysioterapi-skolehelsetjenesten/fysioterapi-er-viktig-pa-videregaende-skole/132700>
- Kirkengen, A. L. (2017). Diagnose: Barndomsforgiftning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 16-24.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A. L. & Thornquist, E. (2013). Når diagnoser gjør blind. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 133(14), 1466-1468. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0519>
- Kjøs, P., Klippen, I., Hovgaard, H., Krokstad, S., Sletten, M. A., Lekand, B., ... Bakken, C. L. (2021). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien. Utfordringsbilde og anbefalte tiltak*. Oslo: Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f3f79f0e0acf4aebaa05d17bfdb4fb28/rapport-fra-ekspertgruppe-livskvalitet-psykisk-helse-og-rusmiddelbruk.pdf>
- Kloep, M., Hendry, L. B. & Jensen, K. O. (2003). *Utviklingspsykologi i praksis*. Oslo: Abstrakt forlag.

- Kozłowska, K., Scher, S. & Helgeland, H. (2020). *Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents : A Stress-System Approach to Assessment and Treatment*. Cham: Springer International Publishing : Imprint: Palgrave Macmillan.
- Kringlen, E. (1995). Diagnostikk som ideologi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 115(5), 630-632.
- Kringlen, E. (2011). *Psykometri* (10. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lehmann, S., Skogen, J. C., Haug, E., Mæland, S., Fadnes, L. T., Sandal, G. M., ... Bjørknes, R. (2021). Perceived consequences and worries among youth in Norway during the COVID-19 pandemic lockdown. *Scand J Public Health*. <https://doi.org/10.1177/1403494821993714>
- Malterud, K. (2002). Qualitative methods in medical research - preconditions, potentials and limitations. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2468-2472.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathiesen, K. S., Karevold, E. & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Merleau-Ponty, M. (2002). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Moltu, C. & Veseth, M. (2008). Fra det fastlåste til det forløsende ; om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 932-938.
- Nordtug, B. & Engelsrud, G. (2017). Boken som mangler, ord som går på tomgang og sykt flinke jenter: Kunnskap og helse. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 41(4), 262-278. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2017-04-06>
- Nortvedt, F. (2008). Kroppsfenomenologisk forskning — i grenselandet mellom empiri og filosofi. *Vård i Norden*, 28(3), 53-55. <https://doi.org/10.1177/010740830802800313>
- Opaas, B. E. (2012). *Psykomotorisk fysioterapi til tenåringer : - en kartleggingsstudie med fokus på mestring og utfordringer*. Høgskolen i Hedmark, Elverum.
- Ottesen, A. (2017). Å kjenne og glemme kroppen ; et fagessay om fysioterapi og ungdom, 84(*Fysioterapeuten*), 60-62.
- Ottesen, A. & Mengshoel, A. M. (2016). (U)synlig og (u)forståelig - avhengig av hva man retter blikket mot. *Fysioterapeuten*, 83(3), 30-33.
- Ottesen, A., Øyehaug, G. A. & Bjorbækmo, W. S. (2016). Fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom - perspektiver og praksis. *Fysioterapeuten*, 83(4), 48-52.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi ; innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*, 70(1), 14-18.
- Schaefer, M., Egloff, B., Gerlach, A. L. & Witthöft, M. (2014). Improving heartbeat perception in patients with medically unexplained symptoms reduces symptom distress. *Biol Psychol*, 101, 69-76.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.05.012>
- Schibbye, A.-L. L. (2004). Hva sier jeg til klienten i psykoterapi ; noen sammenhenger mellom et filosofisk grunnsyn, relasjonsteori og vårt terapeutiske språk, 58(Impuls), 20-26.
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken : Sinn - kropp - samfunn* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2007). *Hvis ikke kropp og psyke - hva da? ; holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse*. *Fysioterapeuten*, 74(12), 23-28.
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems, 17(4 %J Medicine, Health Care and Philosophy), 609-624. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9562-0>
- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2010). Språk – uttrykk for inntrykk. *Matrix*, 27(2), 132-156. Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/8627>
- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation – moved by respiration. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 811-819.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01024.x>
- Teigen, I., Ekeli, B.-V. & Sviland, R. (2020). Bruk intuisjonen og fantasien» – ein analyse av kropps- og kunnskapssynet i Aadel Bülow- Hansen si fagutøving og norsk psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*.
- Tetzchner, S. v. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforl. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2007080901066
- Thornquist, E. (1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling: En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi, (Tidsskrift for psykisk helsearbeid), 30-44.

