



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MAFYS603-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	02-05-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	15-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MAFYS603 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	205
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	6467
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	3
Andre medlemmer i gruppen:	202

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



MASTEROPPGAVE

Hvordan se helheten når hodet verker?

En kvalitativ studie om pasienter med migrene og deres erfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapi som behandlingstilnærming.

How to consider the whole when your head aches?

A qualitative study about patients with migraine and their experiences with Norwegian physiotherapy as a treatment approach.

Mina Elise Skogen og Amalie Sydtveit

Master i klinisk fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Psykiske og psykosomatiske helseproblem

15. mai 2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Etter tre år med intensivt arbeid nærmer masterstudiet i klinisk fysioterapi seg slutten. Det har vært en begivenhetsrik reise, både faglig og personlig. I løpet av årene har vi vært gjennom en pandemi, fått økt vår faglige kompetanse og knyttet vennskapsbånd med studenter vi har møtt gjennom studiet.

Først og fremst vil vi takke deltakerne i studien for at de har bidratt med sine erfaringer og dermed gitt oss et lite innblikk i deres verden. Uten dere hadde vi ikke fått fordypet oss i et tema vi finner interessant og mener fortjener et større fokus.

Videre vil vi takke kolleger, venner og familie for oppmuntrende ord, støtte og gode råd gjennom denne prosessen.

Sist, men ikke minst, hadde vi ikke klart å komme oss i mål med oppgaven uten våre veiledere, Tove Dragsund og Janiche Helen Pedersen. Vi har hatt stor nytte av deres faglige tyngde og kompetanse innen kvalitativ forskning. Takk for støtte og god veiledning gjennom denne prosessen.

Denne masteroppgaven er skrevet som et artikkelmanuskript med henblikk på publisering i *Fysioterapeuten* (1).

Mina Elise Skogen og Amalie Sydtveit

“Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på å finne ham der hvor han er og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst” - Søren Kierkegaard

Innhold

Forord.....	2
Innhold	3
Tabelloversikt.....	4
Sammenfatning	5
Abstract	6
Innledning	7
Teoretiske perspektiver	9
Norsk psykomotorisk fysioterapi	9
Kroppsfenomenologi	9
Intersubjektivitetsteori.....	9
Metode	10
Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	10
Uvalg.....	11
Innsamling av data	11
Analyse.....	12
Forforståelse.....	14
Etiske betraktninger.....	14
Resultater	14
Se hele meg	15
En helhetlig tilnærming	15
Å utforske sammen.....	16
Kroppen – en kilde til økt forståelse av seg selv	16
Kroppen i en sammenheng	16
Å gi følelsene en utvei.....	17
Hjelp til selvhjelp	17
Fra behandlingsrommet til hverdagen	17
Å ta vare på seg selv.....	18
Diskusjon	18
Se hele meg	18
Kroppen – en kilde til økt forståelse av seg selv	20
Hjelp til selvhjelp	21
Diskusjon av metode	21
Avslutning.....	23

Litteraturliste	24
Vedlegg	26
Vedlegg 1 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	26
Vedlegg 2 Intervjuguide	29
Vedlegg 3 Uttalelse fra Regionale etisk komite	32
Vedlegg 4 Godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata	34

Tabelloversikt

Tabell 1 Eksempel på meningsbærende enhet, kondensat og analytisk tekst	13
---	----

Sammenfatning

Bakgrunn: I Norge er det mange personer som er plaget av migrene og konsekvensene er store for samfunnet generelt og individet spesielt. Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive erfaringene pasienter med migrene har med norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF).

Metode: Kvalitativt forskningsdesign forankret i en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming. Datainnsamling ble foretatt gjennom individuelle, semistrukturerte intervjuer med fire voksne kvinner med migrene. Malteruds systematiske tekstkondensering ble benyttet som dataanalyse.

Resultat: Analysen ledet til tre resultat kategorier som beskriver deltakernes erfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapi; “Se hele meg”, “Kroppen - en kilde til økt forståelse av seg selv” og “Hjelp til selvhjelp”.

Konklusjon: Deltakerne opplevde at NPMF var til hjelp for å oppdage sammenhenger mellom tidligere livserfaringer, nåværende livsstil og kroppslige reaksjoner, og hvordan dette kunne henge sammen med migreaneanfall. Resultatene antyder at NPMF som behandlingstilnærming kan være egnet for denne pasientgruppen.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, migrene

Abstract

Background: Numerous people suffer from migraine in Norway. Such a trend leads to considerable consequences for both our society and the individual in particular. The purpose of this study is to investigate and describe the experiences patients with migraine have with Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP).

Methods: Qualitative research design rooted in a hermeneutic and phenomenological approach. Data collection was carried out through individual, semi-structured interviews with four adult women with migraine. Malterud's systematic text condensation was employed as a data analysis method.

Result: The analysis led to three result categories that describe the participants experiences with Norwegian Psychomotor Physiotherapy: "See all of me", "The body - a source of increased understanding of oneself" and "Help to self-help".

Conclusion: The participants found that the NPMP helped them to discover connections between previous life experiences, current lifestyle, and bodily reactions, and how this could be connected to migraine attacks. The results imply that NPMP as a treatment approach may be suited to this patient group.

Key words: Norwegian Psychomotor Physiotherapy, migraine

Innledning

I Norge er det mange som er plaget av migrene. Konsekvensene er store for samfunnet generelt og individet spesielt. Migrene er en nevrologisk sykdom med et komplekst symptombylle. De fleste som rammes er kvinner i skole- og arbeidsfør alder. I dag vet vi lite om hvilken betydning norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) kan ha for denne pasientgruppen.

Nylig ble det publisert en NOU-rapport om kvinners helse og betydning av kjønn i helse. Der kom det frem at tre ganger så mange kvinner som menn er plaget av migrene. Hele 43 prosent av kvinner mellom 25-44 år har i løpet av de siste tre månedene hatt varige eller tilbakevendende hodesmerter eller migrene (2). En rapport utviklet av Oslo Economics, som er et helse- og samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø, har sett på migrene i et samfunnsperspektiv. Den peker på at det i 2019 ble utbetalt 1,1 milliarder kroner fra NAV knyttet til personer med migrene, hvor av 85 prosent gikk til kvinner (3). Ser man på den yngre andelen kvinner, mellom 16-24 år, har halvparten vært plaget med hodesmerter eller migrene i løpet av de siste tre månedene (2). Konsekvensene av dette er at mange blir begrenset i en fase av livet som er viktig for utdanningsmessig, personlig og sosial utvikling (3). Sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv vil et optimalt behandlingstilbud utgjøre store økonomiske fordeler.

Den internasjonale klassifiseringen av hodepine ICDH-3 er delt opp i tre hovedkategorier. Diagnosen migrene er organisert under gruppen primærhodepine (4). Migrene er en kronisk, episodisk og nevrologisk sykdom med anfall på 4-72 timer. Behandlingen av migrene deles opp i tre ulike tilnærminger; ikke-medikamentelle, smertestillende og anfallskuperende tiltak, og profylakse. Risikofaktorer for migrene er familiær historie, kvinne, overvekt, stressende livshendelser, overforbruk av medisiner og søvnforstyrrelser (5). Ifølge retningslinjer bør fysioterapi være en del av behandlingen dersom pasienten har konstante muskelspenninger i forbindelse med anfall. Samtidig anbefales det at pasienten lærer seg avspenningsteknikker (6).

Det foreligger ikke evidens for et kausalt forhold mellom stress og nye tilfeller av migrene, migreaneanfall, eller at sykdommen blir kronisk. Likevel er det svært vanlig at pasientene relaterer stress til migreaneanfall. Retningslinjene legger derfor vekt på at det bør være fokus på hvordan individene håndterer stress og at det bør tilbys pasienter veiledning i stresshåndtering (7). I den forbindelse kan man argumentere for at NPMF kan være et slikt tilbud. I tidsskriftet Fysioterapeuten kommer det frem at NPMF kan veilede pasienter til friere

pust og en dynamisk regulering av kroppslige spenninger. Dette kan gjøre pasienten bedre i stand til å håndtere stress (8).

