

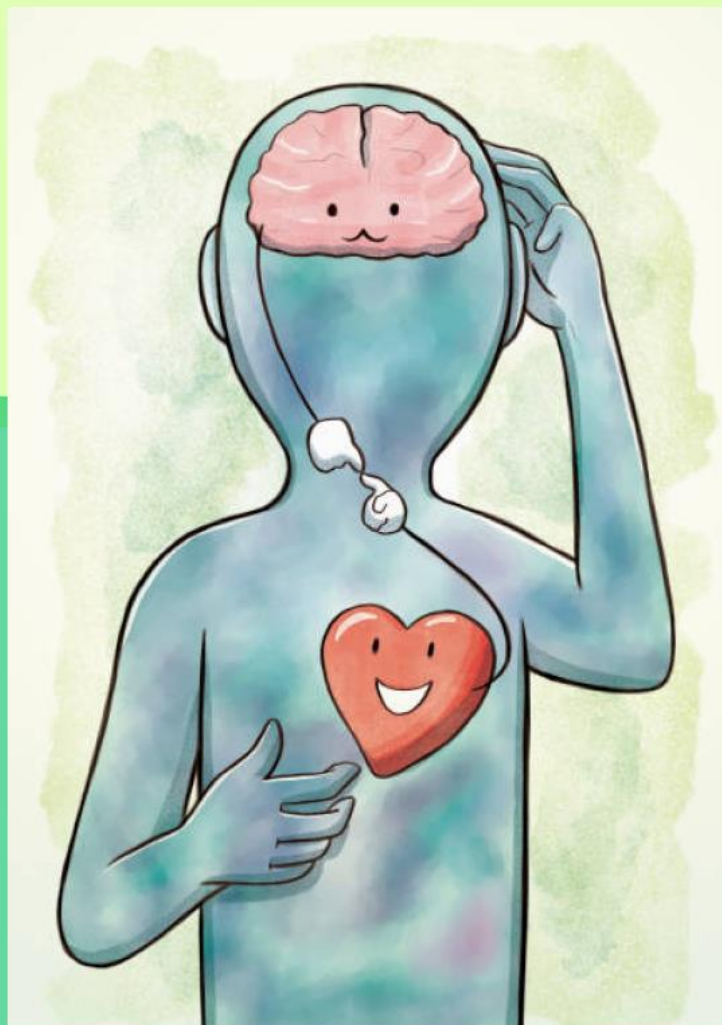
Det er ikke kun i dit hoved

Psykosomatisk fysioterapi som behandling af depression

It's not only in your head

Psychosomatic physiotherapy as treatment for depression

Fysioterapeutisk bachelorprojekt af
Karmen Magel og Ida Averhoff



"Denne opgave er udarbejdet af studerende på VIA University College, Fysioterapeutuddannelsen i Aarhus som et led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukommenteret fra uddannelsens side og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter"

"Denne opgave - eller dele heraf - må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse jvf. lov om ophavsret LBK nr. 1093 af 20/08/2023"

Dato: 02/01/2026

Metodevejleder: Elisabeth Østergaard Bomholt

VIAid: Karmen: 330544, Ida: 330856

Resumé

Baggrund

I Danmark, oplever unge med depression lange ventetider til vederlagsfri psykologhjælp, hvilket øger risikoen for mistrivsel og tab af uddannelses- og arbejdsmæssig tilknytning. Målgruppen fra 16 – 24 år har fra 2010 - 2023 målt den laveste mentale helbredsscore, hvilket er tæt forbundet med at udvikle en depression. Dette understreger behovet for hurtig behandling, hvor fysioterapi på baggrund af anbefalede behandlingstilgange og en helhedsorienteret faglig baggrund, kan bidrage til behandling af depression.

Formål

Formålet med opgaven er at undersøge, hvordan fysioterapeuter med psykosomatiske behandlingstilgange arbejder med depression, og om fysioterapi kan indgå som en del af behandlingen for unge med depression i primærsektoren. Projektet tilstræber at bidrage med viden til det aktuelle politiske fokus på forbedring af psykiatrien, jf. *Aftale Om En Samlet 10-Årsplan for Psykiatrien*.

Metode

Der blev anvendt en kvalitativ forskningsmetode. Fire deltagere med psykosomatisk fysioterapeutisk baggrund blev interviewet med semistrukturerede interviews. Til bearbejdning af den indsamlede empiri blev Kristi Malteruds fire-trins tematisk tekstkondensering anvendt. Edward L. Deci og Richard M. Ryans teori om Self-Determination, og relevante studier blev brugt til at diskutere og højne resultaterne.

Resultater

Der blev fundet fem temaer i analysen. Tema 1: Udfordringer i arbejdet som psykosomatisk fysioterapeut, tema 2: Kroppen som anker, tema 3: Patienten i eget hus, tema 4: "Det kræver ikke raketvidenskab at hjælpe", og tema 5: Drømme for fremtiden.

Konklusion

Psykosomatisk fysioterapi kan være en primær- og supplerende behandlingsmulighed for patienter med depression og andre psykiske udfordringer. Behandlingen kan være individuel eller gruppebaseret. Uagtet behandlingstilgangen konkluderes det, at patientens medbestemmelse skal være i centrum. Psykosomatisk fysioterapi skal have

større del i fremtidens psykiatri, samt er det relevant behandling til unge der står på venteliste til anden behandling.

Perspektivering

Udviklingen inden for det psykosomatiske felt bør overvejes i det aktuelle lovforslag (LSF49), hvor regionerne står med en betydelig frihed til organisering af det fremtidige behandlingstilbud for unge med angst og/eller depression. Ydermere, er fremtidig forskning relevant for at kvalificere projektets fund, herunder; hvordan autonomi spiller ind i behandlingen for depression, patient oplevelser med psykosomatisk fysioterapi, og den underliggende dikotomi mellem fysioterapi og psykoterapi.

Antal ord: 343

Abstract

Background

In Denmark, young people with depression experience long wait times to publicly funded psychological care, increasing the risk of reduced well-being and loss of educational and occupational connection. The age group 16 - 24 has, between 2010 – 2023, consistently recorded the lowest mental health score, which is closely associated with the development of depression. This highlights the need for timely treatment, where physiotherapy, based on recommended treatment approaches and a holistic professional background, may serve as a relevant intervention.

Aim

The aim of this project is to explore how physiotherapists, with psychosomatic approaches, work with depression, and whether physiotherapy can be incorporated as part of the treatment for young people with depression in primary care. The project seeks to contribute knowledge to the current political focus on improving psychiatric services, in accordance with the national 10-year plan for psychiatry.

Methods

A qualitative research design was applied. Four participants with backgrounds in psychosomatic physiotherapy were interviewed, using semi-structured interviews. Kristi Malterud's four-step thematic text condensation was used to analyze data. Edward L. Deci and Richard M. Ryan's Self-Determination Theory was used to analyze the results.

Results

The analysis identified five themes. Theme 1: Challenges of working as a psychosomatic physiotherapist, theme 2: The body as the anchor, theme 3: The patient as the central agent, theme 4: "Helping doesn't require rocket science", and theme 5: Visions for the future.

Conclusion

Psychosomatic physiotherapy represents a viable treatment option for individuals with depression and other mental health challenges. Physiotherapy may be used both as a primary and supplemental intervention and may be delivered individually or in group-based formats. Regardless of approach, patient involvement and autonomy should

remain central in treatment decision making. The project highlights the potential role of psychosomatic physiotherapy in future psychiatric care, and its relevance for young people on wait lists.

Concluding discussion

The development of the psychosomatic field should be considered within the context of the current legislative proposal (LSF49), which grants flexibility in future treatment services. Future research on autonomy in depression, patient-centered perspectives, and interprofessional collaboration between physiotherapists and psychologists may strengthen the results.

Number of words: 349

Indholdsfortegnelse

Problembaggrund	1
Behandling og anbefalinger for depression	2
Formål	4
Oprindelig problemformulering	4
Nøgleord.....	4
Forforståelse	5
Videnskabsteoretisk ståsted.....	7
Metode	8
Metodedesign	8
Videnssøgning	8
Forskningsetik	8
Rekruttering	9
Endelig problemformulering	9
Nye nøgleord.....	10
Dataindsamling	10
Databearbejdning	10
Transskribering.....	10
Helhedsindtryk	10
Meningsbærende enheder	11
Kondensering	12
Syntese	12
Resultater	12
Deltager præsentation	12
Tema 1 – Udfordringer i arbejdet som psykosomatisk fysioterapeut	13
1.1 “Jeg har et problem, som egentlig er tid”	13
1.2 Folk ved ikke, hvad vi kan.....	14
1.3 Kampen for anerkendelse	15
Tema 2 – kroppen som anker	16
2.1 At lære gennem kroppen	16
2.2 “Vores krop lever i et evigt nu”	17

2.3 “Depressionens natur er en barriere”	17
Tema 3 – Patienten i eget hus	18
Tema 4 – “Det kræver ikke raketvidenskab at hjælpe”	19
Tema 5 - Drømme for fremtiden	20
Opsummering af resultater	21
Præsentation af teori	22
Teoretisk analyse.....	24
Depression og motivation	24
Autonomi.....	24
Kompetence	24
Tilhørsforhold.....	25
Diskussion af resultater	25
Manglende tid og viden går ud over patienterne	25
Motivation hos den psykosomatiske fysioterapeut	27
Den individualiserede og tilpassede behandling	28
Et “psykologiseret samfund”	29
At være på venteliste.....	31
Diskussion af metode	32
Troværdighed	32
Pålidelighed.....	33
Bekræftelighed	34
Overførbarhed	34
Konklusion.....	34
Perspektivering	35
Udvikling af feltet	35
Fremtidig forskning og projekter	36
Litteraturliste	38
Bilag	44
Bilag 1 - Samtykkeerklæring.....	44
Bilag 2 – Interviewguide	46

Problembaggrund

Hvordan hænger det sammen, at den aldersgruppe med laveste score inden for mentalt helbred i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2024), også er dem, der står månedsvis på venteliste til at komme til psykolog gennem vederlagsfri psykologhjælp (Dansk Psykolog Forening, 2023b)?

Helt fra start har dette været en undren for én af forfatterne, da vedkommende selv har benyttet sig af gratis-ordningen, som unge mellem 18 til og med 24 år med mild til moderat angst og/eller depression, kan benytte sig af (Dansk Psykolog Forening, n.d.-b). Det har givet oplevelsen af at stå alene med at opsøge psykologer med mange ugers ventetid. Vedkommende mødte afvisninger grundet et patientloft (Dansk Psykolog Forening, 2023b) og ventede slutteligt længe på at komme til sin første samtale. Gennem denne erfaring som patient, og ved at tale med andre i samme situation, fik vedkommende en oplevelse af at stå meget alene med det ansvar at opsøge hjælp i en ellers sårbar situation. Fra start af virkede processen lang og uoverskuelig, hvilket ledte til en følelse af opgivelse.

Unge mentale trivsel har de seneste år været et omtalt emne. Emnet har grobund i aktuel statistik, der beskriver den mentale helbredsskala blandt hele den danske befolkning. Aldersgruppen mellem 16 og 24 år, særligt kvinder, springer i øjnene. Fra 2010 frem til 2023 har denne aldersgruppe målt en lavere score fra år til år på den mentale helbredsskala (Sundhedsstyrelsen, 2024). At have en lav score på den mentale helbredsskala er tæt forbundet med øget risiko for at udvikle depression (Sundhedsstyrelsen, 2024). Det anslås at cirka 4% – 8% af unge får en depression i en eller anden grad (Psykiatrifonden, n.d.). Vi vurderer, at der mangler yderligere information om antallet af unge, specifikt i aldersgruppen 18 - 24 år, der lider af depression.

D. 1. januar 2022 blev det vedtaget, at unge mellem 18 til og med 24 år med mild til moderat angst og/eller depression kunne få gratis psykologhjælp hos én af landets ydernummerpsykologer (Dansk Psykolog Forening, 2022). Blot ét år efter vedtagelsen kunne Danske regioner og Dansk Psykologisk Forbund se frem til at forhandle en ny aftale, da finansieringen i 2022 blev overskredet. Aftalen gik på at sikre, at udbuddet af psykologer og efterspørgsel blandt de unge skulle hænge bedre sammen (Dansk Psykolog Forening, 2023a). **Selv samme år blev der konstateret, at ca. 10.000 unge**

stod på venteliste til psykolog med en gennemsnitlig ventetid på 26 uger i en ordning, hvor der anslås er plads til ca. 12.500 (Dansk Psykolog Forening, 2023b).

Her vurderer vi, at der er et hul i det danske sundhedssystem, hvor sårbare unge mennesker bliver tabt, fordi der er negative konsekvenser ved at være på en lang venteliste. I en undersøgelse blandt ydernummerpsykologer fra 2024 (Dansk Psykolog Forening, n.d.-a) beskrives det, at de største risici som den unge står over for, er at miste tilknytning til job og uddannelse. Dernæst er der stor risiko for at miste tilknytning til familie og sociale relationer. Mister en person tilknytning til disse områder i livet, kan det have negativ indvirkning på individets mentale tilstand. I den danske befolkning, er der generelt en sammenhæng mellem manglende tilknytning til job og uddannelse og en lav mental helbredsscore (Sundhedsstyrelsen, 2024). Med denne viden bliver det tydeligt, at ventetiden til psykolog er et alvorligt problem, og den unge bliver udsat for en potentiel forværring af deres mentale tilstand.

Vi vurderer, at dette er et problem, flere faggrupper kan tage sig af, herunder fysioterapeuter. WHO definerer sundhed som *“en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse.”* (World Health Organization, 1986). Fysioterapeuter bliver uddannet ud fra et biopsykosocialt perspektiv, og det forventes, at der arbejdes for at fremme, optimere, vedligeholde og genskabe funktionsevne, sundhed og livskvalitet for patienter gennem alle livets faser (Bekendtgørelse Om Uddannelsen Til Professionsbachelor i Fysioterapi, 2023, para. 1). Med denne viden vurderer vi, at fysioterapeuter kan have en vigtig rolle i at hjælpe unge med mild til moderat depression, der er på venteliste til psykolog.

