



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# **MASTEROPPGÅVE**

**Samhandling mellom terapeut og pasient i  
Norsk psykomotorisk fysioterapi**

**Relational between the therapist and the patient in  
Norwegian psychomotor physiotherapy**

**May Britt Hauge**

**Master i samhandling innan helse- og sosialtenester**

**Avdeling for helsefag**

**Rettleiar førsteamanuensis Aud Marie Øien**

**Innleveringsdato 8. november 2017**

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

*Ein person si historie  
er ei historie ut frå det levde liv  
og har ingen forfattar,  
fordi den er ikkje er tenkt ut, men levd ut.*

*Hannah Arendt (1906-1975), tysk filosof*

## Samandrag

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) har ei relativ kort historie med hovudsakleg norske faglege bidrag. Grunnleggjar Bülow-Hansen var kritisk til ei for sterk vektlegging av teori og hevda at praksis måtte komme først. Dette har resultert i at majoriteten av kunnskapsgrunnlaget er knytt til handverket og ferdigheit. Betydinga av den mellommenneskelege kontakten mellom terapeut og pasient har tradisjonelt vore taus kunnskap som har stått i skuggen av terapeutiske teknikkar. Som ein konsekvens av dette er forskning på relasjonen mellom pasient og terapeut i NPMF understudert. Dei få studia som er publisert peikar i retning av at relasjonen har stor betyding i NPMF fordi pasienten si oppleving av den relasjonelle samhandlinga påverkar behandlingresultatet. Dette kan mellom anna forklarast med endringskrafta som ligg i ein god relasjon. Ein viktig del av terapeuten sin jobb er å tilpasse behandlinga til pasienten sine behov og eigenskapar, og for å oppnå dette er ein god relasjon i behandlingssituasjonen avgjerande. Vidare er det vist at den avgrensa litteraturen understrekar at det er naudsynt med betydeleg meir og betre forskning på dette fagområdet. Denne studien har difor til hensikt å undersøke korleis erfarne psykomotoriske fysioterapeutar erfarer og tek vare på den relasjonelle samhandlinga med sine pasientar.

### Problemstilling:

Problemstillinga denne studien skal forsøke å svare på er;

*Korleis erfarer og tek erfarne psykomotoriske fysioterapeutar vare på den relasjonelle samhandlinga med sine pasientar?*

### Metode:

Denne studien nytta kvalitativ forskingsdesign. Ved hjelp av individuelle semistrukturerte intervju med fire erfarne psykomotoriske fysioterapeutar vart data henta inn. Intervjua blei gjennomført sommaren 2016. Analysen av intervjua var datastyrd med eit teoretisk psykomotorisk fysioterapiperspektiv som bakgrunn for analysen. Analysearbeidet av intervjua har blitt gjort på tvers av informantane ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

### Resultat:

Analysearbeidet av dei fire intervjua resulterte i fire sentrale tema; 1) Fag og relasjon hand i hand, 2) Å forholde seg til pasienten og seg sjølv, 3) Når behandlingsrelasjonen er vanskeleg og 4) Å bevisstgjere pasienten i høve å handtere eigne utfordringar. Resultata utgjer totalinntrykket frå

intervjua og representerer terapeutane samla som i framstillinga vert omtala med omgrepet «terapeuten» .

### Konklusjon:

Fysioterapeuten tek ansvar for å skape god relasjonell samhandling blant anna ved å vise genuin interesse ovanfor pasienten. Det er viktig for terapeuten at pasienten opplever å ha påverknad i behandlingssituasjonen. Pasientar som berører terapeuten er dei han erfarer å hjelpe best. Innimellom føler terapeuten at den relasjonelle samhandlinga møter større utfordringar, og då er det vanskelegare for terapeuten å vere open, tydleg og direkte med pasienten. Terapeuten meiner det er hans ansvar å løyse utfordringar i behandlingssituasjonen. Oppstår brot i behandlingsforløpet kan det både vere uventa eller komme etter ein behandlingsperiode der den relasjonelle samhandlinga mellom terapeut og pasient har fungert dårleg.

Denne studien har belyst korleis best ivareta den relasjonelle samhandlinga i behandlingssituasjonen mellom terapeuten og pasienten ut i frå terapeuten sitt perspektiv. Det er naturleg at same problemstilling også blir belyst frå pasienten sitt perspektiv.

### Nøkkelord:

Norsk psykomotorisk fysioterapi, relasjonell samhandling, behandlingssituasjon, terapeutperspektiv, terapeut, pasient, terapeutisk relasjon.

## Abstract

### Background:

Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMF) has a relative short history, and its founder, Bülow-Hansen, was critical of a too strong emphasis on theory and claiming that practice had to come first. Hence, the majority of the knowledge are linked to the craft, and the interpersonal contact between the therapist and patient has been silent knowledge in the shadow of therapeutic techniques. Consequently, research on the relationship between patient and therapist in NPMF is not well researched. The few studies that have been conducted concludes that the relative interaction affects the treatment outcome, and this is mainly explained with the change force that lies in a good relationship. One important part of the therapist's job is to adapt the treatment to the patient's needs and attributes. This study therefore will shed light on how experienced psychomotor physiotherapists assesses the interaction with their patients.

### Research question:

How does experienced psychomotor physiotherapists understand and develop a good relationship with their patients?

### Method:

This study utilizes qualitative methodology using individual semi-structured interviews with four experienced psychomotor physiotherapists. The interviews were conducted in the summer of 2016. The analysis of the interviews has been performed using systematic text condensation.

### Results:

The analysis of the four interviews resulted in four key themes; 1) Subject and relationship hand in hand, 2) To relate to the patient and yourself, 3) When the relationship between therapist and patient in treatment is difficult 4) To raise the patient's awareness to deal with his/her own challenges.

### Conclusion:

The physiotherapist believes that he/she is responsible for creating a good relationship between therapist and patient by showing genuine interest in the patient. The therapists also believe it is important that the patient experience that he/she have real impact in the treatment situation.

Furthermore, the therapists have experiences that it might be easier to help patients in situations where it is created a good relationship. Occasionally, the therapist experiences that it occurs challenges regarding the relationship, and then it is more difficult for the therapist to be open, clear and direct with the patient. The therapist believe that it is his/her responsibility to solve challenges in the treatment situation. If the challenges in the relationship results in a break, a major reason for a break is often because the relationship between the therapist and the patient has failed.

This study has shed light on how experienced psychomotor physiotherapists assesses the interaction with their patients. A natural next step would be to look into the same research question, but from the patient perspective.

This study has shed light on how experienced psychomotor physiotherapists assesses the interaction contact between the therapist and patient in the treatment situation. A natural next step would be to look into the same research question, but from the patient perspective.

Keywords:

Norwegian psychomotor physiotherapy, relational interaction, treatment situation, therapeutic perspective, therapist, patient, therapeutic relationship.

## Forord

Denne masteroppgåva er eit produkt av ein lang og lærerik prosess som har auka mitt refleksjonsnivå som psykomotorisk fysioterapeut. Det har vore ei spennande og utfordrande reise. Spennande fordi eg fordjupa meg i ei viktig problemstilling eg brenn for, og utfordrande fordi det er ein krevjande prosess å skrive master med både lette og uoverkommelege arbeidsdagar. Det å fordjupe seg i både norsk og internasjonal litteratur, og forankre informasjonen frå dei fire flotte informantane i teoriar og perspektiv har bidrege til at eg har utvikla meg som fagperson. Eg vil gjerne rette ein stor takk til informantane som delte historier, kunnskap, erfaringar og refleksjonar med meg. Eg har stor menneskeleg og fagleg respekt for dykk alle og utan dykkar velvilje hadde ikkje denne oppgåva vore mogleg. Ein stor takk går også til rettleiar og førsteamanuensis Aud Marie Øien som har gitt meg gode og konstruktive tilbakemeldingar inkludert gode kritiske innspel som har heva oppgåva.

Å skrive masteroppgåve har kravd tolmod og støtte frå min næraste familie, og eg vil takke Geir Kåre, Maria og Jonas, for at de alltid har heia på meg og motivert meg til innsats. Først, takk til våre flotte barn, Maria og Jonas, for heiarop, koselege teikningar, fine brev og lappar både på kontorpulten min, i kladdebøkene mine og på masterpapir eg har drege rundt på. Så, ein stor takk til Geir Kåre som drog med familien til USA eit år på forskingsopphald og gav oss ei uforgløyemeleg oppleving, men også moglegheit for meg til å skrive denne masteroppgåva. Takk for at du alltid har tru på meg og i alle år har inspirert meg inn i den akademiske verda. Kjære Geir Kåre, Maria og Jonas - saman klarte me det!

Austin/Sogndal, juni 2017.

May Britt Hauge

# Innholdsliste

1 Innleiing.....	11
1.1 Bakgrunn for studien.....	11
1.2 Tidlegare forskning.....	12
1.2.1 Aktuell forskning innan allmennfysioterapi.....	13
1.2.2 Tidlegare forskning innan Norsk psykomotorisk fysioterapi.....	13
1.3 Føremål og problemstilling.....	15
1.4 Sentrale omgrep og forkortingar.....	16
2 Teori.....	17
2.1 Forsking på relasjonell samhandling.....	17
2.2 Teoretiske perspektiv.....	18
2.2.1 Teoretisk perspektiv frå Norsk psykomotorisk fysioterapitradisjon.....	19
2.2.2 Relasjonsperspektiv utvikla Anne-Lise Løvlie Schibbye, Noreg.....	20
2.2.3 Teoretisk perspektiv utvikla av psykoanalytikar Jessica Benjamin, USA.....	21
3 Metode.....	23
3.1 Vitskapsteoretisk perspektiv.....	23
3.2 Val av metode og design.....	23
3.3 Val av informantar og storleik på utvalet.....	24
3.4 Forskingsintervjuet.....	25
3.5 Rekruttering av informantar og gjennomføring av intervju.....	26
3.6 Transkribering.....	27
3.7 Analyse.....	28
3.8 Vitskaplege kvalitetskriteria for kvalitativ metode.....	33
3.8.1 Validitet.....	33
3.8.2 Reliabilitet.....	34
3.8.3 Refleksivitet.....	34
3.8.4 Relevans.....	35
3.9 Forskingsetiske betraktningar.....	35
3.9.1 Informert samtykke.....	35
3.9.2 Konfidensialitet.....	36



3.9.3	Konsekvens .....	37
3.9.4	Forskarrolla .....	37
3.10	Mi forforståing.....	38
4	Resultat .....	39
4.1	Fag og relasjon hand i hand.....	39
4.1.1	Ein god relasjon kan fremme kroppsleg og mental forankring hos pasienten .....	40
4.1.2	Å skape samklang mellom pasient og terapeut.....	40
4.1.3	Behandlinga gjev meningsfull oppleving .....	42
4.1.4	Å vere bevisst på medverknad i behandlinga .....	43
4.2	Å forholde seg til pasienten og seg sjølv i behandlinga.....	44
4.2.1	Å lytte til pasienten.....	45
4.2.2	Å lytte til magekjensla .....	45
4.2.3	Pasienten vekker medkjensle i terapeuten .....	46
4.2.4	Å vere sjølvbevisst som terapeut.....	46
4.2.5	Erfaring gjer terapeuten modig og tydleg .....	47
4.3	Når behandlingsrelasjonen er vanskeleg.....	48
4.3.1	Å forholde seg til pasientar som mangla tillit .....	50
4.3.2	Ivaretaking av pasienten når det hender noko i terapeuten sitt liv .....	50
4.3.3	Når pasienten og terapeuten har ulik meining.....	51
4.3.4	Å handtere utfordringar undervegs i behandlingsforløpet .....	51
4.3.5	Samhandling som endar i brot .....	51
4.3.6	Vanskeleg behandlingsrelasjon over tid .....	53
4.3.7	Når førestillinga om psykomotorisk tilnærming påverkar relasjonen .....	55
4.3.8	Maktbalanse i behandlingsrelasjonen .....	56
4.4	Å bevisstgjere pasienten på å handtere eigne utfordringar.....	57
4.4.1	Terapi som hjelp til sjølvhjelp .....	58
4.4.2	Å få ei vennleg kjensle innanifrå.....	58
4.4.3	Alminneleggjering av plager og belastning.....	59
4.4.4	Individuell tilpassing i det relasjonsskapande arbeidet .....	60
5	Drøfting .....	62

5.1 Fag og relasjon hand i hand.....	62
5.1.1 Å danne relasjonell plattform med pasienten .....	62
5.1.2 Vise interesse for pasienten .....	62
5.1.3 Å involvere seg som menneske .....	63
5.1.4 Det er pasienten som bestem .....	63
5.1.5 God relasjon skapar endring.....	64
5.1.6 Avslutting av behandlingsforløpet.....	64
5.2 Å forholde seg til pasienten og seg sjølv i behandlinga.....	65
5.2.1 Det er viktig å lytte til pasienten.....	65
5.2.2 Terapeuten tek på alvor kjensler som oppstår i eigen kropp .....	65
5.2.3 Å vere sjølvbevisst som terapeut.....	66
5.2.4 Å vere ein modig og trygg terapeut.....	67
5.3 Når behandlingsrelasjonen er vanskeleg.....	67
5.3.1 Vanskar med å skape samhandling.....	67
5.3.2 Når relasjonen endar i brot .....	68
5.3.3 Å vere i vanskelege behandlingar over tid.....	69
5.3.4 Å hjelpe andre når du sjølv har det vanskeleg.....	69
5.3.5 Vanskelege behandlingsforløp .....	70
5.3.6 Når den profesjonelle grensa til terapeuten blir broten .....	71
5.3.7 Maktbalanse i behandlingsrelasjonen .....	71
5.4 Å bevisstgjere pasienten i høve til å handtere eigne utfordringar .....	73
5.4.1 Å lukkast med sjølvhjelp gir fagleg tilfredsstilling.....	73
5.4.2 Å bli vennlegare mot seg sjølv .....	73
5.4.3 Alminneleggjering av pasienten sine plager .....	74
5.4.4 Å vere pasienten sin konsulent.....	74
6 Konklusjon.....	76
6.1 Vegen vidare.....	77
Litteraturliste .....	78

# 1 Innleiing

Relasjon som omgrep nytta i fysioterapisamanheng er definert som *det menneskelege forholdet mellom den som søker hjelp (pasienten) og den som skal hjelpe (terapeuten)* (Karlsen & Oterholt, 2015 s.61 ). Det er to ulike og samstundes to likeverdige personar som møtest for å samarbeide om hjelp til pasienten. Eit forhold kring hjelp involverer korleis dei to som er i relasjonen forstår kvarandre, korleis dei forstår forholdet mellom seg, og kven dei tenker at dei er som individuelle personar. Sentrale spørsmål er; kven er eg, korleis forstår eg meg sjølv, korleis ser eg på deg og korleis opplever eg mitt forhold til deg? (Karlsen & Oterholt, 2015). Denne studien tek utgangspunkt i korleis erfarne psykomotoriske fysioterapeutar reflekterer omkring relasjonell samhandling med sine pasientar.

## 1.1 Bakgrunn for studien

I vellukka terapi er det i følgje Oddli og Kjøs (2013) viktig å utvikle eit tillitsfullt samarbeid mellom pasient og terapeut der pasienten føler seg forstått og sett. Ein god relasjon mellom pasient og terapeut er ein nødvendig føresetnad for både god utgreiing, behandling og oppfølging. God terapeutisk relasjon har betydning for utfallet av behandling, både poliklinisk og i institusjon (Horvath, 2006). Eigenskapane til terapeuten kan ha betydning for eit positivt behandlingsresultat, og for nokre pasientar kan eigenskapane til terapeuten vere viktigare enn kva metode som blir nytta (Miller & Rollnick, 2002). Klassiske utslagsgivande behandlereigenskapar er omtalt som å vere ekte, oppmerksom, ubetinga positiv og empatisk (Rogers, 1959).

Behandlingssituasjonen er basert på ein relasjon som rommar både likeverd og asymmetri (Karlsen & Oterholt, 2015). Forskjellen og asymmetrien består i at den som søker hjelp er sårbar og treng hjelp til å handtere, løyse eller leve med sine utfordringar (Karlsen & Oterholt, 2015). Ein viktig føresetnad for at terapeuten skal kunne hjelpe er at relasjonen blir etablert på likeverd (Karlsen & Oterholt, 2015; Gretland, 2007).

Relasjon utgjer ein viktig del av grunnlaget hjelpearbeid bygger på (Karlsson & Oterholt, 2015), og det tek ofte tid å oppnå ein god relasjon før det er mogleg å nytte seg av terapeutiske metodar (Horvath, 2006). I følgje Thornquist (1998) bør terapeuten reflektere over det relasjonelle aspektet sin betydning

mellom anna fordi relasjonen også blir formidla og motteke ubevisst. Ansvar for å skape god relasjon og endre uheldig relasjon ligg hjå hjelparen (Karlsson & Oterholt, 2015).

Forventingane frå samfunnet til helsetenesta har auka, og helsefagleg forskning av høg kvalitet blir difor vurdert som ein føresetnad og eit virkemiddel for å møte utfordringar og vidareutvikle velferdssamfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Styresmaktene har vedteke at profesjonsutøving skal vere forskingsbasert, noko som medfører at det er naudsynt å styrke samarbeidet mellom utdanning, praksis og forskings- og utviklingsarbeid. Problemstillingar i primær helsetenesta skal difor få større plass i helsefagleg forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette utviklingsbehovet står derimot ikkje i motsetning til ei oppfatning om at helsetenestene har mange kvalitetar og at dei fleste pasientar blir tekne hand om på ein god måte. Det er dermed ei god helse- og omsorgsteneste som skal gjerast betre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Den sterke satsinga på betre samhandling i helsetenesta dei seinare åra har derimot ikkje redusert merksemda frå kvalitet- og utviklingsarbeid i helsetenesta. HelseOmsorg21 (HO21) er nasjonal forskings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg der betre klinisk behandling og utvikling av menneskelege ressursar er to av ti definerte satsingsområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Eit sentralt mål i HO21 er å styrke praksisnær forskning som tek utgangspunkt i klinisk praksis og opplevd behov i helse- og omsorgstenesta i kommunane. Denne studien har i tråd med anbefalingar i HO21 teke utgangspunkt i ynskjer om å ivareta brukaren i møte med tenesta. God kvalitet på tenester føreset at terapeutane sine erfaringar, handlingar og synspunkt blir kartlagd, for igjen å nytte denne kunnskapen i arbeidet med å gjere tenesta betre for brukaren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

## 1.2 Tidlegare forskning

Systematisk litteratursøk vart gjennomførte, for å forankre hovudfunn i tidlegare forskning på relasjonell samhandling frå vitenskaplege studiar både innan allmennfysioterapi og Norsk psykomotorisk fysioterapi (heretter; NPMF). Aktuell litteratur vart henta igjennom tilgjengelege databasar ved Høgskulen på Vestlandet relatert til helse, sosial og samfunnsvitenskap, psykologi og medisin. Databasene Medline, Oria, PubPsych, Cochrane, Idunn og SweMed vart blant anna nytta. Relevante artiklar vart også henta frå rettleiar, kollega og eigen litteratursamling. Vidare følgjer ein kort presentasjon av relevant forskning på feltet.

### 1.2.1 Aktuell forskning innan allmennfysioterapi

Innan allmennfysioterapi finst nokre studiar som har undersøkt vektlegging av relasjonar i fysioterapiutdanninga og utøving av relasjonell samhandling, blant nyutdanna fysioterapeutar og fysioterapeutar med lengre arbeidserfaring. Ved å trekke fram aktuell forskning innan allmennfysioterapi, kan det bidra til å sjå tidlegare forskning innan NPMF i ein større kontekst.

Sylliaas (2004) gjennomførte fokusgruppeintervju med nyutdanna fysioterapeutar, for å kartlegge korleis dei vektla relasjonen i behandlingssituasjonen med bakgrunn i vektlegging av breiare kompetanse i grunnutdanninga. Fleire utsegn i hennar arbeid peikar mot at fysioterapifaget ikkje formidlar tilstrekkeleg kunnskap om relasjonar. Sylliaas (2004) konkluderte med at faget burde auke fokus på relasjonell samhandling for å ivareta pasientane på ein betre måte. Det tradisjonelle fokuset var å handtere pasienten som objekt og tilskodar i eiga behandling. Ved å endre pasienten til aktiv deltakar i eiga behandling vart pasienten sine moglegheiter til å bli kjend med eigen kropp samt bearbeide egne erfaringar styrka. Sylliaas (2004) hevda at allmennfysioterapeutar vurderte behandlingsmetodane til å vere vesentleg for behandlingseresultatet, og at fysioterapeutane kun tidvis var opptekne av pasienten som person. MacLeod (2012) undersøkte ved hjelp av kvalitative intervju relasjonskompetansen til allmennfysioterapeutar med meir arbeidserfaring. Funn frå studien viste at det ikkje har skjedd ei stor endring i allmennfysioterapeutar sin kunnskap om temaet.

### 1.2.2 Tidlegare forskning innan Norsk psykomotorisk fysioterapi

NPMF har ein relativ kort historie med hovudsakleg norske faglege bidrag, og majoriteten av kunnskapsgrunnlaget er i stor grad knytt til handverket og ferdigheit (Thornquist, 2009). Grunnleggjar Bülow-Hansen var kritisk til ei for sterk vektlegging av teori og hevda at praksis måtte komme først (Øvreberg & Andersen, 2002). Bülow-Hansen meinte at fagleg utvikling burde skje igjennom å utvikle sensitive hender, og var klar på det var hennar følsame hender og intuisjon som danna kunnskapsgrunnlaget hennar (Øvreberg & Andersen, 2002). Vidare blir forskning på relasjonen mellom pasient og terapeut i NPMF gjort greie for. Samtlege vektlegg at relasjonsskapande arbeid har stor betydning i NPMF, og at det er naudsynt med meir og utdjupande forskning på området.

Gunnari (1994) studerte samhandlinga i den kroppsleg tilnærminga og samtalen mellom pasient og terapeut i ein case studie av eit toårig behandlingsforløp med eigen pasient. Både gjennom kroppsleg og verbal kommunikasjon innhenta Gunnari (1994) viktig informasjon om pasienten si oppleving og utbytte av psykomotorisk behandling, og konkluderte at NPMF er velegna for menneske med kroniske muskelsmerter. Ved hjelp av ein studie av verbal- og nonverbal kommunikasjon mellom

pasient og fysioterapeut i to behandlingsforløp undersøkte Stokkenes (1997) anerkjenning i behandlingsrelasjonen ved å studere måten pasient og terapeut kommuniserte på. Stokkenes (1997) understreka at gjensidig anerkjenning har betydning for kvaliteten på behandlingsrelasjonen. Øien (1999) tok også føre seg to behandlingsforløp over tid. Ved hjelp av intervju og observasjon kom ho fram til at relasjonen både for fysioterapeuten og pasienten framstod som det sentrale i det terapeutiske arbeidet. Begge sine bidrag i behandlingsforløpet framsto som røynda og var innvevd i og påverka av kvarandre gjensidig. Samla peiker det i retning av at det relasjonelle perspektivet innanfor NPMF ikkje kan bli sett uavhengig av den individuelle utviklinga. Ekerholt (2002) konkluderte i sitt arbeid med at samtalen i behandlinga var sentralt i NPMF. Pasientane vektla at fysioterapeuten framsto som lydhøyr, sensitiv og kunne både registrere deira reaksjonar og hadde evne til å formidle kva han kunne fornemme i behandlingsrelasjonen som viktig. I følgje Ekerholt (2002) er behandlingsrelasjonen asymmetrisk og avhengig av eit likeverdig engasjement om kroppsleg merksemd, for at endring skal finne stad. Steinsvik (2008) gjennomførte eit utradisjonelt feltarbeid i eigen praksis i sin doktorgrad. Ho peika på at fagleg tilfredsheit hjå terapeuten er naudsynt for å skape god relasjonell samhandling med pasienten. I følgje Steinsvik (2008) kan fokus på pasientane sine ulikskapar framfor å opptre fagleg og metodisk korrekt innan NPMF framkalle meir tilfredsheit hjå terapeuten. Ved hjelp av videoanalyse av behandlingssituasjonar, individuelle intervju av både pasientar og terapeutar og fokusgruppeintervju med terapeutar fann Øien (2010) i sitt doktorgradsarbeid at samhandlingssituasjonar set store krav til terapeuten si handtering av sensitivitet for å skape endring hjå pasienten (Øien, 2010). Når relasjonen mellom terapeut og pasient er god kan det fremme endring hos pasienten, dersom visse kvalitetar ved samhandlinga og kommunikasjonen er tilstades (Øien, 2010). Zeiner (2013) sin singel case studie synte at det var dobbelt så mange gylne øyeblikk som kritiske øyeblikk i ein behandlingstime. Utover i behandlingsforløpet endra den relasjonelle samhandlinga seg til å bli meir omfattande. I følgje Zeiner (2013) besto god relasjonell samhandling av hyppig blikkontakt, bevisst bruk av hendene ved guiding igjennom øvingar og adekvat tolking av pasienten sin verbale og nonverbale kommunikasjon i behandlinga. Når behandlingsrelasjonen var utfordrande var den prega av monolog frå fysioterapeuten, lite blikkontakt, manglande fysisk guiding og opplevd uttryggleik som gjorde at pasienten verken uttrykte manglande forståing eller manglande mestring av øvingar. Kun tidvis fange fysioterapeuten opp slike signala og kunne då forhindra at kritiske øyeblikk oppsto i behandlingsrelasjonen. Zeiner (2013) konkluderte med ei samvirking av kritiske og gylne øyeblikk i ein behandlingsrelasjon som naudsynte for pasienten si utvikling og auka pasienten sin bevisstleik rundt eigen mestring og eigne ressursar. Rygge (2015) fann i sin studie at det er vesentleg at terapeuten anerkjenner heile pasienten og retta fokus mot pasienten si livsverd og er bevisst både

det verbale, nonverbale og fysiske aspektet i møtet med pasienten. Ved hjelp av kvalitativ og kvantitativ metode triangulering fann Rygge (2015) at for fysioterapeuten framstår den fysiske samhandlinga som ein del av relasjonen, medan pasientane har ei forståing av at relasjonen ikkje omfatta fysisk berøring. I Lien (2016) sitt litteraturstudie av seks artiklar tek ho føre seg korleis det psykoanalytiske relasjonsomgrepet blir brukt og forstått. I følge Lien (2016) eksisterer dualisme mellom kropp og sinn i NPMF. Det at det kroppslege perspektivet har hovudfokus medfører at det relasjonelle forholdet mellom fysioterapeut og pasient ikkje alltid blir tilstrekkeleg ivareteke. NPMF kan difor framstå som ei kroppsleg og manualisert behandlingsform som ikkje i tilstrekkeleg grad integrerer det ubevisste som skjer i relasjonen mellom pasient og terapeut som overføring og motoverføring. Halvorsen (2016) har også undersøkt samhandlinga mellom pasient og terapeut i ein case studie ved å observere ein behandlingssituasjon. Studien syner at fysioterapeuten vektlegg å gjere pasienten til ein likeverdig deltakar i behandlinga. Fysioterapeuten forsøker igjennom å framstå som målretta, involvert og engasjert å fremme pasienten si deltaking. På denne måten forsøker fysioterapeuten å invitere pasienten til å ta initiativ, dele tankar, opplevingar og erfaringar. Blir fysioterapeut derimot for ivrig hemmar det pasienten i samhandlinga noko som resulterer i pasifisering, tilbaketrekking og ansvarsfråskrivning hjå pasienten.

