



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Nærhet, distanse og oppmerksomhet

Psykomotoriske fysioterapeuters beskrivelse og håndtering av utfordringer i pasientrelasjonen

May Linn Rygg

Masteroppgave i psykomotorisk fysioterapi, mai 2022



FORORD

Det har vært noen intense måneder. Det å ha blitt mamma for første gang i løpet av dette året har definitivt preget livet på alle mulige måter. Tusen takk til mamma Britt og svigermor Sissel som passet på jenta vår slik at jeg kunne komme meg litt avgårde fra amme- og forelskelses- tåka for å skrive. Uten dere hadde dette blitt meget vanskelig!

Takk til mannen min Emanuel for evnen din til å se det større bildet og for å oppmuntre meg underveis. Du har også skrevet på din masteroppgave i dette!

Nå kan vi som familie endelig få mer kvalitetstid sammen.

Tusen takk til informantene mine som delte av sine erfaringer, jeg tar med meg så mye til min kliniske praksis! Takk til veileder Helle, og for øyeblikk i veiledning der det bare kunne få være stille slik at jeg fikk tid til å fordøye og prosessere. Setter pris på din evne til tydelig formidling og raushet i eksempler. Takk også til medstudenter for innspill og gode diskusjoner. Dere er gull!

Kjeller, 28.april 2022

May Linn Rygg

"Courage is not staying quiet about things that make us uncomfortable"

- Brené Brown

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Psykomotoriske fysioterapeuter benytter seg selv på en personlig måte i sitt kliniske arbeid, noe som kan gjøre dem mer utsatt for emosjonell utmattelse og utbrenthet. For å kunne ivareta pasientrelasjonen, fremme pasientens utvikling og samtidig ivareta seg selv som terapeut, trengs en større forståelse for hvordan psykomotoriske fysioterapeuter kan håndtere utfordringer i pasientrelasjonen. Dette kan bidra til å øke fysioterapeutens mellommenneskelige kompetanse og redusere risikoen for emosjonell utmattelse.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med utfordringer i pasientrelasjonen.

Metode: Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie og har en fenomenologisk vitenskapsteoretisk forståelsesramme. Datamaterialet er basert på semistrukturerte dybdeintervjuer av fire psykomotoriske fysioterapeuter. Det ble benyttet tematisk analyse av materialet.

Resultater: Fysioterapeutene opplever pasientrelasjonen som utfordrende når pasient kommer med høye forventninger og mangler ansvar for- og forpliktelse til behandlingsarbeidet. Kroppen benyttes som en ressurs i forståelse og håndtering av utfordringene. Fysioterapeutene opplever at det handler om å tørre å gå disse utfordringene i møte på en tydelig og samtidig medmenneskelig måte. Fysioterapeutene beskriver utfordringene som potensiale for vekst der de kan bidra til endringsmuligheter hos pasient.

Konklusjon: Studien bidrar til en forståelse av utfordringer i pasientrelasjonen som en naturlig og nødvendig del av vekst og endring. Endring og utvikling hos pasient fordrer en villighet til å ta risiko og arbeide i grenselandet mellom det behagelige og ubehagelige, mellom sitt eget og den andres. Egenskaper hos fysioterapeutene som oppmerksomhet, anerkjennelse og tilstedeværelse, ser ut til å være essensielle i denne balanseprosessen.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, fysioterapi, relasjon, pasientrelasjon, utfordringer, mellommenneskelig kompetanse

ABSTRACT

Background: Psychomotor physiotherapists use themselves in a personal manner in their clinical work, which may make them more prone to emotional exhaustion and burnout. To be able to safeguard the relationship with the patient, promote the patient's development and at the same time safeguard themselves as therapist, a greater understanding is warranted as to how psychomotor physiotherapists can handle challenges in the relationship with the patient. This understanding may contribute to an improved competence on the part of the physiotherapist and reduce the risk for emotional exhaustion.

Objective: The objective of this study is to shed light on psychomotor physiotherapists' experiences with challenges in their relationship with patients.

Method: This Master's thesis is a qualitative study and has a phenomenological scientific framework of understanding. The data material is based on semi-structured in-depth interviews with four psychomotor physiotherapists. A thematic analysis was made of the material.

Results: The physiotherapists find the relationships with patients challenging when a patient presents with high expectations and does not assume responsibility for and commitment to the treatment process. The body is used as a resource for understanding and managing these challenges. In the experience of the physiotherapists, it is a matter of daring to face these challenges in moments of meeting, in a clear and, at the same time, a compassionate way. The physiotherapists describe the challenges as opportunities for growth and change for the patient.