Behandling og anbefalinger for depression

Behandling af depression, inkluderer psykoterapi og medicinsk behandling, hvor medicinsk behandling kun anbefales til patienter med moderat til svær depression (Andersen & Hansen, 2024). De Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) beskriver non-farmakologiske behandlingstilgange af unipolar depression fra let til svær grad (Sundhedsstyrelsen, 2019). En generel overvejelse af arbejdsgruppen af ovenstående NKR er, at tværfaglighed er en væsentlig del af behandlingen (Sundhedsstyrelsen, 2019).

Ydermere anbefales også collaborative care – en tværsektoriel tilgang til behandling med tæt samarbejde mellem en sundhedsprofessionel i primærsektoren, og en læge i sekundærsektoren (Sundhedsstyrelsen, 2019).

Yderligere anbefalinger til behandling af let til svær depression består fx af fysisk aktivitet, kognitiv adfærdsterapi, og mindfulness træning (Sundhedsstyrelsen, 2019), som vi vurderer er fysioterapeutiske behandlingstilgange. Et systematisk review peger også på, at træning og fysisk aktivitet, især ved høj intensitet, bør anses som en behandlingsmulighed for depression (Noetel et al., 2024).

10-årsplanen for en bedre psykiatri (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2025; Sundhedsstyrelsen, 2022) kalder på flere indsatser indenfor det fysioterapeutiske område, samt flere lettilgængelige tilbud i primærsektoren. *Fagligt Oplæg til en 10-Årsplan* anbefaler en mere helhedsorienteret og tværfaglig tilgang, herunder fysioterapi af høj kvalitet (Sundhedsstyrelsen, 2022). Danske Fysioterapeuter understreger, at fysioterapeuter som faggruppe har en vigtig rolle inden for området (Tolstrup & Tingkær, 2022).

Vi har selv erfaring med fysioterapi og mental sundhed, både fra uddannelsen og fra personlige oplevelser. På baggrund af disse erfaringer vurderer vi, det er oplagt at undersøge emnet i praksis. Den nordiske fysioterapeutiske tradition for psykosomatisk og psykomotorisk fysioterapi tager udgangspunkt i indflydelsesrige terapeuter og teoretikere, bl.a. Berit Bunkan (1929 - 2025), Gertrud Roxendal (1931 - 2002), Jaques Dropsy, og Maurice Merleau-Ponty (1908 - 61) (Jensen, 2017). Fælles for disse personer er en forståelse af, at krop og sind er uadskillelige. På baggrund af ovenstående teorier, samt det biopsykosociale ståsted i uddannelsen, inkluderer fysioterapeutiske behandlingstilgange også, at psykiske udfordringer kan løses biopsykosocialt via kroppen.

Det nyligt fremsatte lovforslag 49 (LSF49) (Lovforslag 49, 2025) markerer et skift i, hvordan man politisk tilgår behandling af psykiske udfordringer, og understreger emnets aktualitet. Lovforslaget er bygget på *Aftale om en Samlet 10-Årsplan for Psykiatrien* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2025), hvor der bl.a. blev aftalt at flytte ansvaret for behandling af personer mellem 18 - 24 år med let - moderat angst og/eller depression fra ydernummerpsykologer til regionerne for at nedbringe ventelister. *Selvom der ikke står i lovforslaget specifikt hvilke(n) faggruppe(r), der skal varetage denne behandling, lægger det op til, at det varetages af psykologer.* Dog

åbner denne mulige udvikling af sundhedsloven op for nye perspektiver på, hvordan unge med depression kan støttes og behandles, hvor fysioterapi kan spille en rolle.

Formål

Formålet med denne opgave er at undersøge, hvordan fysioterapeuter med psykosomatiske tilgange arbejder med behandling af depression, og hvilken rolle fysioterapi potentielt kan spille i indsatsen for unge med mild til moderat depression. Projektet ses i lyset af det aktuelle politiske fokus på tværfaglige og helhedsorienterede løsninger (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2025), afspejlet i LSF49 (Lovforslag 49, 2025). Projektet tager afsæt i en interesse for den nuværende problematik, hvor unge ofte står på lange ventelister til vederlagsfri psykologhjælp, og søger at belyse, hvordan psykosomatisk fysioterapi kan støtte unge i behandling af depression.

Oprindelig problemformulering

Hvordan oplever unge med mild til moderat depression deres trivsel, mens de venter på vederlagsfri psykologhjælp, og hvordan oplever fysioterapeuter, der anvender psykosomatiske behandlingstilgange i primærsektoren, at fysioterapi kan bruges som behandling af depression? *

*Se metodeafsnit for endelige problemformulering

Nøgleord

Unge: danske unge i alderen 18 til og med 24 år.

Mild til moderat depression: Vi definerer mild til moderat depression ud fra ICD-10 diagnosekriterier (World Health Organization, 2019). Mild depression defineres som to kernesymptomer og mindst to ledsagesymptomer. Patienten er påvirket negativt af symptomerne, dog er ingen af dem i alvorlig grad, og vedkommende kan godt fungere på normalvis i sociale sammenhænge og på arbejde. Moderat depression defineres som to kernesymptomer og mindst fire ledsagesymptomer, hvor flere er i alvorlig grad, og vedkommende har stort besvær med dagligdagen og kan ikke fungere normalt socialt eller på arbejde (Kessing, 2025).

Vederlagsfri psykologhjælp: På nuværende tidspunkt, kan unge mellem 18 til og med 24 år henvises til vederlagsfri psykologhjælp (Indenrigs- og Sundhedsministeriet,

2024). Patienten skal opfylde diagnosekriterierne for mild – moderat angst og/eller depression, ICD-10 (Sundhedsstyrelsen, 2012).

Psykosomatiske behandlingstilgange: jf. beskrivelsen af specialet Psykiatrisk og Psykosomatisk Fysioterapi (Dansk Selskab for Fysioterapi, n.d.), er målgruppen for psykosomatisk fysioterapi, personer med diagnosticeret psykiatrisk sygdom eller personer med psykisk sårbarhed uden egentlig psykiatrisk diagnose. Kerneopgaver er:

- Kropsterapi, hvor fokus er at behandle de spor, der sættes i kroppen som følge af psykisk sygdom/sårbarhed, samt øge mestringsevne og egenomsorg.
- Superviseret fysisk aktivitet.
- Behandling og/eller genoptræning af somatiske problemstillinger med patient/borgers mentale tilstand i øjemed.

I denne opgave betragter vi psykosomatiske behandlingstilgange som værende kropslige- såvel som mentale tilgange, da krop og sind, jf. Merleau-Ponty, påvirker hinanden gensidigt (Merleau-Ponty, 2009). Dette illustreres yderligere af figur 1. I følgende opgave omfatter “psykosomatisk fysioterapi” også “psykiatrisk fysioterapi.”

Figur 1

Metamodel for kropslige og mentale indgangsporte til styrkelse af menneskets trivsel



Note: Fra Den Glemte Krop af Østergaard et al., (2022).

Primærsektoren: den del af sundhedsvæsenet, som patienter møder først, uden for sygehuse og hospitaler.

Forforståelse

Jf. Kristi Malterud nedskrev vi løbende vores forforståelse for at lægge den fra os og blive åbne over for det undersøgte fænomen (Malterud, 2025a). Vores forforståelse

udviklede sig undervejs, og bar præg af personlige erfaringer indenfor emnet, samt vores praktiske og teoretiske uddannelse som fysioterapeuter.

Inden påbegyndelse af projektet, havde vi hver vores forforståelse. En af forfatterne havde selv siddet i den situation at stå overfor en lang venteliste til vederlagsfri psykologhjælp, og havde derfor nogle personlige erfaringer med sig. Den anden forfatter havde erfaring indenfor det at arbejde med fysioterapi og bevægelse for mennesker med psykiske udfordringer, samt at undervise i psykosomatiske tilgange. Fælles for begge forfattere var, at vi havde personlige erfaringer med at bruge kroppen og bevægelse til at påvirke vores egen sindstilstand. Derfor startede vi projektet med en forforståelse om, at fysioterapi er en oplagt behandlingsmetode for de unge, der står på ventelisten. Vi havde en fælles overbevisning om, at alle mennesker positivt kan påvirke deres sindstilstand ved en kropslig tilgang, men at der er mennesker, der har brug for hjælp til at kunne se og anvende denne kobling.

Både uddannelse og personlige erfaringer gjorde, at vi havde en fælles forståelse for, at krop og sind hænger sammen. Vi havde den forståelse fra uddannelsen, at fysioterapi er meget mere end bare at behandle en krop, og handler om at behandle det hele menneske. Det indebærer relationelle- og samtalefærdigheder, bevægelse, samt arbejde med adfærd og adfærdsændring.

Derudover, havde vi en forforståelse af, at fysioterapi ikke er et særligt etableret felt i behandling af psykiske udfordringer i primærsektoren. Dette grundet stigmatisering samt en manglende viden om emnet hos andre sundhedsprofessionelle og den almindelige danske borger. Vi antog, at patienter med depression ikke umiddelbart ser fysioterapi som en behandlingsmulighed, da de opfatter feltet som behandling af udelukkende somatik. Det kan derfor være en barriere for anvendelse af fysioterapi til disse patienter.

Undervejs i projektet blev vi bekræftet i vores forforståelse om, at der bl.a. mangler viden om fysioterapi i behandling af psykiske udfordringer, og vi har fået ny indsigt i, at der hos praktiserende fysioterapeuter ligger et stort ansvar i at formidle faget. En forfatter blev bevidst om en eksisterende forforståelse af, at en psykologisk tilgang er overlegen anden behandling. Fælles er vi blevet bevidste om det faktum, at patienter med depression, sjældent kun har depression, og at det derfor ikke er muligt med en firkantet tilgang til patienter med psykiske udfordringer. Ydermere har vi fået forståelse for, at mentale tilgange som fx mindfulness og meditation også anvender

kroppen som indgangsvinkel til behandling, da krop og sind jf. Merleau-Ponty (Merleau-Ponty, 2009), er uadskillelige og påvirker hinanden uægteligt.

Videnskabsteoretisk ståsted

Vores forskningsstrategi var en induktiv tilgang (Henricson, 2018, som citeret i Astrup Nielsen et al., 2024), da vi var interesserede i at undersøge et bestemt fænomen ud fra indsamlet empiri. Derfor tog projektet udgangspunkt i en **fænomenologisk hermeneutisk** tilgang (Astrup Nielsen et al., 2024c).

Efter hvert enkelt interview nedskrev vi vores forforståelse og ændrede i vores interviewguide, da vi for hver gang blev klogere. Dette betød, at vores viden efter hvert interview nærmede sig en større **horizontalsammensmeltning** (Gadamer, 1900 - 2002, som citeret i Astrup Nielsen et al., 2024) med deltagerne. Dertil ønskede vi at undersøge konkrete eksempler fra erfaringer i praksis, som ligger sig op af fænomenologien. Vi anvendte åbne spørgsmål, så deltagerne kunne udtrykke kropslige og sanselige oplevelser fra både behandler perspektivet, men også fra de erfaringer, de havde oplevet deres patienter have. Jf. hermeneutikken (Astrup Nielsen et al., 2024c), vurderede vi, at det ikke var muligt at holde en passende distance til deltagerne i vores interviews, da vi delte en vis faglig forståelse. Jf. Tine Tjørnhøj-Thomsen (1998, p. 40), kan den “indfødte” forsker bidrage til en mere autentisk forståelse end den ikke-indfødte forsker. Vi vurderede derfor, at vi ville få mest ud af vores interview, hvis vi bevidst inddrog vores forforståelse i perioder til faglig diskussion. Derudover ønskede vi, at deltagerne reflekterede over egen viden og holdninger. Vores problemformulering udviklede sig undervejs i projektet, jf. den hermeneutiske spiral (Gadamer, 1900 - 2002, som citeret i Astrup Nielsen et al., 2024).

Til bearbejdelsen af den indsamlede empiri anvendte vi **Malteruds tematiske analyse** (Malterud, 2025a) med en fænomenologisk tilgang. Da vi ønskede at være tro mod deltagernes oplevelser og erfaringer satte vi vores forforståelse i parentes, så kodningen kunne fremstå så troværdig som mulig (Malterud, 2025a). Vi anvendte en fænomenologisk tilgang i udvælgelse og anvendelse af teori ved først at inddrage teori efter bearbejdning af empirien. Senere i analysen kobled vi teori og **forforståelse** på sammenfatningen fra den tematiske analyse.

Metode

Metodedesign

Projektet blev tilrettelagt som et kvalitativt studie for at få detaljerede og nuancerede svar fra deltagerne (Astrup Nielsen et al., 2024a; Kvale & Brinkmann, 2015b). Vi anvendte semistrukturerede interviews (Christensen et al., 2011), som gav os adgang til viden om livsverdener, personlige erfaringer samt ny indsigt i fænomenet (Astrup Nielsen et al., 2024c). Metoden gav os mulighed for at anvende vores aktuelle faglige viden og forforståelse til at stille åbne og undersøgende spørgsmål, der ledte op til faglig diskussion.

Videnssøgning

For at afdække, hvad der eksisterede af lignende projekter og indkredse emnet, anvendte vi bevidst tilfældig søgning (Astrup Nielsen et al., 2024b) på Google, Scopus AI og PubMed med søgeord som “mind-body therapy”, “experience”, “depression”, “waiting list”, “physical therapy modalities”, “physi* therap*”, “phenomenology”, “hermeneutics”, og “BBAT.” Dertil søgte vi litteratur på fysio.dk. For at finde anden relevant materiale anvendte vi retro- og prospektive kædesøgninger (Astrup Nielsen et al., 2024b).

Forskningsetik

Belægget for at udføre projektet var, at den formodede nye viden kunne bruges i samfundsforskning. Formålet var derfor at tjene interessen inden for mennesket og videnskaben (Kvale & Brinkmann, 2015a). Den indsamlede empiri gennem semistrukturerede interviews med mennesker er undtaget anmeldelsespligt til National Videnskabsetisk komite jf. bekendtgørelse nr. 1268 (BEK Af Lov Om Videnskabsetisk Behandling, 2024).