Systematisk gjennomgang av tidlegare studiar syner det er få studiar som har undersøkt erfarne psykomotoriske fysioterapeutar sitt kunnskapsgrunnlag omkring den relasjonelle samhandlinga med sine pasientar. Dette peikar på at det er behov for fleire studiar som tek utgangspunkt i teoriutvikling på faget sine eigne premissar, altså ved systematisk beskriving og refleksjon over praktisk handling. Som ein konsekvens av dette, er relasjonar i NPMF understudert.

### **1.3 Føremål og problemstilling**

Føremålet med denne studien er å utforske korleis erfarne psykomotoriske fysioterapeutar erfarer og ivaretek den relasjonelle samhandlinga i behandlingssituasjonen. Auka innsikt i slike erfaringar kan bidra til å utvikle kunnskap om korleis psykomotoriske fysioterapeutar best kan ivareta og hjelpe sine pasientar. Ved å intervju fleire erfarne psykomotoriske fysioterapeutar kan denne studien bidra til å auke kunnskapsgrunnlaget omkring relasjonell samhandling i NPMF.

Problemstillinga studien skal forsøke å svare på er:

*Korleis erfarer og tek erfarne psykomotoriske fysioterapeutar i vare på den relasjonelle samhandlinga med sine pasientar?*

## 1.4 Sentrale omgrep og forkortingar

**Relasjon** - omgrepet «relasjon» viser til det menneskelege forholdet i behandlingssituasjonen mellom den som søker hjelp (pasient) og den som skal hjelpe (terapeut) (Karlsen & Oterholt, 2015).

**Relasjonell samhandling** – omgrepet «relasjonell samhandling» er den gjensidige relasjonelle deltakinga og engasjementet i den kontinuerlege dialogen mellom terapeut og pasient som arbeidar i saman for å oppnå eit felles mål (Anderson, 2012; Karlsson & Borg, 2013; Strong, Sutherland og Ness, 2011; Roschelle & Teasley, 1995). Samhandling er eit meir abstrakt omgrep og omhandlar meir det relasjonelle og prosessuelle som føregår mellom personane som samarbeider undervegs (Ness, 2016). I følgje Anderson (2012) er relasjonell samhandling ei filosofisk haldning og ein måte å vere saman med andre. Det er vesentleg å skilje med omgrepet samarbeid, for personar kan samarbeide, men det treng ikkje å vere samhandling i følgje Anderson (2012).

**Terapeutisk relasjon/terapirelasjon** – omgrepet viser til kjensler og haldningar terapeuten og pasienten har ovanfor kvarandre, og korleis dette kjem til uttrykk (Gelso, 2014; Norcross, 2002).

**Behandlingsallianse/arbeidsallianse** – omgrepet seier noko om kvaliteten og styrken på samarbeidsforholdet mellom pasient og terapeut. For at pasienten skal arbeide effektivt med sine problem må pasienten etablere ein behandlingsallianse eller arbeidsallianse med terapeuten (Greenson, 1978; Horvath, 2001).

**NPMF** – Norsk psykomotorisk fysioterapi

**Terapeuten** – Den psykomotoriske fysioterapeuten



## 2 Teori

Teorikapitlet presenterer oppgåva sitt teoretiske rammeverk. Studien etterspør korleis erfarne psykomotoriske fysioterapeutar erfarer og tek vare på den relasjonelle samhandlinga med sine pasientar?

### 2.1 Forsking på relasjonell samhandling

Det er relevant for studien å forankre hovudfunn i tidlegare forskning på relasjonell samhandling frå vitskaplege studiar innan generell relasjonell forskning utover NPMF, fordi psykomotorisk litteratur i liten grad har reflektert over relasjonell samhandling (Øien, 2010). I følgje Binder (2008) var fokus på relasjonen sin betydning i behandlingssituasjonen heilt fram til 1990-talet lite systematisk forska på, og først dei siste åra har forskning på relasjonell samhandling i terapeutisk arbeid auka (Binder, 2008).

Deegan (1990) hevda relasjonen mellom terapeut og pasient er god når begge partar er villige til å bli påverka av tankar, oppfatningar og kjensler frå den andre. Det er viktig at pasienten delvis kan medverke i behandlingsprosessen og at terapeuten lærer seg å ha makt *med* framfor å ha makt *over* pasienten (Deegan, 1990). I følgje Skau (2011) treng terapeuten tre likeverdige faktorar for å lukkast med å skape god relasjon til pasienten; 1) terapeutiske ferdigheitar til å skape relasjonar, 2) teoretisk kunnskap og 3) erfaring. Å skape god relasjon til pasienten er grunnleggjande for terapeuten og viktig for eit positivt behandlingresultat. I følgje pasientar oppstår trygg og god relasjon når pasienten blir teken i mot på ein trygg og god måte, blir sett, lytta til og teken på alvor, opplever at hjelparen er tilgjengeleg og terapeuten syner interesse for korleis det har gått også etter avslutta relasjon (Tseng & Wang, 2001; Andersen & Larsen, 2011 I; Karlsson & Oterholt, 2015).

Terapeutar har i lang tid vore opptekne av terapirelasjonen, men betydninga av den mellommenneskelege kontakten har tradisjonelt vore taus kunnskap og stått i skuggen av terapeutiske teknikkar (Binder, 2008; 2006). I følgje Binder (2006) har ofte den tekniske utføringa hatt fokus, noko som har medført at pasienten sin eigeninnsats og terapirelasjonen har blitt nedprioritert. Dette er no i ferd med å endre seg innanfor alle terapiretningar som i auka grad har fokus på endringskrafta som ligg i ein god relasjon, og rokkar ikkje ved endringskrafta som også ligg i gode terapeutisk teknikkar (Binder, 2006).

Gode terapirelasjonar skal i følgje Greenberg, Elliott, Watson, Bohart, Silvermgan og Norcross (2001) innehalde empati, ekteheit og ubetinga positiv anerkjenning. I følgje Norcross og Lambert (2014) kan effekten av gode relasjon utgjere 25-30% av behandling utfallet. Vidare understrekar Norcross og Lambert (2014) at det kontinuerleg er ein synergi mellom den terapeutiske relasjon og behandling metodane som vil forme og utforme kvarandre.

Nokre forskarar hevdar at dersom pasienten har høg førekomst av symptom vil terapeuten ofte vektlegge mindre betydinga av å etablere ein god relasjon med pasienten (McGuire-Snieckus, McCabe, Catty, Hansson og Priebe, 2007). For pasientar som utviklar ein svak behandling allianse til terapeuten blir det hevda at behandlingsteknikkane har moderat betyding for behandling resultatet, medan hjå pasientar som står i ein sterk allianse til terapeuten har effekten av behandlingsteknikkane derimot liten betyding for behandling resultatet (Barber, Gallop, Crits-Christoph, Frank, Thase, Weiss, and Connolly Gibbons, 2006). Slik sett er difor eit gjensidig samspel mellom menneskeleg relasjon og behandlingsteknikkar (Barber et al., 2006).

Ein viktig del av alle terapeutar sitt virke er å tilpasse behandlinga til pasienten sine behov og eigenskapar (Ackerman & Hilsenroth, 2001; 2003). Vidare må terapeuten ivareta at pasienten får delta aktivt i eiga behandlinga ved å bli invitert til å samarbeide om behandlinga. Dette til tross for at pasienten gjerne er meir oppteken av korleis terapeuten utstrålar varme og involverer seg emosjonelt i utfordringane til pasienten (Hardy, Cahill og Barkham, 2007). I forhold til utfallet av behandlinga har pasienten sine forventingar betyding. Pasienten si oppleving av den relasjonelle samhandlinga påverkar også behandling resultatet (Binder, Høstmark Nielsen, Vøllestad, Holgersen og Schanche, 2006). Det gjeld også pasienten sin motivasjon for behandlinga, forventning til behandling resultatet og om pasienten er tilfreds med merksemda frå terapeuten (Lambert & Simon, 2008).

## 2.2 Teoretiske perspektiv

Under vil tre teoretiske perspektiv blir presentert som også seinare vil bli nytta for å belyse funna i denne studien; 1) Norsk psykomotorisk fysioterapi og den relasjonelle tenkinga til; 2) Anne-Lise Løvlie Schibbye og 3) Jessica Benjamin. NPMF dannar teorigrunnlaget denne studien vil bringe fram kunnskap om. Anne-Lise Løvlie Schibbye sin relasjonelle tenking omkring sjølvrefleksjon og anerkjenning kan gi eit viktig bidrag til å forstå korleis psykomotoriske fysioterapeutar møter sine pasientar og korleis dei erfarer den relasjonelle samhandlinga. Relasjonsforståinga til Jessica Benjamin er viktig i høve å forstå korleis psykomotoriske fysioterapeutar forsøker å etablere og

ivareta ein god relasjon til pasientane og vel å løyse utfordringar når det oppstår i behandlingsrelasjonen.

### 2.2.1 Teoretisk perspektiv frå Norsk psykomotorisk fysioterapitradisjon

NPMF vart utvikla i etterkrigstida i eit nært samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (1906-2001) og psykiater Trygve Braatøy (1904-1953) (Bunkan, Bülow-Hansen, Hauge, Hødal og Hansson, 1995; Bunkan, 2001). Bülow-Hansen var ein erfaren ortopedisk fysioterapeut medan Braatøy sitt mangeårige virke var innan psykiatrien. Gjennom sitt arbeid med pasientar hadde begge erfart at både fysisk og emosjonell belastning prega kroppen. Dermed vart NPMF ein av dei fyrste behandlingmetode innan fysioterapi som tok konsekvens av samanhengen mellom kropp og kjensler, og til ein viss grad pasienten sitt sosiale miljø. NPMF skilte seg slik frå annan fysioterapi ved at den ikkje var symptomorientert. Kroppen vart i NPMF vurdert som ein samanhengande heilskap der den eine kroppsdel hadde konsekvensar for funksjonen i ein annan kroppsdel, utan at dette var sett isolert frå personen som opplevande menneske. I byrjinga var hensikta med behandlingforma å redusere kroppsleg motstand og lette tilgang til pasienten sine kjensler under psykoanalytisk behandling. Seinare vart behandlinga anvendt i sin heilskap for pasientar med auka kroppsleg spenning, smerter i muskel- og skjelettsystemet og lettare psykiske lidingar (Bunkan, 2001). Tradisjonelt vart NPMF formidla frå ekspert til ein novise (Iansen, 1997), men frå 1960 vart utdanninga underlagt Norske Fysioterapeuters Forbund før den i 1994 vart ei vidareutdanning ved Høgskolen i Oslo og seinare ved Universitetet i Tromsø frå 2000 (Gretland, 2002; Bunkan, 2001).

Kroppen er i NPMF utgangspunktet for undersøking, vurdering og behandling av pasienten sine kroppslege og psykiske lidingar (Gretland, 2007). Til ei kvar tid innehar kroppen spor av erfaringar og vitnar om livet me har levd og korleis me har det, understreker Gretland (2007). I NPMF blir tidsaspektet vektlagt som vesentleg for behandlingforma (Bunkan, 2001). Ein psykomotorisk behandlingstime inneheld både samtale og behandling av heile kroppen og tek utgangspunkt i funn frå undersøking av pasienten sin kroppshaldning, respirasjonsmønster, bevegelser og muskelkonsistens. Tradisjonelt startar den 60 minutt lange behandlingstimen med innleiande samtale om korleis pasienten har det og har hatt det sidan sist, før seansen med ulike rørsle og massasjeteknikkar på om lag 45 min. Timen blir avrunda med at pasienten får kvile før fysioterapeuten oppsummerer behandlingstimen dei siste minutta (Øvreberg & Andersen, 2002). Pasienten sine respiratoriske forhold er kontinuerleg ledetråden i behandlingen og er fysioterapeuten sitt viktigaste verkemiddel for rett dosering. Det er eit mål å lære pasienten å finne fram til adekvate måtar å motvirke ubehag og spenning på under behandlinga. Auka refleksjon

omkring pasienten sine kjenslemessige reaksjonar vert difor også vurdert som vesentleg for betringa (Bunkan et al., 1995; Bunkan, 2001).

NPMF er både ei metodisk tilnærming og ei forståingsform av kroppen som ei funksjonell og samspelande eining (Thornquist & Bunkan, 1995; Bunkan, 2001; 2010). Ofte blir NPMF omtala som ein fagtradisjon i grenselandet mellom tradisjonell fysioterapi og psykoterapi. Dette fordi samtalen blir meir vektlagt i NPMF enn i allmennfysioterapi og kroppen har ei særstilling i behandlinga jamført med psykoterapi (Bunkan, Radøy og Thornquist, 1982; Thornquist & Bunkan 1986; Øvreberg & Andersen, 2002). Gjennom samtalen kan terapeuten få innblikk i og bli kjent med pasienten si forståing samt hans tankar, refleksjonar og vurderingar (Thornquist, 2006). Hovudskilnaden mellom NPMF og psykoterapi er korleis kroppen har ei særstilling i psykomotorisk behandling samanlikna med psykoterapi (Øvreberg & Andersen, 2002). I NPMF meiner ein det finst ein kontinuerleg påverknad mellom pust, kjensler og muskulære spenningar (Thornquist, 2005; Øien, 2010; Øien, Steihaug, Iversen og Råheim, 2011). Terapeuten si oppgåve blir difor å rettleie pasienten gjennom rørsle og pust både verbalt og via berøring (Thornquist, 2005; Øien et al., 2011). Eit mål med behandlinga er å forsøke å fremje endring av pusten i saman med å redusere muskelspenningar gjennom massasje og rørsler av avspennande og rebalanserende karakter (Thornquist, 2005; Øien, 2010; Øien, Steihaug, Iversen og Råheim, 2011). Både Gretland (2001) og Stokkenes (2009) hevdar at fysioterapeuten ikkje skal definere kva som er best for pasienten i NPMF, men skape rom for at pasienten får verdsett eigne kroppslege erfaringar. Sidan NPMF hovudsakleg blir utvikla og vidareformidla igjennom praksis, er det i følgje Stokkenes (2009) eit stort behov for å forske på korleis relasjonell samhandling mellom pasient og fysioterapeut påverka behandlingresultatet i NPMF.

### **2.2.2 Relasjonsperspektiv utvikla Anne-Lise Løvlie Schibbye, Noreg**

Anne-Lise Løvlie Schibbye sin dialektiske relasjonsforståing bygger på psykoanalytisk orientert psykoterapi og familierapi. Schibbye sitt relasjonsperspektiv er inspirert av filosofen Hegel som hevder anerkjenning føreset gjensidigheit, og blir oppnådd først når ein sjølv anerkjenner nokon (Schibbye, 2017). Den relasjonelle handlinga mellom terapeut og pasient vil i følgje Schibbye (2009) vere prega av terapeuten sitt menneskesyn, teoretisk bakgrunn og etisk forståing. Schibbye sitt syn på sjølvrefleksjon og anerkjenning er relevante bidrag til å forstå den relasjonelle samhandlinga mellom terapeut og pasient. Både terapeuten og pasienten framstår for Schibbye (2009) som ufullstendige og innehar potensialet til endring. Å auke sjølvrefleksjonen til terapeuten meiner Schibbye (2009) vil gjere terapeuten betre i stand til å sjå korleis han sjølv påverkar den relasjonelle

samhandlinga. For å komme dit må terapeuten integrere kunnskapen i seg sjølv som person og utvikle det Schibbye (2009) kallar eit "terapeutisk sjølv". Å arbeide med seg sjølv som terapeut kan ofte vere krevjande. Anerkjenning er også eit sentralt omgrep i Schibbye sin dialektiske relasjonsforståing (Schibbye, 2009). Anerkjenning inneheld element som å lytte, forstå, akseptere, vise toleranse og bekrefte. Når terapeuten har ei anerkjennande haldning vil pasienten få hjelp i ein interpersonleg relasjon ved at terapeuten er lyttande, innlevande, akseptierende og bekræftande (Schibbye 2009). Schibbye (2009) understrekar at ei anerkjennande haldning må vere integrert i terapeuten som person. Den største utfordringa terapeuten har i rolla som hjelpar er å bli bevisst på og ta omsyn til korleis han påverkar prosessane i terapisisituasjonen som både kan føre til smerte, fortvilning og stagnasjon, men og også til betring og positiv vekst for pasienten. Eit viktig poeng frå Schibbye (2009) er at som terapeut og menneske må ein risikere å stå i relasjonar med motsetningar, og tore å vere opne som terapeutar. Terapeuten må i følge Schibbye (2009) lytte med heile seg som betyr at han lyttar aktivt, utstrakt, vitalt og engasjert. Når terapeuten lyttar slik undrar han seg og undringa vil opne opp for pasienten. Det kan fremme vitalitet og glede både hjå pasient og terapeut.

### **2.2.3 Teoretisk perspektiv utvikla av psykoanalytikar Jessica Benjamin, USA**

Psykoanalytikar Jessica Benjamin (1994; 1995; 1998; 2004; 2013) sin relasjonelle tenking tek utgangspunkt i kva som kjenneteiknar den gode måten å vere saman på mellom pasient og terapeut. Sentralt er den gjensidige oppleving av den andre som eit subjekt, og at pasienten og terapeuten i saman skapar eit intersubjektivt rom, som Benjamin definerer som tredjeheit. I det intersubjektive rommet kan dei to tenke, føle og snakke om kva som føregår inni dei og mellom dei. Derimot vil det intersubjektive rommet ikkje forbli, det vil bryte i saman og måtte gjenvinnast. Når samhandlinga går i stå og dette rommet gjev etter, vil ein bli tvinga inn i ein måte å vere i saman på der den eine gjer noko og den andre blir gjort noko med. Då vil det oppstå ein situasjon der den eine framstår som subjekt og den andre som objekt. Dette kallar Benjamin den komplimentere toheit. Terapisituasjonen vil vere ein veksling mellom toheit og tredjeheit mellom fastlåst samhandling og endringsskapande samspel (Moltu & Veset, 2008).

Dei utviklingsmessige tidlegaste formene for «tredjeheit» er det Benjamin (2004) kallar «det eine i det tredje». Dette kan me ofte sjå i den samskapte relasjonen i samspelet mellom barn og foreldre. Barn har ein medfødt tendens til «tredjeheit» i følge Benjamin (2004), og til å søke ei oppleving av rytmisk *me* som noko meir enn du og eg. Å kunne nytte dette tredje til å utvikle seg vidare som individ inneber også ei djup erkjenning av intersubjektiv forskjell. Det er dette Benjamin beskriv som

«det tredje i det eine». Det inneber å oppretthalde ei indre merksemd på å vere to åtskilte subjekt, og at ein klarar å halde på spenninga mellom kva som er «mine» behov og kva som er «dine», samtidig som ein tonar seg inn mot kvarandre. Det er ei flytande grense mellom bevisste og ubevisste opplevingar og erfaring, og denne grensa er intersubjektivt mediert (Binder et al., 2006).

## 3 Metode

Kapitlet tek føre seg vitskapsteoretisk perspektiv, val av design og metode. Vidare blir utval og utvalstrategiar gjort greie for før analyseprosessen blir presentert. Studien sin refleksivitet, relabilitet, validitet og relevans blir omtalt, før kapitlet blir avrunda med kort omtale av eiga forforståing og vurdering av etiske aspekt kring eiga forskning.

### 3.1 Vitskapsteoretisk perspektiv

Som forskar må ein ta stilling til og gjere greie for si eiga forståing av verkelegheita (Bengtson, 2006). I denne studien har eg vore inspirert av fenomenologi som er ein filosofi og eit vitskapsteoretisk perspektiv der menneske sine erfaringar vert sett på som gyldig kunnskap (Malterud, 2011). Ein ynskjer å få fram og forstå dei psykomotoriske fysioterapeutane si levde erfaringsverd (Thomassen, 2006). Auka innsikt i slike erfaringar kan bidra til å utvikle kunnskap om korleis psykomotoriske fysioterapeutar best kan ivareta og hjelpe pasientane sine. Ved å intervju fleire erfarne psykomotoriske fysioterapeutar kan denne studien bidra til å auke kunnskapsgrunnlaget omkring relasjonell samhandling i NPMF. Ved hjelp av eit fenomenologisk perspektiv forsøker eg så godt som råd å sjå vekk frå egne forventningar, tankar og refleksjonar. Slik undersøker eg praksis mest mogleg føresetnadsløst, for deretter å bygge teori på grunnlag av praksis (Brinkmann & Thanggaard, 2010; Thomassen, 2006).

### 3.2 Val av metode og design

Kvalitativ metode er ein forskingsmetode for å generere kunnskap som undersøker kva mening hendingar og erfaringar har for den som opplever dei, og korleis dei kan fortolkast og bli forstått også av andre (Malterud, 2013). Det er problemstillinga som avgjer kva datainnsamlingsstrategi som er mest egna for eit forskingsprosjektet (Mays, Pope og Popay, 2005). Med kvalitativ metode valde eg ein forskingsstrategi som kan bidra med kunnskap for å forstå psykomotoriske fysioterapeutar sin erfaring og forståing med fenomenet relasjonar i NPMF (Malterud, 2013). Forskingsdesignet utgjør eit tidspunktsstudie med bruk av individuelle semistrukturerte forskingsintervju. Dette er gjort for få innsikt og forstå korleis erfarne psykomotoriske fysioterapeutar erfarer og tek vare på den relasjonelle samhandlinga med sine pasientar. I følgje Kvale (2007) er ideale å hente inn opplysningar i lojalitet til informantane sin eigen versjon av historia. Målet under intervju var å utvikle ein

samtale der det kvalitative fekk ei stemme, der eg i tråd med Malterud (2013) siktar mot å få rikast moglege beskrivingar av informantane. Forskaren har under eit semistrukturert intervju fleire oppgåver, som eg har ivareteke etter Kvale & Brinkmann (2015) sine råd ved å intervju med eit opent sinn, halde fast på problemstillinga og både vore fokusert og samstundes open for å hente inn rikast mogleg informasjon. Ein styrke med semistrukturert forskingsintervju meiner Malterud (2013) er å bruke opne spørsmål til informantane, for å få fram fleire sider, motseiingar, dilemma og paradoks.

### 3.3 Val av informantar og storleik på utvalet

Empirisk data er forskaren si kjelde til å svare på problemstillinga. Det er avgjerande å nytte informantar som best kan belyse problemstillinga, dette blir kalla eit strategisk utval (Malterud, 2013). Slik skal utvalsstrategien sørge for at materialet inneheld data om fenomenet me vil forske på (Malterud, 2013). I følgje Malterud (2013) er det også vesentleg at utvalet kan gi eit rikt og variert materiale, for å kunne belyse problemstillinga frå ulike sider. Siktemålet er å få fram kunnskap som er forankra i informanten si livsverd, altså levande kunnskap slik den framstår for informanten (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er erfaringane, opplevingsaspektet og det individuelle meningsaspektet eg ynskjer å forske i og vinne kunnskap om. Eit strategisk utval av erfarne psykomotoriske fysioterapeutar med minimum 15 års klinisk praksis som psykomotoriske fysioterapeutar kan bidra til solid erfaring i høve til refleksjon kring det relasjonelle aspektet mellom terapeut og pasient. Utvalet vart rekruttert blant psykomotoriske fysioterapeutar med relevant kompetanse på vestlandet og som var tilgjengelege i det aktuelle tidsrommet (sommaren 2016). Ved hjelp av Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) si nettside søkte eg meg fram til totalt 80 psykomotoriske fysioterapeutar på vestlandet. Med bakgrunn i kjennskap til fagfeltet valde eg ut fire psykomotoriske fysioterapeutar med ønska kompetansen som tilfredsstilte inklusjonskriteria i aktuelt område.

Kor mange intervju som skal til for å gi velbegrunna svar på problemstillinga er avhengig av kompleksiteten til problemstillinga, kor adekvat det strategiske utvalet er og kor godt datainnsamling fungera som kunnskapsutviklande arena (Malterud, 2013; 2015). I følgje Malterud (2013) er det viktigare å skaffe eit adekvat utval enn å bestemme omfanget i forhold til eit bestemt tal. Mettingspunktet blir nådd når ein vurderer at ytterlegare datainnsamling ikkje til fører ny kunnskap (Malterud, 2013; 2015). Åtte intervju vart gjennomført, fire med psykomotoriske fysioterapeutar i privat praksis og fire med pasientar som hadde erfaring med psykomotorisk tilnærming. Av omsyn til storleiken på oppgåva og omfanget av informasjon frå intervju med terapeutane blir kun data frå



fysioterapeutane nytta i masteroppgåva. Dermed tek masteroppgåva kun føre seg terapeutperspektivet medan pasientperspektivet er tenkt nytta i ein seinare artikkel. Utvalet beståande av fire psykomotoriske fysioterapeutar var i tråd med Malterud (2013) tilstrekkeleg til både å gi eit variert og rikt materiale, og til å kunne svare på problemstillinga. I følgje Malterud (2013) er det viktig med eit heterogent utval, for å sikre eit innhaldsrikt materiale som kan belyse problemstillinga frå ulike sider. Sjølv om samtlege informantar hadde kommunalt driftstilskot hadde dei ulik fagleg spesialisering og ulik arbeidserfaring både i frå spesialist- og kommunehelsetenesta.

### 3.4 Forskingsintervjuet

Semistrukturert intervju er godt egna dersom formålet med ny kunnskap er å opne opp for nye spørsmål omkring problemstillinga (Malterud, 2013). Det kvalitative forskingsintervjuet skal ikkje vere standardisert (Kvale & Brinkmann, 2015). Forskingsintervjuet støttar seg på ein forhandsformulert intervjuguide som gjev intervjuet struktur samstundes som den opnar for utførebudde oppfølgingsspørsmål. Slik kan intervjusituasjonen gi kunnskap som i utgangspunktet var ukjent for forskaren (Malterud, 2013). Intervjuguiden bør reviderast undervegs i feltarbeidet etter kvart som forskaren lærer meir om kvar fokuset bør konsentrerast og tilpassast i møte med den einkilde informant (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er vesentleg at forskaren syner informanten interesse både ved spørsmålsstilling og lytting (Dalen, 2004). Intervjusituasjonen bør vere prega av tryggleik og fortrulegheit mellom informant og forskar. Målet er at samtalen skal opne for rikast mogleg beskrivingar, der informantane sine eigne ord skapar bilda, i følgje Malterud (2013). Malterud (2013) omtalar det som ein kunst for forskaren å vere tilstrekkeleg open og fokusert på same tid. Det lønnar seg å vere tolmodig og avvente nysgjerrig når informanten byrjar å fortelje om noko som kan virke som avsporing, då det ofte er langs slike sidespor ny kunnskap ligg (Malterud, 2013). Dersom intervjuet ikkje gjev nokre overraskingar eller kunnskap som konfrontera forskaren si forforståing, kan det skuldast at intervjuaren ikkje har høyrte godt nok etter (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er viktig for intervjuaren å øve seg i førekant av datainnsamlinga (Malterud, 2013). Eg gjennomførte difor eit prøveintervju med ein utanfortåande fysioterapeut, for å gjennomgå intervjuguiden, øve på spørsmålsstillinga og trene opp evna til å lytte. Erfaringane frå prøveintervjuet gjorde meg tryggare i rolla som intervjuar og førte til at eg stilte meir presise spørsmål og torde å gi informantane tid til å tenke seg om før dei svarde. I etterkant ser eg at det var heilt naudsynt å gjennomføre prøveintervju.