- Thornquist, E. (2006a). Psykomotorisk fysioterapi - tenkning og tilnærming Del I. *Utposten*, 35(5), 28-32.
- Thornquist, E. (2006b). Psykomotorisk fysioterapi - tenkning og tilnærming Del II. *Utposten*, 35(6), 29-33.
- Thornquist, E. (2009a). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2009b). Livet sætter kroppslige spor: En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Fag og forskning*.
- Thornquist, E. (2016a). Fysioterapi og medikalisering, del I. *Fysioterapeuten*, 83(6), 26-28.
- Thornquist, E. (2016b). Fysioterapi og medikalisering, del II. *Fysioterapeuten*, 83(8), 32-35.
- Thornquist, E. (2016c). Fysioterapi og medikalisering, del III. *Fysioterapeuten*, 83(9), 28-30.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. & Ottesen, A. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (2), 130-138.
- Vestli, I. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med psykomotorisk fysioterapi i gruppe* OsloMet - storbyuniversitetet, Oslo.
- Øvreberg, G. & Andersen, T. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi: Et kildeskrift fra Adel Bülow-Hansens praksis* (2. utg.). Levanger: Berit lanssen.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Problemstilling: "Hvilke erfaringer har ungdom med norsk psykomotorisk fysioterapibehandling for kroppslige helseplager knyttet til angst?"

Før lydopptaket slås på: Studenten informerer om sted, dato og tidspunkt for intervjuet. Informanten presenterer seg med navn og alder.

Bakgrunn:

1. Kan du gi en kort beskrivelse av din hverdag?
2. Hvordan vil du beskrive ditt sosiale nettverk?
3. Hvor lenge / hvor mange timer har du vært i NPMF behandling?

Lydopptaket slås på.

Pasienten

1. Hadde du hørt om psykomotorisk fysioterapi før du tok kontakt / ble henvist?
2. Hvordan kom du i kontakt med psykomotorisk fysioterapeut?
3. Hvorfor oppsøkte du behandling hos psykomotorisk fysioterapeut?
4. Hvilke forventninger hadde du til behandlingen?
5. Stemte forventningene dine i forkant med erfaringene dine i etterkant?

Behandlingen

1. Går du i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut per dags dato?
2. Hvor lenge har du gått / gikk du i behandling?
3. Kan du beskrive i korte trekk hva du gjorde i behandlingen?
4. Hvordan opplevde du det å gå i behandling?
5. Opplevde du endringer i de kroppslige plagene dine under eller etter behandlingen? Kan du eventuelt utdype disse?
6. Hva opplevde du som det mest betydningsfulle for deg i behandlingen?
7. Var det noe i behandlingen du reagerte positivt på?
8. Var det noe i behandlingen du reagerte negativt på?

Avsluttende spørsmål

1. Før vi avslutter, er det noe vi ikke har snakket om som du mener er viktig å få frem?
2. Dersom jeg mangler informasjon, kan jeg kontakte deg ved en senere anledning?

Lydopptaket slås av.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv rekrutterende fysioterapeuter

Hei!

Mitt navn er Thale Garshol Løvaas, og jeg er masterstudent ved HVL på studieretningen klinisk fysioterapi for pasienter med psykiske og psykosomatiske helseplager. Jeg håper du har mulighet til å hjelpe meg å rekruttere informanter til min kvalitative studie på ungdoms erfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapi. Jeg ønsker å komme i kontakt med ungdommer i alderen 16-26 år som har gått/går i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut særlig i forbindelse med helseplager knyttet til angst/stress. Vedlagt finner du et informasjonsskriv med utfyllende informasjon om studien, og som du kan dele ut til aktuelle pasienter.

Ta gjerne kontakt om du lurer på noe!

