



**«Bruk intuisjonen og fantasien»**

**- ein kunnskapsteoretisk analyse av Aadel Bülow-Hansen si fagutøving  
og Norsk Psykomotorisk Fysioterapi**

Basert på eit kvalitativt intervjustudie av tre markante profiler i NPMF:

Berit Heir Bunkan, Eline Thornquist og Gudrun Øvreberg

Ingvild Teigen

Mastergradsoppgåve i helsefag.

Studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Institutt for helse- og omsorgsfag,

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2016

**Denne oppgåva er tileigna  
Aadel Bülow-Hansen (1906-2001)**

## **Føreord**

Fyrst og fremst vil eg takka informantane mine, Berit Heir Bunkan, Eline Thornquist og Gudrun Øvreberg, som stilte opp og let seg bli intervjuet i samband med denne oppgåva. Tusen takk for at de var så imøtekommande og delte viljug av dykkar viten og kunnskap!

Ein stor takk går til vegleiaren min, Britt-Vigdis Ekeli, for ei mengde konstruktive kommentarar på innhald og struktur – veva saman med oppmuntring og støtte i ein krevjande prosess. Ikkje minst vil eg takka ho for å ha opna augo mine for kor viktig det er å ha eit reflektert forhold til kunnskapsomgrepet.

Elles vil eg takka foreldra mine og kjærast, Tom Klovholt, for støtte og oppmuntring når eg har klaga min naud. Her vil eg òg retta ein takk til systera mi, Inger Synnøve Teigen, som har lete meg bu gratis hjå ho i Bergen slik at eg med redusert inntekt har kunne fullført masterstudiet.

Eg vil òg takka tidlegare kollega, medstudent og venninna, Stine Kvammen Bjørlykhaug, for mange interessante diskusjonar om faget gjennom åra som har gått. Eg ser fram til fleire i framtida.

Til sist vil eg takka min kjære venn på fire bein, Dina, som har fått meg med på turar i skog og mark når skrivebordet har blitt for strevsamt å sitja ved.

Ingvild Teigen

Mai 2016

## Samandrag

**Bakgrunn:** Med utgangspunkt i erfaringar frå klinisk praksis som psykomotorisk fysioterapeut har eg byrja å stilla spørsmål ved det tradisjonelle biomedisinske kunnskap- og vitskapsidealet. Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF) har fått kritikk for å vera utilstrekkeleg vitskapeleg dokumentert, noko ein kan sjå i lys av nemnde ideal med randomiserte kontrollerte studier (RCT) som gullstandard. Som kontrast til dette idealet ser eg konturane av ei fagutøving som er tufta på eit anna kunnskapssyn, og som utfordrar det gjeldande paradigme.

**Føremål:** Oppgåva har to føremål: 1. Løfta fram den kunnskapsstrukturen som ligg i faget – eksemplifisert gjennom fagutøvinga til grunnleggjaren, Aadel Bülow-Hansen. 2. Utifrå dei funna undersøka om det er meningsfullt å snakka om Norsk Psykomotorisk Fysioterapi som kunnskapsbasert praksis.

**Materiale og metode:** Ein kvalitativ studie i eit hermeneutisk-fenomenologisk forskingsperspektiv. Materialet er utvikla på bakgrunn av intervju med tre profilerte og namngjevne fagutøvarar i den psykomotoriske tradisjonen, som var elevvar og/eller gjekk i eigenbehandling hjå Aadel Bülow-Hansen (ABH). Utgangspunkt for alle intervjuva var same film-opptak frå 1983 kvar ABH undersøker ein pasient med nakke- og skuldermyalgi i klinikken.

**Kunnskapsbidrag:** Det var fire hovudtema som merka seg ut i alle intervjuva. Desse blir forstått som kunnskapsgrunnlaget i Aadel Bülow-Hansen si fagutøving: *Tileigning av faget gjennom kroppsleg handlingskunnskap og eigenbehandling, Ein relasjonell samhandling som tek pasient og kontekst på alvor, Bruk av kroppsleg klinisk kompetanse i møte med pasienten og Grunnlagstenking*. Sett i lys av fenomenologiske og hermeneutiske kunnskapsperspektiv er det grunnlag for å kalle Norsk Psykomotorisk Fysioterapi kunnskapsbasert praksis. På bakgrunn av det utfordrar eg den forståinga som det evidensbaserte systemet legg til grunn, og kunnskapsomgrepet blir opna for debatt.

**Nøkkelord:** Aadel Bülow-Hansen, Norsk Psykomotorisk Fysioterapi, praktisk kunnskap, handverk, relasjonell praksis, grunnlagstenking, kunnskapsbasert praksis

## Abstract

**Background:** Based on experiences from clinical practice as a Psychomotor Physiotherapist I have started questioning the traditional biomedical knowledge- and science ideal. Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMF) has been criticized as insufficient scientific evidence, which can be seen in relation to the mentioned ideals with the randomized controlled trials (RCT) as the gold standard. In contrast to this ideal I see a professional practice based on a different view of knowledge which can challenge the current paradigm.

**Objective:** The thesis has two purposes: 1. To enhance the knowledge which is situated in the discipline - exemplified through the practice of the founder, Aadel Bülow-Hansen. 2. Question the foundation of referring to Norwegian Psychomotor Therapy as an evidence-based practice.

**Material and method:** This is a qualitative study with a hermeneutic-phenomenological research perspective. The material is developed from in-depth interviews with three profiled practitioners from the psychomotor tradition. They were either students of Aadel Bülow-Hansen (ABH) or/and went to her for personal treatment. The object for the interviews was a film from 1983 in which ABH in clinic examines a patient with neck and shoulder myalgia.

**Knowledge Contribution:** The results are organized in four general themes. These are assumed as the knowledge contribution from Aadel Bülow-Hansen clinical practice: *Acquiring the profession through bodily experience and personal treatment, A relational interaction which take both patient and context seriously, Use of bodily clinical expertise facing the patient and basic structures of knowledge.* In relation to a phenomenological and hermeneutical knowledge perspective there is reason to call Norwegian Psychomotor Physiotherapy a evidence-based practice. Based on this view I challenge the understanding of knowledge and science in the evidence-based system, and the term knowledge is opened for debate.

Keywords: Aadel Bülow-Hansen, Norwegian Psychomotor Physiotherapy, practical knowledge, crafts, relational practices, evidence-based practice

# Innholdsliste

Innleiing .....	1
Preludium.....	1
Bakgrunn for val av tema .....	2
Mitt møte med Norsk psykomotorisk fysioterapi .....	2
Kunnskapen i kunnskapsbasert praksis.....	3
Norsk psykomotorisk fysioterapi .....	4
Utvikling i praksisfeltet .....	5
Utfordringar.....	6
Dokumentasjon – og kritikk.....	6
Føremål og problemstilling .....	6
Teoretiske perspektiv .....	7
Fenomenologi.....	7
Kroppsfenomenologi .....	7
Praktisk kunnskap.....	9
Taus kunnskap.....	10
Taus kunnskap som ein del av yrkesmessig kompetanse.....	12
Hermeneutikk .....	12
Metode.....	14
Val av metode.....	14
Utval .....	15
Rekruttering .....	15
Informantar .....	16
Gjennomføring av intervju .....	16
Transkripsjon .....	17
Analytisk strategi.....	17
Analyseprosessen.....	18
Metodediskusjon .....	18
Intervjuprosessen .....	18
Rolla mi som forskar .....	19
Analysearbeidet .....	20

Reliabilitet, validitet og transparens. ....	21
Etiske omsyn.....	21
Dokumentasjon - analyse – diskusjon.....	22
Presentasjon av informantane .....	22
Gudrun Øvreberg.....	22
Berit Heir Bunkan .....	22
Eline Thornquist.....	23
Tileigning av Norsk psykomotorisk fysioterapi – kroppsleg læring i praksis.....	23
Handlingskunnskap .....	23
Eigenbehandling – tyding av kroppslege opplevingar for læring .....	25
Ein relasjonell praksis.....	27
Samhandling og kontekst .....	27
Pasienten.....	28
Terapeuten.....	29
Kroppsleg samhandling.....	31
Handverket.....	33
Dei gode hendene .....	33
Intuisjon, presisjon og det passelege .....	34
Grunnlagstenking.....	38
Kroppssyn.....	38
Tilnærming i praksis.....	39
NPMF som kunnskapsbasert praksis? .....	42
Avsluttande kommentar .....	44
Postludium.....	45
Litteraturlista .....	46

Vedlegg 1, vedlegg 2, vedlegg 3

# Innleiing

## Preludium

*Fra 1927-1945 var jeg ansatt ved Sophies Mindes klinikk for vanføre – med en ganske stor privatpraksis om ettermiddagen. Etterhvert ble jeg mer og mer interessert i lidelsen yrkesnevrose. Denne diagnose ble satt på nær sagt alle pasienter med smerter i skuldre, nakke og armer!*

*Jeg ble klar over at mange faktorer gjorde seg gjeldende, - ikke bare stress, jag, mas, arbeidsstillinger etc slik den gjengse oppfatning var. Pasientens legning og evner til å møte livets tilskikkelser var høyst forskjellige, dessuten spilte respirasjonen en stor rolle. Dette fikk jeg et utmerket eksempel på da en ung pike som hadde vært symptomfri lenge, kom til meg med skuldrene opptrukket, respirasjonen i halsen og sine gamle smerter. Symptomene var kommet tilbake som et skudd da hennes far en natt ble hentet av tyskerne («The startle pattern» - de opptrukne, forovertruknete, skuldre, krokete armer og respirasjonen i halsen). At jeg var borti komplekse forhold, skjønte jeg først da en pasient, henvist for skrivekrampe, ble stadig dårligere jo løsere hun ble i skuldermuskulaturen. Hun kom fordi hun ikke kunne skrive, men etter en tids behandling skalv hun slik på hånden at hun ikke kunne løfte en kaffekopp – i sannhet et flott resultat av min behandling! Jeg klødde meg i hodet og følte i høy grad behov for å lære mer.*

(Aadel Bülow-Hansen, 1982, s. 15).

Slik byrjar Aadel Bülow-Hansen forteljninga si om korleis ho byrja å undra seg over pasienttilfella i praksis, og korleis denne undringa etter kvart førte til utviklinga av Norsk psykomotorisk fysioterapi på 1940-talet. I det fylgjande, snart 70 år seinare, skildrar eg møtet mitt med denne fagtradisjonen, som samstundes er ein bakgrunn for å forstå valet mitt av tema i denne oppgåva.



## **Bakgrunn for val av tema**

### **Mitt møte med Norsk psykomotorisk fysioterapi**

Eg var ferdig uteeksaminert fysioterapeut i mensendieck-tradisjonen i 2009, og hadde under heile utdanninga eit klart mål om å bli psykomotorisk fysioterapeut. Interesse mi for kropp, rørslar og dans i samband med eit ynskje om å forstå menneskesinnet, gjorde at eg bevega meg frå psykologistudiet til fysioterapien. I 2013 kom eg til min store glede inn på masterutdanninga i Tromsø, og møtet mitt med Norsk psykomotorisk fysioterapi (heretter kalla NPMF) kan kort karakteriserast som magisk. Både gjennom observasjon av fagutøvinga, kroppslege erfaringar i eigenbehandling og etter kvart gjennom praksis med pasientar, fekk eg ei kjensla av å bli via inn i noko spesielt og annleis enn det eg tidlegare hadde erfart i fysioterapi. Ikkje minst blei Aadel Bülow Hansen (heretter kalla ABH) ei inspirasjonskjelda for meg. Gjennom mitt forsøk på å finna nøkkelen til å forstå magien i faget saumfarte eg grunnlagslitteraturen og ikkje minst film-opptaka av ABH i klinikken – overbevist om at denne «skjulte oppskrifta» då ville tre fram for meg.

Men etter kvart byrja noko å endra seg. Parallelt med studiet har eg jobba klinisk, og har etter kvart fått ei oppleving av at NPMF har bevega seg frå kategorien «mystisk» til «handgripeleg» - handgripeleg både i konkret og i overført tyding. Handgripeleg på den måten at hendene mine i samarbeid med dei andre sansane mine i større grad enn tidlegare veit svara på kva, kvifor, korleis og når. Eg ser, kjenner og høyrer ting eg tidlegare ikkje merka meg ved, og eg opplev meg sjølv mindre famlande på pasienten sin kropp. I overført tyding er faget meir handgripeleg fordi eg har større intellektuell forståing av kva denne fagtradisjonen handlar om, og kva det reint praktisk inneber i møtet med pasienten. Likevel vil eg påstå at den kunnskapen eg er i gong med å tileigna meg er kroppsleg og til dels vanskeleg å skildra med ord. Eg opplever stadig at det er vanskeleg å setja ord på praksis i generelle vendingar eller i det å gjera kort og konsist rede for kva psykomotorisk fysioterapi er. Likeins er det vanskeleg å festa ord på papiret om kva som skjer i dei konkrete møta med pasientane i form av vurderingar, epikriser og rapportar. Det er som om orda, omgrepa og språket ikkje strekk til for det som faktisk skjer i praksis. Eg har ein idè om at dette heng saman med måten eg no ser og forstår menneskekroppen, og denne til dels ordlause kroppslege kompetansen eg er i ferd med å tileigna meg. Kunnskapen og kompetansen finns ikkje i form av ei «oppskrift» utanfor meg sjølv, men som ein del av meg. I samband med dette har eg måtte erkjenne mitt ureflekterte syn på kva kunnskap er og ikkje minst kva eg har anerkjent som gyldig kunnskap.

Etter å ha lese kunnskaps- og vitenskapsteori, og sett det i forhold til mine personlege erfaringar i praksis og utfordringar i helsevesenet i dag, så ser eg tydelege spor etter eit biomedisinsk kunnskaps- og vitenskapsideal. Dette idealet søker objektive sanningar, og behandlar både kunnskap og menneska som statiske einingar, lausrive frå relasjonelle og kontekstuelle premisser. Eg vågar å påstå at dette kunnskapssynet er ureflektert og teke for gitt av folk flest, inkludert meg sjølv. Konsekvensane av eit slikt ideal kan ein sjå i form av blant anna aukande bruk av standardisering, prosedyrar og retningslinjer, pakkøløysingar og den stadig aukande medikaliseringa i samfunnet (Ekeland, 2002, 2008; Ekeli, 2002, 2005; Martinsen og Boge, 2004). Ikkje minst har det konsekvensar for klinisk praksis: Korleis pasienten forstår seg sjølv og sine plager, korleis terapeuten forstår si rolla og korleis pasient og terapeut ilag forstår den terapeutiske situasjonen av kva som (kan) skjer der. Slike refleksjonar har medført at eg ser på kunnskapsomgrepet med nye augo, og eg har spurt meg sjølv fylgjande:

1. Kan den kunnskapen ABH representerer kallast kunnskap?
2. I så fall kva kunnskap er det tale om og korleis kan ein forstå han?

Mine svar så langt er at eg ser konturane av ei fagutøving som utfordrar det me vanlegvis ser på som gyldig kunnskap og vitenskap. Eg ser det difor som naudsynt å nytta denne oppgåva til å undersøkje kunnskapsgrunnlaget i NPMF. I tillegg ynskjer eg å undersøka om oppgåva kan gje svar som gjer det meningsfullt å snakka om NPMF som kunnskapsbasert praksis (KBP). Det gjer det naudsynt å kort presentera KBP og kritikken det har fått. Deretter vil eg presentera NPMF, og kort gjera greie for dokumentasjonen i faget. Til sist vil eg tydeleggjera føremål og problemstilling.

Men fyrst vil eg understreka for lesaren at eg dermed har endra utgangspunktet for å skriva denne oppgåva: Frå å ville utforska sjølv fagutøvinga til å sjå på den forståinga denne praksisen byggjer på via ho. Frå eit vitenskapsteoretisk perspektiv kan ein forstå dette som eit skifte av perspektiv – frå eit ontologisk til eit epistemologisk perspektiv (Thornquist, 2003).

### **Kunnskapen i kunnskapsbasert praksis**

Evidensbasert praksis (EBP) har sitt utspring i evidensbasert medisin, som i dag har vinne terreng i dei fleste helsefaga, blant anna fysioterapi (Jamtvedt, Hagen og Bjørndal, 2003). I mange tilfelle blir EBP oversatt til eller brukt synonymt med kunnskapsbasert praksis (KBP)

(ibid). Føremålet med KBP er å sikra at kvaliteten på helsetenestene blir best mogleg, og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2016) legg til grunn fylgjande definisjon av omgrepet: «*Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.*» Fleire har problematisert kunnskapsomgrepet i denne samanheng, og viser til at den kunnskapen som blir produsert gjennom dette systemet er grunnlagt på eit biomedisinsk forskings- og vitenskapssyn – med randomiserte kontrollerte studier (RCT) som «gullstandard» (Ekeland, 2002, 2008; Ekeli, 2002, 2005; Martinsen og Boge, 2004). I botn av dette kunnskapshierarkiet finn ein praksisnære skildringar av enkeltpasientar eller fleire, og kliniske erfaringar (Ekeli, 2005). Dess høgare opp i hierarkiet, dess meir er metoden ein nyttar og kunnskapen som blir «produsert», sett på som «vitskapeleg», «gyldig» og i siste instans «sikker» kunnskap - utan at EBP-systemet eksplisitt gjer greie for og problematiserer sitt vitenskapsteoretiske utgangspunkt for kunnskapen dei hevdar er «bevisbar» (ibid). Dette får, som tidlegare påpeika, konsekvensar på fleire område.