Jf. Helsinki Deklarationen (World Medical Association, 1964) beskyttede vi deltagernes anonymitet og integritet ved at betegne deltagerne med bogstaver (A, B, C og D) og sløre deres erfaring, baggrund og køn. I beskrivelse af patienter, anvendte vi people-first-language for at signalere, at mennesket er vigtigere end sygdommen (Østergaard & Jessen, 2019). Vi skrev, så vi tror deltagere samt omtalte patienter og faggrupper, vil føle sig respektfuldt behandlet, hvis de læser opgaven (Dalland, 2000). Dette gjorde vi ved at citere korrekt, og omskrive citater og formuleringer, så essensen

blev bevaret og tydeliggjort. I citater har vi tilføjet tekst i parentes, der er nødvendig for at forstå citatet.

Jf. Helsinki Deklarationen (World Medical Association, 1964), indhentede vi frivilligt informeret samtykke (bilag 1, s. 44), som tog afsæt i vejledningen fra Den Nationale Videnskabsetiske Komité (Nationalt Center for Etik, 2024). Samtykkeerklæringen oplyste deltagerne om formålet med projektet, anonymisering, data håndtering samt, at de kunne trække samtykke tilbage. Alt video, lyd, og dertilhørende transskription blev gemt på en beskyttet platform med to-trins-godkendelse jf. Databeskyttelsesloven (2024). Alt empiri bliver slettet efter brug. Dertil oplyste vi deltagerne mundtligt, at det er muligt efter ønske, at få tilsendt det færdige projekt.

Rekruttering

I forsøg på at rekruttere unge deltagere, der aktuelt stod på venteliste til vederlagsfri psykologhjælp, lavede vi opslag på relevante sociale medier, word-of-mouth, kontaktede relevante nøglepersoner og hængte flyers op på et universitet. På trods af dette fik vi ingen henvendelser, hvorefter vi ændrede projektets retning. Derefter fokuserede vi udelukkende på fysioterapeuter, der havde erfaringer med psykosomatisk fysioterapi, hvilket ledte til vores endelige problemformulering.

Kriterierne for fysioterapeuterne i vores projekt var, at de delvist arbejdede i primærsektoren med psykosomatisk fysioterapi, eller tidligere havde erfaring med det. For at finde deltagere søgte vi på Google efter psykosomatisk fysioterapi og hjemmesiden psykfys.dk (Dansk Selskab for Fysioterapi i Psykiatri og Mental Sundhed, n.d.), og anvendte henvisninger fra en nøgleperson. Ud fra vores søgning fik vi kontakt til fire fysioterapeuter, der alle havde erfaring med at behandle patienter med depression. Alle skrev under på samtykkeerklæringen inden interviewet (bilag 1, s. 44).

Endelig problemformulering

Hvordan oplever fysioterapeuter, der anvender psykosomatiske behandlingstilgange, at fysioterapi kan anvendes som behandling af depression i en eventuel venteperiode?

Nye nøgleord

Eventuel venteperiode: En længere venteperiode, der følger en lægehenviisning til behandling af depression i primærsektoren.

Dataindsamling

Da alle fysioterapeuterne var bosat forskellige steder i landet, udførte vi tre interviews online på Teams, og ét ved fysisk fremmøde, alle af 60 minutters varighed. Vi udarbejdede en fælles interviewguide (bilag 2, s. 46) ud fra målgruppen, inddrog vores forforståelse omkring psykosomatisk fysioterapi og anvendte åbne spørgsmål (Jørgensen, 2025). For at sikre en dybdegående interview, styrede en af forfatterne interviewet, hvor den anden tog noter undervejs, styrede tid og til sidst stillede supplerende spørgsmål.

To interviews blev optaget på video og lyd på Teams, hvor vi samtidig brugte transskriptionsværktøjet på Teams. To interviews blev optaget på diktafon, hvor vi efterfølgende anvendte et transskriberingsværktøj i Word.

Databearbejdning

Transskribering

Alle transskriptioner blev gennemlæst med tilhørende lydfil, og rettet til verbatim. For at gøre deltagerens svar sammenhængende udelod vi fyldord som “øh”, “mmh”, mv. Af samme grund undlod vi interviewerens gensvar som “ja”, “nej”, “nå”, mv. For at bevare essensen af deltagerens svar, skrev vi *griner* og *pause* ind i transskriptionen, samt understregede ord hvor der var betydeligt tryk. Vi anonymiserede transskriptionerne ved at bruge deltagerens initialer. For senere at kunne skelne mellem de forskellige deltagere, gav vi hver enkelt transskription et særligt skriftligt udtryk, som fx kursiv eller fed mv.

Helhedsindtryk

Til bearbejdning anvendte vi en tematisk analyse jf. Malterud (Malterud, 2025b).

I trin 1 skabte vi os et helhedsindtryk over empirien. Vi satte vores forforståelse til side (Malterud, 2025b), idet vi individuelt læste transskriptionerne og gennemhørte alle interviews. Ud fra et fugleperspektiv nedskrev vi individuelt 5-8 temaer til den

samlede empiri. Derefter diskuterede vi vores forslag til temaer, og blev enige om følgende foreløbige temaer:

- 1) Udfordringer i arbejdet som psykosomatisk fysioterapeut
- 2) Behandlingstilgang og virkning
- 3) Symptombillede og diagnose
- 4) Hvem behandler og hvorfor
- 5) Drømme for fremtiden
- 6) Betydning af netværk

Meningsbærende enheder

I trin 2 nærlæste vi i fællesskab transskriptionerne og farvekodede tekstsbidderne til forskellige temaer. Et eksempel herfor kan ses i figur 2. Vores oprindelige problemformulering var til dels styrende i dette trin, hvor vi frasorterede irrelevant tekst, der ikke belyste områder af problemfeltet. Vi inkluderede interviewerens spørgsmål som en del af en meningsbærende enhed, hvis det var relevant for at forstå deltagerens svar eller gav nødvendig kontekst.

Figur 2

Eksempel på farvekodning af transskription

Lærer måske, at det er bedre, og, hvad skal man sige, lave yoga, meditation, bodyscan, hække, hvad som helst andet, end bare sidde og se den ene serie efter den anden, for eksempel. Fordi de mister sig selv mere og mere, når vi bare vender vores opmærksomhed udaf, så det fysioterapeuter også kan, det er jo at få folk til at mærke deres egen krop.

Hertil fandt vi et nyt tema: krop, sind og nuet (tema 7). Vi fordelte alle meningsbærende enheder ud på hver deres tilhørende tema. Efter gennemlæsning af temaerne, reviderede vi temaerne og deres indhold. Derfor slog vi indholdet af tema 2, 3 og 7 sammen og dannede to nye temaer. Dertil lavede vi undertemaer for tema 1 og slettede tema 6, da den indeholdt få meningsbærende enheder, og ikke have særlig relevans for vores problemformulering.

De endelige temaer efter trin 2 blev som følgende:

1. Udfordringer i arbejdet som psykosomatisk fysioterapeut
 - 1.1. "Jeg har et problem, som egentlig er tid"
 - 1.2. Folk ved ikke, hvad vi kan

- 1.3. Kampen for anerkendelse
2. Kroppen som anker
 - 2.1. At lære gennem kroppen
 - 2.2. “Vores krop lever i et evigt nu”
 - 2.3. “Depressionens natur er en barriere”
3. Patienten i eget hus
4. “Det kræver ikke raketvidenskab at hjælpe”
5. Drømme for fremtiden

Kondensering

Hvor Malterud anbefaler først at sortere meningsbærende enheder under subgrupper, og skrive et samlet kondensat for hver subgruppe (Malterud, 2025b), kondenserede vi først de enkelte meningsbærende enheder, og sorterede derefter kondensaterne i subgrupper under hvert tema og undertema. Dette for at skabe et bedre overblik over empirien. Guldcitater, der autentisk illustrerede essensen, blev skrevet verbatim i teksten (Malterud, 2025b). Vi sammensatte og ændrede tekst, der belyste essentielle pointer, der i opgaven kan læses som “kunstige citater.” For at bevare deltagernes stemme skrev vi kondensater i første person ental, og anvendte originale ord og formuleringer fra transskriptionen. Denne proces udførte vi individuelt, hvor vi undervejs byttede tema, for hele tiden at have begge forfatteres tolkning af empirien med. Efter kondensering reviderede vi vores problemformulering for at bevare sammenhængen til empirien.

Syntese

Resultaterne af syntesen kan læses i afsnittet “Resultater.” I denne proces praktiserede vi **emergens** (Malterud, 2025a) ved at skrive vores kondensater fra trin 3 om til en samlet analytisk tekst, der samtidig var loyal over for deltagerne, og gav nyt indsigst til problemfeltet.

Resultater

Deltager præsentation

Deltagerne for projektet bestod af fire fysioterapeuter, der alle havde erfaring inden for psykosomatisk fysioterapi. To af deltagerne arbejdede udelukkende i

primærsektoren helt eller delvist udenfor sygesikringen (A og B). En deltager arbejdede både i sekundær- og primærsektoren, og brugte halvdelen af sin tid som psykoterapeut (C). En deltager arbejdede udelukkende i sekundærsektoren, og havde en del erfaring i forskning på området (D).

Tema 1 – Udfordringer i arbejdet som psykosomatisk fysioterapeut

1.1 “Jeg har et problem, som egentlig er tid”

Alle deltagere påpegede, at det er mere tidskrævende at arbejde med patienter med psykiske udfordringer, end fx muskuloskeletale lidelser. A og B fremhævede, at de ofte overstiger den halve time som sygesikringsrammen tillader, fordi der er behov for at skabe tryghed og tillid i relationen:

“Indenfor sygesikringen der har du, max en halv time, og der skal du jo nå at skrive status, du skal nå at sige goddag til, til den her patient, og sende dem ud ad døren igen på en halv time, og der kan du altså ikke nå at arbejde med hele kroppen, og det gør vi hver gang.” (A)

C påpegede, at det var urealistisk at forvente at patienter med depression er raske efter de 12–15 behandlinger, der typisk udgør et forløb under sygesikringen. B havde ansøgt regionen om øget tidsramme og honorering for at imødekomme den tidsmæssige udfordring, men blev afvist. A havde tidligere haft denne aftale, og oplevede den som belastende og måtte til sidst opsige den. Dette blev oplevet som en ulighed i sundhed i arbejdet uden for sygesikringen, da antallet af henvisninger fra praktiserende læger faldt, og dermed også antallet af patienter (A). Både A og B udtrykte positive muligheder i arbejdet uden for sygesikringen, men det medfører risiko for færre patienter grundet priserne på behandlingen. C fortalte om samme økonomiske problemstilling: *“De psykiatriske patienter er ikke den patientgruppe med flest penge generelt. Derfor er det en god ide, at behandlingen ikke er for dyr.” (C)*

B udtrykte endnu et problem i arbejdet under sygesikringen: Regler om patient- og indtægtsloft, som presser behandlere til at overholde rammerne for at undgå økonomiske konsekvenser. B forklarede, at vedkommende ofte omfordeler tid fra mindre til mere tidskrævende forløb. A fortalte, at der i psykiatrien mangler forståelse

for patienter med psykiske udfordringer: *“Der er ikke den der nysgerrighed på at finde ud af, hvorfor de her mennesker handler, som de gør. Der er jo stor ulighed i sundhed på det område.”* (kunstigt citat, A) A udtrykte, at det ofte medfører, at patienter hurtigt afsluttes ved manglende fremmøde til standardiserede forløb.

1.2 Folk ved ikke, hvad vi kan

Alle deltagere havde en erfaring med en generel mangel på viden om psykosomatisk fysioterapi blandt patienter og andre sundhedsprofessioner. Ifølge A eksisterer der en forestilling om, at fysioterapeuter ikke har viden om psykiatri. D udtrykte en formodning om, at praktiserende læger i forbindelse med behandling af patienter med depression sjældent henviser til andet end psykolog, og kun enkelte vil henvise til andet:

“Lægen giver velmente råd til konsultationerne om fx fysisk aktivitet, men velvidende at det kan være svært at efterleve på grund af depressionens natur, så kan det jo være en ikke så god hjælp.”
(Kunstigt citat, D)

Med andre ord er det ikke nok bare at fortælle patienten, hvad vedkommende skal gøre - der er behov for mere støtte i daglige aktiviteter.

B beskrev oplevelser med nogle psykologer, der mangler forståelse for psykosomatisk fysioterapi. I et tilfælde mente en psykolog, at en fælles patient var overbehandlet og burde stoppe med den fysioterapeutiske behandling, hvor B oplevede manglende åbenhed for at kommunikere om patientens bedste. Dog fortalte B også om lignende forløb, hvor patienten havde gavn af begge behandlere.