Det har blitt gjort forskning på pasienter med migrene og effekten av ulike tiltak innenfor fysioterapi. I 2016 ble det publisert en systematisk oversikt som undersøkte effekten av diverse fysioterapitiltak hos pasienter med ulike typer hodepine. Tiltakene var øvelser, manuellterapi, bløtvevsbehandling, og styrke- og utholdenhetstrening. Oversikten konkluderte med at fysioterapi reduserte intensitet, hyppighet og varighet på migreaneanfall. Flertallet av de inkluderte studiene i oversikten var dessverre av lav metodisk kvalitet (9). I etterkant har en rekke ulike studier blitt publisert. En randomisert kontrollert studie ved Akershus universitetssykehus undersøkte effekten av manipulasjonsteknikker. De konkluderte med at det var ingen effekt utover placebo (10). Det har også blitt gjort en oversiktsartikkel om fysisk aktivitet og migrene. Den kom frem til at regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til mindre hyppige migreaneanfall (11).

Det har ikke blitt gjort studier på NPMF og migrenepasienter, men flere rettet mot andre pasientgrupper. Nylig ble en scoping review studie av NPMF publisert. Den inkluderte 93 studier hvor de med kvantitativ tilnærming i all hovedsak dreide seg om utvikling og standardisering av kroppundersøkelsen. De kvalitative studiene tok for seg pasient og behandler sitt perspektiv på erfaringer gjort i undersøkelsen og behandlingen. Studien konkluderte med at det generelt er behov for mer forskning i fagfeltet (12).

Blant tidligere studier finner man forskning på blant annet overføringsverdien fra behandlingsrommet til hverdagen hos personer med langvarige muskel- og skjelettplager (13). En annen studie har undersøkt hvilke erfaringer pasienter med sammensatte lidelser har med NPMF som behandlingstilnærming (14). Det har også blitt sett på hvordan pasientens selvivaretagelse utviklet seg som følge av det relasjonelle samspillet mellom fysioterapeut og pasient i NPMF (15).

Formålet med denne studien er å utforske og beskrive hvilke erfaringer pasienter med migrene har med NPMF. Studien tar for seg hvilke aspekter ved behandlingsnærmingen som var viktig for dem, og hva de tok med seg videre i hverdagen. Vi ønsker å bidra med ny kunnskap, som på sikt kan være med å skape en helhetlig behandlingstilnærming for denne pasientgruppen.

Forskningsspørsmålet er som følger:

Hvilke erfaringer har pasienter med migrene fra norsk psykomotorisk fysioterapi?

Hvilken betydning hadde erfaringene for dem?

Teoretiske perspektiver

Som teoretisk rammeverk vil det bli gjort rede for NPMF og kroppsfenomenologiens grunnleggende trekk. I tillegg anvendes intersubjektivitet og Benjamins teori for å gi en dypere forståelse av relasjonens rolle i behandlingssituasjonen.

Norsk psykomotorisk fysioterapi

NPMF ble utviklet av fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy. Dette er en ressursorientert tilnærming, der hele mennesket og kroppen står i sentrum. For å forstå en persons bevegelses- og reaksjonsvaner legges flere faktorer til grunn; muskulære spenninger, pust, følelser, erfaringer gjennom livet og nåværende livssituasjon.

Fysioterapeutens tilnærming har en sentral betydning for at pasienten skal kunne oppdage og gjenkjenne vanemønstrene. Behandlingen og målene er tilpasset den enkelte pasient.

Overordnet kan man dele behandlingen inn i stabiliserende eller frigjørende tilnærming. Ved å påvirke kroppsholdning, muskulatur og pust initieres en holdningsomstillende prosess, som omfatter mer enn endringer i muskel- og skjelettsystemet (16).

Kroppsfenomenologi

Denne oppgaven ønsker å undersøke hva pasientene erfarer i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut, og materialet som hentes inn er basert på hvordan verden fremtrer for dem.

Med fenomenologien til grunn har Merleau-Ponty utviklet en kroppsteori;

kroppsfenomenologien (17). Der knyttes menneskets subjektivitet til kroppen og mennesket er i verden som kropp. Kroppen er unik fra andre objekter i verden fordi den er noe man har, men også noe man er. Kroppen har flere dimensjoner som er sammenflettet, man er i verden som en synlig seer (visible-seer) og håndgripelig berører (tangible-toucher). Det er som kroppslige subjekter mennesker handler og samhandler med hverandre og omgivelsene (18). Vårt forhold til kroppen utvikles gjennom erfaringer med og gjennom vår kropp, og formes av refleksjoner over møter og erfaringer. Et levd liv vil derfor være forankret i kroppen. På samme måte er man i NPMF bevisst at kroppen er bærer av historie og erfaringer. Det kan gi en forklaring på hvorfor vi handler og reagerer som vi gjør (16).

Intersubjektivitetsteori

Intersubjektivitet blir av Merleau-Ponty forstått som at mennesker er kroppslige subjekter som eksisterer og deltar i verden. Som subjekter forholder vi oss til verden før vi kan beskrive og

reflektere over den. En av dimensjonene for vår eksistens er den sosiale verden. Kroppene våre er synlige for andre, ikke som objekter, men som meningsfulle og kommunikative. På denne måten deler vi gjennom kroppen en felles verden og et fellesskap (19). Thornquist trekker også frem at Merleau-Ponty tillegger språk og bevissthet en annen dimensjon. Det vil si at med kroppen vår erfarer vi verden spontant og dermed er det en kilde til videre uttrykksformer og refleksjoner (17).

Benjamin forklarer intersubjektivitet som en relasjon basert på gjensidig anerkjennelse mellom to subjekter. Det vil si at man har en opplevelse av den andre personen som adskilt fra en selv, men samtidig tilknyttet gjennom gjensidig samhandling (20). Hun beskriver det som en tofelts vei med gjensidig interaksjon mellom subjektene. Når man klarer å skape denne tofelts veien, så kan man ende opp i det "tredje". Benjamin hevder at det "tredje" er et sted der man gir litt slipp på seg selv og tar inn den andre. Det vil si at man kan ta innover seg den andres situasjon, men samtidig akseptere at det er et skille mellom subjektene. Dette samspillet krever en intersubjektiv relatering (20). Benjamin ser det terapeutiske møtet som et samspill mellom ulike opplevelseshorisonter. Vi er i kontakt med hverandre og skaper en felles mening (21). Dette gir rom for et utviklende fellesskap.

Metode

For å få tilgang til deltakernes erfaringer og refleksjoner med NPMF var et kvalitativt forskningsdesign best egnet. I kvalitativ forskning tilstrebes det å komme frem til dybdekunnskap og danne en helhetlig forståelse av få enheter (17).

Vitenskapsteoretisk perspektiv

Med fokus på forståelse og fortolkning skriver studien seg inn i en hermeneutisk vitenskapstradisjon. Hermeneutikken fremhever ideen om at helheten er mer enn summen av delene. Dette blir ofte omtalt som den *hermeneutiske spiral* (17). I praksis betyr det at jo lengre tid man undersøker og drøfter, desto mer lærer man om helhetsbildet. På samme måte som at jo mer man forstår helhetsbildet, desto bedre kan man forstå de ulike delene. Imidlertid er det viktig å ha som bakteppe at vi som forskere aldri er forutsetningsløse; vi har alle våre fortolkninger. Deltakernes utsagn og våre egne subjektive oppfatninger har med andre ord betydning for hva som blir sett på som meningsbærende. Gjennom *tolkningsprosessen* vil vår oppfatning og forståelse av delene og helheten forandres og utvides til nytt meningsinnhold (17). Studien har i tillegg en fenomenologisk tilnærming, som er nært beslektet den hermeneutiske forskningstradisjonen (22). I fenomenologi rettes oppmerksomheten mot

verden slik den erfares for subjektet, ikke på verden uavhengig av subjektet (17). Thornquist skriver at livserfaringer og livsvilkår er med på å bestemme hvordan et individ håndterer sykdom og funksjonsproblemer når de oppstår (23). Studien baserer seg på subjektive erfaringer migrenepasienter har med NPMF som behandlingstilnærming. Med andre ord var den subjektive opplevelsen en forutsetning for fortolkning og forståelse av fenomenet vi undersøkte (17).

Utvalg

I rekrutteringsprosessen valgte vi å sende ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 1) via e-post til en rekke psykomotoriske fysioterapeuter, som stod oppført på Oslo kommune sin hjemmeside. Av praktiske hensyn valgte vi Oslo fordi det var ønskelig med fysisk oppmøte til intervju. For å delta i studien måtte migrene være den primære årsaken til at de hadde oppsøkt psykomotorisk fysioterapi. I tillegg måtte de ha fylt 18 år og hatt 10 eller flere behandlinger. Det ble rekruttert fem deltakere, men to valgte å trekke seg før intervjuet fant sted. Vi valgte derfor å sende henvendelse til to psykomotoriske fysioterapeuter utenfor Oslo. Dette resulterte i rekruttering av ytterligere en deltaker som passet inklusjonskriteriene. De fire som takket ja til deltakelse signerte samtykkeerklæring før intervjuet fant sted. Samtlige av deltakerne hadde prøvd ikke-medikamentell behandling tidligere. Ikke-medikamentelle tiltak var kiropraktikk, muskelterapi, akupunktur, yoga, fysioterapi, reiki og manuellterapi. Medikamentell behandling var CGRP-hemmere, blodfortynnende og botox. Deltakerne er alle kvinner med et aldersspenn på 26-48 år med varierende utdanningsnivå, familieliv og deltakelse i arbeidslivet. Vi hadde ingen kjennskap til verken deltakerne eller terapeutene som bistod med rekruttering fra tidligere.