## **Norsk psykomotorisk fysioterapi**

Norsk psykomotorisk fysioterapi er blitt ståande som ei form for heilskapsbehandling, og som dermed står i sterk kontrast til lokal og symptomorientert fysioterapi. Utgangspunktet for behandlinga er heile mennesket, der kroppen er innfallsporren. Kroppshaldning, pust og spenning påverkar kvarandre gjensidig, og eignar seg for pasientar med muskel- og skjelettplager (Thornquist og Bunkan, 1986).

Behandlinga er basert på erkjenninga av at kroppen er ein samspelende og funksjonell einskap. Ein ser ikkje på mennesket som delt i to ved psyke og soma, men at mennesket er både deler samstundes. Såleis er det ein gjensidig og sirkulær samanheng mellom kjensler, muskelspenningar, pust rørsler, haldning og autonome funksjonar (Thornquist og Bunkan, 1986). Synet på at kjensler, levd liv og kropp er veva saman, og nedfell seg i vanemessig og kroppsleg reaksjons-, handlings- og spenningsmønster er i dei seinare tiår blitt forankra i kroppsfenomenologien (Engelsrud, 2001; Thornquist, 2006; Øien, 2010).

Via muskulatur, kroppshaldning og pust set ein i gong ein omstillingsprosess, som favnar om vesentleg meir enn endringar i respirasjonen og muskel/skjelett-systemet. I behandlinga er det

personen sitt potensial for endring, omstillingsevna, som står i fokus (Thornquist og Bunkan, 1986)

### Utvikling i praksisfeltet

Norsk psykomotorisk fysioterapi er ein unik norsk tradisjon i fysioterapi, og blei fyrst og fremt utvikla på midten av 40-talet gjennom eit samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Büllow-Hansen (Bunkan, 2014). Samarbeidet mellom ABH og Trygve Braatøy varte i seks år fram til Braatøy døde i 1953. Dei var opptekne av kroppen som utgangspunkt for å fram endringar hjå pasienten, som kunne dreia seg om alt frå smerter, nevrosar til motstand mot psykoterapi (ibid).

Desse to fagpersonane er blitt skildra som opne og spørjande for det dei opplevde og erfarte i praksis (Thornquist og Bunkan, 1986). Fokuset deira var retta mot kva dei kunne læra av pasientar og andre menneske, og i mindre grad av lærebøker og teori. Ved å nytta sansane sine, prøva seg fram og reflektera i fellesskap, kom dei fram til ei behandling som omfatta heile kroppen med respirasjonen som rettesnor. Det rådande biomedisinske synet og dei akseptable framgangsmåtane på den tida har blitt ståande som ein sterk kontrast til dei kliniske erfaringane i praksis og det grunnleggjande annleis synet på menneske og kropp (ibid).

ABH meina at fagutøvinga måtte opplevast på eigen kropp og i arbeid med pasientane, og var ikkje interessert i anna form for formidling (Øvreberg og Andersen, 2002). Ho fylgte Trygve Braatøy sitt råd om å ikkje gå på kurs eller lesa faglitteratur fordi han sannsynlegvis såg potensialet hennar for eigenutvikling. Konsekvensen blei at hennar faglege forankring var i det ho såg og kjente i behandlinga med pasientane, samt refleksjonane over det - som var særleg forankra i hennar anatomikunnskapar (ibid).

ABH skreiv lite sjølv og engasjerte fysioterapeutar har teke ansvar for å ta vare på denne metoden ho representerte via videomateriale og skriftlege produkt (Øvreberg og Andersen, 2002). Den teoretiske sida har likevel vore prega av ABH sin munnlege og kasuistiske måte å formidla på, og lite er òg skriftleggjort av hennar samarbeidspartnarar (Thornquist og Bunkan, 1986).

## Utfordringar

Allereie på 80-talet påpeika Thornquist og Bunkan (1986) utfordringar faget står overfor. Dei viser til det problematiske i at ABH har bidrege lite med dokumentasjon og teoriutvikling. Systematisering av kliniske erfaringar frå praksisfeltet er utfordrande, og dei peikar på at det lett kan oppstå eit skilje mellom praksis og teori, der det eine kan bli vektlagt på kostnad av det andre. I tillegg er det ei utfordring å setja ord på praksis, gjera greie for konkret handling og utvikla teoriar som grip og fangar det som skjer i praksis. Dette blir ytterlegare komplisert i og med at behandlinga legg til grunn eit kvalitativt anna syn på kropp og menneske enn det tradisjonelle biomedisinske synet.

Dei påpeikar at dette er krevjande arbeid på fleire måtar. For det fyrste er fysioterapeutar lært opp i tradisjonell medisinsk tankegang og praksis. For det andre må faget legitimera seg overfor legar og medisinen som fag. For det tredje er det aukande krav til teoridanning innanfor alle helsefag. Såleis har den psykomotoriske tradisjonen fleire utfordringar.

## Dokumentasjon – og kritikk

Ved oppstart av Master i studieretninga psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø har det blitt skriva fleire masteroppgåver i NPMF. Det har gjennom åra blitt skriva fleire doktorgrader (Ahlsen, 2014; Bunkan, 2003, Dragesund, 2012; Råheim, 2001; Sviland, 2014; Thornquist, 1999; Øien, 2010). På gjeldande tidspunkt er det to RCT-studiar i gong, høvesvis i Bergen og Oslo (Lindvåg, 2014).

NPMF er kritisert for manglande vitenskapelig dokumentasjon (Gundersen, 2014; Malt, 2013 gjengjeve etter Dalelid, 2015, s. 20), og dreiar seg om at lite forskning er gjort, at få studiar er publisert internasjonalt, og at forskinga som er gjort er lite nyttig. Dalelid (2015) legg til at forskinga som er gjort er hovudsakleg kvalitativ, noko som har låg status innan fagtradisjonar kvar RCT som «gullstandard» er rådande.

## **Føremål og problemstilling**

På bakgrunn av det eg har skriva så langt, så har oppgåva to føremål: 1. Løfta fram den kunnskapsstrukturen som ligg til grunn for utøvinga av dette faget - eksemplifisert gjennom fagutøvinga til grunnleggjaren, Aadel Bülow-Hansen. Dette vil eg gjera ved hjelp av tre profilerte fagutøvarar i tradisjonen. 2. På bakgrunn av dette kunnskapsgrunnlaget, vil eg

undersøka om funna gjer det meningsfullt å snakka om NPMF som kunnskapsbasert praksis. Difor blir problemstillinga som fylgjande:

*Kan ein forstå fagutøvinga av NPMF som kunnskapsbasert praksis, og i så tilfelle korleis?*

## **Teoretiske perspektiv**

Eg vil no gjera greie for dei teoretiske perspektiva eg vil nytta i oppgåva. Ikkje alle perspektiva vil bli nytta til å tolka alt

### **Fenomenologi.**

Ordet fenomenologi kjem frå gresk og tyder «læra om det som vis seg», og ein er såleis oppteken av korleis fenomen trer fram for subjektet (Thornquist, 2003). Dette er ei av dei viktigaste strøymingane innan filosofi i vår tid. Grunnleggjaren Edmund Husserl (1859-1938) var oppteken av å forstå kunnskap og vilkåret for kunnskap, og slik sett er fenomenologi fyrst og fremst ei retning som vedkjem kunnskapsteori. Husserl ville utvikla eit nytt epistemologisk grunnlag for vitskap fordi han var kritisk til vante måtar å studera verda på gjennom observasjonar og målingar uavhengig subjektet (Bengtsson, 2006; Gallagher og Zahavi, 2008). Han meina at menneska lev liva sine i ei verd som er subjekt-relativ, det vil seia at verda alltid blir opplevd i relasjon til eit subjekt (Bengtsson, 2006). Dermed var ikkje hovudmålet hans å studera empiriske fenomen, men heller bevisstheita og korleis fenomena trer fram for bevisstheita vår (Thornquist, 2003). Det som kjenneteiknar bevisstheita er at han alltid er retta mot noko og frå noko – det er alltid ein bevisstheit om noko. Med andre ord er bevisstheita karakterisert ved ein rettethet, intensjonalitet, som er eit kjerneomgrep i denne retninga (ibid).

### Kroppsfenomenologi

Medan Husserl fyrst og fremst knytta subjektiviteten til bevisstheita, er Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) den som fyrst og fremst set kroppen i sentrum og knyt subjektstaus til han (Merleau-Ponty, 1994). Å vera eit subjekt er å vera i verda som ein kropp, og det er som kroppssubjekt menneske samhandlar og handlar seg i mellom og med omgjevndane (Thornquist, 2003). Såleis tek Merleau-Ponty avstand frå tingleggjeringa av kroppen, og synet på kroppen som eit reint naturfenomen som kan forklarast uavhengig stad, samanheng og tid.

Han kritiserer synet på kroppen som noko utanpå det eigentlege eg, som er eit slags subjektlaust objekt, og som blir som andre objekt i verda. Han påpeikar at kroppen ikkje er rein materie, slik den kartesianske dualismen forfektar, men erfarande materie, der levd liv og levd erfaring er forankra i kroppen (ibid).

Kroppen vår er nærverande og vedvarande – eg er alltid «her» - medan andre objekt anten er frå- eller tilstadeverande – ting er «der». Me kan aldri skilja oss frå kroppen, og det er den klåre skilnad mellom kroppen og andre objekt (Thornquist, 2003). Dog eksisterer kroppen både som subjekt og objekt – kroppen er tvetydig ved at me både har og er ein kropp. Via kroppen har kvar og ein av oss tilgang til verda, og samtidig er kroppen ein del av verda. Slik sett er kroppen sin objektstatus i kroppsfenomenologien kvalitativt noko anna enn den subjektlause kartesianske kroppen. I eit fenomenologisk perspektiv er kroppen aldri berre objekt, men eksisterer alltid samstundes som eit erfarande kroppssubjekt (ibid).

I kroppsfenomenologien er kroppen sentrum for erkjenning og erfaring, noko som inkluderer at kroppen er intensjonal, som tidlegare nemnd. Dette inneber at me som kroppslege vesen er retta mot verda. «Motorikken» blir forstått «utvetydigt som oprindelig intentionalitet.

Oprindelig er bevidstheden ikke «jeg tænker», men «jeg kan».» (Merleau-Ponty, 1994, s. 91). Slik sett blir kroppen oppfatta som potensielle moglegheiter, og verda omkring framtrer som invitasjonar og oppfordringar til utforsking og aktivitet (Thornquist, 2003). Persepsjonen blir framheva som ei opning mot verda – ei rørsle frå det kroppslege subjektet og ut mot verda, og ikkje som ein passiv mottakar av sanseintrykk. Slik sett har menneske tilgang til verda gjennom handling og persepsjon, og kroppen er utgangspunktet i dei begge. Vidare er det eit gjensidig forhold mellom handling og persepsjon på den måten at me blir kjent med verda gjennom handlingane våre - som kroppslege vesen (ibid).

I den kartesianske tradisjonen blir eigenskapar som tradisjonelt blir assosiert med menneske, som fornuft, tenking, medvite, meining og kunnskap, kobla til den immaterielle verda – med andre ord skilt frå kroppen (Thornquist, 2003). Subjektet er altså kroppslaust. Kroppen er avpersonifisert, og har ingenting med med menneskeleg erkjenning og erfaring å gjera – han er ahistorisk og eit kunnskaps- og erfaringslaust materie, som kan formast, manipulerast og betraktast av andre personar, inkludert personen – subjektet – sjølv. Kroppen blir ikkje sett på som ei kjelda til kunnskap. Dette forholdet har prega den allmenne oppfatninga av kva kunnskap er. Men med kroppsfenomenologien blir det tydeleg korleis det handlande subjektet er eit kroppsleg vesen, og det opnar opp for å forstå kroppen som ei kjelda til kunnskap. Dermed bli ikkje kroppen redusert til eit reiskap for subjektet som rein medvite, der rørsler

blir sett i verk utifrå ein medviten og planlagt tanke. Dette kan eksemplifiserast ved aktivitetar som det å baka brød: Når me bakar brød tenkjer me ikkje over korleis me brukar kroppen eller hendene til å elta – me berre gjer det – me berre eltar (Thornquist, 2003).

I tillegg til at me vanlegvis bevegar oss utan å reflektera over kva og korleis me gjer det, så slepp vanlegvis persepsjonsprosessen vår unna det merksame medvite òg (Thornquist, 2003). Me tenkjer ikkje over kva me tek inn av inntrykk frå eigen kropp (proprioepsjon) eller verda omkring (eksterosepsjon), og korleis me selekterer og filtrerer, kjenner att og differensierer sanseintrykka. Heller ikkje at me er medvitne om at det føregår ei samhandling mellom persepsjon og handling. Gjennom vår interaksjon med verda omkring oss, så lærer me å kjenna att og skilja mellom sensoriske inntrykk og å knytta meining til dei – òg det å tilpassa rørsler adekvat. Eksempelvis det å sykla inneber forholdet mellom underlaget og sykkelen, mellom sykkelen og den som sykklar, og mellom den som sykklar og omgjevnadane som leikande born eller trafikk (ibid).

Merleau-Ponty påpeikar at kroppsleg læring og aktivitet er i stor grad pre-refleksiv, som dreiar seg om kunnskap og kompetanse som fell utanfor språket sine grenser. Slik sett blir det tydeleg at ein kan nytta fenomenologien til å utvida kunnskapsomgrepet til å ikkje berre handla om det som ein kan artikulera med språket. Kroppsfenomenologien gjev grunnlag for å oppvurdera den kroppslege og praktiske kunnskapen, og å gjera fyrstehandserfaringar vesentlege (Thornquist, 2003).

## **Praktisk kunnskap**

Vanlegvis opererer ein med eit skilje mellom teoretisk og praktisk kunnskap (Grimen, 2008). Praktisk kunnskap kjem til syne i handlingar, skjønns og vurderingar (ibid), og finst som ferdigheit og fortrulegheit med omverda (Johannessen, 2013; Josefson, 2009). Tradisjonelt sett har praktiske kunnskapstradisjonar blitt formidla frå meister til svein (Molander, 2015). Ein slik modell byggjer på erfaringane til tidlegare generasjonar, og kvar personlege erfaringar med den aktuelle praksisen står sentralt. Å læra på denne måten krev merksemd i observasjon og handling, og blir øvd inn med kroppen (ibid). Molander (2015) snakkar vidare om kunnskap-i-handling, for å tydeleggjera at kunnskap (og læring) har ei aktiv sida – at det er noko ein *gjer* i verda. I motsetning til teoretisk kunnskap er praktisk kunnskap kjenneteikna av at form og innhald i kunnskapen ikkje let seg lausriva frå den som har han, og frå dei situasjonane kvar han blir lært og nytta (Grimen, 2008). Kunnskapen peikar på den som ber



kunnskapen og situasjonane han blir brukt i. Slik sett er brukssituasjonar, opphav og kunnskapsberarar ikkje heilt utskiftbare, og inneber merker som viser kvar han kjem ifrå, kva han blir nytta til og av kven. For eksempel kan ein sjå på bygningar kva byggjetradisjonar dei har vore inspirert av eller på kunstbilete kven målarer er. Dette kallar ein indeksikalitet, som kjem frå det latinske verbet «indicare», som tyder å peika, og substantivet «index», som tyder noko som peikar. Kunnskapen kan vera meir eller mindre indeksert, og det er såleis eit spørsmål om grader (Grimen, 2008).

Det at ein knytter indeksikalitet til praktisk kunnskap, og ikkje til teoretisk kunnskap, handlar om at praktisk kunnskap er kroppsleg. Han er avleira i kroppslege ferdigheitar som er øva inn, i fortrulegheit med omgjevnadane, og i mindre grad i språk. Ein kan utøva praktisk kunnskap utan å seia noko, men ikkje utan å gjera noko. Dessutan er han knytta til ei spesifikk verksemd, og kan berre tileignast og utøvast i eit fyrstepersonsperspektiv (Grimen, 2008). Kva dette impliserer, vil eg greia ut om under neste kapittel.

## **Taus kunnskap.**

Taus kunnskap er ein del av praksiskunnskap, som me utøver og tileignar oss gjennom erfaringane i dagleglivet i ulike yrkespraksisar og andre område av livet (Åsvoll, 2009). Omgrepet referer til den delen av vår viten, som ikkje er så lett å artikulera verbalt (Grimen, 2008). Det handlar om ein bestemt yrkesmessig utøving, som handlar om å vera intuitiv merksam på spesifikke aspekt, og som inneheld teoretisk kunnskap i den grad han er naudsynt i utøvinga (Molander, 2015; Åsvoll, 2009). Å sjå, gjera og vera kan sjåast på som tause kunnskapsformer (Molander, 2015). med andre ord finnst ikkje kunnskapsbasen primært i språklege formuleringar, men i praksis – i det å handla i situasjonar (ibid).

Polanyi (2000) har med sin klassiske formulering «*Vi kan vite mer enn vi kan si*» (s. 16) teke til orde for å oppvurdera det han kallar «menneskelig kunnskap» (ibid). Han eksemplifiserer dette ved å seia at me kan kjenna att eit ansikt blant andre, men har vanskar med å seia korleis me kan kjenna det att. Vidare referer han til fleire eksperiment, som viser at menneske tileignar seg kunnskap, utan at dei kan gjera greie for korleis. Dette er eit av mange eksempel og eksperiment som viser vår avgrensa mulegheit til å verbalisera denne kunnskapen (Polanyi, 2000). I fylgje Polanyi handlar dette om at me *rettar merksemda frå* noko for å retta ho *mot* noko anna; altså frå det fyrste/proksimale leddet *mot* det andre/distale leddet. Det proksimale leddet har me nært kjennskap til, og samtidig vanskar med å formulera i ord (Polanyi, 2000).