Conclusion: This study contributes with an understanding of challenges within the patient relationship as a natural and necessary part of growth and change. Change and development on the part of the patient demand a willingness to take risks and work in the borderland between the pleasant and unpleasant, between self and the other. Qualities of the physiotherapists such as attention, acknowledgment and emotional presence, appear to be essential in this process of finding a balance.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, physiotherapy, relationship, patient relationship, challenges, inter-personal skills

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Tema og problemstilling	5
1.1 Innledning.....	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Hensikt	6
1.4 Begrepsavklaring.....	6
1.5 Tidligere forskning på området.....	7
2.0 Teoretisk bakgrunn	9
2.1 Dialektisk perspektiv på relasjon	9
2.2 Kroppsfenomenologi.....	10
2.3 Om norsk psykomotorisk fysioterapi	11
3.0 Metode	11
3.1 Kvalitativt forskningsdesign	11
3.2 Semistrukturert dybdeintervju	12
3.3 Utvalget og rekruttering	13
3.4 Gjennomføring av intervju og transkribering	14
3.5 Forskningsetiske overveielser	16
3.6 Tematisk analyse	16
3.7 Metoderefleksjon.....	19
<i>For forståelse og refleksivitet</i>	22
<i>Reliabilitet og validitet</i>	24
4.0 Resultater	25
4.1 Høye forventninger til terapeut – ansvar og forpliktelse.....	25
<i>Kroppen som kilde til forståelse – kroppslig aktivering, motstand og reservasjon</i>	27
4.2 Tydeliggjøring av ansvar	28
<i>Utforske det vanskelige sammen</i>	29
<i>– terapeut som følgesvenn, refleksjonspartner og fasilitator</i>	29
<i>Direkte, bestemt og konfronterende</i>	30
<i>Terapeuten som et empatisk medmenneske</i>	32
4.3 Vekstpotensiale i det som er utfordrende	32
<i>Det handler om å tørre</i>	34
5.0 DISKUSJON	35

5.1 Kropp og subjekt som ressurs – relasjonen sett ut fra et dialektisk og kroppsfenomenologisk perspektiv.....	35
5.2 Pasientenes forventninger sett ut fra positivismen og dualismen.....	37
5.3 Makt og symmetri i relasjonen mellom pasient og terapeut.....	39
5.4 Mentalisering som terapeutisk egenskap – empati og tydelighet.....	40
5.5 Pasient som aktør i eget liv.....	42
5.6 Det intersubjektive fellesskapet.....	43
5.7 Anerkjennelse av pasient i møte med utfordringene.....	44
5.8 Nå-øyeblikk; oppmerksomhet og tilstedeværelse	45
5.9 Det handler om å tørre – hva står på spill?.....	46
6.0 Oppsummering og avslutning.....	50
7.0 Litteraturliste	52
Vedlegg.....	58
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	58
Vedlegg 2: Infoskriv og samtykkeskjema	60
Vedlegg 3: NSD sin vurdering	63

1.0 Tema og problemstilling

1.1 Innledning

Utbrenthet er høyt forekommende internasjonalt blant helsepersonell som jobber med mental helse og psykologiske intervensjoner (McCormack et al., 2018; Plaven, 2020). Begrepet utbrenthet ble først introdusert av psykologen Freudenberg på 70-tallet og kan defineres som utslitthet – eller emosjonell utmattelse – som følge av krav over lengre tid (Falkum, 2000; Freudenberg, 1975, 1974). Freudenberg (1975) mente at dedikert helsepersonell som ble utsatt for høye krav og forventninger var mer utsatt for utbrenthet. Estimert prevalens av emosjonell utmattelse og utbrenthet blant helsepersonell som jobber med mental helse i Europa er 40 % (O'Connor et al., 2018). Helsepersonell i Norge som jobber med mental helse og psykologiske intervensjoner står daglig i krevende mellommenneskelige situasjoner (Stige et al., 2019). De mest krevende mellommenneskelige situasjonene som er rapportert blant psykologer, er blant annet situasjoner der det er krevende å finne felles fokus og situasjoner der pasienten er passiv og tilbaketrukket (ibid). Dette har også blitt rapportert blant psykomotoriske fysioterapeuter, der utfordringene går ut på finne felles ståsted å arbeide videre ut ifra når problemene er uklare og diffuse (Dragesund & Øien, 2018). Faktorer som usikkerhet, ambivalens og uenigheter i kommunikasjonen oppleves krevende både for psykomotorisk terapeut og pasient (Øien et al., 2011).