### 3.5 Rekruttering av informantar og gjennomføring av intervju

Den fyrste kontakten med informantane var via telefon. Informantane fekk slik informasjon om forskingsprosjektet samstundes som dei vart førespurde om å stille som informantar. Det vart vektlagt at informantane skulle få tenkje seg om, og få anledning til å sjå igjennom det informerte samtykke (vedlegg 2. informert samtykke) og intervjuguiden (vedlegg 3. intervjuguide), før avgjersla om å stille som informant vart teken. Samtlege informantar takka ja. Intervjua vart gjennomført i månadskifte juli-/august 2016. I samråd med informantane avgjorde me kvar intervjuet skulle føregå med omsyn til tidsforbruk, kostnad og geografiske tilhøve på vestlandet. Eit av intervjua føregjekk i heimen til informanten, eit føregjekk på eit eksternt behandlingskontor og to føregjekk over telefon med bildeoverføring. Intervjua vart tekne opp med digitalt lydband og forløp utan forstyrring i mellom 45-80 min. Ein av informantane opplevde innleiingsvis bandopptakaren som nærgåand, men gløynde at opptaket pågjekk når intervjuet var i gang og han kjende seg tryggare i intervjusituasjonen (Malterud, 2013). Konteksten under intervjuet meiner Malterud (2013) kan påverke kunnskapsutviklinga samtalen skal representere. Å intervju terapeut heime eller på eige behandlingskontor kan ha medført meir ro og konsentrasjon i intervjusituasjonen. I desse situasjonane hadde alle terapeutane tilrettelagd for at intervjua skulle føregå utan forstyrringar. Intervjua som føregjekk over telefon med bildeoverføring kan ha medført at den sosiale dynamikken vart annleis ved kommunikasjon igjennom teknologi. Det er vanskelegare å sjå folk i ansiktet og fange blikket når ein pratar med bildeoverføring. Likevel opplevde eg at praten gjekk lett, terapeutane framsto som opne og meddelande. I følge Keeter, McGeeney, Igielnik og Mercer (2015) framstår gjerne informantar meir ærlege og opne ved bruk av datateknologi når ein samlar inn data om følsame emne. Det interessante i mitt materialet var at det var nettopp desse intervjua som gav mest datamateriale.

Når resultatane skal representere informantane sine opplevingar, meningar og tankar, må forskaren sørgje for at det empiriske materialet og våre tolkingar av dette utgjer eit gyldig bindeledd mellom utgangspunkt og resultat (Malterud, 2013). Difor blei det vektlagt undervegs å stille informanten oppfølgingsspørsmål for å nyansere og utdjupe informasjonen ved å spørje; *har eg forstått deg rett når du seier at...?* Å validere forskaren si oppfatning under intervjuet er i følge Malterud (2013) vesentleg for å sikre at ein har forstått kvarandre og unngår misforståingar. Det er også vesentleg at forskaren under intervjuet syner interaksjonar for å formidle at han er ein merksam og aktiv lyttar. Interaksjonar kan kommenterast som; *akkurat, ja, mm, flott og klart det*, når det passar inn i pausar under intervjuet. Forskaren må samstundes vere varsam, fordi det kan vere irriterande og

distraherande for informanten. Interaksjonane bør brukast bevisst og sparast til poeng som særleg engasjera og som forskaren vil bekrefte at han forstår (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). I førekant av intervju førebudd eg meg både ved å lese meg opp på semistrukturert intervju og gjennomføre prøveintervju. I tillegg hadde eg notert meg stikkord på gode ordvendingar som kunne lede meg vidare på sidespor informanten kunne komme med. Dette gjorde meg tryggare på å gjennomføre intervju med fagpersonar eg har stor respekt for. Eg såg i tråd med Malterud (2013) likskap mellom eit semistrukturert intervju og den gode kliniske samtalen. Under intervju etterstreva eg å vere ein oppmerksom og aktiv lyttar. Difor noterte eg kun få stikkord undervegs, for å unngå å gløyme sidespor som eg ynskte å utforske når det var naturleg i samtalen. I etterkant av intervju loggførte eg også mi oppleving. Transkripsjonen føregjekk kort tid etter, slik fekk eg erfaring med å høyre mi eiga stemme og reflektere omkring spørsmålsstillinga. På denne måten prøvde eg etter kvart intervju å bli endå ein betre intervjuar. I følgje Malterud (2013) styrkar det også kvaliteten på transkripsjonen, når forskaren får inntrykk av si eiga rolle og evaluera seg sjølv. Informantane vart spurt avslutningsvis korleis dei opplevde intervjusituasjonen og meg som intervjuar og kom dei med desse tilbakemeldingane;

*«Samtalen vår gav meg nye tankar. Det vart heller ikkje så vanskeleg som eg hadde trudd. Eg hadde tenkt litt før eg kom, men kom på fleire eksempel undervegs når me snakka».*

*«Eg kunne ha snakka med deg til i morgon tidleg!».*

*«Du har fått meg til å tenke mange gonger. Å det tykkjer eg er bra. Det gjer at eg som terapeut kan vekse. Måten du har stilt meg spørsmål og måten du har lytta og reflektert omkring svara mine har vore behageleg. Eg har opplevd å bli møtt, møtt på ein felles nysgjerrighet omkring faget.*

*Det har vore ein herleg samtale!»*

### 3.6 Transkribering

Innanfor språkvitskapen er transkripsjon å overføre tekst i ei ny form gjerne frå munnleg til skriftleg form, for å lette analysearbeidet (Svennevig, 2001). I den kvalitative forskingsprosessen skal røynda fortolkast frå samtale til tekst. I følgje Malterud (2013) er dette viktig å merke seg at fortolkinga aldri vil kunne framstå som sjølv røynda av to grunnar; 1) sjølv den mest nøyaktige transkripsjon kan aldri gi meir enn eit avgrensa bilde av det me skal studere, 2) oversettingsledda frå tale til tekst vil innebere ulike former for filtrering der meining går tapt eller blir forvrengt undervegs. Difor er det

viktig som forskar å nytte ein transkripsjonsprosedyre som best ivareteke terapeutane sitt meningsinnhaldet på ein påliteleg og gyldig måte. Transkripsjonsprosedyren føregjekk ved at eg spelte av lydbandet manuelt, noko som var tidkrevjande prosess. Lydbanda hadde god kvalitet under alle intervju, noko eg særleg erfarte då ein av informantane snakka med noko lågare stemme. Datamaterialet vart skrivi om frå munnleg form til nynorsk skriftspråk.

Det er av fleire grunnar viktig at forskaren sjølv gjennomfører transkripsjonen, fordi den som sjølv var deltakar i samtalen hugsar gjerne moment som kan oppklara uklarheit av betydning for meininga i teksten (Malterud, 2013). Få menneske snakkar slik at ein direkte skriftleggjing av samtalen gir gyldig gjentakning av det som blir sagt og høyr. I følgje Malterud (2013) er føremålet med skriftleggjinga å fange opp samtalen i ei form som best mogleg representera det informanten hadde til hensikt å meddele. Samtalen sin naturlege kontekst er med på å gi struktur til munnlege uttrykk som gjerne er meir oppstykk og uformelle, og som kan virke ufullstendig i skriftleg form. Oppfølgingsspørsmåla fekk informantane til å reflektere undervegs noko som gjorde at enkelte setningar hadde ein start, så ein refleksjonsfase, som både kunne vere verbal og nonverbal, før informanten landa setninga. For å få med budskapet måtte eg i tråd med Malterud (2013) difor redigere nokre setningar under transkriberinga. Malterud kallar dette «Slightly modified verbatim mode» (2013 s. 76-77). Nonverbal kommunikasjon vart også notert i transkripsjonen, fordi det kan utgjere ein vesentleg grad av kunnskapskapitalen som formar meininga i samtalen. Dette kallar Malterud (2013) nærspåkleg element og vart notert bl.a. som; pause, nøling, latter, tenke pause. Ingen identifiserbar informasjon vart notert under transkripsjonsprosessen, og informantane vart kalla terapeut 1, 2, 3 og 4. Anonymitet vart også sikra igjennom at transkripsjonen føregjekk av forskaren sjølv i etterkant av intervjuet. Totalt utgjorde det transkriberte datamaterialet 45 tettskrivne A4 sider.

### 3.7 Analyse

Innanfor kvalitativ analysen er føremålet å bygge bru mellom rådata og resultat (Malterud, 2013). Ein gjennomarbeidd og godt dokumentert analyse seier Malterud (2013) skal bestå i å stille spørsmål til kva materialet kan fortelje oss, for så å lese og organisere data i lys av dette og gjenfortelje svara på ein systematisk, forståeleg og relevant måte. Ein god analyse skal ha rikeleg innhald og gjerne inneha variasjonar (Malterud, 2013). Den største fallgruva i følgje Malterud (2013) er å analysere eit for omfattande materiale noko som fort kan gjere analysen overflatisk. Ved å konsentrere seg om terapeutperspektivet meiner eg analyseprosess har blitt gjennomført grundigare noko som

forhåpentlegvis også har auka kvaliteten på denne studien. Analysen av intervju er datastyrd, men det teoretiske psykomotoriske fysioterapiperspektivet bidreg likevel som bakgrunn for analysen. Analysearbeidet av intervju har blitt gjort på tvers ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC) som er inspirert av Giorgi sin fenomenologiske analyse og modifisert av Malterud (Malterud, 2013). STC er ein deskriptiv og eksplorativ metode som har ein pragmatisk tilnærming til data (Malterud, 2013). Arbeidet med analysen vart gjennomført trinnvis i samsvar med Malterud (2013), for å kunne justere fokus undervegs på bakgrunn av ny innsikt gjennom datainnsamlinga og analysen. Difor analyserte eg først kvart intervju for seg, før eg analyserte alle intervju på tvers med siktemål om å utvikle nye beskrivingar og omgrep. Formålet med analysemetoden er i følge Malterud (2013) å utvikle kunnskap om informantane sine erfaringar og livsverd innanfor den relasjonelle samhandlinga mellom terapeut og pasient (fenomenet me forskar på). STC krev at forskaren set sin eigen forforståing i bakgrunnen (bracketing) i møte med datamaterialet og har ei reflektert haldning til eiga innflytting på materialet (Malterud, 2013).

Prosedyren i STC består av fire trinn; 1) Heilskapsinntrykk, frå villnis til tema, 2) Meiningsberande einingar, frå tema til kodar, 3) Kondensering, frå kode til meining, og 4) Samanfatning, frå kondensering til beskriving og meining (Malterud, 2013). Eg vil vidare beskrive analyseprosessen meir i detalj;

#### 1. Heilskapsinntrykk, frå villnis til tema

Siktemålet med første analysetrinn er i følge Malterud (2013) å bli kjent med materialet. Frå eit fugleperspektiv vart intervju lesne i sin heilheit der eg som forskar var ute etter å få eit heilskapleg bilde av materialet. Først når alle intervju var lesne var tida inne for å oppsummere mitt inntrykk (Malterud, 2013). Det var vesentleg at både mi forforståing og teoretiske forståing vart sett i bakgrunnen, for å vere tilstrekkeleg open for kva inntrykk materialet kunne formidle (Malterud, 2013; Kvale & Brinkmann, 2015). Eg følgde Malterud (2013) sitt råd om å lese materialet i ein lenestol, kun ta få notata undervegs og motstå all trong til å systematisere. Denne fasen opplevde eg som spennande, fordi eg var spent på kva hovudintrykk informantane samla ville gi meg. Deretter noterte eg meg tema som intuitivt vekte mi merksemd, totalt vart det ti tema (Malterud, 2013). Då hadde eg rådet til Malterud (2013) i bakhovudet som understreka at det er viktig å starte med eit overkommeleg tal tema i første fase, og heller utvide nyansane i desse undervegs. Temainndelinga var deretter drøfta med rettleiar, slik danna me eit analytisk rom som opna opp for fleire nyansar (Malterud, 2013). I følge Malterud (2013) er det eit godt teikn på kreativ analyse når dei foreløpige temaene ikkje samanfall med temainndelinga i intervjuguiden (Malterud, 2013).

Hovudtema etter analysefasen 1 blir presentert i tabell 1.

Tabell 1: Oversikt over midlertidige hovudtema i analysefase 1.

Tema i intervjuguide	Tema etter analysefase 1
Terapeuten sin bakgrunn	Bakgrunn som psykomotorisk fysioterapeut
Trivsel som psykomotorisk fysioterapeut	Å vere tilfreds som psykomotorisk fysioterapeut
Relasjonar i psykomotorisk fysioterapi	Å vere i relasjon-/tilstades
Utfordringar i terapisisuasjonen	Den vennlege kjensla må komme innanfrå
Avslutning	Å forholde seg til pasientar som manglar tillit Alminneleggjering av plager-/belastning Inntonning til pasienten Når samhandlinga glip-/lærdom i at samhandlinga glapp Mellom medverking og grensesetting Modig og trygg terapeut

## 2. Meiningsberande einingar, frå tema til kodar

Hensikten med andre analysetrinn er i følgje Malterud (2013) å organisere den delen av materialet me skal studere nærare. Slik blir materialet som best kan belyse problemstillinga vår organisert i meiningsberande einingar. Systematisering av meiningsberande einingar blir kalla koding av Malterud (2013). Koding inneber ein systematisk dekontekstualisering der delar av teksten blir henta ut i frå sin opphavlege samheng. Nokre meiningsberande einingar vart koda i fleire grupper. Eg valde å gi dei meiningsberande einingane både eit nummer frå ein til ti og ein tilhøyrande farge, slik kunne eg gjere denne fasen direkte i den transkriberte teksten. Dermed delte eg inn heile teksten i meiningsberande einingar, med unnatak av ikkje relevant prat om «vær og vind» og personlege forhold. Ved gjentatt gjennomlesing av materialet valde eg å utelate kode 1 «Bakgrunn som psykomotorisk fysioterapeut» og kode 2 «Å vere tilfreds som psykomotorisk fysioterapeut». Slik prøvde eg i tråd med Malterud (2013) å utvikle eit reflektert forhold til kodane og behalde materialet som best kunne belyse problemstillinga. Dette vart notert i prosjektloggen.

## 3. Kondensering, frå kode til meining

Målet med tredje analysetrinn er i følgje Malterud (2013) å abstrahere (samanfatte) kunnskap frå kodane. Ved systematisk gjennomgang og kondensering av dei aktuelle

meningsberande einingane blir meiningane henta ut. På dette nivået er det i følgje Malterud (2013) vesentleg å forholda seg forskingsnært og skrive kondensatet i 1.person. Teksten blir skriven meir samanfatta og presist enn opphavlege utsegn. Det betyr at eg som forskar skal utrykke meg som representant for informanten samstundes som teksten skal tolkast ut i frå mitt faglege perspektiv (Malterud, 2013). Sitat som godt illustrera den abstraherte teksten blir valt ut, Malterud (2013) kallar dette gullsitat. Mi erfaring var at eg i denne analysefasen vart godt kjent med informantane og materialet. Eg prøvde i tråd med Malterud (2013) etter beste evne å behalde informantane sin uttrykksmåte og forsøke å finne ut kva desse tekstbitane kunne fortelje meg om problemstillinga. Nokre kodegrupper var meir innhaldsrrike enn andre, men det vart vurdert at alle skulle vere med vidare. I denne analysefasen vart det også naturleg å presisere ytterlegare namn på to kodegrupper.

Tabell 2: Oversikt over endra hovudtema i to kodegrupper i kvalitativ analysefase 3.

Tema etter analysefase 1	Endra tema i analysefase 3
Å vere i relasjon-/tilstades	Døropnar til vellukka behandling
Når samhandlinga glip-/lærdom i at samhandlinga glapp	Lærdom i vanskeleg samhandling

### 3. Samanfatning, frå kondensering til beskriving og meining

Meininga med fjerde analysetrinn er i følgje Malterud (2013) å setje tekstbitane i saman att kalla rekontekstualisering. Slik gjenfortel forskaren dei samanfatta funna som kan danne grunnlag for nye beskrivingar og omgrep (Malterud, 2013). For å kunne gjenfortelje blir dei kondenserte tekstane ytterlegare kondensert og no skrivne i tredje person. I følgje Malterud (2013) skal forskaren skape ein analytisk distanse til datamaterialet samstundes som forskaren no skal ta ansvar for sine tolkingar. I denne analysefasen skal også forskaren validere dei analytiske tekstane opp mot dei opphavlege tekstane dei vart henta ut frå. Forskaren skal også leite systematisk etter data som motseier dei konklusjonane han har komme fram til (Malterud, 2013).

I denne fasen kjende eg meg i tråd med Malterud (2013) både tryggare på prosessen og materialet. I kondensert form utgjorde materialet mitt 29 A4 sider organisert i åtte tema med undertema og illustrerande gullsitat. Det var ein tidkrevjande jobb å få materialet til naturleg å hengje saman og skape flyt i framstillinga. I samråd med rettleiaren vart problemstillinga no ytterlegare presisert frå; «*Korleis blir det relasjonelle aspektet ivaretek og formidla hjå erfarne*

*psykomotoriske fysioterapeutar?» til «Korleis erfarer og tek erfarne psykomotoriske fysioterapeutar i vare på den relasjonelle samhandlinga med sine pasientar?»». På dette tidspunktet vurderte eg å sende utskrift av resultatavsnittet til deltakarane for korrigerings og godkjenning. Malterud (2013) kallar dette member check. For at dette skulle skje i tråd med retningslinjene måtte eg skilje informantane i frå kvarandre att. Dette vart vurdert som for omfattande med omsyn til både arbeidsmengde og tidsbruk. For å gjere framstillinga av datamaterialet meir oversiktleg og lesarvennleg avgjorde rettleiaren og eg å kondensere materialet ytterlegare i fire tema. I denne runden valde me heller ikkje å legge noko av materialet vekk frå den vidare analysen, fordi datamaterialet inneheldt rike beskrivingar som på kvar sin måte som kunne svare på problemstillinga. I følgje Malterud (2013) aukar forskaren sin innsikt og nærleik til data når han må gå tre skritt fram og to tilbake. Dermed vart analysefasen sitt trinn 1,2 og 4 på ny gjennomført. I kondensert form utgjorde materialet mitt no 27 A4 sider organisert i fire tema med undertema og illustrerande gullsitat. Slike vurderingar og val undervegs har blitt notert i prosjektloggen som i følgje Malterud (2013) er til uvurderleg nytte for intersubjektivitet og refleksivitet i analyseprosessen, og for at andre skal kunne gå same veg. Analyseprosessen har alt i alt vore ein omfattande og tidkrevjande prosess som har gitt meg mange nye innfallsvinklar til å forstå svara frå informantane.*

Tabell 3: Oversikt over endelege hovudtema datamaterialet vart sortert etter i analysefase 4.

Tema etter analysefase 4 1 analyserunde	Undertema i analysefase 4 1 analyserunde	Endelege tema i analysefase 4 2 analyserunde
Døroppnar til vellukka behandling	Å bry seg om pasienten Alt i forholdet mellom oss Å vere i relasjonar kan vere vanskeleg	1. Fag og relasjon hand i hand
Den vennlege kjensla må komme innanfrå Å forhalde seg til pasientar som manglar tillit Alminneleggjering av plager-/belastning Individuell tilpassing i det relasjonsskapande arbeidet	Individuell tilpassing i det relasjonsskapande arbeidet Lærdom i vanskeleg samhandling	2. Å forholde seg til pasienten og seg sjølv
Mellom medverking og grensesetting	Konkret kva som skjer Å vere sjølvbevisst terapeut Vanskeleg samhandling Samhandling som enda i brot Førestilling om NPMF som ikkje stemmer Meining for terapeuten Maktbalanse i behandlinga Når samhandling er vanskeleg Ser opp til terapeuten	3. Når relasjonen skjærer seg
Erfaring skapar modig og tydelege psykomotoriske fysioterapeutar		4. Å bevisstgjere pasienten på eigne utfordringar



## 3.8 Vitskaplege kvalitetskriteria for kvalitativ metode

Det er måten forskaren innhentar og handtera kunnskap på som avgjer om studien held vitskaplege mål. Lesaren skal lett kunne følgje vegen og få innsikt og forståing for vegvala forskaren tek undervegs, dette kallar Malterud (2013) intersubjektivitet. Det vil no bli reflektert kring vesentlege vitskaplege kvalitetskriterier for kvalitativ metoden i denne studien.

### 3.8.1 Validitet

Kvale og Brinkman (2015) vektlegg tre omgrep for å sikre forskingsarbeidet sitt truverd; validitet, refleksivitet og relevans. Med validitet meinast gyldigheit om kva studien fortel noko om. All kunnskapsutvikling handlar om å finne fram til meir eller mindre relevante versjonar av røynda me forskar på. Å validere er difor å stille spørsmål om kunnskapen sin gyldigheit, kva er dette gyldig om og under kva betingingar? (Malterud, 2013). Validitet blir inndelt i internvaliditet og ekstern validitet. Internvaliditet omhandlar om data kan svare på problemstillinga og ekstern validitet handlar om data er overførbar til samanhengar ut over den konteksten data vart henta inn i (Malterud, 2013). For å styrke intern validitet var det avgjerande å inkludere kun erfarne psykomotoriske fysioterapeutar, noko som styrkar sjansen for og kunne seie noko om problemstillinga. Det har også vore vesentleg å ha tilstrekkeleg med informantar, for å sikre at dei terapeutane seier også samsvarar med det dei faktisk gjer. Fleire har hevda at dette ikkje alltid samsvarar (Thornquist & Gretland, 2003; Øberg, 2009; Irgens, 2010; Zeiner, 2013). I intervjusituasjonen blei det lagt spesielt vekt på at informanten skulle eksemplifisere situasjonar der dei hadde opplevd relasjonen som god eller vanskeleg. På denne måten vart informanten bedt om å fokusere på detaljar i hendelsesforløpa igjennom grundig utdjuping og refleksjon omkring situasjonane. Å forske i eige fagfelt kan både vere ein styrke fordi du har inngående kjennskap til fagfeltet, men det kan også vere utfordrande å mestre å halde tilstrekkeleg avstand til informantane og faget. I tråd med Malterud (2013) forsøkte eg både i intervjusituasjonen og i analysefasen å ha eit ope fokus til informantane og datamaterialet. Undervegs i intervjuet gjennomførte eg dialogisk validering og i analysefasen prøvde eg etter beste evne å møte datamaterialet med eit ope sinn. Difor prøvde eg i samsvar med Malterud (2013) å behandle tekstelementa varsamt og leggje meg på minne at dei potensielt kunne innehalde kunnskapskraft til å bidra med å utvikle ny kunnskap. Ekstern validitet er om data er overførbar til samanhengar ut over den konteksten datamaterialet vart henta inn i (Malterud, 2013). I følgje Malterud (2013) kan ein viktig indikator for overføring av datamaterialet også vere at andre forstår meir av sitt eige, og definerer det som ein aha-effekt. I analyseprosessen har eg forsøkt å identifisere mønstre i terapeutane sine uttalingar om den relasjonelle samhandlinga i behandlingssituasjonen.

Denne studien forsøker å trekke fram resultat som både kan indikere ny kunnskap, gjev gjenkjenning og aha-oppleving (Malterud, 2013). Når det skal stillast spørsmål om ekstern validitet i denne studien, har fleire konkurrerande svaralternativ blitt vurdert i datamaterialet, og slik har nokre resultat blitt vurdert innehar sterkare gyldigheit enn andre i høve problemstillinga. I dette arbeidet har det vore naturleg å støtte seg til Malterud (2013) si sjekklister for kritisk lesing av kvalitative studiar. Det er viktig å merke seg at denne sjekklister aldri skal vere eit mål, men kan fungere som eit middel for å operasjonalisere kriterier om validitet i saman med relevans og refleksivitet. Malterud (2013) tek føre seg desse fire vurderingskriterier; 1) Gjev resultatene relevante svar på studien si problemstilling, 2) Lærer me noko nytt av å lese studien, 3) Er resultatpresentasjonen ei overbevisande framstilling av funn utvikla frå det empiriske materialet som noko anna og noko meir enn forskaren si forforståing og teoretiske referanseramme og 4) Blir sitat brukt på ein adekvat måte til å understøtte og berike forskaren si samanfating av mønster identifisert og gjenfortalt frå systematisk analyse av materialet? Malterud (2013) meiner det likevel er lesaren sin tolking som avgjer om studien har ein nytteverdi. I følge Øien (1999) vil validitet også verte påverka av lesaren sin teoretiske og praktiske kunnskap om fagfeltet.

### 3.8.2 Reliabilitet

Med reliabilitet meiner Kvale og Brinkmann (2009) kor truverdig forskinga er. Ofte blir reliabilitet nytta som eit mål på kor påliteleg forskinga er (Malterud, 2013). Malterud (2013) vel å kalle reliabilitet repeterbarheit, medan Kvale og Brinkmann (2009) kallar det etterprøvarheit. Reliabilitet handlar om ein anna forskar på eit anna tidspunkt med same metode kunne oppnådd omtrent same forskingsresultat (Kvale & Brinkmann, 2009). Som regel blir datainnsamling, analyse, tolking og presentasjon av forskinga påverka på ein eller anna måte (Malterud, 2013). Ulike forskarar vil feste seg ved ulike nyansar også når dei les same materialet, difor er reliabilitet skjeldan eit aktuelt kriterium på kor påliteleg forskinga er (Malterud, 2013). Eg tenkjer difor at det i mine semistrukturerte intervju var fleire menneskelege faktorar som påverka og det difor vil vere vanskeleg for andre å etterprøve. Både måten intervjuet føregjekk på og relasjonen mellom informant og forskar vil vere endra, noko som kan gi utslag i anna grad av openheit og andre svar. Individuelle menneskelege faktorar påverkar også transkriberinga og analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det viktigaste er difor at forskaren gjev lesaren innsikt i prosessen og korleis han kom fram til resultatene (Malterud, 2013).