Innsamling av data

Studien baserer seg på fire individuelle semistrukturerte intervjuer av kvinnelige migrenepasienter som har gått til NPMF (22;24). På forhånd av intervjuene ble det utformet en intervjuguide som ga oss en oversikt over tema vi ønsket at intervjuene skulle belyse (vedlegg 2). Under intervjuene la vi vekt på å stille åpne spørsmål for å gi rom for refleksjoner. Alle intervjuene ble utført etter arbeidstid på arbeidsplassen til den ene forskeren. Ett intervju ble foretatt fysisk sammen med deltaker. De tre andre ble gjennomført digitalt over Teams. Begge forskerne var til stede under alle intervjuene. De varte mellom 30-45 min og ble tatt opp med bruk av taleopptak på mobiltelefon i flymodus. Lyden fra taleopptakene var av god kvalitet. En utfordring vi møtte på, var å tyde noen av ordene til en deltaker som ikke hadde norsk som morsmål. Vi vekslet på å lede intervjuene og den som

ikke hadde lederansvaret noterte ned refleksjoner underveis. Den som hadde ansvaret for intervjuet, transkriberte materialet kort tid etter gjennomføringen for kvalitetssikring. I henhold til Høgskulen på Vestlandet (HVL) sine retningslinjer (25) ble lydfil overført til kryptert minnepinne, og deretter overført til en sikker forskningsserver. Lydfilene ble umiddelbart slettet fra minnepinnen og mobiltelefonen. Dette var for å ivareta deltakernes personvern.

Analyse

Malteruds systematiske tekstkondensering (STK) ble benyttet som analysemetode av de transkriberte intervjuene. Analysemetoden ble valgt fordi den er punktlig og velegnet for oss som er nye i forskerrollen. STK er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Hovedpoenget i STK er å rekontekstualisere deltakernes erfaringer og refleksjoner (24). Analysen består av fire trinn. Vi jobbet sammen, og gikk dynamisk gjennom materialet under hele analyseprosessen. Som uerfarne forskere benyttet vi muligheten til å drøfte datamaterialet trinn for trinn med veilederne våre.

Første trinn gikk ut på å danne et helhetsbilde. Vi leste de transkriberte intervjuene hver for oss. Etter felles drøfting og diskusjon kom vi frem til overordnede temaer; *“kroppsbevissthet”, “overføring til hverdagen”, “tid og rom”, “selvivaretakelse” og “å oppdage og forklare sammenhenger”*.

I andre trinn sorterte vi materialet vi ville studere nærmere under temaene som ble dannet i første trinn. Systematiseringen kalles koding (24). De enhetene vi så på som meningsbærende ble sortert under fem reviderte foreløpige temaer som la grunnlag for kodegrupper. I dette trinnet ble noen koder slått sammen og andre oppløst da vi fikk en dypere forståelse av hva deltakerne snakket om. Eksempelvis fikk temaet kroppsbevissthet koden *“kroppen som innsikt”* med subkodene *“kroppsbevissthet”, “å oppdage og forklare sammenhenger” og “følelser”*. Det var en tidkrevende prosess siden materialet opplevdes sammenvevd og de meningsbærende enhetene ble flyttet rundt mellom kodegruppene.

I tredje trinn ble informasjonen fra kodegruppene abstrahert. Materialet ble sortert i to til tre subgrupper for hver kodegruppe. Subgruppene presenterer hovedaspekter og nyanser i kodegruppene, og ender opp som en presentasjon av tydelige hovedfunn. I dette trinnet plukket vi også ut *“gullsiter”* som fremhevet de empiriske dataene. Subgruppene la grunnlag for analyseenhet, der et kunstig kondensat i jeg-form ble utviklet. Kondensatene utgjør en sum av deltakernes stemmer og er så tekstnære som mulig. Jeg-formen minnet oss på at vi fortsatt

representerte deltakerne. Dette til tross for at de meningsbærende enhetene er hentet på tvers av deltakerne. Ordlyden i kondensatene var basert på hvordan de uttrykte seg.

Kondenseringen hjalp oss med å få ny innsikt og se hovedessensen i det deltakerne fortalte. Vi innså at noen av de foreløpige kodegruppene ikke passet inn, noe som gjorde at vi måtte gjøre ytterligere justeringer av gruppene. Eksempelvis ble subgruppen “følelser” flyttet fra kodegruppen “hjelp til selvhjelp” til “kroppen - en kilde til økt forståelse av seg selv”, og subgruppen “tid og rom” ble erstattet og slått sammen med subgruppen “helhetlig tilnærming”. Se tabell 1 for eksempel fra analyseprosessen.

Tabell 1. Eksempel på meningsbærende enheter, kondensat i jeg-form og analytisk tekst fra tverrgående analyse om erfaringer migrenepasienter har med NPMF.

Kodegruppe: hjelp til selvhjelp Subgruppe: fra behandlingsrommet til hverdagen		
Eksempel på meningsbærende enheter	Kondensat i jeg-form	Analytisk tekst
<p>Jeg går på pilot automatikk, men når jeg får angst eller klaustrofobi eller sterke hodepine eller noe sånn der kommer der, der kommer jeg til, tilbake til all, tilbake til all hennes kunnskap. Pust, og ja, ha kontakt med kroppen. Så når jeg trenger the most da. (1)</p> <p>Det er jo det som er utfordringen, tenker jeg med en sånn type behandling da at det er jo kjempevanskelig i de stressende situasjonene eller i situasjoner hvor du har sovet dårlig, eller det er et eller annet. Så er det kjempevanskelig å benytte seg av gode råd og triks fordi at da er man så koblet av egentlig at det er vanskelig å ta seg i det. Så det enkleste er jo selvfølgelig når det ikke er noe stress og jeg kjenner at nå, nå er det masse plass og tid og sånn, men mens, når det er mye stress og spenninger, så er det vanskelig. (2)</p> <p>Jeg er nok vært veldig god på en måte å fly fra det ene til det andre og på en måte vært litt høyt, men det der å kjenne at nå sitter jeg, nå ligger jeg, at du får den tyngdefornemmelsen i kroppen</p>	<p>I behandlingssituasjonen fungerer det bra å være oppmerksomt til stede i øvelser og massasje, men i en stressende hverdag er det utfordrende å få til. Jeg retter da lettere oppmerksomheten til det jeg gjør og glemmer å kjenne etter i kroppen. Jeg går på en slags «autopilot». Rådene jeg har fått av fysioterapeuten har vært enkle å følge når jeg har hatt ro og tid til meg selv, men jeg har også funnet de frem når livet har vært veldig vanskelig. Jeg har alltid hatt mye fokus på plagene jeg har i kroppen, men nå klarer jeg i større grad å bare registrere og akseptere dem. Jeg krisemaksimerer ikke like mye lenger. Nå prøver jeg å stoppe opp og gi meg selv tid til være til stede i kroppen. For meg har oppdagelsen av tyngdefornemmelsen i kroppen og evnen til å slippe pusten vært viktig for at jeg kan slappe av og finne ro. Jeg ser at jeg bruker verktøyene jeg har lært både helt bevisst og andre ganger ubevisst. Totalt sett har det ført til at jeg har hatt mindre tilløp til migrene den siste tiden.</p>	<p>Å overføre erfaringer og kunnskap fra behandlingsrommet til hverdagen var til tider utfordrende for deltakerne. Det var ikke en overordnet samstemthet om når de klarte å benytte seg av det de hadde lært. For enkelte handlet det om å bruke disse verktøyene når livet var på sitt mest utfordrende. For andre var det lettere når de hadde tid og ro rundt seg. Det var også forskjellig hva pasientene hadde behov for i hverdagen. For noen handlet det om å registrere og akseptere plagene i kroppen, for andre handlet det om å gi seg selv tid til å være i kroppen og kjenne tyngdefornemmelsen, og slippe pusten til. Enkelte erfarte at disse tilnærmingene hadde blitt en vane, mens for andre krevde det en del fokus og bevisstgjøring for å få det til i hverdagen.</p>

det har jeg jobbet bevisst med når jeg skal slappe av. (3)		
--	--	--

I fjerde trinn ble funnene sammenfattet i fortolkende synteser. Dette la grunnlag for nye beskrivelser og begreper. Etter gjentatte lesninger, drøftinger og diskusjoner endte vi til slutt med resultatkategoriene “*Se hele meg*”, “*Kroppen – en kilde til økt forståelse av seg selv*” og “*Hjelp til selvhjelp*”. Resultatkategoriene rommer to underkategorier hver. Vi har gjennom analyseprosessen vektlagt å holde oss nær nok det transkriberte materialet for å løfte analysen over det trivielle. Resultatkategoriene og underkategoriene er presentert i resultater på s. 15.