Både A og C fortalte, at patienter oftest fandt psykosomatisk fysioterapi gennem netværk og sjældent via lægehenvielse. D fortalte, at manglende viden om fysioterapeuters kompetencer inden for kropsterapi får patienter til at søge alternative behandlere som Body SDS og Manuvision: *“Folk gider ikke til fysioterapi, fordi der bliver de bare bedt om at lave øvelser. Body SDS, der er der nogen der rører ved en.”* (D)

D fortalte, at fysioterapeuter ikke får formidlet og konkretiseret psykosomatisk fysioterapi, og dette udfordrer opbakningen. B fortalte, at promoveringsarbejde for sin egen psykosomatiske behandling, er uundgåeligt. De færreste ved, hvad psykosomatisk fysioterapi er: *“De fleste ved, at det der med hovedet, det går man til*

psykolog med. Det med kroppen, det bliver ikke tænkt ind på samme måde som et terapeutisk (redskab).” (C)

1.3 Kampen for anerkendelse

Flere deltagere (B, C, D) udtrykte udfordringer i arbejdet, særligt om anerkendelse fra andre sundhedsprofessionelle og ledelse. C fortalte, at vedkommendes kollegaer bakker op om arbejdet, mens ledelsesniveauerne i højere grad vægter økonomi og professionsstatus:

“Der er stor opbakning fra mine kollegaer i mit arbejde, fordi det giver mening for dem (...) Men højere oppe i ledelseslag, handler det om økonomi og hvad der er mest anerkendt. Der ligger fysioterapi ret lavt i forhold til psykologer, hvis det drejer sig om psykoterapeutisk behandling.” (C)

D udtrykte endvidere, at der i dag er en tendens til, at alt dårligdom kalder på en psykolog. Med psykologers numeriske overvægt samt deres arbejde med elementer af BBAT, mindskes pladsen til den psykosomatiske fysioterapeut (D). D fortalte at fysioterapi som lille faggruppe i psykiatrien og begrænset opmærksomhed fra Danske Fysioterapeuter, reducerer fagets kapacitet til at påvirke sundhedsfaglige opgaver:

“Det er med en lille faggruppe rigtig svært at flytte en supertanker, der skal ændre bare en lille kurs. At vi (fysioterapeuter) ikke er ledelsesmæssigt forankret og arbejder under sygeplejersker, læger og psykologer, er en barriere for at ændre på noget.” (kunstigt citat, D)

Flere deltagere (A, B, D) fortalte, at man i feltet konstant må sælge sig selv, hvilket kræver tid fra behandlerens egentlige faglige interesse. Derudover fortalte flere deltagere (A, B, C) om oplevelser med manglende anerkendelse og afvisning fra fx praktiserende læger.

“Der er nogle læger, der synes fysioterapi er specielt og ikke har meget tilovers for det (...) Men der er en ny yngre læge som er superglad for det, og henviser meget gerne til psykosomatisk fysioterapi og til mig.” (B)

D påpegede, at det nye lovforslag i sundhedsloven sandsynligvis ikke retter sig mod fysioterapeuter: *“Vi har jo ikke fået skabt den viden om, at det kan fysioterapeuter det her, så det ligger jo ikke lige til højrebenet at pege på sådan nogle som os.”* (D)

Tema 2 – kroppen som anker

2.1 At lære gennem kroppen

Alle deltagere beskrev kroppen som et centralt redskab til at støtte patienten i selvregulering og øget selvindsigt. A udtrykte, at *“hvis vi ikke lærer at lytte til, hvad kroppen fortæller os, så er vi jo ilde stedt.”* (A) Ifølge A, fungerer kroppen som kilde til information, der er nødvendig, for at kunne tage vare på sig selv.

A og C fremhævede, at patienters forståelse af sammenhængen mellem krop og psyke varierer. Derfor bliver patientuddannelse, psykoedukation (C, B) samt nysgerrige og undersøgende spørgsmål om kropslige fornemmelser en væsentlig del af behandlingen (C). Ifølge B, kan kropslig intelligens trænes ved at arbejde med kropslige grænser, hvor patienten kan mærke efter, om behandleren er for tæt på eller for langt væk. A beskrev, hvordan en kropslig indgangsvinkel hjælper patienter med at forstå deres tilstand og forvalte deres energi: *“Når vi har adgang til kroppen, når vi kan mærke vores krop, så kan vi også mærke hvornår vi er trætte eller sure (...) eller hvornår vi har brug for at bede om hjælp.”* (A)

Deltagerne fremhævede en række kropslige redskaber til patienter med psykiske udfordringer, herunder mindfulness og meditation, afspænding, let bevægelse, BBAT, vejrtrækningsøvelser og fysisk aktivitet. D og B beskrev, BBAT-metoder kan sænke arousal, hvor hold-slip-afspænding kan give patienten en fornemmelse af kontrol (B). A fortalte, at fysisk aktivitet også kan bruges til at hjælpe patienter med at skelne mellem angstsymptomer og træningseffekt, og derigennem styrke deres mestringsevne.

Både A og B fortalte, at patienter med depression ofte har svært ved at mærke deres egne grænser (kropsligt og socialt), og at de ofte overskrides. Depression er derfor ofte tæt forbundet med et lavt selvværd (A, B), og A fortalte, at kroppen i nogle tilfælde “siger fra” ved at udvikle en depression. Dette fortalte A, har konsekvenser for de patienter der kommer fra jobcentret. Ofte bliver de presset ud i job for tidligt, hvor de hurtigt oplever et tilbagefald, fordi de var for fokuseret på sagsbehandlerens ønsker, og mangler redskaberne til at sige fra.

D pointerede også, at behovet for kropsorienterede tilgange rækker ud over psykiatrien: *“Folk har ondt i kroppen og i livet. De har ondt i sjælen og i kroppen, og de er ikke nødvendigvis psykiatriske patienter.”* (D) Dette understreger, at kroppen også bør anses som redskab til adgang for mestring og trivsel, også hos dem uden klinisk diagnose.

2.2 “Vores krop lever i et evigt nu”

Et gennemgående tema for A og B var den kropslige indgangsvinkel til at skabe kontakt til nuet hos patienten, især i arbejdet med depression og traumer. A fortalte, at et udadvendt perspektiv kan føre til, at man “mister sig selv mere og mere,” og en manglende kontakt til kroppen er derfor ofte set hos denne patientgruppe (A, B). Gennem berøring og guidet opmærksomhed på kroppen med fokus på dertilhørende fornemmelser/følelser, kan patienten opleve et indadvendt fokus og lære at skelne mellem før og nu (A, B). A forklarede: *“Vores krop lever i et evigt nu, men vores hoved tænker både frem og tilbage. Det, at vi kognitivt og kropsligt forstår, at det jeg mærker nu, der er ikke det, der sker lige nu.”* (A) B fortalte, at førnævnte grænsearbejde også kan hjælpe patienter, der er “langt væk fra deres krop.” Hvor A og B beskrev direkte kropsligt arbejde, fortalte C også om en mere verbal guidende tilgang, hvor vedkommende taler venligt, validerende og nænsomt ind i det kropslige.

C og D beskrev desuden at depressive tanker og følelser sætter sig i kroppen. Ved svær depression kan patienter ofte have svært ved at se sammenhængen mellem krop og sind, da det opleves som en stor dyster sammenfiltrering af følelser, krop og tanker (C). Både D og C fremhævede, at kognitive adfærdsterapeutiske redskaber kan hjælpe patienter med at adskille krop, tanke, følelse og handling. C pointerede, at det kropslige arbejde giver mange patienter et frirum fra de tunge tanker, og at det opleves som rart at mærke noget andet end det, der sker i deres hoved.

2.3 “Depressionens natur er en barriere”

Deltagerne beskrev tydelige kropslige manifestationer af depression, som kan anvendes diagnostisk og til at målrette behandling. A understregede, at depression ikke blot er kemisk ubalance i hjernen, men at kroppen afslører afmagt og opgivenhed. Ved langvarig belastning vipper muskulaturen over fra anspændthed til slaphed (A). På tværs af deltagerne blev lav energi, over- og underspændt muskulatur, smerter og

nedsat kropsbevidsthed beskrevet som hyppige kendetegn. D fortalte at længerevarende spændinger kan udvikle sig til muskuloskeletale lidelser.

Der var bred konsensus om, at patienter med depression ofte accepterer deres tilstand som uforanderlig, og mangler initiativ til at handle. D formulerede, at: *“det er depressionens natur, der er barrieren for at tage vare på sig selv og søge hjælp.”* (kunstigt citat, D).

Til behandling af depression anbefalede alle deltagere fysisk aktivitet - særligt udendørs daglige gåture - som et centralt element i behandlingen. De vægtede, at fysisk aktivitet med fordel kan kombineres med en efterfølgende kropsterapeutisk metode, der sænker arousal. B beskrev, hvordan patienter gradvist kan øge aktivitetsniveau fra blid bevægelse og gåture til styrketræning. A og C understregede, at fysisk aktivitet skal tilpasses den enkelte: hvis stress er en bagvedliggende årsag til depression, kan fx løb, forværre symptomer hos nogle, hvorfor det er afgørende, at patienter med tiden lærer at lytte til kroppens signaler (A).

C pointerede, at sygdommens udtryk også varierer mellem en agiteret og en passiv depression. Hos patienter med agiteret depression arbejdes der først mere dynamisk for at sænke arousal. Denne tilgang anvendes, da kløften mellem patientens arousal og BBAT'ens ro ellers kan være for stor (C). Til patienter med lettere depression anbefalede A og D metoder, der fremmer et indre perspektiv, hvor C pointerede at, ved svær depression kan det være nødvendigt at anvende metoder og redskaber, der flytter opmærksomheden væk fra kroppen og ud i rummet.

Endelig fremhævede A, at fysioterapeuter har en særlig adgang til kroppen: *“Når vi bliver rørt, så bliver vi også berørt.”* (A) Dette understøtter D's pointe om den tætte sammenhæng mellem muskuloskeletale- og psykiske lidelser, og at fysioterapeuter har en særlig opgave i at synliggøre denne forbindelse.

Tema 3 – Patienten i eget hus

Der var generel konsensus blandt deltagerne om, at den specifikke psykiatriske diagnose ikke har betydning for behandlingen: *“Jeg tænker på diagnosen som et arbejdsredskab, men det er ikke en egenskab som patienterne har.”* (C) A og B angav, at patienter med psykiske udfordringer typisk har et mudret billede af symptomer og diagnoser. B understregede, at det sjældent bare er én diagnose, og at de fleste patienter også lider af angst og/eller depression. D angav, at en depression påvirker kognitive

funktioner og C fortalte, om betydningen i at arbejde med adfærd i samspil med kognition. Da der i behandlingen er behov for støtte til at energiforvalte og tilpasse fysisk aktivitet, pointerede C og D vigtigheden i at være opmærksom på patientens tidligere erfaringer og vaner samt motivation, i arbejdet med adfærdsændring. Blandt alle deltagere var der konsensus om, at den forventede variation i symptomer kræver en tilpasset og individualiseret behandling.

Det fremgår fra alle deltagere, at en behandling eller symptombillede ikke kan generaliseres: *“Vi er bare ikke alle sammen ens. Vi har ikke levet det samme liv, så derfor kan man ikke være så firkantet (med behandlingen).”* (A) C fortalte at vedkommende gør brug af en fænomenologisk tilgang til patienter, ved at være undersøgende og nysgerrig på den enkeltes oplevelser og erfaringer. Både A og D pointerede, at evidensen for fysisk aktivitet som behandling af depression ikke skal være styrende for valg af behandling. Det skal være med udgangspunkt i, hvad den enkelte oplever af symptomer og har af tidligere erfaringer.

A og B fortalte om vigtigheden af, at behandlingen er meningsfuld for patienten, hvor dette er en forudsætning for, at behandlingen kan have effekt. A fortalte, at små tiltag og værktøjer ikke må underkendes, da selv de mindste tiltag kan have en betydning. Et samarbejde mellem behandler og patient med en balance mellem faglig vurdering og patientens ønsker og ressourcer, er vigtig (A, C).

Der var konsensus om, at behandlingen også går ud på at styrke selv- og kropsforståelse, og dermed opbygge troen på egne evner (A, B, C). Dette gøres ved fx fysiske udfordringer, hvor patienten opnår en oplevelse af mestring; psykoedukation om sammenhæng mellem psykiske tilstandes indvirkning på fysiologien; samt at hjælpe patienten til at være nysgerrig på vedkommendes kropslige reaktioner og tilhørende følelser, som fx skam og skyld. C fortalte, at vedkommendes forståelse af patienters viden og ressourcer kan fejle, og det derfor er vigtigt at stille spørgsmål, der kan vække eksisterende viden hos patienten. C understregede at patienten selv skal lære at vurdere, hvad der gavner dem: *“Jeg udelukker aldrig patienternes deltagelse (på hold). De må erfare selv om det er godt eller ikke godt for dem.”* (C)

Tema 4 – “Det kræver ikke raketvidenskab at hjælpe”

Der var forskellige meninger om, hvornår en fysioterapeut har tilstrækkelig viden til at arbejde med patienter med psykiske udfordringer. Deltager A fortalte, at

videreuddannelse er nødvendigt, hvor C og D understregede, at grunduddannelsen giver den nødvendige base. C påpegede, at praktisk læring udvikler vigtige kompetencer: *“Jeg oplever studerende, der hurtigt bliver rigtig dygtige til at behandle psykiatriske patienter (...) Det kræver ikke raketvidenskab at hjælpe.” (C)*

C og D påpegede dog, at grunduddannelsens undervisningsindhold mangler en opgradering inden for psykiatri, særligt det praktiske. De fysioterapeutiske færdigheder adskiller sig, ifølge C og D fra andre professioner, især i det terapeutiske, hvor fysisk aktivitet ikke blot er træning. Den terapeutiske del handler særligt om den fysioterapeutiske ramme, tilpassede aktivitet og patientuddannelse (A, C, D). A og B fremhævede, at en særlig relationel alliance er vigtig i det terapeutiske rum: *“Relationen til patienterne er voldsomt bærende i det her. Har man ikke en relation, kan man ikke lave en god behandling (...) Der skal være en tryghed.” (A)* Ydermere, fremhævede deltager A og C, at personlige kompetencer og egenskaber har særlig betydning, som fx anerkendelse og rummelighed (C), hvor tålmodighed og personlige erfaringer, tilmed kan medføre en større empati (A).

C og D fortalte, at fysioterapeuter har adgang til patienters følelser gennem kroppen, mens elementer fra den psykologiske verden inddrages. Begge fortalte, at psykologer gør det samme med fysioterapiens værktøjer, som vejrtrækning, og derfor kan værktøjer blandt professioner ikke deles så firkantet op (D og C). D udtrykte, at det væsentlige er, at fysioterapeuter hele tiden arbejder med kroppen i fokus, og ikke agerer psykologer. C berettede også, at det kan hjælpe patienten med at skelne mellem tanke, følelse, krop og adfærd, når man kombinerer fysio- og psykoterapi.

