



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

## **Psykologers erfaringer av tverrfaglig samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter**

En intervjustudie

Andreas Lillelund Innleggen

Mastergradsoppgave i psykomotorisk fysioterapi...HEL-3962...November 2022



# Sammendrag

Dette er en mastergradsoppgave i psykomotorisk fysioterapi ved Universitet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

Formålet med prosjektet var å få kunnskap om samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og psykologer, fra psykologens perspektiv. Psykologer og psykomotoriske fysioterapeuter arbeider i helsevesenet og kan derfor ha overlappende pasienter hvor det kan være aktuelt å samarbeide. Det er tidligere skrevet oppgaver om psykomotoriske fysioterapeuters bidrag i tverrfaglig samarbeid, men ikke utelukkende fra psykologens perspektiv.

**Problemstilling:** *«Hvilke erfaringer har psykologer av tverrfaglig samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter?»*

Prosjektet har en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Det er anvendt kvalitativ metode med semistrukturert intervju for datainnsamling. For å analysere materialet har jeg anvendt tematisk analyse. Utvalget i studien er strategisk valgt, og består av tre psykologer som har minimum et års erfaring av å samarbeide med psykomotoriske fysioterapeuter.

Resultatene fra analysearbeidet er delt opp i tre temaer: «Fremstilling og forståelse av psykomotorisk fysioterapi», «Roller og status» og «Organisatoriske rammer». Resultatene tyder på: At informantene har varierende kunnskap om psykomotorisk fysioterapi. Roller og status i samarbeidet kan avhenge av hvor i helsevesenet profesjonene er organisert, og det å være lokalisert sammen med den psykomotoriske fysioterapeuten fører til bedre samarbeid. Overordnet har informantene positive erfaringer fra å samarbeide med psykomotorikere. Mangel på tilgjengelighet, tidspress og rammeverk til behandlingsforløp løftes frem som problemområder i samarbeidene.

# Summary

This is a master's thesis in Norwegian psychomotor physiotherapy at UiT the Arctic University of Norway.

The purpose of the project was to gain knowledge about interprofessional collaboration between Norwegian psychomotor physiotherapists (NPMP) and psychologists, from the psychologist's perspective. Psychologists and NPMP physiotherapists both work in the health care system and may have overlapping patients where it may be relevant to collaborate. These have previously been written about the contribution of NPMP physiotherapists in interdisciplinary collaboration, but not exclusively from the psychologist's perspective.

**Research question:** "What experience do psychologists have from interprofessional collaboration with NPMP physiotherapists?"

The study has a phenomenological and hermeneutic approach. A qualitative method with a semi-structured interview was used collect data. To analyze the data, I have used thematic analysis. The sample in the study is strategically chosen and consists of three psychologists who have a minimum of one year's experience of interprofessional collaboration with psychomotor physiotherapists.

The results from the analysis work are divided into three themes: «Presentation and understanding of NPMP physiotherapy», «Roles and status» and «Organizational framework». The results indicate: The informants have varying degree of knowledge about NPMP physiotherapy. Roles and status in the interprofessional collaboration may depend on where in the health care system the professions are organized. Being located together with the NPMP physiotherapist may lead to better interprofessional collaboration. Overall, the informants have positive experiences from collaborating with NPMF physiotherapist. Lack of availability, time constraints and a organizational framework for the course of treatment are highlighted as problem areas in the collaborations.

# Forord

De siste to årene har vært preget av en global pandemi og i avslutningen av mastergraden, en krig i Europa. For meg personlig har det vært vanskelig å holde fokus på «skolearbeid», som til tider har blitt sett på som trivielt, i forhold til det som skjer ute i verden.

Jeg hadde ikke sett for meg hvor lærerike og utfordrende disse tre årene skulle bli. Jeg er lettet over at det er over, men glad for at jeg benyttet meg av muligheten. Nå venter forhåpentligvis et langt, spennende og utfordrende yrkesliv som jeg gleder meg til å ta fatt på.

Jeg ønsker å rette en takk til min veileder som har kommet med mange nyttige refleksjoner og perspektiver. Det har vært helt nødvendig for å få dette «skipet i havn.» Takk til medstudenter som har møtt opp og deltatt både i person og digitalt, når forholdene tilsa dette. Takk til informantene som stilte opp.

Til slutt ønsker jeg å rette en spesiell takk til Zelda. Du har gått over tastaturet på datamaskinen så mange ganger at du nesten ble kreditert som medforfatter. Samtidig har du bidratt med underholdning og godt humør i en periode som har vært preget av mye stress.

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Innledning</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1.1 Prosjektets bakgrunn</b>                             | <b>7</b>  |
| <b>1.2 Prosjektets formål</b>                               | <b>9</b>  |
| <b>1.3 Problemstilling</b>                                  | <b>10</b> |
| <b>1.4 Litteratursøk</b>                                    | <b>10</b> |
| <b>2. Prosjektets teoretiske orientering</b>                | <b>11</b> |
| <b>2.1 Samarbeid på tvers av fagprofesjoner</b>             | <b>11</b> |
| <b>2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi</b>                  | <b>13</b> |
| 2.2.1 Samarbeid og utvikling i klinisk praksis              | 13        |
| 2.2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi – Tenkning og praksis | 14        |
| <b>2.3 Psykolog og psykologi</b>                            | <b>16</b> |
| <b>2.4 Kunnskapssyn i psykisk helsevern</b>                 | <b>18</b> |
| <b>2.5 Profesjoner og organisasjoner</b>                    | <b>19</b> |
| <b>2.6 Status og roller</b>                                 | <b>21</b> |
| <b>2.7 Sosialt felt, doxa og kapital</b>                    | <b>22</b> |
| <b>3. Metode</b>  | <b>23</b> |
| <b>3.1 Vitenskapsfilosofisk perspektiv</b>                  | <b>23</b> |
| <b>3.2 Forforståelse</b>                                    | <b>24</b> |
| <b>3.3 Kvalitativ metode</b>                                | <b>24</b> |
| 3.3.1 Semistrukturert intervju og intervjuguide             | 25        |
| 3.3.2 Utvalg, rekruttering og informantene                  | 26        |
| 3.3.3 Gjennomføring og transkribering av intervju           | 27        |
| <b>3.4 Tematisk analyseprosess</b>                          | <b>28</b> |
| <b>3.5 Rapportering</b>                                     | <b>31</b> |
| <b>3.6 Forskningsetikk</b>                                  | <b>32</b> |
| 3.6.1 Samtykke  | 32        |
| 3.6.2 Personvern  | 33        |
| 3.6.3 Fremstilling av resultatene                           | 34        |
| 3.6.4 Finansiering av prosjektet                            | 34        |
| <b>3.7 Metodediskusjon</b>                                  | <b>34</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.7.1 Forskningsspørsmålet   | 34        |
| 3.7.2 Utvalg og rekruttering                                       | 35        |
| 3.7.3 Utvikling av data  | 36        |
| 3.7.4 Fremstilling av data   | 38        |
| 3.7.5 Validitet og reliabilitet                                    | 38        |
| 3.7.6 Overførbarhet  | 38        |
| <b>4. Resultat</b>   | <b>39</b> |
| <b>4.1 Hvordan forstås psykomotorisk fysioterapi?</b>              | <b>39</b> |
| 4.1.1 Psykologer og psykomotorikere: Like, men ulike?              | 39        |
| 4.1.2 Kroppen: «Der skal de være sjef»                             | 41        |
| 4.1.3 Tettere samarbeid, bedre forståelse?                         | 43        |
| <b>4.2 Roller og status</b>  | <b>45</b> |
| 4.2.1 Roller og status i pasientbehandling                         | 45        |
| 4.2.2 Psykomotorikeren som kollega og veileder                     | 47        |
| 4.2.3 Psykomotorikerens rolle og status i helsevesenet             | 49        |
| <b>4.3 Organisasjonens påvirkning på samarbeidet</b>               | <b>50</b> |
| 4.3.1 Samlokasjon og tilgjengelighet                               | 50        |
| 4.3.2 Rammer og forventninger til besvær                           | 53        |
| <b>5. Diskusjon</b>  | <b>55</b> |
| <b>5.1 Å forstå andres meningsunivers</b>                          | <b>55</b> |
| <b>5.2 Makten til å definere</b>                                   | <b>58</b> |
| <b>5.3 Tilgjengelighet, kollegial autonomi og ledelseskontroll</b> | <b>61</b> |
| <b>6. Oppsummering og avslutning</b>                               | <b>63</b> |
| <b>7. Litteraturliste:</b>   | <b>65</b> |
| <b>8. Vedlegg</b>  | <b>69</b> |
| Vedlegg 1 Informasjonsskriv og samtykke                            | 69        |
| Vedlegg 2 Risikovurdering NSD                                      | 72        |

# 1. Innledning

## 1.1 Prosjektets bakgrunn

Psykomotorisk fysioterapi ble utviklet gjennom et samarbeid mellom en psykiater og en fysioterapeut. Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen har med jevne mellomrom blitt omtalt gjennom tre år med undervisning. Det er noe med dette samarbeidet som har festet seg ved meg. I min praksis som privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut står jeg av og til alene med pasienter hvor jeg har kunnet ønske meg en samarbeidspartner. Jeg har erfart at samarbeid på tvers av faggrupper kan bidra til mer effektive og vellykkede behandlingsforløp. I min praksis forsøker jeg derfor å få til et samarbeid hvis pasienten er i et samtidig behandlingsforløp hos psykolog. Jeg oppfatter at pasientene i stor grad ønsker samarbeid på tvers av fagprofesjonene, slik at alle involverte parter arbeider med det samme.

Tilbakemeldingene jeg har fått, når jeg har strukket hånden ut for et samarbeid, er en god blanding av entusiasme, liten interesse og spørsmål om hvorfor jeg føler det er på sin plass. For min egen del opplever jeg samarbeidet med psykologer som veldig lærerikt. Især der hvor samarbeidet åpner opp for nye refleksjoner og perspektiver på pasientens problemer. Jeg har derfor hatt lyst til å utforske dette samarbeidet, mellom psykologer og psykomotoriske fysioterapeuter, i en masteroppgave. På bakgrunn av de tilbakemeldingene jeg har fått på initiativtaging, fra psykologene, har jeg hatt et ønske om å utforske hvordan de ser på samarbeid, og hva slags erfaringer de har.

Helsedirektoratet skriver at samarbeid på tvers av profesjoner bør være grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med sammensatte og store behov (Helsedirektoratet, 2018). Prosjektets utgangspunkt er at samarbeid på tvers av profesjoner forekommer hyppig i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2021). Psykologer og psykomotoriske fysioterapeuter er to autoriserte profesjoner som arbeider i helsevesenet, både i spesialisthelsetjenesten og kommunal helsetjeneste (Fysioterapiforbundet, 2015; Psykologforeningen, 2015). Hvis yrkesutøvelsen bedrives innenfor samme organisasjon vil mange av pasientene de møter i praksis kunne være overlappende, derfor vil profesjonene kunne være naturlige samarbeidspartnere. For å få et innblikk i om noen har forsket på temaet samarbeid mellom psykologer og psykomotoriske fysioterapeuter, gjorde jeg et litteratursøk. Litteratursøket er omtalt i større detalj etter problemstillingen. Resultatene av litteratursøket var tre masteroppgaver og to studier.



En av oppgavene omhandler psykomotorikerens rolle i behandling på en spesialenhet for spiseforstyrrelser (Børsum, 2014). I oppgaven intervjues en psykomotoriker, en psykiater, en psykolog og en spesialsykepleier. Børsum kom frem til at psykomotorisk fysioterapi bidro til noe som var annerledes og utfyllende, i forhold til de andre behandlingstilnærmingene. Et sentralt funn i oppgaven til Børsum viste at det ikke var de enkeltstående behandlingstilnærmingene som ble sett på som avgjørende, men behandlingskonseptet som helhet, og samarbeid på tvers profesjonene, på spesialenheten. Informantene beskrev at psykomotorisk fysioterapi bidro med noe som var annerledes og utfyllende i forhold til de andre behandlingstilnærmingene (ibid.). En annen oppgave omhandler erfaringer med tverrfaglig samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten (Bentzrød, 2020). I oppgaven ble helsesykepleiere, psykomotoriske fysioterapeuter og en psykiatrisk sykepleier intervjuet. Bentzrød kommer i sin oppgave frem til at informantene har gode erfaringer med samarbeid, men at samarbeidet utfordres av avstand mellom tjenestene, lite ressurser og mangel på føringer fra ledelsen (ibid.). Den siste oppgaven omhandler fysioterapeuters anvendelse av psykomotorisk fysioterapi ved Distriktpsykiatrisk senter (heretter DPS). I oppgaven intervjues tre psykomotoriske fysioterapeuter angående deres erfaringer ved arbeid på DPS (Hapalathi, 2020). Et av hovedtemaene i oppgaven omhandler fysioterapeutenes bidrag i det tverrfaglige samarbeidet, som en del av en behandlingsskjede. Informantene forteller i oppgaven at de opplever å ha en annerledes tankegang og tilgang til pasientene. Kunnskapen informantene bidrar med oppleves som betydningsfull, men de må bruke tid til på å skape forståelse for eget fag. Hapalathi skriver også om hvordan rammevilkårene ved DPS gir utfordringer for de psykomotoriske fysioterapeutene (ibid.). Gretland (1999) og Thornquist (1992) har i hver sin studie undersøkt fysioterapeuter som arbeider i psykiatrien. Gretland (1999) skriver at informantene ved de psykiatriske institusjonene erfarte at fysioterapi var til hjelp for psykiatriske pasienter på flere nivå. Fysioterapeutene utfører diagnostisk arbeid som gir annerledes og utfyllende informasjon. Noe som kan bidra til å bekrefte eller utdype den psykiatriske vurderingen. Fysioterapibehandlingen kunne stimulere kroppskontakt og opplevelse av avgrensning og helhet. Det ble også vurdert at fysioterapeutenes tilgang mot pasientene gjorde det lettere å etablere kontakt med pasienten sammenlignet med samtale (ibid.). Thornquist (1992) undersøkte fysioterapeuters rolle og funksjon i psykisk helsevern. Der kom hun frem til at fysioterapeuter står i en slags mellomposisjon i synet på om sykdom er somatisk eller psykisk. Fysioterapeutene representerte derfor noe nytt og annerledes i psykiatrien. Videre vises det til at fysioterapeutene er høyt verdsatt men lite kjent. Noe som

medfører at fysioterapeutene bruker mye til på markedsføre seg selv. Fysioterapeutene i studien var underlagt lite styring og kontroll og var derfor friere til å selvstendig utforme sitt arbeid. Dermed varierte rollene også betydelig fra organisasjon til organisasjon. Samarbeidene mellom yrkesgruppene var ikke preget av konkurranse og konflikter (ibid.).

Med bakgrunn i litteratursøket vil jeg si det er begrenset med forskning innenfor samarbeid mellom psykologer og psykomotoriske fysioterapeuter, og at det derfor er interessant å utforske dette ytterligere i denne oppgaven.

## **1.2 Prosjektets formål**

Formålet med prosjektet er å få kunnskap om samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og psykologer, i fra psykologens perspektiv.

Jeg håper prosjektet kan være med på å belyse eventuelle fordeler og utfordringer ved et samarbeid. Et mål er at prosjektet skal gi innsikt i hva som skal til for at man skal lykkes i samarbeidet. Noe av informasjonen som kommer frem håper jeg også kan anvendes i psykomotoriske fysioterapeuters samarbeid med andre fagprofesjoner. Ved å ta utgangspunkt i psykologens perspektiv ønsker jeg å gi et innblikk i hvordan de forstår psykomotorisk fysioterapi, hvordan de anser roller og status i samarbeidet, samt hvordan de opplever at organisasjonen de arbeider for påvirker samarbeidet. For psykomotoriske fysioterapeuter vil en annen fagprofesjons tanker og erfaringer om eget fag være nyttig å ha med seg når man går inn i, eller tar initiativ til et samarbeid med en annen fagprofesjon.

## 1.3 Problemstilling

Studiens overordnede problemstilling er:

*«Hvilke erfaringer har psykologer av tverrfaglig samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter?»*

Det er utarbeidet følgende delspørsmål for å svare på den overordnede problemstillingen:

*«Hvordan forstår informantene psykomotorisk fysioterapi?»*

*«Hvilke tanker har informantene om roller og status i samarbeidet?»*

*«Hvilke tanker har informantene om hvordan organisasjonen påvirker samarbeidet?»*

## 1.4 Litteratursøk

I det innledende arbeidet med oppgaven utførte jeg et litteratursøk. Et uttømmende litteratursøk starter ofte med et ustrukturert søk for å finne søkeord. Søkeordene som jeg kom frem til og benyttet var: psychomotor physiotherapy, psychology, interprofessional collaboration, interdisciplinary og work team. De norske søkeordene som ble brukt var: psykomotorisk fysioterapi, psykolog, tverrfaglig samarbeid og samarbeid. Deretter valgte jeg ut databasene Pubmed, CINAHL og Psycinfo. De nevnte databasene valgte jeg ut på bakgrunn av et stort innhold av publikasjoner (Universitetsbiblioteket, 2021). De inneholder også relevant forskning innenfor feltet jeg ønsket å utforske. Psykomotorisk fysioterapi er en særnorsk behandlingsform, noe som begrenser muligheten for å finne internasjonale studier. Søkene viste et stort antall treff på tverrfaglig arbeid hvor psykologer er involvert, men ingen av artiklene handlet om samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter. Jeg gikk derfor videre og søkte i Oria. Ved søk i Oria kom det opp tre masteroppgaver som hadde forsket på psykomotorisk fysioterapi og tverrfaglig samarbeid. Disse er beskrevet i innledningen til prosjektet. I arbeidet med drøfting og diskusjon av resultatene har jeg gjort nye litteratursøk. Disse har ikke vært strukturert betinget, men gjort for anvende empiridrevet litteratur til å belyse oppgavens funn.

## 2. Prosjektets teoretiske orientering

Videre vil jeg redegjøre for prosjektets interessefelt og teoretisk orientering. Det vil være en kort innføring i teori omkring tverrfaglig i samarbeid i helsesektoren, psykomotorisk fysioterapi, psykolog og psykologi, profesjons- og organisasjonsteori, teori omkring roller og status samt Bourdieu`s teori omkring sosialt felt, doxa og kapital. Med dette håper jeg å gjøre prosjektet tilgjengelig for andre profesjoner enn de prosjektet omhandler.

### 2.1 Samarbeid på tvers av fagprofesjoner

Helsetjenesten i Norge er organisert i spesialist- og primærhelsetjenesten (Regjeringen, 2014). De regionale helseforetakene har ansvar for tilbudet av spesialisthelsetjenesten og hver kommune har ansvar for tilbudet i primærhelsetjenesten (ibid.). Tjenestetilbudet følger av en lang rekke lover, blant annet helse og omsorgstjenesteloven. Spesialisthelsetjenestens tilbud i psykisk helsetjeneste er vanligvis distriktpsikiatriske sentre, psykisk helsevern for barn og unge, tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt arbeidsrettet rehabilitering (ibid.). I kommunen finner man generelt sett en større variasjon av tjenester, men inkluderer alltid fysioterapi og psykologtjeneste. Samarbeid på tvers av fagprofesjoner kan foregå innad i organisasjonen, men fagprofesjonene kan også samarbeide på tvers av organisasjoner. Grensen mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for oppfølging og behandling er ikke alltid entydig, organisasjonene har derfor et felles ansvar om å tilrettelegge for samhandling og samarbeid (Regjeringen, 2021).

Helsedirektoratet (2018) definerer tverrfaglig samarbeid som «En strukturert arbeidsform som forutsetter dialog og felles beslutningspunkter mellom personell fra ulike faggrupper og sammen med pasient, bruker og eventuelt pårørende.» (ibid.). Samarbeidene vil typisk kunne utrede behov, planlegge tiltak, gjennomføre tiltak, evaluere tiltak og avklare nye mål.

Tverrfaglig samarbeid blir av helsedirektoratet omtalt som metodikk for personell med ulik fagbakgrunn. De legger til grunn at det foreligger en avhengighet mellom de ulike aktørenes bidrag. Videre mener Helsedirektoratet at det i samarbeidet bør sikres en felles forståelse og kunnskap om den tverrfaglige arbeidsformen. Felles regler og avklarte forventninger nevnes, for å få til god ressursutnyttelse og strukturert oppfølging. Samarbeid på tvers av fagprofesjoner forutsetter dialog og felles beslutningspunkter mellom fagprofesjonelle, pasient og eventuelle pårørende. I samarbeidet er den enkelte fagperson ansvarlig for sine

tjenesteytelser og må være trygg og kompetent i sin fagrolle. Merverdien ovenfor pasienten ligger i interaksjonen mellom de ulike fagperspektivene (ibid.).

Helsedirektoratet (2018) skriver at samarbeid ikke innebærer at alle fagpersoner til enhver tid samtidig skal være til stede for pasienten. Fagpersonene bør være samordnet slik at det sikres konsensus og informasjonsdeling, dermed sikrer man at alle arbeider rundt pasientens mål. Helsedirektoratet legger til grunn noen forutsetninger for et godt tverrfaglig samarbeid: Det er alltid pasientens behov og mål som er grunnlaget man samarbeider omkring. De involverte samarbeidspartnerne må ha en felles forståelse av begreper og ha felles verdier. Rollene i samarbeidet bør være tydelig avklart og en person bør ha rollen som leder. Fagpersonene må være bevisste og tydelige på egen fagspesifikk kompetanse, derunder kjenne grensene for eget fag opp imot andre profesjoner. Fagpersonene bør kjenne hverandres faglige styrker og fremsnakke hverandre. Det bør være en avtalt struktur samt et felles verktøy for samhandling og koordinering. Til sist skriver Helsedirektoratet at man må ha tid til å utvikle det tverrfaglige felleskompetansen, gjennom refleksjon, evaluering og metodeutvikling (Helsedirektoratet, 2018).