Pasienter som oppsøker Norsk psykomotorisk fysioterapi – heretter psykomotorisk fysioterapi – kommer ofte med en kompleks og sammensatt smerteproblematikk, noe som gjør behandlingen krevende (Dragesund & Øien, 2018). Et annet krevende aspekt ved psykomotorisk tilnærming er at terapeuten må ha evne til å jobbe oppmerksomt mot – og forholde seg til – kroppens uttrykk og samtidig underbygge dette med verbal kommunikasjon (Ekerholt, 2011). Dette kroppslige aspektet forutsetter at fysioterapeuten anvender seg selv og egen kropp i stor grad, noe som kan tilsi at psykomotoriske fysioterapeuter utvikler en mer personlig relasjon til pasienten, sammenlignet med eksempelvis psykologer eller psykiatere som driver utelukkende samtalebehandling. Det å jobbe så oppmerksomt med en person kan gjøre psykomotoriske fysioterapeuter mer utsatt for emosjonell utmattelse og utbrenthet sammenlignet med andre helsearbeidere.

Fysioterapeutenes mellommenneskelige kompetanse har vist seg å være den viktigste faktoren i krevende behandlingssituasjoner (O'Keeffe et al., 2016; Øien et al., 2011). Det er

videre funnet betydelig sammenheng mellom høy kvalitet i relasjonen og et godt behandlingsutfall (Horton et al., 2021; Kinney et al., 2020). En positiv pasient-terapeutallianse er også assosiert med redusert smerte, økt funksjon og viser positivt behandlingsutfall for variabler som depresjon, angst og interpersonlig problematikk (O'Keeffe et al., 2016; Hall et al., 2010). For å kunne fasilitere en sterk terapeutisk relasjon må fysioterapeuter forstå hvilke faktorer som påvirker relasjonen (Kinney et al., 2020). Horton et al., (2021) peker på at det mangler forskning på hva som påvirker utviklingen av den terapeutiske relasjonen. Med bakgrunn i dette, samt min egen erfaringsbakgrunn og praksis med pasienter, har jeg siden studiestart vært nysgjerrig på hvordan andre erfarne psykomotoriske fysioterapeuter møter og håndterer utfordringer i pasientrelasjonen. Etter å ha søkt igjennom aktuell litteratur på området ble mange av utfordringene terapeutene møter beskrevet som relasjonelle (Dragesund & Øien, 2018; Øien et al., 2011). Dette bidro til utformingen av min problemstilling.

1.2 Problemstilling

Hvordan beskriver psykomotoriske fysioterapeuter utfordringer i pasientrelasjonen og hvordan håndterer de disse?

1.3 Hensikt

Hensikten med studien er å belyse psykomotoriske fysioterapeuter sine erfaringer med utfordrende pasientrelasjoner. Det er utfordringene de opplever i behandlingssituasjonen og i møtet med pasient jeg er ute etter å belyse. Videre vil jeg utforske hvordan fysioterapeutene håndterer disse utfordringene i samhandling med pasient. For å kunne ivareta pasientrelasjonen, fremme pasientens utvikling og samtidig ivareta seg selv som terapeut, trengs en større forståelse for hvordan en kan håndtere utfordrende mellommenneskelige situasjoner. Dette kan bidra til å øke fysioterapeutens mellommenneskelige kompetanse og redusere risikoen for emosjonell utmattelse.

1.4 Begrepsavklaring

Begrepet *pasientrelasjon* viser her til det som foregår i interaksjonen og samhandlingen mellom pasient og terapeut sett ut fra fysioterapeutens ståsted. I og med at denne studien belyser erfaringer fra fysioterapeutens ståsted, ble begrepet "pasientrelasjon" mer naturlig enn eksempelvis "pasient-terapeutrelasjon". Likevel er det ønskelig å undersøke hva fysioterapeutene opplever som styrkende i arbeidet videre for å fremme en god terapeutisk relasjon. En dypere redegjørelse av relasjonsbegrepet blir presentert i teorikapittelet der det

sees i lys av et dialektisk og kroppsfenomenologisk perspektiv.

Med *utfordrende* pasientrelasjoner menes her faktorer som gjør at terapeuten opplever relasjonen og/eller behandlingssituasjonen som krevende, energitappende eller utmattende. Begrepet "krevende", eller det engelske ordet "demanding" gikk oftere igjen enn begrepet "utfordrende" eller "challenging" i aktuell litteratur. Jeg har likevel valgt å benytte begrepet *utfordrende* da det kan fremstå som et mer nøytralt begrep og mindre negativt ladet.