### 3.8.3 Refleksivitet

I forskingsprosessen skal forskaren vise vilje og evne til å sette spørsmålsteikn til eigen

framgangsmåte og konklusjonar i form av tvil og ettertanke. Refleksivitet er ei aktiv haldning som forskaren skal oppsøke og vedlikehalde gjennom heile forskingsprosessen (Malterud, 2013). Forskaren skal ikkje berre vente på overraskingar, men leite etter konfrontasjonar med eigne førestillingar og posisjonar, og heile forskingsprosessen skal samstundes vere transparent (Malterud, 2013). Mi erfaring er at skriving av masteroppgåva både har vore å gjennomføre ein standardisert forskingsprosess og samstundes sjølv gå igjennom ein kunnskapsutviklingsprosess. Å ta eigarskap i datamaterialet og tore å kondensere det ned til den fortetta meininga var utfordrande i byrjinga. I respekt for informantane måtte eg gå nokre rundar med meg sjølv for å finne dette eigarskapet. Det har tidvis også vore krevjande å forholde seg til eit så stort datamateriale i analyseprosessen med fokus både på detaljar og heilskapen. I prosessen med å framstille data har grunnleggjande kritiske spørsmål til funna vorte drøfta. Malterud (2013) kallar dette systematisk falsifisering. I drøftingsdelen av oppgåva har eg vore bevisst på min nærleik til datamaterialet ikkje skal hindre meg i kritisk refleksjon. I følgje Malterud (2011) har det vore viktig å nytte prosjektloggen som eit aktivt arbeidsdokument, for å sikre refleksivitet og synleggjere mine vegval for andre.

#### 3.8.4 Relevans

Sjølv om krava til refleksivitet er oppfylt og forskingsprosessen har følgd alle gjeldande spelereglar, er det ikkje gitt at resultatane blir vitenskapleg med høg kvalitet. Som forskar ynskjer ein at andre skal dra lærdom av arbeidet som er gjort, og den endelege fasiten for relevans får me først når prosjektet er ferdig og studien publisert. Det er då ein ser om resultatane kan overførast til andre områder enn der data er henta inn (Maltrud, 2013).

### 3.9 Forskingsetiske betraktningar

All medisinsk forskning er underlagt etiske standardar som fremmar respekt for alle menneske og beskyttar deira helse og rettigheitar. Desse er samanfatta i Helsinkideklarasjonen (Helsinkideklarasjonen, 2013). I følgje Kvale og Brinkman (2015) er det spesielt fire usikre etiske områder som må ivaretakast; informert samtykke, konfidensialitet, konsekvens og forskarrolla.

#### 3.9.1 Informert samtykke

Informert samtykke blir av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, 2010) rekna som eit av dei heilt sentrale krava ved forskning på menneske. Det er vesentleg at informanten kjenner prosjektet tilstrekkeleg til å ta stilling til om han ynskjer å bidra med sin

kunnskap eller ikkje. Vanlegvis blir denne informasjonen gitt skriftleg (Malterud, 2013). Deltaking i forskingsprosjekt skal alltid vere frivillig, og informanten kan når som helst i forskingsprosessen trekke seg utan å oppgi grunn (REK, 2010). Det er særskilt viktig at forskaren behandlar informantane med stor respekt (Malterud, 2010). I mitt studie fekk informantane først munnleg informasjon om forskingsprosjektet før dei fekk det informerte samtykket utlevert skriftleg for gjennomlesing, vurdering og eventuelt signering. Informantane som vart intervjuet ved hjelp av datateknologi mottok det informerte samtykket på e-post til vurdering før dei signerte det elektronisk og returnerte e-posten. Eg vektla særleg at samtykket skulle vere fritt og informert, og at informantane ikkje skulle kjenne seg pressa til å delta. Likevel kan ein som forskar aldri vere sikker på at informantane seier ja kun for å vere hyggelege. Ingen av informantane stilte verken spørsmål til det informerte samtykke eller til deltakinga.

### 3.9.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet handlar om at informasjon forskaren får tilgang til blir avgrensa til kun personane som har autorisert tilgang til den (Fossheim, 2015). I det informerte samtykke får informanten informasjon om kven det er (REK, 2010). Konfidensialitet er ikkje berre eit spørsmål om avgrensa tilgang, men like viktig er forskaren si forsikring om konfidensialitet til informanten. I forholdet mellom forskar og informant hevdar Fossheim (2015) at konfidensialitet i utgangspunktet er ei forplikting for forskaren og ein rettighet for informanten (Fossheim, 2015). Norsk senter for forskningsdata (NSD) har strenge reglar for å ivareta informantane og klare prosedyrar for korleis datamaterialet skal oppbevarast nedlåst og utilgjengeleg for utanforståande (Malterud, 2013). I denne studien omhandlar datamaterialet terapeutane sine livserfaringar og tankar, og har ofte ei form der det språklege uttrykket gjev materialet ein sensitiv og personleg karakter. Som forskar skal eg sørge for at terapeutane kan kjenne seg trygg på at anonymitet blir tilfredsstillande ivareteke både for informanten og pasienthistoriane dei deler utan risiko for gjenkjenning. For å ivareta konfidensialiteten i heile forskingsprosessen oppbevarte eg dei informerte samtykka forseglå og nedlåst for seg sjølv. Alt i transkriberingsfasen anonymiserte eg informantane ved å kalle dei terapeut 1,2,3 og 4. Gjenkjennbar informasjon som personalia, kjønn, bustad, arbeidsstad også vidare vart anonymisert. Pasienthistoriane informantane delte vart ivareteken på same måte. Sjå vedlegg 1 for godkjenning av studien frå NSD, og vedlegg 2 for informert samtykke.

### 3.9.3 Konsekvens

Richards og Schwartz i Malterud (2013) har definert fire former for moglege negative konsekvensar informanten kan bli utsett for gjennom forskingsprosessen; psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjenning. Undervegs i eit intervju kan det oppstå situasjonar der informanten angrar på det han har sagt, eller opplever at det heile utvikla seg annleis enn han hadde sett føre seg. Eit kvar forskingsprosjekt må difor alltid legge til rette for at informanten kan stoppe eit opptak eller få sletta materialet, gitt at det ikkje alt er anonymisert eller publisert (REK, 2010). I mitt studiet ba den eine informanten meg stoppe bandopptakaren ein gong. Då ville informanten fortelje meg at han ikkje hadde eit døme på det eg etterspurde. Kanskje opplevde informanten uro ved at han ikkje hadde eit eksempel å snakke rundt. Når informanten var klar gjekk me vidare i intervjuet. På eit seinare tidspunkt kom likevel informanten på eit døme og snakka rundt det. Utfordringane knytt til gjenkjenning kjem særleg opp i rapporteringsfasen, når dokumentasjon, sitat og demografiske forhold skal formidlast (Malterud, 2013). Eg vektla særleg å anonymisere tilstrekkeleg pasienthistoriane, fordi dei er normalt underlagt terapeutane si teieplikt. Eg prøvde etter beste evne å ha med meg REK (2010) sitt innspel om at forskaren til ei kvar tid skal tenkje seg at masteroppgåva kan lesast av informantane sine pasientar, kollegaer, venner og naboar. Opplysningane om informantane er også avgrensa til å omhandle arbeidserfaring over 15 år og klinisk praksis i ein landsdel. Det er vesentleg at informanten i forskingsprosessen eller i framstillinga ikkje kjenner seg krenka eller stereotypisert på ein respektlaus måte (Malterud, 2013). For å førebygge dette har eg etterstreva å framstille informantane med respekt og på ein best mogleg måte.

### 3.9.4 Forskarrolla

I heile forskingsprosessen påverkar forskaren arbeidet (Malterud, 2013). Difor er det ein viktig føresetnad at forskaren har ei refleksiv haldning. Det betyr at han evnar å sjå betydinga av si eiga rolle i samhandling med informantane, det empiriske materialet, dei teoretiske perspektiva og den forforståinga forskaren tek med seg inn i prosjektet (REK, 2010). Eit velkjent fenomen i kvalitativ forskning er at forskaren i for stor grad identifiserer seg med informantane, ofte kalla "going native" (REK, 2010). I mitt studiet har eg særleg vektlagt å prøve å skape analytisk distanse til informantane og forskingsfeltet. Dette har vore særleg viktig fordi eg sjølv er psykomotorisk fysioterapeut og fordi intervjusituasjonen skapar ein nærleik og fortrulegheit til informantane. I mitt arbeid har eg difor jobba for å framstå som open, ærleg og truverdig. Slik vil eg sikre meg at forskinga innehar høg kvalitet, for at lesaren kan få tillit til forskingsprosessen og forskingsresultata.

### 3.10 Mi forforståing

Metaforen Malterud (2013) nyttar om forforståing er ryggsekken forskaren bærer på i forskingsprosessen. Difor vil den påverke forskaren både ved innsamling og analyse av data. Forforståinga består av både hypotesar, fagleg perspektiv, teoretisk referanseramme og erfaringar me har gjort oss før prosjektet startar. I bestefall kan forforståinga i følge Malterud (2013) styrke forskingsprosjektet, men kan også utgjere ein trussel dersom den overdøyver det empiriske materialet. Difor er det nyttig å skrive ned eiga forforståing og ta den regelmessig fram under forskingsprosessen. Min forforståing til tema er at eg i mange år har arbeidd som fysioterapeut og dei seinaste åra også innehatt psykomotorisk kompetanse. For eigen del har eg hatt ei fagleg utvikling og innehar i dag ei meir holistisk tilnærming til pasienten. Forsking har samstundes påpeika at den relasjonelle kompetanse framstår som viktigare enn metoden som blir utøvd. For eigen del framstår dei relasjonelle samhandlingane som bærebjelken i all terapi. Eg vel å sjå på det som musikalitet, nokre terapeutar framstår for meg som meir musikalske enn andre. Difor har eg i lengre tid vore nysgjerrig på korleis musikaliteten til erfarne psykomotoriske terapeutar er ovanfor pasienten i den psykomotoriske tilnærming.

## 4 Resultat

I kapittelet blir resultat frå analyse av fire intervju med erfarne psykomotoriske fysioterapeutar presentert. Målet med intervjuet var å undersøke korleis erfarne psykomotoriske fysioterapeutar erfarer og tek vare på den relasjonelle samhandlinga i behandlingssituasjonen. Resultata representerer totalinntrykket frå intervjuet og representerer terapeutane samla. Sidan ordet terapeut er hankjønn blir difor terapeuten omtala som det. Analysen har fire sentrale tema; 1) Fag og relasjon hand i hand, 2) Å forholde seg til pasienten og seg sjølv, 3) Når behandlingsrelasjonen er vanskeleg og 4) Å bevisstgjere pasienten i høve til å handtere eigne utfordringar.

### 4.1 Fag og relasjon hand i hand

Psykomotorisk tilnærming går hand i hand med relasjonsskapande arbeid og terapeuten tilpassar individuelt kva som er naturleg å vektleggje først. Med auka erfaring blir terapeuten meir oppteken av kva som skapar god relasjonen og betydninga av relasjonsskapande arbeid. For terapeuten inkluderer relasjonen alt i forholdet mellom han og pasienten, verbal og nonverbal kommunikasjon.

Det første møte handlar om å skape ein god relasjon til pasienten. Den eine terapeuten beskriv viktige perspektiv i det relasjonsskapande arbeidet med Søren Kirkegaard sine ord; «*Den vise veileder fører meg ikke inn i sin egen visdoms hus, men leder meg til min egen klokskaps dørterskel*». Å etablere behandlingsallianse ser terapeuten på som eit felles prosjekt. Samarbeidet består av ansvarsfordeling mellom fagleg tilnærming frå terapeuten og oppdagande læring frå pasienten både under og mellom behandlingstidiane. Samstundes er relasjonell samhandling tosidig, med terapeuten si oppleving på den eine sida og pasienten si oppleving av relasjonen til terapeuten på den andre, og i bestefall samsvarar den relasjonelle opplevinga.

*«Det er det optimale, fordi då er me på linje og me har ein openheit med kva me vil med behandlingsrelasjonen og arbeidsalliansen».*

#### 4.1.1 Ein god relasjon kan fremme kroppsleg og mental forankring hos pasienten

For at pasienten skal kunne vere kroppsleg og mentalt tilstades i behandlinga må relasjonen til terapeuten vere god. Ein måte terapeuten vektlegg å styrke relasjonen på er å vise genuin interesse for pasienten. Når terapeuten viser at han verkeleg bryr seg meiner han pasienten opplever relasjonen som spesielt fint.

*«Det er den gava eg kan gi ein pasient at eg verkeleg er interessert i korleis han kan få det betre både kroppsleg og mentalt».*

Når terapeuten ivaretek pasienten slik hender det, i følge ein av terapeutane, at enkelte pasientar innimellom spør om han faktisk tykkjer om dei.

*«Pasienten skal sjå eg tykkjer det er kjekt at han kjem til behandlingstimen. Då skal han føle seg godt ivareteken og oppleve at eg likar han».*

Relasjonen må vere god, for at pasienten skal få tillit til terapeuten. I denne studien legg terapeuten vekt på å skape tillit ved at pasienten føler seg sett. Erfaringa til terapeuten er at når pasienten har tillit til han er pasienten meir open. Ofte uttrykk pasienten emosjonelt eller verbalt at han blir sett av terapeuten under den psykomotoriske undersøkinga. Pasientar kan gjerne då seie; *«Det har ingen spurt meg om før eller det har eg jo aldri tenkt på»*. Først når tillit er på plass er pasienten villig til å forsøke, kjenne etter og undre seg undervegs i den psykomotoriske tilnærminga.

Ein gong hadde terapeuten ein pasient som var frustrert, uroleg og mangla kontakt med seg sjølv i behandling. Terapeuten presenterte enkle samlande øvingar i tillegg til å samtale om det vanskelege. Når behandlingstimen var over fortalte pasienten at han endeleg kjende seg roleg, kunne leggje merke til sin eigen kropp og kjende seg meir tilstades i den. Terapeuten beskriv dette som ein god relasjonen både under samtalanene, i dei enkle øvingane og i den kroppslege empatien når pasienten opplevde både mental og kroppsleg forankring.

#### 4.1.2 Å skape samklang mellom pasient og terapeut

Psykomotorisk tilnærming skal ikkje opplevast som stressande for pasienten. Difor brukar terapeuten god tid både på å undersøke og behandle pasienten. Ein behandlingstime varar gjerne frå 60-90 minutt, noko terapeuten meiner er vesentleg for å gå i djubden og individuelt kunne tilpasse



behandlinga. Pasienten skal oppleve seg trygg og ivareteken undervegs. Å inneha ei roleg og vennleg framtoning for terapeuten er då vesentleg. Det er også viktig for terapeuten å vise stor interesse for pasienten i undersøkinga. Kvart einskild funn frå undersøkinga blir presentert som brikker i eit større puslespel som stadig aukar terapeuten si forståing av pasienten. Sentralt for terapeuten er det å vere villig til å involvere seg som menneske både i undersøkinga og behandlinga. Ein av terapeutane omtalar det slik;

*«Eg tenkjer at det er dette som gjev metoden den største verdien,  
at eg er med som eit menneske inn i det».*

Terapeuten meiner det kan vere viktig for pasienten at han følgjer gangen i den psykomotoriske tilnærminga, for at pasienten skal oppleve å kjenne seg att og slik inneha kontroll i behandlingstimen. Det rokkar likevel ikkje ved at terapeuten med auka erfaring utfører friare den psykomotorisk tilnærminga og er mindre oppteken av detaljar i den. Med auka tryggleik i eiga rolle og betra evne til å observere pasienten meiner terapeuten han er friare i rolla som terapeut.

Å spørje pasienten korleis han har det og opplev behandlinga, er viktig for terapeuten, fordi han er oppriktig interessert i pasienten. Terapeuten meiner pasienten slik merkar hans omtanke. Vesentleg for terapeuten er det også å reflektere over korleis pasienten har det i behandlingssituasjonen og prøver difor å setje seg inn i korleis pasienten opplever den psykomotoriske tilnærminga. Ein av terapeutane seier han gjerne spør slik;

*«Kva treng du? Kva ville vere godt for deg? Kva seier det deg?  
Har du lyst til å ligge på benken? Eg prøver slik å fornemme kva som skjer i pasienten  
også prøver eg å etterspørje det og korleis han har det når han blir møtt».*

I behandlingssituasjonen meiner terapeuten det alltid skal vere pasienten som bestem, og å formidle det kan styrke den relasjonelle samhandlinga. Terapeuten meiner pasientar for ofte er flinke til å vere flinke.

*«Dei skal vere så flinke å gjere det du seier, men det er pasienten som bestem».*

Difor er det viktig for terapeuten å skape samklang med pasienten ved å gi pasienten rom til å uttrykke seg og fortelje. Når terapeuten lyttar interessert opplever han å styrke relasjonen til pasient.

### 4.1.3 Behandlinga gjev meiningsfull oppleving

Terapeuten vektlegg å ha oppdatert fagkunnskap om relasjonsskapande arbeid. Då støttar han seg gjerne til Skau (2013) sine tre faktorar for å lukkast i det relasjonsskapande arbeidet med pasienten; 1) evna til å skape relasjonar, 2) teoretisk kunnskap og 3) erfaring. Alle deler er like viktige, men erfaring tilseier at mangla du relasjon med pasienten fungera ikkje behandlinga. Terapeuten sitt fokus på relasjonsskapandearbeid går likevel ikkje utover hans fokus på også å inneha høg fagleg kompetanse.

*«Eg støttar meg til forskning om psykoterapi som viser at relasjonen er viktigare enn metoden. Samtidig så er jo metoden og min kunnskap om den også viktig, for den er jo verktøyet for kva gjer eg i saman med pasienten».*

God relasjon er særleg viktig dersom pasienten har mykje smerter, står i ein vanskeleg livssituasjon eller har opplevd noko dramatisk. Terapeuten uttrykker det er meiningsfullt å støtte pasientar som opplever ei tung tid.

Terapeuten brukar innimellom den psykomotoriske tilnærminga til å skape god relasjon. Særleg dersom terapeuten har menn i behandling. Då kan det vere vanskeleg å byrje å snakke om følelsar. For å etablere ein grunnleggjande relasjon til ein mann som til dømes har vanskar med å slappe av, fortel den eine terapeuten han kan gjere det slik;

*«Er det meg eller deg som held foten no? Er det ikkje du då?, svara pasienten.  
Så tek eg vekk hendene mine. Å, det var jo meg, seier pasienten overraska.  
Då får pasienten ei aha-oppleving. Skal eg verkeleg sleppe foten då?».*

I møte med unge menneske vel oftast terapeuten også å nytte psykomotorisk tilnærming for å skape ein best mogleg relasjon. Unge pasientar har gjerne gjort seg færre refleksjonar omkring kroppsleg samspel. Mange unge har ofte også lite kjennskap til psykomotorisk fysioterapi. Då er det viktig for terapeuten å formidle kva psykomotorisk tilnærming inneber og at det framstår som konkret for pasienten. Når pasienten gjennomfører øvingar kan terapeuten spørje; «Kjenn etter kva gjorde du no?», «Kva var det då som no skjedde i kroppen din?» Ein av terapeutane meiner ein del unge har ei haldning at dei ikkje treng å bry seg om kroppen sin. Det når heller ikkje fram å åtvare unge med at det levestet dei har kan medføre at dei kan blir utslitne som 40 åringar. Terapeuten vektlegg i møte

med kvar einskild pasient å skape meningsfulle opplevingar med den psykomotoriske tilnærminga her og no.

#### 4.1.4 Å vere bevisst på medverknad i behandlinga

Det er viktig for terapeuten at pasienten kan medverke i heile behandlingsforløpet. Pasienten sin grad av medverknad rokkar ikkje ved terapeuten sin fagkunnskap eller faglege ansvar. Graden av medverknad blir tilpassa etter at terapeuten har kartlagd pasienten si førestilling med den psykomotoriske tilnærminga. Trur pasienten terapeuten kan fikse alt eller er han innstilt på å samhandle og ta eigeansvar i behandlingsforløpet?

Frå første møte i behandlingsserien vektlegg terapeuten å ta godt imot pasienten. Terapeuten ynskjer pasienten skal føle seg velkommen og trygg i behandlingsrommet. Når dei byrja å samtale skal pasienten kjenne seg ivareteken og sjølv avgjer om han er klar for å samtale om årsaka for tilvisinga, slik formidla terapeuten alt frå byrjinga at han vektlegg pasienten sin medverknad. Ofte gir terapeuten pasienten også medverknad på innhaldet i behandlingstimen, for å gjere pasienten trygg og komfortabel i den psykomotoriske tilnærminga. Terapeuten meiner det er viktig å ivareta pasientane sine ulike behov.

Ein pasient terapeuten hadde i behandling var både nysgjerrig og viljesterk som type. Då spelte terapeuten på pasienten sine eigenskapar i samhandlinga om egna behandlingsopplegg.

*«Nokon kjem inn og berre ber om øvingar. Hei, eg vil gjerne fikse det sjølv.  
Eg vil bli betre! Fantastisk! Då arbeidar me med det».*

*«På ein måte fann me i fellesskap dei øvingar som var gode for han. Det var ikkje eg som sa at sånn og sånn skal du gjere det. Me fann øvingar, strategiar og treningsopplegg som var gode for han, for å mestre hans vanskelege situasjon».*

Det er viktig for terapeuten at pasienten si stemme kjem tydeleg fram undervegs i behandlinga, slik gjev terapeuten pasienten ei aktiv rolle. Avslutninga av behandlingsserien er ikkje eit unnatak. Terapeuten drøftar avslutninga med pasienten, og vektlegg at dei i saman kjem fram til tiltak eller løysingar pasienten kan halde fram med, for slik å ivareta og vidareutvikle erfaringane pasienten har tileigna seg i den psykomotoriske behandlinga. Å gi pasienten medverknad opplever terapeuten som særleg meningsfullt i arbeidskvardagen.

Når terapeuten tek initiativ til å avslutte eller ta pause i eit behandlingsforløp er han interessert i å høyre pasienten si meining og oppleving.

*«Å finne ein måte å avslutte på der begge har innflyting er viktig for meg både som menneske og som psykomotorisk fysioterapeut. Eg vil ivareta pasient sin synergi og aktive status i heile behandlingsforløpet».*

Når terapeuten opplev utfordringar i behandlingsrelasjonen og manglande framgang vil han også høyre pasienten si meining. Då har ofte terapeuten ikkje har tru på at dei finn eit tilfredsstillande alternativ for pasienten. Det opplever terapeuten som særleg utfordrande, fordi han gjerne vil gi pasienten ei positiv avrunding og unngå å presentere ei avslutting pasienten kan vere usamd i.

*«Så å lytte til nokon er ikkje det same som å vere enig med. Det å bli høyrte for pasienten gjev meg noko. På ein måte speglar eg det og gjev det gyldigheit. Så seier eg at me ikkje kjem vidare i saman eller at me ikkje kjem vidare i behandlingsprosessen akkurat no, og då kan eg legge til at me kanskje snakkast att om nokre månadar».*

Avsluttingsprosessen handlar både om å kartlegge og bevisstgjere pasienten på kva han ville oppnå med psykomotorisk fysioterapi. Det er ikkje alltid terapeuten kan imøtekomme pasienten sjølv om han både ynskjer og forsøker. Innimellom hjelper terapeuten pasienten til å anerkjenne at hans behov er komplekst å oppnå. Det kan vere trist for pasienten å innsjå at det er vanskeleg å oppnå målsettinga si med psykomotorisk fysioterapi. Innimellom hender det likevel at pasienten får tilfredsstilt ynskje sitt med behandling hjå ein anna terapeut eller med ei anna tilnærming. Då meiner terapeuten dei truleg har lukkast med å sette fingeren på kva som var viktig for pasienten.

## **4.2 Å forholde seg til pasienten og seg sjølv i behandlinga**

Å ha god relasjon til pasienten tilfredsstillter terapeuten og gjev han ei oppleving av å bidra med noko meiningsfullt. Terapeuten vektlegg openheit, tryggleik og ei oppleving av likeverd i forholdet mellom dei. Difor spør gjerne terapeuten om pasienten si oppleving av relasjonen. Innimellom kan terapeuten fornemme korleis relasjonen er, men vel likevel å spørje om hans oppfatning stemmer. Ein god relasjon kan i følgje terapeuten gi pasienten eit viktig håp og tru oppi det vanskelege.

### 4.2.1 Å lytte til pasienten

Å lytte til pasienten er noko av det viktigaste terapeuten kan gjere. Når terapeuten høyrer etter kva pasienten fortel viser han interesse og vilje til å hjelpe. For å forsikre at terapeuten har forstått, oppsummerer han det pasienten har fortalt, slik får pasienten anledning til å rette opp i terapeuten si forståing.

*«Mange pasientar er alt ekspertar på seg sjølv, men har ikkje skjønt det.  
Difor er det viktig å høyre kva pasienten seier og hjelpe han til å forstå seg sjølv betre».*

*«Det er ikkje eg som veit mest, sjølv om eg kan mykje om dette,  
men pasienten kan alltid mest om seg sjølv».*

Å høyre etter kva pasienten seier om eigne utfordringar og årsaka til at han oppsøkte psykomotorisk fysioterapi, meiner terapeuten er å ta pasienten på alvor. Pasienten veit alt mykje om eigen kroppen og ofte kan terapeuten berre guide han.

*«Eg brukar å seie at eg er konsulenten og at pasienten skal klare seg utan meg til slutt.  
Pasienten skal lære å kjenne korleis han brukar kroppen sin og til slutt er eg overflødig».*

Det er uråd å vite kva som feilar pasienten visst ein ikkje høyrer på dei. Terapeuten har mange gonger erfart kor viktig det er å høyre etter kva pasienten fortel. Enkelte har vorte utgreidd over år hjå ulike instansar og med ulike undersøkingsmetodar. Pasienten si forteljing i saman med heilskapleg psykomotorisk undersøking kan innimellom avdekka kjernen til problemet. Mange kunne fått hjelp tidlegare om det vart vektlagt i større grad kva pasienten hadde fortalt. Den eine terapeuten legg særleg vekt på å formidle dette tilbake til fastlegen når slike situasjonar oppstår.

### 4.2.2 Å lytte til magekjensla

Det er viktig å ta på alvor kjensler som oppstår i eigen kropp hjå terapeuten i møte med pasienten. Innimellom kan det vere akkurat desse kjenslene som gjer at terapeuten betre forstår den andre. Ein gong kjende terapeut på rastløyse i saman med pasienten. Denne pasienten hadde så lett for å prate som gjorde det utfordrande å komme i gang med noko konkret i timen. Den uvanleg sein framdrifta i behandlingsforløpet utløyste ei kjensle av rastløyse i terapeuten. Pasienten på si side kjente på frykt, for å kjenne på sine vonde minner. Ein anna terapeut fortalte at han i ein behandlingssituasjon stadig vart irritert på pasienten, fordi pasienten hadde mistru til psykomotorisk

fysioterapi og var generelt oppgitt over helsevesenet. Pasienten si mistru skuldast hans oppleving av å bli krenka og ikkje ivareteken i møte med helsetenesta.