Forforståelse

Den hermeneutiske filosofen Gadamer forklarte at alle mennesker bringer med seg bevisste og ubevisste oppfatninger, en *forståelseshorison*t, i alt vi gjør og møter på i vår livsførsel (17). Gjennom praksisarbeid i forbindelse med utdanningen og arbeidslivet har vi begge fulgt opp pasienter med migrene. Tidligere erfaring og egne levde liv har betydning for vår forståelse av denne pasientgruppens symptomer og utfordringer. Implisitt vil valg av tema, vinklinger i analyse og oppgaveskrivingen være noe preget av vår forforståelse. Samtidig har vi gjennom prosessen hatt fokus på refleksjon og bevissthet rundt egen forforståelse og som forskere. Dette er bedre kjent som refleksivitet i kvalitativ forskning (17;22;24).

Etiske betraktninger

Søknad om godkjenning for oppstart av studien ble sendt til Regional Komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk Senter for forskningsdata (NSD). REK vurderte studien som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning (vedlegg 3). Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §2 og §4 (26;27). Før vi innhentet personlige opplysninger for studien ble spørreskjemaet vårt godkjent av NSD (vedlegg 4). De aktuelle deltakerne fikk samtykkeskjema på forhånd og signerte før intervjuet fant sted. Deltakerne fikk tilpasset informasjon om hva dataen skulle brukes til og forskningsprosjektets formål. Vi tydeliggjorde at deltakerne kunne trekke seg når som helst fra studien uten konsekvenser, og at innhentede opplysninger skulle bli slettet (28). Ingen av deltakerne trakk seg.

Resultater

Analysen av de transkriberte intervjuene resulterte i tre resultat kategorier som hver består av to underkategorier. Disse fremstår representative for deltakernes erfaringer. Den første resultat kategorien er “*Se hele meg*” og består av underkategoriene “*En helhetlig tilnærming*”

og “Utforske sammen”. Videre beskrives underkategoriene “Kroppen i en sammenheng” og “Gi følelsene en utvei” under resultatkategoriene “Kroppen - en kilde til økt forståelse av seg selv”. Til slutt presenteres “Hjelp til selvhjelp” med underkategoriene “Fra behandlingsrommet til hverdagen” og “Å ta vare på seg selv”. I sitatene er deltakerne spesifisert med tallene 1-4.

Se hele meg

En helhetlig tilnærming

Deltakerne opplevde å bli møtt og sett, og at den psykomotoriske fysioterapeuten hadde en helhetlig tilnærming. Fysioterapeuten la vekt på at de skulle bli oppmerksomme på sammenhenger mellom fysiske og psykiske plager, og hvordan de hadde det nå kunne henge sammen med tidligere erfaringer. I tillegg opplevde deltakerne aksept for at migrenen ikke nødvendigvis kun handlet om smertene i hodet, men at det kunne henge sammen med andre plager og utfordringer. Noen deltakere beskrev hvordan behandlingen gjorde dem oppmerksomme på hvordan vaner og reaksjonsmønstre kunne ha grobunn i personlige historier og trigge det de opplevde her- og -nå.

4: I behandlingen har det blitt brukt tid på å identifisere hvor spenningen sitter, men vi har også pratet en del om sammenhenger mellom mine fysiske og psykiske plager eller traumer, eller hendelser fra barndommen eller lignende. Så det er jo mye det vi prater om egentlig og som gjør at jeg skjønner mer av mine reaksjonsmønstre.

Samtidig tok det for noen tid å akseptere og bli fortrolig med tilnærmingen. Om dette sa en deltaker:

2: Det tok meg litt tid å akseptere behandlingsformen, for den var veldig fremmed for meg, særlig kombinasjonen av samtale og kroppslig tilnærming. I starten synes jeg det var skikkelig ubehagelig, men nå har jeg gått hos henne i snart et år og jeg har blitt ganske mye klokere.

Deltakerne fremhevet at fysioterapeuten ga dem tid til å akseptere behandlingsformen. Det forstås som tiden de ble gitt i behandlingsrommet og lengden på behandlingsperioden. De erfarte at det var med på å skape trygghet, ro og rom til at de kunne være seg selv uavhengig av hvordan livet var på utsiden av behandlingsrommet.

3: For det første så har man mye bedre tid enn hos andre behandlere. Jeg opplever at det er en mer ro når jeg har vært der, og at det har blitt brukt tid. Jeg opplevde etter hvert at det ble et trygt rom hvor man kunne snakke om det som var viktig for meg. Jeg gikk ikke etterpå og kjente at oi burde jeg sagt det, burde jeg ikke sagt det. Det var trygt.

Å utforske sammen

Fysioterapeuten tilpasset behandlingen til der de var. De ble møtt med anerkjennelse og respekt; grunnleggende holdninger som bidro til at de etter hvert fikk en god relasjon til fysioterapeuten. Relasjonen var også betydningsfull for hele behandlingsprosessen. Deltakerne fremhevet at fysioterapeutens evne til å tone seg inn mot der de var i situasjonen, skapte et rom for nye kroppslige oppdagelser. Samtalene dem imellom bidro også til at de fant ord på og formidlet hva de la merke til i kroppen. En deltaker beskrev hvordan fysioterapeuten i sin veiledning av øvelsene oppfordret henne til å ha en utforskende tilnærming.

2: Å bli gjort oppmerksom på vanene mine har gjort en forskjell for meg. Dette er ting jeg har gjort i 40 år. Det at en annen person ser meg og sier "er du klar over at du gjør sånn, at du sitter sånn, at du står sånn?", og spør "kan du prøve å gjøre dette istedenfor? Kan du slippe opp her?". Det har vært veldig interessant for min del.

En annen deltaker beskrev det slik:

3: Jeg brukte lang tid på å lære meg øvelsene, og sette ord på hva jeg kjente. Fysioterapeuten hjalp meg med å visualisere hva jeg kjente på, for eksempel klump i halsen eller at noe vokser. Det har blitt mye lettere for meg å beskrive det som jeg tidligere syntes var vanskelig ved å bruke bilder på det jeg kjenner. Når vi klarte å få et felles språk for det jeg kjente i kroppen min, ble det mye lettere for henne å koble seg på der jeg var.

Kroppen – en kilde til økt forståelse av seg selv

Kroppen i en sammenheng

Deltakerne ble gradvis mer bevisst på hvordan egen livsstil påvirket dem og migreaneanfallene. De ble klar over at de i liten grad hadde kjent etter i kroppen, og at egne behov ofte var neglisjert. Det handlet i stor grad om hvordan stress i hverdagen førte til spenninger i kroppen og mulige migreaneanfall. En av deltakerne beskrev det slik:

4: Noen ganger kan det bli mye. Når en har vondt i hodet så spenner en seg, og så får man mer vondt i hodet av det og så er det en evig sirkel.

For enkelte gjorde oppdagelsen av sammenheng mellom migrene og kroppslige spenninger at de brukte kroppen til å flytte oppmerksomheten vekk fra migrenen, og dermed gi slipp på den:

1: Jeg hadde hodepine også begynte vi å gjøre en øvelse der vi sitter og fokuserer på andre deler av kroppen, og da var plutselig hodepinen borte.

Det kom også frem hvordan deltakerne ble oppmuntret til å sanse egen kroppsholdning. En deltaker beskrev det slik:

2: Fysioterapeuten tok bilder av meg når jeg satt, og da jeg fikk se det, oppdaget jeg forskjellen mellom det jeg trodde i mitt eget hode, og det som faktisk var tilfelle. Det å bli oppmerksom på det, det var kjempebra. Det var en åpenbaring egentlig.