Flere argumenterer for at i det moderne samfunnet er tverrfaglighet blitt en nødvendighet (Lauvås & Lauvås, 2002). Dette på bakgrunn av at samfunnet har blitt sektordelt og kunnskapen spesialisert. De påpeker at når samarbeid på tvers av fag blir løftet opp og frem, er det ikke bare på grunn av pasientenes beste. Ofte er det med tanke på økt effektivitet og ressursutnyttning. Samtidig er det ofte blitt problematisert at det er vanskelig å få etablert samarbeid på tvers av sektor-, organisasjons-, profesjons- og fag grenser. Kryssende interesser og forskjellige perspektiver på virksomheten blir løftet frem som problemområder. Tid og prioritering av ressurser fra primærvirksomheten for å utvikle samarbeidet, anses som høyst nødvendig for å lykkes. Dårlig samarbeid fører i verste fall til forringelse av arbeidsmiljøet. Paradoksalt blir pasientene mest skadelidende, til tross for at det er de som skal oppleve fordelene av det tverrfaglige samarbeidet (ibid.).

## 2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi

### 2.2.1 Samarbeid og utvikling i klinisk praksis

Norsk psykomotorisk fysioterapi er resultatet av et samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (Bunkan, Bulow-Hansen, Thornquist, & Radøy, 1982). Braatøy var opptatt av at fysisk og emosjonell belastning gir utfall i og preger kroppen. Bülow-Hansen hadde 20 års erfaring som ortopedisk fysioterapeut og hadde begynt i privat praksis. Hun hadde i sin praksis observert at avspenning var uvirksom uten at pusten var med. Denne observasjonen ledet til en konklusjon om at pusten var med på å gradere avspenningen. Når behandlingen skulle utformes startet det med at de hadde felles pasienter, og ved at Bülow-Hansen behandlet Braatøy selv. Braatøy var opptatt av at Bülow-Hansen skulle tenke selv og ikke la seg påvirke av andre. «Resultatet ble en avansert og inngripende form for fysioterapi.» (Bunkan et al., 1982, p. 24).

I boken: «Psykomotorisk behandling; festskrift til Aadel Bülow-Hansen» beskriver Bülow-Hansen selv hvordan hun opplevde samarbeidet: «Jeg kunne snakke med ham om hva som helst. Vi drøftet kasus og forsøkte å finne nye veier» (Bunkan et al., 1982, p. 6). Videre forteller hun at Braatøy var interessert i å oppleve hvordan behandlingen virket på egen kropp. Han fikk det også ordnet slik at alle behandlende leger på avdelingen Bülow-Hansen jobbet, også fikk prøve å gå i behandling. Bülow-Hansen beskriver at samarbeidet mellom henne og de andre psykiaterne gikk både på tvers, ved at pasienten gikk i behandling til begge profesjoner, men også individuelt hvor de kunne henvise til hverandre ved behov (ibid.).

Da Trygve Braatøy døde 6 år etter samarbeidet med Bülow-Hansen startet, tok psykiater Nils H. Houge over Braatøys rolle. Senere kom også allmennlege Thoralf Hødal med. Ofte var alle tre involvert i behandlingen av en pasient. Det beskrives som viktig at de til enhver tid kunne konsultere hverandre (ibid.). Nils H. Houge har i tidsskriftet for Den norske legeförening skrevet om samarbeidet på tvers av fagprofesjonene. Houge beskrev hvordan kompliserte sykehistorier hos pasienten kunne gi grunnlag for samarbeid med lege, psykiater eller psykolog:

*Hvis pasient og fysioterapeut i fellesskap ikke kunne finne noen årsak, var det nå tid for å bringe legen, ev. en psykiater inn i bildet, og vi fikk et tverrfaglig samarbeid. Psykomotorisk fysioterapi er således et teamarbeid mellom en psykomotorisk utdannet fysioterapeut, en allmennpraktiserende lege og om nødvendig en psykiater, ev. en klinisk psykolog. I de fleste*

*tilfeller klarer en fysioterapeut seg uten støtte fra legen, men når det gjelder de mer kompliserte sykehistorier, burde det være en forutsetning at fysioterapeuten ikke skal sitte alene med ansvaret for behandlingen. (Houge, 2001).*

Houge beskriver her tankesettet man hadde omkring samarbeid når han arbeidet med Bülow-Hansen. Siden psykomotorisk fysioterapis utarbeidelse på 40 - og 50 -tallet, har faget nå et eget masterstudium ved tre utdanningssteder. Fysioterapeuter, med spesialisering og videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, arbeider i dag på alle tjenestenivå i helsevesenet (UIT, 2019). Helsedirektoratet ga i 2012 ut delutredning vedrørende offentlig spesialistgodkjenning. Der står det beskrevet at det er 500 fysioterapeuter med godkjent videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (Helsedirektoratet, 2012). Disse fysioterapeutene arbeider ved smerteklinikker, distriktpsikiatriske senter, psykiatriske avdelinger, fysikalsk medisin, poliklinikker med helsetilbud for rusavhengige og i kommunal sektor på private institutt (ibid.). Det vil derfor være nærliggende å tenke at mange av disse fysioterapeutene vil inngå i samarbeid med andre fagprofesjoner, deriblant psykologer. Fellestrekk for pasientene som går i psykomotorisk behandling, er at de gjerne har sammensatte lidelser. De beskriver ofte plager som smerter, anspenhet, pustebesvær, kroppslig stivhet, søvnvansker, tristhet, engstelse, uro og funksjonsproblematikk. Pasientene har gjerne langvarige og klinisk betydningsfulle emosjonelle symptomer og subjektive helseplager. Disse pasientene har ofte hatt plagene over mange år og forsøkt flere typer behandling (Breitve, M., & Kvåle, 2008).

## **2.2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi – Tenkning og praksis**

Behandlingen som ble utviklet i 40-50 årene stod i kontrast til tradisjonell fysioterapi (Thornquist & Bunkan, 1995). Dette ved at behandlingen representerte et helhetlig syn på mennesket, hvor kroppen ble sett som integrert og samspillende. Symptomer ble sett på som ubalanse i kroppen, altså at noe var galt med helheten. Derfor ble det ikke tatt spesielle hensyn til symptomer i behandling (ibid.). Siden 1990- tallet har Merleau-Pontys kroppsfenomenologi vært en viktig kilde til teoretisk refleksjon i psykomotorisk fysioterapi (Ekerholt & Gretland, 2018). Kroppen blir hos Merleau-Ponty sett på som senter for erfaringer og handlinger. Han fremhevet at det er som kropp vi er i verden og som kropp vi opplever den. Vi utvikler bevissthet gjennom å snakke, søke mening, bevege oss og persipere (Merleau-Ponty, 1994). Merleau-Ponty knyttet menneskets subjektstatus til kroppen. Man er i verden som kropp og kroppen er i posisjon for persepsjon og erkjennelse. Han skrev at det er

som kroppslige subjekter vi handler og samhandler med andre mennesker og omgivelser. Kroppen er også intensjonal ved at motorikken er utvetydig opprinnelig intensjonell. Kroppen må oppfattes som potensiale for muligheter hvor omverdenen opptrer som invitasjoner og oppfordringer (Merleau-Ponty, sitert i Thornquist, 2018). Gretland (2007) bruker denne teorien, med flere, i boken «Den relasjonelle kroppen», når psykomotorisk fysioterapi beskrives. Hun skriver at vi blir integrert i sosialt liv ved å være i kontakt med andre. Psykomotorisk fysioterapi er rettet mot kroppen som er åpen for inntrykk, erfarer, lærer og er i bevegelse. Kroppen inngår i samspill med andre mennesker som den preges og tar form av. Noen ganger i form av symptomer og plager. I psykomotorisk fysioterapi tar man utgangspunkt i den levde kroppen fordi i kroppen er alle våre opplevelser nedfelt. Kroppen bærer med seg erfaringer, også erfaringer vi ikke er bevisste. Bevegelses- og spenningsmønstre er nært knyttet til hvordan vi regulerer oss følelsesmessig. I psykomotorisk fysioterapi vil man forsøke å få pasienten til å oppleve kroppen og oppleve via kroppen. Man kan utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, en opplevelse og forståelse av sammenhenger mellom kropp og følelser (ibid).

Kroppundersøkelsen er utgangspunktet for behandling i psykomotorisk fysioterapi (Thornquist & Bunkan, 1995). Ved en strukturert funksjonsvurdering dannes et bilde av kroppslige reaksjonsmønstre og væremåter. Holdning og respirasjonsmønstre vurderes. Terapeuten forsøker å gjøre små endringer i disse vanemessige mønstrene for å vurdere pasientens reaksjon på omstilling. Denne omstillingen har man som mål at skal skje langsiktig og gradvis. Med henblikk på tanken om at spenningsmønstre er knyttet til hvordan vi regulerer følelsene, er det ikke uvanlig med følelsesmessige reaksjoner når disse muskulære spenningene slipper. Tidligere fortrenge eller glemte erfaringer kan bli bevisste igjen. Derfor er det viktig med en langsom omstilling. I behandling arbeides det med kroppsholdning, pust, muskulatur og bevegelser. I bevegelsene tilstreber en fri strekk og fleksibilitet. Behandlingen har effekt ved at kroppen svarer med en hensiktsmessig omstilling av respirasjonen. Ved en endret respirasjon er det også en omstilling av musklernes spenning. Behandlingen kan gi økt kroppsfornekkelse hos pasienten. En slik økt kroppsfornekkelse kan gjøre det lettere å skille mellom spent og avslappet muskulatur. Det kan også gjøre det enklere for pasienten og forstå hvilke hendelser, følelser eller tanker spenningene har opphav i. Igjennom kroppundersøkelsen er man opptatt av å se kroppen som en funksjonell og samspillende enhet er de enkelte deler er avhengig av hverandre. Derfor vurderes lokale plager i sammenheng med kroppens totale balanse (ibid).



## 2.3 Psykolog og psykologi

I Norge er psykolog en beskyttet tittel og staten gir autorisasjon til arbeid som helseprofesjonell (Psykologforeningen, 2015; Skre & Svartdal, 2022). Profesjonsstudiet i psykologi ble innført ved Universitet i Oslo i 1956. For å få autorisasjon som psykolog er det et krav om seksårig profesjonsstudium ved et universitet (Psykologforeningen, 2021). I 2021 var det omtrent 10 000 psykologer i Norge. Majoriteten av disse arbeider i offentlig helsesektor i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Psykologforeningen skriver at en psykolog har omfattende kompetanse om menneskers handlinger, tanker og følelser. Gjennom utdanningen har psykologen fått tilgang til en omfattende verktøykasse av psykologiske metoder for å kunne imøtekomme et stort mangfold av hjelpebehov. Videre hevder foreningen at psykologen er ekspert på menneskers psykologiske behov, hva som gir god psykisk helse og hva som bidrar til, opprettholder og virker mot psykiske lidelser. Psykologer arbeider med personer, familier og miljøet rundt personer (Psykologforeningen, 2015).

Avhengig av hvordan man velger å se på det har psykologien røtter tilbake i antikken. Frem til 1800-tallet handlet det om sjelens evner eller krefter, og deres forhold til hverandre (Teigen, 2015). Utviklingen av vitenskapen på 1800-tallet fører med seg en såkalt scientisme (Ekeland, 2021). En oppfatning brer seg om at vitenskapen skal kunne erstatte religion, og at meningen med livet og perspektivet på tilværelsen skal kunne etableres på et strengt vitenskapelig grunnlag. Ikke bare naturen, men alt menneskelig kunne prinsipielt underlegges vitenskapelig undersøkelse og avsløring. I denne kunnskapsoptimismen vokste nye fag og vitenskaper frem, blant annet psykologi og psykiatri. Psykiatrien får i oppgave å få orden på galskapen ved å kategorisere og beskrive den – på lik linje med andre naturfenomener. Galskapen blir derfor til en biologisk betinget maskinfeil, hvor en årsak kan finnes og utrykkes. Dermed er ikke galskapen lengre en del av den menneskelige variasjon, men blitt til et objekt som studeres utenfra og uavhengig av den syke selv. Sinnslidelsens uttrykksformer blir derfor tomme handlinger uten intensjonalitet og mening (ibid.).

Ut av psykiatrien springer psykologien som ble etablert som eget fag på 1800-tallet av Wilhelm Wundt (Teigen, 2015). Han etablerte det første psykologiske laboratorium i Leipzig for å studere følelser, bevissthet og sansninger. Wundt mente disse fenomenene kunne studeres gjennom introspeksjon, det vil si å observere og rapportere egne opplevelser. Den første omfattende psykologiske teorien var psykoanalysen. Legen Sigmund Freud ville

studere det ubevisste sjelelivet. Han mente at psykiske lidelser kom av konflikter i underbevisstheten. Man kunne få innblikk i disse konfliktene ved at pasientene fritt assosierte fra opplevelser i eget liv. Psykodynamisk teori sprang så ut av psykoanalysen.

Psykodynamiske teorier og behandlingsformer legger mer vekt på pasientens følelser eller motiver enn innholdet i tanker og handlinger. Det er ikke viktig hva man gjør eller mener, men følelsene bak meningene, motivene bak handlingen og konflikten bak problemet (ibid.). Trygve Braatøy var utdannet innen den psykoanalytiske tradisjonen, noe som var med å prege den psykomotoriske tradisjonen. Psykomotorisk fysioterapi er, som psykoanalytisk og psykodynamisk teori, opptatt av opplevelser og hendelser i livet og dets betydning for atferd og sykdom (Thornquist & Bunkan, 1995). I norsk psykisk helsevern brukes psykodynamisk teori for å få tak i meningen med symptomer og psykologiske sammenhenger (Malt & Rzadkowska, 2022). Psykodynamisk psykoterapi brukes i mindre grad som eneste behandling ved psykiske lidelser og det har blitt vanligere å kombinere terapi med medisiner. Fokus på kortere behandlingsforløp har også ført til mer avgrensede forløp hvor psykodynamisk terapi ikke anvendes da den anses for å være en langvarig terapi (ibid.). I slutten av 1950 årene preges den vitenskapelige psykologien av et kognitivt perspektiv (Teigen, 2015). Blant annet nevrofysiologi og hjerneforskning kom med kunnskap som ikke passet med bildet man den gangen hadde av hjernen. Resultatet var kognitive informasjonsteorier, personlighetsteorier, kliniske teorier og kognitiv terapi. Kognitiv terapi er av de større retningene innenfor moderne psykologi og ble grunnlagt av Aaron T. Becks. Becks kognitive terapi går ut på å hjelpe pasienten å bli klar over sine automatiske tanker og slutninger. Pasienten vil dermed å innse at disse tankene og slutningene er subjektive hypoteser med begrenset støtte i virkeligheten. Terapien går ut på å invitere pasienten med på en prosess som går ut på å teste ut hypoteser av hendelser i dagliglivet (ibid.).

Moderne psykologi splittes i stadig flere underområder (Teigen, 2015). Teigen påpeker at det knapt kan kalles et eget fag. Moderne psykologi består ikke lenger av et begrenset antall store retninger og når bredden blir stor kan det gå ut over sammenhengen. En kliniker som driver terapi og en kognitiv psykolog som studerer hukommelse lever i hver sin verden. Både interesse, språk, metoder og oppfatning vil være forskjellig. Det mest markante skillet i dag går mellom grunnforskningen og de mange variantene av anvendt psykologi. Det som er relevant for denne oppgaven er to av fagområdene under anvendt forskning: Klinisk psykologi, som omfatter utredning og behandling av psykologiske problemer og mentale

avvik, og helsepsykologi, hvor man tar i bruk psykologisk kunnskap og metodikk for å kartlegge, forebygge og avhjelpe helseproblemer (ibid.).

## 2.4 Kunnskapssyn i psykisk helsevern

Vi har i dag lite empirisk kunnskap om hvilken epistemologisk identitet fagfolk innenfor psykisk helsevern vedkjenner seg (Ekeland, 2021). For tiden ser det ut til at kognitiv terapi er favorittretningen blant sosialarbeidere (Ekeland, Bergem, & Myklebust, 2018).

Psykiatrihistoriker Roy Porter hevder at psykiatrien ikke klarer å enes om hva psykiske lidelser er eller hvordan de skal forstås (Ekeland, 2021). Porter beskriver det som at psykiatrien forskyves frem og tilbake mellom psykologiske og somatiske definisjoner av sitt objekt og sine teknikker. En norsk studie hvor psykiatere ble intervjuet om deres rolle og kunnskapsforståelse førte til en klassifisering i to idealtypiske hovedkategorier (Andenæs, 2017). Medisineren som er sykdomsorientert og fortolkeren som er personorientert. Studien får også frem hvordan denne ulikheten skaper forskjellig forståelse av klinisk praksis. Ekeland (2021) skriver at kunnskapssyn er viktig da det inngår i diskurser, og diskurser skaper praksiser. Han mener vi handler i forhold til verden i overensstemmelse med hvordan den oppfattes og defineres.

Ekeland (2021) hevder psykiatrien identifiserer seg i stor grad med en objektontologisk modell. I dette begrepet legger Ekeland (ibid.) at verden kan forstås som objekter som kan observeres utenfra. Han legger til grunn dette verdenssynet, på bakgrunn av at psykiatrien har sprunget ut av medisinen. Den objektontologiske modellen antar at psykisk sykdom er noe som foreligger uavhengig av oss. Psykisk sykdom blir ifølge den objektontologiske modellen ansett som biologiske «feil», og symptomer er tegn på disse feilene. Ekeland (ibid.) mener at det er et problem at psykiatrien har denne kunnskapsteorien i bunn, fordi psykiatrien studerer følelser, tanker og atferd. Ekeland (ibid.) mener dette er fenomener som bare er meningsfulle i det han kaller subjektontologi. Subjektontologien beskrives av Ekeland (ibid.) som et førstepersonsperspektiv. Fra denne posisjonen blir ikke lidelse noe prinsipielt fremmed fra det å være menneske i verden. Symptomene eller uttrykksformene kan derfor være uforståelige, men handler dypst sett om våre eksistensielle grunnvilkår. Psykiske lidelser kan derfor ikke forstås objektivt som enheter utenfor en menneskelig væren i verden. Dermed blir psykisk sykdom ikke noe som er gitt, men noe som er gjenstand for fortolkning i mellommenneskelig

felleskap. Ekeland (ibid.) understreker at biologi ikke er uvesentlig, men at det ikke burde være førsteperspektivet. Selv om en kartlegging gjøres ved hjelp av manualer og med god statistisk reliabilitet og andre psykometriske kvaliteter, er vurderinger av atferd, tanker og følelser normative vurderinger som hører subjektontologien til (ibid.).

Problemet med at psykiatriens medisinske diskurs blir hegemonisk er at den skaper subjektposisjoner som lege og pasient (Ekeland, 2021). Sykdom og behandling blir objektivisert og ens eget språk blir gjeldene. Brukerens språk og erfaringsverden tilhører derfor det subjektive og uvitenskapelige. Forskningen vil derfor rettes mot å kartlegge og forklare sykdommen, hvor den syke personen blir underordnet denne ambisjonen. Det ses i dag ved at forskning på mental helse i hovedsak handler om å avdekke sykdommens empiriske natur, og etter medisinske systemer for kunnskapsakkumulasjon å utvikle strategier og teknologier for terapeutiske eller forebyggende grep. Det økende presset om at praksis skal være evidensbasert mener Ekeland (ibid.) forsterker et objektontologisk orientert kunnskapskonsept. I evidensbasert praksis er det kunnskap fra randomiserte kontrollerte studier som har status og forrang. Her blir kunnskap om hva slags intervensjon som fungerer på en gjennomsnittspasient og virkningen målt på ulike skalaer for symptomvariasjon rangert over recoverystudier, som ofte baseres på kvalitative studier, når man skal lage kunnskapsoversikter. På grunn av denne rangeringen får kvalitative studier lavere status. Ekeland (ibid.) problematiserer også hvordan psykiatridiagnoser skapes på bakgrunn av et objektontologisk grunnsyn. Diagnoser blir skapt gjennom avstemming og konsensus i faggrupper. En psykiatridiagnose blir først en normativ avgrensning før den kan være en beskrivelse som antas ontologisk å være en sykdomsenhet. Ekeland (ibid.) mener at et viktig spørsmål å stille er om den normativ avgrensede enheten kan forklares ved en underliggende objektontologisk enhet, samt om en eventuell slik enhet kan oppheve førstebeskrivelsen av adferd, tanker og følelser som relevant beskrivelse (ibid.).

## **2.5 Profesjoner og organisasjoner**

Både psykologer og psykomotoriske fysioterapeuter er å anse som profesjoner. Profesjoner er en type yrke som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap som profesjonsutøverne har ervervet, gjennom spesialisert utdanning (Molander & Terum, 2008). Begrepet profesjon er omstridt. Det strides om hvordan begrepet skal forstås da profesjon ikke er et rent beskrivende begrep. Det å omtale et yrke som en profesjon legger til grunn forventninger om

profesjonalitet. I hverdagspråket anvendes ordet profesjonell om personer som behersker noe på en god, riktig eller forbilledlig måte. Dette viser da til en spesiell kvalitet ved personens måte å handle eller utføre oppgaver på, og omtales som det performative aspektet ved profesjonen. En profesjon er også et yrke som er organisert på en bestemt måte for å ivareta disse oppgavene (ibid.).

I profesjonsteorien blir det beskrevet en spenning mellom profesjoner og byråkrati (Svensson, 2008). Profesjonsutøvelse foregår i dag i økende grad innenfor arbeidsorganisasjoner, som har egne regler og formål. De profesjonelle må da forholde seg til både egen yrkesorganisasjons krav om forsvarlig yrkesutøvelse, men også arbeidsorganisasjonen. Dette kan føre til konflikter mellom profesjonell autonomi og administrativ styring. Profesjonelt arbeid er relatert til flere ulike typer organisasjoner. Yrkesorganisasjoner er interesseorganisasjoner og etableringen av disse har vært viktig i prosessen med å profesjonalisere yrker. Dette gjøres gjennom å inkludere de som har rett til å utøve et visst yrke og samtidig stenge andre ute. Det kan være krav om en viss utdanning eller autorisasjon for å inkludere. Disse kravene er med på å regulere antall yrkesutøvere og deres kompetanse. Tilhørigheten til yrkesorganisasjonene reguleres og opprettholdes blant annet ved sosialisering inn i organisasjonens kultur, verdier og mål (ibid.).