Mvh. Thale Garshol Løvaas

Vedlegg 3: Informasjonsskriv informanter



Høgskulen
på Vestlandet

Vil du delta i forskningsprosjektet:

«Ungdoms erfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapibehandling (NPMF) for angstrelaterte kroppslige plager.»?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å bidra med økt kunnskap om hvordan ungdom erfarer Psykomotorisk fysioterapibehandling. Det finnes få studier som belyser dette.

Gjennom din fysioterapeut er du blitt spurt om å delta i denne studien fordi du er mellom 16 og 26 år som har vært i, eller fremdeles går i psykomotorisk fysioterapibehandling for kroppslige plager knyttet til angst, og har gjennomført minst 8 behandlingstimer.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Under intervjuet vil du bli spurt om hvilke erfaringer og opplevelser du har med psykomotorisk fysioterapibehandling for dine kroppslige plager relatert til angstproblematikk. Svarene dine vil bli avidentifisert, og vil ikke kunne knyttes til deg. Opplysningene fra intervjuet vil bli brukt i en masteroppgave som gjennomføres ved Høgskolen på Vestlandet.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju som vil ta ca. én time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, og det blir i tillegg tatt notater underveis. Intervjuet vil så bli skrevet til sammenhengende tekst umiddelbart etter og lydopptaket vil så bli slettet. Alle dataene og notatene fra intervjuet vil lagres elektronisk på en sikker database. Dersom du ønsker at du og dine foresatte skal få intervjuguiden i forkant av intervjuet, kan du be om det.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger. Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes eller utleveres innen 30 dager. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Dette innebærer opplysninger som kjønn og alder. Dette er opplysninger som oppbevares kodet og adskilt fra intervjuet. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Randi Sviland og prosjektmedarbeider Thale Garshol Løvaas som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn. Dataene vil bli lagret på sikker forskningsserver ved Høgskolen på Vestlandet. Prosjektet er registrert hos Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD).

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. Referansenummer: 95725.

Høgskolen på Vestlandet og prosjektleder Randi Sviland er ansvarlig for personvernet i prosjektet. Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig institusjon Høgskolen på Vestlandet og prosjektleder et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke. Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Prosjektansvarlig Randi Sviland, epost: randi.sviland@hvl.no, tlf.: 55 58 58 46, eller prosjektmedarbeider Thale Garshol Løvaas, epost: 138852@hvl.no, tlf.: 416 49 192.

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved Høgskolen på Vestlandet: Trine Anikken Larsen, på epost (personvernombudet@hvl.no) eller telefon: 55 58 76 82.

Datatilsynets e-postadresse er: postkasse@datatilsynet.no

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Randi Sviland

Masterstudent

Thale Garshol Løvaas

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

Sted og dato

Signatur

Behandlerende fysioterapeut

Vedlegg 4: Transkripsjonsnøkkel

.	Punktum angir fallende/«hevdende» intonasjonskontur.
,	Komma angir svakt stigende/fallende eller flat kontur («fortsettelse»).
?	Spørsmålstegn angir stigende intonasjonskontur («spørrende»).
..	To punktum angir kort pause (under 0,5 sekunder).
...	Tre punktum angir mellomlang pause (0,5 - 1,0 sekund).
...(1,2)	Tre punktum med tid i parentes bak angir lengre pause (målt i tidels sekunder).
(...)	Tre punktum i parentes angir at deler av sitat er utelatt.
()	Tom parentes angir uforståelig tale.
::	Kolon angir forlengelse av lyden umiddelbart foran. Flere kolon angir
-	Bindestrek angir avbrutt ord.
“ord”	Anførselstegn angir sitat.
<i>ord</i>	Kursiv angir form for betoning, via tonehøyde og/eller omfang.
ORD	Store bokstaver angir at talen/lyden er spesielt sterk i forhold til talen/lyden rundt.
(ORD)	Store bokstaver inni parenteser angir ikke-språklige lyder fra taleapparatet.
((ORD))	Store bokstaver inni doble parenteser angir ikke-språklig handling, lyd eller annen kommentar til transkripsjonen.
[ord]	Klammer angir samtidig/overlappende tale.
=	Likhetstegn ved slutten av en linje og begynnelsen av neste linje angir at det ikke er noe “hull” mellom de to linjene.
(H)	Angir innpust.
(Hx)	Angir utpust.
@	Krøllalfa angir latter.
<@ ord @>	Angir latterkvalitet på stemmen (leende eller lattermild tale).