Å gi følelsene en utvei

Deltakerne trakk frem at det var utfordrende å forholde seg til følelser, enten det var i behandlingssituasjonen eller i hverdagen. En opplevde det som invaderende og ubehagelig når hun fikk spørsmål om hvordan hun egentlig hadde det. I løpet av behandlingsprosessen fikk deltakerne mer kontakt med følelsene, følelser som de tidligere ikke hadde våget å anerkjenne og dermed undertrykte. Å gi følelsene et uttrykk og en utvei var avgjørende for å kunne gi slipp på spenninger og pust. En deltaker uttrykte det slik:

4: Jeg liker ikke å forholde meg til følelser. Sånn at jeg har håndtert dem ved å stenge dem ute. Det setter seg som en spenning i kroppen istedenfor. Mens nå har jeg lært meg litt mer hvordan jeg skal komme de i møte, nettopp for at det ikke skal sette seg som en spenning i kroppen.

På den ene siden kom det frem at økt innsikt om migreaneanfallene førte til mer aksept av egne følelser og reaksjoner. På den andre siden beskrev flere migrene som en følelsesmessig belastning i livet ved at den hindret dem i å fritt delta i sosiale sammenhenger.

2: Jeg er veldig redd for å lage noen avtaler jeg ikke kan komme meg raskt ut av. Jeg har mye erfaring med at jeg må avlyse eller at jeg må gå tidlig hjem fordi jeg har vondt i hodet. Man blir veldig fort en upopulær venn når man har mye usynlig smerte som gjør at du ikke er så gøy på fest.

Hjelp til selvhjelp

Fra behandlingsrommet til hverdagen

Å overføre erfaringer og kunnskap fra behandlingsrommet til hverdagen var til tider utfordrende. Det var ikke en overordnet samstemthet om når de klarte å benytte seg av det de hadde lært. For enkelte handlet det om å bruke erfaringene og øvelsene de hadde arbeidet med i behandlingen når livet var på sitt mest utfordrende. Andre syntes det var lettere når de hadde tid og ro rundt seg.

2: Det er vanskelig å benytte seg av gode råd og triks når det er mye om skjer, for da er jeg koblet av og da er det vanskelig å ta seg i det. Det enkleste er jo selvfølgelig når det ikke er noe stress og jeg kjenner at nå er det tid og rom, men når det er mye stress og spenninger, da er det vanskelig.

Deltakerne kjente på ulike behov i hverdagen. For noen handlet det om å registrere og akseptere plagene i kroppen. Hos andre handlet det om å gi seg selv tid til å være i kroppen, kjenne tyngdefornemmelsen og slippe pusten til. Enkelte erfarte at disse tilnærmingene hadde blitt en vane, mens for andre krevde det en del fokus og bevisstgjøring for å få det til i hverdagen. Slik beskrev to deltakere sine erfaringer fra egen hverdag:

3: Jeg har alltid vært god på å registrere egne plager, men etter den behandlingen har jeg blitt flinkere på å ikke ha like mye fokus på å lete etter plager, men heller registrere dem.

2: Det er noe som jeg gjør kontinuerlig i hverdagen. Jeg tar meg i det og kjenner at jeg strammer og slipper løs, justerer holdningen, og det har blitt en veldig bevisst ting.

Å ta vare på seg selv

Det var en prosess å oppdage hva som kjentes godt i egen kropp, og hvordan de skulle ta bedre vare på seg selv. Å anerkjenne at deler av tidligere livsstil ikke var fruktbart for kroppens funksjon og helse, var en inngang til å lytte til egne behov og kroppens signaler. Flertallet av deltakerne beskrev at de gjennom behandlingsforløpet har fått mer respekt og omtanke for seg selv:

1: Livet mitt har blitt forandret. Når jeg er alene og passer på meg selv og er oppmerksom på kroppens behov, da er plagene stabile, og ikke fullt så voldsomme. Jeg har en annen forståelse for kroppen nå. Jeg behandler den med mer omtanke.

Samtidig ble det trukket frem at det var perioder eller situasjoner der de ikke hadde mulighet til å ta hensyn til egne behov, men de fleste aksepterte dette og var fornøyde med det de fikk til.

3: Å anerkjenne hvordan det er, og hva jeg eventuelt kan gjøre med det. Det er jo ikke alt man får gjort noe med, men for min del har det vært å prioritere egne behov. Nå må jeg hvile for eksempel, eller ta det litt roligere. Ja, den registreringen på en måte. Jeg er helt klart blitt mer bevisst på hva som kan trigge smerter hos meg eller utløse ubehag og hvordan jeg kan stå i det.

Det å være mer oppmerksomt til stede i kroppen og sette grenser har gjort det lettere for enkelte deltakere å manøvrere i en hektisk hverdag. Av den grunn opplever de å ha mindre kroppslige plager.

Diskusjon

Det deltakerne trakk frem som viktige erfaringer i NPMF var at de ble sett på som et helt menneske, og at kroppen etter hvert ble en kilde til økt kunnskap om dem selv. De fikk dessuten verktøy som gjorde at de kunne hjelpe seg selv i hverdagen. Resultatene vil bli diskutert i lys av tidligere relevant forskning, perspektiver fra NPMF, kroppsfenomenologi og Benjamins intersubjektivitets teori for å gi en dypere og mer nyansert forståelse av resultatene. Til slutt vil metoden diskuteres.

Se hele meg

Deltakerne i studien vektla at de ble sett og møtt som hele mennesker, ikke bare som migrenepasienter. Dette bygger opp under grunntanken i NPMF, som er en helhetlig

behandlingstilnærming. NPMF ser på kroppen som en integrert og samspillende enhet, der følelser, kroppslige- og psykologiske reaksjoner påvirker hverandre gjensidig (16). Den helhetlige ivaretagelsen trekkes også frem i en studie gjort av Dragsund og Øien (15), der pasientene også verdsatte at behandleren så dem som mer enn bare en diagnose eller et symptom.

Etter hvert som deltakerne fikk bedre kroppskontakt, oppdaget de hvordan reaksjoner og plager kunne sees i lys av egen livshistorie og nåværende situasjon. I behandlingen er fysioterapeuten tett på deltakernes erfaringsverden i en kroppslig sammenheng. Gjennom undersøkelse og behandling aktualiseres pasientenes levde kroppsvirkelighet og erfaringer som pasienten nødvendigvis ikke er bevisst. Dette er grunnleggende tenking i kroppsfenomenologien der mennesket er i verden som kroppslig vesen og et levd liv har kroppslig forankring (18). Gjennom behandlingen gjorde deltakerne kroppslige oppdagelser rundt egne reaksjonsmønstre og vaner. Når dette ble sett i sammenheng med tidligere erfaringer og nåværende livssituasjon ga dette dem mening og forståelse.

En av deltakerne beskrev hvordan hun oppdaget et holdningsmønster hun ikke var klar over. Andre forstod hvordan traumer fra tidlige år påvirket deres nåværende situasjon. I studien til Sviland et al (29) er tilsvarende pasientopplevelser beskrevet. Pust og spenningstilstander i muskulatur kan endres ut ifra hvordan vi har det med oss selv, og i relasjon til andre. Et individs kropp og kroppsopplevelse påvirkes av stress, bekymringer, traumer og livsbelastninger. Vedvarende spenningsmønster kan låse seg over tid, og føre til smerter eller annet ubehag (16). Forskning viser at det er en sammenheng mellom livserfaringer og sykdommer senere i livet. Man ser at krenkede barn i større grad blir syke voksne. Det vil si at belastende hendelser tidlig i livet, øker risikoen for alvorlig sykdom i voksen alder (30).

Tiden og rommet deltakerne ble gitt i behandlingen ga ro og trygghet, og det var et viktig grunnlag for endring. Flere studier av NPMF rettet mot pasienters erfaringer, trekker også frem betydningen av ro, tillit og trygghet i behandlingen (15, 29). Videre viser våre resultater at den utforskende samhandlingen og et felles språk mellom fysioterapeut og pasient var avgjørende for å gjøre nye kroppslige oppdagelser. De fremhevet behandlerens evne til å tone seg inn, møte dem der de var og skape rom for oppdagelse. Dette kan forstås opp mot det Benjamin omtaler som "tredjehet" (20). Teorien beskriver pasient-behandler relasjonenes betydning i en samspilldynamikk, der begge er subjekter og gjensidig anerkjenner hverandre. I en slik relasjon kan det skapes mer enn den enkeltes bidrag- et "tredje" (20). I motsetning vil relasjonen i et komplementært spill reduseres til et forhold mellom subjekt og objekt, der

en opplever å gjør noe, mens den andre opplever å bli tingliggjort (20). Deltakerne løftet frem at oppdagelsene i kroppen oppstod i en vekselvirkning mellom det de fornemmet i øvelsene, men også i samtale hvor de etter hvert klarte å beskrive det de erfarte. Sett i lys av Benjamins teori er det en samhandlingsprosess der terapeuten har ansvar for å føre an, men hvor det fører hen er noe pasient og terapeut utvikler sammen.