Organisasjoner og organisasjonsprinsipper finnes i stort sett alle samfunnsområder (Svensson, 2008). En organisasjon ses på som den fremste måten å rasjonelt, effektivt og planlagt gjennomføre aktiviteter med ekspertise og systematikk. En kritikk rettet mot organisasjoner er at de er tungrodd og ineffektive (Scott 2003, sitert i Svensson, 2008). En arbeidsorganisasjon er der hvor profesjonelle kan utøve sitt yrke (Svensson, 2008). Yrkesutøverne utfører, under organisasjonens spesielle vilkår, tjenester for brukere. I helsevesenet vil brukerne klassifiseres som pasienter. En organisasjon er alltid bestående av medlemskap, tilhørighet, kollektive ressurser og den sosiale strukturens kontroll og regler. Tilhørigheten er en form for samfunnskontroll og et maktinstrument som skaper sosiale skiller. Organisasjoner består også av normer, tradisjoner, kulturer, systemer og rutiner. Via enkeltmenneskene i organisasjonen opprettholdes og videreføres tradisjoner, kulturer, kompetanse og rutiner (ibid.).

Profesjonelt arbeid er styrt av profesjonelle og organisasjonsmessige ressurser og regler i en ofte uoversiktlig blanding (Svensson, 2008). Organisasjonsmessige ressurser er relatert til byråkratiske regler og hierarkisk autoritet og kontroll. Ved å være medlem av en organisasjon overlates en del av kontrollen over sine handlinger til organisasjonen, noe som berører den

profesjonelles autonomi. Organisasjonen kan gjøre krav på tid, kunnskap eller en bestemt arbeidsuniform. Den kan også gjøre krav på en type tenkning som anses passende innenfor organisasjonen. Ved at profesjonelle arbeidsorganisasjoner rekrutterer ansatte med en bestemt utdanning, innebærer det en sosialisering i yrkets normative og moralske sider. I takt med at de menneskebehandlingende organisasjonene har blitt en del av den offentlige svære i velferdsstaten, har det medført økt byråkratisering for å sikre likebehandling av borgerne. Menneskers behov er komplekse og ubestemte, og at virksomhet som styres av politiske beslutninger skal imøtekomme mange ulike interesser byr på problemer. Yrkesutøverne i menneskebehandlingende organisasjoner har ofte stor selvstendig kontroll over hvordan arbeidet skal utføres. Ovenfor den profesjonelle utøves kontroll i liten grad i form av beordring eller overvåkning, men oftest i indirekte form av passive teknikker, rutiner og hierarkier, samt i form av diskret innebygd og overbevisende sosialisering (ibid.).

## 2.6 Status og roller

Thornquist (1992) omtaler begrepene *rolle* og *status* i innledningen til sitt prosjekt «Fysioterapeuters rolle og funksjon i psykisk helsevern». Når begrepene rolle og status brukes sammen, gjør det at man kan skille mellom struktur- og kontraktsplanet, og samhandlingsplanet (Rudie 1984, sitert i Thornquist, 1992). Status handler om det statiske, mens rollebegrepet kan brukes til å forstå det dynamiske i sosiale liv. Status kan defineres som: «en posisjon i den sosiale struktur og bestemmes ved de rettigheter og plikter som posisjonen innebærer.» (Rudie 1984, sitert i Thornquist, 1992, p. 16). Rolleutøvelse omhandler en handlingsdimensjon: «Deltagerne presenterer seg som personer på en slik måte at visse deler av deres identitets- og statusrapporter gir seg utslag i deres adferd.» (Rudie 1984, sitert i Thornquist, 1992, p. 17). Begrepene samlet kan angi forholdene mellom det som er gitt i situasjoner og det som skapes mellom aktørene (Thornquist, 1992). Det er ulik forståelse av roller i sosiologien. På den ene siden menes det at personer tar ferdige roller. På den andre siden ser man på samhandling og sosialt liv som skapende prosesser hvor personer lager roller (ibid.). Det er den siste forståelsen prosjektet støtter seg til. Et utgangspunkt er at rollespill kontinuerlig påvirker og formes av skiftende sosiale situasjoner (Thornquist, 1992). Thornquist støtter seg på Goffman da han har kommet opp med teorier for dynamisk forståelse av sosialt liv. Goffman bruker begrepet situasjonsdefinisjon, som innebærer en erkjennelse av at for at mennesker skal handle, må de vite hva slags anledning de deltar i

(Goffman 1974, sitert i Thornquist, 1992). Mennesker vil vise ulike aspekter av seg selv, avhengig av situasjonen. Goffman mener det er gjensidighet mellom aktørens selvrepresentasjon, deres situasjonsdefinisjon og roller (ibid.). Thornquist skriver videre at forståelse av sosialt liv, yrkesgruppers funksjon og roller forutsetter en erkjennelse av at alle ikke har lik mulighet til å definere situasjoner. Status, makt og prestisje er faktorer som påvirker hvem som har større og mindre definisjonsmulighet (Thornquist, 1992).

## **2.7 Sosialt felt, doxa og kapital**

Pierre Bourdieu var opptatt av avdekke underliggende strukturer for makt og dominans (Bourdieu & Wacquant, 1993). Bourdieu tar utgangspunkt i at det finnes strukturer i sosiale systemer som eksisterer uavhengig av den enkelte aktør. Disse strukturene har betydning for hva som gir makt og status innenfor et system. Videre mente han at det foregår en pågående kamp om posisjoner som er med å definere maktforhold (ibid.).

Bourdieu bruker to hovedbegreper for sosiale strukturer; sosiale felt og sosiale rom (Bourdieu & Wacquant, 1993). Det sosiale rommet omfatter hele samfunnet. Et sosialt felt er en institusjon innenfor det sosiale rommet. Det kan defineres bredt som vitenskapelige eller politiske felt, eller snevert som et distrikt psykiatrisk senter (ibid.). I dette prosjektet vil det sosiale feltet omfatte arbeidsorganisasjonene hvor psykologene og fysioterapeutene er aktører.

Bourdieu viser til at de sosiale feltene består av objektive relasjoner mellom posisjoner (Bourdieu & Wacquant, 1993). I et felt vil det alltid være konflikter. Konfliktene foregår med utgangspunkt i de ulike posisjonene aktørene kan inneha. Posisjonene er hierarkisk definert gjennom de relasjonene de har til hverandre (ibid.). Det vil si at for at en lege skal ha høy status må en sykepleier oppfattes å ha lavere status. Bourdieu mener det sosiale feltet er definert ved noen grunnleggende regler aktørene må akseptere for å delta (Bourdieu & Wacquant, 1993). Disse grunnleggende reglene blir vedtatte sannheter som dermed framstår som naturlige, selvfølgelige og uproblematisk. Dette er det sosiale feltets rådende syn og Bourdieu kaller det for Doxa (ibid.).

For å ta del i et sosialt felt forutsetter det at aktøren har kapital (Bourdieu & Wacquant, 1993). Bourdieu skriver at økonomisk-, symbolsk-, kulturell- og sosial kapital er gjeldende i alle felt. Kapital har alltid en sammenheng med et felt. Kapitalen innenfor ulike felt vil derfor variere fra felt til felt. For eksempel vil et vitenskapelig felt vektlegge vitenskapelig kapital.

Maktforhold i feltet bestemmes av kapitalfordelingen (ibid.). Psykologer vil for eksempel ha betydningsfull kapital innenfor psykisk helsevern ved inneha og benytte diagnoser som utgangspunkt for behandling av pasienter. Psykomotoriske fysioterapeuter som kanskje arbeider mindre diagnosespesifikt vil ha mindre makt enn psykologene innenfor psykisk helsevern.

## **3. Metode**

### **3.1 Vitenskapsfilosofisk perspektiv**

Prosjektet har en vitenskapsteoretisk forankring i fenomenologi og hermeneutikk.

Fenomenologi er ifølge Thornquist (2018) læren om det som viser seg og kommer til syne. Edmund Husserl som grunnla fenomenologien, mente at for å forstå kunnskap og verden, må vi forstå verden slik den er for subjektet (ibid.). For å studere verden må man legge veien om bevisstheten. Bevisstheten kjennetegnes ved dens rettethet, som i fenomenologi kalles intensjonalitet. Den menneskelige bevissthet er intensjonal ved at den aldri er tom og alltid rettet mot noe. Fenomenologer går ut ifra at subjekter og verden er uløselig knyttet til hverandre. Vi er i verden og vi er en del av verden. Fenomenologien bidrar til at man kan se, forstå og få grunnleggende kunnskap i andre menneskers opplevelser. Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfarer for subjektet og ikke på verden uavhengig av subjektet (ibid.).

Hermeneutikk omhandler spørsmål knyttet til fortolkning og forståelse (Thornquist, 2018). Den vil være til hjelp for å oppnå fruktbare og gyldige fortolkninger. I hermeneutikken mener man at det ikke finnes bare én sannhet, som det kan analyseres frem til (ibid.). Fenomener vil kunne tolkes på flere måter. Meningen kan bare forstås i den sammenhengen vi studerer den i. Man forstår deler i lys av en helhet. Hermeneutikkens domene er meningsfulle fortolkninger. Tidligere var hermeneutikkens domene først og fremst tekster. I dag gjelder det hermeneutiske feltet meningsfulle fenomener som skjer i øyeblikket (teater og dans), varige uttrykk (bygninger) og intenderte uttrykk (skulpturer og tekster). Meningsfulle fenomener handler om menneskelige aktiviteter så vel som resultatene av det. Normer, regler, verdier og forestillinger ses på som kulturelle forhold som regulerer menneskelig aktivitet. To sentrale begreper i hermeneutikken er fordom og forståelseshorisont. Fordom er i hermeneutikken, i motsetning til dagligtalen, ikke et negativt begrep. Det viser til at noe går forut eller foran.



Man kommer alltid til sakene, tekstene, handlingene, omgivelsene eller situasjonene med tankemessig og erfaringsmessig bagasje. Dette er med og bestemmer hva vi forstår og fortolker. Man har derfor alltid allerede en forutforståelse. Med forståelseshorisont menes det våre samlede erfaringer, oppfatninger og forventninger. Disse kan både være bevisste og ubevisste ved at vi har oppfatninger og holdninger vi ikke retter oppmerksomheten mot (ibid).

### **3.2 Forforståelse**

Forforståelse beskrives av Thornquist som brillene vi betrakter verden gjennom (Thornquist, 2018). Ved å innta et fenomenologisk perspektiv innebærer det en anerkjennelse av at forskeren er uløselig knyttet til arbeidet som gjøres, ved at man har innflytelse over alle trinn i forskningsprosessen.

Min forforståelse som masterstudent vil naturligvis være med å forme dette prosjektet. Ut ifra mitt perspektiv som psykomotorisk fysioterapeut, tas det metodiske valg og oppgaven utformes. Jeg har erfaring fra samarbeid mellom psykolog og meg som psykomotorisk fysioterapeut. Dermed sitter jeg med tanker og forventninger omkring utfordringer og de mulige positive aspektene av samarbeidet. Mine erfaringer fra samarbeid med andre profesjoner er i hovedsak positive og jeg ønsker mer av det i min daglige praksis. På bakgrunn av dette vil det være en fare for at jeg bare ser etter, og trekker frem, det positive ved et samarbeid. I 2016 ble jeg utdannet fysioterapeut, og har siden hatt en lojalitet til faget. Dette kan føre til at jeg som forsker i oppgaven ikke vil sette psykomotorisk fysioterapi i et dårlig lys. Jeg har også et ønske om at samarbeid mellom psykologer og psykomotoriske fysioterapeuter skal bli mer utbredt, og det vil også derfor være fare for at jeg vektlegger de positive sidene ved å samarbeide. Alle disse aspektene har jeg forsøkt å ha et reflektert forhold til gjennom arbeidet med prosjektet. Etter utarbeidelsen av forskningsspørsmålet skrev jeg ned hvilke erfaringer jeg hadde i samarbeid med psykologer. Jeg tok dette med til veiledning, og det ble snakket om viktigheten om å aktivt åpne for alle typer erfaringer. Jeg har derfor forsøkt gjennom intervjuprosessen å få frem både positive og negative erfaringer fra informantene.

### **3.3 Kvalitativ metode**

Det er problemstillingen i prosjektet som har avgjort min metodiske tilnærming. Kvalitativ metode er et samlebegrep som inkluderer flere ontologiske perspektiver (Thaagard, 2021).

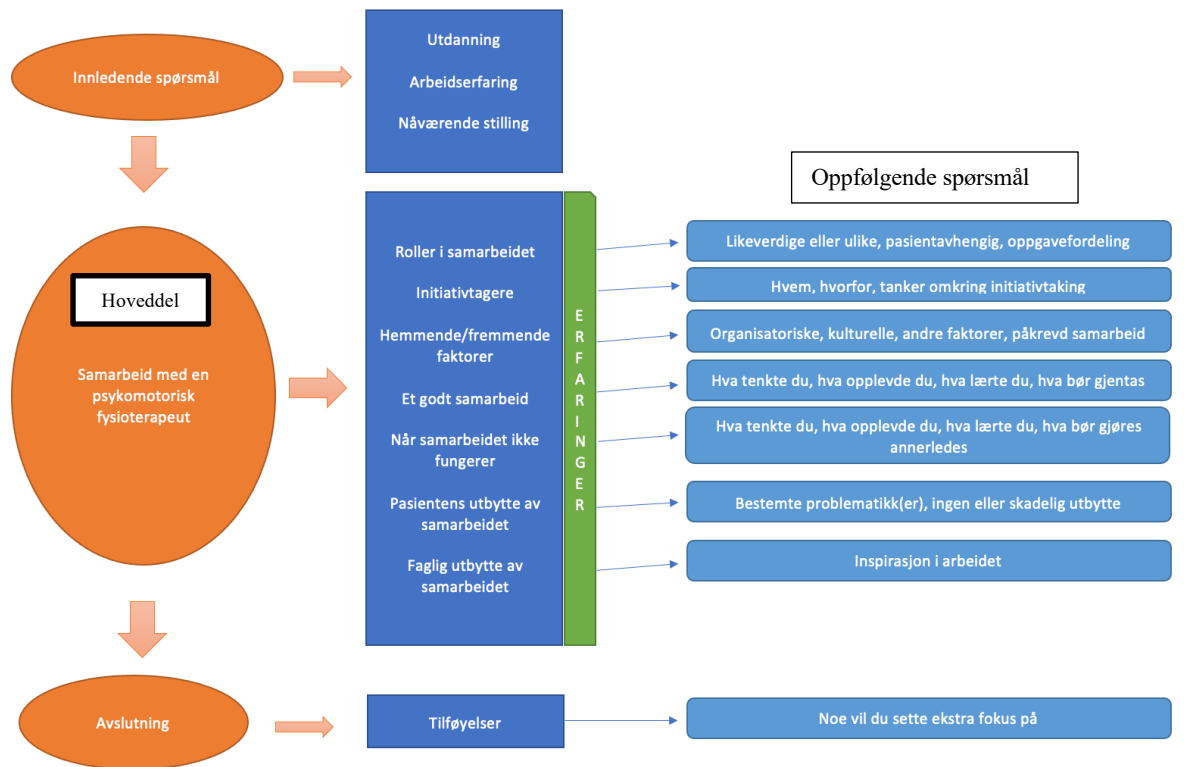
Metoden innebærer en åpen interaksjon med informanter. Prosessen i forskning blir sett på som ikke-lineær og analysen søker å identifisere mening, sammenhenger og mønster i datamaterialet (ibid.). Ved å velge en kvalitativ tilnærming kan jeg fordype meg i og utføre intensive analyser av de sosiale fenomenene som studeres. Begrepet kvalitativ innebærer å fremheve prosesser og mening som ikke kan måles i frekvens eller kvantitet (ibid.). Ordet kvalitativ viser til egenskapene eller karaktertrekkene ved de sosiale fenomenene som studeres. Kvalitativ metode egner seg godt til å studere temaer som tidligere har vært lite forsket på (ibid.). I dette prosjektet ønsker jeg å få frem nyansert kunnskap om forståelse av et sosialt fenomen, forstått som erfaringer av samarbeid mellom to ulike profesjoner.

### **3.3.1 Semistrukturert intervju og intervjuguide**

For å best kunne belyse problemstillingen valgte jeg intervju. Intervjuer kan få frem fylldige og omfattende kunnskaper om hvilke synspunkter og perspektiver andre mennesker har på de temaene intervjuet handler om (Thaagard, 2021). Intervjuer egner seg godt til å få innsikt i erfaringer, tanker og følelser. De erfaringene intervjupersonene forteller om, er forankret i hendelser i deres liv og preges av deres forståelse av opplevelsene (ibid.). I intervjusituasjonen ønsket jeg å kunne følge opp og utdype temaer som ble bragt frem. Derfor så jeg det som mest hensiktsmessig med et semistrukturert intervju.

Som forberedelse til utarbeidelse av intervjuguide og intervju, leste jeg andre masteroppgaver som hadde tverrfaglig samarbeid som tema. Jeg leste så spesifikt i intervjuguiden i de ulike prosjektene for å hente inspirasjon om aktuelle temaer. I utgangspunktet utformet jeg en hel del konkrete spørsmål, men viket fra dette. Etter å ha diskutert intervjuguide som tema på veiledningsseminar, så jeg det som fordelaktig å være mer fleksibel i intervjusettingen. Ved å ha mindre struktur i intervjuguiden vil informantene få en større rolle og være friere i hva de bringer frem (Thaagard, 2021). I intervjusituasjonen vil jeg dermed kunne følge flyten i tråd med hva informantene forteller om. Jeg besluttet å tredele intervjuprosessen for å opprettholde en viss struktur, som vist under i *Figur 1*.

Figur 1. Intervjuguide



Første del (innledende) omhandlet informantens arbeidserfaring, utdanning og nåværende stilling. Informanten skulle her kunne snakke om noe hen var trygg på, og som naturlig vil kunne gli over i neste del. Den neste delen (hoveddel) planla jeg skulle handle om temaet samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter. Undertemaene jeg ønsket å høre noe om var roller, initiativtaking, samarbeidets hemmende og fremmede faktorer, faglig utbytte og pasientens utbytte. Jeg ønsket gjennom temaene å få erfaringsnære fortellinger. Jeg valgte ut og satt opp forslag til fraser som kunne brukes i oppfølgende spørsmål. Da jeg følte hoveddelen hadde nok informasjon, ville intervjuet gå over i avslutningsfasen hvor informantene fikk legge til tilføyelser eller sette ekstra fokus på noe spesifikt.

### 3.3.2 Utvalg, rekruttering og informantene

I forskning med kvalitative metoder blir informanter gjerne utvalgt på bakgrunn at de har egenskaper som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thaagard, 2021). Jeg gjennomførte en strategisk seleksjon av informanter. Kriteriet for utvelgelse var at informanten måtte være psykologutdannet og ha minimum et års erfaring av samarbeid med en eller flere psykomotoriske fysioterapeuter. Tilgjengeligheten i utvalget gikk ut på at

informantene måtte være innenfor en geografisk lokasjon som gjorde at jeg kunne gjennomføre intervjuet i løpet av en dag. Jeg fattet en beslutning på at de som var tilgjengelig for intervju innen en relativt kort tidsramme på tre uker, ville prioriteres som informanter.

Før jeg tok kontakt med informantene utarbeidet jeg et informasjonsskriv. Dette var i forbindelse med søknad og godkjenning av prosjektet, via Norsk senter for forskningsdata (NSD). Jeg besluttet å ikke sende ut en intervjuguide til informantene før intervjuet, da det ikke skulle kreve noen forberedelse å være informant. Jeg var som tidligere nevnt ute etter en flytende og reflekterende samtale omkring temaene. Skrivet ble sendt ut på e-post til informantene under tittelen «NSD informasjonsskriv» (Vedlegg 1).

Jeg benyttet meg av mitt kontaktnettverk via jobb i spesialisthelsetjenesten og praksisveileder til å identifisere informanter som kunne være aktuelle kandidater. Jeg fikk deretter telefonnummer og mailadresse hvor jeg kontaktet to av informantene. Den tredje informanten ble kontaktet via Facebook Messenger etter tips fra en allerede rekruttert informant. Alle informantene virket entusiastiske til å delta i prosjektet og ga uttrykk for at de satt med informasjon som de mente ville bidra til å belyse problemstillingen.

Informantenes kjønn fordeler seg til to damer og en mann. De har alle over 10 års erfaring i klinisk praksis. Alle har vært samlokalisert med en eller flere psykomotoriske fysioterapeuter i en periode på over et år. I dag er det kun en informant som har en psykomotorisk fysioterapeut tilknyttet sin arbeidsplass. De to andre har skiftet jobb eller arbeidsplass innenfor det siste året slik at de ikke lenger har en psykomotorisk fysioterapeut tilknyttet sin arbeidsplass. Til daglig arbeider to av dem innenfor to ulike former for rehabiliteringsinstitusjoner og en i privat praksis. En praktiserer i hovedsak kognitivterapi og to har videreutdanning i, og arbeider til daglig mest med, traumeterapi.

### **3.3.3 Gjennomføring og transkribering av intervju**

Før intervjuene startet snakket jeg og informantene om studenttilværelsen og informantenes erfaring ved å være i samme situasjon. To av intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, mens et av intervjuene fant sted i informantens eget hjem. Jeg besluttet å bruke Diktafon-appen for opptak av intervjuene. Dette er en applikasjon til mobiltelefon som gjør lydopptak. Appen krypterer umiddelbart lydfilen som opptas og sendes til TSD prosjektet hvor den så lagres på en server (UiO, 2022a). Det var ingen forstyrrelser i intervjusituasjon, bortsett fra at i alle tre intervjuene stoppet opptaket etter 45 minutter (en begrensning i appen).