Tema 5 - Drømme for fremtiden

C og D foreslog, at mere psykosomatisk fysioterapi skal ligge i primærsektoren, hvor der i behandling af psykiske udfordringer er mere fokus på krop og mindre på tanker, hvor C anvendte udtrykket “kropsterapeutisk ambulatorium.” Dette kan være tværfaglige tilbud, der indeholder både fysisk aktivitet, krops- og psykoterapi, og D påpegede, at der skal være plads til et rent fysioterapeutisk forløb i det tværfaglige samarbejde. Dertil ville det ifølge D være en skam, hvis ikke fysioterapeuter får mere ansvar i at forbygge udviklingen af depression.

“Det ville give rigtig god mening med flere fysioterapeuter dér (i primærsektoren til unge på venteliste). Jeg tror, at langt flere unge mennesker ville kunne se, hvad de selv kunne gøre, for at ændre på deres sindstilstand.” (C)

A og D gav udtryk for, at et gruppetilbud til patienter med depression er fordelagtigt. Tilbuddet kan give mulighed for patientuddannelse, et terapeutisk rum samt mindske ensomhed og gensidig genkendelse. D udtrykte også et ønske om en ændring i, hvordan samfundet ser på behandling af psykiske udfordringer, hvor der skal mindre fokus på det enkelte individ, og mere fokus på, hvordan sociale fællesskaber o.l. kan løfte. *“Jeg synes vi har et samfundsproblem, som vi ofte gør til den enkeltes. Vi burde i stedet give et tilbud, der kunne understøtte sociale fællesskaber med fokus på det gode liv.” (kunstigt citat, D)*

A og D havde et ønske om flere tildelte ydernumre til psykosomatiske fysioterapeuter, og en øget tilgængelighed af sygsikringsstøtte til sådan behandling. A udtrykte, at det vil mindske ulighed i sundhed og D, at det vil mindske behovet for psykologbehandling: *“Jeg tror, at ydrenumre, der går direkte til psykosomatisk fysioterapi og sygesikringsstøtte ville være en stor hjælp og det er slet ikke sikkert, at den unge ville have brug for psykologhjælp.” (kunstigt citat, D)*

D pointerede, at der skal fokus på forskning indenfor området, sundhedstjenesteforskning, og projekter om tilgængelighed og implementering. Endvidere fortalte D om vigtigheden i politisk arbejde, og understregede, at Danske Fysioterapeuter har et stort ansvar for at kæmpe for dette.

Opsummering af resultater

Tema 1 – Udfordringer i arbejdet som psykosomatisk fysioterapeut
Arbejdet som psykosomatisk fysioterapeut er præget af tidsmæssige, økonomiske og organisatoriske begrænsninger, som vanskeliggør behandlingsforløb. Samtidig eksisterer der manglende viden og anerkendelse fra både patienter og andre sundhedsprofessionelle.
Tema 2 – Kroppen som anker
Kroppen anvendes som centralt redskab til selvregulering, kontakt, og mestring, gennem kropslig opmærksomhed, bevægelse og regulering af arousal. Kropslige

manifestationer af psykiske udfordringer anvendes til at målrette behandling og støtte patientens evne til at handle på egne signaler.
Tema 3 – Patienten i eget hus
Behandlingen tager udgangspunkt i patientens oplevelser, ønsker og ressourcer frem for diagnose. Gennem kropslige erfaringer og psykoedukation styrkes patientens forståelse af sig selv og troen på egne evner.
Tema 4 – “Det kræver ikke raketvidenskab at hjælpe”
Der var uenighed om behovet for videreuddannelse, men konsensus om at fysioterapeuters kropslige, relationelle og terapeutiske kompetencer er centrale i arbejdet med patienter med psykiske udfordringer. Psykosomatisk fysioterapi blev beskrevet som en selvstændig behandling, med klare faglige grænser, forankret i kroppen.
Tema 5 – Drømme for fremtiden
Deltagerne efterspurgte større udbredelse af psykosomatisk fysioterapi i primærsektoren, øget tilgængelighed, sygsikringsstøtte og gruppetilbud. Der er behov for politisk opbakning, forskning og tydeligere formidling af fysioterapiens rolle i mental sundhed.

Præsentation af teori

Følgende afsnit tager udgangspunkt i Edward L. Deci og Richard M. Ryans Selvbestemmelsesteori (SDT) (Deci & Ryan, 2000; Ravn, 2021; Ryan & Deci, 2018).

I 1970'erne udfordrede Deci den behavioristiske forståelse af motivation og viste, at indre interesse og nysgerrighed driver menneskelig adfærd (Ravn, 2021). Ryan tilsluttede sig i 1980, og udvidede teorien med et mere fænomenologisk og eksistentiaalistisk perspektiv (Ravn, 2021).

Grundstenen i SDT omhandler, hvordan mennesket oplever at være den, der kontrollerer sit eget liv, og hvad det motiveres af. Den grundlæggende forståelse af mennesket er, at det er motiveret for livet og drevet af nysgerrighed og udvikling af selvet, og ikke af belønning, som behaviorismen angav. En vigtig erkendelse i SDT er, at social kontekst spiller en betydning for oplevelsen af selvbestemmelse. Selvbestemmelse betyder at have en evne til, både individuelt og i samspil med andre, at kunne håndtere livets udfordringer, såvel som at kunne håndtere et liv i balance. Motivation forstås i SDT som et kontinuum af motivationsstadier, hvor *intrinsisk*

motivation er den ene yderpol. Her udfører mennesket en aktivitet for nydelsens skyld grundet en oprigtig interesse og nysgerrighed for aktiviteten. Den anden yderpol omhandler *ekstrinsisk motivation*, hvor aktiviteter udføres på baggrund af ydre faktorer, belønning eller straf. Motivation kan flytte sig i kontinuummet alt afhængigt af, om den enkelte oplever de tre psykologiske kernebehov i SDT: *autonomi*, *kompetence* og *tilhørsforhold*. Opfyldes alle disse tre behov, bidrager det til øget selvbestemmelse, der kan anskues som bedre trivsel og psykologisk vækst, altså øget *intrinsisk motivation*. Omvendt leder manglende opfyldelse af disse behov til øget risiko for at møde den *ekstrinsiske motivation*, som indeholder mistrivsel og kompensatoriske strategier. Her er mennesket drevet af ego, og der er mindre overskud til at bekymre sig om andre end en selv, og i svære tilfælde er der risiko for, at vedkommende isolerer sig.

Helt uden for disse yderpoler eksisterer *amotivation*, som står uden for motivationskontinuummet. Denne *amotivation* opstår, når mennesket oplever ikke at kunne regulere sig selv i forbindelse med et specifikt udfald. Det giver en grundlæggende oplevelse af kontroltab og mangelfuld produktivitet, hvorfor det ikke er muligt for den enkelte at få opfyldt de tre førnævnte kernebehov. *Amotivation* er jf. Deci og Ryans forskning den dårligste mentale helbredsmæssige status, og kan være forbundet med depression.

Autonomi forstås som oplevelsen af autenticitet i egne handlinger i livet. Mennesket handler ud fra sine inderste værdier, hvilket giver oplevelsen af at være den person, der styrer sit eget liv. Dette kan også beskrives som at handle ud fra selvet. Modsat kan handlinger, der er drevet af egoisme, stolthed eller skam være bevidste beslutninger, der ikke nødvendigvis stemmer overens med individets inderste værdier. Dette skaber ikke en grundlæggende oplevelse af autenticitet, og opleves som at handle uden for selvet. *Kompetence* betyder, at den enkelte skal tro på, at de har de rette evner til at eksekvere på de beslutninger de tager i livet, på baggrund af sine egne værdier. Det forudsætter, at den enkelte stadig føler sig som den primære ansvarlige for handlingen. Dertil har positiv feedback også en stor betydning for den enkeltes oplevelse af *kompetence*. *Tilhørsforhold* anses som komplementær til *autonomi*. Det er oplevet forbundethed til sunde og varme relationer og fællesskaber, hvor vedkommende også kan give omsorg tilbage igen. Det kan være tilstrækkeligt, at den enkelte har en tryk base af relationer og ikke behøver den helt tætte kontakt til ét eller

flere mennesker. Oplever mennesket opfyldt *tilhørsforhold*, er der bedre mulighed for, at det trygt kan handle ud fra egne værdier (*autonomi*).

Teoretisk analyse

Depression og motivation

Deltagerne fortalte, at patienter med depression ofte har oplevet langvarige belastninger, hvor kroppen siger fra ved at få en depression. Jf. SDT, kan dette hænge sammen med, at vedkommendes psykologiske kernebehov over tid, ikke er blevet opfyldt. Deltagerne angav, at patienter med depression ofte accepterer deres tilstand, bl.a. fordi de mangler handlekraft og initiativ. Dette ligner *amotivation*, hvor mennesket mangler evnen til at kontrollere egen adfærd. Dette kan lede til en højere forståelse af, at patienter med depression hverken drives af hverken *intrinsisk* eller *ekstrinsisk motivation*. De har netop brug for støtte til at opfylde behovet for *autonomi*, *kompetence* og *tilhørsforhold*.

Autonomi

Resultaterne præsenterer, at psykosomatisk behandling til patienter med depression omhandler, at de grundlæggende skal tilbage til deres krop. Deltagerne hævdede, at kropslige symptomer kan give patienter med depression en følelse af at være langt væk fra kroppen. Dette fører til et udadvendt fokus frem for indadvendt og kan lede til, at patienter får svært ved at mærke deres egne grænser. Dette kan tolkes som, at vedkommende handler uden for selvet og sine inderste værdier, og bevæger sig i retning af *ekstrinsisk motivation* eller *amotivation*. En manuel tilgang, hvor kroppen berøres, påpeges af deltagerne som et effektivt redskab til at skabe kontakt til følelser og et øget indre fokus. En anden behandlingstilgang, der omtales i resultaterne, er den verbale tilgang. Her omtaltes kroppen med venlighed og validering, og patienten skal nænsomt i samarbejde med fysioterapeuten undersøge bevægelser, der føles rare og behagelige. Denne milde og nysgerrige tilgang kan tolkes som en måde, hvorpå der skabes kontakt til noget, der føles som en oprigtig interesse for den enkelte. Dette styrker følelsen af at være den, der styrer sit eget liv i frihed uden kontrol.

Kompetence

Resultaterne viser, at kroppen er et vigtigt redskab til at understøtte patientens mestringsevne. Dette understreger, at deltagernes behandlingstilgange retter sig mod

at opfylde mere end blot behovet for *autonomi*, men også behovet for *kompetence*. Deltagerne udtrykte, at relevant behandling kan indebære fx at give patienter bedre forståelse af deres egen krop og er en tilgang til at øge troen på egne evner. Resultaterne viser, at behandling med fokus på bevægelse skal være tilpasset og meningsfuld for patienten. Dertil nævnte deltagerne, at patientedukation kan understøtte patientens evne til at selvregulere under bevægelse. Som nævnt i resultaterne, styrker anerkendelse patienters oplevelse af mestring, og kan tolkes som positiv feedback. Set i lyset af SDT bliver det et led i, at patienten i samarbejde med fysioterapeuten oplever at overkomme en udfordrende, men overkommelig opgave, hvilket styrker patientens tro på egne evner, og dermed oplevelse af *kompetence*.

Tilhørsforhold

Resultaterne viser, at patienter med depression ikke bør stå alene med ansvaret for at vælge og eksekvere en aktivitet. Dette kræver et mentalt overskud, som depressionens natur netop udfordrer. Jf. SDT er *tilhørsforhold og autonomi*, hvorfor arbejdet med relation og tryghed synes særligt vigtigt hos denne patientgruppe. Dette afspejles i resultaterne hvor tryghed og en tæt relationel alliance mellem fysioterapeut og patient er essentiel. Tryghed opstår, når fysioterapeuten giver plads til, og har respekt for patientens behov. Deltagerne hævdede, at først i komplet tryghed kan patienter oprigtigt mærke og give udtryk for, hvilke grænser de har. I resultaterne nævnes ydermere empati og rummelighed som væsentlige kompetencer i arbejdet med mennesker med psykiske udfordringer. Jf. SDT kan de nævnte kompetencer og tilgange til grænsesætning tolkes som en måde at sikre en varm og sikker tilknytning. Denne respekt kan betyde, at patienter bliver mere nysgerrige på at opnå forståelse for sig selv og dermed komme tættere på sine egne inderste værdier og oplevelsen af frihed. Deltagerne foreslår til fremtidig behandling af unge med depression kan foregå i gruppetilbud. Deltagerne forklarede, at gruppetilbud vil bidrage til, at patienter føler sig mindre alene, samt får de muligheden for at drage omsorg for andre i same situation, og dermed styrke oplevelsen af *tilhørsforhold*.

Diskussion af resultater

Manglende tid og viden går ud over patienterne

Empirien peger på, at arbejdet med psykosomatisk fysioterapi forudsætter tid til at opbygge tryghed og tillid i relationen til patienter, og at behandlingens effekt ofte først

kan vise sig over længere forløb. Lee et al. (2017) belyser, at der er tvivl blandt sundhedsprofessionelle i psykiatrien om, hvorvidt de tilbudte fysioterapeutiske behandlinger er tilstrækkeligt mange til at have en effekt. Hvis ikke virkningen af en psykosomatisk behandling kan dokumenteres inden for de tidsmæssige og organisatoriske rammer en sådan behandling underlægges, vurderer vi, at faget risikerer at forblive marginaliseret. Dette kan føre til en selvforstærkende mekanisme, hvor manglende bevis fører til manglende anerkendelse. Dette kan slutteligt begrænse muligheden for at skabe netop den viden, der er nødvendig for at få skabt udvikling på området.

Jf. empirien og Lee et al. (2017) mangler der, hos både patienter og andre sundhedsprofessionelle, viden om psykosomatisk fysioterapis relevans og anvendelse. Patienter med psykiske udfordringer forbinder fysioterapi med behandling af muskler og led, mens sundhedsprofessionelle ikke opfatter fysioterapi som en relevant faggruppe for den patientgruppe (Lee et al., 2017). Samtidig fremhæver sundhedsprofessionelle, at en henvisning til fysioterapi forudsætter, at fysioterapeuter besidder tilstrækkelig uddannelse og viden om psykiske udfordringer (Lee et al., 2017). Det indikerer en opfattelse af, at denne kompetence er mangelfuld hos fysioterapeuter.