Tilbake til attkjenning av eit ansikt, så nyttar me kjennskapen til trekka for å retta merksemda mot den karakteristiske utsjånaden til eit ansikt. Med andre ord rettar me merksemda frå vårt kjennskap til ansiktstrekk for å retta det mot ansiktet som heilskap, og kan dermed vera ute av stand til å spesifisera dei enkelte trekka (ibid). På same måte nyttar me kjennskapen vår til muskelaktivitetar i utøvinga av ferdigheit. Me rettar merksemda frå desse grunnleggjande rørslene mot resultatet av deira samla mål, og me er dermed ute av stand til å verbalt artikulera desse rørslene. Dette kallar Polanyi for den *funksjonelle strukturen* til taus kunnskap (ibid). Med andre ord er det ein funksjonell samanheng mellom det som er reflektert, fokusert og bevisst, og det som er ureflektert, ufokusert og ubevisst (Grimen, 2008). Denne strukturen gjer oss i stand til å vera funksjonell i verda ved at ein må stola på egne ferdigheit og ta dei som uproblematiske gjevne for å vera i stand til å handla. Dette betyr at all kunnskap krev ein horisont av vissheit, som tyder at me må ta ting for gitt, og som me ikkje kan problematisera i handlinga utan å øydeleggja ho. Såleis treng ei kompetent utføring ein ikkje-artikulert bakgrunn. På den måten kan ein seia at det alltid finnst ein bakgrunn av taus kunnskap som er relativ til den handlinga ein utfører (ibid).

Personleg kunnskap omfattar korleis personen og kunnskapen er knyta saman i eit underforstått aspekt ved veremåten vår, som kviler på meir eller mindre bevisste bruksmåtar i tradisjonen (Åsvoll, 2009). I tråd med Polanyi sitt postulat om at me kan alltid veta meir enn me kan seia, vil det alltid finnast noko i den tause kunnskapen som gjev den personlege kunnskapen ei viss retning (Polanyi, 2000). Det uforutsigbare ved denne retningen gjer at menneske ikkje alltid er i stand til å reflektera over alle aspekta som tradisjonen overlet til oss. Med utgangspunkt i at kroppen er sentrum for erkjenning og erfaring (Thornquist, 2009), så omfattar sosialiseringa ikkje berre tanke- og førestellingsverda vår, men heile personen vår. Det betyr at me veks inn i kroppslege praksisar, reaksjonsformer og vanar. Med andre ord blir me sosialisert inn i bestemte måtar å vera i verda på (ibid). Pierre Bourdieu nyttar omgrepet habitus, som refererer til bestemte måtar me oppfattar, forstår og handlar på i bestemte situasjonar. Det inneber òg korleis kulturen blir internalisert, og er ein bakgrunn for vår forståing og handlingar (Wilken, 2008). Bourdieu seier at habitus ikkje er ein sinnstilstand, men ein kroppstilstand (Bordieu gjengjeve etter Wilken, 2008, s. 37), og refererer til at det sosiale er innleira i det kroppslege og dermed er utanfor merksemda vår. Dette impliserer at me hugsar like mykje med kroppen som med hovudet, og at kroppen samtidig er forma av og uttrykkjer habitus. Utifrå det synet at kvart menneske kroppsleg er berar av sin historie, så er

me alle prega av den kulturelle og sosiale bakgrunnen me har utan at me kan gjera greie for det sjølv (Thornquist, 2009).

## **Taus kunnskap som ein del av yrkesmessig kompetanse**

Schön (1991) har gjort taus kunnskap relevant for forståinga av yrkespraksis og knyt den til refleksjonsevna hjå praktikaren, som han kallar refleksjon-i-handling. Han hevdar at dette særleg er ei viktig kjelda til ny kunnskap, og at den kompetente praktikar vanlegvis veit meir enn ho/han kan seia. Vedkommande kan tidvis reflektera over denne intuitive kunnskapen medan ho/han er i handlinga - i ein situasjon som er unik, usikker og kompleks (ibid). Schön kallar det artisteri eller kunst, og inneber å ta på alvor det som skjer i situasjonen der og då. Dette inneber at praktikaren må stilla seg open og tillata seg sjølv å bli overraska, for så å gje ein ny respons på den overraskinga som nettopp involverer å tenkja kva me gjer medan me gjer det. Dette betyr at problemet me støter på kan framtre på ein ny måte, for så å bli vurdert på nytt. Slike høgst reelle og kvardagslege praksissituasjonar med uføresette problem og overraskingar fell utanfor ei etablert kontekstuavhengig forståing. Heller handlar det om korleis ei slik form for improvisasjon inneber variasjon, kombinerings og re-kombinerings innanfor skjema, som bind saman og gjev samanheng i handlinga. I prinsippet set ikkje Schön noko grenser for kva refleksjonar som er moglege, og opnar såleis opp for at praktikaren kan bli forskar i eigen praksis. Såleis blir ikkje han/ho avhengig av etablert teori og teknikkar, men kan heller etablere ny forståing, kunnskap og teori utifrå den unike situasjonen (ibid).

Brødrene Hubert L. Dreyfus og Stuart E. Dreyfus har utvikla ein stadiemodell for tileigning og utøving av ferdigheit, kvar ekspertise er det siste steget (Dreyfus og Dreyfus, 1986). Dei legg til grunn eit fenomenologisk perspektiv med kroppen i sentrum, og hevdar at særleg medisinsk ekspertise ikkje kan baserast på reglar fordi ekspertise er grunnlagt på augeblikkelege og ureflekterte responsar i handlingskrevjande situasjonar. Ferdigheit som blir utøva på eit høgt nivå, krev ein kropp som er retta mot situasjonen med eit maksimalt grep. Slike intuitive vurderingar er eit teikn på ekspertise (Dreyfus og Dreyfus, 1986).

## **Hermeneutikk**

Hermeneutikk er ein filosofisk tradisjon som får auka merksemd frå ulike fag, og er viktig i vitenskapsteoretiske debattar (Thornquist, 2003). Hermeneutikk tyder

fortolkingskunst, og handlar om korleis ein forstår og korleis ein fortolkar (Johannessen, 1985). Denne tradisjonen kan hjelpa oss med å forstå korleis me gjev verda mening, og korleis me forstår det me forstår (Thornquist, 2003). Fyrst og fremst er det tekstar som er fokuset til hermeneutikken, men har etter kvart byrja å inkludera blant anna samhandling, kunst, muntleg tale, arkitektur og menneskelege kroppar og handlingar – med andre ord meningsfulle uttrykk og kulturytringar (ibid).

Hermeneutikk kan sjåast på som ein reaksjon på den sjølvproklamerte eineretten på metode som naturvitskapen hevdar å ha, og avvis påstanden om vitskapane sin prinsipielle einskap – einskapstesens (Holgernes, 1997). I staden for opnar ein opp for å ta den enkelte vitskap sin eigenart på alvor, og tilpassa metode og målsetnad deretter (ibid). Representantane for hermeneutikken er oppteken av at vitskapen er seg bevisst sine filosofiske føresetnadar, og inneber at heller ikkje naturvitskapen er fri frå fortolking (Thornquist, 2003).

Forståinga vår byggjer på ein allereie bestemt forståingshorisont av samla forventningar, oppfatningar og erfaringar, som me ikkje rettar merksemda mot (Thornquist, 2003). Fortolkingsprinsippet me nyttar for å forstå er den hermeneutiske sirkel eller spiral, som viser til at me prøver å forstå delane utifrå heilskapen og omvendt (Holgernes, 1997). Spiralen er ein dynamisk erkjenningsprosess som pendlar mellom delane og heilskapen i forsøket på å forstå, og på den måten bidrar til auka forståing av både delane og heilskapen. Såleis blir det stadig lagt nytt grunnlag for nye måtar å forstå og for å få djupare innsikt (Thornquist, 2003).

Thornquist (2003) knyt hermeneutikken til kroppen, og tek utgangspunkt i det som fleire av dei teoretikarane eg har valgt i denne oppgåva, framhevar – nemleg at kroppen har subjektstatus, og at den menneskelege erfaringsverda kjem til uttrykk kroppsleg og i kroppsleg handling (ibid). Men hermeneutikken i helsearbeid skil seg frå andre hermeneutiske verksemder. For det fyrste er ikkje kroppen ein tekst på lik linje med andre tekstar fordi kroppen *ser sjølv* – han handlar, les og erfarer sjølv. Dessutan er kroppen fleirtydig, og difor er fortolking alltid ein risiko; kommunikative prosessar kan fortolkast til å handla om naturlege prosessar og omvendt. Det tredje aspektet er at fortolking gjort av helsevesenet har eit bestemt mål, nemleg det å forstå plager og gjennom det få eit grunnlag for

å handla – i motsetnad til lesarar av andre verksemdar, eksempelvis kunstkritikarar, som ikkje vil kunne endra kunstverket dei kritiserer. Helsepersonell derimot er plikta til å intervenera overfor sin «tekst» - nemleg pasienten, og med utgangspunkt i at pasienten er i ein kontinuerleg situasjon bestående av påverknad og interaksjon, vil helsepersonellet måtte iverksetja bestemte tiltak for å få den informasjonen dei treng som grunnlag for handling. Difor vil dei påverka sin «tekst» ved å gjera noko med han. Dermed «*fins det med andre ord ingen «lesing» uten «intervenering»*» (Thornquist, 2003, s. 192).

## **Metode**

Her vil eg gjera greie for val av metode, informantar og korleis materialet er blitt til og behandla.

### **Val av metode**

Målet mitt med denne oppgåva byrja som eit ynskje om å forstå og læra av ABH sin praksis. Då fall det naturleg å ta utgangspunkt i eit film-opptak med ABH i klinikken. Grunna lite erfaring i fagutøvinga fann eg det hensiktsmessig å sjå filmen ilag med ein eller fleire erfarne klinikkarar. I og med at det var ABH sin praksis som var i fokus, så ville det høva seg å sjå filmen med nokon som hadde direkte kjennskap til og opplæring hjå ho. På denne måten tenkte eg at eg ville få mest mogleg kunnskap om hennar praksis. Då fall det høveleg å velja eit kvalitativ intervjustudie med ei hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. I det ligg det at eg ynskjer å forstå informantane mine sine erfaringar, opplevingar og meiningar om fenomenet som er i fokus. Slik sett blir målet å få ei djupare innsikt i, og her ligg det mulege kjelder til ny kunnskap og utvida forståing av eit fenomen (Malterud, 2011, Thornquist, 2003).

## Utval

For å få svar på det opprinnelege ynskje mitt gjorde eg eit utval av tre sentrale personar i denne fagtradisjonen, som eg ynskja å namngje. Grunnen til det er deira sterke bidrag både i henhold til ivaretaking og utvikling av fagfeltet – gjennom publikasjonar, forskning, engasjement i fagdebatten og i praksisfeltet. Det er vesentleg at utvalet er satt saman slik at det sikrar tilstrekkeleg variert og rikt materiale om det ein ynskjer å seia noko om når studien er gjennomført (Malterud, 2011). Eit strategisk utval er satt saman i den hensikt å generera materiale som skal setja lys på problemstillinga ein vil studera (ibid). På bakgrunn av dette og deira lange erfaring i fagfeltet meina eg det ville vera av stor betydning og vesentleg interesse for akkurat deira forståing og synspunkt. I tillegg var det vesentleg at informantane hadde direkte kjennskap til ABH gjennom opplæring og/eller eigenbehandling hjå ho, slik eg tidlegare har skildra. På bakgrunn av desse inklusjonskriteriane meina eg å sikra meg tilgong til det kunnskapsfeltet eg søkte. Søknaden min til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om å identifisera informantane blei godkjent med desse grunngevingane (vedlegg 2).

Når det gjeld aktuelt film-opptak gjorde eg eit val blant film-opptaka som er å finna på Natur- og helsebiblioteket ved Universitetet i Tromsø. Pasientbehandlinga i filmene varer anten cirka 30 eller cirka 50 minutt – avhengig om det er 1.gongs prøvebehandling eller påfølgjande behandling. Grunna tidsramma for intervjuet vurderte eg det som mest adekvat å velja tilfeldig blant filmene på 30 minutt. Samtlege opptak representerer ein tradisjon og ein praksis eg ynskjer å finna ut av, og difor var det ikkje vesentleg kva opptak eg valde. Det aktuelle opptaket var det same eg viste til alle tre informantar.

## Rekruttering

Eg etablerte kontakt med informantane via ein uformell e-post. Eg gjorde kort greie for studien min og spurte om det var interessa for å delta. Eg gjorde det klart at om dei svara ja på aktuelle tidspunkt, så kunne dei likevel ombestemma seg seinare. I tillegg ba eg dei ta kontakt med meg eller vegleiar per telefon eller e-post om dei ville ha meir informasjon om studien. Om dei takka ja, ville det bli sendt ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 1). Alle tre informantane takka ja til å delta, og skreiv under samtykkeerklæringa.

## **Informantar**

Det var eit ynskje frå mi sida å navngje informantane i studien, noko dei blei gjort merksam på i samtykkeerklæringa. Eg la vekt på at dette ikkje var vesentleg for verken gjennomføring eller resultat av studien, og at om ein informant ynskja å vera anonym, så ville eg anonymisera alle tre. Likevel sa alle seg viljug til å vera namngjevne i studien.

## **Gjennomføring av intervju**

Som tidlegare nemnd, var utgangspunktet for intervjuet eit film-opptak av ABH i pasientbehandling. Med andre ord blei filmen førande for kva tema som blei aktualisert. I tillegg hadde eg nokre spørsmål eg ynskja å stilla både før og etter filmen (vedlegg 3). Undervegs i filmen var eg meir eller mindre initiativrik med omsyn til å koma med eigne refleksjonar eller å stilla spørsmål – i form av at eg ba dei utdjupa refleksjonane/kommentarane dei kom med eller at eg stilte dei spørsmål utifrå det eg såg i filmen. At eg sjølv skulle vera så aktiv var ikkje ein del av planen, og er noko eg vil koma tilbake til i metodediskusjonen. Hovudsakleg la eg vekt på at dei skulle snakka fritt om det som filmen genererte til det. Intervjuet hadde i grunn meir preg av samtale enn intervju. Eg var bevisst på å ta ei rolla som var aktiv lyttande - ved å koma med mange stadfestande og oppmuntrande nikk og ord og lydar, som «mmm» og «ja». Haldninga mi til informantane var å stilla meg mest mogleg open i forhold til kva tema dei løfta fram knytt til filmen og spørsmåla mine. Intervju er kjenneteikna av det å vera fleksibel, la seg overraska av svara og opnar opp for at ein kan forfylgja uforutsette trådar (Kvale og Brinkmann, 2009).

Eg avtala via mail om aktuelle tidspunkt og stad for intervju. Eg reiste av garde til to av informantane. Det eine intervjuet føregjekk i informanten sin private heim og det andre intervjuet blei gjennomført på vedkommande sin arbeidsstad. Den tredje informanten tilbydde seg å koma til min arbeidsplass. Eg viste filmen på eigen PC med ekstern høgtalar for betre lyd. I tillegg hadde eg rigga opp video-kamera, som tok opp heile intervjuet. Føremålet var at transkriberinga skulle bli enklare i etterkant – ved å kobla informantane sine kommentarar til dei aktuelle scenene i filmen med ABH. Dette blei ikkje vesentleg for den vidare utforminga av oppgåva i og med at eg bestemte meg for å ikkje fokusera på å prøva å analysera aktuelle film (dette kjem eg tilbake til under metodediskusjon). I tillegg nytta eg digital lydopptakar for å sleppa å bli distraherert av skriving undervegs, og heller fokusera på å vera til stade i situasjonen. Filmene med ABH varte 30 minutt, og intervjuet med film-visning varte mellom 2

timar og 24 minutt og 2 timar og 37 minutt. Rett etter kvart intervju skreiv eg ned refleksjonar eg gjorde meg om sjølve intervju-situasjonen, inkludert mi rolla som den som hadde ansvaret for struktur, rammer og tråden i intervjuet. I tillegg noterte eg ned tankar om tema som eg opplevde som tydelege hjå kvar av informantane. Det gjekk tre veker frå fyrste til siste intervju blei gjennomført. Etter at alle intervju var gjennomført hørte eg gjennom lydopptaka og noterte på nytt tema, stikkord, setningar som særleg fanga interessa mi. Desse samanlikna eg med dei notata eg hadde gjort etter kvart intervju.