Dette var som regel midt i et tilsvarende på et spørsmål, noe som ødela flyten i samtalen rundt dette tidspunktet.

Etter å ha gjennomført et intervju ble lydfilen av intervjuet transkribert i løpet av to til tre dager. Jeg var derfor ferdig transkribert før jeg intervjuet en ny informant. Dette gjorde at jeg kunne evaluere på måten spørsmålene ble stilt, hvilke spørsmål som ga gode svar og om det var noen nye temaer som burde trekkes frem ovenfor de andre informantene. Etter å ha intervjuet informant A og B ble det i veiledning påpekt at intervjustilen var for passiv. Derfor inntok jeg en mer aktiv rolle i intervjuet med informant C.

### **3.4 Tematisk analyseprosess**

Analysen er en prosess som er til stede i alle trinn i forskningsprosessen (Thaagard, 2021). Jeg anser derfor ikke analyseprosessen som ferdig før prosjektet er ferdigstilt. I en tematisk analyse rettes oppmerksomheten mot temaer som er representert i prosjektet. Formålet med en tematisk analyse er å gå i dybden på de enkelte temaene (ibid.).

To av formålene med transkripsjonen var å bli godt kjent med og få oversikt over materialet. Transkripsjonen legger grunnlaget for koding og kategorisering. Ved å overføre tale til tekst distanserer man resultatet fra den sosiale og tidsmessige konteksten (Kvale & Brinkmann, 2015). I transkripsjonen har jeg valgt å vektlegge innholdet i det som har blitt sagt. Jeg utelot derfor beskrivelser av samhandling eller kroppslig kommunikasjon. Dette ville vært vanligere i fylldigere intervjubeskrivelser hvor saksområdet i forskningen ville hatt behov for slik informasjon. Jeg har valgt å ta med pauser, latter og avbrytelser da dette kan gi et bedre grunnlag for å komme nærmere betydningen i det som blir sagt (ibid.).

Jeg hørte gjennom intervjuene en gang hver, før de ble transkribert. Hvert intervju ble transkribert i et enkeltstående dokument. Jeg valgte å dele transkripsjonen i tre dokumenter for å lettere holde oversikten og kunne skille informantene fra hverandre. Forskeren ble betegnet med «f» og informanten med «i». Det ble lagt inn mellomrom der personene bytter på å ha ordet i samtalen. Når forskeren stilte spørsmål, ble dette kursivert. Dette gjorde jeg for å holde oversikt og lett skille informanten og forskeren ved lesning. Jeg besluttet å transkribere på bokmål og normaliserte dialekter og uttrykk. Personidentifiserende deler av samtalen ble anonymisert for å opprettholde konfidensialiteten til informantene. Jeg beholdt fyllord som «ehm, mm, hm» der det var nødvendig for å bevare meningsinnholdet i utsagnet

til informanten. Videre anvender jeg Thaagards (2021) fremgangsmåte for koding og kategorisering.

Som forberedelse til koding og kategorisering leste jeg gjennom transkripsjonene og hørte gjennom lydklippene enda en gang. I forbindelse med dette gjorde jeg små korrigeringer i transkripsjonen der jeg oppdaget feil. Hensikten med denne gjennomlesningen var å bli fortrolig med innholdet samt å få en oppfatning av hvilke fenomener det empiriske materialet kan gi en forståelse av. Deretter leste jeg «Kroppens spor – en utfordring i psykiatrien» av Anne Gretland (1999) og «Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern» av Eline Thornquis(1992). Begge studiene gir informasjon om psykomotorisk fysioterapi i psykisk helsevern. Studiene ble lest for å kunne veksle mellom perspektiver fra dataen og hente ideer fra relevante perspektiver (Thaagard, 2021).

Deretter kodet jeg materialet ved å dele opp teksten og betegnet disse utsnittene med kodeord. Dette gjorde jeg for å finne igjen deler av teksten som belyste de samme temaene, og for å kunne sammenligne mellom informantene. Kodene bestod av enkelt ord der det passet og korte setninger der det passet. Samtidig med koding skrev jeg ned kommentarer til innholdet i teksten. Kommentarene ga meg innspill til mine refleksjoner om meningsinnholdet i teksten. Sammen med veileder diskuterte vi hvilke temaer som stod ut ved gjennomlesning av transkripsjonen og kodene. Jeg valgte så å dele kodene inn i tre kategorier. Kategoriene inneholder sentrale temaer for å knytte sammen de enkelte temaene kodene representerer. Kategoriene ble vurdert som meningsbærende ved å være en konsentrasjon av mening. De tre utvalgte temaene forteller alle informantene noe om, både implisitt og eksplisitt. Temaene jeg til slutt landet på var:

*Fremstilling og forståelse av psykomotorisk fysioterapi*

*Roller og status*

*Organisatoriske rammer*

Deretter gikk jeg systematisk gjennom teksten og samlet meningsbærende enheter. Først markerte jeg temaet «roller og status» i alle intervjuene i oransje farge. Deretter markerte jeg «forståelsen og fremstillingen av psykomotorisk fysioterapi» i blå farge. Før jeg til sist markerte «organisatoriske rammer» i grønt. Parallelt med dette kopierte jeg de fargede delene av teksten over i et separat dokument. I dette dokumentet samlet jeg alle de meningsbærende

enhetene under hvert tema og kronologisk fra informant A, B og C. De delene av materialet som ikke ble markert og hentet ut, ble så lest på nytt for å se om de tilhørte noen av de utvalgte temaene. Noe ble derfor lagt til i de utvalgte temaene. Det resterende ble ikke ansett for å viktige nok til å rettferdiggjøre egne temaer, og ble derfor valgt bort. Arbeidet ble ikke avsluttet med dette. Jeg har etterfølgende gått tilbake til de originale transkripsjonene og hentet enkelte utsagn, samt fjernet eller flyttet inn meningsbærende enheter. Det har vært en dynamisk prosess underveis i hele arbeidet. Thornquist (2018) beskriver dette som en dynamisk erkjennelsesprosess hvor man veksler mellom en hel og del. Thornquist beskriver også begrepet hermeneutisk sirkel som en gradvis økt forståelse, hvor det å forstå en del av virkeligheten påvirker ens oppfatning av helheten (ibid.).

Når jeg trekker ut meningsfulle enheter (tekstbiter) og samler dem under et tema skjer det som Thagaard (2021) beskriver som en dekontekstualisering. For å sikre at jeg ikke hadde fjernet meg langt fra informantenes meningsinnhold, holdt jeg resultatene opp mot den fulle transkripsjonen. Ut ifra de meningsbærende enhetene laget jeg deretter en meningsfortetning. Dette gjorde jeg ved å skrive en sammenfatning for hver informant under hvert tema. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at dette fremhever tekstens meningsinnhold. Innholdet i sammenfatningen forsøkte jeg å få til å være nær en nøyaktig beskrivelse av det informantene hadde fortalt, samtidig som det belyste problemstillingen. Jeg stilte så disse sammenfatningene opp etter hverandre i et dokument for å kunne se samsvar, samvariasjon eller ulikheter mellom informantene i de ulike temaene. Dette ga grunnlag for å fremheve det jeg anså som særlige viktige meningsbærende enheter. Hensikten var å oppnå en dypere forståelse av materialet, og komme frem til de meningsbærende enhetene som kunne trekkes frem for å best belyse problemstillingen i resultatdelen av oppgaven. Tolkningen og analysen av materialet gjorde at jeg forstod og forholdt meg til det empiriske materialet på en annen måte. Jeg foretok derfor en justering av problemstillingen. For å spisse problemstillingen mot resultatene av analysen, valgte jeg å legge til tre delspørsmål.

### 3.5 Rapportering

Jeg har valgt at resultatkapittelet ikke inneholder diskusjon under hvert tema. Temaene i oppgaven vil naturlig nok gå litt inn i hverandre, noe jeg tenker illustreres best ved å samle diskusjonen for seg. Overskriftene i resultatdelen kan relaterer seg til utsagn eller den påfølgende tolkningen av et tema. De er ment å formidle mening på en konsentrert måte og legge rammene for den påfølgende diskusjonen (Thaagard, 2021).

Temaet «fremstilling og forståelse av psykomotorisk fysioterapi» har blitt til: «*Hvordan forstås psykomotorisk fysioterapi?*» med underkategoriene: «*Psykologer og psykomotorikere: Like, men ulike?*», «*Kroppen: Der skal de være sjef*» og «*Tettere samarbeid, bedre forståelse*».

Temaet «roller og status» er navngitt: «*Roller og status*» med underkategoriene: «*Roller og status i pasientbehandlingen*», «*Psykomotorikeren som kollega og veileder*» og «*Psykomotorikerens rolle og status i helsevesenet*»

Til sist blir temaet «Organisatoriske rammer» navngitt: «*Organisasjonens påvirkning på samarbeidet*» med underkategoriene: «*Samlokasjon og tilgjengelighet*» og «*Rammer og forventninger til besvær*»

Rekkefølgen er valgt slik fordi forståelsen av den andre profesjonen i et samarbeid er viktig for å få til et godt samarbeid. Roller og status sier noe om funksjonen de ulike profesjonelle har i samarbeidet, og organisasjonens rammer har innvirkning på begge de to første kategoriene.

Sitater fra det empiriske materialet presenteres i resultatkapitlet og diskusjonskapitlet. Sitatene i resultatkapitlet er valgt ut fordi jeg mener de illustrerer, og sammenfatter, poengene jeg vil fremheve under de ulike temaene. Sitatene er redigert til lesbar form. Det vil si at fyllord, noen pauser og avbrytelser har vært igjennom en meningsfortetning. Jeg har holdt sitatene i resultatdelen opp mot transkripsjonen for å sikre at sitatet ikke blir tatt ut av kontekst. Der hvor jeg mener det er behov for kontekstualisering er dette beskrevet i forbindelse med sitatet. Sitater fra resultatkapitlet gjenbrukes i diskusjonskapitlet for å illustrere poenger. Når det spesifiseres hvem informanten snakker om i sitatene, er dette markert med [ ], pauser er markert med .., og når informanten avbryter seg selv med en ny setning er dette markert med /. Informantene presenteres anonymisert med betegnelsene:



Informant A, B og C. Jeg har valgt å ikke gi dem fiktive navn da det er en ujevn fordeling av kjønn blant informantene, og kjønn har ikke vært et perspektiv i oppgaven. Informantene omtales som «hen» i resultatkapitlet av samme grunn.

## **3.6 Forskningsetikk**

Forskningsetiske avgjørelser er noe som blir tatt hele veien gjennom arbeidet med prosjektet (Thaagard, 2021). Retningslinjene til De nasjonale forskningsetiske komiteene (2021) er anvendt for å sikre og omtale forskningsetikken i prosjektet. NSD har vurdert at prosjektet er i samsvar med personvernlovgivningen og foretatt en risikoanalyse (Vedlegg 2).

### **3.6.1 Samtykke**

En forskningsetisk hovedregel er at det skal gis informasjon og innhentes informert samtykke fra alle som deltar i forskningen (NESH, 2021). Det forskningsetiske samtykket skal være frivillig. Frivillighet betyr at samtykket er gitt uten press eller ved begrenset valgfrihet. Press kan utøves indirekte ved at samtykke innhentes via en autoritetsperson (ibid.). Jeg har i rekrutteringsprosessen brukt kontakter via arbeid i spesialisthelsetjenesten og praktisk veileder under utdannelsen for å identifisere aktuelle kandidater. Informantene som deltar i prosjektet, har derfor blitt anbefalt via mitt kontaktnettverk. I min skriftlige forespørsel til informantene oppga jeg hvilke personer jeg hadde fått informasjon om dem fra, og at den nevnte personen mente at informanten kunne være en aktuell kandidat. Det kan tenkes at informantene i prosjektet har følt noe press for å delta på bakgrunn av denne informasjonen. Dette kan derfor ha truet frivilligheten til å delta i prosjektet i en viss grad. Jeg ble først klar over dette etter å ha avsluttet rekrutteringsprosessen. For å forhindre dette burde jeg bedt de som ga meg navnene til informantene, om å ta kontakt med informanten først og spørre om det var greit at jeg kontaktet dem (Thaagard, 2021).

Samtykket skal være informert, utvetydig og dokumenterbart (NESH, 2021). At samtykket er informert betyr at deltagerne er gitt forståelig og tilstrekkelig informasjon om hva det innebærer å delta i studien. Utvetydig betyr at deltakerne aktivt og entydig gir uttrykk for et ønske om å delta i prosjektet. Dokumentasjon av samtykket handler om at forskerens ansvar tydeliggjøres og sikrer deltagerens rettigheter (ibid). For å sikre dette har jeg brukt NSD's skjema for informasjon og samtykke (Vedlegg 1). Informasjonsskrivet ble sendt ut sammen med forespørselen om å delta. Intervjusituasjonen startet ved at jeg lot informantene lese

gjennom informasjonsskrivet på nytt. Skrivet inneholder informasjon om hva det innebærer å delta i studien. Hvorfor de ble spurt om å delta. Hvilke opplysninger som samles inn. Hvordan opplysningene blir brukt. Hvem som har tilgang til dataen og skal bruke den. Hvilke formål opplysningene skal brukes til. Prosjektets mål, metode og tilnærming. Plan for lagring og sletting av data og vilkår for konfidensialitet og anonymisering. Deltagerne er informert om at de når som helst kan trekke sitt samtykke, uten å måtte begrunne dette og uten at det får negative konsekvenser (Vedlegg 1). Etter gjennomlesningen innhentet jeg skriftlig og muntlig dokumentasjon på samtykke til å delta i prosjektet. Jeg har gjort små endringer på problemstillingen gjennom arbeidet med prosjektet. Det er lagt til tre delspørsmål deltagerne i studien ikke ble informert om. Endringen er av så liten betydning at jeg ikke så det relevant å innhente samtykke på nytt med en oppdatert problemstilling. Innholdet i prosjektbeskrivelsen er fortsatt ens med det deltagerne skrev under på.

En av informantene ble rekruttert ved snøballmetoden. Et problem med snøballmetoden er at man risikerer at informantene da kan befinne seg innenfor samme nettverk eller miljø (Thaagard, 2021). Etisk sett er det også noen problemer ved å bruke snøballmetoden. Problematikk ligger i hensynet til prinsippet om at alle som deltar i et forskningsprosjekt skal gi informert samtykke til deltagelse. Det kan dermed oppstå konflikter mellom de bekjente på bakgrunn av at forskeren har fått informasjon om dem uten samtykke. Dette kan løses ved at informanten tar kontakt med den bekjente og får samtykke til å videreformidle kontaktinformasjon til forskeren (ibid). I dette prosjektet ble den tredje informanten kontaktet uten denne skisserte løsningen, da jeg ikke var klar over dette dilemmaet på rekrutteringstidspunktet. Det er ikke meg bekjent at det har oppstått konflikter på bakgrunn av rekrutteringen, men jeg forstår at det burde vært løst på en bedre måte for å forhindre potensiell konflikt.

### **3.6.2 Personvern**

Som en del av forberedelsene til prosjektet var personvern og sikkerhet en viktig faktor. Jeg opprettet derfor et område i tjenester for sensitive data (heretter TSD). TSD er utviklet og driftet av Universitetet i Oslo. Ifølge personopplysningsloven (2018) skal data som på noe vis er av sensitiv art ha høyere grad av sikring enn ikke sensitive data. I ledd av anonymisering av informantene i oppgaven besluttet jeg derfor å bruke TSD portalløsning. Dette er en lukket verden for sensitive data og oppfyller alle lovkrav til sikkerhet og personvern (UiO, 2022b). Dataene forblir lagret til studien er avsluttet. Dette i henhold til forskningens krav om

etterprøvnbarhet. Når studien er avsluttet ved endt eksamen slettes dataen for å ivareta personvernet.

En forutsetning for faglig utvikling er åpenhet i forskning (Thaagard, 2021). Det å tilgjengeliggjøre og offentliggjøre data og resultater på en så åpen måte som mulig, er en forutsetning for å kunne utvikle kunnskap, sammenligne forskningsresultater og for at andre kan etterprøve analyser, tolkninger og resultater. Åpenhet må ofte balanseres mot hensynet til personvern. Kravet om anonymisering veier som regel tyngre enn normen om åpenhet i forskningen, med mindre det begrunnes eksplisitt (ibid.). I dette prosjektet er anonymisering og konfidensialitet vektlagt. For å møte kravet om åpenhet er det gitt beskrivelser av arbeidssituasjon, erfaring og kompetanse hos informantene som er vage nok til å sikre anonymisering.

### **3.6.3 Fremstilling av resultatene**

En konsekvens av tematisk analyse er at man løsriver teksten fra det som var utarbeidet sammen med informanten, og samler den under en kategori (Thaagard, 2021). Det kan være deltakerne opplever det problematisk å bli stilt ovenfor forskerens perspektiv. Det kan være uenighet i kategoriene forskeren bruker og at fremstillingen ikke viser en tilfredsstillende forståelse (ibid.). I fremstillingen har jeg forsøkt å unngå å virke stigmatiserende. Det har jeg gjort ved å skrive hva som er mine perspektiver, påpeke når det er mine fortolkninger av materialet og ved å forsøke å presentere resultatene slik at deltagerne vil se det som relevant.

### **3.6.4 Finansiering av prosjektet**

Det er viktig med åpenhet om finansiering og interesser for å sikre forskningens troverdighet og legitimitet (NESH, 2021). Jeg bekrefter herved at det ikke er noen finansielle interesser ved prosjektet. Prosjektet har ikke kostet annet enn *tid* for å utvikle, samle og ferdigstille.

## **3.7 Metodediskusjon**

### **3.7.1 Forskningsspørsmålet**

Alle forskningsprosjekter tar utgangspunkt i temaer eller spørsmål hvor noen har en interessepart i forskningen (Thaagard, 2021). Utgangspunktet for å formulere problemstillingen var å finne ut av hva prosjektet skulle rette oppmerksomheten mot (ibid.). Problemstillingen har gjennom prosjektet vært under utvikling, men til å starte med var den

som følger: «Hvilke erfaringer har psykologer av tverrfaglig samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter?» Den originale problemstillingen vil jeg anse som både konkret for å gå videre med arbeidet, samtidig som den gir fleksibilitet til endring og konkretisering på bakgrunn av analyse av datamaterialet. Problemstillingen har ofte ikke sin endelige form før resultatene av prosjektet er presentert (ibid). Under arbeidet med analysen ble det derfor lagt til tre delspørsmål.

### **3.7.2 Utvalg og rekruttering**

Når utvalget er lite er det særlig viktig å ha en utvelgingsprosess som er hensiktsmessig for problemstillingen (Thaagard, 2021). Dette fordi at analysen av data da vil gi en forståelse av fenomenene som blir studert. Utvalget av informantene til oppgaven var strategisk utvalgt, men vektet i forhold til tilgjengelighet. Strategisk utvalgt i forhold til problemstillingen, ved at de skulle ha gitte egenskaper og kvalifikasjoner (ibid). Kriteriene som ble satt var at informantene var psykologutdannet med minimum ett års erfaring av samarbeid med en eller flere psykomotoriske fysioterapeuter. Disse kriteriene kunne vært oppjustert til flere års samarbeid, samt krav til å ha arbeidet med flere psykomotoriske fysioterapeuter. Det kunne også vært et krav at de i sin nåværende stilling arbeider sammen med en psykomotorisk fysioterapeut. Noe som ville ført til mer erfaring fra informantenes side, men også gjort det vanskeligere å rekruttere.

Tilgjengelighetsfaktoren ble vektlagt grunnet tidsrammen rundt prosjektet. Et problem med tilgjengelighetsutvalg er at utvalget ofte vil representere personer som er fortrolig med forskning, eller ikke har noe imot at de skal bli studert (Thaagard, 2021). Et problem kan da være at informantene som er utvalgt føler at de i større grad enn vanlig mestrer sin (sam)arbeidssituasjon, og derfor ikke har noe imot innsyn fra forskeren. Dermed vil dataen forskeren sitter igjen med si mer om hvordan situasjonen mestres, enn om konfliktfylte forhold. Personer som ikke er villige til å delta kan sitte med informasjon om utfordrende deler ved fenomenet som blir studert (ibid.). Informantene i dette prosjektet har bred erfaring fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. De har alle over ti års erfaring i arbeid i klinisk praksis som psykolog. Alle har på ulike tidspunkt i karrieren vært samlokalisert med en eller flere psykomotoriske fysioterapeuter. Informantene burde dermed ha tilstrekkelig grunnlag for å belyse problemstillingen. Alle informantene uttalte seg positivt i forkant av intervjusituasjonen vedrørende samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter. Det kunne derfor vært en fare for at materialet skulle gjenspeile et «glansbilde» av samarbeidet. I det

empiriske materialet jeg sitter igjen med er det mye positivt som løftes frem, men også flere utfordringer som belyses. Jeg mener derfor at det ikke er en stor skjevhet i materialet.

Det ble ikke gjort noen forsøk på å nå bredere ut i rekrutteringsprosessen, da alle tre informantene svarte positivt på forespørsel om å delta. Jeg vurderte underveis i prosjektet at tre informanter var tilstrekkelig for å belyse problemstillingen. Ved å inkludere flere enn tre informanter ville sjansen for få et bredere perspektiv for å besvare problemstillingen vært større. For å få bredere innsikt i hvordan samarbeid mellom psykologer og psykomotoriske fysioterapeuter erfares, ville det også kunne vært relevant å se både fysioterapeutens og pasientens perspektiv. På bakgrunn av personlige og samfunnsmessige forhold, vurderte jeg at dette ville være for ambisiøst i forhold til tidsrammen til prosjektet.

### **3.7.3 Utvikling av data**

Som forsker og intervjuer har jeg påvirket og deltatt i intervjusituasjonen. Gjennom dette har jeg vært med å påvirke dataen som har blitt generert. En analyse av dataen som et blankt ark uten forutsetninger vil derfor ikke være mulig. Når jeg samarbeider med informantene i intervjusituasjonen, kan ikke dataen som fremkommer ses på som gitt der ute (Thaagard, 2021). Altså uten min forståelse av den virkeligheten som studeres.