Praktiserende fysioterapeuter opfatter behandlingen af patienter med angst og depression som en del af deres faglige ansvar, men oplever samtidig manglende uddannelse og praksiseksponering i anvendelsen af psykosociale teknikker (Ribeiro et al., 2024). Dette afspejles også i empirien, hvor der fremkommer modstridende holdninger til den nødvendige uddannelse for at kunne varetage behandling af patienter med psykiske udfordringer. Grunduddannelsen anses af nogle deltagere (C, D) som tilstrækkelig, mens andre vurderer, at videreuddannelse er nødvendig (A). Samtidig kritiserede deltagerne grunduddannelsen for manglende indhold og praktisk erfaring inden for psykiatrien. Den faglige usikkerhed blandt fysioterapeuter i relation til psykosociale teknikker (Ribeiro et al., 2024) kan bidrage til både den manglende tillid fra andre sundhedsprofessionelle, som beskrevet af Lee et al. (2017), og den interne uenighed om kompetenceniveau blandt projektets deltagere. Der er således behov for både et kvalitetsløft på grunduddannelsen, samt øget og mere udbredt viden om psykosomatisk fysioterapi for at styrke feltets synlighed, hvilket også efterspørges af Lee et al. (2017).

Empirien viser desuden, at fysioterapeuter der arbejder psykosomatisk, ofte oplever et ansvar for selv at skulle “sælge” deres faglighed, hvilket opleves som en belastning. Samtidig peger empirien på, at både praktiserende fysioterapeuter og Danske Fysioterapeuter har en central rolle i formidlingen af faget. Den manglende anerkendelse og synlighed af psykosomatisk fysioterapi kan således forstås som et resultat af både ekstern uvidenhed og mangelfuld intern formidling. Dette bidrager til, at psykosomatisk fysioterapi fortsat mangler en tydelig position i det danske sundhedsvæsen. Vi mener, dette forstærker den udfordring patienter med depression står over for, i at opsøge alternative behandlinger, hvor initiativløshed og passivitet udgør centrale barrierer.

Empirien og Punton et al. (2022) fremhæver, at økonomi også udgør en væsentlig barriere for patienter i forhold til at opsøge hjælp i en venteperiode. I Punton et al. (2022) beskriver deltagerne, at manglende økonomiske ressourcer begrænser adgangen til private tilbud. Jf. Pierre Bourdieu påvirker socioøkonomiske forhold menneskets mulighed for at handle sundhedsfremmende (Wilken, 2020). Dette kan belyse, at en venteperiode kan opleves som særligt udfordrende, hvor både sygdom og økonomiske ressourcer kan være barrierer for at opsøge hjælp. Vi vurderer derfor, at det især er relevant med behandlingstilbud, der har effekt samt ikke er økonomisk belastende for patienter.

Motivation hos den psykosomatiske fysioterapeut

Set i lyset af SDT (Ryan & Deci, 2018) kan organisatoriske og strukturelle udfordringer forstås som faktorer, der påvirker fysioterapeuters motivation for at arbejde psykosomatisk. De vilkår, der eksisterer på arbejdspladsen, kan i nogle tilfælde ligge så langt fra det fagligt forsvarlige, at fysioterapeuter risikerer at udvikle “moralsk stress” (Høgholm, 2025). Empirien viser, at det ikke altid er muligt for behandlere at handle i overensstemmelse med deres faglige, værdimæssige og etiske vurderinger. Dette kan medføre en oplevelse af nedsat *autonomi*, idet fysioterapeuterne begrænses i at udføre det arbejde, de vurderer som meningsfuldt og fagligt korrekt.

Særligt i arbejdet uden for sygesikringsregi fremgår det af empirien, at fysioterapeuter oplever udfordringer og barrierer i at formidle og synliggøre deres arbejde. Samtidig med dette, opleves denne formidling som en nødvendig forudsætning for at kunne opretholde og udvikle praksis. Dette kan bidrage til en

oplevelse af ydre kontrol frem for indre motivation. Oplever fysioterapeuter sig ikke rustet til at formidle deres faglighed, kan det svække oplevelsen af *kompetence*, som set i Ribeiro et al. (2024).

Endeligt peger empirien på et mangelfuldt oplevet *tilhørsforhold*, idet deltagerne i begrænset omfang oplever sig anerkendt i det tværfaglige samarbejde, samt mangler ledelsesmæssig og fagpolitisk forankring. Samtidig viser empirien, at arbejdet inden for psykosomatisk fysioterapi i nogle tilfælde opleves som mere udfordrende, end vi havde forventet. Fx beskrev flere deltagere (A, B) den organisatoriske ramme, hvor samarbejdet med regionen forudsatte gentagne ansøgninger og vedvarende argumentation for at opretholde den økonomiske støtte, hvilket opleves som en belastning. De nuværende rammer for en behandling kan underminere opfyldelsen af de tre grundlæggende psykologiske kernebehov (*autonomi*, *kompetence*, og *tilhørsforhold*). Hos den praktiserende fysioterapeut kan det påvirke motivationen for at arbejde indenfor feltet.

Den individualiserede og tilpassede behandling

Empirien understøttes af Gyllensten et al. (2019), som også beskriver fysioterapeuters oplevelse af at, psykosomatiske tilgange styrker patientens kontakt til selvet og til nuet. Derudover fremstår det, at sådanne metoder styrker patientens coping- og mestringsstrategier, ved at vedkommende lærer at lytte til kroppen, tolke dens signaler hensigtsmæssigt, og derved lærer at sætte grænser. Gyllensten et al. (2019) og projektets deltagere pointerer, at via psykosomatiske tilgange får patienten redskaber til selvregulering, hvor Gyllensten et al. (2019) understreger, at en hjælp-til-selvhjælp tilgang bør prioriteres.

Jf. Noetel et al. (2024) peger forskning på, at en høj grad af *autonomi* i motionsbaseret behandling af svær depression, er associeret med en lavere behandlingseffekt. Dette står i kontrast til analysen med SDT, hvor *autonomi* forstås som et behov, der fremmer motivation (Ryan & Deci, 2018). Noetel et al. (2024) foreslår en forklaring på dette: patienter med depression, præget af lav self-efficacy, er ikke i stand til at handle hensigtsmæssigt på den givne *autonomi*. Dette giver anledning til en mere nuanceret forståelse af *autonomi*, i fysioterapeutisk behandling af depression. De beskrevne tilgange til behandling af patienter med depression i empirien, kan forstås som redskaber, der først styrker patienters oplevelse af *kompetence* og *tilhørsforhold*, hvilket kan være en forudsætning for, at *autonomi* senere har en positiv effekt. Dette

kan igen forstås ved hjælp af SDT, da patienter med depression kan betragtes som værende *amotiveret* (Ryan & Deci, 2018), og derfor ikke er i stand til at handle, som Noetel et al. (2024), beskriver. *Autonomi* i behandling af depression bør derfor forstås som et flydende fænomen, hvor oplevelsen af *kompetence* og *tilhørsforhold* kan være centrale første skridt. Det synes relevant med videre forskning og viden om, hvordan *autonomi* bedst understøttes og fremmes i behandlingen af denne målgruppe.

Empirien belyser, at en kollektiv frem for individuel behandlingstilgang til patienter med psykiske udfordringer herunder depression, vil være gavnlig. Projektets deltagere nævner alle anvendelse af gruppebehandling og virker positive over for, at dette i højere grad skal være en mulighed i fremtiden. Det kan være med til at skabe en nødvendig terapeutisk ramme, hvor det, bl.a. kan øge den enkeltes oplevelse af *tilhørsforhold* (Ryan & Deci, 2018). Jf. Noetel et al. (2024), har både gruppe- og individuel træning en lignende effekt på depression, hvor nogle motionsformer er bedre egnet til grupper (fx yoga), og andre til individuel behandling (fx styrketræning). Empirien viser at, i valg af fysisk aktivitet og motion som behandling, er det især vigtigt, at den enkelte patients behov og tidligere erfaringer med fysisk aktivitet er styrende. Overvejelser herfor omfatter også gruppe eller individuel behandling, hvor det altid er en faglig vurdering, om patienten kan rumme gruppebehandling. Empirien belyser, at den tilpassede tilgang til fysisk aktivitet fører til oplevelser af frihed, mestring og en øget motivation hos patienten. Dette understøttes af Punton et al. (2022) og Hebron & Juniper (2023), hvor den rigtige type af motion og fysisk aktivitet, samt rammerne herfor, har stor betydning for individets trivsel og coping- og mestringsstrategier. Projektets deltagere pointerede, at det er en fysioterapeutisk opgave at definere, rammesætte og tilpasse motion for den enkelte patient. Det er væsentligt, at de terapeutiske opgaver varetages af fagpersoner med de rette kompetencer. Disse bør være fysioterapeuter, som har ekspertise i at tilpasse og individualisere aktiviteter, mens selve aktiviteten i visse tilfælde kan varetages af andre faggrupper (D).

Et “psykologiseret samfund”

Empirien fremhæver konkrete behandlingstilgange, der tager udgangspunkt i kroppen og forener krop og sind. Østergaard et al. (2022) belyser mange fysiologiske effekter af berøring og bevægelse, der har en positiv indflydelse på trivsel og velvære. Østergaard et al. (2022) understreger, at der er mange tilgange til mental sundhed, og

man som behandler bør tilbyde en bred vifte af tilgange. Samtidig understreges behovet for en alsidig og individuel tilgang, hvor fokus bør være på det kropslige. Empirien viser netop, at det er dét fysioterapeuter kan, og er gode til.

Det fremgår af empirien at fysioterapeuter, der arbejder indenfor psykosomatikken, er oppe imod en større social- og samfundsforståelse, hvor fysioterapeuter ikke bliver set som en reel behandlingsmulighed for patienter med psykiske udfordringer. Deltagerne udtrykte derimod, at der er en stigende forståelse for sammenhængen mellem krop og sind hos den almene dansker. Denne forståelse skaber en større efterspørgsel for behandlinger, som kropsterapi og yoga, der retter sig mod det helhedsorienterede. Derudover viser empirien, at andre, ikke sundhedsfaglige, professioner (fx kropsterapi) eftertrages, fordi de arbejder med krop og sind samtidig. Behandlingstilbud uden sundhedsfaglig baggrund er et problem, da sygdomspatologien i behandlingen af patienter med psykiske udfordringer, kan blive overset (D). Empirien peger også på, at psykologer stadig har et stærkere greb på behandling af patienter med psykiske udfordringer. En deltager (D) udtrykte, at det dukker op som et “psykologiseret samfund”. Det ses fx i hverdags sproget, hvor der anvendes ord som “føler” frem for “mener” eller “synes”, og hvor al dårligdom kalder på en psykolog.

Der er beskrevet en voksende dikotomi mellem fysiske og mentale behandlingstilbud (Hyland et al., 2003; Moore et al., 2015, som citeret i Lee et al., 2017). Vi undrer os over dette projekts beskrivelse af fysioterapeuter (krop) og psykologer (sind), som vi vurderer er medvirkende til at forstærke denne dikotomi og dualisme mellem krop og sind. Filosofen, Merleau-Ponty, forsøgte at nedbryde denne dualisme. Han mente, at krop og sind er uadskillelige, hvor mennesket *er en krop*, frem for *har en krop*. Desuden mente han, at kontakt til kroppen medfører kontakt til selvet og nuet, hvilket påvirker menneskets trivsel positivt (Merleau-Ponty, 2009). Dette afspejles i empirien i beskrivelser af den kropslige tilgang til at forankre patienten tilbage til nuet, og til sig selv. Vi vurderer, at førnævnte dikotomi i sundhedsvæsenet, bidrager til ringere behandling, da det kan tolkes som at patienter ikke behandles med afsæt i sammenhængen mellem krop og sind.

Vi mener ikke, at fysioterapeuter og psykologer skal forenes i samme forståelse og opgaver, for der er nødvendige forskelle og specifikke kompetenceområder. En deltager (D) understregede, at fysioterapeuter skal holde sig til det de kan, nemlig det

kropslige. Med andre ord er der vigtige og nødvendige faglige grænser. Dog belyser empirien, at de to professioner deler redskaber og tilgange til mennesket, fx i åndedrætsarbejde, kognitiv adfærdsterapeutiske redskaber, m.m. Og det er der en god grund til: Jf. Merleau-Ponty, kan man gå på opdagelse i kroppen via sindet, og gå på opdagelse i sindet via kroppen (Merleau-Ponty, 2009), hvilket illustreres i figur 3. Altså, psykologer og fysioterapeuter har et klart samarbejdsområde. Vi mener at sammenkoblingen af krop og sind kan, og skal, afspejles i samfundets forståelse og organisering af hvordan fysioterapeuter og psykologer samarbejder om det fælles mål, der er at hjælpe det hele menneske.

Figur 3

Eksempler på kropslige- og mentale indgangsporte til styrkelse af menneskets trivsel

Kropslig indgangsport →	Styrke menneskets trivsel	← Mental indgangsport
Berøring Bevægelse Fysisk leg Gang, løb, styrketræning Yoga, dans, koordination Boldspil Kampsport Massage Hold-slap teknikker Kropsbevidsthed Åndedrætsøvelser	Mærke kroppen Opleve nuet Opleve nærvær Opleve sig selv Finde ro Mærke følelser Glemme sig selv Give sig hen Håndtere stress Regulere arousal Opleve andre	Fantasirejser Mentale forestillinger Tanker Mental træning Bevidst og opmærksom sansning af kroppen

Note: fra Den Glemte Krop af (Østergaard et al., 2022)

At være på venteliste

Ifølge en uformelt samtale med en praktiserende læge opleves det desværre ofte, at patienter med psykiske udfordringer først modtager den nødvendige hjælp, når deres tilstand er så alvorlig, at indlæggelse på psykiatrisk afdeling bliver nødvendig. I Punton et al. (2022) beskrives det, hvordan lange ventetider til psykologbehandling kan medføre, at unge udvikler maladaptive strategier til at håndtere situationen, herunder bevidst forværring af egen tilstand for at opnå sundhedsfaglig anerkendelse og hjælp. Derudover beskrives strategier som at opsøge hurtigt tilgængelige behandlingsmuligheder, fx medicinsk behandling eller tilbud med egenbetaling Punton et al. (2022). Empirien peger på, at patienter med depression har behov for

støtte til at igangsætte aktiviteter, grundet sygdommens passive natur. Vi vurderer derfor, at en aktiv og forbyggende støtte i en venteperiode er særlig vigtig for denne målgruppe for at undgå udvikling af maladaptive strategier og mere alvorlig sygdom.