Vedlegg 5: Utdrag fra analysen

Resultatkategori: *Veien til NPMF*

Subkategori: *Hvorfor oppsøkte de hjelp?*

Meningsbærende enhet	Kondensat	Analytisk tekst
<p>...egentlig så trodde jo jeg og mamma at jeg hadde en eller annen form for jernmangel eller noe slikt. Så vi gikk til legen, men så slo jo ingenting ut på testene. Også hadde han meg inn igjen, og da mente han at jeg var nok deprimert, for jeg slet veldig mye med stress.</p>	<p>Jeg, min mor og fastlegen, trodde i utgangspunktet at symptomene mine kom fra somatisk sykdom. Etter å ha utelukket ulike diagnoser gjennom medisinske utredninger, kom det frem at plagene mine var psykisk betinget. Legen mente at jeg var deprimert, siden jeg var mye stresset. Jeg har vært til mange utredninger for magesmertene mine. Jeg hadde så store smerter, helt opp mot mellomgulvet, at jeg til tider ikke klarte å gå eller bevege meg. Det viste seg at det var luft smerter jeg hadde. Jeg husker ikke helt hvilke diagnoser jeg fikk, men jeg var innom ulike angstlidelser. Jeg fikk beskjed av legen min at jeg hadde både depresjon, angst og utmattelse. Jeg oppsøkte også hjelp fordi jeg har fibromyalgi. Jeg trengte hjelp til å håndtere hvordan diagnosen påvirker meg, både fysisk og psykisk. Jeg fikk så store symptomer at det var vanskelig å være i arbeid, jeg hadde angst gjennom hele arbeidsdagen.</p>	<p>Ungdommene opplevde at både de selv, nærpå personer og annet helsepersonell, søkte etter somatiske forklaringer på deres kroppslige symptomer. Antakelsene var i utgangspunktet at det måtte være somatikk som utløste de kroppslige reaksjonene ungdommene opplevde. For noen av ungdommene, var også diffuse, «ikke-kroppslige» plager, som konsentrasjonsvansker og utfordringer knyttet opp mot læring, en del av symptom bildet. Agnes begrunner hennes valg i å oppsøke helsetjenester med at:</p> <p>Flere av ungdommene ble også grundig medisinsk undersøkt og utredet, før det ble vurdert at symptomene kunne være av psykosomatisk karakter. For noen av ungdommene ble det gitt ulike diagnoser underveis i utredningsprosessen. Caroline beskriver at hun etter hvert nesten ikke lenger kan huske hvilke diagnoser hun har vært innom, men at det har særlig vært plager relatert til generalisert angst og panikkangst hun har strevd med. I forkant av NPMF behandling hadde Emma for eksempel prøvd ut medikamentell behandling for plagene sine, som til dels ga effekt, men hun opplevde likevel ikke at alle symptomene forsvant. For Emma, var behovet for hjelp også begrunnet i at angstsymptomene i stor grad påvirket henne i jobben, og gjorde det vanskelig for henne å ha et «vanlig» arbeidsliv. Hun ønsket å få hjelp til å kunne fungere i hverdagen.</p>
<p>Mamma har alltid ment at jeg har dysleksi eller en eller annen form for konsentrasjonsproblem, men samtidig så klarer jeg meg jo godt på skolen.</p>		
<p>Den hovedsakelige grunnen til at jeg oppsøkte psykomotoriker var at jeg har fibromyalgi. Som henger veldig sammen med psyken i smertebildet. Så for å klare å håndtere den, så måtte jeg finne en måte å håndtere begge deler. Altså psykisk og fysisk. Og da ble det det psykomotorisk fysioterapi som føltes mest riktig.</p>		
<p>Jeg husker ikke om jeg fikk diagnosen generalisert angstlidelse, men jeg var i hvert fall innom det, og panikkangst. Jeg har vært innom mange former for diagnoser.</p>		
<p>Jeg har vært til en del utredninger med magen, og det har vist seg at jeg hadde veldig mye luft i magen. Det stemmer jo med hvordan jeg har følt det, og jeg har hatt veldig store smerter i magen. Smertene har vært nesten oppe med mellomgulvet og videre ned. Det er sånn at jeg nesten ikke klarte å gå, jeg måtte egentlig bare sitte og ikke bevege meg omtrent.</p>		
<p>Legene klarte ikke å få den [hodepinen] vekk. Jeg har prøvd alle mulige medisiner, og legen ville egentlig sette kortisonsprøyte. Det sa jeg <i>nei</i> til. Dette var før jeg begynte</p>		