Jeg valgte en delvis strukturert tilnærming til intervjusituasjonen. Dette er den mest vanlige intervjuformen i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015). Noe som også medførte en delvis strukturert intervjuguide (Figur 1). Noen temaer var altså fastlagt på forhånd, slik at jeg delvis kunne følge med på utsagnene til informanten samtidig som de viktige temaene for intervjuet ble belyst. Kvalitative forskningsintervju kan utformes på ulike måter. Fordelen med å ha mindre struktur i intervjuet er at det kan tilpasses temaer som bringes opp (Thaagard, 2021). Dermed kan man følge opp og utdype temaer som ikke hadde vært tenkt på i forkant. Ved å ha en mer strukturert tilnærming vil svarene man får være lettere å sammenligne (ibid).

Hva intervjuer gir informasjon om, er det ulike perspektiver på (ibid.). I et interaksjonistisk perspektiv vil det vektlegges at forsker og intervjuerperson samarbeider om å videreutvikle de erfaringene og opplevelsene intervjuerpersonen har gitt uttrykk for. Intervjuet blir da beskrevet som fortolkende praksis hvor begge parter er deltagende (Holstein & Gubrium 2016, sitert i Thaagard, 2021). I de to første intervjuene inntok jeg en mer passiv rolle enn nødvendig. Det vil si at jeg lot informanten snakke for lenge uavbrutt uten at jeg var aktiv ved å dem utdype,

begrunne eller tydeliggjøre sitater. Dette på bakgrunn av metodelitteratur av Malterud (2017). Hun skriver at de gangene det høres ut som informanten svarer ut over spørsmålet, kan det ofte fremkomme «gullsitater» (ibid.). Konsekvensen av den passive rollen var lange svar med informasjon utenfor rammene av prosjektet. De lange svarene strakk seg ofte over flere temaer og jeg fikk derfor ikke utdypet eller spurt inntil den grad jeg ønsket. Thaagard (2021) skriver at det kvalitative forskningsintervjuet er en samtale mellom forsker og intervjuperson som styres av de temaene en ønsker å få kunnskap om. Det kvalitative intervjuet er preget av en asymmetrisk relasjon. Det er forskeren som har kontroll over fremdriften av intervjuet og temaene som det ønskes svar på. Forskeren legger frem og bedømmer hva som er tilstrekkelig informasjon om temaene (ibid.). Det er denne kontrollen jeg ga litt fra meg i de første to intervjuene. I stedet for å følge opp og bedømme når temaene var tilstrekkelig «mettet», lot jeg informantene snakke, og brukte intervjuguiden som en sjekklister. I arbeidet med analysen av det empiriske materialet hadde jeg derfor noen utsagn som var uklare eller kunne vært utdypet ytterligere. Intervjumetoden må ikke forstås som at jeg var fullstendig passiv, men mer enn jeg i etterkant skulle ønsket. Jeg vurderer det til at analysen og resultatet i oppgaven til tross for dette bevarer sin validitet.

Som nevnt har det vært et mål for prosjektet å være åpen om min forforståelse og teoretiske perspektiver jeg har anvendt i tilgangen til prosjektet. Dataen er videreutviklet gjennom min tolkning av transkripsjonene. Når data analyseres gjøres dette i tekstform. Teksten kan beskrive personers handlinger, utsagn, intensjoner og perspektiver (ibid.). Teksten i dette prosjektet inneholder transkripsjoner fra tre intervjuer. Jeg har forsøkt å bevare meningsinnhold og balansert dette mot et for omfattende transkripsjonsarbeid. Kodene uttrykker tolkninger av meningsinnholdet i teksten (ibid.). For omfattende koder vil føre til at analysen blir for generell (ibid.). Jeg forsøkte derfor å kode empirinært med korte setninger eller enkeltord. Kategorisering av data er et analytisk hjelpemiddel og en begrensning (ibid.). Når man kategoriserer fremheves deler av dataene, men stenger for andre deler. Altså blir oppmerksomheten rettet mot de delene av dataene som faller innenfor kategorien (ibid.). De perspektivene jeg har forholdt meg til har ført til at deler av dataen har blitt vektlagt. Ved bruk av andre perspektiver ville nok resultatene sett annerledes ut. Etter å ha hørt på, og transkribert materialet, vurderer jeg at alle intervjuene er innom de samme temaene og at informantene, med ulik grad av kontroll (fra min side), får utdypet disse.

### **3.7.4 Fremstilling av data**

I fremstillingen av dataen i resultatdelen har lange sitater og mangelen på utdypning vært en utfordring. For å minske risikoen for at informantene opplever de har delt mye positivt vedrørende det å samarbeide med psykomotoriske fysioterapeuter, men at det som skrives frem i resultatene ikke er utelukkende positivt. Har jeg lagt vekt på å kontekstualisere sitatene. Dette er særlig gjeldende for informant A og B som ikke fikk like mange spørsmål om å utdype eller forklare. Informant C fikk flere oppfølgingsspørsmål og det vil derfor ikke være like gjeldende for hen. Jeg vurderer på tross av utfordringene at resultatene representerer informantene på en god måte.

### **3.7.5 Validitet og reliabilitet**

Thaagard (2021) anvender begrepene validitet, reliabilitet og overførbarhet for å vurdere kvaliteten på forskningen. Validitet knyttes til hvordan data tolkes og resultatene av forskningen. Det er gyldigheten av tolkningen som er viktig. En styrke for validiteten i et prosjekt, er at prosjektet er teoretisk gjennomiktig (ibid.). Jeg har forsøkt å redegjøre for mitt teoretiske ståsted og anvendelsen av teori gjennom prosjektet. I analysen har veileder bistått til å styrke validiteten ved å delta i gjennomgang av analysen. Reliabilitet skal her forstås som om at en kritisk vurdering av prosjektet vil gi inntrykk av at forskningen er utført på en tillitsvekkende og pålitelig måte (ibid.). Jeg har forsøkt å argumentere for reliabiliteten ved å redegjøre utviklingen av data gjennom metodeavsnittet. Jeg vurderer det som en styrke for reliabiliteten at veileder har vært med på å diskutere prosjektet underveis. Det er likevel noen punkter som jeg ønsker å diskutere ytterligere for at prosjektet skal fremstå gjennomiktig.

### **3.7.6 Overførbarhet**

En innvending mot kvalitative forskningsintervju omhandler det at generaliserbarhet er vanskelig, fordi antallet informanter er lavt (Kvale & Brinkmann, 2015). En risiko er da at utvalget representerer særtilfeller som systematisk avviker fra den generelle populasjonen (ibid.). En vanlig feiloppfatning er at fordi man ikke kan generalisere fra små utvalg, så kan ikke forskningen bidra med vitenskapelig utvikling. Kvalitative studier på små utvalg kan produsere kontekstuaavhengig kunnskap (Flyvbjerg, 2006). Flyvbjerg (2006) skriver dessuten at forskning som baserer seg på små utvalg kan være viktig for å utvikle dyptgående kunnskap om ulike fenomen. I dette prosjektet skal tolkningen av data ses på som grunnlaget til å vurdere overførbarheten (Thaagard, 2021). I diskusjonskapitlet vil jeg trekke frem relevant forskning og perspektiver for å kontekstualisere og sammenligne mot mine resultater.

## 4. Resultat

Ut ifra analysen kom jeg frem til tre overordnede tema som et utgangspunkt for å besvare problemstillingen. I henhold til valget jeg redegjorde for i metodekapittelet, vil jeg nå presentere resultatene under overskriftene; «Hvordan forstås psykomotorisk fysioterapi?» Her beskrives informantenes meninger og tolkninger om hva en psykomotorisk fysioterapeut gjør i behandling, og hvordan de forstår metoden. I avsnittet «Roller og status» beskrives informantenes meninger og holdninger om hvilken status og roller informantene selv og de psykomotoriske fysioterapeutene har i samarbeidet. Til slutt i «Organisasjonens påvirkning på samarbeidet» beskrives informantenes meninger om hvordan organisasjonens rammer har innvirkning på samarbeidet.

### 4.1 Hvordan forstås psykomotorisk fysioterapi?

I det empiriske materialet uttaler alle tre de informantene seg om hvordan de ser på og forstår psykomotorisk fysioterapi. Det kommer frem at alle psykologene har opplevd at samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter har fått dem til å tenke at metodikken fysioterapeutene bruker ligner på deres egen. Informantene gir uttrykk for at anser kroppen for den psykomotoriske fysioterapeutens domene, men samtidig ser det ut til at de har ulik forståelse kroppen og dens betydning i behandling. Til sist kommer det frem at forståelse av psykomotoriske fysioterapi kan avhenge av hvor deltagende og tett på psykomotorisk behandling psykologene selv har vært.

#### 4.1.1 Psykologer og psykomotorikere: Like, men ulike?

I ulike deler av materialet forteller alle informantene å ha opplevd å tenke at psykomotorisk fysioterapi ligner på deres egne arbeidsmetoder. Gjennom intervjuene blir det tydelig at psykologene anser profesjonene som naturlige samarbeidspartnere på bakgrunn av denne likheten. Når informant C snakker om en pasient som både gikk til hen og i psykomotorisk behandling uten at de samarbeidet, gjorde hen seg følgende refleksjon:

*«Noen ganger er det sånn at jeg tenker at vi [hen og psykomotorikeren] jobber veldig likt. Jeg blir litt sånn usikker på om vi burde snakket sammen, for hva prater de om?»  
(Informant C)*



Informant C påpeker at hen har hørt fra flere pasienter at samtale er en viktig del av den psykomotoriske behandlingen. Senere forteller informanten om at hen bruker en del avspenning i sine pasienttimer og at det er jo de psykomotoriske fysioterapeuten veldig gode på. Informantene benytter seg i hovedsak av sammenligninger med sine egne behandlingsmetodikker når de forsøker å beskrive likheten mellom fagene. Informant A snakker også om metoder som både hen og den psykomotoriske fysioterapeuten anvender i pasientbehandling. Likhetene mellom fagene kan ifølge informant A også ses i øvelsene pasientene gjør i behandlingen:

*«Om man[pasienten] øver seg på å legge seg ned og bare være til stede i seg selv, eller om man øver seg på noen av de øvelsene jeg bruker, som mindfulness med sansene. Det er.. det er mange sider av samme sak.» (Informant A)*

Informanten følger opp med å fortelle at det derfor ikke spiller noen rolle om pasienten gjør «hjemmelekser» i form av øvelser fra psykologen eller psykomotorikeren. Materialet er derimot ikke entydig på at det bare er likheter. Informantene legger også vekt på at man har ulik kompetanse, hvor informant B utdyper det med at man bruker denne kompetansen som del av en «helhet». Informant B sin bruk av ordene «brikker i en helhet» kan være en billedlig måte å omtale måten man gjennom samarbeidet, kan bidra til å få et større innsyn i pasientens problematikk. Ulik faglig kompetanse vil dermed kunne utfylle hverandre. De andre informantene er enige med informant B i at samarbeid på tvers av profesjonene åpner opp for at behandling inneholder flere og nye perspektiver, samtidig som de forteller om mer effektive behandlingsforløp.

Da Informant B skulle fortelle om et samarbeid som fungerte godt, fortalte hen om et prosjekt som ble satt i gang med bakgrunn i at tankegangen mellom psykolog og psykomotorisk fysioterapeut er lik, men gjennom samarbeidet kommer det frem at det også var ulikheter:

*«Vi [psykologen og psykomotorikeren] kom på en idé om at vi skulle tilby en fellesgruppe. Jeg tror vi kalte det for: balanse i kropp og sinn. Da kombinerte vi psykomotorisk og mindfulness.. jeg tror kanskje at vi trodde vi var likere enn vi var så det gikk fint å forene. Men vi hadde begge to så mye på hjertet. Vi hadde egentlig begge to så mye vi hadde lyst til å bruke tiden på, at det sånt sett ble.. deltagerne sa de var fornøyde, og vi så progresjon.. det var akkurat som at.. det var liksom ikke.. det var ikke tett nok flettet sammen, kanskje. Til at det virkelig gav mening» (Informant B)*

Sitatet fra informant B vurderer jeg at representerer et viktig funn i det empiriske materialet. Her kommer det frem at man startet et felles behandlingsopplegg med bakgrunn i at man er like. Gjennom samarbeidet med gruppen finner informanten ut at fagene ikke er så like. Noe som gjør at informanten stiller seg tvilende til om det de gjorde gav mening for hen selv. I det empiriske materialet blir det også klart for meg at fagene har klare grenser i et samarbeid, men at det er vanskelig for psykologene og forklare hvor de grensene går. Et ord de alle bruker i denne forbindelsen er *kroppen*.

#### **4.1.2 Kroppen: «Der skal de være sjef»**

Alle de tre informantene forteller at de anser *kroppen* som domenet den psykomotoriske fysioterapeuten arbeider med. Når kroppen omtales preges uttalelsene av varierende forståelse av kroppen i behandling og dermed også varierende forståelse av hva den psykomotoriske fysioterapeuten arbeider med.

Informant A er tydelig på at det arbeides med ulik tilgang mot pasienten. Den psykomotoriske fysioterapeuten arbeider via kroppen og psykologen via samtale. Informant A anvender uttrykket «*top down og bottum up*» og fortsetter ved å si «*vi arbeider fra hodet og fra kroppen*». De har altså forskjellig metodikk, men kan likevel arbeide med de samme temaene. Informant A svarer slik på om psykologen og den psykomotoriske fysioterapeuten har ulike ansvarsområder i samarbeidet:

*«Fysioterapeutene er eksperter og sjef i forhold til det mer fysiologiske/fysiske. Det blander ikke jeg meg inn i. Om en tilstand er noe spesifikt og må utredes eller gjøres noe konkret med, der skal de være sjef.» (Informant A)*

Informanten A gir her inntrykk av å tilskrive fysioterapeuten ekspertise på biologiske dysfunksjoner. Det kan virke som om informanten ser dette som uavhengig av psykologiske forhold, når hen deretter omtaler utredning og diagnostisering av «*psykologisk sykdom*» som psykologens ekspertområde. I hovedsak er det en slik forståelse av kropp og sykdom som informantene viser til i det empiriske materialet. Informant C forteller hen ofte erfarer at pasienter med psykiske plager har smerter i kroppen. Et viktig aspekt ved at hen henviser til psykomotorisk fysioterapi er at «*Det arbeides med kroppslig berøring.*» (Informant C). Informanten har inntrykk av at samtale også er en del av behandlingen, men arbeid med kroppen er i fokus. Det illustreres på følgende måte når informant C forteller om hva pasientene har fortalt om den psykomotoriske behandlingen:

*«Jeg har hatt inntrykk av at.. at man blir tatt litt mer på. Og at man også prater med de[pasientene]. Så kanskje den kombinasjonen, men at noen tar og jobber med de områdene på kroppen som det er smerte.» (Informant C)*

Samtidig tyder det empiriske materialet på at psykologene av og til veksler mellom omtale kroppen fra fysiologisk til mer personlig. Et eksempel på det er når Informant A uttaler seg på denne måten når hen skal fortelle hva den psykomotoriske fysioterapeuten bidrar med i behandling:

*«Den tilnærminga med.. å få mere kontakt med seg selv. Bli bedre kjent med sin egen kropp, følelsen av å være tilstede i sin egen kropp. Å kjenne sine egne.. grenser, og muligheter i den kroppen.» (Informant A)*

I uttalelsen får kroppen en annen status og oppfattes som en del av person. Noe som fører til at fysioterapeutens ansvarsområde endres. Selv om kroppen og dermed også fysioterapeuten tillegges ulik betydning i behandlingen er alle informantene enige om at den psykomotoriske fysioterapeuten arbeider med en kroppslig tilnærming. Informant B er opptatt av at en kroppslig tilnærming i behandling gir utfyllende informasjon både for terapeuter og pasienter. Hen beskriver det på denne måten:

*«Hun eller ham [den psykomotoriske fysioterapeuten] kommer mye tettere på kroppen og sånn sett sitter på fasiten. Det er mye vanskeligere å lure en psykomotoriker enn det er å lure en psykolog. Da mener jeg ikke lure bevisst i overlagt forstand, men at man har mønstre og overlevelsestrategier som ikke alltid er like lett å oppdage.» (Informant B)*

Informant B legger ved sitt utsagn til grunn at den psykomotoriske fysioterapeuten får tilgang til en del informasjon om pasienten gjennom kroppslig tilnærming. Informasjon som pasientene bevisst eller ubevisst viser, og/eller holder tilbake. Det kan tyde på hen mener dette er noe psykologer har vanskelig for å fange opp gjennom samtaler. Informanten omtaler også den kroppslige informasjonen som «fasiten». Denne «fasiten», som gjør at psykomotorikeren ikke blir «lurt» kan tenkes å være ubevisste kroppslige reaksjoner på noe som skjer i samhandlingen mellom terapeut og pasient. At informantene omtaler disse kroppslige reaksjonene som fasiten, tyder på at hen ser kroppslig tilnærming som god måte å forstå pasientenes problematikk på.

Den vekslende oppfattelsen om hva psykomotorikeren bidrar med i samarbeidet syntes jeg oppsummeres i informant A`s refleksjon:

*«Det kan være pasienter som har en veldig.. en god kropp på en måte. som ikke har noen spesielle smerter eller plager eller skader. Ehm.. da er det ikke nødvendig å gå til fysioterapeut. Men de kan ha nytte av selve den.. ehm ja.. å være mer i kontakt med de opplevelsene og kroppen, bli kjent med grensene sine. Det er jo så mye man kan jobbe med uten at det er en smerte sånn i utgangspunktet.» (Informant A)*

Etter å reflektert litt kommer informant A frem til at psykomotorikeren bidrar med andre ting enn smerter, plager og skader. Hen kommer frem til at de nevnte tingene ikke er en forutsetting for at psykomotorikeren kan bidra i samarbeidet. Mitt inntrykk er at informantene opplever at det er kroppen som det rettes fokus mot i den psykomotoriske behandlingen. Det kan se ut som informantene varierer i deres sykdoms og kroppsforståelse. Noe som fører til at den psykomotoriske behandlingen blir vanskelig å konkretisere. Likevel forsøker de og treffer mere og mindre med sine uttalelser.

#### **4.1.3 Tettere samarbeid, bedre forståelse?**

I det empiriske materialet kommer det frem forskjeller i hvordan informantene oppfatter og forstår psykomotorisk fysioterapi. Informantene skiller seg litt fra hverandre på bakgrunn av sin erfaring og hvor tett på de har arbeidet og deltatt i psykomotorisk behandling. Informant A arbeider til daglig med en psykomotorisk fysioterapeut, og har observert psykomotorisk behandling. Til tross for varierende beskrivelser av ansvarsområder i forrige delkapittel, er det informant A jeg vurderer gir mest gjenkjennbare beskrivelser i sine uttalelser om psykomotorisk fysioterapi. Informanten forteller at hen oppfatter at psykomotorikeren har et helhetlig syn på sykdom:

*«De [psykomotoriske fysioterapeutene] ser mer helhetlig på ting og kan forklare ehm.. hvordan stress påvirker kroppen og hvordan det kan komme til uttrykk.» (Informant A)*

Denne forklaringsmodellen på hvordan ulike faktorer påvirker og kommer til uttrykk i kroppen, er hen den eneste informanten som forteller noe om. Her kan det se ut til at informanten har et helhetlig syn på sykdom. Når informant A forteller om tematikker som den psykomotoriske fysioterapeuten arbeider med i behandling nevner hen grensesetting, kontakt, å være til stede i seg selv, spenning, avspenning og pust.

Informant B har tidligere arbeidet tett med psykomotoriske fysioterapeuter, men har ikke selv deltatt i eller observert psykomotorisk behandling. Samarbeidene har foregått ved hjelp av møter, telefonsamtaler, henvisninger eller annet skriftlig materiell. I sin nåværende jobb er det ikke ansatt noen psykomotorisk fysioterapeut ved institusjonen. I materialet gir informanten først uttrykk for å ha stor kjennskap til psykomotorisk fysioterapi. Informanten er tydelig på at hen ser store likhetstrekk mellom psykomotorisk fysioterapi og sensomotorisk psykoterapi:

*«Jeg prøver å beskrive det[sensomotorisk psykoterapi] som kusinen til psykomotorisk fysioterapi. For metoden og teknikkene er veldig mye det samme og rammeverket med toleransevinduet er akkurat det samme.» (Informant B)*

Her blir psykomotorisk fysioterapi satt i sammenheng med en traumeterapi som baserer seg på at traumatiske hendelser setter dype kroppslige spor. Informant B er opptatt av og har selv fokus på kroppen i behandling. Det er nærliggende å tenke at når informanten selv ikke har deltatt i psykomotorisk behandling så kan det overfladisk se ut til at man har fokusområde. Gjennom intervjuet blir psykomotorisk fysioterapi, av informant B, sammenlignet med en hel rekke andre terapier og metoder. Mest av alt trekkes det sammenligninger til mindfulness:

*«For å ha virkelig nytte av psykomotorisk fysioterapi så er den en fordel å være oppmerksom til stede. En mindful holdning er nødvendig fra terapeuten sin side og etter hvert ønskelig fra pasienten sin side. Sånn sett så har mindfulness alt med dette å gjøre. Men du trenger ikke å trene mindfulness eller øve på å meditere for å ha nytte av psykomotorisk fysioterapi.» (Informant B)*

Det går frem av utsagnet at informanten virker bestemt på hva som skal til for at psykomotorisk fysioterapi skal ha effekt. Det skal derfor nevnes at informanten i en annen del av intervjuet sier «at nå er jeg kanskje helt på jorden?» (Informant B) når hen skal fortelle om hva hen har lært av de psykomotoriske fysioterapeutene og igjen omtaler metoden. Materialet tyder derfor på at informant B er usikker på hva psykomotorisk fysioterapi som metode og behandling, går ut på.