## **Transkripsjon**

Eg byrja transkriberinga etter at alle intervju var gjennomført, og eg gjorde denne jobben sjølv. Å gjera det slik er ein stor fordel i høve oppklaring av utydelegheit eller som er av tyding for meiningsinnhaldet i utsegnene (Malterud, 2011). I tillegg inneber transkripsjonane ein ny samanheng som opnar opp for andre slutningar og refleksjonar, og kan i praksis bli ein start på dei spørsmåla som ein stiller teksten meir eksplisitt i analyseprosessen (ibid). Eg skreiv ned intervju ord for ord på bokmål i og med at dette er deira skriftspråk og tale, samt for å gjera transkriberingane meir lesarvennlege. Eg meiner at dette ikkje har hatt tyding for meiningsinnhaldet i teksten. Alle gjentakingar, latter, lydar og nølingar blei nedteikna. Pausar og nølingar blei markert med prikkar og lyden «eh». Eg nytta tankestrek i dei tilfella informanten avbraut tankerekkje si, men snakka vidare om det same temaet i det neste. Grunna store mengder materiale, så har eg lete vera å transkribere nokre få deler. Eg meiner at dette har vore ein forsvarleg strategi då eg har finne desse delane uvesentleg for og på sida av problemstillinga i oppgåva. Eg har dog notert meg tidsintervalla og kva det handla om, og har fleire gonger høyrte gjennom desse delane for ei ny vurdering om å transkribere dei. I tillegg har eg høyrte gjennom lydopptaka fleire gonger for å sikra at nedskrivninga har vore mest mogleg korrekt. Likevel er det slik at transkribering alltid vil medføre ein reduksjon av intervjusituasjonen fordi kommunikasjon ansikt til ansikt vil alltid bestå av meir enn ord (Thornquist, 2012).

## **Analytisk strategi**

Gjennom heile denne oppgåva har eg jobba parallelt med empiri, teori og analyse, som har påverka kvarandre gjensidig. Dette er i tråd med ein hermeneutisk spiral, som inneber ein dynamisk arbeidsprosess, som vekslar mellom heilskap og deler, mellom å 'lesa' i detalj og å 'lesa' med eit kontekstualisert blick (Thornquist, 2012). Denne arbeidsprosessen har medført



at analyse av empirien har påverka val av teori, og lesing av teori har gjort at eg har sett nye aspekt ved empirien. Denne vekselprosessen har føregått gjennom heile oppgåva.

## **Analyseprosessen**

Etter at teksten var skriven ned las eg gjennom transkripsjonane og tok stikkord på tema som peika seg ut. Dette gjorde eg fleire gonger. I kvart intervju laga eg tema med kategoriar som utmerka seg, og deretter såg eg etter felles tema og kategoriar på tvers av intervjuane. Sidan oppgåva mi skifta karakter undervegs – frå eit ontologisk til eit epistemologisk nivå – måtte eg lesa gjennom transkripsjonane på ny og sjå etter tekstelement som kunne seia noko om ABH si fagutøving og kunnskapsstrukturen i NPMF. Thornquist (2003) skriv at å velja tekstelement som har potensiell kunnskapskraft, er ein del av strategien med å velja ut. Det inneber at ein god del av datamaterialet må leggjast til side.

Eg valde å konsentrera meg om det som eg oppfatta som overordna tema i forhold til kunnskapsgrunnlaget i NPMF, eksemplifisert ved ABH si fagutøving. Under desse tema laga eg eventuelle kategoriar for å tydeleggjera innhaldet for lesaren og skjerpa lesaren si merksemd mot det eg ville ha fram.

## **Metodediskusjon**

I denne delen vil eg diskutera dei utfordringane eg har støtt på i samband med val av metode og gjennomføring av prosjektet.

## **Intervjuprosessen**

For å kunne seia noko om praksisen til ABH, tenkte eg at det beste utgangspunktet ville vera å sjå eit film-opptak av ho gjort i klinikken. Eg var i tvil om eg ville laga ein intervju-guide knytta opp mot filmen eller ikkje. Eg opplevde at eg hadde mange «kvifor» knytta til filmen, men såg at ulempa kunne bli at eg styrte blikket og utsegnene til informantane i ei bestemt retning, og at eg dermed kunne mista andre aspekt som eg på førehand ikkje hadde tenkt på. Med tanke på deira lange og breie erfaring i fagfeltet tenkte eg at intervjuet kunne bli meir spennande om eg lot dei snakka fritt utifrå det filmen genererte til dei. Å velja ein bevisst naivitet som tilnærming, der ein ikkje har ferdige kategoriar på førehand, kan opna for nye og uventa fenomen (Kvale og Brinkmann, 2009). Eg rekna med at dette vil by på lite problem å

la dei snakka fritt i og med deira taleføre i samband med erfaring innan forskning, undervisning og publikasjonar, noko som viste seg å stemma. Ved oppstart av intervjuet opplevde eg likevel at to av informantane uttrykte usikkerheit på rammene for intervjuet. Det verka som om denne fridomen til å snakka om det dei ville utifrå filmen, gjorde at dei blei litt usikre på kva dei skulle kommentera. Men det verka som om usikkerheita gjekk fort over, og at filmen engasjerte. Eg var sjølv aktiv i intervjuet med spontane spørsmål til filmen og til det dei sa. Dette vil eg koma tilbake til under mi rolla som forskar. Eg laga meg likevel nokre spørsmål på førehand som eg stilte før og etter filmen (vedlegg1) – både som ei innleiing til og avslutning på filmen, og som kjelder til kunnskap eg potensielt ville kunne nytta meg av i oppgåva.

## **Rolla mi som forskar**

Som sagt, så var eg aktiv under intervjuet med innspel. I kvalitativ forskning er subjektiviteten til forskaren rekna som ein ressurs i motsetnad til meir tradisjonelle vitenskapssyn (Thornquist, 2003). I samband med dette blir refleksivitet eit viktig omgrep, som inneber at forskaren tydeleggjer si eiga rolla og reflekterer over bidraget sitt i forskingsprosessen (ibid).

Eg var aktiv med spørsmål og undringar til det informantane kom med. I tillegg spurte eg òg utifrå det EG såg i filmen og fann interessant. Det var ikkje ein del av planen. Grunnen til at det likevel blei slik, er at utifrå deira svar og kommentarar såg eg brått nye ting ved det same fenomenet, noko som igjen genererte nye spørsmål og undringar hjå meg. Dermed bestemte eg meg for å stoppa filmen og spørja for å «fanga» denne potensielle kjelda til ny forståing og læring. Dermed kan eg nok ha blitt meir førande for kva tema som blei snakka om i intervjuet enn det som var føremålet, og mulegeins ha «hindra» andre tema eller aspekt ved same tema å koma fram, som potensielt kunne ha kome om eg ikkje «forstyrra».

På ei anna sida er dette (fortsatt) i tråd med ei hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Empirien blir ikkje samla inn, men blir til i ein interaksjon mellom informant og intervjuar som agerer og påverkar kvarandre (Kvale og Brinkmann, 2009). Med andre ord finns ikkje «sanninga der ute», men blir skapt i dialogen med informantane og er prega av ein relasjon (ibid). Kven eg er for informantane, kva intensjon eg har og kva intensjon dei trur eg har med prosjektet vil dermed påverka svara og refleksjonane informantane kjem med – på same måte som mitt kjennskap til informantane påverkar min interaksjon, forventingar og spørsmålsformuleringar til dei. Eksempelvis merka eg meg at eg var ganske nervøs i forkant av intervjuet. Eg synest spørsmåla mine under intervjuet er prega av denne usikkerheita, og dei

er tidvis uklåre og ufullstendige. Heldigvis har erfaring med undervisning og det å «ta ordet» gjort at dei, iallfall tilsynelatande, skjønna kva eg spurte etter og kom med svar og refleksjonar ikring det. I tillegg måtte eg til tider stilla naive spørsmål ved ting som kunne synast opplagt og sjølv sagt både for meg og dei, men for å fram meininga i det som er ei taus erfaring eller høyrer til «stammespråket» innanfor i den diskursen både eg og informantane tilhøyrer.

## **Analysearbeidet**

På bakgrunn av at føremålet med oppgåva i etterkant blei endra til å prøva å finna ut noko om korleis ein kan forstå ABH si fagutøving og NPMF, så var det ikkje lenger eit poeng å analysere sjølve filmen. Fyrst var eg redd for at eg hadde feila med å spørja etter og undra meg over lite relevante tema. Men etter kvart som eg las teori om kunnskap og tok på meg andre «briller» når eg las transkripsjonane, skimta eg kunnskapsgrunnlaget i informantane sine utsegner. Eg fekk ei erkjenning av at kunnskapsstrukturen ligg i korleis me snakkar om det fenomenet me snakkar om.

Då eg byrja analysearbeidet, såg eg i nokre tilfelle at eg skulle ha etterspurt nærare forklaring av fleire omgrep, ord og uttrykk dei nytta. Eg tenkjer òg at eg skulle ha bede om nærare utdjupingar, der kunnskapsstrukturen i faget blei nærare aktualisert, og stilt spørsmål i forhold til det. På ei anna sida synest eg å ha fått innsyn i dette gjennom måten dei snakka om det dei såg og tematiserte. Dessutan har eg nytta meg av ABH sine synspunkt, der ho er direkte sitert og omtala i litteraturen, for å understøtta informantane sine utsegner.

Frå å gå i gong med dette prosjektet med utgangspunkt i å finna «sanninga» om kva NPMF er, så har eg enda opp med ei erkjenning av at «sanninga» ikkje finns og at eg aldri kan bli sikker. På same måte kan eg heller ikkje bli sikker på kva informantane mine «eigentleg» meina med det dei sa. Med dette som utgangspunkt og erkjenning kan eg veksla mellom heilskap og deler i intervjuet, prøva å forstå omgrepa utifrå ulike perspektiv eller visa til korleis omgrepa er nytta i andre samanhengar. I hermeneutiske og postmoderne fortolkingsformer er det tillate med eit mangfald av fortolkingar, og dette er ein styrke ved forskning som nyttar intervju (Kvale og Brinkmann, 2009). Å leita etter informantane si eigentlege meining er fånytt, fordi i ei hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming ser ein på meining som noko som blir skapt i interaksjonen mellom intervjuar og informant (ibid). Eit anna viktig aspekt er at det er høgst usikkert om informantane alltid veit kva dei eigentleg meinar, og at meininga eller deler av ho kan koma fram undervegs (ibid).

## **Reliabilitet, validitet og transparens.**

Eg har streba etter transparens (gjennomsiktighet) ved å gjera greie for forskingsprosessen, slik at lesaren sjølv kan vurdere reliabiliteten (truverdigeita). Reliabilitet (truverdigeit) handlar det om å gjera eit godt handverk og vera presis gjennom forskingsprosessen (Thornquist, 2012). Når det gjeld validitet handlar det om prosjektet lykkast i å undersøkje det som var føremålet (ibid). Eg har, som det har kome fram tidlegare, grunna på om eg ville fått annleis og betre svar om eg var klår frå byrjinga av kva føremålet med prosjektet var. Eg meiner likevel at kunnskapsstrukturen i NPMF og i ABH si fagutøving har kome fram i måten dei har snakka om fagutøvinga på. Slik sett meiner eg å ha ivareteke validiteten.

## **Etiske omsyn**

Prosjektet omfatta personopplysningar og måtte dermed godkjennast av NSD før oppstart. Eg ville gjerne at informantane skulle vera identifiserte, og grunngav dette i informasjonsskrivet som eg sendte til dei. Eg gjorde dei merksam på at dei stod fritt i å velja og at eg ville respektera deira avgjerd. Alle tre sa ja til å bli identifiserte. Etter at transkripsjonane var gjennomført fekk alle tre tilbod om å lesa gjennom. Dette for å hindra misforståingar eller at eg hadde mista viktige poeng (Tjora, 2013). To av dei tre informantane takka ja til dette, og hadde ikkje noko vesentlege tilbakemeldingar å koma med som hadde tyding for den vidare bruken av empirien i prosessen.

I eit forskingsprosjekt kan det oppstå ei spenning mellom å vera tru mot informantane og det overordna målet med forskinga, som er å stilla seg kritisk på avstand og å kasta lys på det som skal undersøkast (Thornquist, 2012). Dette betyr at den måten eg presenterer empirien på ikkje treng å samsvara med informantane sine opprinnelege meiningar og opplevingar. Vidare har eg nytta meg av dei utsegnene som i mine augo har hatt potensiell kunnskapskraft til å svara på problemstillinga. Dette inneber ei ujamn fordeling mellom informantane sine utsegner som presentert under dokumentasjonsdelen. I same del har eg forsøkt å skilja informantane sine utsegner frå mine tolkingar gjennom å setja deira utsegner i feit skrift. Såleis har eg prøvd å ivareta deira opprinnelege utsegner.

## **Dokumentasjon - analyse – diskusjon**

I denne delen av oppgåva har eg vald å presentera analyseresultata, sjå dei i lys av teori og diskutera fortløypande. Til slutt vil eg sjå funna i lys av problemstillinga.

Eg har vald å ta med utsegner som best representerer dei tema som utmerka seg i empirien, og som har størst relevans for problemstillinga. Dei står i feit skrift. Gjentakningar, ord og lydar som ikkje er vesentleg for meiningsinnhaldet er fjerna. Prikkar indikerer liten pause. I dei tilfella der informantane har lagt særleg vekt på ord, så har eg skrive desse orda i store bokstavar. I tillegg nyttar eg ein god del av utsegner frå ABH sjølv, som eg har henta frå grunnlagslitteraturen i faget. Dei står både i kursiv og i anføringssteikn, lik andre direkte sitat eg nyttar frå teori. Ord eg vil særleg utheva har eg streka under.

Men aller fyrst vil eg kort presentera informantane mine.

### **Presentasjon av informantane**

#### Gudrun Øvreberg

Utdanna fysioterapeut og blei elev hjå ABH frå byrjinga av 1960-åra (Ianssen et al, 2014). Ho har lagt vekt på å vidareføra psykomotorisk fysioterapi på ein måte som ABH gav uttrykk for å setja pris på (ibid). Sidan 1971 dreiv ho eige fysikalsk institutt i Harstad, og har vegleia 30-40 studentar i psykomotorisk fysioterapi fram til formell kompetanse (ibid). Øvreberg utvida pasientgruppa til å inkludera born og gravide, og utvikla konseptet med rørslegrupper etter psykomotoriske prinsipp (Bunkan, 2014). I tillegg har ho vore medforfattar på to bøker og står bak fleire DVDar om rørsle og undersøking i NPMF (Johnsen, 2011). Det har òg blitt laga ein DVD-serie om hennar profesjonelle liv og fagutøving. Som 70-åring sa Øvreberg opp avtalen med kommunen og avslutta rørslegruppene (ibid).

#### Berit Heir Bunkan

Utdanna fysioterapeut som blei elev hjå ABH frå midten av 1950-talet (Bunkan, 2014). Ho utdanna seg seinare til psykolog. Tidlegare 1.amanuensis emerita ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og jobbar no som forskar ved senioravdelinga ved same høgskule. Er dei siste åra blitt aktiv i å promotera faget internasjonalt på kongressar, og har skrive over tjue bøker (Larsen, 2015). Tok doktorgrad på den kvantitative kroppsundersøkinga Den Omfattende Kroppsundersøkelsen (DOK), som byggjer på den klinisk baserte Ressursorienterte

Kroppsundersøkelsen (ROK) (Bunkan, 2010). Ho blei slått til ridder av St. Olavs orden 1.klasse i 2004 for sin tydingsfulle innsats med etableringa av Norsk psykomotorisk fysioterapi (Larsen, 2015).

### Eline Thornquist

Utdanna fysioterapeut og var ferdig utdanna psykomotorikar i midten av 80-talet. Blir rekna med i dei tidlegaste generasjonar av psykomotorikarar fordi ho gjekk i eigenbehandling hjå ABH (Bunkan, 2014). Professor ved Høgskolen i Bergen og ved Universitetet i Tromsø. Ho har variert erfaring frå undervisning, forskning og klinisk verksemd (Thornquist, 2009). Interessefeltet er breidd, og ho har gjennom åra vore oppteken av forholdet mellom praksis og teori, klinisk verksemd og dokumentasjon (Bunkan, 2014). Ho har skrive fleire bøker og publisert mange artiklar nasjonalt og internasjonalt (Thornquist, 2009). Thornquist har gjort ein vesentleg stor innsats for NPMF og for grunnlagstenkinga i faget, og er ubetinga den personen innan fagtradisjonen som har publisert mest (Bunkan, 2014).

## **Tileigning av Norsk psykomotorisk fysioterapi – kroppsleg læring i praksis**

### Handlingskunnskap

Den tradisjonelle førestillinga om innhald og struktur i utdanning er kort sagt som fylgjande: Fyrst skal ein tileigna seg bokleg lærdom og deretter nytta denne lærdomen ute i praksisfeltet. Med andre ord sjåast praksis på som tillempa teori og dermed som underordna teori (Josefson, 1998; Molander, 2015). Dette står i skarp kontrast til den form for utdanning som ABH meina måtte til for at elevane hennar skulle tileigna seg faget. Då Øvreberg tok kontakt med ABH for å gå i lære hos ho, fekk ho beskjed om fylgjande: **Hvor jeg ringte til henne, og så sa hun: «Ja, hvis du skal lære deg noe, så må du komme hit og få behandling. Og så får du finne ut av hva du skal spørre om. Og hvis det går bra, så lærer du det på den måten.»** Etter kvart fekk Øvreberg direkte vegleiing i pasientbehandling av ABH, det ein kallar meister-svein læring, og fortel at **det var jo den ene aha-opplevelsen begynte å renne inn hos meg etter hvert.**

Bunkan utdjup korleis undervisninga føregjekk, og poengterer at dette blei læringsgrunnlaget hennar. ABH sitt læringsideal kjem endå tydelegare fram i reaksjonen på Bunkan sitt ynskje om å studera psykologi: **...og så var undervisningen – det var seks behandlinger èn gang i uken (ler litt). Og så**

**var det at hun demonstrerte for oss. Og det gjorde jo hun til stadighet. Så diskuterte vi litt både før og etter. Så det er det som ble mine bøker [...] og jeg såg etter hvert at jeg trengte mer psykologi. Det likte hun ikke. For vi skulle LÆRE av det vi opplevde, og vi skulle lese Braatøys bøker og mer trengte vi ikke.**

Materialet levnar lite tvil om at ABH hadde eit praksisbasert læringsideal. Dette kan henga saman med at ho sjølv gjorde seg erfaringar og utvikla seg i praksisfeltet ved hjelp av Braatøy: «*Vi drøftet kasus og forsøkte å finne nye veier. Hvis jeg sa til han «dette får jeg ikke til», så sa han: «forsøk da noe annet, finn på noe.»*» (Bunkan og Thaulow, 1982, s. 6). Truleg skal Braatøy ha råda ABH til å verken lesa teori eller gå på kurs fordi han skal ha sett hennar potensial for eigenutvikling (Øvreberg og Andersen, 2002).