1.5 Tidligere forskning på området

Hovedtyngden av forskning innenfor psykomotorisk fysioterapi omhandler pasienters og fysioterapeuters erfaring med behandlingen på generell basis og rundt ulike terapeutiske prosesser. Få studier har undersøkt erfaringer omkring pasient-terapeutrelasjonen eller pasientrelasjonen, verken fra pasientens eller fysioterapeutens ståsted. Jeg søkte i ulike databaser som Cinahl, Pubmed, Oria, Google Scholar og Munin. Søkeordene som fikk mest relevante treff opp mot min problemstilling var: NPMP OR "physical therap*" AND "therapeutic alliance" OR "working alliance" AND "relational disagreement" OR "relation* conflict". Fire studier som omhandlet utfordrende behandlingssituasjoner ble trukket ut og presenteres her i hovedtrekk.

Øien et al., (2011) studerte kommunikasjonsmønstre i krevende behandlingssituasjoner og intervjuet og observerte både pasienter og fysioterapeuter gjennom case-studier. I håndteringen av krevende pasienter fant Øien et al., at det overordnet dreide seg om forhandlinger og søken etter felles ståsted i samarbeidet mellom fysioterapeut og pasient. Fysioterapeutenes sensitivitet ovenfor pasientens uttrykksmåter så ut til å bidra til positive vendepunkt. Videre anså fysioterapeutene sin kommunikative kompetanse som det viktigste aspektet ved krevende situasjoner. I situasjoner med usikkerhet, oftest i forbindelse med spørsmål om hvordan man skulle gå fram videre i timen, forsøkte noen fysioterapeuter å sikre seg et overordnet perspektiv ved å ha en indre dialog. Andre fysioterapeuter delte sine opplevelser av situasjonen med pasient der de etterspurte råd om hvordan de burde gå fram videre.

Dragesund og Øien (2018) undersøkte krevende behandlingsprosesser fra fysioterapeutenes ståsted gjennom et kvalitativt design med fokusgruppeintervjuer. De beskrev opplevelsen av å "stå fast" som krevende. Dette var i hovedsak knyttet opp mot tre faktorer: Uklare problemstillinger og uklar motivasjon, samt bruk av mange ord fra pasientens side.

Hovedutfordringene – sett fra fysioterapeutens perspektiv – var her av relasjonell art og handlet i hovedsak om å finne et felles ståsted å arbeide videre ut fra når ordene blir mange og problemene diffuse. Det ble krevende når det oppstod et brudd, eller et "gap" i meningsdannelse mellom terapeut og pasient. Fysioterapeutene håndterte disse situasjonene ved å være tilstede i egen kropp, samtidig som de prøvde å finne balansen mellom å være "hos seg selv" og "hos pasient".

Hia (2020) undersøkte psykomotoriske fysioterapeuters bevissthet om egne følelser og regulering av disse under krevende pasientmøter. Kjærnem (2015) undersøkte hvordan psykomotoriske fysioterapeuter ivaretar seg selv i arbeidshverdagen. Begge fant – i likhet med overnevnte studier – at terapeutens fokus på sin egen kroppslig tilstedeværelse var en strategi for selv-ivaretagelse. De kom videre frem til at fysioterapeutene bruker et bredt spekter av strategier for å håndtere egne vanskelige følelser som oppstår i behandlingssituasjonen, spesielt kroppslige strategier. Strategiene gikk ut på å ha kontakt med egen kropp og avgrense eller beskytte seg selv ved å regulere blant annet avstand til pasient. Kjærnem (2015) gikk ikke videre inn i hva som gjør det krevende, men Hia (2020) fant at fysioterapeutene opplevde det krevende idet pasientenes livssituasjon lignet på deres egen eller når terapeuten opplevde at pasient ikke kom noe videre i behandling. Vanskelige følelser som avmakt, utålmodighet og frustrasjon kunne da oppstå hos terapeuten.