Kroppen – en kilde til økt forståelse av seg selv

Oppdagelsen av sammenheng mellom livsstil og migreaneanfall bidro til ny meningsforståelse hos deltakerne. De oppdaget at tidligere erfaringer og nåtiden påvirket symptomtrykket. Et fremtredende resultat var hvordan stress førte til spenninger i kroppen og kunne utløse migreaneanfall. I oversiktsartikkelen til Stubberud et al (7) kommer det frem at stress er den mest selvrapporterte triggeren for migreaneanfall. Individets respons på stress reguleres av hormonelle interaksjoner mellom hypothalamus, hypofysen og binyrene (31;32).

Stressrespons-systemet svarer likt uavhengig om det er reaksjon på psykisk eller fysisk stress. Hva den enkelte oppfatter som stress, og hvordan en reagerer og håndterer det, er imidlertid ulikt (7;31). Studien til Stubberud et al (7) fremhever at migrenepasienter kan ha nytte av stressmestringsorientert terapi. Vårt resultat viste at deltakerne hadde nytte av en kroppslig tilnærming for å kunne dempe symptomtrykket. Samtidig var det til hjelp for å håndtere stressende situasjoner på en mer dynamisk og fruktbar måte. Lignende beskrivelser sees også i studien til Bergland et al (33).

Å bli kjent med eget spenningsmønster i situasjoner som opplevdes stressende, gjorde at deltakerne i større grad evnet å romme de kroppslige- og følelsesmessige reaksjonene. En tidligere studie viser at deltakelse i bevegelsesgrupper basert på NPMF prinsipper, bidro til at deltakerne ble kjent med kroppslige- og følelsesmessige reaksjoner i stressende situasjoner på arbeidsplassen. Deltakerne i den studien, i likhet med våre deltakere, oppga at de gjennom behandlingen i større grad evnet å gi slipp når de la merke til at de spente seg og ble stresset (34). At våre deltakere oppga redusert symptomtrykk kan trolig ha sammenheng med at opplevd stress blir mindre når en lærer å romme de kroppslige reaksjonene.

Deltakerne løftet frem at gjennom sansning og utforskning, ble de oppmerksom på at oppfatning av egen kropp ikke nødvendigvis samstemte med virkeligheten. Dette kan sees i tråd med filosofen Shaun Gallaghers beskrivelse av kroppsbildet (35). Termen kroppsbilde består av et system oppfatninger, holdninger og overbevisninger knyttet til ens egen kropp, og styres av hvilken representasjon i hjernen som er oss bevisst. Kroppsbildet er intensjonelt, men ikke til enhver tid intensjonelt til stede. Med andre ord er ikke subjektet alltid bevisst ens

egen kropp som et intensjonelt objekt (35). Det er ikke alltid at det terapeuter observerer hos pasienten peker i samme retning som pasientens egen oppfatning av kroppsbildet.

Behandlingen bidro også til at deltakerne fikk bedre kontakt med egne følelser. Imidlertid opplevde en deltaker det invaderende når behandleren stilte spørsmål om følelsene hennes. Dette kan sees i tråd med at skjulte følelser, både gode og vonde, kan avdekkes i behandlingen, og samtidig hjelpe pasienten med å forstå seg selv (16). På samme tid er det terapeutens ansvar å "lukke" eller avgrense de følelsesmessige reaksjonene slik at pasienten ikke blir overveldet (32). Studien vår viste at behandlingen var en inngangsport til å bli kjent med egne følelsesmessige reaksjoner. Dette ga muligheter for et mer variert handlingsmønster i møte med situasjoner som opplevdes stressende og ga tilløp til migrene. Når deltakerne i vår studie ga følelsene et uttrykk og en utvei var det avgjørende å kunne slippe spenninger og pust. Ifølge Thornquist og Bunkan (16) kan det å slippe spenninger innebære å gi slipp på tilbakeholdte følelser, akseptere og tørre å kjenne etter. Deltakerne beskrev nettopp at de greide å komme følelsene i møte slik at de ikke satte seg som spenninger i kroppen.

Hjelp til selvhjelp

Deltakerne beskrev at de fikk mer respekt for kroppen, bedre livskvalitet, og mindre smerter. Dette ses også i studien til Bergland et al (33) der pasientene som deltok oppga bedre livskvalitet, mindre smerter og bedre selvbilde etter behandlingen. I vår studie kom det frem at deltakerne benyttet erfaringer og kunnskap de hadde tilegnet seg i behandlingen inn i hverdagen. Det var imidlertid ulikt når og hvordan de brukte erfaringene. Enkelte brukte verktøyene når livet var som vanskeligst, for andre var det lettere å ta dem i bruk når de hadde tid og ro rundt seg. Hvordan et individ reagerer og handler i en situasjon, er avhengig av ens egen forståelse og hva som oppleves meningsfullt i situasjonen (23;36). Flere studier belyser hvordan grad av kroppskontakt, samt hvordan man oppfatter sin egen situasjon er avgjørende for å kunne handle på en helsefremmende måte (13;33). Merleau-Ponty beskriver kroppen som både et objekt og subjekt (18). Det kan tenkes at deltakerne i vår studie i større grad erfarte kroppen som subjekt etter behandlingen. Det vil si at kroppen er noe de er, og ikke bare noe de har, og at dette dermed bidro til at de tok klokere valg i hverdagen for å ivareta seg selv bedre. NPMF har som mål å være hjelp til selvhjelp for pasienten (16). Deltakerne i studien synes å ha oppnådd dette.

Diskusjon av metode

Når vi ser tilbake på arbeidsprosessen med studien, så ser vi det i lys av styrker og svakheter. Semistrukturert intervju ga oss muligheten til å tilpasse spørsmål ut ifra svarene deltakerne ga

oss. På samme tid la det grunnlag for å gå i dybden på deres erfaringer (22;24). Selv om det er fordelene med en slik fleksibel intervjumetode, har det også vært en utfordring som nye i forskerrollen. Vi har i etterkant sett at vi i større grad kunne ha stilt spørsmål som var rettet mer direkte mot problemstillingen, og fulgt opp svar for å få rikere beskrivelser av fenomenet. På den andre siden ble det gitt tid og rom i intervjusituasjonen for at deltakerne kunne dele sine erfaringer. Svarene var stort sett relevante for problemstillingen.

Vi har gjennom prosessen brukt oss selv som “forskningsinstrument”, der vi har operert som både forskere og medmennesker (24). Tidligere erfaring fra arbeidslivet har farget vår forståelse av fenomenet som er undersøkt. Dette kan sees både som en styrke og en svakhet i studien. Arbeidet er delvis påvirket av vår bakgrunn og resultatene er preget av deltakernes verden, men også av vår evne til å fortolke den. Samtidig har vi reflektert over oss selv og vår bevissthet rundt forskerrollen gjennom hele prosessen for å unngå tunnelsyn (24).

Studiens styrke er at vi har gjennomført en grundig og systematisk analyse med gjentatte lesninger og drøftinger. Vi har jobbet vekselvis med det transkriberte materialet og de ulike stegene i analysen. Der har vi lagt til, trukket fra og slått sammen informasjon, som den *hermeneutiske spiral* er en begrepsmodell for (17). Analyseprosessen har vært utfordrende med tanke på materialets sammenvevdhet, dog har den oversiktlige analysemetoden ledet oss til et ryddig sluttresultat.

Hva som er den optimale datastørrelsen defineres ut ifra det antall data som gir datametning (22). Vi anså materialet som tilstrekkelig og godt “mettet”, men det kan argumenteres for at flere deltakere ville gitt oss en mer nyansert beskrivelse av resultatene. Det bør også trekkes frem at studien baserer seg på få og kun kvinnelige deltakere, som alle oppga å ha nytte av NPMF. Alle deltakerne ble rekruttert gjennom psykomotoriske fysioterapeuter. Det er en svakhet ved studien dersom terapeutene rekrutterte deltakere de selv opplevde var fornøyd med behandlingen. Samtidig ønsket vi å favne erfaringene migrenepasienter har med NPMF, noe som ikke er forsket på tidligere. Til tross for lite forskning på temaet, bygger tidligere studier, gjort med andre pasientgrupper, og teoretisk forankring opp under funnene i studien. Vi mener funnene kan bidra med relevant kunnskap og innsikt for pasienter med migrene, og andre pasientgrupper med et komplekst symptom-bilde. Deltakernes erfaringer bidrar med innsikt, som trolig også kan være nyttig for helsepersonell som jobber innenfor lignende kliniske fagområder (24).