I lys av kunnskapsteori kan ABH sitt læringsideal plasserast i ein praksisbasert kunnskapstradisjon, som formidlar og skapar kunnskap gjennom eksempel eller modell, til dømes frå meister til svein, gjennom øving og personlege erfaringar (Johannessen, 2013; Molander, 2016). Denne kunnskapen blir ofte omtala som taus fordi han ikkje finns i språklege formuleringar, men heller viser seg i handling og gjennomføring av oppgåver – gjennom å gjera - «showing by doing» (Molander, 2016, s. 36; Polanyi, 2000). I praksis trengs det eit merksamt blick for ulikskapar og for det unike i kvar situasjon, og er noko ein ikkje kan lesa seg til (Josefson, 1998). Det er viktig å ha gode førebilete, å ha moglegheit til å observera og å erfara gjennom å gjera sjølv for å utvikla denne handlingskunnskapen (Josefson, 1991).

Praktiske former for kunnskap er ofte omtala som kunst, slik som kokkekunst, legekunst og så vidare, og viser seg som sagt i sjølve handlinga og resultatet av handlinga (Molander, 2016). Det kroppslege og merksemda er i fokus: Det rette handgrepet, å ha auga for kva som skal gjerast og når (ibid). At det er den kroppslege merksemda som er det sentrale i denne kunnskapen, kjem fram i det Øvreberg omtalar som noko av kjerna i NPMF: **...vi skal snakke med fingrene, vi skal SE med hendene, og vi skal KJENNE bevegelsene og vi skal GJØRE bevegelsen SELV!** Med andre ord kan me seia at det er snakk om å tileigna seg ein kroppsleg kompetanse gjennom å nytta sansane i handling. Dette blir ytterlegare tydeleggjort då Bunkan svarar på spørsmålet om kva ho har teke med

seg frå ABH: **Jeg sitter jo og ser at jeg har lært alt hun gjør der og alt hun gjør der, så jeg har fått den I meg både ved å SE på henne og vi har hatt mange behandlinger.** At det er ein kroppslig kompetanse som òg kan føregripa utviklinga i ein behandlingssituasjon, kjem fram i det ho svarar på spørsmålet om korleis ho kan veta korleis ABH resonnerer på filmen: **Nei, jeg vet jo hva hun er ute etter (ler). Jeg ser jo...jeg kjenner jo grepene! Jeg ser jo det! [...] Jada, jeg VET jo, for jeg kjenner jo igjen hendene hennes PÅ meg på en måte.**

Bunkan si vektleggjing av å ha fått kunnskapen i seg og Øvreberg si vektleggjing av å kjenna som ein føresetnad for å veta kva ABH kjem til å føreta seg, kan ein forstå i lys av Merleau-Ponty som hevdar at minne og kunnskap sit « i kroppen», «i hendene», at kroppen «veit» og «forstår», *under erhvervelsen af en vane*» (Merleau-Ponty, 1994, s. 100). Bourdieu (1996) skriv om at det «å ha sans for spillet er å ha det i kroppen» (s. 137), og er ei praktisk meistring «*av spillets fremtid, det er en følelse av dets historie*» (ibid). Såleis kan ein seia at kroppen «veit» og «forstår» på bakgrunn av erfaring, og er dermed ei kjelda til kunnskap (Thornquist, 2003). Merleau-Ponty viser til at det å skriva på maskin og spela orgel handlar om avstandar og stillingar som «sit i kroppen». Subjektet sitt habituelle kroppsminne er fundamentet for at handlingar kan utførast koordinert og utan famling - det Merleau-Ponty kallar kroppsskjema (ibid): «*Det er helt bokstaveligt sandt, at den person der lærer at skrive på maskine, integrerer tastaturets rum i sit kropsrum*» (Merleau-Ponty, 1994, s. 124).

### Eigenbehandling – tyding av kroppslege opplevingar for læring

Øvreberg fortel om den fyrste gongen ho var til ABH, og at den kroppslege opplevinga ho opplevde der var byrjinga på hennar nyskjerrigheit og interessa for faget: **Nei, hun satte meg i en spesiell stilling, så jeg skulle få ryggens kurvatur, og da var jeg også litt stiv til min store forbauselse. Og så la jeg på benken da, og så jobbet hun litt med meg – jobbet litt til jeg (uklår tale) oppi TAKET, kjente fingrene inn i ryggen. Jeg hadde aldri hatt vondt, men hun...var som å få en nål inni der, og så jobbet hun litt og sa: «Nå kan du stå opp og henge ned.» Og så hang jeg helt ned [...] Det var starten på det hele.** På spørsmål om kva Bunkan har teke med seg frå ABH, svarar ho blant anna: **Og**



**at jeg selv har ENDRET meg i hennes behandling. Det har jeg tatt med meg [...] Jeg har hørt dårlig hele livet fra jeg var seks år og hadde meslinger. Så hørt dårlig, og det var veldig anstrengende for meg å gå på skolen, jeg hørte ingenting på ortopedien. Men så kom jeg til Bülow, og så ble hørselen bedre.** Det kan verka som den kroppslege erfaringa gjennom eigenbehandling har vekkja hennar nyskjerrigheit og interessa på same måte som for Øvreberg.

Masteroppgåva til Weideborg (2013) tek opp tydinga av eigenbehandling for studentane i denne fagtradisjonen, og viser til at det bidreg til djupare innsikt i og kunnskapsforståing av faget. Dessutan får dei gjennom behandlinga erfara den terapeutiske relasjonen frå perspektivet til pasienten. Det blir lagt til grunn at praktisk kunnskap og profesjonsstudiar krev personlege erfaringar for å kunne utøva faget og vera i stand til vurderingar basert på skjønn (ibid). Sannsynlegvis samsvarar dette med Øvreberg og Bunkan sine kroppslege erfaringar i eigenbehandling hjå ABH, sama om dei ikkje utdjup tydinga noko vidare i intervjuet.

At ABH var bestemt på at eigenbehandling var avgjerande for å tileigna seg faget kan hengja saman med at Braatøy sjølv var oppteken av å oppleva behandlinga på eigen kropp, samt var ein pådrivar for at alle legane på hans avdeling skulle gå i eigenbehandling (Bunkan og Thaulow, 1982). Informantane til Weideborg fortel om skjelsetjande erfaringar og erkjenningar, og funna tyder på at eigenbehandling er eit eksempel på erkjenning og læring gjennom kroppen, som er vanskeleg å setja ord på (Weideborg, 2013). Merleau-Ponty set kroppen i sentrum for erkjenning og erfaring, og som tidlegare sagt blir dermed kroppen forstått som ei kjelda til kunnskap (Thornquist, 2003) – ein kroppsleg kunnskap som ikkje naudsynleg let seg verbalt artikulera, og som føyer seg innunder postulatet «*Vi kan vite mer enn vi kan si.*» (Polanyi, 2000, s. 16). Johannessen (2013) nyttar seg av omgrepet fortrolighetskunnskap for å visa til at legitim kunnskap kan ha tause innslag. Han eksemplifiserer dette ved å spørja retorisk om korleis ein kan skaffa seg kunnskap om lyden av ein klarinett, og hevdar at det er sjølvinnlysande at det må baserast på fyrstepersonserfaringar (ibid). I lys av det kan ein forstå at (eigen-) behandlinga «*gir en innsikt som ikke kan erstattes med ord*» (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 124). Utifrå det som er belyst så langt ser ein at det å sjå, å gjera

og å vera er tause former for kunnskap i tyding av at det er ikkje all kunnskap som kan verbalt artikulert (Molander, 2016).

## **Ein relasjonell praksis**

### Samhandling og kontekst

**Jeg kan love deg at det har tatt tid, altså. Ja, jeg kan love deg det har tatt tid, det skulle bare mangle. Altså, det er som når du har gjort noe...tenker på Leiv Ove Andsnes holdt på i ett år med Beethoven – med noe av Beethoven – for å få han innunder huden: Hva er det Beethoven vil si? [...] Det tar tid. Det ER ikke noe lettvinde greier! Det ER et annet LEVENDE vesen! Og du er et levende vesen! DU har forskjellige forutsetninger; har du sovet dårlig, har du...ikke sant? Et eller annet...så er du ikke så åpen, altså, det er jo livet dette her, da! (Øvreberg)**

Utsagnet til Øvreberg vitnar om og minnar oss på at praksis er meir enn teori, metodar og teknikkar. Profesjonell verksemd er relasjonell prega, og samhandling med andre er både mål og føresetnad (Måseide, 2008). Det viser til at me handlar ilag og i høve til kvarandre – uansett kva me gjer eller ikkje gjer (ibid). Med andre ord handlar det om møte mellom menneske som påverkar kvarandre – ei samhandling som skjer der og då. Merleau-Ponty seier at det er som kroppslege vesen me er retta mot kvarandre, er i kontakt med kvarandre og blir integrert i det sosiale liv (Merleau-Ponty, gjengjeve etter Gretland, 2007, s. 24). På bakgrunn av denne samhandlinga i behandlingssituasjonen som Øvreberg kan seiast å påpeika, uttrykk ho at det tek tid å tileigna seg faget. Som eg vil trekkja fram litt lenger nede, så inneber profesjonell utvikling blant anna å bli trygg i relasjonar, noko ein lærer i praksis. Kva implikasjonar dette har for synet på læring og praksis, kjem fram i det ho seier: **For det er mennesker det gjelder! Menneske til menneske! Og du lærer ikke det av å sitte og bla i bøker og se på skjermen.** Det kan vera ein av grunnane til at Øvreberg framhevar at meister-svein modellen burde innførast i NPMF (igjen), noko ho poengterer fleire gonger i laupet av intervjuet.

Det kjem fram i både Øvreberg og Thornquist sine utsegner at kontekst har tyding for det som skjer i behandlinga. Thornquist seier: **Pasientene kan ha en dårlig dag, vi kan ha en dårlig dag – vi må ikke være kjappe på å trekke slutninger.**

**Situasjonen er SÅ bestemmende for om pasienten tillater seg å SLIPPE!** Som Thornquist her poengterer, så er konteksten gjensidig avhengig av korleis pasient og terapeut kommuniserer og samhandlar, eksempelvis på bakgrunn av dagsform. Dette har tyding for kva som skjer i undersøkinga eller i behandlinga – i dette tilfelle om pasienten kan endra på spenningsmønsteret sitt ved å gje etter. Med ei slik forståing av praksis, så kan me her ane kimen til problem når praksis skal undersøkast med metodar som implisitt forfektar det tradisjonelle vitkapsidealet. Dette idealet set seg føre å eliminera all unødig «støy» av menneskelege og kontekstuelle faktorar ved trua si på prosedyrer og standardisering. I det evidensbaserte praksis-systemet blir kunnskapen kun knyt til sjølve behandlingmetoden, og samhandlinga og det relasjonelle aspektet er noko som kjem i tillegg (Ekeli, 2005). Med andre ord blir praksis redusert til eit einseitig orsak-verknad forhold, som dreier seg kun om tiltak og effekt av metode og teknikk.

### Pasienten

**Du må MØTE det mennesket...du må ikke kjøre det på dine premisser. Hvis du får inn et menneske med vondt i ryggen, så be de gå rundt i rommet mens vi prater littegrann. Det er ikke MEG som er til behandling. Du må fange inn DÈT MENNESKET.** Med dette utsagnet viser Øvreberg at det er pasienten som skal vera i sentrum. Terapeutar skal leggja til rette for at pasienten kan tre fram og bli viktig. Om Trygve Braatøy er det skrive at han hadde eit humanistisk utgangspunkt som lege i møte med pasientane, og var sterkt kritisk til den upersonlege og byråkratiserte medisinen (Vollset, Meland og Nessa, 2004). Han skal ha sett på pasientane sine som samarbeidspartnarar, noko som var ei uvanleg haldning på den tida (ibid). Han anbefalte ABH å høyra på pasientane sine klager for «*det er kun pasienten selv som føler dem.*» (Bülow-Hansen, 1982, s. 17). Dette utsagnet vitnar om respekt for pasienten sine personlege erfaringar med plager og sjukdom. ABH si læresetning nummer 1 var: «*Det er av pasientene vi lærer*» (Ianssen et al, 2014, s. 22), og kan seiast å visa til den same haldninga som Braatøy hadde. Det handlar om å ta pasientane på alvor, og sjå på deira opplevingar og erfaringar som ei kjelda til kunnskap.

Mastergradsoppgåva til Hildegunn Nyre (2013) viser at psykomotoriske fysioterapeutar framhevar erfaringar i praksis med pasientar som det sentrale i deira profesjonelle utvikling. Det inkluderer både auka tryggleik i metodane som blir nytta og auka relasjonell tryggleik. At behandlingssituasjonane er ein gjensidig læringsarena er noko fleire påpeikar tydinga av (Thornquist, 1995; Aars, 2000). ISDP-studien (The International Study of the Development of the Psychotherapist) inkluderte 9000 terapeutar frå ulike profesjonar og frå ulike land, og viste at praksiserfaringar med pasientar var det mest tydingsfulle for profesjonell utvikling (Orlinsky, Botermans & Rønnestad, gjengjeve i Rønnestad, 2008, s. 286). Dei meir tradisjonelle akademiske læringsarena, som å gå på kurs, seminar, lesa bøker og artiklar blei rangert som mindre vesentlege, noko som i seg sjølv er eit interessant funn – med tanke på vektlegginga av teoretisk kunnskap i det tradisjonelle vestlege synet på kunnskap (Johannessen, 2013; Molander, 2016; Josefson; 1991, 1998).

### Terapeuten

Thornquist og Bunkan kommenterer ABH sin kommunikasjonsstil undervegs i filmen – både av kroppsleg og verbal art – og korleis det blant anna påverkar samhandlinga med pasienten. Når ABH i filmen tek opp anamnese, fortel Bunkan at ABH var av den oppfatning at ein ikkje skulle spørja pasienten ut om deira emosjonelle liv, men at det ville koma i laupet av behandlinga. Bunkan påpeikar at dette er avhengig av relasjonen mellom pasient og terapeut, og at det er det ABH jobbar med på «sin måte»: **Det er veldig avhengig av relasjonen mellom terapeut og pasient. Så relasjonen vil jo avgjøre det som kommer. Og det som er med Bülow, relasjonsoppbygning, hun holder jo på med relasjonsoppbygning her! Og det gjør hun! På sin måte! [...] Hun er veldig overbevisende i SIN MÅTE! Tror veldig på det hun selv gjør, og det bærer dårlige pasienter gjennom! Fordi relasjonen blir trygg og god.**

Sett på bakgrunn av fokuset på kommunikasjon i helsevesenet i dag og korleis terapeut-rolla har utvikla seg, er det sannsynleg å tenkja at mange ikkje vil reagera udelt positiv på ABH sin kommunikasjonsstil. Det kan verka som om Bunkan er merksam på nettopp det faktum i det ho seier: **Så kan man si: «Ja, autoritær, men...» Det var mer en bestemhet hos folk før enn det er nå. Nå skal man**

**forstå i ett sett, og det kan gå for langt det også. Det var Bülow, så jeg forsvarer hennes bestemthet. Jeg gjør det.**

Det kan verka som om Bunkan viser til at ABH prøver å ivareta pasienten ved å gjera det på «sin måte» - utifrå sine forutsetningar som menneske og terapeut i ei anna tid med andre krav, forventingar og innhald i dei profesjonelle rollene – men at ein slik stil har noko positivt ved seg: **Jeg tror jo det at hennes tro på sitt - på egen oppmuntring av pasienten, BAR pasienten gjennom masse angst. For når du har en så trygg person som henne, selv om man er litt autoritær, så BÆRER hun angsten din! Du blir ikke angst. Du tror ikke hun gjør feil, du kan stole på henne. Hun gjør ikke noe galt med deg. Så den BÆRER folk sin angst ved at hun ER en så FLOTT person! Og tror så FANTASTISK BRA om det hun gjør! Det er gull verdt, altså.**

Det er nærliggjande å sjå dette «gullet» som ein gunstig påverknadskraft både på pasienten og i konteksten. Thornquist peikar på ei litt anna sida ved ABH – nettopp hennar tilstadevere i behandlingssituasjonen, trass hennar autoritære måte å vera på: **Men det som er fint er jo...du ser jo hvor konsentrert hun jobber! Hun er ikke en person som er et annet sted, altså! Hun er helt og fullt hos pasienten, men man kan lure på måten å være det bestandig. Men hun er iallfall konsentrert!**

Ekeland (2000) skriv om placebo, som meining og «*kontekstuell medisin*» (s. 3). Behandlaren og behandlingsrelasjonen gjev i seg sjølv placebo, og er samhandlinga prega av varme, respekt og tillit legg ein grunnlaget for håp og forventingar –som igjen aukar moglegheita for placeboeffekt. (ibid). Han legg til grunn at det å skapa meining ved sjukdom må ha ein adaptiv funksjon i det at det aktiverer kroppen sitt eige helbred, og at desse meiningsforholda skapar tillit til behandlaren, behandlingssituasjonen og til eigen kropp. Dette genererer ei kjeda av gode tankar og kjensler, som aukar moglegheitane for helbred. Ekeland påpeikar at dette fortel oss at kroppen er meir enn biologi, men er samanfletta med kommunikative relasjonar i kulturelle kontekstar. I intervju med ABH, seier intervjuaren: «- *Jeg har jo vikariert for deg, og har ofte forundret meg over at pasientene ikke mister troen når behandlingen trekker ut.*» - *Det kommer av at de på en måte blir så med på det som skjer», sier Bülow* (Bunkan og Thaulow, 1982, s. 6). Det kan vera fleire grunnar til at ABH opplevde at pasientane blei delaktige, men i lys av placebofenomenet som meining og kontekst, så er det nærliggjande å tenkja at ABH som terapeut spela ei stor rolla.