Alle fire studiene tar utgangspunkt i at samhandlingen mellom pasient og terapeut består av sammensatte og komplekse prosesser. Likevel kommer det frem at det som skaper utfordringene – da i hovedsak vanskelige følelser, uklarheter og uenigheter – også kan bidra til å gi en økt forståelse av hva pasienten strever med og dermed gi behandlingen ny retning. Slikt sett finner disse studiene at utfordringer i pasientrelasjonen også forstås som en potensiell ressurs med mulighet for videre utvikling. Det eksisterer et kunnskapshull i ytterligere forståelse og beskrivelser av hvordan fysioterapeuter fornemmer krevende situasjoner *i relasjon* med pasient. Øien et al. (2011) var i hovedsak opptatt av kommunikative mønstre i krevende situasjoner. Dragesund og Øien (2018) benyttet fokusgruppentervjuer for å studere kommunikasjon og relasjon. I denne oppgaven benyttes dybdeintervju som metode, noe som kan tilføre andre perspektiver. Jeg skal fortsette i forlengelsen av disse studiene hvor det her tilstrebes mer dyptgående beskrivelse av hvordan relasjonelle utfordringer oppleves og håndteres. Jeg ønsker også å forstå hvordan utfordringer eventuelt kan forstås som en ressurs. Utfordringene som beskrives nærmere i datamaterialet til de nevnte studiene oppstår gjerne idet fysioterapeut og pasient er i

kroppslig samhandling. Det er noe av utgangspunktet for at jeg betrakter kroppsfenomenologi som sentral å ta for seg i teorikapittelet.

2.0 Teoretisk bakgrunn

Den teoretiske bakgrunnen som presenteres her utgjør min forforståelse idet jeg går materialet i møte. Jeg redegjør først for begrepet relasjon gjennom det dialektiske relasjonsperspektivet. Deretter ser jeg relasjon og samhandling i lys av en kroppsfenomenologisk forståelse. Den kartesianske og positivistiske vitenskapstradisjonen har hatt klare dikotomier mellom relasjonsrelaterede begreper som subjekt og objekt, bevegelse og kommunikasjon, erfaring og kognisjon (Thornquist, 2018). Dialektikken og kroppsfenomenologien forener disse begrepene (Schibbye, 2017; Thornquist, 2012). Det er grunnen til at jeg anser disse teoriene som sentrale når nettopp pasientrelasjonen skal utforskes i denne oppgaven. I og med at jeg gjør denne studien som student i psykomotorisk fysioterapi og intervjuer psykomotoriske fysioterapeuter, presenterer jeg avslutningsvis et avsnitt om psykomotorisk fysioterapi som behandlingstradisjon.

2.1 Dialektisk perspektiv på relasjon

Relasjon betyr "forhold" eller "sammenheng" og kommer fra det latinske ordet "referre" (Lien, 2018, s.14). Denne betydningen av relasjon kan forstås ut i fra dialektikkens fokus på individet som eksisterende i en gjensidig sammenheng med andre (Schibbye, 2017). Forstyrrelser i relasjoner er sentrale for utvikling av psykopatologi (ibid). Flere av pasientene som oppsøker psykomotorisk fysioterapi kan ha plager som blir opprettholdt grunnet relasjonelle vansker i form av svikt og mangelfull omsorg i nære relasjoner. Den terapeutiske relasjonen skal derfor ha som formål å fremme pasientens selvfølelse og deltakelse i det sosiale liv (Gretland, 2007). Økt selvfølelse og deltagelse i det sosiale liv kan videre bidra til å fremme pasientens selvutvikling, noe som er et sentralt mål med psykomotorisk behandling. For at pasienten skal utvikle seg, trengs en anerkjennelse av vedkommende som et subjekt (Schibbye, 2017). I en dialektisk relasjonsforståelse så blir vi et individ, et selv, når den andre – i dette tilfelle terapeuten – fremstår som subjekt (ibid). Selvutvikling kan slikt sett forstås som et *relasjonelt* fenomen og som relasjonelt foregående, der vi; "danner vårt selv i relasjon og samspill med andre" (Hansen, 2010, s.117). Det dialektiske perspektivet fokuserer på det tosidige eller mangesidige i relasjonen, der vi eksisterer i en gjensidig sammenheng med hverandre og som skapere av hverandres forutsetninger (Schibbye, 2017). Ifølge Schibbye innebærer det at vi er et subjekt *samtidig*

som vi er et objekt, i den forstand at vi er opplevende subjekter, men at vi også er i stand til å se oss selv eller den andre som et objekt. I motsetning til psykologiske teorier som fremstiller relasjoner som statiske, fokuserer den dialektiske relasjonsmodellen på menneskers mulighet til å være i prosess og forandring (Bae & Waastad, 1992). Modellens fokus på prosess og endring, utgjør en annen grunn til at den egner seg til å beskrive noen av de sammensatte prosessene som finner sted ved utfordringer i pasientrelasjonen.