Avslutning

Studiens resultater bidrar til å utfordre den biomedisinske tilnærmingen til migrene. Det utelukker ikke en medikamentell behandling, som for mange er helt avgjørende, men åpner opp for et nytt perspektiv som kan møte den komplekse diagnosen på en mer helhetlig måte. NPMF kan bidra til oppdagelser og innsikt om hvordan fysiske og psykiske plager, og reaksjonsmønstre kan ha grobunn i personlig historie og påvirke opplevelser i nåtid. Videre antyder resultatene at behandlingstilnærmingen kan være en hjelp til å oppdage sammenheng mellom livsstil og migreaneanfall. Dette gir grunnlag for å antyde at NPMF kan bidra til et mer dynamisk handlingsmønster i situasjoner som erfaringsmessig oppleves triggende for migrene. Det kan føre til økt selvivaretagelse, redusert symptomtrykk og bedre livskvalitet. Ser vi studiens resultater i lys av utredningen om kvinners helse og rapporten fra Oslo Economics er tematikken høyst aktuell. Videre vil forskning på pasienter med migrene og erfaringer fra deres livsverden kunne bidra til utvidelse av eksisterende kunnskapshorisont. Dette kan trolig føre til et mer optimalisert behandlingstilbud.

Litteraturliste

1. Strupstad JH. Kvalitative originalartikler [Internett]. Oslo: Fysioterapeuten; 16.11.2012 [hentet 14.04.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fysioterapeuten.no/kvalitative-originalartikler/121703>.
2. NOU 2023: 5. Den store forskjellen — Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
3. Oslo Economics. Migrene i et samfunnsperspektiv. Oslo Economics; 2020. Rapport nr.: NO2011241251.
4. International Headache society. The International Classification of Headache Disorders 3rd edition [Internett]. [hentet: 16.01.23]. Tilgjengelig fra: <https://ichd-3.org/>.
5. Collins TA. Migraine Headaches in Adults. London: BMJ Best Practice; 2022 [Hentet 06.03.2023]. Tilgjengelig fra: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/10/pdf/10/Migraine%20headache%20in%20adults.pdf>
6. Garza I, Schwedt, T. J. Chronic migraine. UpToDate [database]. Wolters Kluwer: UpToDate. [oppdatert: 14.03.23; hentet 09.04.23]
7. Stubberud A, Buse DC, Kristoffersen ES, Linde M, Tronvik E. Is there a causal relationship between stress and migraine? Current evidence and implications for management. The Journal of Headache and Pain. 2021;22(1):155.
8. Tønder M. Bekymringstanker fra en psykomotorisk fysioterapeuts hverdag [Internett]. Oslo: Fysioterapeuten; 10.11.2020. [Hentet: 24.03.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fysioterapeuten.no/korona-koronakonsekvenser-merete-tonder/bekymringstanker-fra-en-psykomotorisk-fysioterapeuts-hver3dag/128598>
9. Luedtke K, Allers A, Schulte LH, May A. Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine—systematic review and meta-analysis. Cephalalgia. 2015;36(5):474-92.
10. Chaibi A, Benth JŠ, Tuchin PJ, Russell MB. Chiropractic spinal manipulative therapy for migraine: a three-armed, single-blinded, placebo, randomized controlled trial. European Journal of Neurology. 2017;24(1):143-53.
11. Amin FM, Aristeidou S, Baraldi C, Czapinska-Ciepiela EK, Ariadni DD, Di Lenola D, et al. The association between migraine and physical exercise. The Journal of Headache and Pain. 2018;19(1):83.
12. Dragsund T, Øien, A. M. Norwegian Psychomotor Physiotherapy: A scoping review. Fysioterapeuten. 2023;23(2):20-5.
13. Dragsund T, Øien AM. Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life. Int J Qual Stud Health Well-being. 2020;15(1):1735767.
14. Kristiansen I, Ekerholt, K. Fra kaos til sammenheng og mening: Pasienterfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapi. Fysioterapeuten. 2022;22(5):40-5.
15. Dragsund T, Øien AM. Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: patients' experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy. Physiother Theory Pract. 2022;38(11):1656-66.
16. Thornquist E, Bunkan B. Hva er psykomotorisk behandling? Oslo: Universitetsforlaget; 1986. 125 s.
17. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018. 288 s.
18. Merleau-Ponty M. Phenomenology of Perception [Internett]. Taylor and Francis; 2013. [hentet 23.04.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.perlego.com/book/1617089/phenomenology-of-perception-pdf>.
19. Landes D. The Merleau-Ponty Dictionary. New York: Bloomsbury; 2013. 288 s.
20. Benjamin J. Beyond Doer and Done To: an Intersubjective View of Thirdness. The Psychoanalytic Quarterly. 2004;73(1):5-46.
21. Veseth M, Moltu C. Tredjehet: grunnlagsproblemer i relasjonell psykoanalyse i lys av spedbarnsforskning [Internett]. Psykologtidsskriftet; 01.09.2006 [hentet: 01.02.2023]. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2006/09/tredjehet-grunnlagsproblemer-i-relasjonell-psykoanalyse-i-lys-av>.

22. Polit D, Beck C. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. 784 s.
23. Thornquist E. Kommunikasjon: teoretiske perspektiv på praksis i helsetjenesten. 2. utg. Oslo: Gyldendal 2009. 390 s.
24. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017. 245 s.
25. HVL. Personvern og personopplysninger i forskning [Internett]. Bergen: Høgskulen på Vestlandet; 2021 [oppdatert 02.02.2022; hentet 04.04.2023]. Tilgjengelig fra: <https://hvl.no/forskning/forskningsetikk/personvern/#forskningsserver>.
26. Helseforskningsloven. 2008. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning m.v. av 2008-06-20 nr. 2.
27. Helseforskningsloven. 2008. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning m.v. av 2008-06-20 nr. 4.
28. Helseforskningsloven. 2008. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning m.v. av 2008-06-20 nr. 16.
29. Sviland R, Martinsen K, Råheim M. To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2014;17(4):609-24.
30. Kirkengen AL. Diagnose: barndomsforgiftning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2017;14(1):16-24.
31. Kirkengen AL, Ulvestad E. Heavy burdens and complex disease - an integrated perspective. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007;127:3228-31.
32. Gretland A. Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid. Bergen: Fagbokforlaget. Bergen: Fagbokforlaget; 2007. 229 s.
33. Bergland A, Olsen CF, Ekerholt K. The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiother Res Int*. 2018;23(4):e1723.
34. Øien AM, Solheim IJ. Supervision of professionals: Interdependency between embodied experiences and professional knowledge. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2015;10(1):28432.
35. Gallagher, S. 1995. Body schema and intentionality. I: *The Body and the Self*. MIT Press; 1995. s. 225-44.
36. Toombs SKE. The meaning of illness: A phenomenological approach to the patient-physician relationship [doktoravhandling]: Texas: Rice University; 1990. 275 s.

Vedlegg

Vedlegg 1 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET «MIGRENEPASIENTERS ERFARINGER MED PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI»?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om migrenepasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi. Du blir spurt fordi du er har migrene og går til/har gått i behandling hos en psykomotorisk fysioterapeut. Dersom du skal delta i dette prosjektet må migrene være den primære årsaken til at du har oppsøkt psykomotorisk fysioterapi.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Prosjektet går ut på at det blir gjennomført et intervju med deg, enten fysisk eller digitalt. På forhånd blir du tilsendt noen temaer som vi ønsker at du tenker litt gjennom før selve intervjuet. Vi tilstreber at intervjuet ikke skal påvirke ditt eventuelle arbeid, behandlingsforløp mm. Vi planlegger at intervjuet skal vare i 45 min, men setter av 60 minutter for å være på den sikre siden.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Det er opplysninger som gir oss informasjon om du er innenfor målgruppen til prosjektet. Det blir registrert kjønn, alder, at du har migrene, antall behandlinger hos psykomotorisk fysioterapeut og eventuelle andre behandlingsmetoder (jf. inklusjonskriterier). Opplysninger blir lagret på en sikker forskningsserver ved HVL.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i denne studien kan føre til nye oppdagelser eller refleksjoner som gjelder ditt behandlingsforløp og migrenediagnosen. Det er ikke forventet noen ulemper ved deltakelse.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og disse vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes.