*«Eg trur nøkkelen kan ligge mykje i å kjenne i seg sjølv. Unngå å hoppe på med ein gong, men undrast litt over kvar kjem denne kjensla i frå? Er det i frå pasienten eller i frå meg sjølv? Er det min reaksjon og er det då kanskje gjenklang frå noko gammalt i meg? Det er ikkje alltid me finn svar på det, men det går ann å lure litt. Kva er det som skjer no?».*

### 4.2.3 Pasienten vekker medkjensle i terapeuten

Innimellom kan det oppstå djupare kontakt i terapirelasjonen. Då opplever terapeuten at pasienten vekker ei medkjensle i han og rører ved han personleg. Terapeuten meiner dette først og fremst skjer med pasientar som liknar på han sjølv eller har eigenskapar han særleg set pris på. Det er lett å føretrekke desse pasientane, fordi terapeuten opplever at det er lettare å gå overeins med dei. Ofte viser det seg at terapeuten klarar best å hjelpe desse pasientane også. Tradisjonelt går dette på tvers av det ein gjerne har sett på som profesjonell haldning i terapi, der terapeuten skal framstå som tilbakelent og ikkje involvere seg i pasienten. Målet til terapeuten er likevel ikkje å gjere skilnad, vere open, rettferdig og ha eit skjerpa fagleg blick på alle pasientar. Dette er ikkje alltid terapeuten er bevisst på dette i terapirelasjonen når det førekjem. Når pasienten vekker ei medkjensle i terapeuten beskriv han det som eit element av kjemi mellom menneske som det er vanskeleg å sette ord på.

### 4.2.4 Å vere sjølvbevisst som terapeut

Når terapeuten skal legge til rette for god relasjonell samhandling prøver han å vere klar både i eigen kropp og tankar når han møter pasienten. I det terapeuten går inn i behandlingsrommet er han psykomotorisk fysioterapeut. Då kobla terapeuten ut andre ting og har kun fokus på pasienten. Terapeuten vektlegg det er viktig å ha ei forsiktig framtoning, fordi framtoninga hans påverkar pasienten. Framtoninga til terapeuten blir også påvirka av korleis terapeuten er som person. Difor blir rolla til terapeuten å tilpasse seg pasienten. I behandlingssituasjonen forsøker terapeuten å legge vekk sine personlege eigenskapar som ikkje gagnar pasienten. Terapeuten meiner at får pasienten ei oppleving av at han går for fort fram, eller pasienten opplever ubehaglege kroppslege reaksjon som kvalme eller svimmelheit kan pasienten opplever terapeuten ikkje ivaretek han og vil avslutte behandlinga. Undervegs blir terapeut og pasient betre kjente med kvarandre og får inntrykk

av behandlingsalliansen mellom seg. Terapeuten viser alltid respekt for pasienten ved å forklare eigenarten ved NPMF og kva som skjer både i undersøkinga og behandlingstimen.

*«Eg fortel kvifor eg spør. Viss eg spør om barndom eller sensitive ting så seier eg nokre ord om det kva eg vil få inntrykk av. Om det kanskje har vore belastningar i livet til pasienten som kan verke på kroppen den dag i dag. Eg prøver også å vere oppmerksam på å spørje om det er greitt for pasienten å ta av kleda og stå i undertøyet. Så forsikrar eg meg også om det er greitt for pasienten å snakke om vanskeleg eller kjenslelada ting om eg skulle fornemme noko».*

Det betyr mykje for terapeuten korleis pasienten har det i relasjonen deira. Difor er det viktig for terapeuten at han ikkje durar fram med sitt, særleg visst dei tek opp sensitive tema. Kun ein av terapeutane fortel at han innimellom kan bli oppteken av kva han er ute etter i den psykomotorisk tilnærminga. Sjølv om pasienten skal ha eit ord med i laget, vil terapeuten innimellom prøve å få med pasienten på det han trur kan vere nyttig for han. Terapeuten er likevel bevist på at han då stoppar opp og tenkjer over rolla si og pasienten sine forventningar ovanfor terapeuten.

Som psykomotorisk fysioterapeut må du vere sjølvbevisst og det er erfaring som tek tid å utvikle. Den eine terapeuten vel å dele personlege erfaringar omkring si eiga utvikling av kroppsleg forståing. På den måten formidlar han at for både pasient og terapeut skulle ein ofte ynskt at målet var lett å nå. For å visualisere lærdommen nyttar terapeuten gjerne visdomsord pasienten må grunne på i saman med terapeuten som; *«Du må vere før du byrjar og begynne før du blir».*

Den eine terapeuten fortel at han har blitt meir bevisst på korleis han sjølv er som person og at den psykomotorisk kompetanse har endra han og gjort han meir roleg. Det har også blitt klårare for han kor viktig det er å ta vare på seg sjølv i terapiyrket, fordi som terapeut gjev du av deg sjølv heile tida.

#### **4.2.5 Erfaring gjer terapeuten modig og tydleg**

Erfaring skapar modige og tydlege psykomotoriske fysioterapeutar. Terapeuten hadde fått mistanke om at pasienten misbrakte narkotiske stoff og hadde planlagt å ta det opp i neste behandlingstime. Då pasienten ikkje møtte til den avtalen tok terapeuten kontakt med psykiatritenesta for å lufte mistanken. Terapeuten fekk bekrefta mistanken, men vart fråråda å ta tema opp med pasienten. Det bekrefta terapeuten sin mistanke om kvifor pasienten ikkje kom tilbake, fordi han hadde blitt gjennomskua. Magekjensla til terapeuten hadde varsla om noko urovekkande, og terapeuten valde å

lytte og utforske magekjensla. Hadde pasienten komme tilbake ville terapeuten konfrontert han med mistanken.

Terapeutar opplever innimellom tøffe situasjonar. Ein gong fekk terapeuten tilvist eit barn som tolte lite berøring. Barnet vart grundig undersøkte før funn og mistankar vart dokumentert i journalen. Terapeuten såg behov for å tilvise barnet vidare til spesialisthelsetenesta som avdekka beinbrot i hovudskalle og ekstremitet. Tilfellet enda som straffesak der terapeuten måtte vitne.

*«Då visste eg at eg hadde gjort det eg skulle, men likevel. Det er mange skjebnar.  
Når du får erfaring, så får du fort den magefølelsen her er det noko meir».*

I retten beskrev terapeuten kva han hadde sett, gjort og tenkt når han undersøkte barnet. Verken fastlege eller helsesøster kunne legge fram ei grundig beskriving av barnet. Etter rettssaka fekk terapeuten ros for sitt arbeid av ekspertpanelet som bisto. Då følte terapeuten han hadde lukkast og fått bekrefte kor viktig god journalføring er. Journalføring hans hadde bestått både av tydeleg og klar informasjon, men også synsing og undring. Erfaring gjer at terapeuten torer no å synse i journalføringa og kan skrive; det kan vere, dette kan likne på og eg veit det ikkje, men eg får inntrykk av blant anna. Med auka erfaring blir terapeuten både tryggare, klokare og modigare.

### 4.3 Når behandlingsrelasjonen er vanskeleg

Terapeuten meiner det er hans jobb å skape samhandling med pasienten, men innimellom er det vanskeleg å skape ein behandlingsallianse. Av og til kan kjemien mellom terapeut og pasient vere vanskeleg å finne frå starten av. Det er ikkje alltid lett å vite om det er situasjonen til pasienten eller kjemien mellom terapeut og pasient som skapar utfordringar. Iblant er det for mykje som føregår i pasienten sitt liv som ikkje gjer han er mottakeleg for terapi og andre gonger kan det vere terapeuten ikkje har gjort tilstrekkeleg arbeid med å skape god behandlingsallianse. Det hender også terapeuten reagerer på pasienten sin personlegdom som gjer det utfordrande å danne ein behandlingsallianse med pasienten. Når behandlingsalliansen er utfordrande å danne vel terapeuten gjerne å seier det til pasienten.

*«Eg veit ikkje heilt kva som skjer i behandlinga no. Korleis opplev du det?»*

*« Eg tykkjer ikkje eg når fram til deg».*



Heilt frå start hadde terapeuten dårleg kjemi med pasienten. Behandlingsforløpet hadde strekt seg over ti gonger utan framgang. Først etter alle desse behandlingstimane såg terapeuten eit lite respirasjonssvar. Terapeuten seier det er vanskeleg å setje fingeren på kva som førte til endring. Pasienten meinte terapeuten hadde massert han fastare og opplevde behandlinga difor som betre. Med pasienten sin tilbakemelding oppfatta terapeuten at pasienten no hadde lagt merke til ei kroppsleg endring. Tidlegare hadde terapeuten hatt ei kjensle av at pasienten ikkje var nøgd utan at han hadde uttrykt det. Terapeuten hadde masserte pasienten hardare i eit forsøke på å komme ut av eit behandlingsforløp som ikkje førte fram. Det var i følge terapeuten noko meir enn hardare massasjen som gav respirasjonssvar utan at terapeuten visste sikkert. Terapeuten trur både den dårlege kjemien frå starten av og manglande framgang skuldast pasienten ikkje aksepterte eigne kjensler og hadde over tid bremsa pusten.

*«Noko var annleis. Det var ikkje berre eg som hadde gjort noko annleis.*

*Eg vart nysgjerrig på korleis pasienten visste det var betre? Kva var hans oppleving?*

*Kva gjorde dette med han? Leit han først no på meg? Visste pasienten at han no slappa meir av?*

*Når eg spurde fekk eg ikkje tak i pasienten sin erfaring og oppleving.*

*For meg som terapeut er det viktig å skape ein samtale om kroppslege opplevingar.*

*Då opplever eg relasjonen som meir tilfredsstillande og eg blir også meir tilfreds som terapeut».*

Det førekjem pasientar ikkje møter til avtalte behandlingstimar. Ein gong dukka ikkje ein pasient opp til sin andre avtale. Det forstod ikkje terapeuten, fordi han opplevde kjemien ved første konsultasjon som god. Terapeuten valde då både å kontakte pasienten utan å få respons, for så å forhøyre seg med fastlegen om han kjende til årsaka. Pasienten tok aldri kontakt att. Terapeuten valde då å ta til etterretning at det var noko som ikkje stemde utan å vite sikker årsak. Ein annan terapeut som opplevde pasienten ikkje møtte opp til avtalt behandlingstime valde også å ringe pasienten. Pasienten svara, men var uklar og unnvikande i telefonen, og terapeuten opplevde oppringinga som ubehageleg. Telefonsamtalen var meint som ein imøtekommande samtale, men enda opp i ein samtale der terapeuten forsvarte seg sjølv ovanfor pasienten. I etterkant tenkjer terapeuten han truleg hadde forlanga for mykje av pasienten. Livssituasjonen til pasienten gjorde at hans erfaringa med avspenning hjå terapeuten truleg vart feil.

*«Pasienten hadde då kanskje tankar om at, eg har ikkje sjanse til å slappe av, visst eg skal slappe av må eg jo skifte jobb! Eller han tenkte kanskje at eg som fysioterapeuten meinte han skulle slappe av,*

*men eg kan jo ikkje det! Då kutta eg heller ut å gå der, då er det ikkje noko vits for meg, trur eg han kan ha tenkt».*

Når terapeuten opplever behandlingsrelasjonen til pasienten som vanskeleg eller ikkje meistarar å vinne att relasjonen til pasienten er ikkje samhandlinga med pasienten likeverdig. Då har ofte terapeuten innteke ei ekspertrolle og stått fram som betrevitande ovanfor pasienten. Dette er ein ubalanse terapeuten trur ikkje blir opplevd som god for pasienten å vere i, og behandlingsrelasjonen endar ofte i brot.

#### **4.3.1 Å forholde seg til pasientar som mangla tillit**

Enkelte pasientar har dårlege erfaringer med helsetenesta og manglar tillit til helsepersonell. Då er pasienten ofte i kamp og han lite tru på psykomotorisk tilnærming. Forsiktig tilnærming er naudsynt og først når tilliten er vunnen kan terapeuten samtale om det vanskelege og tilrettelegge for bearbeiding. Å møte pasientar med traumatiske erfaringar og manglande tillit kan tidvis vere utfordrande for terapeuten. Pasienten ynskjer innimellom å halde erfaringa skjult og krev få personar involvert frå hjelpeapparatet. Stundom er det kun den psykomotoriske fysioterapeuten som må tole å stå alene i vanskelege behandlingsseriar over tid. Det hender tidvis terapeuten ikkje maktar det og søker støtte hjå andre fagpersonar.

#### **4.3.2 Ivaretaking av pasienten når det hender noko i terapeuten sitt liv**

Innimellom kan det for terapeuten vere vanskeleg å forholde seg til andre og være nærverande med pasienten. Det kan oppstå noko i terapeuten sitt liv som påverkar han. Når slike hendingar pågår kan det difor vere utfordrande å hjelpe andre. Ein av terapeutane seier at når det er vanskeleg å vere fullstendig tilstades ser han på seg sjølv som handverkar og ikkje kunstnar. Innimellom kan det vere bra nok å vere handverkar og kun forholde seg konkret til den psykomotoriske tilnærminga.

Alle terapeutane meiner dei er gode på å legge frå seg private hendingar i møte med pasienten. Dersom terapeuten ikkje opplever å vere i optimal psykisk eller fysisk form og merkar det påverkar korleis han er, vektlegg den eine terapeuten å seie det til pasienten, for å tydeleggjere at det ikkje har noko med pasienten å gjere. Når vanskelege ting pågår i terapeuten sitt liv kan det påverke behandlinga pasienten får. Likevel vektlegg terapeutane å vere i jobb, fordi det både er meningsfullt og gjev terapeuten moglegheit til å konsentrere seg om noko anna. Sjukmelding vil berre føre til

uheldig bekymring og passivitet. Samstundes er terapeuten bevisst på å av reagere i vanskelege periodar med til dømes trening og samtalar med støttande personar.

#### 4.3.3 Når pasienten og terapeuten har ulik mening

Innimellom har pasienten og terapeuten ulik oppfatning av kva som er virksam tilnærming. Det hender også pasientar ber om ei form for psykomotorisk tilnærming som terapeuten ikkje kan tilrå ut i frå pasienten sine kroppslege ressursar. Ein gong gav terapeuten etter og symptoma etter gamle sår vart forsterka. Når terapeuten påpeika dette til pasienten var han framleis ikkje samd og kjende seg krenka av terapeuten. Uvanleg er det ikkje at pasienten kun vil motta massasje utan å ha fokus på den psykomotoriske tilnærming. Terapeuten vektlegg då å formidle at han ikkje får psykomotorisk fysioterapi, noko pasienten gjerne vil seie seg usamd i.

#### 4.3.4 Å handtere utfordringar undervegs i behandlingsforløpet

Når det buttar i mot i behandlingsforløpet blir det vanskelegare for terapeuten å vere open, tydleg og direkte med pasienten. Ein av terapeutane tenkjer det kan vere ei utfordring å unngå å bli personleg involvert når ting kan opplevast som vanskeleg. Klarar terapeuten å formidle til pasienten at samhandlinga har møtt på utfordringar pleier tilliten å auke mellom dei. Får terapeuten og pasienten det til å fungere att etter at relasjonen mellom dei har vore vanskeleg, pleier det å bli ei fin samhandling.

Blir samhandlinga vanskeleg er det terapeuten sin jobb å få til ei avklaring for eit vidare vellukka samarbeid.

*«Då er det jo nesten som i relasjonen barn og foreldre. Altså då er mi rolle å få det til å løyse seg opp eller bli avklart slik at me kan bli einige om kva det handlar om».*

#### 4.3.5 Samhandling som endar i brot

Brot oppstår gjerne uventa. Ein gong hadde terapeuten ein pasient i behandling med store ryggsmertar som hindra han i bøye seg.

*«Han satt på krakken og skulle han rulle seg framover. Det gjekk berre ikkje, det vart full stopp, for han hadde så vondt».*

Denne pasienten spelte eit skodespel ovanfor terapeuten og prøvde slik å lure han. Tilfeldigvis oppdaga terapeuten dette då han uventa observerte pasienten framoverbøygde i full sving med tungt kroppsarbeid. Pasienten hadde verken problem med å bøye eller belaste ryggen sin. Ved neste konsultasjon konfronterte terapeuten pasienten med kva han hadde sett. Først nekta pasienten, men innrømte etterkvart at han ikkje hadde ryggplager. Umiddelbart avslutta terapeuten oppfølginga og formidla dette i epikrisen til fastlegen som hadde tilvist pasienten. Terapeuten kjente seg både lurt og skuffa når pasienten framsto som uærlig og uetisk i sitt forsøk på å bli uføretrygda.

Ein annan terapeut opplevde også ein uventa situasjon når pasient kom til sin andre behandlingstime. Pasienten var taus og tydeleg psykisk langt nede. Difor fann terapeuten det naturleg å la pasienten sitt kroppsspråk vere indikator for samtalen i byrjinga av timen. Slik lot terapeuten pasienten sine ord få henge i lufta når dei samtala. Brått reiste pasienten seg opp og sa; «*Dette går ikkje, eg klarar ikkje å vere her. Eg vil betale og ut her i frå!*». Terapeuten prøvde å formidla at han forstod pasienten sto i ein vanskeleg og utfordrande situasjon, og nemnde pasienten si målsetting med den psykomotoriske behandlinga. Det terapeuten sa nådde likevel ikkje inn hjå pasienten. Terapeuten vart paff og klarde ikkje å endre situasjonen og lot difor pasienten gå frå behandlingstimen. Framleis veit ikkje terapeuten sikkert kva som var årsaka til brotet i behandlingsforløpet.

I dag tenkjer terapeuten han ville takla situasjonen annleis. Han ville teke del i pasienten si oppleving og sagt; «*Ja, la oss gå ut av behandlingsrommet*». Så kunne dei brukt uroen til pasienten til å gå rundt i gangen, for å få bevegelse i kroppen. Først då ville terapeuten spurt pasienten om å fortelje og spegla pasienten sine uttrykk som kroppsspråk, stemning og rørsle. Terapeuten ville prøvd å teke del i pasienten si oppleving og utforske kva pasienten ville sagt ja til og ikkje akseptert så lett at behandlingsforløpet skulle bryte i saman. Hadde terapeuten visst kva som føregjekk hjå pasienten hadde han satt av tid til samtale. Samstundes ville terapeuten respektert pasienten sitt endelege val. Sjølv om terapeuten vart fullstendig overrumpla og det enda med brot, tok han det ikkje personleg, fordi han ikkje kunne vite det på forhand. Han kunne også ringt pasienten opp att, for å spørje korleis det gjekk og om han ville prøve ein ny behandlingstime.

*«Å gjere behandlinga til ei heilskapleg oppleving er viktig for meg. Eg ville ikkje det skulle vere ei skremmande, foruroligande eller ubehageleg oppleving for pasienten».*

Terapeuten tykkjer ikkje det er greitt å la pasienten gå utan vidare når det buttar i mot utan å prøve å gjenskape relasjonen. Den gongen prøvde han med dei midlane han hadde til rådvelde. Det er viktig å formidle til pasienten at han kan ta kontakt att. Som terapeut skal du også ivareta pasienten når pasienten har ei vanskeleg oppleving med å gå i psykomotorisk behandling.

*«Det er ein balanse mellom ikkje å trække over pasienten si grense og vere tydleg på at eg er her og vere på tilbodsida. Det var eg i forhold til pasienten heilt klart!».*

Når terapeuten ikkje lukkast med å reparere samhandlinga pleier relasjonsbrot å oppstå og både pasienten eller terapeuten kan avslutte samarbeidet. Når brotet er eit faktum er terapeuten og pasienten som oftast enige. Det er skjeldan det er noko terapeuten åleine kjenner på. Det er ofte eit misforhold mellom det pasienten eller terapeuten forventa eller det terapeuten klara å gi til pasienten. Andre utfordringar som kan føre til brot er at terapeuten ikkje alltid er nysgjerrig nok eller blir redd for pasienten sine bevisste eller ubevisste reaksjonar. Med meir erfaring kjenner terapeuten igjen situasjonar som kan føre til brot i samhandlinga eller avbrot i behandlingsforløpet.

#### 4.3.6 Vanskeleg behandlingsrelasjon over tid

Ein gong fekk terapeuten tilvist ein pasient med nakkesmerter. Etterkvart viste det seg at pasienten hadde ei alvorleg psykisk lidning og eit intenst behandlingsforløp utvikla seg. Behandlingssituasjonen gjorde pasienten til eit lite barn som ville sitte på terapeuten sitt fang og bli holdt rundt. Undervegs forsto terapeuten at pasienten hadde blitt seksuelt misbrukt, og ynskte terapeuten skulle sjå og redde han, for ingen voksne hadde gjort det. Pasienten opplevde terapeuten var den einaste som såg og ivaretok han, noko som kan ha forsterka pasienten sin angst for å gå att frå behandlingstimen.

*«Han sto framfor meg då han skulle gå att, også sa; Tykkjer du eg er stygg?»*

*Nei, det tykkjer eg ikkje du er. Kan du vere så snill å halde rundt meg?»*

*Så då sto eg å heldt rundt pasienten min.*

*Då blir det litt for nært for meg sjølv om eg likar å gi ein klem».*

I etterkant av behandlingstimen ringde ofte pasienten og var fortvila og gret i telefonen. Pasienten tok ikkje omsyn til tidspunktet han ringde terapeuten. Grensa mellom å vere terapeut og personleg glapp for terapeuten, fordi han vart redd for at noko kunne skje med pasienten.

*«Pasienten mista heilt bakkekkontakten. Sidan pasienten var så redd, for at eg skulle avslutte behandlingsserien, gjorde det at eg heldt på lengre enn kva eg skulle gjort».*

Den vanskelege behandlingsrelasjonen gav terapeuten både søvnevanskar og kroppsleg uro og gjorde at terapeuten gjekk inn i ei omsorgsrolle for pasienten. I ettertid tenkjer terapeuten han burde avslutta behandlingsforløpet tidlegare, men manglande erfaring og ynskje om å hjelpe pasienten gjorde det vanskeleg for terapeuten å avslutte behandlingsserien. Terapeuten spurde stadig seg sjølv kven ville hjelpe pasienten om han gav opp?

*«Då trykker det sikkert på ein knapp som er litt tydleg for meg, visst personar er hjelpelause så skal eg liksom hjelpe. Eg hadde lyst å redde verden som ung. Eg ville jo til Afrika å jobbe som fysioterapeut når eg var nyutdanna. Det er kanskje det som heng att endå hjå meg».*

Lærdommen for terapeuten var at som psykomotorisk fysioterapeut kan du ikkje ordne alt åleine. Etter første konsultasjon visste terapeuten at situasjonen til pasienten var kompleks. Terapeuten meiner han alt då burde kontakta fastlege og psykolog. Ei utfordring var at pasienten ikkje ynskta andre involvert, og fastlegen var oppgitt over at pasienten motsa seg både medisinsk behandling og sjukmelding. Terapeuten strekte seg uvanleg langt i oppfølginga av pasienten og valde å følge han til psykolog i saman med den kommunale psykiatritenesta. Under behandlingsserien hjå psykologen opplevde terapeuten også at han gjenvann tryggleiken i relasjonen mellom seg og pasienten.

Terapeuten innsåg etter kvart at han gjorde pasienten dårlegare. Behandlingsrommet framkalla vonde minner i saman med den psykomotoriske tilnærminga etterspurde at pasienten skulle legge merke til og kjenne etter i kropp. Terapeuten meinte han hadde gjort det han kunne for pasienten, og at det kom noko bra ut av situasjonen. Bandet mellom pasient og terapeut vart heller ikkje brote tvert, pasienten hadde innflyting i avslutninga sjølv om pasienten opplevde det som vanskeleg. Terapeuten let pasienten få ta kontakt innimellom på telefon eller mail, og slik meistra terapeuten å gjenvinne kontrollen i relasjonen til pasienten. I fleire år hadde terapeuten slik kontakt med pasienten. Mange pasientar fortel terapeuten dei er kritiske til måten helsepersonell vel å vere profesjonelle på. Pasientar opplever ofte terapeutar som distanserte og nøytrale i måten terapeuten vel å vere profesjonelle på. Når terapeuten er trygg i rolla si kan han vere meir fleksibel ovanfor pasientar og slik trygge pasienten. Erfarne terapeutar vel innimellom å behalde kontakten med pasienten, for å forsikre seg om at pasienten har det bra og får naudsynt oppfølging vidare. Å gi

pasienten val og ikkje berre avslutte er viktig, samstundes er det vesentleg at pasienten forstår kva handlingsrom terapeuten har når han let pasienten få medverknad i samhandlinga.

*«For meg som terapeut er det viktig at pasientar berre ikkje blir avslutta, også er det ingen som hjelper liksom, då blir jo pasienten veldig fortvila».*

#### **4.3.7 Når førestillinga om psykomotorisk tilnærming påverkar relasjonen**

Det hender pasientar har ei førestilling om psykomotorisk fysioterapi som ikkje stemmer. Pasientar trur innimellom dei kan bestille psykomotorisk tilnærming, noko terapeuten opplever som irriterande. Ein pasient som hadde erfaring med psykomotorisk fysioterapi skulle i gang med ein ny behandlingsserie hjå terapeuten. Pasienten forventa no også få ubegrensa tal behandlingstimar. Terapeuten kjende klar motstand mot både pasienten si framtoning og krav, fordi pasienten tok det for gitt at terapeuten skulle imøtekomme dette. Heilt frå starten sa terapeuten klart i frå til pasienten at behandlinga føregjekk i periodar og så lenge behandlinga hadde effekt. Pasienten var motvillig til terapeuten si avgjersle, og terapeuten kunne heile tida merke pasienten sin misnøye.

*«Det kan vere pasienten vil akseptere avgrensinga eller blir nøydd til å akseptere den. Min pasient tok avgrensinga dårleg og er framleis ikkje der. Ideelt skulle eg behandla pasienten ubegrensa, men det kan eg ikkje stå innefor sjølv om enkelte andre psykomotoriske fysioterapeutar gjer det».*

Psykomotorisk fysioterapi er basert på ei forståing av kroppen som umogleg å skilje frå personen sitt indre liv og ytre livssituasjon. Den eine terapeuten hadde ein gong ein pasient som både var flink til å gjere avtalte øvingar og skrive smertedagbok, men var ikkje villig til å reflekterte over kva som kunne utløyse smertene pasienten kjende på. Pasienten svarde berre; *eg veit ikkje, smertene berre kom*. Når pasienten synte lite interesse for å utforske og leite etter samanheng med korleis han levde livet sitt på dei smertefulle dagane, vart terapeuten frustrert. Det gjorde noko med den relasjonelle samhandlinga mellom terapeuten og pasienten når pasienten ikkje ville reflektere og ta tak i den kjenslemessige delen.

Terapeuten opplevde pasienten som bastant og lite open eller undersøkjande. Det var vanskeleg å vekke hans nysgjerrigheit i forhold til eigen kropp eller til kva han sjølv kunne gjere. Terapeuten si oppleving var at pasienten meinte behandling var einaste løysing. Når pasienten ikkje fekk det slik han ynske vart han etter kvart også på jakt etter ein annan terapeut.

*«Faktisk så trur eg ikkje det alltid handlar om å unngå å få smerter, men det handlar om at andre skal sjå pasienten. Hjå fysioterapeuten blir pasienten sett. Eg prøver i allefall å sjå pasienten så godt eg kan. Kanskje det for pasienten er å få lov å vere i sentrum og få oppmerksomheit som er viktigast».*

Terapeuten trur det er viktig å vere tydleg på kva psykomotorisk tilnærming handlar om. Ofte er behandlinga for pasienten ein prosess som kan ta tid. Terapeuten vektlegg at mange pasientar ikkje er klare for å nå målet i første runde. Det hadde difor vore nyttig å presentert eit omtrentleg tal behandlingstimar per behandlingsserie i forventingsavklaringa.