I denne oppgaven er det Schibbye sin beskrivelse av dialektisk relasjonsforståelse som står sentralt. Schibbye baserer sin dialektiske forståelse av relasjon på eksistensialismen og filosofer som Hegel, Sartre og Kierkegaard i tillegg til psykodynamisk tenkning (Schibbye, 2017; Bae & Waastad, 1992). Samtidig har fenomenologien vært viktig, noe som kommer frem i dialektikkens respekt for – og fokus på – menneskets opplevelses- og erfaringsverden (Bae & Waastad, 1992). Schibbye sin dialektiske relasjonsteori integrerer og favner slikt sett et bredt spekter av teorier og tenkninger. Det kan sies å være både en svakhet og en styrke; svakhet fordi den taper noe av dybden i fenomenene den tar for seg (ibid). Samtidig kan den egne seg godt i denne oppgaven til å nettopp beskrive og forstå bredden i pasientrelasjoner ved hjelp av ulike begreper den tar for seg. Det er teoriens forståelse av partene i en relasjon som subjekter og det intersubjektive fellesskapet som i hovedsak vil benyttes i denne oppgaven.

2.2 Kroppsfenomenologi

Fenomenologi kan anses som en filosofisk grunnlagstenkning der oppmerksomheten rettes mot verden slik den fremtrer for subjektet gjennom et *førstepersonsperspektiv* (Thornquist, 2018). I denne oppgaven studeres erfaringer slik det viser seg for fysioterapeuter; fra deres *jeg-perspektiv* (Thoresen et al., 2020). *Livsverden* er i denne sammenheng et annet sentralt begrep og omhandler den verden vi som mennesker har erfaring med og er fortrolige med (Zahavi, 2019). Livsverden som begrep omhandler hverdagserfaringer som er ikke-tematiserte og implisitte (Thoresen et al., 2020; Thornquist, 2018). Fenomenologien har flere filosofiske tilhørere, blant annet Edmund Husserl – som regnes som fenomenologiens grunnlegger – og Martin Heidegger (Zahavi, 2019). Likevel er det særlig Merleau-Ponty og kroppsfenomenologien som er aktuell i denne oppgaven. Dette fordi han bidro til å knytte subjektstatus til *kroppen* og erkjente kroppen som bevissthet og eksistens; objekt og subjekt (Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2018). Som kroppslige subjekter gjør vi oss erfaringer som nedfelles i oss kroppslig (Thoresen et al., 2020). Kroppen forstås slikt sett som sentrum for erfaring og derfor som meningsbærende (Gretland, 2007). Samtidig anså Merleau-Ponty

kroppen som relasjonell, der erfaringene våre blir skapt i kommunikasjon og relasjon med andre (Merleau-Ponty, 1994; Lien, 2018).

2.3 Om norsk psykomotorisk fysioterapi

Forståelsen av kroppen som levd erfaring og levd liv finner vi også i norsk psykomotorisk fysioterapi (heretter psykomotorisk fysioterapi). Det er en behandlingsform der hele mennesket er utgangspunkt for behandling (Thornquist & Bunkan, 1995). Psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen samarbeidet om utviklingen av metoden på 1940/1950- tallet (Sviland, Martinsen, & Råheim, 2014). De var opptatt av sammenhengen mellom pust, bevegelsesvaner, følelser og livshistorier, samt hvordan disse livshistoriene og erfaringene nedfeller seg kroppslig (Gretland, 2016). Kropp og følelser anses som gjensidige, der enhver følelse anses å ha sitt kroppslige uttrykk (Thornquist & Bunkan, 1995). Det å styrke en persons opplevelse av "jeg" står sentralt (Skatteboe, 1990, s.16). Man søker å fremme refleksjon, innsikt og handlingsevne hos individet, der terapeutens oppgave er å utforske kroppslige uttrykk og se dem i sammenheng med det levde liv (Gretland, 2007). Pasientens muligheter for endring – også forstått som omstilling – står i fokus, der en ønsker å jobbe mot et fleksibelt og nyansert bevegelses- og handlingsrepertoar (Monsen, 1989; Thornquist & Bunkan, 1995). Det er særlig fokuset på å fremme pasientens deltagelse og muligheter for endring som trekkes fram i denne oppgaven.

3.0 Metode

Her gjør jeg rede for valgt forskningsdesign og metode som skal hjelpe meg med å belyse problemstillingen. I og med at problemstillingen er av fenomenologisk art og søker innsikt i informantenes forståelse og erfaring med pasientrelasjoner, blir et kvalitativt forskningsdesign naturlig.