Poenget med å trekkja fram ABH som person og terapeut er å løfta fram at vår samhandling av verbal og kroppsleg art påverkar praksis – igjen: Påverkar kontekst og samhandling med pasienten. Det kan verka innlyssande, men dette er likevel ikkje noko som blir rekna med i det forskingsidealet som EBP forfektar (Ekeli, 2002, 2005) . Tvert imot, dette blir som tidlegare nevnt, sett på som «forstyrrende» element, som bør eliminerast i størst mogleg grad. Det er med andre ord ekskludert som å ha vesentleg tyding for praksis. Likevel, som me ser av informantane sine utsegner om ABH sin interaksjon med pasientar, så har ABH i kraft av å vera den ho er og samhandla på den måten ho gjer, vesentleg tyding for behandlinga. Det er verdt å påpeika at det på førehand ikkje kan avgjerast kva konkrete element i og rundt behandlingssituasjonen som for ein bestemt pasient kan fremja eller hemma placebo – nettopp av den grunn at det er snakk om subjektive opplevingar (Ekeland, 2000).

### Kroppsleg samhandling

I alle filmane eg har sett av ABH nyttar ho handklede under behandlinga, og tidvis brukar ho relativ lang tid på at pasientane skal liggja optimalt ved hjelp av desse. Både Thornquist og Bunkan gjev uttrykk for at dei tidvis synest det blir vel overdrive, men begge ser likevel at det har fleire viktige funksjonar. Bunkan seier: **Da skal ikke lordosen falle NED og bli stram. Det skal være en lordose der. Det er det ene. Og det andre er at det blir en god støtte der, en trygghet i ryggliggende stilling. Det samme gjelder nakken. Det andre er at det er veldig mye PUSLING rundt dem. Det er mye IVARETAGELSE fra Bülow sin side. [...] Her er det pasienten blir viktig for Bülow. Pasienten skal ligge slik og slik, pasienten skal kunne slappe av der den ligger [...] Men det er mye omsorg i måten hun gjør det på.**

Handklede representerer både ein støtte for å oppretthalda dei anatomiske gunstige lordosane i korsrygg og nakke, som ei støtte for å gje tryggleik i psykologisk forstand og at ABH gjennom denne puslinga uttrykker omsorg overfor pasienten.

Øvreberg legg vekt på tydinga av berøring som ein føresetnad for å skapa tillit mellom terapeut og pasient:

**Ja. Og så tar Bülow, og så kjenner hun der «okei!», ikke sant? Så blir de kjent med seg selv! Og når de blir kjent med seg selv ved hjelp av Bülow – så skaper du en tillit og**

**fortrolighet! Slik at du profiterer med psykososiale , relasjonelle historier, for «denne damen har jo kjent på meg! Hun har forstått meg ved at hun har kjent på meg!» Det har skapt en tillit, så historiene kommer lettere. Men ikke slik at «nå skal vi snakke sammen om hvordan du har det.» Det er en distanse, spør du meg.**

Thornquist ser at handa til ABH både utfordrar og skapar tryggleik i det ho seier: **Du ser hun er på med pekefinger og tommel, og KNIPER! Hun er jo ute etter et respirasjonssvar – ganske mange! Men hun avslutter ikke med den! Hun har med den lille utstrykningsgrepet [...] Da ville jeg tenkt det er å roe. Det er å lage en litt slik trygghetssituasjon. Du kommer ikke med en spiss finger, og så slutter du! Du avslutter det (lattermild). Det er jo slik gammeldags massasje-råd, som har veldig mye for seg. Altså, når du blir borte og pasienten ligger og ser ned eller et eller annet, og ikke vet hvor du er – at du merker at det er en slags avslutning. Du ligger ikke der og lurar på «kommer det en stikkende finger nå?» Det er en avrunding!»**

Utsegnene peikar på at den kroppslege samhandlinga mellom terapeut og pasient handlar om å skapa tillit og tryggleik. Dette er grunnleggjande i den menneskelege utviklinga frå spedbarnsalder av (Binder, gjengjeve etter Gretland, 2007, s. 36-37). Å få omsorg er i det heile tatt grunnlaget for at spedbarnet kan erfara at det er til (ibid). Omsorg skapar ei trygg verd, og gjev erfaringar på korleis ein etter kvart kan vera ilag med andre (ibid). På bakgrunn av dette kan ein seia at menneska forstår seg sjølv i lys av andre sine handlingar og vurderingar, og difor er evna til å stadfesta seg sjølv nettopp forutsatt at ein har opplevd (og opplev) å bli stadfesta av andre (Goffmann gjengjeve etter Gretland, 2007, s. 41). Med andre ord står relasjonar sentralt for at menneske skal forstå seg sjølv. Dermed bør den terapeutiske relasjonen ha som mål å blant anna fremja sjølvkjensla (ibid). Gjennom korleis terapeuten møter pasienten og vektlegg aspekt som blant anna aukar kroppskontakt ligg kimen til eigenomsorg og det å stadfesta seg sjølv. I lys av dette kan ein forstå ABH si vektlegging av liggjestilling, og at det å formidla tryggleik gjennom hendene kan opna opp for at pasienten kan erfara tryggleik og at egne erfaringar og opplevingar er tydingsfulle. Her ligg i mange tilfelle ei spire til heling, og ei hjelp til sjølvhjelp.

## Handverket

### Dei gode hendene

Alle informantane framhevar hendene til ABH og korleis ho nyttar dei. Øvreberg seier: **Den er så FANTASTISK! Den som har kjent den hånden på seg, glemmer det aldri.**

Thornquist legg til: **...den måten hun bruker hendene på er helt nydelig! [...] Hun er jo veldig aktiv med hendene sine, og det var det jeg synes var DEILIG som pasient, altså, du fikk liksom noe...hun, altså...GUIDING snakker man om i nevrologi - hun driver med guiding hele tiden! Hun HJELPER bevegelsen! HJELPER bevegelsen! Se hvordan hun dytter hele tiden! Ja.** Thornquist gjev uttrykk for ei kroppsleg oppleving gjennom å gå i behandling hjå ABH. Det kan verka som om ho kjenner dette att i filmen, i form av å poengtera ABH si evne til å guida og hjelpa rørsler. Kva denne måten å nytta hendene på impliserer for praksis, kjem fram i det fylgjande:

**Og det at hun GJENTAR...altså, hva er det undersøkelser har blitt i dag? Jo, det er tester. Du skal ha standardiserte tester, du skal gjøre det èn gang og du skal skrive ned resultatet. Nå har hun (pasienten) bøyd seg fem ganger! Hun har fått hjelp av en god, sviktende hånd! Så selv om hun (pasienten) er litt usikker, så har hun tross alt fått noe litt annet! DÈT er det vi kan lære av Bülow! Hun er der med SEG! [...] Alle som nå står litt slik...jeg ser studenter i dag, nesten med hendene i lommen, så ber de pasienten gjøre noe...de er jo liksom ikke DER! Med SEG og HENDENE! Det er hele dette test-regimet – vi skal gjøre det samme! Hvis du tar GFM-undersøkelsen, ikke sant – du SKAL gjøre det på den måten, og så skal du skrive ned. Du skal ikke hjelpe, men hele psykomotorisk ER jo...det er jo dette som gjør at det blir prøvebehandling! Du ser jo «gir hun litt mer etter?» Gjør det samme flere ganger! «Er det fleksibilitet her eller er det bare èn måte å gjøre det på?» Så akkurat det synes jeg liksom er hele cluet med Bülow! Så hun er i gang! Hun bare ser og prøver! Og hjelper! [...] Hun har sagt det på litt forskjellig måte hvordan hun (pasienten) skal bøye seg, og så kommer hånden litt forskjellig. Og så slipper pasienten litt mer.»**

Utsagnet vitnar om at ABH sin praksis står i sterk kontrast til den standardiseringa og manualbruk, som EBP-systemet fremjar (Ekeland, 2000). ABH er kroppsleg nær pasienten med seg sjølv og hendene, prøver seg fram med ulike måtar å instruera og nytta hendene på, for å vera i stand til å vurdere belastingsforhold og



potensialet for kroppsleg endring som på sikt kan gje betring av funksjon og plager. I eit intervju seier ABH: «*Generelt sett kan man nok følge en linje i behandlingen, men man må individualisere for hver enkelt likevel.*» (Bunkan og Thaulow, 1982, s.5). Dette seier mykje om ABH sitt syn på praksis, og er i samsvar med utsagnet til Thornquist. ABH brukar seg sjølv, inkludert kunnskapen og ferdigheitane sine, i eit forsøk på å få fram pasienten sitt funksjonspotensial. Med andre ord er ABH i kraft av å vera den terapeuten ho er med sin kliniske kompetanse ein del av verknaden av behandlinga. Praktisk kunnskap er som sagt kroppsleg, noko som betyr at han ikkje kan skiljast frå den som har han og nyttar han (Grimen, 2008; Josefson, 1991; Molander, 2016,). Ekeland (2008) skriv at «evidens-forskinga» alltid har hatt som mål å utvikla kontekstfrie metodar. Det betyr: Å påvise at ei behandling verkar, gjeve ei spesifikk diagnose - vel og merka – og at verknaden opptreer uavhengig av pasientane, uavhengig den som yt ho og uavhengig konteksten. Informantane sine utsegner tyder på at røynda og klinisk praksis ikkje ser slik ut. Det finns ikkje kontekstfrie metodar – nettopp av den grunn at menneske er intensjonelle vesen som agerer og reagerer.

### Intuisjon, presisjon og det passelege

Øvreberg og Bunkan kommenterer fleire gonger ABH sitt kliniske blikk. Dei refererer både til at **hun er så trenet** og at **alt er så automatisert hos henne**. Dei kommenterer korleis ho nyttar sansane sine; høyrsel, syn og berøring: **...så hører hun og ser på pasienten hele tiden**. Øvreberg seier: **Og se bare – med det samme hun (ABH) tar på henne (pasienten), så har hun en STOR hånd når hun tar på henne. Det er ikke noe sånn (illustrerer fomlande hender). Ikke sant? Det er ikke...ja, det er en STOR, ÅPEN hånd. Som hun tar på henne (pasienten). Og som hun gir inntrykk av, så gir hun en indikasjon med STOR hånd nedover, og den andre der (illustrerer det ABH gjer; ei hand på toppen av pasienten si ryggsoyla medan den andre handa glir nedover ryggsoyla). Så du...hun prøver å fange helheten**. På spørsmål om korleis ABH gjer det, svarar Øvreberg:

**Hun SER hvordan bena kommer ut, hun SER hvordan hun går rundt benken, hun SER hvordan hun setter seg opp. Hun SER det kontrollerte, det langsomme, det HOLDTE! Og hun følger med på ben og hun har hendene, hånden bakpå her (peikar på ABH si hand som ligg på pasienten sin brystrygg, medan den andre handa roterer pasienten si hofte). Så hun KJENNER hele veien. Hun tar inn helheten hele tiden! Skjønner du hva**

**jeg mener? Hun ser både oppe og nede, hun ser midt på, hun ser hvordan hun setter seg. Ser hvordan hun går rundt benken, og når hun hang ned, så såg du at da skvatt tærne litt opp og hun strakk seg til dels med knærne, men så brukte hun nakken og overkroppen til å strekke seg, og da tar Bülow den (krakken) under med en gang [...]**  
**Ja. Hun har på seg – alt.**

Utifrå dette så kan me sjå at denne evna til å ta inn pasienten sin funksjon og kroppslege uttrykk handlar om å nytta sansane sine. Molander (2016) hevdar at praktisk kunnskap kan seiast å vera ei form for merksemd, blant anna ei kroppsleg merksemd. At det er kroppen som er sentrum for denne kunnskapen, legg grunnlaget for Dreyfus-brødrene (1986) sin stadiemodell i tileigning av ekspertise. Dei meiner at det er kroppen som legg merke til verda, og som ynskjer ei samstundens atkjenning av situasjonen og den optimale gestalten av situasjonen for å vera i stand til å handla adekvat. ABH sjølv understreka tydinga av denne kroppslege merksemda blant anna gjennom bruken av hendene for kompetansen ho har tileigna seg: «*Det er min bruk av følelsene i hendene og min intuisjon som har ført meg dit jeg er i dag.*» (Øvreberg og Andersen, 2002, s. 24). Men kva meiner ABH med intuisjon?

Josefson (1991) skriv om den tause, erfaringbaserte kunnskapen i sjukepleiaryrket, og kallar det fortlugheitskunnskap. Ho påpeikar at mange oppfattar det synonymt med intuisjon, som blir assosiert med noko gåtefullt, diffust og ofte noko som kvinner er spesielt utstyrt med. Difor er ho kritisk til å nytta det omgrepet fordi ho vil markera at den kunnskapen det er snakk om «*är resultatet av ett kvalificerat arbete och inte något mystiskt.*» (s. 33). Likevel viser ho til filosofen Hans Larsson, som skreiv boka Intuisjonsproblemet i 1912. Han hevda at intuisjon er evna til å «*samtidigt fasthålla momentens mångfald*» i motsetnad til diskursiv oppfatning, *när man successivt fattar det ena momentet efter det andra* (Larsson, gjengjeve etter Josefson, 1991, s. 33).

Larsson sin måte å forstå intuisjon på kan likna på den måten Dreyfus og Dreyfus (1986) nyttar omgrepet. Dei hevdar at ekspertar har ei form for intuitiv ekspertise. Dei viser til at dei tre fyrste stadium for å oppnå ekspert-kompetanse er prega av ei analytisk og problemløysande utøving av ferdigheit. Etter kvart blir han/ho fullstendig involvert i handlingskrevjande situasjonar, og veit augeblikkeleg kva

som skal gjerast utan å måtte bevisst vurdere og tenkja over det. Med andre ord: Ikkje ha ein klår plan på førehand. Dette kjem godt fram i skildringa av korleis ABH arbeidde: «*Hun ville ikke følge noen plan som var lagt på forhånd. Hun øste av et enormt repertoar av erfaringer som hun tilpasset det aktuelle øyeblikk. Hun gjorde noe, så fulgte hun nøye med hva det førte til og fortsatte ut fra dette og ikke ut fra noen ferdig plan. Hun arbeidet fra øyeblikk til øyeblikk.*» (Øvreberg og Andersen, 2002, s. 14-15). Som det er skildra her, så skjer slike handlingsval på grunnlag av ei stor mengde tidlegare erfaringar med komplekse situasjonar (Dreyfus og Dreyfus, 2016).

Denne måten å forstå ekspertise vanskeleggjer oppgåva med å verbalt setja ord på grunnlaget for handlingskompetansen for han/ho som har han – nettopp fordi han er ureflektert og augeblikkeleg (Dreyfus og Dreyfus, 1986). Av den grunn viser slike ekspertar ofte til eksempel (ibid). Sett i lys av dette, så kan ein forstå ABH som ein «intuitiv ekspert», som av den grunn nytta eksempel i form av kasuistikkar og praktiske demonstrasjonar når elevane hennar spurte etter grunngevingar for det som blei gjort (Bunkan, 2014).