Informant C svarer på direkte spørsmål at hen å ikke kjenner så godt til hva psykomotorisk behandling går ut på:

*«Jeg vet egentlig ikke, jeg har ikke lest om det[psykomotorisk fysioterapi].. Det bare basert på hva jeg opplever de[psykomotoriske fysioterapeutene] forteller de har gjort.» (Informant C)*

Litt senere i intervjuet følger hen opp med denne uttalelsen:

*«Det har stort sett hvert sånn at jeg da har fått høre litt fra pasienten. At de har jobbet med avspenning for eksempel, eller at de har snakket om ulike temaer.» (Informant C)*

Informant C forteller at informasjonen han sitter med baserer seg på sine egne og pasientens fortolkninger av behandlingssituasjonen. Avspenning og samtale er noe informant C omtaler flere ganger i sammenheng med både egen og psykomotorisk behandling. Informanten er åpen om å ikke ha deltatt eller observert behandling og informasjonen hen sitter med er for det meste på bakgrunn av samtaler. Det er ikke psykomotorisk fysioterapeut knyttet til lokalene der hen nå driver sin praksis, men det har det tidligere vært. Dermed foregår det meste av samarbeidene på bakgrunn av skriftlige henvisninger. Det at informant C for det meste samarbeider på avstand, forstått som fysisk og med tanke på å være involvert i selve behandlingen, fører kanskje til at forståelsen av psykomotorisk fysioterapi blir begrenset.

## **4.2 Roller og status**

I dette hovedtemaet blir psykologenes erfaringer og tanker rundt roller og status i samarbeid med de psykomotoriske fysioterapeutene beskrevet. Informantene uttaler seg om sin egen og de psykomotoriske fysioterapeutenes rolle og status flere steder i det empiriske materialet. Det viser seg at det er forskjeller i hva som bli sagt eksplisitt og implisitt når det gjelder roller og status. Det empiriske materialet tyder på at roller og status avhenger av hvor i helsevesenet psykologene og de psykomotoriske fysioterapeutene er ansatt. Psykologene forteller at de psykomotoriske fysioterapeutene for det meste innehar rollen som kollega, men inntar også rollen som veileder ovenfor dem. Til sist beskrives det hvordan psykologenes tanker om psykomotorisk fysioterapis status og rolle i psykisk helsevern kommer frem i materialet.

### **4.2.1 Roller og status i pasientbehandling**

Når informantene blir eksplisitt spurt omkring rollene dem selv og de psykomotoriske fysioterapeutene hadde ovenfor en pasient, svarer de alle at de er likestilt. Informant A bruker ordet likeverdige og gir uttrykk for at denne likeverdigheten også inneholder ulik kompetanse:

*«Jeg tenker at vi at vi er på mange måter likeverdige, men vi er eksperter og sjef på vår egen kompetanse.» (Informant A)*

Informant B utdyper dette med å snakke om at samarbeidet gir et mer helhetlig blikk:

*«Vi var likeverdige og vi var bare ulike, men viktige brikker inn et helhetlig blikk på et vis.» (Informant B)*

Ordet likeverdig vil jo hentyde mot like mye verdi. Rollene og statusen i samarbeidene det refereres til virker å være likestilt. Altså er ingen profesjon hevet over den andre og samarbeidet foregår på like premisser. Informant A er opptatt av at man ikke gjør det samme, men at det ikke spiller så stor rolle hvem sine hjemmelekser pasienten skal gjøre:

*«Så tar det kanskje litt tid før de [pasientene] skjønner at det er de samme mekanismene som de trenger å øve på å bruke. Og om de gjør såkalte hjemmelekser fra meg, eller om de gjør hjemmelekser fra fysioterapeuten spiller ingen rolle.» (Informant A)*

Utsagnet vitner om at man ikke anser den ene fagperson sin rolle i samarbeidet som viktigere enn den andre. Jeg forstår «mekanismene» som omtales som at informantene mener at psykologen og den psykomotoriske fysioterapeuten arbeider med de samme temaene, men på ulik måte og med ulik kompetanse. Det er altså likhetene i tankegang omkring temaer i behandling, ikke selve måten å behandle på, som løftes frem her.

Som nevnt; når informantene svarer direkte på spørsmål om roller og status, gir de uttrykk for likestilling. Bildet blir mer nyansert når de beskriver eksempler på samarbeid. Det ser ut til at rollene som inntas av informantene og de psykomotoriske fysioterapeutene, varierer i ulike deler av helsevesenet. Det empiriske materialet kan tyde på at, om samarbeidet foregår i en organisasjon hvor tverrfaglighet vektas, er rollene mellom psykomotorikeren og psykologen likestilt. I en institusjon som DPS derimot, kan det tolkes til at informantene B og C ordlegger seg som om de har større status og en mer bestemmende rolle. De beskriver at det ikke alltid er en fysioterapeut tilknyttet avdelingen, noe som fører til at de har ansvar for initiativtakingen til samarbeid. Når informant B arbeider på DPS tar hen beslutninger om hva pasientene skal forvente av psykomotorisk behandling, og når det egner seg for pasienten. Informant B og C er også enige i at den som kjenner pasienten best bør innledende ha viktigere rolle i samarbeidet.

*«Spesielt hun ene pasienten hvor jeg satte litt premissene for hvordan man skulle jobbe. Altså om man skulle jobbe mer styrkende eller mer åpne. Det var gjennom utredning jeg hadde gjort, for eksempel på traumer og dissosiasjon. Så var det meg som kunne litt om hva jeg tenkte at.. Hva som burde være viktigst først.» (Informant B)*

Jeg vil understreke at informant B uttaler seg på ulik måte vedrørende samarbeid ut ifra hvilken institusjon hen er tilknyttet. I dette samarbeidet forstås det som at psykologen har utredende og bestemmende ansvar for hva som skal tillegges betydning i behandlingen. Dermed virker det som at man her har tatt kontakt med den psykomotoriske fysioterapeuten som en «komplementerende tjeneste», som pasienten vurderes å ha bruk for. Dette kan legge til grunn en hierarkisk rolle og status modell hvor psykologen er over og viktigere den psykomotoriske fysioterapeuten. Informant C forteller at denne rollefordelingen snus om når det er den psykomotoriske fysioterapeuten som kjenner pasienten best, og tar initiativ til å samarbeide:

*«Jeg opplevde jo at vi jobba ganske flatt men.. iforhold til at ingen bestemte noe mer enn den andre, men det jo litt sånn når noen har kjent pasienten lengre enn deg. Så tenker jo jeg at da lytter man kanskje på.. Eller bør ihvertfall lytte litt til hva den tenker at pasienter trenger eller ikke trenger. På den måten så lå det kanskje et slags hierarki der. At det var en som kjente pasienten godt også var det en som var ny, i starten ihvertfall. Så etterhvert så ble jeg også godt kjent med pasienten og ja..» (Informant C)*

Informant C fortsetter å forklare at når hen ble kjent med pasienten så fikk hen en mer bestemmende rolle. Uttalelsen kan derfor vitne om at rollene i samarbeidene ikke er statiske, men dynamiske og endrende ut ifra hvor mye kjennskap man har til pasienten.

#### **4.2.2 Psykomotorikeren som kollega og veileder**

I det empiriske materialet er det tydelig at informantene opplever at det kollegarollen som oftest inntas av psykomotorikerne. Informanten forteller at man samarbeider som kollegaer enten innad i samme organisasjon eller på tvers av organisasjoner. Informant C er positiv til kollegialiteten og forteller at hen opplever at mange psykologer ikke er kjent med at psykomotorikere kan være gode samarbeidspartnere:



*«Altså det er mer det tror jeg.. at psykologer kanskje ikke kjenner til at de egentlig har noen samarbeidspartnere som kunne vært helt gull verdt og som kunne bidratt.»*

*(Informant C)*

I dataene fremkommer det at rollene i samarbeidet ikke bare omhandler pasientbehandling på kollegialt plan. Psykomotorikeren får i de to påfølgende utsagnene en rolle som kollega og veileder. Informant A og C forteller at det kan være utfordrende å arbeide med noen av pasientene. Informant C trekker frem et eksempel fra uformelle samtaler i lunsjen:

*«Av og til så hender det jo at man forteller om noe som var vanskelig i en kontakt med noen. Eller noe som var litt spennende. Eller noe man syntes man fikk til. Alltid i sånne samtaler så syntes jeg jo at man lærer noe. Det handler jo kanskje mest om.. Man kunne for eksempel diskutere det med at.. Hvis man hadde en vanskelig.. sak. At man kjente på håpløshet eller kjente på at her var det vanskelig å få til noe, og hvordan stå i det. Det er jo veldig sånn.. har overføringsverdi til flere saker jeg står i også. Å høre noe om hvordan andre løser det, eller bare det å dele det kanskje også.. gjør det lettere å stå i det» (Informant C)*

Jeg vil understreke at informanten påpeker at taushetsplikten ble holdt ved at pasienten hadde godkjent at det deles informasjon. Ut i fra sitatet ser det ut til at informanten opplever at erfaringsdeling med psykomotorikeren er betydningsfullt, for å kunne dele og drøfte utfordringer og løsninger med en kollega som har et annet perspektiv. Informant A er opptatt av tryggheten det kan gi, å ha fagkompetanse på «kroppen» lett tilgjengelig for veiledning:

*«Også bare enda mere trygg.. det er jo kanskje det samme, men trygg på det å ha det fokuset på kroppen.. . det at jeg vet at de [psykomotoriske fysioterapeutene] er der og hvis det dukker opp ting som jeg ikke kan eller ikke vet hva er så er det ikke noe skummelt, fordi jeg har jo kompetansen rett ved siden av her.» (Informant A)*

Informanten svarer her på hva hen opplever som positivt ved samarbeide tett med psykomotorikeren. Hen trekker frem at det oppleves tryggere å ha et kroppslig fokus i egen behandling. Jeg forstår det som at informant A kan oppfatte ukjente kroppslige symptomer og signaler som «skummelt». Det er derfor en trygghet å kunne gå over til den psykomotoriske fysioterapeuten for å bli veiledet. Videre i intervjuet trekker informanten frem at det også er lettere å være nysgjerrig når psykomotorikeren er lett tilgjengelig. Dermed spør hen psykomotorikeren om ting som hen tidligere hadde unngått å spørre om.

### 4.2.3 Psykomotorikerens rolle og status i helsevesenet

Alle informantene ytrer seg positivt om, og ønsker at psykomotorisk fysioterapi burde bli en større del av psykisk helsevern. Informant C forsøker i løpet av intervjuet å huske om det var en psykomotoriker ansatt ved DPS da hen også var ansatt der. Etter å ha fortalt om andre vellykkede samarbeid gjør hen følgende refleksjon:

*«Da tenker jeg på en måte at hvorfor har vi ikke en psykomotorisk fysioterapeut.. Burde kanskje vært det på poliklinikken. Hvorfor er det ikke det? Jeg må jo si at det er litt rart av vi kunne ha en danseterapeut.» (Informant C)*

Informant A er engasjert i at fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi bør få en større rolle og høyere status i psykisk helsevern:

*«Jeg kommer til å ta med meg den erfaringen som jeg har herifra, og jobbe videre for at fysioterapeuter burde inn i mye større del av psykisk helsevern. Det burde være helt naturlig at det er en psykomotorisk fysioterapeut på enhver DPS.» (Informant A)*

Det kan tyde på at informanten har en formening om og ser på det som problematisk at fysioterapi ikke anses som viktig i psykisk helsevern. Hen er også opptatt av å stille spørsmål omkring hvorfor ikke psykomotorisk fysioterapi anses som en naturlig del av behandlingstilbudet ved DPS. Ifølge det empiriske materialet kan det virke som at informanten oppfatter psykomotorisk fysioterapi som et fag med lav status i psykisk helsevern, og at det fremstår som mangelfullt at man ikke utnytter potensialet og spesialkompetansen den psykomotoriske fysioterapeuten innehar. Når informant B reflekterer rundt hvem som har størst status og bestemmelsesrett i psykisk helsevern, vurderer jeg at hen delvis svarer litt på hvorfor det er slik:

*«Så for hundre år siden så var det dessverre psykologen eller psykiateren som på en måte vant hvem som skulle behandle folk og hvem som skulle få størst status. Det er vi som også kanskje har vunnet det kappløpet om det som passer best inn i det som handler om evidensbasert, og ting som skal bevises med undersøkelser og randomiserte studier. Det er den formen for terapier som har passet best inn der. Men det betyr ikke at det er høyereverdig eller bedre.» (Informant B)*

Det ser ut til at informant B betrakter helsevesenet som grunnleggende hierarkisk. Hvor noen profesjoner har større status og viktigere roller. Hen hentyder også til at ikke alle terapiformer lar seg «bevise» gjennom randomiserte studier, og dermed får lavere status. Samtidig ser det ut til at informant B ikke er enig i dette hierarkiet, og at det handler mer om hvem som passer inn i et slikt system, enn hvem som bedriver den «beste» behandlingen.

### **4.3 Organisasjonens påvirkning på samarbeidet**

I dette hovedtemaet blir psykologenes erfaringer og tanker rundt organisasjonens påvirkning av samarbeid med de psykomotoriske fysioterapeutene beskrevet. Alle informantene uttaler seg positivt i forbindelse med å være lokalisert sammen med psykomotorikere. Det empiriske materialet tyder samlokasjon fører til at informantene og psykomotorikerne oppsøker og videreutvikler samarbeid. Derimot virker det til at det oppleves som problematisk for informantene når psykomotorikerne ikke er tilgjengelige. Til slutt beskrives informantenes opplevelse av hvordan organisasjonens rammer og forventninger kan være en et hinder i å utvikle gode samarbeid.

#### **4.3.1 Samlokasjon og tilgjengelighet**

Alle de tre informantene har erfaring med å være samlokalisert med psykomotoriske fysioterapeuter. Samarbeid i uformelle fora som lunsj og samtaler mellom pasientbehandlingen er noe alle informantene trekker frem og vektlegger i forbindelse med samlokasjonen. Informant C kan fortelle om hvordan lunsjen kunne bli brukt til pasientdrøftinger. Her vil jeg også nevne at hen var tydelig på at taushetsplikten ble overholdt, enten ved at det allerede var godkjent av pasientene på forhånd eller at informasjon terapeutene imellom ble anonymisert.

*«Det at det var en fysioterapeut der, at vi satt sammen i lunsj og satt sammen i pasientdrøftinger. Så hørte man kanskje at man kunne komme med noen innspill. At personen tok opp saker, og motsatt når en selv tok opp saker. Også førte det til at, jammen da setter vi opp en avtale også prøver vi.» (Informant C)*

Her illustrerer informanten hvordan samarbeid kan påbegynnes ved uformelle samtaler som ikke ville funnet sted om ikke man var samlokalisert slik at man hadde lunsj sammen. Informant B er enig med C og omtaler felleslunsjene hvor man møtes fysisk som «helt gull»

(Informant B). Informant A forteller hvordan hen bruker tiden mellom behandlingstimene til å oppdatere psykomotorikeren:

*«Så det er jo så bra her, når hun som jeg samarbeider mest med sitter på kontoret ved siden av meg. Hvis jeg har hatt en time med en pasient som vi har sammen, så kan jeg si det og det skjedde. Jeg tenker på det, på den og den måten.» (Informant A)*

Informant A forteller her om hvordan samarbeider fungerer på sitt nåværende arbeidssted sammenlignet med tidligere arbeidserfaring. Informanten illustrerer hvordan samarbeidene utvikles mellom pasientbehandlingene. Dette gjøres ved å sørge for at viktig informasjon utveksles til psykomotorikeren. Informanten A påpeker at når hen får tilsvarende informasjon fra psykomotorikeren, blir det anvendt i den påfølgende behandlingen av pasienten. Informant B forteller om hvordan samlokasjon i en organisasjon muliggjør tverrfaglige oppsummeringer:

*De gangene vi hadde mulighet til å ha sånne tverrfaglige oppsummeringer så var det jo helt fantastisk.» (Informant B)*

Det går frem av uttalelsen til Informant B at hen oppfatter som positivt å få drøftet pasienter i felleskap med flere kolleger. Det kan også tolkes som at disse oppsummeringene ikke er obligatoriske og derfor ikke alltid finner sted.

Alle de tre informantene er tydelige på at samlokasjon forenkler en del barrierer for samarbeid. Derimot kan det å være lokalisert på forskjellige steder by på problemer.

Informant A tematiser dette med avstand når hen blir spurt om samarbeid som ikke fungerer:

*«Jeg vil si at det har jeg mere opplevd, med fysioterapeuter som ikke er på huset. Eller hvor vi ikke er tett på hverandre. Hvor vi har større avstand og ikke kjenner til hverandre, eller hva hverandre driver med så godt.» (Informant A)*

Her forteller hen at det å ikke ha kjennskap til hverandre, samt at man ikke er lett tilgjengelig for hverandre, som for eksempel mellom pasientkonsultasjonene, er noe som gjør at samarbeidet ikke fungerer så godt. Kjennskapet til hverandres fag ser ut til å gjøres lettere tilgjengelig når man er lokalisert sammen.

Informantene forteller at når man ikke er lokalisert sammen kan det påvirke samarbeidet negativt. Informant B og C forteller at når de har vært organisert i spesialisthelsetjenesten og

skal samarbeide med psykomotorikere ansatt i kommunehelsetjenesten har det oppstått problemer. De forteller at det kan være vanskelig for både dem og pasientene å opprette kontakt for å sette i gang samarbeid. Videre etterlyser de et register over psykomotorikerne med kontaktinformasjon slik at det kan bli lettere å henvise:

*Det hadde vært fint å ha et slags register over dem[psykomotorikerne]... Et eller annet slik at det er lett å få kontakt for å kunne henvise. Det hadde vært en veldig fordel også selvfølgelig at de som kanskje allerede er i behandling blir prioritert. (Informant B)*

Av sitat kan det også tolkes at informanten opplever lang ventetid på behandling hos de psykomotoriske fysioterapeutene som problematisk. Informant C er enig med informant B når hen forteller at det ofte tar lang tid for pasienten å få en time, selv om hen har henvist og ønsker å innlede et samarbeid. Informant C tenker at det handler om at det er for få psykomotoriske fysioterapeuter:

*«Det er ikke så lett [for pasienten] å komme til psykomotoriske fysioterapeuter heller, det er ikke så mange av dem.» (Informant C)*

Mangel på kommunikasjon og trygghet på at samarbeidet skal være stabilt og kunne vare en stund, er noe informantene trekker frem som hindrer dem i å innlede et samarbeid. De er bekymret over konsekvensene det kan ha ovenfor pasientene. Informant B illustrerer det med dette utsagnet:

*«Man må være ganske trygg på at man kan holde på en stund. At man ikke begynner å sette i gang noe, og pasienten begynner å bli litt trygg også plutselig blir det avbrutt.» (Informant B)*

Informant A er også enig med de andre informantene ifra tidligere erfaring, men i sin nåværende stilling hvor hen har kontor vegg i vegg med en psykomotorisk fysioterapeut kommer hen også med eksempler på hva økt tilgjengelighet kan bety:

*«Vi backer hverandre opp/er vikar for hverandre. Det blir mindre sårbart i en sånn type behandling[traumebehandling] hvor det er kjempetøft, skremmende og vanskelig [for pasienten]. Det å forandre seg.. Og da er det det å være et team, flere som kjenner den pasienten og som den er trygg på. Gjør også at vi kan tørre mer. For skulle jeg bli syk og bli borte i 4 uker, så er min kollega her og kan jobbe videre med*

*de samme tinga, men fra sitt utgangspunkt. Jeg tror den pasienten føler det. At vi er et team som jobber sammen. At det er like trygt hos begge to.» (Informant A)*

Det kan tyde på at samlokasjon fører til økt tilgjengelighet som vil bety at pasientene sikres kontinuitet i behandlingen, ved sykdom hos behandleren. Samarbeid fører også til tettere oppfølging og oppmuntring, når behandlingen oppleves som tøff. Noe som informanten mener gir pasientene økt trygghet til både behandlerne og behandlingen. Det kan se ut til at informant A opplever at behandlingsforløpene blir mer stabile på bakgrunn av det tette samarbeidet med den psykomotoriske fysioterapeuten. At man «tørr mer» kan forstås som det å kunne utfordre pasientene mer i behandlingssituasjonen. Kanskje mer enn man ville gjort hvis man var alene.

#### **4.3.2 Rammer og forventninger til besvær**

Alle de tre informantene gir klart uttrykk for at flere av de organisatoriske rammene som pålegges dem er et hinder for godt samarbeid. En av problemfaktorene som løftes frem er blant annet små stillinger:

*«Altså en av de tingene som er problematisk var at vi hadde så himla små stillinger og ikke nok kontor. Altså det var ofte vi ikke var der samtidig, og det gjør det jo selvfølgelig litt vanskeligere.» (Informant B)*

Her forteller informant B om både strukturelle begrensninger, men også om utilstrekkelig med tid hvor man arbeider i felleskap. Videre forteller informantene om forventninger til hva som skal foregå i behandlingssituasjonen, og tidsfrister knyttet til behandlingsforløp. Informant C sier det best i sitt tilsvarende på spørsmål om når samarbeidet ikke fungerer:

*«Noen ganger så er vi mange inne rundt pasienten, men snakker ikke nødvendigvis så mye sammen. Alle blir sikkert tatt av det produksjonsspøkelset, og blir sittende på hver sin tue å være flink.» (Informant C)*

Informant C uttaler seg her fra en kommunal praksis. Produksjonsspøkelset som hen omtaler, kan tolkes som forventninger fra pasienter og kommunen om å ta unna en venteliste. Derfor har man rett og slett ikke tid til å ta initiativ til samarbeid, da dette vil gå ut over tiden man har til pasientbehandling. For informant A er også tid satt som rammeverk for behandlingen. Når informant A skal fortelle om et samarbeid hen husker godt, startet svaret med at

institusjonen ble enige om å kaste alle rammer og «gjøre det ordentlig». Videre forteller hen om hvordan tidsbegrensningen ved institusjonen påvirker pasientene:

*«Innafor de tre månedene skulle vi gi behandling, også ser man at det er noen som trenger tre måneder før de kommer til startstreken.» (Informant A)*

Informantens uttrykk om at pasientene bruker tre måneder på å komme til «startstreken» kan tyde på at flere av pasientene ved institusjonen har forventninger som ikke samsvarer med behandlingen som tilbys på institusjonen. Eller tankegangen er ukjent eller uvant slik at det tar tid å forstå hvordan man skal arbeide med problemet. Det er ikke bare pasientene som påvirkes av organisasjonsrammene. Informant B kan fortelle at pakkeforløp i form av regler og rammer for psykologer og psykiatere, gjør at de får mindre selvstendig handlingsrom:

*«Der er dessverre blitt såpass.. veldig mye forventninger til hvordan man skal jobbe og rettes inn gjennom regler og veldig trange kår. Og ofte at ting ikke har tid, luft og rom.» (Informant B)*

Materialet kan tyde på at informanten opplever begrenset selvbestemmelsesrett i sin arbeidshverdag på bakgrunn av organisatoriske rammer bestående av regler og forventninger. At informanten opplever å ikke ha «tid, luft og rom» tyder på at informantens mulighet for å ta selvstendige avgjørelser og evalueringer i møte med pasientene, er blitt mindre. Dermed kan det tenkes at informanten opplever det som en begrensning for å ta initiativ til eller utvikle samarbeid med andre fagprofesjoner.