3.1 Kvalitativt forskningsdesign

I kvalitativ tilnærming er subjektet gjenstand for forskning (Thornquist, 2018). Kvalitativ forskning utforsker og beskriver slikt sett meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte (Ellingsen & Drageset, 2008; Polit & Beck, 2012). Metoden kjennetegnes ved fleksibilitet, nærhet og et lite utvalg informanter med mye informasjon, der det tilstrebes å hente frem fyldige og nyanserte beskrivelser av fenomenene (Thornquist, 2018; Johannessen et al., 2018). I denne studien er det fysioterapeuters beskrivelser av – og erfaringer med – utfordrende pasientrelasjoner som belyses gjennom kvalitative

forskningsintervju. Oppgaven har dermed sin vitenskapsforankring i fenomenologien. I denne erfaringsorienterte forskningstradisjonen er nettopp subjektets opplevelse av betydning (Thoresen et al., 2020; Thornquist, 2018). Kunnskap anses her som levende og springende ut fra hvordan verden erfares for subjektet (ibid). Fenomenologien kan i denne oppgaven bidra til å forstå – og få innsikt i – pasientrelasjoner fra fysioterapeutenes førstepersonsperspektiv og erfaringsverden. Denne innsikten kan andre fysioterapeuter igjen la seg inspirere av og anvende i egen praksis.

Nettopp på grunn av informantenes ulike subjektivitet og livsverden, så trenger ikke nødvendigvis funnene fra de andre studiene å samsvare direkte med erfaringene til de jeg skal intervju. I denne oppgaven er det nettopp de ulike nyansene ved utfordrende pasientrelasjoner som er interessant å trekke frem og supplere til de allerede eksisterende studiene. I fenomenologisk forskning er hensikten å komme frem til så rene beskrivelser som mulig av "saken selv" eller "essensen av et fenomen"; her utfordringer i pasientrelasjoner (Thoresen et al., 2020, s.37). Samtidig analyserer og tolker jeg unngåelig materialet ut fra min forforståelse, spesielt avslutningsvis i drøftingsdelen der jeg reflekterer rundt det "å tørre". Slikt sett benytter jeg meg også av en *fortolkende* eller *hermeneutisk* fenomenologi (Ellingsen & Drageset, 2008). I hermeneutisk fenomenologi forstår man beskrivelser av livsverden opp mot en sosial og kulturell sammenheng (ibid). Det å sette et skille mellom beskrivelser av essensen og det å fortolke, kan ifølge Thoresen et al. (2020), kritiseres for å opprettholde en dualisme mellom "verden i seg selv" og "verden for meg" (s.59). Derfor ønsker jeg å få frem at jeg underveis i prosessen beskriver og fortolker parallelt. Dette kan forstås ut fra Van Manen sin forståelse av fenomenologisk forskningstilnærming, der det handler om å *undre* seg over fenomenet og stille konkrete spørsmål ved det (van Manen, 2016). Kapittel 5.8; "Det handler om å tørre – hva står på spill?" er et eksempel på dette. Der stilles det et konkret spørsmål til materialet som tilstrebes å besvare gjennom undring.

3.2 Semistrukturert dybdeintervju

Dybdeintervju går i dybden på informantenes enkelterfaringer og inneholder noen forhåndsformulerte spørsmål, samtidig som en tillater seg å gå inn og ut av strukturen (Ellingsen & Drageset, 2008). Jeg valgte denne intervjuformen for å kunne avdekke sentrale temaer som er knyttet opp til problemstillingen, samtidig som det ga fleksibilitet og mulighet til å gå frem og tilbake mellom ulike temaer, avhengig av hva informanten opplevde viktig å få

frem. Dette opplevdes for meg hensiktsmessig da det ga informantene mulighet til å gi en så fri beskrivelse av pasientrelasjonen som mulig uten de strammere rammene som er gitt i et strukturert intervju. I kvalitativ metode søker vi generelt å finne frem til det vi ikke visste på forhånd ved å forholde oss åpent om fenomenet som undersøkes (Martinsen & Norlyk, 2011). Semistrukturert intervju hjalp meg til nettopp dette, slik at spørsmål ikke bare bidro til en avkreftelse eller bekreftelse av det jeg allerede forestilte meg. I utarbeidelse av intervjuguiden (vedlegg 1) tilstrebet jeg å formulere intervju spørsmål som søkte konkrete beskrivelser av fenomenet pasientrelasjoner med utgangspunkt i hva- og hvordan - spørsmål. Jeg fordelte spørsmålene på to hovedtemaer; *beskrivelser* av utfordringer og *håndtering* av utfordringer. I tillegg hadde jeg to undertemaer med spørsmål om hva som skjer *mellom* pasient og terapeut idet det blir utfordrende og spørsmål om hvordan relasjonen utvikles videre fra terapeutens side.