Empirien viser samtidig, at fysioterapeuter både har kompetencerne til, og et ønske om, at varetage behandling af unge med psykiske udfordringer. Set i lyset af den overbelastede psykiatri beskrevet i Punton et al. (2022), samt her i Danmark, kan psykosomatisk fysioterapi forstås som et relevant tilbud, der potentielt kan aflaste eksisterende tilbud. Samtidig kan det give unge muligheden for at vælge en behandling, der opleves meningsfuld for dem, frem for at ty til den hurtigst tilgængelig løsning, beskrevet af Punton et al. (2022).

Projektets deltagere beskrev, at fysioterapi i en venteperiode kan imødekomme patienters behov for støtte, struktur og udvikling af positive copingstrategier. Empirien fremhæver desuden, at fysioterapi i nogle tilfælde kan mindske eller erstatte behovet for efterfølgende psykologisk behandling. Dette understøttes af Punton et al. (2022) og Subotic-Kerry et al. (2025), hvor ventetiden beskrives som en periode, hvor symptomer forværres, herunder usikkerhed, nedsat funktionsevne, tristhed og håbløshed. I venteperioden er der også et behov for støtte fra en autoritativ figur (Punton et al., 2022; Subotic-Kerry et al., 2025). Punton et al. (2022), peger samtidig på, at selvom den enkelte patient godt kan have viden om hensigtsmæssige copingstrategier og høj Health Literacy (World Health Organization, 2025), er dette ikke nødvendigvis tilstrækkeligt til at kunne handle adaptivt. Samlet set peger dette, i sammenhæng med vores empiri på, at patienter med psykiske udfordringer, kan have stor gavn af støtte fra en autoritativ fagperson i en venteperiode, eksempelvis en fysioterapeut.

Diskussion af metode

Nedenstående diskussion omhandler opgavens metoder, og tager udgangspunkt i kvalitetskriterier fra Guba og Lincoln (Lincoln & Guba, 1985).

Troværdighed

Projektets troværdighed styrkes af, at interviewene blev gennemført af to interviewere. Dette gjorde et mere dybdegående interview muligt, da den sekundære interviewer havde mulighed for at stille opfølgende og uddybende spørgsmål, som den primære

interviewer havde overset. At interviewguiden blev justeret undervejs var ligeledes et tegn på stigende forståelse for emnet, jf. hermeneutikken, og gav mulighed for at udforske nye relevante spor. Den hermeneutiske tilgang i interviewene styrker troværdigheden, da det gav mulighed for faglig diskussion mellem deltager og interviewer, da interviewerne agerede som de “indfødte” forskere (Tjørnhøj-Thomsen, 1998). Dette understøtter ovenstående styrke, da det ikke var muligt at skabe den nødvendige distance til deltagerne, og vi vurderer tilgangen øgede dybden af interviewene.

Flere udsagn i empirien omhandlede, hvad deltagerne som behandlende fysioterapeut gjorde, frem for hvordan de oplevede det. Dette vurderer vi som, at vi ikke til fulde lykkedes med den fænomenologiske del af interviewet. Vi anvendte guldcitater, der knytter sig til centrale udsagn i oprindelig form, hvilket understøtter vores fund og forståelse af essensen. Jf. fænomenologien bearbejdede vi først empirien gennem en induktiv tematisk analyse jf. Malterud (Malterud, 2025a), hvorefter SDT (Ryan & Deci, 2018) blev anvendt i den teoretiske analyse og fortolkning. Denne rækkefølge anses som en styrke, da empirien i første omgang fik lov til at fremstå uden teoretisk styring, hvorefter teori kunne bruges til at højne forståelsen af empirien. Anvendelsen af Malteruds tematiske analyse anses som en styrke, da metoden er velkendt for os, og skabte overskuelighed og overblik over empirien. Det betød, at vi i databearbejdningen fik et indgående kendskab til empirien.

Valg af deltagere anses som relevante ift. projektets oprindelige og endelige problemformulering. De forskellige erfaring- og arbejdsbaggrunde blandt deltagerne gav indsigt i konkrete behandlingstilgange til patienter med psykiske udfordringer på tværs af landet. Dertil gav det en bredere forståelse af anvendelsen af psykosomatisk fysioterapi i det danske sundhedsvæsen i dag.

Pålidelighed

Projektets pålidelighed understøttes af metodisk gennemsigtighed i den tematiske analyse, interviewguide og samtykkeerklæring. Dette skaber indsigt i vores beslutninger og giver en overordnet reproducerbarhed. Der er en klar rød tråd fra problembaggrunden og projektets udgangspunkt, problemformulering, metodevalg og anvendelse og resultater, hvilket viser konsistens i projektets opbygning.

Bekræftelighed

Bekræfteligheden styrkes af, at vi gjorde rede for vores forforståelse inden projektets start samt, hvordan den udviklede sig. Vi anvendte, jf. fænomenologien, åbne spørgsmål i interviewene, så deltagerne ikke blev påvirket af vores holdninger og følelser undervejs. Jf. hermeneutikken, anvendte vi mere lukkede spørgsmål for at inddrage vores forforståelse, hvor det var relevant. At dele af empirien overraskede os og opdaterede vores forforståelse, tyder på, at vi formåede at sætte vores forforståelse i parentes.

Overførbarhed

Vores resultater viser mange udsagn fra deltagerne, der udtaler sig om patienter med psykiske udfordringer, snarere end depression specifikt. Alle deltagere angav, at den egentlige diagnose ikke er afgørende for behandlingstilgangen, og derfor vurderer vi projektet kan overføres til flere psykiske udfordringer. Projektets overførbarhed styrkes af, at deltagerne har mangeårig klinisk erfaring fra både primær- og sekundærsektoren, hvilket giver et nuanceret billede af nuværende psykosomatisk praksis. At flere af deltagerne udtalte sig om konkrete eksempler på behandlingstilgange og organisatoriske forhold er en styrke, da det kan inspirere klinisk praksis.

Konklusion

Projektet havde til formål, at undersøge hvordan fysioterapeuter, der anvender psykosomatiske behandlingstilgange, oplever at fysioterapi kan anvendes som behandling af depression, i en eventuel venteperiode.

Vi konkluderer, at psykosomatisk fysioterapi er en oplagt behandlingsmulighed for patienter med depression, uanset sværhedsgrad. Hvis denne tilgang anvendes til en patient med depression, der står på venteliste til anden behandling, er det muligt, vedkommende ikke behøver anden behandling. Psykosomatisk fysioterapeutisk behandling kan derfor i nogle tilfælde stå alene. Anvendelsen af psykosomatisk fysioterapi understøttes af vores teoretiske analyse og diskussion, der belyser risikoen for mistrivsel i en lang venteperiode med depression.

Resultaterne belyser, at der er betydelige udfordringer i arbejdet som psykosomatisk fysioterapeut. Det omfatter organisatoriske rammer, manglende viden og anerkendelse på området, både blandt patienter og andre sundhedsprofessioner. Dette understøttes af Lee et al. (2017) og Ribeiro et al. (2024).

Fra empirien og den teoretiske analyse, understøttet af (Noetel et al., 2024), konkluderer vi, at en fysioterapeutisk behandling kan være individuel og/eller gruppebaseret, hvor det uanset tilgangen er centralt, at patientens medbestemmelse er i centrum.

Vi kan til dels konkludere specifikt på depression, men empirien viser, at feltet er mere sammenfiltret ift. diagnoser og symptomer. Derfor kan projektets resultater også anvendes til personer med andre psykiske udfordringer. Dette understøttes yderligere af resultaterne, der viser, at diagnosen er underordnet og at patientens symptomer tillægges større betydning.

Projektets gyldighed blev diskuteret og fundet relevant og anvendeligt, da det besvarede den endelige problemformulering. Det er relevant at belyse perspektiver fra patienter og deres oplevelser med psykosomatisk fysioterapeutisk behandling. Ydermere blev de anvendte kvalitative forsknings- og analysemetoder diskuteret, og fundet passende til projektets formål. Anvendelse af SDT (Ryan & Deci, 2018) til teoretisk analyse, har højnet vores forståelse af resultaterne. En anden relevant teori er Oplevelse af Sammenhæng af Aaron Antonovsky (Antonovsky, 2000), da resultaterne udtaler sig om meningsskabelse hos den enkelte patient.

Der er i projektets formål beskrevet en interesse for den nuværende problematik, hvor unge står på lange ventelister til vederlagsfri psykologhjælp. Projektet understøtter, at psykosomatisk fysioterapi kan udgøre en reel og meningsfuld behandlingsmetode til denne målgruppe. Ydermere, taler projektet ind i, at fysioterapeuter skal have en større del i fremtidens psykiatri, også i primærsektoren.

Perspektivering

Udvikling af feltet

Det nyligt fremsatte LSF49 (Lovforslag 49, 2025) åbner op for, at regioner kan indgå aftaler med private behandlingssteder, der besidder de fornødne faglige kompetencer,

uden at klargøre hvilke sundhedsprofessioner, der er tale om. Det efterlader en frihed til organiseringen af de fremtidige behandlingstilbud. Vi foreslår, at feltet udvikles ved at ansvaret fordeles på tværs af relevante sundhedsprofessioner, herunder fysioterapeuter. Den enkelte region vil med denne åbenhed have flere behandlere at vælge i mellem til at øge kapaciteten, med henblik på at nedsætte ventetider til vederlagsfri behandling. Ydermere kan psykosomatisk fysioterapi bidrage til at omsætte de politiske ambitioner i 10-årsplanen for en bedre psykiatri, til praksis, ved netop at muliggøre sammenhængende, helhedsorienterede og tværfaglige forløb, samt udvikle attraktive og bæredygtige arbejdspladser. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2025; Sundhedsstyrelsen, 2022). Ved at inddrage fysioterapeuter i det nye lovforslag, vil en anerkendelse af kompetencerne inden for mental sundhed formentligt opstå og gøre feltet mere eftertragtet. Projektet bidrager med en forståelse af, at behandling af depression ikke kan standardiseres, men at der bør være mulighed for at tilpasse forløbet til den enkelte patient.

Fremtidig forskning og projekter

Vi vurderer, at det er relevant at undersøge, hvad der reelt bidrager til en oplevelse af autonomi hos patienter med depression for, at autonomi hverken fører til øget passivitet eller opleves som kontrollerende. Derfor er det relevant med fremtidig forskning om autonomiens rolle i depression, hvilket vil bidrage til yderligere kvalificering af behandlingstilbud.

Jf. konklusionen vil fremtidig forskning, der inddrager patienters oplevelser med psykosomatisk fysioterapeutisk behandling bidrage med værdifuld indsigt i, hvordan sådanne forløb opleves. Det er ikke muligt at vurdere, om deltagernes vurderinger i projektet stemmer overens med patienternes faktiske oplevelser, og der mangler derfor essentiel viden til at understøtte projektets fund.

Pilotprojekter, der afprøver fysioterapeutiske forløb for patienter med depression som alternativ eller supplement til psykologisk behandling, vil bidrage med vigtig viden. Fx vil det belyse de udfordringer, der kan opstå ved implementering af nye behandlingstiltag samt patientoplevelser og effekt. På sigt kan dette bidrage til at optimere behandlingstilbud og afdække, om psykosomatisk fysioterapi kan reducere behovet for efterfølgende psykologisk behandling.

Endelig kan undersøgelse af det tværprofessionelle samarbejde mellem fysioterapeuter og psykologer være relevant jf. diskussionen om den underliggende dikotomi. En sådan undersøgelse vil belyse, hvordan forståelsen af de to fagområders kompetencer kan påvirke samarbejdet, og om sådanne forståelser er barrierer for at udøve den mest optimale behandling.

Samlet set bidrager projektet med et perspektiv på behandling af depression set i lyset af lange ventelister og et øget politisk fokus på psykiatri og mental sundhed. Vi er håbefulde i forhold til fremtidig forskning og implementering af helhedsorienterede behandlingstilgange for mennesker med psykiske udfordringer.

Antal tegn: 81.040

Litteraturliste

- Andersen, S., & Hansen, P. (2024, August 23). *Depression*. Sundhed.dk.
https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbsbeskrivelser/icpc-oversigt/p-psykisk/depression/?utm_source=chatgpt.com
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets Mysterium: At Tåle Stress og Forblive Rask* (1. udgave). Hans Reitzel.
- Astrup Nielsen, Diana., Hjørnholm, T. Qvist., & Stray Jørgensen, Peter. (2024a). Kvalitative Dataindsamlingsmetoder. In *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: Håndbog i opgaveskrivning og metode*. (2. udgave., pp. 219–283). Samfundslitteratur.
- Astrup Nielsen, Diana., Hjørnholm, T. Qvist., & Stray Jørgensen, Peter. (2024b). Litteratur og Kilder. In *Det Gode Bachelorprojekt i Sundhedsuddannelserne: Håndbog i Opgaveskrivning og Metode*. (2. udgave., pp. 115–149). Samfundslitteratur.
- Astrup Nielsen, Diana., Hjørnholm, T. Qvist., & Stray Jørgensen, Peter. (2024c). Videnskabsteori. In *Det Gode Bachelorprojekt i Sundhedsuddannelserne: Håndbog i Opgaveskrivning og Metode*. (2. udgave., pp. 213–217). Samfundslitteratur.
- Bekendtgørelse Af Lov Om Supplerende Bestemmelser Til Forordning Om Beskyttelse Af Fysiske Personer i Forbindelse Med Behandling Af Personoplysninger Og Om Fri Udveksling Af Sådanne Oplysninger (Databeskyttelsesloven), LBK nr 289 (2024).
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/289>
- Bekendtgørelse Af Lov Om Videnskabsetisk Behandling Af Sundhedsvidenskabelige Forskningsprojekter Og Sundhedsdatavidenskabelige Forskningsprojekter, LBK nr 1268 (2024). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1268>
- Bekendtgørelse Om Uddannelsen Til Professionsbachelor i Fysioterapi, §1 BEK nr 772 (2023). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2023/772>
- Christensen, U., Nielsen, A., & Schmidt, L. (2011). Det Kvalitative Forskningsinterview. In S. Vallgård & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab* (4. udgave, pp. 61–89). Munksgaard Danmark.