<p>med behandling hos psykomotorisk fysioterapeut.</p>		
<p>I fjor så fikk jeg både depresjon, angst og utmattelse. Jeg måtte gå til legen fordi hjernen min var helt ute å kjøre [latter]. Og da jeg gikk til legen fortalte han meg dette.</p>		
<p>I starten så trodde vi at jeg hadde bihulebetennelse, så jeg fikk behandling for det. Og legene så jo faktisk at jeg hadde bihulebetennelse, så det var det det startet med. Jeg ble liksom aldri kvitt symptomene, men jeg ble kvitt bihulebetennelsen, som var disse symptomene som jeg da hadde. Og da vi fant ut at bihulebetennelsen var vekke, så hadde jeg fortsatt symptomer.</p>		
<p>Jeg hadde sterke symptomer som gjorde at det ble vanskelig å arbeide og å ha et vanlig arbeidsliv. Jeg jobbet i barnehage, og hadde mye angst for barna gjennom hele arbeidsdagen.</p>		
<p>Vi prøvde å finne ut hva dette kunne være, men vi fant ikke noe som passet.</p>		

Vedlegg 6: REK godkjenning



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Fredrik Kolstad Rongved	55978498	11.03.2020	95725

Deres referanse:

Ungdoms erfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapibehandling (NPMF) for angstrelaterte kroppslige plager.

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Randi Sviland

Søkers beskrivelse av formål:

Jeg skal som mitt masterprosjekt gjennomføre en kvalitativ studie med semistrukturerte intervju av fem til åtte informanter i alderen 16-26 år. Formålet med prosjektet er å undersøke informantenes erfaringer med Norsk Psykomotorisk Fysioterapibehandling for sine kroppslige plager relatert til angstproblematikk. Jeg skal rekruttere informanter gjennom psykomotoriske fysioterapeuter registrert i Norsk Fysioterapiforbund (NFF) sine databaser. I analyseprosessen vil jeg bruke systematisk tekstkondensering som metode for å bearbeide data innsamlet i intervjuene. Da jeg planlegger å bruke datamaskinbasert utstyr for å behandle sensitiv informasjon om deltakerne, må dette meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Det er ingen finansieringskilder knyttet til forskningsprosjektet. Prosjektet forventes å avsluttes mai 2021. Resultatene fra prosjektet vil bli publisert i Høgskulen på Vestlandet (HVL) sitt vitenarkiv som heter HVL Open.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vest i møtet 19.02.2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke informantenes erfaringer med Norsk Psykomotorisk Fysioterapibehandling for sine kroppslige plager relatert til angstproblematikk.

Forsvarlighet

Masterstudent intervjuer ungdom mellom 16 og 26 år med erfaring fra psykomotorisk fysioterapibehandling om deres opplevelser. Det vil bli gjort opptak. REK vest vurderer at prosjektet er forsvarlig organisert i sin nåværende form.

Data/materiale

Data samles inn gjennom intervju om opplevelser og erfaringer fra psykomotorisk fysioterapibehandling for ungdom med angstrelaterte kroppslige helseplager. Komiteen vurderer at opplysningene er relevante og nødvendige for å oppnå formålet med prosjektet, jf. helseforskningsloven § 32.

Deltakere/Rekruttering

5 til 8 ungdommer mellom 16 og 26 år med angstrelaterte kroppslige helseplager.

Rekruttering av informanter vil skje gjennom psykomotoriske fysioterapeuter som jobber med den aktuelle aldersgruppen. Terapeutene vil prosjektleder finne gjennom nettsiden til Norges Fysioterapiforbund og gjennom forespørsel om hjelp til å rekruttere informanter gjennom en faggruppe på Facebook. Komiteen har ingen merknader.

Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

REK vest ber om at informasjonsskrivet revideres etter følgende merknader:

- Logo til forskningsansvarlig institusjon må føres på.
- Skrivet er skrevet i jeg-form og bør omarbeides slik at det er skrevet i en passiv form.
- I første avsnitt står det at deltakerne skal være ungdom mellom 15 og 26 år. Dette må revideres til mellom 16 og 26 år.
- Referansenummer til REK-godkjenning kan oppgis.
- «Som deltaker i prosjektet vil du og dine svar fra intervjuet bli anonymisert, navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.» Det er best å bruke ordet «avidentifisert». Anonymisering er en komplisert prosess, men så lenge det eksisterer en koblingsnøkkel vil datamaterialet aldri være anonymt i lovens forstand.
- Signaturlinje for deltakeren mangler i samtykkeskjema.
- Kan med fordel brukt REK sin mal. Skrivet mangler blant annet henvisning til ny personvernlovgivning, samt underskrift av den som gir informasjon om prosjektet.

Revidert informasjonsskriv kan sendes inn gjennom «oppgaver» i ny portal.

Oppbevaring av data

Det vil kun være prosjektansvarlig, Randi Sviland, og masterstudent Thale Garshol Løvaas som vil ha tilgang til innsamlede data. Dataene vil bli lagret på sikker forskningsserver ved Høgskulen på Vestlandet. Prosjektslutt er satt til 01.07.2021. Data lagres i fem år etter projektslutt til kontrollformål, i tråd med hovedregelen. Komiteen har ingen merknader.

Vedtak

Godkjent med vilkår

Vilkår:

REK vest ber om at prosjektleder reviderer informasjonsskrivet etter ovennevnte merknader.

REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
Prof. dr. med.
Komiteleder

Fredrik Rongved
Rådgiver

Sluttmelding

Søker skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12.

Søknad om å foreta vesentlige endringer

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i forhold til formål, metode, tidsløp eller organisering, skal søknad sendes til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som har gitt forhåndsgodkjenning. Søknaden skal beskrive hvilke endringer som ønskes foretatt og begrunnelsen for disse, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

Vedlegg 7: NSD godkjenning

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Ungdoms erfaringer med Norsk Psykomotorisk fysioterapibehandling (NPMF) for angstrelaterte kroppslige plager

Referansenummer

126268

Registrert

21.01.2020 av Thale Garshol Løvaas - 138852@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Randi Sviland, randi.sviland@hvl.no, tlf: 55585846

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Thale Garshol Løvaas, 138852@hvl.no, tlf: 41649192

Prosjektperiode

01.02.2020 - 01.07.2021

Status

25.09.2020 – Vurdert

Vurderinger (3)

25.09.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 14.09.2020. Med endring menes at Zoom er lagt til som databehandler. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 25.09.2020. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

21.04.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 23.03.2020. Med "endring" menes:

- Innmelder har lastet opp forhåndsgodkjenning fra REK.
- I lys av vedtaket fra REK er det gjort noen tilpasninger: det er foretatt noen endringer i informasjonsskrivet, dato for prosjektslutt er endret fra 31.12.2021 til 01.07.2021, samt at data med personopplysninger skal oppbevares internt ved behandlingsansvarlig institusjon frem til 01.07.2026, grunnet dokumentasjonshensyn.

Prosjektet er dermed vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven § 10 (REK sin ref: REK vest 95725). Behandlingen kan starte.

Da prosjektet omfattes av helseforskningsloven, gjelder unntaket fra retten til sletting etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd, og personvernforordningen art. 17 nr 3 bokstav d:

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås.

Etter personvernforordningen art 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

NSD vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art 17 nr. 3 d, når materialet er bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.04.2020, samt i dialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

02.03.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 02.03.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

Innmelder har søkt om forhåndsgodkjenning fra REK. Vurderingen fra NSD betinger at innmelder fremlegger svaret fra REK i meldeskjemaet. Behandlingen kan først starte når svaret fra REK foreligger.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen.
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål.
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)