## 5. Diskusjon

### 5.1 Å forstå andres meningsunivers

I resultatkapittelet har jeg forsøkt å skrive frem informantenes tanker og forståelse av psykomotorisk fysioterapi. Alle informantene ser likheter mellom psykomotorisk fysioterapi og egne behandlingsmetodikker. Materialet kan tyde på at informantene opplever psykomotorisk fysioterapi som en metode det er vanskelig å avgrense i forhold til andre behandlingsmetoder og metodikker. Helsedirektoratet legger til grunn at i tverrfaglige samarbeid bør profesjonene kjenne til hverandres styrker og kjenne grensene for eget fag opp i mot andre profesjoner (Helsedirektoratet, 2018). Det empiriske materialet tyder på at psykologene har mer og mindre forståelse av psykomotorisk fysioterapi som metode og behandling. Manglende forståelse av hverandre problematiseres i noe grad av informantene i dette prosjektet. Når informantene uttaler seg om psykomotorisk fysioterapi og behandling, er det vanskelig for dem å konkretisere. Informantene kommer kanskje derfor med en hel rekke sammenligninger opp i mot egne og andre behandlingsmetodikker. Ut i fra materialet ser det ut til å være et behov for å tydeliggjøre hva psykomotorisk fysioterapi er, men kanskje i større grad hva det ikke er. Jeg har ikke funnet noen andre studier som har forsket på psykologers eller andre faggruppers forståelse av psykomotorisk fysioterapi. I litteratur som omhandler psykomotoriske fysioterapeuters rolle i psykiske helsevern, er det beskrevet flere steder at psykomotoriske fysioterapeuter bruker mye tid på at andre profesjoner skal forstå faget (Gretland, 1999; Hapalathi, 2020; Thornquist, 1992). Hvis man ser på forskningen som sier at psykomotoriske fysioterapeuter bruker mye tid på å bli forstått fra 1992, opp mot resultatene i dette prosjektet og Hapalathis (2020) studie fra to år siden. Kan det tyde på at det fortsatt er manglende forståelse av faget blant andre fagprofesjoner og at det fortsatt brukes tid for at samarbeidspartnere skal forstå faget.

Det alle psykologene enes om, er at den psykomotoriske fysioterapeuten har størst kompetanse på og derfor har ansvar for «kroppen». I resultatene omtaler informantene kroppen på ulik måte og tillegger den også ulik betydning. Informantene gir inntrykk av både en dualistisk og holistisk forståelse av kroppen. For meg tolkes det som om informantene ikke har en konsis måte å forholde seg til kroppen på. Gretland (1999) skriver at lærebøker i psykiatri viser til en instrumentell forståelse av kroppen. Kroppen har da interesse som mulig biologisk årsak til psykiske lidelser, og med innfallsvinkel om at den kan regulere psykiske lidelser. Thornquist beskriver det som at kroppen har en uavklart og perifer plass i psykiatrien



(Thornquist, 1992). Kroppen representerer en utfordring for psykiatrien, i både i tenkning og praksis (ibid.). Der hvor kroppen kanskje er en utfordring i psykiatrien er den sentral i psykomotorisk fysioterapi. Når en psykomotorisk fysioterapeut omtaler «kroppen», er kroppen personen. Kroppen forstås ikke som noe «utenpå» personen (Thornquist & Bunkan, 1995). Det at psykologene viser et skiftende grunnlagssyn på kropp og sykdom, tror jeg fører til en varierende forståelse av psykomotorisk fysioterapi. En hypotese på hvorfor psykomotorisk fysioterapi er vanskelig å forstå for informantene, kan derfor være at psykologer og psykomotoriske fysioterapeuter er forankret i ulikt grunnsyn. Ulikt grunnlagssyn kan også tenkes å være grunnen til at psykologene forsøker å trekke sammenligninger til egne metodikker, når de beskriver psykomotorisk behandling. Det ser ut til at informantene forsøker å forklare psykomotorisk behandling innenfor et rammeverk av biologi. Det fører også til at de treffer mere og mindre med sine uttalelser. Jeg har ikke grunnlag for å si at informantene i dette prosjektet er biomedisinsk forankret. Uttalelsene i intervjuet preges for det meste av syn på kropp som er biologisk betinger, men også noen beskrivelser som ligner kroppsfenomenologien. Som beskrevet i teoretiske orientering, har faget psykologi vært delt i, og utviklet, flere kunnskapstradisjoner (Teigen, 2015). Ekeland (2021) hevder psykiatrien og herunder psykologene identifiserer seg i stor grad med objektontologisk modell. Han begrunner dette i blant annet i fokuset på og utviklingen av psykiatridiagnoser.

I denne studien får ikke de samarbeidene fysioterapeutene en stemme. Derfor er det vanskelig å vite noe om deres forståelse og mening om grunnlagssyn. Jeg har ikke klart å finne noen studier som ser på psykomotorikeres grunnlagssyn. En vitenskapelig artikkel fra Fysioterapeuten i 2022 kikket på hvordan psykomotorisk fysioterapi posisjonerte seg som fagdisiplin og behandlingstilnærming (Rake & Ahlsen, 2022). De tok for seg informasjonsvideoen laget og publisert av fysioterapiforbundets faggruppe for psykomotoriske fysioterapeuter og analyserte den med diskurs som metode. Resultatene i artikkelen tyder på at videoen gir inntrykk av at psykomotorisk fysioterapi veksler mellom ulike diskurser. Forståelsen av kropp blir både uttrykksfelt for levd erfaring, men ikke uten objektiverende og maskinelle egenskaper. Forfatterne konkluderer med at en tydeliggjøring av hvordan biomedisinsk forståelse og tenkning nedfeller seg i språket vil kunne bidra til bevisstgjøring innenfor fagfeltet (ibid.). Lærebøker som omtaler psykomotorisk fysioterapi beskriver faget som å ha et helhetlig syn på kropp og sykdom, hvor kroppen blir sett på som integrert og samspillende (Thornquist & Bunkan, 1995). Det er generelt lite empirisk

kunnskap om hvilken epistemologisk identitet norske profesjoner i psykiatrien vedkjenner seg (Ekeland, 2021). Andenæs (2017) intervjuet psykiatere om deres kunnskap- og rolleforståelse. Han valgte å klassifisere dem i to idealtypiske kategorier: Medisineren og fortolkeren. Der hvor medisineren er sykdomsorientert er fortolkeren personorientert. Resultatene kan tyde på at det er ulikhet i forståelsen av klinisk praksis (Ekeland, 2021). Gretland (1999) skriver at psykiatrien ikke representerer noe enhetlig kunnskapsfelt, men omfatter tradisjoner med ulik kunnskapsforståelse. Denne manglende forståelsen av psykomotorisk fysioterapi ses til tross for at informantene i større eller mindre omfang har samarbeidet med psykomotoriske fysioterapeuter. I henhold til denne studiens inklusjonskriterier, samarbeid i over et år. Dermed blir det tydelig for meg at psykomotorisk fysioterapi er et fag det krever tid å forstå.

Det empiriske materialet tegner et bilde av at det er sammenheng mellom forståelsen av psykomotorisk fysioterapi og hvor tett psykologen gjennom samarbeidet har deltatt i behandling. Et funn som relaterer til dette, er at det ser ut til informanten A, som arbeider tettest på den psykomotoriske fysioterapeuten virker til å ha større forståelse, selv om informanten også varierer noe i sine uttalelser. Informanten er den eneste som omtaler at psykomotoriske fysioterapeuter har et helhetlig syn på sykdom. Informant B, som tidligere har arbeidet tett med en psykomotorisk fysioterapeut, varierer i større grad i sine uttalelser vedrørende psykomotorisk fysioterapi. Informanten går fra å være sikker på hva psykomotorisk fysioterapi er til usikker. Informant C som har arbeidet minst med, og fjernest fra, den psykomotoriske fysioterapeuten, innrømmer å ikke ha noe særlig kjennskap til faget. Det er også tredelt i hvor deltagende informantene er i samarbeidet. Informant A forteller i intervjuet at hen og den psykomotoriske fysioterapeuten har deltatt i hverandres behandling, noe hen anser som vesentlig i et samarbeid. Informant B har på et tidspunkt hatt en behandlingsgruppe sammen med en psykomotorisk fysioterapeut. Informant C har for det meste samarbeidet i formelle møter og i uformelle forum. Dette samsvarer med det jeg opplever av grad av forståelse blant informantene. Dette i seg selv er kanskje ikke så overraskende, men det kan tyde på at det kreves «nærhet» til en psykomotorisk fysioterapeut for å forstå metoden. Thornquist (1992) så et i sitt studie en lignende tendens. Hun skriver at oppfatning som samarbeidspartnerne til fysioterapeutene har synes i stor grad å være relatert til deres erfaringer med den enkelte fysioterapeut. Jo mer erfaring med fysioterapeuter, desto mer anerkjennelse for fysioterapeutens kompetanse og arbeidsmåte. Fenomenologien kan kanskje være med på å skape en forståelse for hvorfor det er slik. I fenomenologi er interessert i å forstå menneskelige handlinger ut ifra aktørens subjektive perspektiv

(Thornquist, 2018). Da personers meningsunivers er bestemmende for hva de gjør, forholder seg til omgivelsene og andre mennesker. Ved at psykologene i varierende velger å ta del i dette førstepersonsperspektivet utvikles i varierende grad deres forståelse av hvordan de psykomotoriske fysioterapeutene arbeider (ibid.). Ingen av psykologene i dette prosjektet har selv gått i psykomotorisk behandling. Trygve Braatøy forstod kanskje at det kreves nærhet til psykomotorisk fysioterapi for å utvikle forståelse av metoden. Han fikk alle legene som skulle samarbeide med Aadel Bülow-Hansen til å bli behandlet av henne (Bunkan et al., 1982). Til dels kan det også handle om at metoden som ble utviklet, var ny og unik. Kanskje handlet det om at han selv hadde blitt behandlet som et ledd i metodens utvikling, og dermed forstod at den kroppslige samhandlingen måtte «oppleves» for å forstås. Dette er i tråd med Merleau-Pontys forståelse av mennesket, hvor kroppen ses som sentrum for erfaring og erkjennelse (Thornquist, 2018). Han fremhevet at det er som kroppslige subjekter mennesker handler og samhandler med hverandre og omgivelsene. Menneskene har tilgang til verden gjennom persepsjon og gjennom handling. Persepsjon er ikke en erfaring av objekter men en beskjefteigelse med dem (ibid.).

## **5.2 Makten til å definere**

I det empiriske materialet blir de psykomotoriske fysioterapeutene tilskrevet rollen som kollega og veileder. I rollen som kollega kan det se ut til at psykomotorikeren med sin kunnskap om kroppen og kroppslig tilnærming, vil kunne tilføre ny og annerledes kunnskap til samarbeidet. To av informantene vektlegger hvordan kunnskapen også ser ut til å skape trygghet. Informant C beskriver betydning av den kollegiale tryggheten som oppstår i de uformelle møtene. Trygghet er noe informant A også vektlegger i sine uttalelser. Tryggheten informant A omtaler handler om å, gjennom veiledning, få en økt forståelse av «kropp» og det å ha ekspertkompetanse tilgjengelig, slik at hen får stilt spørsmål om ting hen er usikker på. Et studie fra 2018 kikket på implementering av hverdagsrehabilitering i fire norske kommuner med vekt på tverrfaglig arbeid (Vik, 2018). Resultatene i studien tyder på at deltagerne i de tverrfaglige samarbeidene ble tryggere i eget fag. Dette samsvarer med funnet i dette prosjektet. Psykologisk trygghet kan forstås som en fremvoksende egenskap som beskriver mellommenneskelig trygghet erfart av mennesker i en bestemt gruppe eller team (Edmondson, 2004) Oppfattelsen av psykologisk trygghet har en tendens til å være lik hos menneskene som arbeider tett sammen. Da deltagerne i samarbeid utsettes for de samme

kontekstuelle faktorene og oppfattelsene til deltagerne derfor har bakgrunn i de samme erfaringene (ibid.). Det kan derfor tenkes at psykomotorikerne som omtales av informantene vil oppleve eller beskrive noe av den samme tryggheten som informanten uttrykker.

Resultatene kan tyde på at rollene og status i samarbeidet mellom informantene og de psykomotoriske fysioterapeutene, virker å være avhengig av organisasjonen hvor yrkesutøvelsen finner sted. I det empiriske materialet er det forskjell på hva informantene sier eksplisitt og hva som kan tolkes implisitt. Informant A, B og C er tilknyttet ulike deler av helsevesenet. Der hvor det klassisk er psykologen som har høyere status og viktigere rolle, for eksempel DPS, ser det ut til at informantene trer inn i denne forhåndsdefinerte yrkesrollen. Goffman skriver at mennesker vil vise ulike aspekter av seg selv, avhengig av situasjonen. Han mener det er gjensidighet mellom aktørens selvrepresentasjon, deres situasjonsdefinisjon og roller (Goffman 1974, sitert i Thornquist, 1992). Resultatene i prosjektet kan tyde på at arbeidsorganisasjonen har en funksjon i å fastsette roller og status i samarbeidet mellom informantene og de psykomotoriske fysioterapeutene. Ved at arbeidsorganisasjonen bestemmer hvem som skal ha sitt tilvirke og tilhørighet i organisasjonen, åpner den for noen og stenger andre ute (Svensson, 2008). Svensson (2008) sier at organisasjoner kan gjøre krav på en type tenkning som anses som passende, for at profesjonelle skal få tilgang. Bourdieu (1993) bruker begrepet kapital, som er gjeldende for det sosiale feltet. Det sosiale feltet kan i denne sammenheng anses som arbeidsorganisasjonen. Det kan tenkes at psykologene innehar kapital som anses for viktigere i arbeidsorganisasjonen som ikke i like stor grad vektet tverrfaglighet. Dermed får psykologene høyere status og mer makt som igjen fører til større definisjonsmulighet ovenfor samarbeidet. I arbeidsorganisasjoner som vektet tverrfaglighet kan det tyde på at kapitalen er jevnere fordelt mellom psykologene og psykomotorikerne. Noe som gjenspeiles i informantenes beskrivelser av likestilte roller og status. Et eksempel på en organisasjon som vektet tverrfaglighet kan være en smertepoliklinikk. Helsedirektoratets (2015) skriv om organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker; beskriver at organisasjonen har tverrfaglighet i behandling av pasientene som et mål. Her nevnes fysioterapi spesifikt, sammen med leger, psykologer og sykepleiere, som en personellgruppe med ønsket kompetanse. Det kan derfor tyde på at fysioterapeutene innehar en kapital som anses som viktigere innfor denne arbeidsorganisasjonen. Jeg har ikke funnet noen offisielle beskrivelser av DPS som spesifikt benevner fysioterapeutisk eller psykomotorisk kompetanse. Thornquist (1992) skriver at i følge offisielle forskrifter og dokumenter vedrørende psykisk helsevern er

ikke fysioterapeuter regnet som nøkkelpersonell. De er aktuelle i tillegg til annet personell (ibid.). En annen form for kapital omtaler informant C når han forteller at det er viktig hvem som har mest kjennskap til pasienten det samarbeides om. Denne kunnskapen om pasienten kan se ut til være avgjørende for hvem som inntar en ledende rolle i samarbeidet. Det illustreres ved at kunnskapen anses som viktig uavhengig av hvem som besitter den. Interessant blir det da også når den samarbeidende part over tid tilegner seg mer kunnskap vedrørende pasienten. Dermed kan vedkommende etterhvert innta en mer bestemmende rolle i samarbeidet. Jeg anser dette som en god illustrasjon på hvordan kunnskap om pasienten kan skape dynamiske roller i et samarbeid.

I litteraturen står det beskrevet at det er en intern maktkamp mellom profesjonene for å få tilhørighet i organisasjonene, fordi disse også tilrettelegger for og legitimerer yrkesvirksomhet (Svensson, 2008). Dette prosjektet vitner imidlertid ikke om en intern maktkamp mellom deltagerne. I likhet med resultatene i Thornquist (1992) ser det ut til at informantene og psykomotorikerne lever i «fredelig sameksistens» (Thornquist, 1992. s.278). Det ser ut til at informantene i dette prosjektet undrer seg over hvorfor de psykomotoriske fysioterapeutene ikke har en større rolle i psykisk helsevern. Jeg vurderer at informant B svarer jo litt på dette i sin uttalelse om at rådende kunnskapsregimer er bestemmende for hvem som får innpass i helsevesenet. Med bakgrunn i Ekelands (2021) artikkel hvor det hevdes at psykiatrien identifiserer seg stor grad med objektontologisk perspektiv. Kan det tenkes at den yrkesgruppen som tilpasser seg dette perspektivet som gjeldende kapital vil ha større status, kunne forme feltet og dermed skaffe seg en større rolle. Det kan tenkes at psykologene ved å ha mulighet til å sette diagnoser for psykiske lidelser har større status. Det kan tenkes at psykomotoriske fysioterapeuter som ikke forholder seg til diagnosesystemet i like stor grad får lavere status. Diagnoser har åpent har blitt kritisert i bøker omhandler psykomotorisk fysioterapi (Thornquist & Bunkan, 1995). Ved at man ikke forholder seg til gjeldende kapital får man derfor mindre roller og status. Thornquist (1992) skriver i sin studie at fysioterapeutene i psykisk helsevern må kjempe kontinuerlig for både status og rolle. Fysioterapi har tradisjonelt ikke vært tildelt en stor rolle i psykisk helsevern (Gretland, 1999; Thornquist, 1992). Psykomotorisk fysioterapi er en relativt liten gruppe behandlere (500) i forhold til psykologene som i dag er over 10 000 (Helsedirektoratet, 2012; Psykologforeningen, 2015). Ved å tilhøre en liten yrkesgruppe som faller på utsiden av regjerende kunnskapssyn, må man naturlig nok kjempe for å få en større rolle og status. Thornquist skriver at forståelse av sosialt liv, yrkesgruppers funksjon og roller forutsetter en

erkjennelse av at alle ikke har lik mulighet til å definere situasjoner. Status, makt og prestisje er faktorer som påvirker hvem som har større og mindre definisjonsmulighet (Thornquist, 1992).

### **5.3 Tilgjengelighet, kollegial autonomi og ledelseskontroll**

Informantene er alle enige om at å være organisert sammen med de psykomotoriske fysioterapeutene gjør at det er lettere å initiere og videreutvikle samarbeid. Ivy et al. (2009) har sett på hvordan lokalisering av yrkesutøverne påvirker tverrfaglig samarbeid. Funnene tyder på at det er en sammenheng mellom samlokasjon og det å lykkes i det tverrfaglige samarbeidet. Etter noe refleksjon er dette noe alle informantene i dette prosjektet også kommer frem til. De påpeker at det er en hel del barrierer som forenkles gjennom samlokasjon. Informantene er også klare på det å ikke være lokalisert sammen byr på noen problemer. Manglende tilgjengelighet blir trukket frem av informantene som hinder i gode samarbeid. Tilgjengeligheten får konsekvenser for (mis)forståelsen av hverandre og behandlingen. Rent praktisk har informantene en oppfattelse av at psykomotoriske fysioterapeuter er vanskelig å få tak i og at det er lang ventetid på behandling. Jeg tar utgangspunkt i at dette omhandler i en annen organisasjon enn informantene. Et studie fra 2019 undersøkte ventelistene hos kommunalt ansatte fysioterapeuter. Studiet viser at bare en av ti personer som står på venteliste til psykomotorisk fysioterapi får tilbud om behandling innen maksimalt anbefalt ventetid. Det var signifikant lengre ventetid hos psykomotorikerne sammenlignet med andre avtalespesialister. (Øyehaug & Paulsen, 2019). Dette kan se ut til å passe inn med uttalelsene fra informantene i dette prosjektet. Informant B etterspør blant annet om muligheten til å prioritere pasienter som allerede er inne til behandling hos psykologen. Hvis man tar med seg at informant B uttaler seg fra sin nåværende stilling innenfor en organisasjon som har bestemte krav tidsmessig til når behandling skal være utført. Er det klart at det blir problematisk å forsøke å samarbeide med en psykomotoriker som kanskje ikke har mulighet til å ta inn pasienten før behandlingsforløpet hos psykologen er avsluttet. Med bakgrunn i den positive omtalen informantene har om samlokasjon. Kan det tenkes at det er derfor informantene ønsker at flere psykomotorikere skal bli ansatt i psykisk helsevern.