På spørsmål om kva Øvreberg har vore oppteken av å ta med seg vidare frå det ho lærte av ABH, svarar ho: **PRESISJONEN! I palpasjonen! PREISJONEN i samtalen! Spørsmålene! Ikke snakke seg ut i det uendelige og lage tolkninger, som det ikke finnes noe fasit på! Her kan man blomstre i all verdens samtaler, uten at det endrer det mennesket det har med å gjøre. For det er først når du TAR - kommer under huden på det mennesket at det kan endre seg.** Øvreberg knyt omgrepet presisjon til ein kroppsleg handlingskunnskap. Seinare i intervjuet snakkar ho om tydinga av det passelege: **Og så gi den passende mengden og type informasjon, som er passende på det tidspunktet. Og hvis du blir for overivrig, som mange av de unge er, så er jo ikke det passende informasjon. Det blir så mye at de rygger bakover. Så dette å gjøre det PASSELIGE i samtalen, det PASSELIGE i massasjen, det PASSELIGE i øvelser, det PASSELIGE i skiftning av stillinger, FOR å kunne gi en endring som er passende, så de kan svelge unna. Hvis det blir for mye, så rygger de tilbake.** På spørsmål om korleis ho veit når noko er passeleg, svarar ho: - **Erfaring.**

Kva Øvreberg legg i omgrepa `presisjon` og `det passelege` kan ein sjå i samanheng med det som er skildra av ABH si fagutøving:

*«Senere, da vi kom med `overordnede betraktninger`, som for eksempel at hun i sitt forhold til de hun behandlet var `passe uvanlig` og ikke `for mye eller for lite uvanlig`, og sa det til henne, reagerte hun med forbauselse: «Gjør jeg det?» Dette svaret ledet til en ny `overordnet betraktning`, nemlig at hennes hender ganske presist visste hva de skulle gjøre, uten at tanken nødvendigvis grep det. Hendene ble hele tiden assistert av øynene. Hendene og øynene fant ut fra øyeblikk til øyeblikk om det som foregikk var `passelig uvanlig` eller ikke.» (Øvreberg og Andersen, 2002, s. 13)*

Presise hender som veit kva dei skal gjera og som ilag med augo finn ut når noko er passeleg eller ei - dette kan ein sjå i lys av Schön (1991) sitt syn på profesjonell kunnskap. Han hevdar at den kompetente praktiskar vanlegvis veit meir enn ho/han kan seia, og dermed utviser ei form for kunnskap som er taus. Han kjem heller til syne i måten oppgåva blir gjennomført på. Med andre ord finns kunnskapen i sjølve handlinga. Han nyttar omgrepet refleksjon-i-handling, og knyt dermed ein indre samanheng mellom handling og tenking. Vedkommande kan tidvis reflektera over denne intuitive kunnskapen medan ho/han er i handlinga - i ein situasjon som kan vera overraskande, uklår, usikker og kompleks. Refleksjon-i-handling inneber at praktiskarar kan endra tilnærminga undervegs i ein handlingskrevjande situasjon, og difor kan ikkje denne handlingskompetansen reduserast til eit sett av teknikkar uavhengig konteksten (ibid). Ei slik form for improvisasjonskunnskap er altså ingen naudløysing, men eit kjenneteikn ved god yrkesutøving og krev mykje erfaring.

Schön (1991) seier at refleksjonen ikkje berre skjer i praksis, men òg over praksis – at ein i ettertid kan vurdere handlingane sine og resultata av dei, og utifrå det forkasta eller eksperimentera vidare. På bakgrunn av alle desse mulegheitane for refleksjon, så kan praktikaren bli forskar i eigen praksis (ibid). Basert på sin grunnleggjande kunnskap, forståing og ferdigheitar på feltet, så kan praktikaren etablere ei ny forståing, kunnskap og teori utifrå den unike situasjonen (ibid). I lys av dette kan ein forstå ABH si (eigen-) utvikling av NPMF: *«Jeg klødde meg i hodet mang en gang – hva nå, mon tro? Men det var ingen som kunne gi meg*

*løsninger. Det var ingen som kunne fortelle meg hva som var riktig og galt. Og det var jo det jeg lærte av.» (Thornquist og Bunkan, 1986, s. 123).*

## **Grunnlagstenking**

### Kroppssyn

Bunkan fortel om korleis ABH såg på kroppen:

**Og da var det kroppens fullstendige sammenheng mellom ytre kropp og kroppsholdning og pust. Og muskulatur og bevegelser. Det er faktorer som er HELT avhengig av hverandre. Det er ikke pusten først og muskulaturen etterpå, men de går i ett. Så for å få pusten til, så må du få holdningen til. Og for å få holdningen til, så må du bruke ting som virker på muskulaturen OG på proprioseptorene. Og så må du SETTE i gang de holdningsrefleksene som strekker deg. (Bunkan)**

Det dreiar seg ikkje om enkel kausalitetsforklaring, men eit gjensidig samspel mellom delar som påverkar kvarandre og verkar samstundes. Thornquist og Bunkan (1986) skriv at NPMF representerte eit heilskapssyn på menneske, og var fyrst og fremst knytta til kroppen som ein samspelande heilskap, samt at kropp, kjensler og pust var avhengige faktorar (ibid).

I NPMF har pusten ein sentral posisjon og er rettesnora i behandlinga. Thornquist utdjup:

**Den virker inn på HELE spenningsnivået! Den har en GLOBAL funksjon! Ja, den virker ikke bare avspennende der du er ! Det lokale påvirkes av det generelle – det er cluet, altså! Altså, hvis du hviler bedre og gir etter, så slipper det også lokalt!**

Thornquist understreker tydinga av regulering i NPMF og påpeikar at det er poenget:

**Men hele cluet i psykomotorisk er at vi REGULERER følelsene med kroppen. Det er den REGULERINGSFUNKSJONEN som er hele det spesielle [...] Jo. At alle kroppslige vaner og væremåter har en FUNKSJON i psykologisk forstand! Det er ikke tilfeldig! Men fordi de jo også både er**

**sosialt, kulturelt og psykologisk, så er folk kjappe på å tolke det psykologisk. [...] Ja, altså...hva er en søndag? Hva er en søndag for meg? Jo, det er en dag man går tur. Altså, en søndag uten å gå på tur er HELT utenkelig! Det er en kulturell vane! Uavhengig av mine følelser. Og jeg bruker det som eksempel fordi at jeg syns vi fysioterapeuter er veldig blinde for sosiale og kulturelle ting, ikke sant? Så for meg er det å ikke gå på tur en søndag – det er feil! En som har vokst opp i et miljø, som skal venne seg til å være mer aktiv, er rett og slett en større sak! Det er respekt for andres vaner fordi det er en del av sosialisering og hvem man er i verden. Så jeg syns fysioterapeuter er for kjappe på det psykologiske. Mens veldig mye vaner er sosialt og kulturelt betinget, og dermed blir du også påvirket som person, selvfølgelig! Men det inngår i en mye større identitetsskapning om hvem man er i verden.**

Frå byrjinga av 70-åra auka forståinga for måten å tenkja om heilskapen i kroppen (Thornquist og Bunkan, 1986). Kroppssynet i NPMF kan seiast å ha utvikla seg ved å byggja på ei kroppsfenomenologisk forståing (Engelsrud, 2001; Thornquist, 2006; Øien, 2010). Det er som kroppslege subjekt menneske handlar og samhandlar med kvarandre og omgjevningane - det er ein konkret og «situert» kropp som er binde til verda (Thornquist, 2003). Kroppen er erfarande, og levd liv og erfaring blir nedfelt i kroppen (ibid). I lys av dette blir det forståeleg at menneske er forskjellige og like samstundes. Menneske har sine individuelle erfaringar, men i ein kontekst; sosialt, kulturelt og historisk. Bourdieu nyttar habitus-omgrepet om det folk gjer i forståinga deira av den situasjonen dei er i (Wilkan, 2008). Kultur blir internalisert i menneska, og naturleggjer deira forståing og handlingar (ibid).

### Tilnærming i praksis

I eit intervju med ABH om kva som er det vesentlegaste ved psykomotorisk behandling, svarar ho: « - *Det er å behandle hele kroppen.*» (Bunkan og Thaulow, 1982, s. 14). Bakgrunnen for det, kan Bunkan seiast å utdjupa i det fylgjande:

**Og vanlegvis så får de jo når de kommer til en fysioterapeut, så er det behandling av nakken (peikar på pasienten sin nakke) det er et bittelite stykke av HELE det her (teiknar ein stor sirkel i lufta med handa). Men**

**Bülow, hun tar med ALT, så hun har forstått at kroppen henger sammen, og hun sa til meg at «hvis du behandler lokalt, Berit, så hender det at smertene flytter seg og du får pasienten tilbake med ryggvondt en annen gang!» Og det visste jeg jo fra fysioterapien, at er det ikke nakken, så er det ryggen, og har de ikke ryggen, så er det bena. Så derfor så er hennes metode tatt tak i akkurat det og behandler ALT!**

Med tanke på korleis terapeuten skal forstå funna, svarar Thornquist:

**Spenning kan ha forskjellig funksjon avhengig av en rekke andre forhold, så den psykomotoriske tenkningen er jo rett og slett at du innhenter informasjon på mange måter, og så sammenfatter vi. Vi tolker ikke enkeltfunn. Det er bare kjempeviktig [...] Og det henger sammen med tenkningen! Du kan ikke bare se et sted og så si hva det er. Du må innhente informasjon på flere måter.**

På spørsmål om kva Thornquist meiner er utfordringar i faget i dag, svarar ho blant anna:

**Av at kroppen alltid bare er et uttrykk for følelser. Det mener jeg er virkelig dødslinje. Det vi må holde fast ved nå er at vi er fysioterapeuter, men MED et utvidet blikk og en utvidet tilnæringsmåte. Og vi må kunne spille på alt sammen. Jeg tror vi feiltolker mye hvis vi ikke holder fast ved det [...] Ja, og jeg er virkelig en som er opptatt av emosjoner, så det er ikke det! Men hvis stikkordet var i dag – hva er utfordringen? Jo, det er dette som gjør at vi er spesielle. Det er det som gjør at vi kan noe andre ikke kan. Det ER at vi er fysioterapeuter først. Så den der diskusjonen som var for noen år siden: «Kan ikke leger også lære psykomotorisk fysioterapi?» Nei, det kan de ikke! Jeg tror ikke de vet hva en proprioepsjon er! Altså, de vet hvor utspring og feste er, men de vet ikke hva en funksjonell tenkning om kroppen er i det hele tatt! Så vi må ikke glemme det fysioterapeutiske, og vi må ikke glemme det håndverksmessige. Men det å klinisk vurdere noe – hvordan tolker du og ikke tolker du enkelt-funn, kroppens flertydighet – det ordet er det jo meg som har introdusert. Og det er veldig viktig. Gåsehud kan være fordi det er kaldt, og gåsehud kan være fordi noe er ekkelt, og gåsehud kan være fordi du syns det er fantastisk...er i et kirkerom med fantastisk musikk. Du kan få**

**gåsehud av det, ikke sant? Må ikke tolke enkelt-funn. Må ALLTID gjøre flere ting for å se og sammenfatte.**

Utsegna tyder på at det er viktig å ikkje tolka funna isolert, men sjå dei i samanheng.

På spørsmål om kva Thornquist har teke med seg frå ABH, svarar ho:

**Det er hele tenkningen! Om at du kan aldri behandle en lokal plage, men du må ta hensyn til hele kroppen og at med kroppen så regulerer og uttrykker vi følelser. Altså, det er hele grunntanken! Er det jeg har med meg. Så det er utenkelig for meg å behandle en kroppsdel, hvis du kommer med vondt et sted. Altså, det er rett og slett helt utenkelig (ler). Nei, for som Bülow sa: «Det er jo så selvfølgelig!» (ler). Og det er det virkelig for meg også. Det er så selvfølgelig.**

Som me ser av desse utsegna heng kroppssyn og tilnærminga i praksis nært saman. Slik eg ser det, så er heilskap og deler noko som ein finn att i måten å sjå på menneske og måten ein behandlar på. Ved å stadig sjå delane opp mot heilskapen, og heilskapen opp mot delane nyttar me eit fortolkingsprinsipp henta frå hermeneutikken – den hermeneutiske spiralen (Holgernes, 1997). Den viser til den prosessen av forståing som føregår kvar gong terapeutar, eksempelvis fysioterapeutar, fortolkar eit meiningsberande uttrykk, eksempelvis kroppen me har foran oss (ibid). Korleis me tolkar denne kroppen er avhengig av den forståingshorisonten me har på førehand. Det betyr fyrst og fremst kva kroppssyn me ser på pasienten med, og dernest korleis me forstår heilskapen mot delane og omvendt i akkurat den konkrete, individuelle kroppen me har foran oss. På denne måten blir forståinga vår utvida eller korrigert, og etter kvart endrar forståingshorisonten vår seg. Men den måten å forstå denne kroppen på, vil alltid vera påverka av vår personlege måte å forstå på – avhengig av mine faglege og personlege erfaringar. Å gjennomskoda eigne forståingsmåtar og tidstypiske være måte heilt ut er filosofisk umogleg, skriv Holgernes (1995, s. 99). Derved kan det aldri bli tale om å finna den rette tolkinga av menneske ein har foran seg. Difor er samarbeid med og etterspurnad av pasienten sine opplevingar og erfaringar så grunnleggjande viktig i alt terapiarbeid.



## **NPMF som kunnskapsbasert praksis?**

«Det er aldri noe vi alltid gjør», gav ABH som svar på spørsmål om fasit og oppskrifter (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 94). I staden for det oppfordra ho til å nytta intuisjonen og fantasien i tyding klinisk kompetanse i møte med pasienten. Thornquist og Bunkan skriv at ABH sjølv var bekymra for at NPMF skulle utvikla seg i ei uheldig retning og mista det levande og dynamiske (ibid). Forfattarane påpeikar at det kan vera ei rettkomen bekymring grunna det instrumentelle og statiske kroppssynet helsepersonalet forfektar (ibid). Denne bekymringa kan både Øvreberg og Bunkan seiast å dela i det dei seier:

**Så er det mange som ikke skjønner hva de holder på med, og som bare repeterer og ikke går inn i det man holder på med, men de kan det utenat! Å lære de tingene her og gjøre det utenat – det er ikke noe problem. Men å få det til å bli god TERAPI, som er problemet. (Bunkan).**

**Og så har de følelsen av at de skal følge en bok: De skal stå, de skal sitte, de skal gjøre det og det, de skal kjenne der og der, de skal ligge på magen, de skal sitte, de skal ligge på ryggen, de skal hvile i fem minutter, ferdig. Og så blir det en oppskrift! Som de trer nedover hodet på folk. En veldig klok kollega, som også har gått hos Bülow, hun sa, hun hadde et bilde en gang, som jeg har tatt, bruker mye i undervisning: Hvis du setter pasienten DER (foran) og fysioterapeuten HER (rett foran pasienten), og alle teoriene bak pasienten, at du ser pasienten med teorier og fysioterapi bak. Men hvis du står her og setter all din teori foran deg, og har pasienten bak, så skimter du ikke pasienten som menneske for all den kunnskapen og teorien du har foran deg. Du må ha all den kunnskapen, men du må ha pasienten rett foran deg! Og så må du bruke det verktøyet du har lært deg. Og det er det han filosofen, nå har jeg glemt navnet, sier at det mest opplagte og det viktigste, det ligger så opp i dagen rett foran deg at du ser det ikke. For du leter BAK – og det er ikke der du finner nøklene. Det er i det møtet der. (Øvreberg).**

Utsagna peikar på at det er ikkje NPMF kun som ei oppskrift i seg sjølv, som fører til god behandling og terapi. Det er nærliggjande å forstå desse ymta i retning av det fleirtydige og komplekse i praksisfeltet – i møte med pasienten. Det er uforutsigbart og ikkje gjeve på førehand, men som hjelp på vegen har ein

kunnskap og ferdigheit ein nyttar seg av. Som eg skreiv innleiingsvis, så peika eg på at fagtradisjonen sannsynlegvis utfordrar det etablerte synet på kva kunnskap er, og medan eg har skriva oppgåva har den aninga vist seg å stemma. Eg har undervegs forsøkt å leggja ut meir eller mindre openbare trådar for å kasta lys over nettopp dette, og eg spør igjen:

*Kan ein forstå NPMF som kunnskapsbasert praksis, og i så fall korleis?*

Funna indikerer ein praksis som er tufta på ein kunnskapsstruktur beståande av ein kroppsleg praktisk kunnskap. Han er taus i tyding av å ikkje la seg formulera på ein fullgod måte i verbal eller språkleg form, men viser seg i handling. Vidare er kunnskapen avhengig av den som har han, og blir utøvd i ein kontekst. Denne kunnskapen blir nytta i ei kroppsleg og verbal samhandling med pasienten, der fokuset er på pasienten sine reaksjonar og opplevingar. Dette betyr fylgjande: 1. Det utvidar det tradisjonelle kroppssynet, som samstundes med det reint mekaniske og biologiske, inneber å sjå på menneskekroppen som meiningsberande og dermed som ei kjelda til innsikt. 2. Det utvidar det tradisjonelle kunnskapssynet til å ta høgda for at legitim kunnskap kan ha tause innslag (i tyding av å ikkje kunne fullstendig verbaliserast eller skriftleggjerast) og må nokre gonger formidlast i andre former enn reint tekstlege.

I det fylgjande viser Øvreberg korleis ho møter kliniske situasjonar ved hjelp av kompetansen sin:

**«Nei, det er vel bare å repetere det jeg har sagt at jeg HELE tiden er på leit. At det ikke er noen fasit [...] Men du er på leit med hender, med hørsel, med syn. Du er på leit, du er på leit, og du begynner med hender og hørsel og syn og samtale og prøver å finne hva er det viktige å snakke om - du skal ikke snakke om alt. Da blir det bare saus. Men du må prøve å være presis! Og du må prøve å være presis der hvor muskelfibrene eller muskeldeler eller kroppsdelar har stoppet bevegelse, og hvor har pusten stoppet? Har pusten stoppet i maven, halsen, i tungen, i kjeven, i ryggen? Og pusten er, som sagt, ordene, og ordene er samtalen. Og ALLE emosjoner har pust.»**

Dette inneber at heller ikkje inngangsporten til pasienten sitt betringspotensial er gjeve på forhold, som Øvreberg påpeikar:

**Så er det endringen...da må du prøve å finne DER hvor muskelfibrene ROTTER seg sammen, slik at de ved din pågang kan gi en endring. Og så må du tenke «hvor er det hensiktsmessig, eller hvor er det det er kreativt å gi endring nå, slik at vedkommende kommer videre? Det er jo det store spørsmålet, ikke sant?»**

På bakgrunn av diskusjonen eg no har ført, så let eg utsagnet frå Øvreberg tala for seg.