*«Innimellom må eg seie til pasienten, no trur eg ikkje me kjem vidare i behandlinga. Då er det greit å seie til pasienten at han kan ta kontakt att om nokre månadar, når prosessen er meir modna visst han då er klar for vidare oppfølging».*

#### **4.3.8 Maktbalanse i behandlingsrelasjonen**

Det er viktig for terapeuten å laga avtalar som både han og pasienten er nøgd med, slik prøver terapeuten å fordele makta i behandlingsrelasjonen. Likevel består ofte behandlingsrelasjonen av ein ubalansert maktbalanse mellom terapeut og pasient. Terapeuten har både erfaring med at han som psykomotorisk fysioterapeut har meir makt enn pasienten og motsett. Uansett kva pasienten seier så har terapeuten makt til å avslutte tvert. Sjølv om terapeuten vil høyre pasienten sitt synspunkt vil maktforholdet ikkje bli likeverdig. Innimellom gjev det ikkje meining for terapeuten å halde fram. Terapeuten meiner det er viktig å vere både villig og nysgjerrig på å utforske kva pasienten ynsker i forhold til å fortsette når terapeuten ikkje opplever behandlinga som meningsfull.

Når det er utfordringar i behandlingssituasjonen har pasienten også makt til å gå og ikkje komme tilbake. Pasienten innehar difor same makta som terapeuten når det gjeld å avslutte eit behandlingsforløp. Ein gong behandla terapeuten ein pasient som var i krise. Då var terapeuten ekstra merksam fordi vedkommande hadde hatt ei mislykka sjølvmondsforsøk bak seg. Når terapeuten tok opp med pasienten kva han ville med den psykomotoriske tilnærminga visste han det ikkje. Det gjorde terapeuten usikker. Då tok terapeuten initiativ til å få kollegarettleing og strategien vart at terapeuten tydleg styrte behandlingsforløpet vidare, noko som klart reduserte pasienten sin medverknad. Styringa terapeuten tok vart gjort ut i frå kva pasienten hadde formidla og det som terapeuten hadde oppfatta gav meining for pasienten. I kvar behandlingstime vart målsetting og



tiltak for den psykomotoriske tilnærminga hengt opp på veggen, noko som tydeleggjorde for pasienten kva og korleis dei skulle jobbe i saman.

*«Dette er ein måte eg som terapeut har teke styringa, og likevel gitt pasienten ei viss grad av medverknad ut i frå kva styring pasienten maktar å ta. Innimellom spurde eg pasienten kva jobbar me med no, for å involvere han i behandling».*

Når terapeuten vel å inneha ei rolle der han har makta er det oftast fordi pasienten og terapeuten har komme fram til det som naudsynt. Enkelte pasientar har vanskar med å setje grenser. Då må terapeuten opptre som tydeleg og bestemmande og vel ofte å gjere det med humor. Når terapeuten har pasientar som ikkje klarar å ta val eller er ambivalente, let han pasienten velgje frå ein meny. Det kan vere krevjande for pasienten, fordi terapeuten ofte også vil vite korleis opplevinga er både undervegs og etterpå. Mange pasientar opplever at det er vanskeleg å setje ord på kva dei kjenner i kroppen, då pleier terapeuten å hjelpe pasienten med å finne ord som gjev meining for han.

Når pasienten ser opp til terapeuten endra også maktbalansen i behandlingsrelasjonen seg. Innimellom opplever terapeuten at pasienten ser opp til han. Det er verken ynskjeleg eller heldig at dette oppstår, fordi maktforholdet blir ubalansert. Det førekjem at pasientar fortel terapeuten; *Du er den einaste som kan hjelpe meg!* Innimellom hender det også at pasientar kjem med gåver til terapeuten. Terapeuten meiner det er umogleg at ein ikkje blir påverka av dette og som regel i pasienten sitt favør.

Terapeuten opplever også at maktforholdet mellom terapeut og pasient blir påverka av pasienten si innstilling til han. Kjem pasienten med ei forventning om at terapeuten har kunnskap om noko pasienten treng, tippar maktforholdet i terapeuten sitt favør. Til forskjell frå når pasienten meiner han har rett på noko frå terapeuten, som ugunstig påverkar maktforholdet mellom pasient og terapeut.

#### **4.4 Å bevisstgjere pasienten på å handtere egne utfordringar**

I møte med pasienten normaliserer terapeuten den kroppslege tilnærminga ved å vektlegge at alle menneske har same kroppen og kroppslege reaksjonar. Ulikskapane er knytt til korleis kvar og ein klarar å sjå samspelet og samanhengen i kroppen.

#### 4.4.1 Terapi som hjelp til sjølvhjelp

Terapeuten formidlar psykomotorisk tilnærming som hjelp til sjølvhjelp. Igjennom behandlinga får pasienten hjelp til å bli meir merksam på eigen kropp, og får god kjennskap til verktøy som kan nyttast i smertefulle eller i tunge tider. Når terapeuten tek små steg i saman med pasienten erfarer han korleis psykomotorisk tilnærminga gjev opplevingar i eigen kropp, der han er til stades, nysgjerrig og undrande. Terapeuten jobbar for å halde seg i pasienten sitt tempo. Når pasienten klarer å leggje merke til korleis han nyttar eigen kropp og etter kvart klarar å sjå samanheng med det og korleis han tek det elles i livet også, opplever terapeuten felles glede og tilfredsheit med pasienten.

#### 4.4.2 Å få ei vennleg kjensle innanifrå

Mange pasientar skammar seg over traumet sitt, og er redd for at terapeuten skal rette peikefingeren mot deira måte å handtere det vonde og vanskelege. Terapeuten prøver heller å hjelpe pasienten til å sjå eigne ressursar og forsøker å tenne ein gnist i han som gjer han vennlegare mot seg sjølv.

Ein pasient pleidde å rope; *skjerp deg!* til seg sjølv når han hadde opplevd noko som trigga gamle sår. Terapeuten fekk han til å sjå annleis på traume sitt ved å sjå seg sjølv utanifrå. Det vonde og vanskeleg stamma frå barndommen. Kva treng eit barn å høyre når noko er vondt og vanskeleg? Terapeuten hjalp pasienten slik til å bli vennlegare mot seg sjølv når dei vonde kjenslene dukka opp.

*«Heile tida så må den vennlege følelsen komme innanifrå og det kan  
ikkje berre vere ein vennleg tanke som ein skal seie til seg sjølv,  
ein må faktisk også kjenne den sjølv».*

Det er vesentleg at terapeuten møter pasienten med vennlegheit, aksept og medkjensle.

*«Du kan tenkje deg ein gitar med alle strengene, så består hjertekjenslene av meir enn kjærleik,  
det er også alle desse andre hjertekjenslene som vennlegheit, aksept, medkjensle ja.....  
Å spele på det heile vegen er viktig».*

*« Det gjekk så lett med han som ropte; skjerp deg, til seg sjølv. Hjertekjenslene var ikkje noko som  
trengde å komme fram, dei kom heilt av seg sjølv. Det berre var der hjå meg.  
Det var ikkje noko eg førebudde meg på det, det berre var der. Det var nok ein relasjon som passa».*

#### 4.4.3 Alminneleggjering av plager og belastning

Å gjere ting alminneleg gjer at plager og belastning i kroppen blir meir normale å forholde seg til for pasienten. I gjennom alminneleggjering forsøker terapeuten å bevisstgjere pasienten korleis han kan handtere eigne utfordringar. Ofte viser det seg at faktorar knytt til arbeidslivet til pasienten plagar dei vel så mykje som kva pasienten har opplevd i livet.

*«Me menneske er no ein gong slik at me gjerne opplever, eller at me reagerer sånn og sånn i kroppen når me står ovanfor ulike utfordringar. Slik at eg gjer det ikkje til at du er heilt unik, men at me menneske er no slik».*

Å bevisstgjere pasienten er viktig både for å bli klar over eige handlingsmønster, men også for at han skal kunne bruke psykomotorisk tilnærminga i kvardagen.

Terapeuten vektlegg å gjere den psykomotoriske tilnærminga konkret for pasienten og stoppar gjerne opp i behandlinga, for å hjelpe pasienten til leggje merke til sine kroppslege reaksjonar.

*«Kan du merke kva som skjer med handa di når du ligg på benken?  
Nei, svara pasienten. Men sjå på den då, seier eg.  
Å, eg knyter den! Brukar du å gjere det ofte?».*

For terapeuten er det viktig aldri å seie til pasienten at *du må slappe av* eller *pust med magen*. Pasienten veit vanlegvis ikkje kva det betyr. Terapeuten vel heller å spørje pasienten etter hans oppleving; *Korleis ligg du no?*

*«No er eg heilt avslappa. Då spør eg for å bevisstgjere. Kan du vere så avslappa heime?  
Kanskje dei aldri har tenkt over det? Det er eg faktisk ikkje. Eg må konsentrere meg,  
då kan eg kanskje klare det. Er det ikkje rart at du må konsentrere deg for å slappe av?  
Det har dei heller ikkje tenkt på. Er det ikkje rart».*

Å relatere bevisstgjeringsa til kvardagen fungera godt for pasientar. Terapeuten vektlegg også å knyte pasienten si oppleving til bevisstgjeringsa. *Korleis sitt du no?* Slik kan dei indirekte komme inn på pusten. *Korleis er magen din når du sitt?* *Kva legg du merke til i magen din?* *Korleis er pusten din akkurat no?* Med erfaring har terapeuten laga eigne variantar som pasienten kan kjenne seg att i som fungera for å bevisstgjere pasienten.

*«Visst du kører bilen din inn i garasjen, brukar du å slå av motoren?  
Då ser dei rart på meg. Sjølv sagt gjer eg det. Gjer du det med deg sjølv også?  
Nei, eg gjer jo eigentleg ikkje det då».*

For å ufarleggjere den psykomotoriske tilnærminga brukar terapeuten gjerne seg sjølv som eksempel. Slik kan han normalisere handlingsmønster og gjerne også gjere det med humor.

*«Veit du ein gong eg gjorde slik og slik så skjedde det og det.  
Då seier ofte pasienten har du og gjort det?  
Ja, seier eg, det er no fleire som gjer slike ting».*

*«Eg har ei venninne som går ho rett opp i tredje giret når eg skal jogge med henne.  
Korleis trur du det er for meg å henge på?  
Eg likar å byrje i første giret, så andre også tredje giret etter kvart.  
Då slepp eg å bruke opp alle kreftene på ein gong. Kva tenkjer du om det?».*

I prosessen med å verte erfaren psykomotorisk fysioterapeut har terapeuten gjort seg mange erfaringar. Den franske filosofen og professoren i psykologi Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) blir ofte brukt i fysioterapi, for å gjere greie for kroppen som sentrum for kroppsleg erfaring og erkjening. For den eine terapeuten har det teke lang tid å forstå Merleau-Ponty sine ord; *«Det er ikkje slik at du har ein kropp, du er ein kropp»*. Terapeuten prøver å hjelpe pasienten til også å forstå det og at det ofte er difor behandlinga kan gå seint framover. Kroppen blir samstundes også påverka av kva pasienten tenkjer om den. Terapeutane ser eit stort behov for psykomotorisk tilnærming i samfunnet generelt. Den eine terapeuten meiner psykomotorisk fysioterapi skulle vore eit fag i skulen. Stadig fleire barn og unge, i tillegg til vaksne slit med å godkjenne kroppen sin og vere glad i seg sjølv.

#### **4.4.4 Individuell tilpassing i det relasjonsskapande arbeidet**

Det er ikkje slik at terapeuten skal fikse ting for pasienten, men prøve å skape noko i fellesskap som kan skje i behandlingstimen eller i mellom behandlingstimane.

*«Det som er min del i det relasjonsskapande arbeidet er å klare å stimulere pasienten  
sin nysgjerrigheit på eigen kropp og eigen situasjon.  
Kvifor har eg det som eg har det, og gjer som eg gjer?».*

Å vekke pasienten sin nysgjerrigheit på eigen kropp er ei viktig oppgåve for terapeuten. Samstundes prøver han å gjere pasienten bevisst på eige tankemønster. Terapeuten ynskjer å formidle til pasienten at han først må oppdage kva han gjer, for å kunne gjere noko med det. Det er ein tidkrevjande prosess. Terapeuten prøver å møte pasienten der han er, for å sjå ting i samanheng med han og undre seg i saman. Mange terapeutar har erfart at dei lett kan komme med svara, men i den psykomotoriske tilnærminga er det viktig å vere tolmodig i saman med pasienten.

Målet til terapeuten er å hjelpe pasienten å sjå at han kan gjere noko sjølv. Terapeuten har ei rolle som konsulent for pasienten i denne prosessen. Pasienten har sjølv ansvar for eige liv, og kan igjennom den psykomotoriske tilnærminga erfare korleis han kan løyse utfordringar i eigen kroppen og kvardag. Mange terapeutar vil gjerne stikke nåler i muskulaturen til pasientane, men det hjelper dei ikkje til å kunne ta tak i eige liv.

*«Kva gjer det med menneske då, å få nokre nålestikk, du kan jo ikkje gjere nokon ting sjølv då, sant. Ta tak i eige liv, det er det eg tenkjer at eg viser dei igjennom behandlinga utan at eg seier det rett ut».*

## 5 Drøfting

Denne oppgåva tek føre seg samhandlinga mellom terapeut og pasient sett frå terapeuten sitt perspektiv. Problemstillinga er; *Korleis erfarer og tek erfarne psykomotoriske fysioterapeutar vare på den relasjonelle samhandlinga med sine pasientar?* Dette kapittelet diskuterer funn i denne studien opp mot teoretiske perspektiv og tidlegare forskning. Drøftinga har fire sentrale tema; 1) Fag og relasjon hand i hand, 2) Å forholde seg til pasienten og seg sjølv, 3) Når behandlingsrelasjonen er vanskeleg og 4) Å bevisstgjere pasienten i høve til å handtere eigne utfordringar. I drøftinga vil omgrepet «denne studien» bli nytta om mine funn i masteroppgåva.

### 5.1 Fag og relasjon hand i hand

#### 5.1.1 Å danne relasjonell plattform med pasienten

Denne studien viser at terapeuten vektlegg umiddelbart å danne ein relasjonell plattform med pasienten. I behandlingsalliansen vektlegg terapeuten å møte pasienten med fagleg tilnærming og legger til rette for oppdagande læring for pasienten. Terapien føregår i ein relasjonell kontekst, og i følge Karlsen og Oterholt (2015) kan ikkje terapeut og pasient unnlate denne mellommenneskelege kommunikasjonen. Benjamin (2004) hevdar den relasjonelle samhandlinga inneber å oppretthalde ein indre merksemd hjå begge partar på å vere to åtskilte individ, og å mestre å halde på spenninga mellom kva som er «mine» og kva som er «dine» behov, samstundes som ein tonar seg inn mot kvarandre. Funn i denne studien samsvarar med Ulvenes og kollega (2012) som viser at mange terapeutar først dannar ein god allianse med pasienten. Terapeutar unngår ofte å fokusere på pasienten sine kjensler i byrjinga i følge Ulvenes og kollega (2012), for slik å oppnå ein god relasjon i førekant av handtering av kompliserte tema. Relasjonen mellom pasient og terapeut er både gjensidig og ein kompleks tovegs relasjon, men aldri kontinuerleg symmetrisk fordi pasient og terapeut har ulike grunner til å vere i relasjonen og ulike funksjonar i samspelet (Zachrisson, 2008).

#### 5.1.2 Vise interesse for pasienten

Terapeuten i denne studien vektlegg heile tida å vise genuin interesse for pasienten slik at han kan mestre å vere kroppsleg og mentalt tilstades i handlinga frå eit tidleg stadium. Gretland (2007) vektlegg at terapeuten skapar rom for at pasienten får verdsette eigne kroppslege erfaringar, og bør unngå å definere kva som er best for pasienten. Relasjonell samhandling kan påverke

behandlingsresultatet i alle former for terapi, og det er framleis eit stort behov for å forske på korleis dette kan gjerast best mogleg (Stokkenes, 2009). God relasjon mellom pasient og terapeut blir i NPMF oppfatta som vesentleg for pasienten sin endringsprosess (Gretland, 2007; Øien, 2010), noko som samsvarar med Gullestad (2005) si forståing om at oppfatning av den andre sine kjensler skjer umiddelbart, er automatisk og ubevisst. Denne emosjonelle kartlegginga er ein føresetnad for god samhandling. Terapeuten ynskjer klargjere pasienten sine beviste eller ubevisste tankar om samhandlinga, fordi god samhandling er inngangen til å forstå pasienten si forståing av hans ubevisste faktorar som på ein uheldig måte kan bidra til og oppretthalde pasienten sine utfordringar (Gullestad, 2005).

### 5.1.3 Å involvere seg som menneske

I denne studien vektlegg terapeuten å involvere seg som menneske i behandlinga. Det gjer terapeuten blant anna ved å gi pasienten tilstrekkeleg med tid samt gi pasienten ei oppleving av å ha kontroll undervegs, noko som gir pasienten betre rom for å uttrykke seg og fortelje. Med auka erfaring opptre terapeuten friare saman med pasienten, noko som samsvarar med Steinsvik (2008) som påpeikar at fagleg tilfredsheit hjå terapeuten er naudsynt for å utvikle god relasjonell samhandling med pasienten. I følgje Steinsvik (2008) kan terapeuten sitt fokus på pasientar sine ulikskapar framfor å opptre fagleg og metodisk korrekt innan NPMF framkalle meir tilfredsheit hjå terapeuten og gjere at han i større grad vel å involvere seg som menneske. Ulvenes (2012) meiner terapeuten i for stor grad er oppteken av at pasienten skal like han, og legg ein for stor vekt på en god allianse med pasienten, kan det resultere i både ein avgrensa og lite effektiv terapi. Når behandlinga blir opplevd som krevjande for terapeuten, meiner Ulvenes (2012) terapeuten har lukkast med å fokusere på dei viktige faktorane for pasienten.

### 5.1.4 Det er pasienten som bestem

Terapeuten i denne studien understrekar viktigheita av å etablere ein behandlingsallianse der pasienten igjennom å få ta fleire avgjersler i behandlingsserien medfører til ei betre behandling. Dette samsvarar med Deegan (1990) sin teori om at pasienten bør ha medverknad i behandlingssituasjonen, og at terapeuten bør lære seg å ha makt *med* framfor makt *over* pasienten. I følgje Williams og kollega (2016) opplever pasientar som er med og avgjer rammene for behandlinga at dei får betre utbytte av den. Pasientar har oftast meining om korleis behandlinga skal føregå, kva dei føretrekk og tidspunkt på dagen dei ynskjer behandling (Williams et al., 2016). Ulvenes og kollega (2012) hevdar det særleg er viktig for kvinnelege pasientar å medverke. Både Williams et al. (2016)

og Ulvenes et al. (2012) vektlegg at terapeutar som gjev pasientar medverking opplever i større grad å få god hjelp. Ei forklaringa på at medverking i behandlingssituasjonen er vesentleg i følge Lunga (2011) er at terapeuten då har forståing for at pasientar som søker hjelp gjer seg sårbare og utset seg for ein risiko for ikkje å få hjelp for sine plager.

### 5.1.5 God relasjon skapar endring

I denne studien understrekar terapeuten at ein føresetnad for vellukka behandling er ein god relasjonen mellom pasient og terapeut. Dette samsvarar med Øien (2010) som viste at god relasjon mellom pasient og terapeut er vesentleg for å skape positiv endring. I følge Ulvenes og kollega (2012) er det brei semje om at effekten av ulike terapeutiske metodar er ganske lik, samstundes som det er store skilnadar i resultat innanfor kvar einskild metode. Det har i følge Ulvenes og kollega (2012) ført til ein større interesse for dei såkalla fellesfaktorane i behandlingsterapiar, der relasjonen mellom pasient og terapeut er ein sentral faktor. Pasientar som opplever å ha god effekt av terapien rapporterer ofte om ein ekte, empatisk og varm terapeut som formidlar at det er mogleg for pasienten å bli betre (Ulvenes et.al., 2012).

### 5.1.6 Avslutting av behandlingsforløpet

Det er viktig for terapeuten i denne studien at pasienten får ei aktiv rolle i avsluttinga av behandlingsforløpet. Det gjeld også om terapeuten har opplevd vanskar i den relasjonelle samhandlinga eller terapeuten ikkje har kunna hjelpe pasienten. Terapeuten ynskjer i denne studien å bistå pasienten med ein plan vidare etter at behandlinga er avslutta. Det samsvarar med Benjamin (2004) si forståing av at terapeuten har skapt eit godt intersubjektivt rom i saman med pasienten der dei tenker, føler og snakkar om behandlingsforløpet og avsluttinga. Råbu og kollega (2013) meiner pasienten sin utbytte av terapien og avslutninga er to sider av same sak. Rett nok kan betring «målast» som effekt i etterkant, men sjølve opplevinga av betring er noko pasienten og terapeuten i saman utforskar og vurderer når det er tid for å avslutte. Begge deler er oppe til forhandling samtidig, og både terapeut og pasient forsøker å finne ei felles og samstemt oppfatning ved avslutninga av behandlingsserien. Gradvis blir terapien nedtrappa med bevisst bruk av redusert hyppigheit på behandlingstimar (Råbu et al., 2013). Slik får pasienten prøvd ut korleis han klarar seg utan jamnleg terapi. I avslutningsfasen er også samtalen sentral. Både terapeut og pasient snakka i saman om korleis begge har bidrege til pasienten si utvikling (Råbu et al, 2013). Samtalen er derimot prega av meir prøvande kommentarar enn utveksling av tydelege oppfatningar. Slik leitar terapeuten og pasienten etter ei felles oppfatning om når og korleis avslutninga kan føregå. Når terapeuten



framstår som ivaretakande og fleksibel får pasienten innflyting på avslutninga, og blir trygg på at han vil bli høyrte og teken omsyn til. I Råbu et al. (2013) sitt arbeid kom det kanskje overraskande fram at reduksjon av symptom ikkje har sentral plass i avslutninga. Heller ikkje vart det fokus på å samanlikne pasienten sin tilstand ved oppstart og ved avslutning av terapien. Fokus var heller retta mot kva utvikling dei hadde oppnådd og kva som eventuelt gjensto i staden for å sjå seg tilbake.

## 5.2 Å forholde seg til pasienten og seg sjølv i behandlinga

### 5.2.1 Det er viktig å lytte til pasienten

Funn frå denne studien viser at noko av det viktigaste terapeutene gjer er å lytte til pasienten, slik viser terapeutene interesse for pasienten og formidlar vilje om å hjelpe. Kvar behandlingstime i NPMF inneheld både samtale og behandling av heile kroppen (Bunkan et al., 1995; Bunkan, 2001). Samtale er eit viktig verktøy som gjev terapeutene innblikk i pasienten sine tankar og refleksjonar og kan fortelje noko om pasienten si eigen vurdering og forståing (Thornquist, 2006; Bunkan, 2001). I følge Bunkan (2001) bistår den kroppslege berøring i NPMF til at omgreps- og språkfattige pasientar får noko konkret å forholde seg til og meddele om. Slik kan terapeutene hjelpe pasienten til å reflektere og setje ord på eigne kjensler. Skårderud (2011) understrekar at behandlingsrommet, når det framstår som eit annleisrom, kan medføre at kroppslege erfaringar får eit språk. Dersom behandlingsrommet framstår slik kan det bidra til at terapeutene kan hjelpe pasienten til å gjere seg fleire erfaringar. Målet til terapeutene er å hjelpe pasienten til å bryte sine fastlåste tankar om seg sjølv, lidinga og stagnasjonen til å hjelpe han til å opne seg meir mot verda og hauste nye erfaringar (Skårderud, 2011).

### 5.2.2 Terapeuten tek på alvor kjensler som oppstår i eigen kropp

Terapeuten hevdar det er viktig å ta på alvor kjensler som oppstår i eigen kropp under behandlinga i denne studien. Ved å lytte til desse kjenslene kan det medverke til at terapeutene betre forstår pasienten. Dette støttar seg til Schibbye (2004) sin relasjonsforståing om at terapeutene bør vektleggje å tileigne seg auka sjølvrefleksjon. Slik vil terapeutene bli betre i stand til å sjå korleis han påverkar den relasjonelle samhandlinga med pasienten. Schibbye (2004) kallar denne prosessen å integrere eit "terapeutisk sjølv" hjå terapeutene. I følge Schibbye (2004) er dette ein krevjande prosess. Å etablere god relasjon til pasienten påverkar betringa til pasienten (Horvath, 2006), men terapeut sine individuelle eigenskapar påverkar også behandling utfallet (Miller & Rollnick, 2002). Eit interessant funn i forskinga til Nissen-Lie (2012) viser at dersom terapeutar tvilar på eige bidra i

terapien lukkast han i auka grad. Nissen-Lie (2012) meiner denne samanhengen kan skuldast at terapeutar som tidvis er i tvil i terapeutrolla reflekterer betre over eige bidrag i terapien. Desse terapeutane er også meir audmjuke, sensitive og lydhøyre ovanfor pasienten (Nissen-Lie, 2012).

I denne studien formidla terapeuten at han innimellom likar pasienten. Når terapeuten opplever dette har det oppstått djupare kontakt i relasjonen, og terapeuten har blitt personleg berørt og fått auka medkjensle for pasienten. Dette skjer oftast med pasientar som liknar på terapeuten eller har eigenskapar han særleg set pris på. Når terapeuten går godt overeins med pasienten tyder funn i denne studien på at han også klarar å hjelpe pasienten betre enn kva som er tilfelle med pasientar han ikkje likar. I tråd med Schibbye (2009) lyttar terapeuten i denne studien med heile seg som betyr at han lyttar aktivt, utstrakt, vitalt og engasjert. Når terapeuten lyttar og undrar seg slik er han emosjonelt tilgjengeleg når han opnar seg opp for pasienten (Schibbye, 1996). Dette medfører, i følge Schibbye (1996), at terapeuten aukar si forståing av pasienten, uavhengig om han vil kunne møte pasienten på hans behov. I følge Schibbye (2009) kan denne måten å opne seg opp for pasienten fremme både vitalitet og glede både hjå pasient og terapeut. Rogers (1959) dokumenterte alt på 1950-talet utslagsgivande behandlereigenskapar som; å vere ekte, oppmerksam, ubetinga positiv og empatisk. Miller og Rollnick (2002) hevdar at eigenskapane til terapeuten har betydning for å oppnå eit godt behandlingsresultat, og kan for nokre pasientar bli omtala som viktigare enn kva metode som blir nytta. I følge Schibbye (1996) har terapeuten sin haldning ovanfor pasienten også ein klinisk verknad og er ikkje berre ei kjensle «inni» terapeuten, men noko som kjem til uttrykk og verkar i samhandlinga med pasienten. Den lyttande terapeuten tonar seg inn i pasienten si opplevingsverd og tek denne inn utan å vere forutinntatt. Denne typen lytting er krevjande, fordi terapeuten må vere kjenslemessig nær pasienten og blir dermed sårbar (Schibbye, 1996).