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

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 2023. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i

sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Mina Elise Skoge, Amalie Sydtveit og veileder Janiche Helen Pedersen som har tilgang til denne listen.

Ved publisering av datamateriale skal det gjøres slik at enkelt deltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

Etter at forskningsprosjektet er ferdig, vil opplysningene om deg bli oppbevart i fem år av kontrollenssyn.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og kommet frem til at prosjektet havner utenfor helseforskningsloven og trenger derfor ikke godkjenning. [469376].

Janiche Helen Pedersen, Høgskulen på Vestlandet, er prosjektleder og ansvarlig for personvernet. Hun kan kontaktes på Janiche.Helen.Pedersen@hvl.no eller på tlf 5558 7249.

Prosjektet er godkjent av NSD.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Mina Elise Skogen, 91857315 og minaelise.skogen@gmail.com, eller Amalie Sydtveit, 41759669 og amalie.sydtveit@gmail.com.

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: Trine Anikken Larsen, personvernombud@hvl.no.

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

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 2 Intervjuguide

Intervjuguide (semistrukturert)

Problemstilling: På hvilken måte kan psykomotorisk fysioterapi bidra til å gjøre en forskjell for pasienter med migrene?

Forberedelser: intervjuguide og båndopptak

Intervjuer: Amalie Sydtveit og Mina Elise Skogen

Innledning: Vi er masterstudenter ved Høgskulen på Vestlandet, og intervjuet vil være datagrunnlag for vår masteroppgave i klinisk fysioterapi, psykiske- og psykosomatiske helseproblem. Prosjektets formål er å undersøke på hvilken måte psykomotorisk fysioterapi kan gjøre en forskjell for pasienter med migrene. Det vil bli gjort opptak av intervjuet, og etter at intervjuet er transkribert vil lydfilene bli slettet. Til informasjon vil det transkriberte materialet kun være tilgjengelig for oss og veileder. Er det noe du lurer på før vi starter intervjuet?

Tema: familie og arbeidsliv (få overblikk over familie og arbeidssituasjon).

1. Vi har først lyst til å høre om hvordan din livssituasjon er nå for tiden? Kan du fortelle oss litt om deg og dine nærmeste, samt arbeidssituasjon?

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Er du i arbeid? I så fall, hva jobber du som?
- b. Dersom arbeidsledig/sykemeldt/uføretrygd, hva er årsaken?
- c. Samboer eller ektefelle? Antall barn og deres alder?

Tema: Sykdom og behandlingshistorikk

1. Vi har nå lyst til å gå nærmere inn på migreneproblematikken. Kan du forteller litt om utvikling og forløp?

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Hvilken diagnose har blitt diagnostisert?
- b. Hvor lenge har du vært plaget med dette?
- c. Kan du huske hvordan det startet? Debut, utløsende årsak og hvordan det utviklet seg?
- d. Hvilke behandlingsformer har du forsøkt? Hvordan har du opplevd den/disse? Forverring, bedring eller uendret?

Tema: Forventninger til psykomotorisk fysioterapi

1. Vi vil gjerne høre om hvorfor du begynte i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut og hvilke forventninger du hadde?

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Ble du anbefalt denne behandlingsformen eller fant du det selv?
- b. Hvor lenge har du gått til behandling? Har du avsluttet behandling?
- c. Hva var målet ditt med behandlingen?
- d. Har du gått i psykomotorisk behandling tidligere?

Tema: Erfaring og overføringsverdi

1. Var det noe i behandlingen som bidro til å redusere plagene? Kom gjerne med eksempler.

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Hva besto behandlingen av?
- b. Opplevde du noen kroppslige endringer under behandlingen?

2. Kan du videre fortelle litt om det er noen erfaringer fra behandlingsrommet du har tatt med deg og som du bruker i hverdagen din?

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Er det noe du erfarte i behandling som gjør at du håndterer plagene på en annen måte?
- b. Opplever du noen endring i livskvalitet?
- c. Har du benyttet deg av øvelser som ble gjort i behandling hjemme?

Tema: kroppskontakt og kroppsbevissthet

1. Har du blitt mer oppmerksom på dine kroppslige vaner og hvordan vaner kan påvirke/har påvirket deg?

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Har du fått bedre innsikt i eget bevegelse-, spennings- og pustemønster?
- b. Har du blitt bevisst på hva som er med på å trigge/opprettholde/forverre migrenen?
- c. Ser du noen sammenheng mellom migreneproblematikken og kroppslige vaner?
- d. Hvis ja på a og/eller b, hvordan bruker du dette i hverdagen til å regulere plagene?

Tema: Livskvalitet

1. Har livskvaliteten din endret seg etter at du begynte i behandling?

Oppfølgingsspørsmål:

- a) Har du fått bedre innsikt i eget bevegelse-, spennings- og pustemønster

Avslutning

- Er det noe du ønsker å legge til før vi avslutter? Noe du ikke har fått sagt som du tenker kan være viktig å få frem?

Vedlegg 3 Uttalelse fra Regionale etisk komite



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Anna Stephansen	45008356	23.05.2022	469376

Janiche Helen Pedersen

Prosjektsøknad: Migrenepasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi

Søknadsnummer: 469376

Forskningsansvarlig institusjon: Høgskulen på Vestlandet

Prosjektsøknad vurderes som utenfor helseforskningslovens virkeområde

Søkers beskrivelse

Formålet med prosjektet er å belyse pasienter med migrene sine erfaringer med psykomotorisk fysioterapi. Vi ønsker å utforske om det er noen aspekter ved denne behandlingsformen som kan være særlig nyttig for denne pasientgruppen.

Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK vest i møtet 02.05.22. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

Søknadsplikt:

Bare medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger skal søke REK om forhåndsgodkjenning. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er definert som en "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom", jf. helseforskningsloven § 4 a.

Målet med den omsøkte studien er å belyse pasienter med migrene sine erfaringer med psykomotorisk fysioterapi. Det er en kvalitativ studie som skal benytte intervju med 4-6 pasienter. Intervjuguiden inkluderer nærgående spørsmål om familie og arbeidslivet, men ikke om helse.

REK vest oppfatter fra innsendt dokumentasjon at prosjektet ikke vil frembringe ny kunnskap om helse og sykdom, at studien ikke er omfattet av helseforskningsloven.

REK vest avviser prosjektet. Studien skal ikke vurderes av REK, men behandling av personopplysninger må evalueres av personvernombud ved institusjonen (HVL).

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,
Haukelandsveien 28, Bergen

| E-post: rek-vest@uib.no
Web: <https://rekportalen.no>

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§2 og 4, og søknaden skal derfor ikke behandles av REK.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Vennlig hilsen,

Nina Langeland REK vest leder,

Professor, dr.med. UiB og

Anna Stephansen

Sekretariatsleder/kontorsjef

REK vest rek-vest@uib.no 55978496

Kopi til:

Høgskulen på Vestlandet

Vedlegg 4 Godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata

02/05/2023, 14:33

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [Migrenepasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 924518	Vurderingstype Standard	Dato 07.09.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel

Migrenepasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Janiche Pedersen

Student

Mina Elise Skogen

Prosjektperiode

01.09.2022 - 01.07.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.07.2023.

[Meldeskjema](#)**Kommentar****OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

Prosjektet er vurdert av REK sitt vedtak av 23.05.2022, deres referanse 469376 (se under Tillatelser). REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK

Dette betyr at du kan starte med prosjektet ditt.

VURDERING AV BEHOV FOR DPIA

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger (helseopplysninger) om en sårbar gruppe (pasienter), noe som kan utløse en plikt til å foreta personvernkonsekvensvurdering (DPIA).

Personverntjenester har vurdert at det ikke var behov for å gjøre en DPIA jf. personvernforordningen art. 35 nr. 1 for dette prosjektet. Dette var basert på en helhetsvurdering der følgende momenter ble vektlagt:

- De registrerte samtykker til bruk av sine personopplysninger
- De registrerte får god informasjon om behandlingen av personopplysningene og sine rettigheter
- Få personer har tilgang til personopplysningene
- Utvalget er begrenset
- Behandlingen av personopplysninger foregår i et kort tidsrom

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG<https://meldeskjema.sikt.no/92fe641d-c8cf-448d-a242-40e9c255b165/vurdering>

1/2

02/05/2023, 14:33

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, og særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger frem til 01.07.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

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

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemalerverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Sturla Herfindal

Lykke til med prosjektet!