## **Avsluttande kommentar**

Intensjonen med prosjektet har vore å læra meir om grunnlagstenkinga i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi ved å gå til kjelda sjølv – Aadel Bülow-Hansen. Gjennom bearbeiding og analyser av intervjumaterialet har eg fått innsikt i denne fagtradisjonen som har styrka oppfatninga om at NPMF er kunnskapsbasert. Konklusjonen har eg prøvd å underbyggja ved hjelp av teoriar om kunnskap frå fenomenologiske og hermeneutiske vitenskapstradisjonar. Samtidig ser eg at eg ikkje har fått fram dybden i denne erkjenninga så godt som eg kunne ynskja. Eg har streva med å forstå og finna omgrep som kan gripa den kropps- og relasjonsbaserte kunnskapen som NPMF er berar av og skulle gjerne hatt meir tid til å utforska desse spørsmåla:

Korleis skal me i vitenskaplege termer kunne snakka om den internaliserte forståinga for kroppsuttrykk og kroppslege reaksjonar som ABH viser i fagutøvinga si? Korleis og med kva omgrep kan me nytta for å belysa hennar kroppslege formidling til pasienten – desse hendene som forstår og veit? Korleis skal me kunne dokumentera at denne kroppslege kommunikasjonen kan opna opp for pasienten si forståing av eigen kropp, og sjå den i samheng med livet sitt? Korleis skal me kunne forska fram kunnskap som står opp under «hypotesen» om at det er gjennom situasjons- og kroppsneare samspel mellom pasient og fysioterapeut, samt dialogen gjennom og om kroppen, me finn både kunnskapen i NPMF og det legende potensialet behandlinga har?

Eg håpar at oppgåva kan sjåast som ei spire til eit vidare og større prosjekt for å forankra og utvikla teorigrunnlaget for denne fagtradisjonen som ein kunnskapsbasert praksis.

## Postludium

*«Nei, du må ikke gå enda, jeg sa jo at jeg skulle vise deg noe. Se her. Legg den ene hånden din her på maven min, her i epigastriet, og så kjenn på strupehodet med den andre. Nå spenner jeg strupen, og da kjenner du at jeg ikke puster i epigastriet. Så skal jeg løsne strupen litt og så svelge, da tømmer jeg ut all luften, så skal du kjenne.»*

*Aadel ler: «Kjente du? Er det ikke rart da? Når jeg slipper spenningen i tungen, puster jeg i epigastriet. Og da er det noe rart som skjer for mange. De klarer ikke å vente på at inspirasjonen starter av seg selv. De må liksom kontrollere den. Det er noe rart med det å la pusten skje av seg selv. Det skal mot til det.»*

(Øvreberg og Andersen, 2002, s. 26)

## Litteraturlista

- Ahlsen, B. (2014). *Making sense of chronic muscle pain. Analyzing gender in illness narratives*. (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Bengtsson, J. (2006). En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning. I: J. Bengtsson (Red.), *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Bourdieu, P. (2007). *Symbolisk makt*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Bunkan, B.H. og Thaulow, I. (1982). «Jeg er alltid optimist» - intervju med Aadel Bülow-Hansen. I: B.H. Bunkan, L. Radøy & E. Thornquist (Red.), *Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. (s.3-10). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2003). *The comprehensive body examination* (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Bunkan, B. H. (2010). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bunkan, B.H. (2014). *Fra Wilhelm Reich til Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen-tradisjonen i Norge*. Oslo: ABM-media as.
- Bülow-Hansen, Aa. (1982). Psykomotorisk fysioterapi. I: B.H. Bunkan, L. Radøy & E. Thornquist (Red.), *Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. (s. 15-21). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalelid, E. (2015). *Psykomotorisk fysioterapi i evidensens tidsalder. En kvalitativ studie av perspektiver på kunnskap, praksis og fagets fremtid, sett fra praksisfeltet*. (Mastergradsoppgåve, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Master i klinisk helsearbeid). Buskerud og Vestfold: Høgskolen i Buskerud og Vestfold
- Dragesund, T. (2012). *Development of a Self-report Questionnaire in the Context of Norwegian Psychomotor Physiotherapy*. (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Dreyfus, H. og Dreyfus, S. (1986). *Mind over machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. New York: The Free press.

- Ekeland, T.-J. (2000). Placebofenomenet – hvordan kan det forstås? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 25
- Ekeland, T.J. (2002). *Evidensbasert praksis – en god strategi?* Henta 03.mai 2016 frå, <http://www.forebygging.no/Kronikker/TIDLIGERE-KRONIKKER/Evidensbasert-praksis---ein-god-strategi/>
- Ekeland, T.J. (2008). Evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol 45, nr. 4, side 406-407
- Ekeli, B.V. (2002). *Evidensbasert praksis – snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten*. Høgskolen i Tromsø: Eureka Forlag.
- Ekeli, B.V. (2005). Fra evidensbasert praksis til praksisbasert evidens. I: C. Foss B. Ellefsen (Red.), *Helsetjenesteforskning*. (s. 49-74). Oslo: Universitetsforlaget.
- Engelsrud, G. (2001). Bevegelse som kunnskapsområde i fysioterapi. I: G. Stokkenes, T. Sudmann og G. Sæbøe (Red.), *Fysioterapi på terskelen*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Gallagher, S. og Zahavi, D. (2008.) *The phenomenological mind. An Introduction to philosophy and cognitive science*. London & New York: Routledge.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I. A. Molander og L. I. Terum, Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget
- Holgernes, B. (1997) *Brytninger i moderne vitenskapsfilosofi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ianssen, B. (Red.), Andersen, T., Hanssen, I., Kvebæk, I. Ottesen, A., Rongved, E. & Øvreberg, G. (2014). *Bevegelse, liv og forandring. Praksisnære beskrivelser av psykomotorisk fysioterapi*. Forfattargruppa har gjeve ut boka på eige forlag, som ikkje er oppgjeven.
- Jamtvedt, G., Hagen, K.B. og Bjørndal, A. (2003). *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metode og arbeidsmåter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, K. S. (1985). *Tradisjoner og skoler i moderne vitenskapsfilosofi*. Bergen: fagbokforlaget (s. 151-177)
- Johannessen, K.S. (2013). Tause kunnskaper i nytt lys?. *Norsk filosofisk tidsskrift*, vol. 48, nr. 2, s. 144-154.

- Johnsen, H. (2011). Portrett av Gudrun Øvreberg. Mellom motorisk utvikling og avvikling. *Fysioterapeuten*, vol. 78, nr. 10
- Josefson, Ingela (1991). *Kunskapens former. Det reflekterade yrkeskunnandet*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Josefson, Ingela (1998). *Läkarens yrkeskunnande*. Sweden: Studentlitteratur.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Larsen, H. (2015). *Karrieren tok av etter fylte 80*. Henta 05. mai 2016 frå, <http://khrono.no/friminutt/2015/01/berit-heir-bunkan>
- Lindvåg, D. (2014). Psykomotorisk fysioterapi randomiseres og kontrolleres. *Fysioterapeuten*, vol. 81, nr. 10. (s. 8-9)
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. og Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien*, nr. 13. (s. 58-61).
- Merleau-Ponty, M (1994) *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Molander, A. & Terum, L. I. (Red.), (2008) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, B. (1996). *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos
- Molander, B. (2015). *The Practice of Knowing and Knowing in Practices*. Frankfurt: Peter Lang Edition.
- Måseide, P. (2008) Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I: A. Molander og L. I. Terum, *Profesjonsstudier*.( s. 367-382). Oslo: Universitetsforlaget
- Nyre, Hildegunn (2013). *Mellom relasjon og refleksjon*. (Mastergradsoppgåve, Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige institutt). Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen*. Oslo: Spartacus Forlag AS.
- Rønnestad, M. H. (2008). Profesjonell utvikling. I.: A. Molander og L. I. Terum. *Profesjonsstudier*.( s. 279-292). Oslo: Universitetsforlaget

- Råheim, M. (2001). *Kvinnens kroppserfaringer og livssammenhenger. En fenomenologisk-hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske smerter*. (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Schön, D. A. (1991). *The Reflective Practitioner*. England: Ashgate Publishing Limited
- Stensland, P. (2000). Kroppslige dialoger – inngangsport til samtaler om fastlåste plager. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 24.
- Sviland, R. (2014). Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity. A theory generating study. (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Thornquist, E. & Bunkan, B.H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (1995). Musculoskeletal suffering: Diagnosis and a variant view. *Sociology of Health & Illness*, vol. 17, nr. 2, s. 166-188
- Thornquist, E. (1999). *Conceiving Function. An investigation of the epistemological preconditions, conceptualizations and methodologies in physiotherapy*. (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo). Oslo: Universitetet I Oslo.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2006). Face-to-face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Medical Anthropology*, 25:1, 65-97.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thornquist, E. (2012). *Movement and Interaction*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vollset, P., Meland, E. & Nessa, J. (2004). Trygve Braatøy – en nekrolog 50 år etter. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. Nr. 13.
- Weideborg, M. (2013). *Betydningen av egenbehandling for studenter i psykomotorisk fysioterapi*. (Mastergradsoppgave, Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige institutt). Tromsø: Universitetet i Tromsø.



Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Øvreberg, G. og Andersen, T. (2002). *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi*. Harstad: Compendius forlag

Øien, A.M. (2010). *Change and communication: Long-term Norwegian psychomotor physiotherapy treatment for patients with chronic muscle pain*. (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag). Bergen: Universitetet i Bergen.

Aars, Marianne (2000). Pasienters sykdomsforståelse. *Fysioterapeuten*, nr. 4

Åsvoll, H. (2009). *Teoretiske perspektiver på taus kunnskap*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

## Vedlegg 1

### Til informant

#### Førespurnad om deltaking i masteroppgåve.

##### Tittel:

*Ein hermeneutisk-fenomenologisk innfallsvinkel til den praktiske fagutøvinga til grunnleggjaren av Norsk Psykomotorisk Fysioterapi, Aadel Bülow-Hansen (1906-2001).*

*Eit kvalitativt intervjustudie basert på tre sentrale psykomotorikarar si fortolking av film-opptak.*

#### Bakgrunn, føremål og problemstilling.

**Bakgrunn:** Eg er fascinert av historien om korleis NPMF blei til ved Aadel BülowHansen i samarbeid med Trygve Braatøy. Eg har både lese og høyrte andre psykomotorikarar fortelja om hennar unike hender og blick i klinikken, og sjølv har eg sporadisk sett gjennom ein god del av undervisningsmaterialet, der ho behandlar pasientar. Kvar gong har eg kjent på ein glødande nyskjerrigheit etter å forstå det ho gjer og seier. Fyrst var tanken min at eg ville gjera eit forsøk på å analysa ein eller fleire av opptaka sjølv, men kjente på at mi avgrensa erfaring i denne tradisjonen kunne vera eit hinder for innsikta eg søker. Difor bestemte eg meg for å ville sjå eit aktuelt opptak ilag med tre sentrale psykomotorikarar, som alle har markert seg som tydelege bidragsytarar til ivaretaking og utvikling av denne tradisjonen. Gjennom å sjå film av BH ilag og la informantane si stemma om korleis dei forstår det dei ser og høyrer, håpar eg å finna meir ut av kva som ligg i denne fagtradisjonen generelt, BH sin praksis spesielt og kva som er vesentleg å løfta fram som verneverdig i hennar praksis.

**Føremål:** Føremålet med denne oppgåva er å vidareformidla BH sin lange praksis gjennom blikket til tre sentrale og erfarne psykomotorikarar, som alle var direkte elevar og gjekk i eigenbehandling hjå ho. Dette vil vera utgangspunktet for ynskje mitt om å analysa og vidareformidla det som er viktig i BH-tradisjonen – for å bidra både til ivaretaking og vidare utvikling av faget.

**Problemstilling:** Korleis forstår tre sentrale psykomotorikarar det Bülow-Hansen seier og gjer på det aktuelle film-opptaket?

#### Kva inneber deltaking i denne studien?

Datainnsamlinga vil føregå ved at eg vil sjå eit filmopptak av BH der ho undersøker/behandlar pasient, ilag med kvar og ein av Dykk tre informantar. Eg ynskjer at du skal stoppa opp undervegs i filmen, og kommentera det du finn interessant og som viktig å løfta fram. Om det er noko eg undrar meg over i det du seier, så ynskjer eg å stilla utdjupande spørsmål ikring temaet. Slik vil dette intervjuet vera prega av dei tema du finn viktig å kommentera, samt ein spontan dialog mellom meg og deg knytta til dei. Etter film-opptaket er over, så ynskjer eg å stilla deg nokre spørsmål knytta til forvaltinga av BH-tradisjonen i dag og i framtida.

Varigheit på filmvisning og intervju vil til saman ta mellom 2-3 timar.

Data vil bli registrert ved hjelp av video- opptak og digital lydopptakar, samt notat med penn og papir. Video-opptak vil bli nytta med tanke på å registrera gongene du stoppar filmen med BH, slik at det vil letta analysearbeidet mitt i etterkant.

### **Kva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysningar om deg vil bli behandla konfidensielt. Dei som vil ha tilgong til personopplysningane er prosjektleiar meg, Ingvild Teigen, og vegleiaren min, BrittVigdis Ekeli. Personopplysningane om deg vil bli lagra på video- og lydopptak, samt i notatar. Dette vil bli oppbevart i brannsikert skap på arbeidsstaden min. Min private PC har personleg brukarnavn og passord.

Eg ynskjer å navngje deg, og dei to andre informantane, i den ferdige publikasjonen. Grunnen er at du og dei to andre er strategisk valgt ut med tanke på Dykkar svært viktige bidrag i både ivaretaking og utvikling av fagfeltet - gjennom publikasjonar, forskning, engasjement i fagdebatten og praksisfeltet. På bakgrunn av dette og Dykkar lange erfaring i fagfeltet, vil det difor vera av stor betydning og interesse for kva du og dei to andre meiner. Likevel får du sjølvstilt valet om du vil bli navngjeven eller anonymiserte ved å setja eit kryss ved det føretrukne alternativet på side 5 i dette skrivet. Vil ein eller to av Dykk vera anonym, kjem eg til å anonymisera Dykk alle tre.

Prosjektet skal etter planen avsluttast 14.mai 2016. Då vil video- og lydopptak, samt notat bli sletta. Eg vil behalda data til eg får svar på om masteroppgåva mi er godkjent. I verste fall, om ho blir underkjent og eg treng omarbeida ho, kan det vera at eg treng data ei stund til.

### **Frivillig deltaking.**

Det er frivilleg å delta i studien, og du kan når som helst trekkja samtykkje utan å oppgje nokon grunn. Dersom du trekk deg, vil ikkje bidraget ditt bli nytta i denne studien og alle opplysningane om deg blir sletta

Dersom du ynskjer å delta og/eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleiar Ingvild Teigen på mobilnummer 95 13 71 66 og/eller mailadresse

[ingvildteigen@hotmail.com](mailto:ingvildteigen@hotmail.com). Du kan òg ta kontakt med vegleiaren min Britt-Vigdis Ekeli på mobilnummer 99 71 21 96 og/eller mailadresse [britt.ekeli@uit.no](mailto:britt.ekeli@uit.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning; Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykkje til deltaking i studien

Eg har motteke informasjon om studien, og er villeg til å delta.

-----  
(signert av prosjektdeltaker, samt dato)

I tillegg:

Kryss av for **eitt** av alternativa nedenfor:

- Eg samtykkjer til at personopplysningar (navn og fagleg bakgrunn) kan publiserast i gjeldande studie.
- Eg ynskjer at personopplysningar om meg skal vera anonymiserte i gjeldande studie.

Send denne sida av informasjonsskrivet innan 12.07.15 til prosjektleiar:

Ingvild Teigen c/o  
Inger Synnøve  
Teigen

Øyjordsveien 82

5038 Bergen

eller på mail-adressa: [ingvildteigen@hotmail.com](mailto:ingvildteigen@hotmail.com)



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

## Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Britt-Vigdis Ekeli

Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 05.06.2015

Vår ref: 43605 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.05.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43605

*Ein hermeneutisk-fenomenologisk innfallsvinkel til den praktiske fagutøvinga til grunnleggjaren av Norsk Psykomotorisk Fysioterapi, Aadel Bülow-Hansen (1906-2001).*

*Behandlingsansvarlig*      *UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig*      *Britt-Vigdis Ekeli*

*Student*      *Ingvild Teigen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO:* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

*TRONDHEIM:* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

*TROMSØ:* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ingvild Teigen [ingvildteigen@hotmail.com](mailto:ingvildteigen@hotmail.com)



# Personvernombudet for forskning

## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 43605

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Det oppgis at personopplysninger skal publiseres. Personvernombudet legger til grunn at det foreligger eksplisitt samtykke fra den enkelte til dette. Vi anbefaler at deltakerne gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

### Vedlegg 3

Spørsmål/tema før film:

1. Kan du presentera deg – namn og fagleg bakgrunn?
2. Korleis møtte du Bülow, og korleis var det/kva gjorde det med deg?
3. Tema du har vore særskilt oppteken av innan fagfeltet?

Etter filmen:

1. Dine umiddelbare tankar etter filmen?
2. Kva har du teke med deg frå Bülow?
3. Kvar meiner du faget står i dag/utfordringar?
4. Kva er viktig å ta med seg vidare frå Bülow?