### 5.2.3 Å vere sjølvbevisst som terapeut

Å tileigne seg evna til å bli sjølvbevisst som terapeut er vesentleg for terapeuten i denne studien. Erfaringa til terapeuten er at det er ein tidkrevjande prosess. Desto viktigare blir det for terapeuten å formidle til pasienten å syne tolmod til å utvikle sjølvbevisstleik omkring eigne utfordringar. Funn i denne studien samsvarar med relasjonsforståinga til Schibbye (2004). Terapeuten bør prioritere å jobbe mot auka sjølvrefleksjon sjølv om det i følge Schibbye (2004) kan opplevast som krevjande. Sjølvbevisstleik er eit vesentleg element i Schibbye (2004) sin "terapeutiske sjølv". Karlsen (2011) viser til Merleau-Ponty når han hevder me som menneske må vere kroppslege aktive, for å gjere oss erfaringar. Øien og Solheim (2015) avdekkar også at kroppen spelar ei vesentleg rolle i å utvikle sjølvbevisstleik hjå ulike fagpersonar i møte med brukarar. Ved å legge merke til korleis ein opplev sin

eigen kropp, opna fagpersonen opp for å utvikle kunnskap om seg sjølv. Dette gav fagpersonane ei oppleving av å vere meir tilfreds og ha meir i kontroll, i motsetning til tidlegare erfaring av å kjenne seg makteslaus og usikker i jobben. Øien og Solheim (2015) peikar på betydninga av at fagpersonane har val som eit viktig verktøy, for å oppleve å ha kontroll og kunne sjølvregulere. Dette samsvarar med Leotti og kollega (2010) som peikar på at oppfatning av kontroll er vesentleg for å få regulert sine emosjonelle reaksjonar i stressande situasjonar for terapeuten. I følgje Øien og Solheim (2015) vil auka sjølvrefleksjon hjå terapeuten betre hans evne til å ta vare på seg sjølv og gi pasienten slik betre moglegheit til å utvikle sitt eige fotfeste.

### 5.2.4 Å vere ein modig og trygg terapeut

Denne studien viser at terapeuten i mange høve står ovanfor utfordrande situasjonar, men at lang erfaring medfører at terapeuten blir modigare og tydeligare i behandlingssituasjonen. Eit viktig budskap frå Schibbye (2004) er at som terapeut og menneske må me tore å stå i relasjonar med motsetningar, og tore å vere opne som terapeutar, uavhengig av erfaring. Schibbye (2004) understrekar at ei anerkjennande haldning må vere integrert i terapeuten som person. Den største utfordringa terapeuten har i rolla som hjelpar er å bli bevisst på og ta omsyn til korleis han påverkar prosessane i terapisisituasjonen som både kan føre til smerte, fortviling og stagnasjon, men og også til betring og positiv vekst for pasienten. I følgje Isdal (2012) har den tøffe arbeidsbelastninga til terapeutar innan psykisk helsearbeid vore tabubelagt. Det er ein sterk empirisk dokumentasjon på at terapeuten blir prega av jobben og at hovudrisikoen for terapeutar er posttraumatisk stresslidning. I enkelte studie finner ein mellom 40 og 80 % av dei som jobbar med tunge problemstillingar blir prega (Isdal, 2012). Risikoen for sekundærtraumatisering og såkalt «compassion fatigue» som følgje av å jobbe med og bli berørt av andre sine lidningar, har gjennom alle år blitt grovt underkommunisert, hevdar Isdal (2012).

## 5.3 Når behandlingsrelasjonen er vanskeleg

### 5.3.1 Vanskar med å skape samhandling

I denne studien meiner terapeuten det tidvis er vanskeleg å danne god samhandling med pasienten, noko som utfordrar behandlingsalliansen. Terapeuten meiner at innimellom så manglar den menneskelege kjemien, andre gonger føregår det for mykje i pasienten sitt liv som gjer at han ikkje er mottakeleg for terapi, eller det kan vere terapeuten ikkje har gjort tilstrekkeleg arbeid med å skape god behandlingsallianse. I følgje Oddli og Kjøs (2013) er det ein nødvendig føresetnad for god

utgreiing, behandling og oppfølging å utvikla eit tillitsfullt samarbeid mellom pasient og terapeut. Horvath (2006) understrekar at god terapeutisk relasjon kan ha betydning for utfallet av behandlinga, både poliklinisk og i institusjon. I følgje terapeuten i denne studien meiner han det er hans ansvar å løyse utfordringane og drøfte dette med pasienten. Det samsvarar med Benjamin (2013) sin relasjonelle tenking som tek utgangspunkt i kva som kjenneteiknar den gode måten å vere saman på mellom pasient og terapeut. Sentralt er at pasienten og terapeuten har ei gjensidig oppleving av den andre som eit subjekt, og at dei to i saman skapar eit intersubjektivt rom, som Benjamin definerer som tredjeheit. I det intersubjektive rommet kan dei to tenke, føle og snakke om kva som føregår inni dei og mellom dei. Det intersubjektive rommet vil ikkje forbli, fordi det vil etter ei tid bryte saman og treng difor gjenvinnast. Fleire har hevda at terapeuten til ei kvar tid må inneha ei aktiv rolle i terapiprosessen til pasienten (Aron, 1996; 2006; Benjamin, 1995; 2004). Difor har Wampold og Brown (2005) ynskt auka fokus på kva terapeuteigenskapar som ligg til grunn for terapeutskilnadar og korleis terapeutar kan utvikle desse eigenskapane. Jensen (2009) meiner at intervensjon eller metoden terapeuten brukar ikkje har kraft i seg sjølv, men først i saman med terapeuten som nyttar den. Metoden kan slik sett vere kraftfull eller meningslaus avhengig av terapeuten (Jensen, 2009).

### 5.3.2 Når relasjonen endar i brot

Funn frå denne studien viser at når behandlingsrelasjonen til pasienten blir vanskeleg eller terapeuten ikkje meistarar å gjenvinne relasjonen til pasienten, så skuldast det ofte at relasjonen ikkje er basert på likeverd. Terapeuten har då innteke ei ekspertrolle som pasienten tolkar som betrevitande, noko som medfører at behandlingsrelasjonen ofte endar i brot. Det blir støtta av Benjamin (2004) sin teori om den komplimentære toheit. Når det intersubjektive rommet mellom pasient og terapeut bryt saman blir terapeut og pasient tvinga inn i ein måte å vere i saman på der den eine gjer noko og den andre blir gjort noko med. Då oppstår det ein situasjon der den eine framstår som subjekt og den andre som objekt. Terapisituasjonen vil alltid, i følgje Moltu og Veset (2008), vere ein veksling mellom toheit og tredjeheit mellom fastlåst samhandling og endringsskapande samspel.

Måten terapeut og pasient kommuniserer og samhandlar i løpet av behandlinga påverkar relasjonen, og ikkje-verbal åtferd er ein nøkkelfaktorar i å forstå samspelet mellom terapeut og pasient (Hargreaves, 1987). Med ikkje-verbal åtferd meiner Hargreaves (1987) berøring, bruk av rom, ansiktsuttrykk og augekontakt, kroppsbevegelesar og kroppshaldning, gestikulering, tonehøgde, observasjon, lytting og bruk av stillheit. I følgje Ek (1990) kan ikkje behandlingssituasjonen og

kommunikasjonen mellom terapeut og pasient skiljast frå kvarandre, men framstår som gjensidig læringsprosess mellom pasient og terapeut. Jensen (2000) kartla at erfarne terapeutar er meir merksame mot sine pasientar, brukte meir tid med pasientane og vart mindre forstyrre av utanforståande faktorar. I tillegg søker erfarne terapeutar etter pasienten sin respons på spørsmål, og stiller spørsmål basert på pasienten sin respons (Jensen, 2000). Iversen og kollega (2008) peikar på det er viktig å vere bevist på konstant og naturleg veksling mellom arbeid som er relasjonsskapande og kommunikasjon mellom pasient og terapeut. I følgje Iversen og kollega (2008) er det tre avgrensingar som utfordra den relasjonelle samhandlinga mellom pasient og terapeut; 1) Komplekse oppgåver, situasjonar eller periodar, som set store krav til merksemd og -/eller motoriske ferdigheit, 2) Negative endringar i tilstanden til pasienten i løpet av behandlinga eller over ein periode og 3) Når pasienten ikkje opplever oppgåva, situasjonen eller behandlinga som meningsfull.

### 5.3.3 Å vere i vanskelege behandlingar over tid

Denne studien viser at terapeuten må tole å stå alene i utfordrande behandlingsforløp over tid. Tidvis kan det vere utfordrande for terapeuten og det hender av og til at terapeuten ikkje makter å stå åleine i utfordringane. I følgje Schibbye (2004) har terapeutar som innehar ei anerkjennande holdning ofte evne til å lytte, forstå, akseptere, vise toleranse og bekrefte. Ei viktig utfordring er å bli bevisst på og ta omsyn til korleis terapeuten påverkar prosessane i terapisisituasjonen som både kan føre til betring og positiv vekt for pasienten, men også til smerte, fortvilning og stagnasjon. Terapeutar innan psykisk helsearbeid har ofte ei stor arbeidsbelastning, noko som både er tabubelagt å snakke om (Rothschild, 2006) og underkommunisert (Isdal, 2012). For å redusere uheldige konsekvensar med å stå i tunge prosessar tilrår Rothschild (2002) at terapeuten bevisst unngår små terapirom, sørgjer for å vere kroppsleg aktivert under behandlingstimen, ved å unngå å sitte heilt i ro eller er i fysisk rørsle i saman med pasienten og bevisst speglar pasienten sitt ansiktsuttrykk og fakter. På denne måten kan terapeuten skape mental avstand til pasienten og justere sin empatiske involvering på ein hensiktsmessig måte.

### 5.3.4 Å hjelpe andre når du sjølv har det vanskeleg

Å hjelpe andre som terapeut når du personleg har det vanskeleg førekjem av og til for terapeuten i denne studien. Til tross for eigne utfordringar føretrekk terapeuten oftast å vere i jobb og opplev det som meningsfullt for seg sjølv. Terapeuten hevdar samstundes pasienten som oftast får godt utbytte av behandlinga og meiner han også har god evne til å legge frå eigne utfordringar i møte med pasienten. Når terapeuten ikkje opplever å vere i optimal psykisk eller fysisk tilstand, og merka det

påverkar korleis han framstår, vel han av og til å formidle dette for å tydeleggjere at det ikkje har noko med pasienten å gjere. Terapeuten sin grad av refleksjon i vanskelege situasjonar støttar seg til Schibbye (2004) sin vektlegging av god terapeutisk sjølvrefleksjon. Funna i denne studien peikar i retning av at terapeuten har utvikla høg grad av eit "terapeutisk sjølv». I følgje Lunga (2013) er terapi ofte eit stebarn av sin tidsepoke, som krev aktiv og sjølvkritisk tilnærming for å unngå å praktisere dei dårlege sidene av si eiga tid.

### 5.3.5 Vanskelege behandlingsforløp

Når terapeuten i denne studien står i utfordrande behandlingsforløp blir det vanskelegare for terapeuten å vere open, tydeleg og direkte med pasienten. Dermed kan det vere utfordrande for terapeuten å formidle at samhandlinga har møtt på utfordringar. Når terapeuten derimot kommuniserer at behandlingsforløpet er utfordrande, resulterer det ofte i at tilliten aukar mellom pasient og terapeut. Får terapeuten og pasienten behandlingsforløpet til å fungere att etter utfordringar, blir samhandlinga spesielt fin. Det er i følgje Karlsson og Oterholt (2015) terapeuten sitt ansvar både å skape god relasjon og endre uheldig relasjon. I følgje Nilssen-Lie (2012) har pasienten mest nytte av å gå i behandling hos terapeutar som er audmjuke og villige til å gå inn i ein konstruktiv sjølv-kritisk evaluering i det terapeutiske arbeidet.

Funn i denne studien viser at terapeuten opplever brot som uventa og blir gjerne overrumpla. Terapeuten reflekterer at han ville handtert samhandlinga med pasienten annleis om han hadde visst om brotet. Det er ikkje greitt for terapeuten å avslutte utan først å reparere relasjonen når det er utfordringar i behandlinga. For Schibbye (2004) framstår både terapeuten og pasienten som ufullstendige og innehar potensialet til endring. Det at terapeuten blir misnøgd når brotet er uventa støttar Schibbye (2004) si forståing om at terapeuten ynskjer å auke sin sjølvrefleksjonen i rolla som terapeut. I følgje Nissen-Lie (2013) kan dette indikere at terapeuten har god evne til innsjå utfordringar og at terapeuten kan ta eit tydeleg ansvar i relasjonelle konflikhtar med pasienten i staden for å sjå på brotet som eit uttrykk for pasienten sin patologi (Safran & Muran, 2000; Watchtel, 2008). Nissen-Lie (2013) meiner desse terapeutane framstår som gode rollemodellar når pasienten møter relasjonelle vanskar i livet som igjen kan redusere personlege problem i pasienten sitt liv.

Brot som oppstår når terapeuten ikkje lukkast med å reparere samhandlinga er terapeuten og pasienten oftast samde om, og skuldast gjerne eit misforhold mellom det pasienten eller terapeuten forventar eller det terapeuten klarar å formidle til pasienten. Andre utfordringar som kan føre til brot er at terapeuten ikkje er nysgjerrig nok på pasienten sine reaksjonar. Med meir erfaring kjenner

terapeuten igjen situasjonar der det lettare blir både brot i behandlingsforløpet, og kan betre førebyggje det, men ein føresetnad er aktiv samhandling frå både terapeut og pasient for å gjenskape det intersubjektive rommet (Benjamin, 2004). Nissen-Lie (2013) understrekar at negative personlege reaksjonar frå terapeuten, som manglande empati og fiendtlege kjensler ovanfor pasienten, kan påverke behandlingsalliansen og utfallet av terapien på ein ugunstig måte. Negative kjensler eller reaksjonar hjå terapeuten meiner Nissen-Lie (2013) representera eit avvik frå det pasienten treng mest av alt hjå terapeuten, nemleg stadfesting, aksept og nokon som kan tole dei.

### 5.3.6 Når den profesjonelle grensa til terapeuten blir broten

I denne studien fortel terapeuten at den profesjonelle grensa mellom terapeut og pasient innimellom blir broten. Terapeuten opplever då at hans grenser, både i det terapeutiske og private rommet blir overskriden, noko som kan medføre at terapeuten opplever situasjonen som ukomfortabel, får kroppsleg uro og søvnevanskar. Terapeuten uttrykk også bekymring for at noko uheldig kan skje med pasienten. I etterkant har terapeuten gjort seg erfaring med korleis han burde løyst grenseoverskridande situasjonar. I følgje Schibbye (2004) er det viktig at terapeuten har ei anerkjennande haldning ovanfor pasienten. Omgrepet anerkjenning rommar mykje, blant anna at terapeuten henvender seg til pasienten, møter pasienten sitt blikket, konsentrerer seg og prøver å forstå kva pasienten opplev utan å fastslå noko. Funn i denne studien viser at terapeuten av og til har prioritert pasienten framfor seg sjølv og at hans anerkjenning av pasienten dermed har gått for langt. I følgje Schibbye (1993) nyttar gjerne terapeuten seg sjølv som instrument for å skape endring hjå pasienten. Innimellom er det vanskeleg for terapeuten å tole at pasienten har det utfordrande og terapeuten tek difor ansvar for å ordne opp i pasienten sine utfordringar (Schibbye & Løvlie, 2017). Terapeuten må tole å vere i det vonde og såre rommet og jobbe med oss sjølv og vere villige til å reflektere over kvar han står som terapeut og kva han føler på som menneske. Først slik er det mogleg for terapeuten å skilje mellom eigne og andre sine kjensler og opplevingar. Evna til sjølvrefleksjon kan bli svekka hjå pasienten dersom terapeuten heile tida seier han veit kva som er best for pasienten. Slik kan terapeuten i følgje Schibbye og Løvlie (2017) hjelpe pasienten til å utvikle ei kjensle av eigenverdi og auke sjølvkjensla hans samstundes som terapeuten ivareteke seg sjølv.

### 5.3.7 Maktbalanse i behandlingsrelasjonen

Terapeuten vil i denne studien dele makt med pasienten og lage avtalar som begge er nøgde med. Trass ynskje om balanse i behandlingsrelasjonen viser erfaringane til terapeuten at det ofte blir ein ubalansert maktbalanse mellom terapeut og pasient, blant anna fordi terapeuten til ei kvar tid har makt til tvert å avslutte eit behandlingsforløp. Dette er ei makt terapeuten nyttar av og til fordi det

ikkje gjev det meining å halde fram eit behandlingsforløp. Likevel vil terapeuten i dei fleste tilfelle vektlegge å vere villig og nysgjerrig på å utforske pasienten sine ynskjer og behov, trass i at behandlingsforløp blir avslutta.

Denne studien viser også at i situasjonar der terapeuten tydeleg innehar ei rolle med mest makt har oftast pasient og terapeut erkjent det som naudsynt. Enkelte pasientar har vanskar med å setje grenser. Då opptrer terapeuten som tydeleg og bestemmende ovanfor pasienten. Ovanfor pasientar som har beslutningsvegving eller er ambivalente, let terapeuten pasienten velje frå eit utval. Dette kan vere krevjande for pasienten, fordi terapeuten vil vite pasienten si oppleving både undervegs og etterpå. Mange pasientar tykkjer det er vanskeleg å setje ord på kva dei kjenner i kroppen, noko som medfører at terapeuten då hjelper pasienten med å finne ord som gjev meining. Funn i denne studien indikera også at pasientar innimellom ser opp til terapeuten, noko terapeuten opplever både som uheldig og vanskeleggjer eit balansert maktforhold. Terapeuten meiner det er vanskeleg ikkje å bli påverka av dette. Flest pasientar kjem med ei forventning om at terapeuten har kunnskap om noko dei treng. Stundom møter terapeuten pasientar som kjem med ei haldning om at han har lovfesta rett på NPMF og set premisser for behandlinga, noko som påverka maktbalansen uheldig. Terapeuten i denne studien formidlar at mange pasientar uttrykk seg kritiske til helsepersonell sin måte å vere profesjonell på ved å framstå som distansert og nøytral. Funn i denne studien avdekka at når terapeuten er trygg i rolla er han meir fleksibel og imøtekommande ovanfor pasientane sine ynskjer og behov. Desse funna kan forståast med utgangspunkt i Benjamin (1998) sin teori om komplementaritet, der maktbalansen mellom terapeut og pasient er dynamisk. I følgje Benjamin (2013) er det ei fare dersom den eine parten blir opplevd som for pågåande, noko som kan medføre at den andre parten blir meir uinteressert.

I følgje Smith (2003) har terapeuten tradisjonelt hatt meir makt enn pasienten. Mange terapeutar påstår dei er pasientsentrerte, men Smith (2003) hevder det inneber meir enn å vere ein dedikert og omsorgsfull terapeut. Når terapeuten er pasientsentrert både tenkjer og oppføre han seg slik at både terapeut og pasient jobbar saman som likeverdige partar. Verken pasient eller terapeut finn dette enkelt. Smith (2003) meiner det også har vore ein kultur der pasientar har blitt sett på som objekt innan forskning som er publisering i medisinske tidsskrifter. I presentasjon av forskning har ikkje forskaren og terapeuten alltid sett på pasienten som likeverdig part, og pasienten si stemme har ikkje blitt høyrd. Som ein konsekvens av dette har fokus på brukarmedverknad i forskning dei siste åra auka, og brukarmedverknad er no mange stadar ein føresetnad for å få innvilga midlar til forskingsprosjekt (Natland et al., 2017).



## 5.4 Å bevisstgjere pasienten i høve til å handtere egne utfordringar

### 5.4.1 Å lukkast med sjølvhjelp gir fagleg tilfredsstilling

Terapeuten formidlar NPMF som hjelp til sjølvhjelp. Igjennom behandlinga blir pasienten meir merksam på eigen kropp og utviklar verktøy som pasienten kan nytte sjølv ved behov. Terapeuten fokuserer på kor viktig det er å ta små steg på pasienten sine premisser, og la pasienten erfare korleis NPMF gjev opplevingar i eigen kropp, der han er tilstades, nysgjerrig og undrande. Funn i studien peikar på at terapeuten opplever fagleg tilfredsstilling når pasienten blir bevist på korleis han nyttar eigen kropp og ser det er ein samanheng i dei plagene pasient har. Terapeuten understrekar at NPMF er både ei metodisk tilnærming og ei forståingsform av kroppen som ei funksjonell og samspelande eining, noko som er understreka i litteraturen (Thornquist & Bunkan, 1995; Bunkan, 2001; Bunkan, 2008). Benjamin (2004) si forståing av den gode måten å vere i saman på mellom terapeut og pasient blir understøtta av Moltu (2011) som hevder at terapeutane som lukkast er «empatiske med heile seg», ved å fange opp og trekke inn pasienten sine kroppslege uttrykk i behandlingsprosessen. Det skjer igjennom terapeuten sitt nærvær og evne til å kjenne igjen når terapien står i fare for å stagnere eller låse seg, og slik unngår å bli fanga i situasjonen. Moltu (2011) understreka at terapi ikkje er noko ein avleverer ut frå fastlagde prosedyrar eller som ein metode, men omhandlar nærvær og støtte i pasienten sin endringsprosess.

### 5.4.2 Å bli vennlegare mot seg sjølv

Denne studien viser at terapeuten prøver å hjelpe pasienten til å sjå egne ressursar og hjelpe han til å bli vennlegare mot seg sjølv. Terapeuten formidler at pasienten er uroa for at han skal rette den moralske peikefingeren mot pasienten. Det er vesentleg å møte pasienten vennleg, aksepterende og vise medkjensle. Det samsvarer med Scibbye (2004) si forståing som seier at ei anerkjennende haldning må vere integrert i terapeuten som person for å møte pasienten med forståing og aksept. I følge Nisen Lie (2012) står alle terapeuter i fare for å bruke pasienten sine kjensler ovanfor seg sjølv (overføring) og sine egne kjensler ovanfor pasienten (motoverføring). Terapeutar med ein varm interpersonleg stil ovanfor pasientar hadde lite førekomst av negativ personleg reaksjon (motoverføring) på pasienten. Det støttar seg til Rogers (1957) sine haldningar til terapeuten som utslagsgivande behandlereigenskapar som å vere ekte, oppmerksam, ubetinga positiv og empatisk. I følge Nisen Lie (2012) er terapeutar som rapporterte seg sjølv som gode faktisk mindre audmjuke og meir narsissistiske enn dei terapeutane som scora seg sjølv som mindre gode, men som faktisk var meir audmjuke og sensitive ovanfor pasienten.

### 5.4.3 Alminneleggjering av pasienten sine plager

Å alminneleggjere pasienten sine plager og belastning vektlegg terapeuten i denne studien. Terapeuten brukar då gjerne humor, generalisering og gjerne seg sjølv som døme. Alminneleggjering er eit ledd i å bevisstgjere pasienten korleis han kan handtere eigne utfordringar. Ofte viser det seg i følgje terapeuten at faktorar knytt til arbeidslivet til pasienten plagar dei vel så mykje som kva pasienten har opplevd i livet. I følgje Thornquist (1998) bør terapeuten reflektere over det relasjonelle aspektet sin betydning når han alminneleggjer plager, fordi relasjonen blir formidla og motteke ubevisst. Dette er viktig at pasienten ikkje opplever at dei ikkje blir sett, høyrte eller tekne på alvor ved denne alminneleggjeringa (Karlsson & Oterholt, 2015). Lunga (2013) seier at mange som kjem i ein situasjon der dei har behov for å søke hjelp tenker at terapeuten vil ordne plagene, og at pasienten kan ta ein passiv rolle (Lunga, 2013). I følgje Lunga (2013) er det skjeldan det fungerer slik, då dei fleste medisinske tilstandar er multifaktorielle og krev eigeninnsats frå pasienten si side for å skape framgang. I følgje Lunga (2013) vil behandlingsforløpet vere ein god mellommenneskeleg læringssituasjon som fungerer som eit empatisk arbeidsrom med lågt stressnivå. Den relasjonelle samhandlinga skal få fram samarbeidsdialog, forsøke å hjelpe pasienten til mestring, bidra med tilpassa strukturert øving, fokusere på problemløysande arbeidsoppgåver og handlingsmåtar mellom partane. Alminneleggjering, i følgje Lunga (2013), kan bidra til at pasienten kan finne fram til sine eigne djupare grunnar til å skape endring ved både å utforske og ta sjansar.

### 5.4.4 Å vere pasienten sin konsulent

Terapeuten i denne studien beskriv si rolle som å vere pasienten sin konsulent ved å hjelpe pasienten til sjølv å mestre å ta tak i eigne utfordringar. Slik prøver terapeuten å stimulere pasienten sin nysgjerrigheit på eigen kropp og auke bevisstgjering på eige tankemønster. Først vektlegg terapeuten å formidle at pasienten skal oppdage kva han gjer, til dømes at pasienten held pusten eller strammar musklar, for seinare å kunne gjere noko med det. Terapeuten seier at dette er ein tidkrevjande prosess for pasienten, og vel å inneha ei rolle der han undrar seg i saman med pasienten, er tolmodige og unngår å komme med svara. Målet for terapeuten i denne studien er å hjelpe pasienten til å sjå at han kan ta ansvar for eige liv og gjere noko sjølv. Terapeuten kan ved hjelp av NPMF stimulere til at prosessar kan skje i pasienten sin kropp og kvardag.

Terapeuten si oppgåve i NPMF er å rettleie pasienten gjennom rørsle og pust både verbalt og via berøring (Bunkan, 2001; Thornquist, 2005; Øien et al., 2011). Gjennom samtalen kan terapeuten få innblikk i og bli kjent med pasienten si forståing samt hans tankar, refleksjonar og vurderingar (Thornquist, 2006; Charon, 2001). Eit mål med handlinga er å fremje endring av pusten i saman med å redusere muskelspenningar gjennom massasje og avspennande og rebalanserende rørsler

(Thornquist, 2005; Øien, 2010; Øien et al., 2011). Lunga (2013) hevder at ein føresetnad for god rollestruktur mellom terapeut og pasient er rollereversering. Det betyr at undervegs i prosessen må pasienten av og til opptre som sin eigen terapeut og terapeuten som pasient. Rollereversering er ein avgjerande føresetnad for at behandlingsprosessen skal fremme pasienten sine sjansar for betring. Rollereversering er også noko som skil terapiprosessen på en grunnleggande måte frå det ordinære doktor pasient forholdet. Pasienten nyttar også ofte, i følgje Lunga (2013), sjølvopprettande framgangsmåtar som er enklare utgåver av dei metodane terapeuten brukar. Pasientar kjenner sitt eige liv og sine sterke og svake sider betre enn terapeuten og det finst ei slags meining bak den dysfunksjonelle åtferda og plagene til pasienten. Behandling føreset at pasienten blir aktivt involvert, for at pasienten skal kunne sleppe taket i defensiv innstilling og bli eksponert for tryggleiksfremmande terapeutar og omgjevnadar.