- Dalland, O. (2000). Ethiske Overveielser. In *Metode og Oppgaveskrivning for Studenter* (pp. 215–233). Universitetsforlaget.
- Dansk Psykolog Forening. (n.d.-a). *Ny Undersøgelse 2024: Psykologbehandling Giver Bedre Livskvalitet og Bedre Funktionsniveau*. Retrieved October 10, 2025, from <https://www.dp.dk/fag-og-politik/politik/psykologbehandling-giver-bedre-livskvalitet-og-bedre-funktionsniveau/>
- Dansk Psykolog Forening. (n.d.-b). *Tilskud til Psykolog*. Psykologer i Danmark. Retrieved October 10, 2025, from <https://psykologeridanmark.dk/tilskud-til-psykolog/>
- Dansk Psykolog Forening. (2022, June 10). *Massiv Mistrivsel Blandt Unge Giver Lange Ventelister til Gratis Psykologhjælp*. <https://www.dp.dk/massiv-mistrivsel-blandt-unge-giver-lange-ventelister-til-gratis-psykologhjælp/>
- Dansk Psykolog Forening. (2023a, March 29). *Ny Aftale Skal Sikre Mere Sammenhæng for Patienterne og Kortere Ventetid til Psykologhjælp*. <https://www.dp.dk/ny-aftale-skal-sikre-mere-sammenhaeng-for-patienterne-og-kortere-ventetid-til-psykologhjælp/>
- Dansk Psykolog Forening. (2023b, July 11). *Unge Venter 26 Uger på at Komme til Psykolog Uden Egenbetaling*. <https://www.dp.dk/unge-venter-26-uger-paa-at-komme-til-psykolog/>
- Dansk Selskab for Fysioterapi. (n.d.). *Beskrivelse af Specialet Psykiatrisk og Psykosomatisk Fysioterapi*. Dansk Selskab for Fysioterapi.
- Dansk Selskab for Fysioterapi i Psykiatri og Mental Sundhed. (n.d.). *Find fysioterapeuter som har givet samtykke til at fremgå på hjemmesiden*. Retrieved August 10, 2025, from <https://psykfys.dk/find-fysioterapeut>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Forslag Til Lov Om Ændring Af Sundhedsloven (Ret Til Hurtig Behandling Af Let Til Moderat Depression Og Angst for Personer Mellem 18 Og 24 År), No. 2025/1 LSF 49 (2025). <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/202512L00049>
- Gyllensten, A. L., Jacobsen, L. N., & Gard, G. (2019). Clinician Perspectives of Basic Body Awareness Therapy (BBAT) in Mental Health Physical Therapy: An International Qualitative Study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 23(4), 746–751. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2019.04.012>

- Hebron, C., & Juniper, J. (2023). The Lived Experience of Exercise in Persons with Depression: A Journey to Finding a Sense of Contentment. *Physiotherapy Theory and Practice*, 39(10), 2120–2130.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2069063>
- Høgholm, J. M. (2025, December 15). *Vilkårene i Dit Arbejdsliv Kan Tvinge Dine Faglige Værdier i Knæ*. 6. <https://www.fysio.dk/fysioterapeuten/arkiv/nr.-6-2025/vilkarene-i-dit-arbejdsliv-kan-tvinge-dine-faglige-varadier-i-kna>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024, September 10). *Psykologordningen*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
<https://www.ism.dk/sundhed/psykiatri/psykologordningen>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2025). *Aftale om en Samlet 10-Årsplan for Psykiatrien, 2020-2030*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jensen, J. (2017). Fysioterapi til Mennesker med Psykomotoriske Problemer. In *Basisbog i Fysioterapi* (2. udgave, pp. 547–565). Munksgaard.
- Jørgensen, K. (2025). Aktiv lytning, Spørgsmål og Gensvar. In B. Bagger (Ed.), *Kommunikation for Sundhedsprofessionelle*. (6. udgave., pp. 109–124). Gad.
- Kessing, L. V. (2025, September 26). *Depression—Lægehåndbogen*. Sundhed.Dk.
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/depression/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015a). Etiske Spørgsmål i Forbindelse med Interview. In *Interview: Det Kvalitative Forskningsinterview som Håndværk* (3. udgave, pp. 105–123). Hans Reitzel.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015b). Karakteristik af Kvalitative Forskningsinterview. In *Interview: Det Kvalitative Forskningsinterview som Håndværk* (3. udgave, pp. 45–69). Hans Reitzel.
- Lee, S., Waters, F., Briffa, K., & Fary, R. E. (2017). Limited Interface Between Physiotherapy Primary Care and People with Severe Mental Illness: A Qualitative Study. *Journal of Physiotherapy*, 63(3), 168–174.
<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.014>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Establishing Trustworthiness. In *Naturalistic Inquiry* (pp. 289–327). Sage.
- Malterud, K. (2025a). *Kvalitative Forskningsmetoder for Medisin og Helsefag* (5. udgave.). Universitetsforlaget.

- Malterud, K. (2025b). Systematisk Tekstkondensering. In *Kvalitative Forskningsmetoder for Medisin og Helsefag* (5. udgave., pp. 114–133). Universitetsforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (2009). *Kroppens Fænomenologi* (2. udgave). Det lille Forlag.
- Nationalt Center for Etik. (2024, February 9). *Vejledning om det Informerede og Stedfortrædende Samtykke i Sundhedsvidenskabelige Forskningsprojekter*. <https://videnskabsetik.dk/vejledninger/vejledning-om-det-informerede-og-stedfortraedende-samtykke-i-sundhedsvidenskabelige-forskningsprojekter>
- Noetel, M., Sanders, T., Gallardo-Gómez, D., Taylor, P., Del Pozo Cruz, B., van den Hoek, D., Smith, J. J., Mahoney, J., Spathis, J., Moresi, M., Pagano, R., Pagano, L., Vasconcellos, R., Arnott, H., Varley, B., Parker, P., Biddle, S., & Lonsdale, C. (2024). Effect of Exercise for Depression: Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 384, e075847. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075847>
- Østergaard, E. B., & Jessen, K. (2019). Funktionsnedsættelse, Krop og Identitet. In K. Schultz Petersen & I. Schrøder (Eds.), *Sociologi og rehabilitering* (2. udgave, pp. 159–179). Munksgaard.
- Østergaard, E. B., Nielsen, B. W., Wiegard, L., Jørgensen, M. M., Madsen, H. N., & Dahlgaard, J. O. (2022). Den Glemte Krop: Når Berøring og Bevægelse Virker Positivt på Sindet til Fremme for Mental Sundhed. *Sundhedsprofessionelle studier*, 6(3). https://tidsskrift.dk/Sundhedsprofessionelle_studier/article/view/134752
- Psykiatrifonden. (n.d.). *Depression hos Børn og Unge*. Retrieved October 16, 2025, from <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/depression-hos-boern-unge#hvormange>
- Punton, G., Dodd, A. L., & McNeill, A. (2022). “You’re on the waiting list”: An Interpretive Phenomenological Analysis of Young Adults’ Experiences of Waiting Lists Within Mental Health Services in the UK. *PloS One*, 17(3), e0265542. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265542>
- Ravn, I. (2021). *Selvbestemmelsesteorien: Motivation, Psykologiske Behov og Sociale Kontekster* (1. udgave). Hans Reitzel.
- Ribeiro, C., Tsang, L., Lin, B., Kemp-Smith, K., Phillips, J., & Furness, J. (2024). Physiotherapists’ Perceptions of Their Role in Treating and Managing People with Depression and Anxiety Disorders: A Systematic Review.

- Physiotherapy Theory and Practice*, 40(3), 431–455.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2122915>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2018). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. Guilford Press.
<https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Subotic-Kerry, M., Borchard, T., Parker, B., Li, S. H., Choi, J., Long, E. V., Batterham, P. J., Whitton, A., Gockiert, A., Spencer, L., & O’Dea, B. (2025). While They Wait: A Cross-Sectional Survey on Wait Times for Mental Health Treatment for Anxiety and Depression for Adolescents in Australia. *BMJ Open*, 15(3), e087342. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087342>
- Sundhedsstyrelsen. (2012). *Faglige Retningslinjer for Henvisning til Psykolog. For Patienter med Let til Moderat Depression eller Let til Moderat Angst*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2019). *National Kliniske Retningslinje for Non-Farmakologisk Behandling af Unipolar Depression*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Fagligt Oplæg til en 10-Årsplan. Bedre Mental Sundhed og en Styrket Indsats til Mennesker med Psykiske Lidelser*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2024). *Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil Midtvejsundersøgelsen 2023—Centrale Udfordringer*. Sundhedsstyrelsen.
- Tjørnhøj-Thomsen, T. (1998). *Tilblivelseshistorier. Barnløshed, Slægtskab og Forplantningsteknologi i Danmark*. Københavns Universitet.
- Tolstrup, S., & Tingkær, K. (2022, January 13). *Psykiatriplan: Fysioterapeuter er en Del af Løsningen for Fremtidens Psykiatri*. Danske Fysioterapeuter.
<https://www.fysio.dk/nyheder/nyheder-2022/psykiatriplan-fysioterapeuter-er-en-del-af-losningen-for-fremtidens-psykiatri>
- Wilken, L. (2020). Pierre Bourdieu: Den Praktiske Sans. *Tidsskrift for Professionsstudier*, 16(30), 122–126.
<https://doi.org/10.7146/tfp.v16i30.119299>
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion International*, 1(4), 405. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.405>
- World Health Organization. (2019). F32, Depressive Disorder. In *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F32>

World Health Organization. (2025, December 22). *Health Literacy*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

World Medical Association. (1964). *WMA Declaration of Helsinki—Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Bilag

Bilag 1 - Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Informeret samtykke til deltagelse i forskning til bachelorprojekt på
Fysioterapeutuddannelsen, VIA University College Aarhus, Hedeager 2

Formål med projektet

Formålet er at undersøge, hvordan fysioterapeuter arbejder med behandling af personer med depression, og hvordan fysioterapi kan støtte trivsel i perioder, hvor unge står på venteliste til psykologhjælp. Projektet søger at belyse fysioterapiens rolle i det tværfaglige arbejde med mental sundhed.

Deltagelse er i form af interview, der bliver optaget og gemt på en beskyttet platform.

Erklæring fra deltageren

Jeg er blevet informeret mundtligt og skriftligt tilstrækkeligt til at kunne sige ja til at deltage. Jeg ved at min deltagelse er frivillig, og at jeg til hver en tid kan trække mit samtykke tilbage, inden projektrapporten afleveres. Jeg giver tilladelse til lydoptagelse af interviewet, og at optagelsen bliver gemt på en beskyttet platform. Jeg er informeret om, at jeg i det færdige projekt vil fremstå anonym, og at alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt.

Jeg giver hermed mit samtykke til deltagelse og til, at resultater i anonymiseret form udover at blive præsenteret i en projektrapport, eventuelt også søges optaget som en artikel i et tidsskrift.

Navn: _____

Underskrift: _____

Dato: _____

Erklæring fra de projektansvarlige

Vi erklærer, at deltageren har modtaget information om projektet. Informationen er efter vores overbevisning tilstrækkelig til, at deltageren kan træffe en beslutning om

medvirken i projektet. Vi erklærer, at alle personfølsomme oplysninger anonymiseres.

Navne og kontaktoplysninger:

✉ Karmen Magel: 330544@viauc.dk | ☎ +45 xx xx xx xx

✉ Ida Vinkel Averhoff: 330865@viauc.dk | ☎ +45 xx xx xx xx

Underskrifter: _____

Dato: _____

Bilag 2 – Interviewguide

Tema og spørgsmål	Undertemaer/spørgsmål	Stikord
Patientgruppe	Beskriv den målgruppe du primært arbejder med?	• Alder • Diagnoser • Baggrund • Primær kontaktårsag • Hvordan finder folk din klinik?
	Patienter med depression	• Henvisningsårsag • Kroplige og psykiske symptomer • Dine observationer • Forventninger og motivation
	Ventetid	• Erfaringer med behandling af pt i en venteperiode • Syn på lang ventetid
Behandling	Hvordan er din behandlingstilgang?	• Specifikke undersøgelser • Specifik behandling • Teoretisk/filosofisk tilgang • Krop VS mental indgang • Forebyggende VS behandlende
	Hvordan virker behandlingen?	• Patienters reaktion på behandling • Modtagelighed • Får patienten anden behandling ved siden af • Virkning på symptomer

	Rammer	• Pris • Forløbsvarighed • Fysiske rammer • Lovmæssige rammer • Primær / sekundær sektor
Kompetencer og erfaring	Nødvendige kompetencer	• Nyuddannet VS. speciale. Vil en nyuddannet fys kunne varetage behandling af depression? • Personlige kompetencer • Dine kompetencer VS andre sundhedsfaglige – hvad kan du? • Videreuddannelse • Arbejdserfaring
	Stigma	• Patienters syn på dit arbejde • Fagpersoners syn på dit arbejde • Særlig stigma omkring specifikke faggrupper
Krop og psyke	Sammenhæng mellem krop og psyke	• Patienternes opfattelse af sammenhæng • Skaber forløb forståelse
Ulighed i sundhed	Hvis man tænker på ulighed i sundhed og behandling af psykiske udfordringer – hvad tænker du så?	• Økonomi • Viden • Ressourcer
Fremtiden	Drømme for fremtiden i primærsektoren	• Hvad skal være anderledes end i dag? • Unge på ventelister og fysioterapeutisk behandling