Når jeg leser resultatene og forsøker å se dem i lys av profesjonsteori, kommer jeg ikke unna hvordan de menneskebehandlingende organisasjonene, hvor profesjonene driver sin yrkesutøvelse, har stor påvirkning på samarbeidet. En stor andel av profesjonelle får i dag adgang til organisasjoner via ansettelse (Svensson, 2008). Det er også gjennom å være ansatt i samme organisasjon samlokasjon finner sted. Dermed muliggjør og tilrettelegger organisasjonene informantene er ansatt i for samarbeid. Det fremstår tydelig i dataene at samarbeidet mellom psykolog og psykomotorisk fysioterapeut finner sted både i formelle og uformelle fora. Det mest interessante i uttalelsene til informantene finner jeg når de snakker om det som oppstår i uformelle forum. Nærmere bestemt at samlokasjon gir mulighet til, i lunsjen og mellom pasientbehandlinger, faglige samtaler omkring behandling, fag og generell erfaringsdeling. For meg ser disse uformelle foraene ikke ut til å være beskrevet eller vektlagt i litteratur om tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2021; Lauvås & Lauvås, 2002; Nancarrow et al., 2013). Profesjonelle i menneskebehandlingende organisasjoner har en vesentlig grad av autonomi i sitt arbeid (Svensson, 2008). I mitt materiale ser det ut til at informantene bruker tiden i det forumet hvor autonomien er størst, (lunsjen og «fritid» mellom pasientbehandlingene) til å engasjere seg i sine kollegaer og deres fag. Resultatene av dette beskriver informant B med superlativene «helt fantastisk» om de gangene psykologene og psykomotorikerne er til stede samtidig. Det ser dessuten ut av resultatene, at samarbeid i uformelle forum fører til flere samarbeid, slik som informant C beskriver. Informant A forteller at det gjøres avtaler og problemløses og avtales strategier mellom pasientbehandlingene, noe som informanten mener fører til bedre effektivitet. Her tenker jeg informanten er inne på et viktig poeng. Der menneskebehandlingende organisasjoner har kommersielle og finansielle innrette mål og visjoner (Svensson, 2008), vurderer jeg at det er en fare for at effektiviteten blir målt i penger. Dermed vil organisasjonen i større grad kreve kontroll av hva den profesjonelle bruker tid på i en behandlingssituasjon for «bedre» ressursutnyttelse (Helsedirektoratet, 2015; Nydal, Åsmo, Dybvik, & Torheim, 2016). Organisasjonen forsøker derfor å effektivisere tidsbruken til den profesjonelle. Hvis uformelle forum ikke vektlegges som viktig for et samarbeid, er det en risiko for at organisasjonen ønsker minst mulig av dette. Helsedirektoratet (2018) ser ut til å vektlegge «offisielle» møter i tverrfaglig behandling, men som tidligere nevnt kan jeg ikke se at det nevnes noe om «uoffisielle» møter. Det kan handle om at organisasjoner ønsker kontroll over de yrkesprofesjonelle (Svensson, 2008). Profesjonenes autonomi er et konfliktområde opp mot en organisasjon som ønsker kontroll. I menneskebehandlingende organisasjoner har det tradisjonelt sett vært stor autonomi for profesjonene. I nyere tid er det rettet kritikk fra de

profesjonelle mot organisasjonen for at den forsøker å være for kontrollerende. Gjennom byråkrati og statlig styring, som er langt fra behandlingsrommet, forsøker man gjennom rammer og regler å legge føringer for innhold og varighet på behandling (ibid.). Tid er en faktor alle informantene omtaler som noe som har innvirkning på samarbeidet.

Helsedirektoratet (2018) skriver at man må ha tid til å utvikle den tverrfaglige kompetansen. Informantene i oppgaven forholder seg negativt til tidsaspektet. To av informantene opplever å ikke ha tid til å ta initiativ til samarbeid, hvor man «blir sittende på hver sin tue og være flink» (Informant C). Konsekvensene av «mye forventninger til hvordan man skal jobbe», ser dermed ut til å være negativt for samarbeidet. Kanskje er det heller ikke tid til å forstå hverandre tilstrekkelig?

## 6. Oppsummering og avslutning

### Studiens bidrag og forslag til videre forskning

I dette prosjektet har jeg sett på psykologers erfaringer av samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter. Problemstillingen i prosjektet var: «*Hvilke erfaringer har psykologer av tverrfaglig samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter?*». Studien har anvendt kvalitativ metode. Tre psykologer med et års erfaring av samarbeid med psykomotorikere er intervjuet med semistrukturert intervju. Tematisk analyse er brukt for å komme frem til resultatene. Resultatene tyder på at informantene har mer eller mindre forståelse av psykomotorisk fysioterapi og psykomotorisk behandling. Det kan se ut til at psykologene erfarer at psykomotorisk fysioterapi ligner på deres egne behandlingsmetodikker, men at det også er vesentlige forskjeller. Psykologene enes om at den psykomotoriske fysioterapeuten har ansvar for «kroppen» i samarbeidet. Informantene har forholder seg ikke enhetlig til hvordan kroppsdomenet avgrenses. Dermed blir det samme gjeldende for psykomotorikerens arbeidsområde. Det kan se ut til at forståelsen av psykomotorisk fysioterapi avhenger av hvor tett samarbeid med psykologen har vært. Informanten som har samarbeidet tettest og vært mest involvert i den psykomotoriske behandlingen, viser også til større kunnskap om behandlingen enn de andre informantene.

Psykologene uttaler at roller og status er likeverdige når de samarbeider, men i det empiriske materialet kan det se ut til at rollene og statusen i arbeidet endrer seg ut ifra hvilken organisasjon aktørene i samarbeidet er tilhørende. I organisasjoner som vekter tverrfaglighet



ser det ut til at rollene og statusen til aktørene er likestilt. I flerfaglige organisasjoner ser det ut til at psykologene har større status og en viktigere rolle. Det ser dessuten ut til at rollene i samarbeidet endres ut ifra hvem som sitter med mest kunnskap om pasienten. De psykomotoriske fysioterapeutene inntar for det meste rollen som kollega og veileder ovenfor psykologene og informantene opplever en økt trygghet i pasientbehandlingen i forbindelsen med dette. Psykologene er enige om at psykomotorisk fysioterapi burde ha større status og en viktigere rolle i psykisk helsevern.

Rammene innenfor arbeidsorganisasjonen ser ut til å ha innvirkning på samarbeidet i både positiv og negativ forstand. Psykologene er enige om at å være lokalisert sammen med de psykomotoriske fysioterapeutene er en forutsetning for et godt samarbeid. Det ser ut til at psykologene og de psykomotoriske fysioterapeutene bruker uformelle forum som lunsj og tid mellom pasientbehandlinger til å inngå i og videreutvikle samarbeid. Psykologenes negative erfaringer i forbindelse med å samarbeide med psykomotorikere handler i hovedsak om tilfeller der man ikke er lokalisert sammen. Psykologene mener at rammene til organisasjonen de er ansatt i påvirker muligheten til å samarbeide med de psykomotoriske fysioterapeutene. Tid og forventninger til hva et behandlingsforløp skal inneholde trekkes frem av informantene som negative rammer. Disse rammene ser ut til hindre oppstart av samarbeid. Til slutt enes psykologene om at de psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider utenfor egen organisasjon er vanskelig å få en oversikt over og få tatt kontakt med. Dette medfører at oppstart av samarbeid blir vanskelig. Med bakgrunn i resultatene og diskusjonen i dette prosjektet er det flere ting som står ubesvart. Dermed vil jeg komme med noen forslag til hva jeg tenker kunne være interessant å forske videre på:

Jeg vurderer det hadde vært interessant å undersøke hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forsøker å formidle forståelse for eget fag. Er det slik at å ha samarbeidspartnere i egenbehandling gjør at de får bedre forståelse av psykomotorisk fysioterapi?

Det kan være interessant å undersøke om psykomotorikere kjenner seg igjen i rollen som blir forventet av dem. Kjenner de på et press til å tilpasse seg rollen og i hvilken grad de velger å tilpasse seg.

Det kan være interessant å undersøke hvordan varierende grad av autonomi blant aktørene i en organisasjon påvirker samarbeidet. Er det slik at hvis det påtvinges for mye kontroll over profesjonene i en organisasjon vil det ha negativ innvirkning på tverrfaglig samarbeid?

## Avsluttende kommentar

På bakgrunn av resultatene og det jeg har lært gjennom prosjektet, vil jeg avslutningsvis komme med noen anbefalinger til de som tenker på å inngå i et samarbeid.

Jeg vurderer at det er relevant for de psykomotoriske fysioterapeutene å fortelle om sin grunnlagstenkning angående kropp, helse og sykdom. Hvordan vi forstår mennesket både som situert i verden, og som erfarende i verden. Spesielt relevant tenker jeg det er å trekke frem begrepet «kroppen», for her kan man fort snakke forbi hverandre. Der man på en side snakker om kroppen som erfarende og handlende og uttrykksfull, men på mottakers side kan forstås som objekt. Dermed bør det vektlegges at når det snakkes om kroppen, handler det om hele mennesket. Jeg slutter meg til Trygve Braatøy som kanskje allerede den gangen forstod at hvis man skal forstå psykomotorisk behandling bør man selv bli behandlet.

Samarbeidspartnere til psykomotorikeren bør kanskje derfor, om mulig, delta i behandlingen både som observant, men også som «pasient». Hvis man skal inngå i et samarbeid bør begge parter sette av tilstrekkelig med tid. I et godt samarbeid tar det tid å utvikle forståelse.

Konsekvensene av lite tid er et skjørt samarbeid, som kan føre til at en av partene blir skeptisk til å henvise eller inngå i et nytt samarbeid. Organisasjoner som vokter eller ønsker et samarbeid på tvers av profesjoner, må sette av tid til dette. Tid er blitt en mangelvare i helsevesenet, men til sist er det pasientene dette går utover.

## 7. Litteraturliste:

Andenæs, A. M. (2017). Distanse og involvering. (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Agder, Kristiansand.

Bentzrød, O. (2020). Sammen om helheten - Erfaringer med et tverrfaglig samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og profesjonutøvere i skolehelsetjenesten. (Mastergradsoppgave). Høgskolen i Innlandet - Fakultet for helse og sosialvitenskap, Retrieved from <https://brage.inn.no/inn-xmloi/handle/11250/2728362>

Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1993). Den kritiske ettertanke: grunnlag for samfunnsanalyse (B. K. Nicolaysen, Trans. Vol. 2. opplag): Samlaget.

Breitve, M., M., H., & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. Fysioterapeuten, 12, 19-26.

Bunkan, B., Bulow-Hansen, A., Thornquist, E., & Radøy, L. (1982). Psykomotorisk behandling : festskrift til Aadel Bülow-Hansen. Oslo: Universitetsforlaget.@

- Børsum, K. (2014). Psykomotorisk fysioterapi som en del av behandlingen for pasienter med spisefortstyrrelser. (Mastergradsoppgave). Institutt for helse og omsorgsfag Det helsevitenskapelige fakultet Universitet i Tromsø, Retrieved from <https://munin.uit.no/handle/10037/6581>
- Edmondson, A. C. (2004). Psychological Safety, Trust, and Learning in Organizations: A Group-Level Lens. In Trust and distrust in organizations: Dilemmas and approaches. (pp. 239-272). New York, NY, US: Russell Sage Foundation.
- Ekeland, T.-J. (2021). Psykisk helsevern en kunnskapsplattform. Retrieved from <https://docplayer.me/205931082-Psykisk-helsevern-en-kunnskapsplattform.html>
- Ekeland, T.-J., Bergem, R., & Myklebust, V. (2018). Evidence-based practice in social work: perceptions and attitudes among Norwegian social workers. *European Journal of Social Work*, 22, 1-12. doi:10.1080/13691457.2018.1441139
- Ekerholt, K., & Gretland, A. (2018). Norwegian psychomotor physiotherapy, a brief introduction. In M. Probst & L. H. Skjærven (Eds.), (pp. XI, 338 s.). Amsterdam :: Elsevier.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. doi:10.1177/1077800405284363
- Fysioterapiforbundet. (2015). Om fagfeltet. Retrieved from <https://fysio.no/Forbundsfor siden/Organisasjon/Faggrupper/Psykomotorisk-fysioterapi/Hva-er-psykomotorisk-fysioterapi>
- Gretland, A. (1999). Kroppens spor - En utfordring i psykiatrien. Tromsø: Regionssykehuset i Tromsø
- Gretland, A. (2007). Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid. Bergen: Fagbokforl.
- Hapalathi, L. (2020). Psykomotoriske fysioterapeuter som kunnskapsformidlere i tverrprofesjonelt samarbeid. (Mastergradsoppgave). UiT, Tromsø. Retrieved from <https://munin.uit.no/handle/10037/20079>
- Helsedirektoratet. (2012). Delutredning : Vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle helsepersonellgrupper. Retrieved from <https://docplayer.me/1364258-Delutredning-1-vurdering-av-offentlig-spesialistgodkjenning-for-aktuelle-helsepersonellgrupper-helsedirektoratet-01-02-12.html>
- Helsedirektoratet. (2015). Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker. Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/organisering-og-drift-av-tverrfaglige-smerteklinikker/Organisering%20og%20drift%20av%20tverrfaglige%20smerteklinikker%20-%20Veileder.pdf/\\_attachment/inline/0173dc62-5281-4ced-8da3-f28afe8ecaaa:4c4a5e20c8dac3ee001c5eef87e8d0c8d0ac16a6/Organisering%20og%20drift%20av%20tverrfaglige%20smerteklinikker%20-%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/organisering-og-drift-av-tverrfaglige-smerteklinikker/Organisering%20og%20drift%20av%20tverrfaglige%20smerteklinikker%20-%20Veileder.pdf/_attachment/inline/0173dc62-5281-4ced-8da3-f28afe8ecaaa:4c4a5e20c8dac3ee001c5eef87e8d0c8d0ac16a6/Organisering%20og%20drift%20av%20tverrfaglige%20smerteklinikker%20-%20Veileder.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018, 17.01.2018). Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester.

- Helsedirektoratet. (2021). Tverrfaglig samarbeid. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/tverrfaglig-samarbeid-med-fastlege-tilstede>
- Houge, N. H. (2001). Braatøy og psykomotorisk fysioterapi. Tidsskr Nor Lægeforen 2001, Utgave 4. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2001/02/korrespondanser/braatoy-og-psykomotorisk-fysioterapi>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2002). Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi (6. opplag ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malt, U., & Rzadkowska, J. (2022, 01.07.22). psykodynamisk terapi i Store norske leksikon på snl.no. Retrieved from [https://snl.no/psykodynamisk\\_terapi](https://snl.no/psykodynamisk_terapi)
- Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1994). Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - En introduksjon. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), Profesjonssosiologi: Universitetsboksforlaget.
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten Principles of good interdisciplinary team work. Human Resources for Health, 11(19).
- NESH. (2021). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T. K., & Torheim, H. (2016). Krav om effektivitet og ressursutnyttelse i kommunehelsetjenesten gjør at sykepleiere opplever stor avstand mellom ideal og realitet. Sykepleien, 104(3), 68-70.
- Oandasan, I., Conn, L., Lingard, L., Karik, A., Jakubovicz, D., Whitehead, C., . . . Reeves, S. (2009). The impact of space and time on interprofessional teamwork in Canadian primary health care settings: implications for health care reform. Primary Health Care Research & Development, 10(2).
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger. (LOV-2018-06-15-38). Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)
- Psykologforeningen. (2015). Hva kan psykologen hjelpe deg med. Retrieved from <https://www.psykologforeningen.no/publikum/videoer-om-psykisk-helse/hva-kan-psykologen-hjelpe-deg-med>

- Psykologforeningen. (2021). Yrkesbeskrivelse psykolog. Retrieved from <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/psykolog>
- Rake, S. K., & Ahlsen, B. (2022). I spagaten - en diskursanalytisk tilnærming til hvordan psykomotorisk fysioterapi posisjonerer seg som fagdisiplin og behandlingstilnærming. Fysioterapeuten. Retrieved from <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/i-spagaten-en-diskursanalytisk-tilnaerming-til-hvordan-psykomotorisk-fysioterapi-posisjonerer-seg-som-fagdisiplin-og-behandlingstilnaerming/144025>
- Regjeringen. (2014). Grunnstrukturen i helsetjenesten. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
- Regjeringen. (2021). Psykisk helse. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/kommunalt-rus-og-psykisk-helsearbeid/id2344815/>
- Skre, I., & Svartdal, F. (2022). Psykolog. Retrieved from <https://snl.no/psykolog>
- Svensson, L. (2008). Profesjon og organisasjon. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), Profesjonssosiologi: Universitetsforlaget.
- Teigen, K. H. (2015). En psykologihistorie (Vol. 2). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (1992). Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern. Oslo: Norske fysioterapeuters forbunds faggruppe for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterap.
- Thornquist, E. (2018). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. (1995). Hva er psykomotorisk behandling? Oslo: Kopinor.
- Thaagard, T. (2021). Systematikk og innlevelse (5. utgave ed.). Oslo: Fagbokforlaget.
- UiO. (2022a). Nettskjema diktafon-app. Retrieved from <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- UiO. (2022b). Tjenester for sensitive data. Retrieved from <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/mer-om/>
- UIT. (2019). Studieplan for Masterprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Retrieved from Tromsø, Universitetet i Tromsø: Universitetsbiblioteket. (2021). Databaser. Retrieved from <https://uit.no/ub/sokehjelp/databaser#section-728691>
- Vik, K. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. Tidsskrift for omsorgsforskning, 4(1).

Øyehaug, G. A., & Paulsen, A. K. (2019). Prioritering og ventetid hos avtalefysioterapeuter – en tverrsnittstudie. *Fysioterapeuten*(7/2019). Retrieved from <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-7-19/22/>

## 8. Vedlegg

### Vedlegg 1 Informasjonsskriv og samtykke

#### ***Vil du delta i forskningsprosjektet***

*Psykologers erfaringer av samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter – En kvalitativ intervjustudie.*

*Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet med prosjektet er å få økt kunnskap av hvilke erfaringer psykologer har ved å arbeide tverrfaglig med psykomotoriske fysioterapeuter. Hvilke positive/komplimenterende sider har et samarbeid og hva er utfordrende og/eller hemmende for samarbeidet.*

*I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.*

#### **Formål**

*Formålet med prosjektet er å få kunnskap om erfaringer fra tverrfaglige samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og psykologer, i fra psykologens perspektiv. Jeg ønsker å belyse eventuelle positive erfaringer og utfordringer i et slikt samarbeid.*

*Jeg håper prosjektet kan være med på belyse eventuelle fordeler ved et samarbeid om en felles pasient. Slik at flere behandlere kan se fordelene ved å prioritere samarbeid i situasjoner hvor pasientens problemstilling er sammensatt. Psykologens perspektiv på samarbeidet håper jeg kan inspirere eller åpne øyne for behandlere om hva psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra med i et tverrprofesjonelt samarbeid. For psykomotoriske fysioterapeuter vil en annen fagprofesjons tanker og erfaringer om våres fag være nyttig å ha med seg i det tverrfaglige arbeidet, eller for å ta initiativ til et samarbeid.*

*Problemstillingen som skal besvares er: «Hvilke erfaringer har psykologer med tverrfaglig samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter?»*

*Dette prosjektet er en avsluttende masteroppgave i mastergraden psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved UiT.*

***Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?***

*Arktisk Universitet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.*

***Hvorfor får du spørsmål om å delta?***

*Du er valgt ut til å delta enten på bakgrunn av anbefaling av min veileder på prosjektet, eller du er valgt ut som deltagende pasient. Da er du valgt ut fordi din behandler har anbefalt deg som kandidat til prosjektet.*

*Din kontaktinformasjon har jeg fått tilsendt av min veileder eller din behandler. Etter muntlig samtykke av deg til å delta i prosjektet.*

***Hva innebærer det for deg å delta?***

*Prosjektet vil benytte intervju for å besvare forskningsspørsmålet. Opplysninger lagres elektronisk ved lydopptak.*

*Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju som varer i omkring 60 minutter. Intervjuet har som mål å kunne utdype elementer i tverrfaglig samarbeid samt dine erfaringer i et slikt samarbeid.*

***Det er frivillig å delta***

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

***Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger***

*Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.*

*- Student Andreas Lillelund Innleggen og Anne Gretland førstelektor UiT vil ha tilgang til dataen ved behandlingsansvarlig institusjon.*

*- Datamaterialet vil lagres ved TSD (Tjenester for sensitive data). De vil derfor være kryptert og lagret på en forskningsserver.*

*Det vil legges vekt på anonymisering av dataen slik at du ikke kan gjenkjennes ved publisering av prosjektet. I resultatavsnittet vil utdrag fra transkripsjon av intervju publiseres. Hvis det fremkommer personsensitive opplysninger som f. Eks. navn vil dette anonymiseres.*

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er mai 2022. All data slettes når sensurprosessen er avsluttet og senest 31.12.2022.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Arktisk Universitet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

Arktisk Universitet i Tromsø ved Anne Gretland - [anne.gretland@uit.no](mailto:anne.gretland@uit.no) - 77660694 eller 900 31 463

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold - [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no) - 776 46 322 og 976 915 78

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

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

Med vennlig hilsen

Anne Gretland

(Forsker/veileder)

Andreas Lillelund Innleggen

(Student)

### **Samtykkeerklæring**



*Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: Psykologers erfaringer av tverrfaglig samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:*

å delta i intervju

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

-----  
*(Signert av prosjektdeltaker, dato)*

## Vedlegg 2 Risikovurdering NSD

### **Vurdering**

#### **Referansenummer**

215478

#### **Prosjekttittel**

Psykologers erfaringer i tverrfaglig samarbeid med psykomotoriske fysioterapeuter – En kvalitativ intervjustudie.

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Anne Gretland, anne.gretland@uit.no, tlf: 90031463

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Andreas Lillelund Innleggen, physio.innleggen@gmail.com, tlf: 94053023

## **Prosjektperiode**

30.09.2021 - 01.06.2022

## **Vurdering (2)**

---

### **08.02.2022 - Vurdert**

Vi noterer at det ikke er registrert noen endringer som påvirker vurderingen. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver.

### **06.10.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 06.10.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger frem til 01.6.2022.

#### 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. For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD 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

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må 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 NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til med prosjektet!