## 6 Konklusjon

Gjennom intervju med fire erfarne psykomotoriske fysioterapeutar, vidare omtala som terapeuten, blei det undersøkt korleis terapeuten erfarer og tek vare på den relasjonelle samhandlinga med sine pasientar. Innspela frå terapeuten er oppsummert i fire tema som dannar utgangspunkt for tolkinga av resultatata. 1) Fag og relasjon hand i hand, 2) Å forholde seg til pasienten og seg sjølv, 3) Når behandlingsrelasjonen er vanskeleg og 4) Å bevisstgjere pasienten i høve til å handtere eigne utfordringar.

Terapeuten fortel det er hans ansvar å skape god relasjon til pasienten, og føresetnaden for å lukkast er å vise genuin interesse ovanfor pasienten og lytte til han. Vidare meiner terapeuten det er viktig at pasienten opplever hans vilje til å hjelpe. Like viktig meiner terapeuten det er at pasienten også opplever å ha påverknad i behandlingssituasjonen. I denne studien meiner terapeuten at han hjelper og kjem best overeins med pasientar som rører ved han. Då har pasienten vekt ei medkjensle i terapeuten og innehar ofte kvalitetar som liknar på terapeuten sine. Terapeuten hevder det også er viktig å ta på alvor kjensler som oppstår i eigen kropp under behandlinga. Ved å lytte til desse kjenslene kan det føre til at terapeuten både forstår og slik bede kan hjelpe pasienten.

Som oftast er det god samhandling med pasienten, men det er vanskeleg å vite sikkert fordi pasientar ofte opptre som «flinke» i pasientrolla. Av og til er det imidlertid problematisk å skape ein god behandlingssallianse, og det er vanskeleg å fastslå årsakene til utfordringa. Terapeuten peikar på to moglege forklaringsmekanismar; 1) Situasjonen til pasienten og 2) Kjemien mellom terapeut og pasient. Terapeuten meiner det også er utfordrande å stå åleine i vanskelege behandlingar over tid. Når det oppstår utfordringar i behandlingsforløpet blir det vanskelegare for terapeuten å vere open, tydleg og direkte med pasienten. Brot i behandlingsforløpet kan vere uventa eller komme etter ein behandlingsperiode der den relasjonelle samhandlinga mellom terapeut og pasient har fungert dårleg. Brot skuldast ofte eit misforhold mellom det pasienten eller terapeuten forventar eller det terapeuten klarar å gi til pasienten. Vidare kan brot skuldast at terapeuten ikkje er nysgjerrig nok på pasienten eller blir redd for pasienten sine bevisste eller ubevisste reaksjonar. Det er ein stor fordel å vere erfaren terapeut, fordi ein då oftast kjenner att situasjonar der det kan bli brot eller blir brot i samhandlinga, og erfaringa gjer at ein lettare kan førebygge dette. I løpet av eit mangeårig virke som terapeut har grensa mellom å vere terapeut og person av og til blitt broten, noko som ofte resulterer i at terapeuten blir redd for at noko negativt kan skje med pasienten. I etterkant har terapeuten gjort seg erfaring med korleis han heller burde løyst situasjonen. Terapeuten meiner nøkkelen til å forbetre eit vanskeleg behandlingsforløp er å vere ærleg og formidle at samhandlinga har møtt på

utfordringar. Terapeuten meiner også det er viktig å søke støtte og hjelp hjå andre fagpersonar i vanskelege situasjonar.

## 6.1 Vegen vidare

Denne studien har teke utgangspunkt i terapeuten sitt perspektiv. Det er vesentleg at terapeuten kan inneha ein refleksiv haldning både på eiga fagutøving og i sjølv behandlingssituasjonen. Som terapeut kan me i auka grad invitere pasienten til ei undring omkring kva som føregår og då tore å tre til sides frå ei fastlåst samhandling.

Aktuelle problemstillingar for vidare forskning er å utforske korleis ein best kan ivareta den relasjonelle samhandlinga i behandlingssituasjonen mellom terapeut og pasient, men no ut i frå eit pasientperspektiv. I samband med denne oppgåva samla eg også inn data frå pasient perspektivet, og vil gjerne bidra med å publisere dette materialet ved eit seinare høve.

## Litteraturliste

Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38, 171 - 185.

Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychological Review*, 23, 1-33.

Anderson, H (2012). Collaborative relationships and dialogic conversations: Ideas for a relationally responsive practice. *Family Process*, 51(1), 8-24.

Aron, L (1996). *A meeting of minds*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Aron, L (2006). Analytic impasse and the third: Clinical implications of intersubjectivity theory. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 349–368.

Barber, J., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M., Weiss, R. & Beth Connolly Gibbons, M (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16(2), 229-240.

Bengtsson, J (2006). En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning. I: Bengtsson J ((Red.), Å forske i sykdoms- og pleierfaringer. *Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Høyskoleforlaget.

Benjamin, J., (1994). Recognition and destruction: an outline of intersubjectivity. I: S.A. Mitchell, & L. Aron (eds.), *Relational psychoanalysis. The emergence of a tradition*, (ss. 181-209). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Benjamin, J. (1995). *Like objects, love subjects. Essays on recognition and sexual difference*. New Haven, CT: Yale University Press.

Benjamin, J (1998) *Shadow of the Other: Intersubjectivity and gender in Psychoanalysis*. Routledge: New York.

Benjamin, J. (2004). Beyond Doer and Done to: An intersubjective View of Thirdness. *Psychoanal Quarterly*, 73:5-46. (2004).

Benjamin, J (2013) "Herre och slav" *Fronesis* nr 44-45 s: 129-155.

Binder, P. E. (2006). Før og nå - forståelsen av overføring i den relasjonelle psykoanalysen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 917-924.

Binder, P.E (2008). Det mellommenneskelige møtet i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(8), 930.

Binder, P.E., Nielsen, G.H., Vøllestad, J., Holgersen, H. & Schanche, E (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 43(9), 899-908.

Brinkmann, S & Thanggaard, L (2010). Kvalitative metoder. En grundbog. Hans Reitzels Forlag.

Bunkan, B.H., Bülow-Hansen, A., Houge, N.H., Hødal, T. & Hansson, H (1995). Psykomotorisk behandling. Oslo: Pensumtjeneste.

Bunkan, B. H (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. Tidsskrift for Den norske legeforening, 24(121), 2845 – 8 245.

Bunkan, B.H. (2010). Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Gyldendal Akademisk.

Bunkan H.B., Radøy L. & Thornquist E (1982). Psykomotorisk behandling: Festskrift til Adel Bülow- Hansen. Universitetsforlaget.

Dalen, M. (2011). Intervju som forskningsmetode. En kvalitativ tilnærming. Universitetsforlaget.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015). Etiske retningslinjer. <https://www.etikkom.no/fbib/temaer/personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/konfidensialitet/>

Deegan, P (1990). Spirit breaking: when the helping professions hurt. The Humanistic Psychologist, 18(3), 301-313.

Ek, K.M (1990). Physical therapy as communication: Microanalysis of treatment situations. D Doctoral thesis, Michigan State University.

Ekerholt, K (2002). Psykomotorisk fysioterapi - behandling og samhandling: Psykomotoriske behandlingsprosesser belyst med pasienterfaringer. Hovedfagsoppgave. Universitetet i Bergen. Det medisinske fakultet og det psykologiske fakultet.

Fossheim, H.J (2015). Konfidensialitet. <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Konfidensialitet/>

Gelso, C.J (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. Psychotherapy Research, 24(2), 117-131.

Greenberg, L.S., Elliott, R., Watson, J.C., Bohart, A.C., Silverman, W.H. & Norcross, J.C (2001). Empathy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38(4), 380-384.

Greenson, R.R (1978). The technique and practice of psychoanalysis. London: The Hogarth Press. I: Bjerke, E (2016). Relasjonens betydning i psykoterapi. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136:1908-10.

Gretland, A (2001). Analyse av et bevegelsessystem i et sosialt perspektiv. Fysioterapeuten 68 (6), s 10-16.

- Gretland, A.G (2002). Videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Fysioterapeuten nr 8.
- Gretland, A (2007). Den relasjonelle kroppen. Fagbokforlaget.
- Gunnari, B (1994). Et Behandlingsforløp: En case-studie med psykomotorisk fysioterapi. Hovedfagsoppgave. Universitetet i Oslo. Institutt for spesialpedagogikk.
- Gullestad, S. E (2005). In the beginning was the affect. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 28, 3–10.
- Halvorsen, M.J.L (2016). Terapeutiske potensialer i kroppslig og verbal samhandling. Mastergradsoppgave. Det helsevitenskapelige fakultet Universitetet i Tromsø. Institutt for helse- og omsorgsfag.
- Hardy, G., Cahill, J. & Barkham, M (2007). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: A research perspective. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. New York, NY: Routledge.
- Hargreaves, S (1987). The relevance of non-verbal skills in physiotherapy. *Physiotherapy*. 1987;73:6858.
- Helse og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (St.meld. nr. 47, 2008 – 2009).
- Helse og omsorgsdepartementet (2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). (St.meld. nr. 16, 2010 – 2011).
- Helse og omsorgsdepartementet (2014). Et kunnskapssystem for bedre folkehelse Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg (2015–2018).
- Helsinkideklarasjoenen, 2013. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Horvath, A.O (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365-372.
- Horvath, A.O (2006). The Alliance in Context: Accomplishments, Challenges, and Future Directions. *Psychotherapy: theory, research and practice* 2006; (43): 258-263.
- Ianssen, B (1997). *Bevegelse, liv og forandring*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Irgens, E (2010). Samhandling mellom fysioterapeut og synspedagog i behandling av pasienter med hjerneslag: Tverrfaglig tilnærming i praksis. Masteroppgave. Det helsevitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø



- Isdal, P (2012). Syk av å være psykolog.  
<http://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/syk-av-aa-vaere-psykolog>
- Iversen (2008) Iversen, K. I., Høyser, G., Sexton, H. C. & Grønli, O.K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 433-439.
- Iversen, K. I., Høyser, G. & Sexton, H. C. (2007). Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 504-511.
- Jensen, P (2009). Virkningsdiskursen - Hvordan spørsmålet «hva virker i terapi?» har kommet til å dominere psykoterapiforskningen og vår egen forståelse av terapi. *Fokus på Familien* 2009(03) s. 91-107. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jensen, P (2000). Hvordan kan «den store psykoterapidebatten» påvirke forståelsen av familieterapiforskningen? Hvilken terapeut har det beste tilbudet til hvilken klient?  
[https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/98835/Jensen\\_Hvordan%20kan%20den%20store%20psykoterapi.pdf?sequence=1](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/98835/Jensen_Hvordan%20kan%20den%20store%20psykoterapi.pdf?sequence=1)
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P.A. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Abstrakt forlag.
- Karlsen, G (2011). Merleau-Ponty og kroppen som utgangspunkt for erfaring og eksistens. Religion og livssyn Organ for Religionslærerforeningen i Norge.
- Karlsson, B. & Borg, M (2013). Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser. Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B & Oterholt, F (2015). Profesjonell hjelp. En introduksjon til helse-, sosial- og velferdsfaglig arbeid. Profesjonell hjelp er et arbeid. Vi gjør noe konkret i den hensikt å være til hjelp for andre. Gyldendal akademisk.
- Keeter, S., McGeeney, K., Igielnik, R., Mercer, A (2015). From Telephone to the Web: The Challenge of Mode of Interview Effects in Public Opinion, Pew Research Center Nancy Mathiowetz, University of Wisconsin, Milwaukee.
- Kvale, S (2007). *Doing interviews*. London: Sage Publications.
- Kvale, S. & Brinkmann, S (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- Lambert, M. J. & Simon, W. (2008). The therapeutic relationship: Central and essential in psychotherapy outcome. In S. F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (pp. 19–33). New York: Guilford.
- Lien, J (2016). Relasjonsbegrepet i psykoanalyse, karakteranalyse og Norsk psykomotorisk fysioterapi - er integrasjon mulig? En dimensjonsanalyse. Masteroppgave. Høgskolen i Oslo og Akershus

Leotti, L. A., Iyengar, S. S. & Ochsner, K. N (2010). Born to choose: The origins and value of the need for control. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 457463.

Lunga, E (2013) Psykiatri og utopi: På sporet etter den gode behandling  
<https://einarlunga.wordpress.com/2013/08/09/psykiatri-og-utopi-pa-sporet-etter-den-gode-psykiatri/>

Malterud, K (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring.* Universitetsforlaget.

Malterud, K., Siersma, V.D. & Guassora, A.D. (2015) Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res* 2015 Nov 27. Epub.

Mays, N., Pope, C., & Popay, J (2005). Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10, S6-S20.

McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L. & Priebe, S (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, 37(1), 85-95.

MacLeod, A.S (2012). Betydningen av relasjon i møte mellom fysioterapeut og pasient sett fra et systemisk perspektiv. *Diakonhjemmets høyskole.*

Miller, W. R. & Rollnick, S (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change.* Guilford Press, New York.

Moltu, C & Veseth, M (2008). Frå det fastlåste til det forløsende- om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Vol 45, nummer 8.

Moltu, C (2011). Being a therapist in difficult therapeutic impasses: A hermeneutic-phenomenological analysis of skilled psychotherapists' experiences, needs, and strategies in difficult therapies ending well. Doctoral thesis. Department of Clinical Psychology. The University of Bergen.

Natland, S., Tveiten, S., Knutsen, I.R (2017). Hvorfor skal pasienten medvirke i forskning? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 137:210-2  
<http://tidsskriftet.no/2017/02/kronikk/hvorfor-skal-pasienten-medvirke-i-forskning>

Norcross, J. C (2002). Empirically Supported Therapy Relationships. I J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy Relationships That Work*. Pp. 3-16. Oxford: Oxford University Press.

Nissen-Lie, Helene A (2012). Hva kjennetegner gode og mindre gode psykoterapeuter? - Betydning av terapeutens selvforståelse for prosess og utfall av psykoterapi. *Mellanrummet*. ISSN 2000-8511. 26, s 79- 90.

Norcross, J.C. & Lambert, M.J (2014). Relationship Science and Practice in Psychotherapy: Closing Commentary. 51(3), 398-403.

Oddli, H. W & Kjøs, P (2013). Å gjøre endring relevant – alliansen som knutepunkt. I: K.

Benum, E. D. Axelsen, og E. Hartmann (2013). God psykoterapi. Et integrativt perspektiv. Pax.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskaplig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Forskningsetiske komiteer.

Rogers, C. R (1959). The Essence of Psychotherapy: A Client-Centered View. *Annals of Psychotherapy* 1959; (1): 51-57. I: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/7-behandling-og-oppf%C3%B8lging/7.2-god-terapeutisk-relasj>

Roschelle, J., & Teasley, S (1995). The construction of shared knowledge in collaborative problem solving. *Computer supported collaborative learning* (69–97). Heidelberg: Springer-Verlag.

Rothschild, B (2002). Understanding dangers of empathy. *Psychotherapy Networker*. <http://www.somatictraumatherapy.com/dangers-of-empathy/>

Rothschild, B (2006). Help for the helper. The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma. New York. W.W. Norton & Company

Rygge, E (2015). Norsk psykomotorisk fysioterapi; Betydningen av den terapeutiske relasjonen og måleverktøyet N-STAR. Masteroppgave. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Råbu, M., Binder, P.E., & Haavind, H. (2013). Negotiating ending: A qualitative study of the process of ending psychotherapy, *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 15, 274–295.

Safran, J.D. & Muran, J.C (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.

Schibbye, A.L.L (1996). Anerkjennelse – en terapeutisk intervensjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 7, 530 – 537.

Schibbye, A.L.L (2004). Hva sier jeg til klienten i psykoterapi? Noen sammenhenger mellom et filosofisk grunnsyn, relasjonsteori og vårt terapeutiske språk. *Tidsskrift for psykologi*, nr. 2, årg. 58, s. 20-27.

Schibbye, A-L.L (2004). Den gode dialogen. *Skolepsykologi*, nr. 2, årg. 39, s. 3-15.

Schibbye, A.L.L (2009). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Universitetsforlaget.

Schibbye, A.L.L & Løvlie, E (2017). *Du og barnet. Om å skape gode relasjoner med barn*. Universitetsforlaget.

Skau, G.M (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Cappelen Damm Akademisk.

Skårderud, F (2011). Den fenomenale kroppen. Tidsskrift for norsk psykologforening. 48.632–649

Smith, R (2003). Preparing for partnership. BMJ 2003; 326 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7402.0>

Steinsvik, K (2008). Kunnskap om kroppen mellom grep og begrep. Doktorgradsavhandling. Kungliga Tekniska Högskolan. Institution för Industriell ekonomi och organisation. Stockholm.

Stokkenes, G (1997). Erkjennelse og anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi. En studie av verbal- og nonverbal kommunikasjon mellom pasient og fysioterapeut i to behandlingsforløp. Hovedfagsoppgave. Universitetet i Bergen. Det medisinske fakultet.

Stokkenes, G. (2009). Hvordan samhandle aktivt med pasienten i fysioterapibehandlingen. I: Ekerholt, K (Red.), Festskrift til Berit Heir Bunkan (s. 247-255). Høgskolen i Oslo og Akershus.

Strong, T., Sutherland, O., og Ness, O (2011). Considerations for a discourse of collaboration in counseling. Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy, 2(1), 25-40.

Svennevig, J (2001). Språklig samhandling. Innføring I kommunikasjonsteori og diskursanalyse. Landslaget for Norskundervisning. Cappelen Akademiske Forlag.

Sylliaas, H (2004). Hva med relasjonen mellom pasienten og fysioterapeuten i behandlingssituasjonen?: En kvalitativ studie med fokus på hvordan en gruppe fysioterapeuter omtaler og vektlegger relasjonen i behandlingssituasjonen. (Hovedfagsoppgave). Universitetet i Oslo.

Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk Fysioterapi - tenkning og tilnærming, del 1. Utposten, 5 28-33.

Thornquist E. (2006). Psykomotorisk Fysioterapi - tenkning og tilnærming, del 2. Utposten, 6 29-33.

Thornquist, E (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2(1), 30-44.

Thornquist, E (1998). Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Ad Notam Gyldendal

Thornquist, E (2009). Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. Gyldendal akademisk.

Thornquist, E. & Bunkan, B. (1986). Hva er psykomotorisk behandling? Universitetsforlaget.

Thornquist, E & Bunkan, B.H (1995). Hva er psykomotorisk behandling? Universitetsforlaget.

- Thornquist, E. & Gretland, A (2003). Kropp, samtale og deltakelse. Del II: En nærstudie. *Fysioterapeuten*, 2003; (9), 15-20.
- Thomassen, M (2006). Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag. Gyldendal akademisk.
- Ulvenes, P.G., Berggraf, L., Hoffart, Asle., Stiles, T.C., Svartberg, M., McCullough, L. & Wampold, B.E (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome *Psychotherapy*, Vol 49(3), Sep 2012, 291-302.
- Wampold, B.E. og Brown, G.B (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 73, 914–923.
- Wachtel, P (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The Guildford Press.
- Williams, R., Farquharson, L., Palmer, L., Bassett, P., Clarke, P., Clark, D., Crawford, M (2016) Patient preference in psychological treatment and associations with self-reported outcome: national cross-sectional survey in England and Wales. *BMC Psychiatry* 2016:4 DOI: 10.1186/s12888-015-0702-8
- Zachrisson, A (2008). Motoverføring i psykoanalyse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 939–948.
- Zeiner, H.K (2013). Intersubjektiv samhandling og gyldne øyeblikk i Norsk psykomotorisk Fysioterapi. Mastergradsoppgave. Universitetet i Tromsø. Det helsevitenskapelige fakultet.
- Øberg, G (2009). Fysioterapeuters oppmerksomhet og dynamiske hender i behandling av for tidlig fødte barn. *Fysioterapeuten*, 2009(8), 18-25.
- Øien, A.M (1999). Å utvikle kunnskap om egen kropp. En kvalitativ studie av psykomotoriske behandlingsforløp. Hovedfagsoppgave. Universitetet i Bergen. Institutt for Samfunnsmedisinske fag.
- Øien, A.M (2010). *Change and Communication. Long-Term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain*. Doctoral Thesis. Bergen: University of Bergen.
- Øien, A.M & Solheim, I.J (2015) Interdependency between embodied experiences and professional knowledge. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2015, 10: 28432
- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S., & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1).
- Øvreberg, G & Andersen, T (2002). Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi: En metode til omstilling av anspent muskulatur og hemmet respirasjon. Skarnes: Compendius.

## Vedlegg

1. Svarbrev frå NSD
2. Informert samtykke
3. Intervjuguide
4. Svarmail frå NSD



Aud Marie Øien  
Avdeling for helsefag Høgskulen i Sogn og Fjordane  
Postboks 523  
6800 FØRDE

Vår dato: 02.08.2016

Vår ref: 49053 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.06.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49053	<i>Relasjoner i Norsk psykomotorisk fysioterapi</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Aud Marie Øien</i>
Student	<i>May Britt Hauge</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 26.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Marianne Høgetveit Myhren tlf: 55 58 25 29

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

## Forespørsel om deltaking i forskingsprosjekt

# RELASJONAR I NORSK PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

Dette er ein førespurnad til deg om å delta som intervjuobjekt i eit forskingsprosjekt som skal undersøke relasjonen mellom den som søke hjelp og den som skal hjelpe i Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Både erfarne psykomotoriske fysioterapeutar og pasientar som har fått kjennskap til den faglege tilnærminga psykomotorisk fysioterapi får forespørsel om å delta i studien. Denne studien er eit sjølvstendig arbeid ved Master i samhandling innan heile- og sosialtenester ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

### Kva inneber prosjektet for deg?

For deg inneber prosjektet at du vil bli intervjuet i om lag ein time av masterstudent May Britt Hauge, som ynskjer å få fram di erfaring, oppleving og forståing med det relasjonelle aspektet mellom psykomotorisk fysioterapeut og pasient i behandlingssituasjon. Dette prosjektet har til hensikt å utvikle meir kunnskap for å forstå menneske si erfaring og forståing med fenomenet relasjon i Norsk psykomotorisk fysioterapi. Deltaking i studien vil omfatte intervju med både psykomotoriske fysioterapeutar og pasientar.

Sidan intervjuet omhandlar dine erfaringar og tankar vil det få ein sensitiv og personleg karakter. Difor vil all informasjon bli anonymisert utan risiko for gjenkjenning. Datatilsynet sine reglar og prosedyrar vil bli følgde slik at materialet blir oppbevart nedlåst og utilgjengeleg for utanforståande. Ingen andre enn undertekna vil ha tilgang til lyd materialet som vil bli sletta når prosjektet er planlagt fullført i juni 2017.



## Frivillig deltaking og moglegheit for å trekke tilbake samtykke

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg utan å oppgi grunn.

Dersom du trekker deg kan du krevje å få sletta innsamla opplysningar, med mindre opplysningane allereie er inkludert i analysar eller brukt i vitskapelege publikasjonar.

Å delta i studien vil ikkje få konsekvensar for deg som psykomotorisk fysioterapeut eller for din vidare behandling hjå psykomotorisk fysioterapeut. Dersom du ynskjer å delta underteiknar du samtykkeerklæringa på siste side.

## Kontaktpersonar

Har du spørsmål til studien kan du kontakte;

Masterstudent May Britt Hauge, Høgskulen i Sogn og Fjordane.  
e-post; [maybritthauge@hotmail.com](mailto:maybritthauge@hotmail.com), tlf: 41673908.

Førsteamanuensis og rettleiar Aud Marie Øien, Høgskulen i Sogn og Fjordane.  
[aud.marie.oien@hisf.no](mailto:aud.marie.oien@hisf.no), tlf: 91871897.

## Godkjenning

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, kalla Norsk Samfunnsvitenskapelig Datateneste AS (NSD).

## Samtykke til deltaking

### EG HAR MOTTEKE INFORMASJON OM STUDIEN OG VIL DELTA

-----  
Stad og dato

-----  
Deltakar sin signatur

-----  
Deltakar sitt namn med trykte bokstavar

### Kontaktinformasjon

-----  
Telefon

-----  
E-post  
-----

# INTERVJUGUIDE FOR PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPEUT

## Bakgrunn

Kan du fortelje kvar du jobbar og kva som er dine arbeidsoppgåver?

Kan du seie noko om din veg for å bli psykomotorisk fysioterapeut?

-utdanna når/kvar?

Kva har vore din faglige utviklingsveg etter at du vart utdanna psykomotorisk fysioterapeut?

Kva kjenneteiknar din måte å formidle den faglege tilnærminga NPMF?

## Tilfreds som psykomotorisk fysioterapeut

Kor nøgd er du med å vere NPMF?

Korleis har din tilfredsheit auka evt. minka i løpet av arbeidstida di?

## Relasjonar i terapien

Kva legg du i omgrepet relasjon?

Kva er ein god relasjon for deg mellom terapeut og pasient i behandlinga? Eksempel

Kva kjenneteiknar ein dårleg relasjon for deg mellom terapeut og pasient? Eksempel

-*kva* butta imot og *når* butta det imot?

Korleis skapar du god relasjon mellom deg og pasienten? Eksempel

-kva er dei viktigaste faktorane meiner du for å lukkast med å skape ein god relasjon?

Når du utøver NPMF korleis vektar du fordelinga av den faglege tilnærminga (metoden) vs relasjonen i terapisisituasjonen?

-når opplever du metoden er viktigare enn relasjonen og omvendt?

## Utfordringar i terapien

Terapisituasjonen kan innimellom bryte i saman, kvifor oppstår slike situasjonar tenkjer du?

- kan du fortelje eit eksempel på at du har mestra å igjennvinne situasjonen?
- kan du fortelje eit eksempel på det motsette?

Når er det du har valgt å avslutte behandlingsserien i stadenfor å gå i gang med relasjonsskapande samhandling att?

- når relasjonen er vanskeleg å gjenvinne?
- når NPMF ikkje ser ut til å fungere?

Korleis har maktfordelinga vore mellom pasient og terapeut i slike situasjonar?

- makt *over* pasienten som søkte hjelp i helsevesenet
- vektla medverking?

I eigen yrkeskarriere kan du komme med eksempel på terapisituasjonar der det var både vanskeleg og utfordrande å vere tilstades i eige liv samstundes som du skulle vere tilstades og nær for pasienten?

- klarde du å løyse det og evt korleis løyste du det?

## Avslutning

Er det noko du gjerne vil leggje til?

Korleis opplevde du samtalen var for deg?

## Bekrefting på endring frå NSD

Prosjektnr: 49053. Relasjonar i Norsk psykomotorisk fysioterapi

Hei May Britt,

Kort fortalt, så krever ikke dette noen endringsmelding til oss. Vi legger oss ikke opp i om du bruker alt materialet til masteren. Det eneste vi bryr oss om er behandling av personopplysninger. Så om du fortsatt har samme prosjektslutt og dato for anonymisering av datamaterialet, så legger vi oss ikke opp i publisering av vitenskapelige funn, så lenge det er innhentet et dekkende samtykke som samsvarer med publiseringsform. Noe jeg forstår er innhentet.

Jeg avslutter saksbehandling uten å behandle endringen.

--

Vennlig hilsen | Best wishes

Audun G. Løvlie

Rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 23 07

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

[postmottak@nsd.no](mailto:postmottak@nsd.no) [www.nsd.no](http://www.nsd.no)