Jeg leste intervjuguiden godt på forhånd før hvert intervju, slik at jeg lettere kunne anvende guiden fleksibelt og være mer i stand til å fokusere og følge opp det som informanten fortalte i intervjuet. De utfordrende pasientrelasjonene og håndteringen av disse kan i stor grad oppleves implisitte, som en del av en "taus kunnskap" og dermed krevende å sette ord på. Med bakgrunn i dette, kan et semistrukturert intervju gi meg som intervjuer anledning til å stille fortolkende og utforskende spørsmål underveis, samt tilby tid og rom nok for informanten til å fundere høyt og være i et tema dersom behov. Tema og spørsmål som fremmet beskrivelser av hva som gjorde relasjonen utfordrende, samt hvordan terapeuten registrerte disse utfordringene, var av spesiell interesse. For øvrig får man tak i den rikeste kunnskapen dersom informanten inviteres til å dele sine erfaringer i form av konkrete hendelser (Malterud, 2011). Derfor oppfordret jeg informantene til å komme med konkrete pasientkasuser eller beskrivelser av hendelsesforløp de husket idet pasientrelasjonene ble beskrevet.

3.3 Utvalget og rekruttering

Det ble gjennomført et strategisk utvalg for å få tak i informanter. Dette er et utvalg av informanter med de egenskapene en ønsker å inkludere (Bjørnnes & Gjevjon, 2019). Jeg ønsket i hovedsak å belyse erfaringene til de med lengre tids erfaring som psykomotorisk fysioterapeut. Dette var knyttet til en forståelse av de med lengre tids erfaring som mulig innehavere av mer omfattende kliniske situasjoner som kunne belyses. Samtidig var det av interesse å sammenligne utfordringene til terapeutene med lengre klinisk erfaring,

sammenlignet med en som har kortere tids erfaring for å få frem eventuelle ulikheter. Derfor ble én informant med 3 års erfaring rekruttert i tillegg til de andre med 14, 15 og 18 -års erfaring. Til sammen ble 4 informanter valgt, hvorav 3 kvinner og 1 mann. Det var med utgangspunkt i ønsket om å få frem eventuell variasjonsbredde på tvers av kjønn at en mann også ble rekruttert.

Informantene ble plukket ut fra privat praksis. Dette valget bunnet i at man som terapeut ofte står alene med pasientene og deres problematikk i privat praksis, sammenlignet med det tverrfaglige samarbeidet i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Det å stå alene i privat praksis kan tenkes å disponere for utmattelse i større grad ved at det gir et annet type ansvar og selvstendighet i arbeidet. Pasientkasusene som fysioterapeutene møter i privat praksis, kan også ha en mer variert problematikk sammenlignet med eksempelvis pasienter tilknyttet psykiatrien i spesialisthelsetjenesten. Den varierte problematikken kunne løfte frem og belyse flere forskjellige utfordringer i pasientrelasjonen. Alle informantene hadde driftstilskudd fra kommunen, men dette var ikke et utvalgskrav. De hadde alle mest erfaring innenfor privat praksis, også fra tidligere. En av dem hadde tidligere jobbet i psykiatrien.

Informantenes kontaktinformasjon fant jeg på fysioforbundet sine nettsider under "finn en fysioterapeut". Av praktiske hensyn med tanke på gjennomføring av intervjuet og reisevei, kontaktet jeg kun de som hadde sin praksis i Oslo/omegn-området. Jeg sendte ut mail til ca.30 fysioterapeuter med vedlagt informasjonsskriv (vedlegg 2). Her stod også informasjonen om utvalgskriteriene. Jeg sendte i tillegg ut en personlig mail til en av informantene som jeg ønsket meg til utvalget, da vedkommende har en særlig lang erfaringsbakgrunn og ekspertise med relasjonsarbeid. Jeg fikk svar fra 4 informanter som passet til kriteriene, inkludert fysioterapeuten som jeg rekrutterte personlig. Jeg sendte ny mail der intervjuet ble avtalt. Intervjuene ble gjennomført i løpet av juli og august måned -21. En av informantene trakk seg et par dager etter utførelse av intervjuet med beskjed om at vedkommende ikke var fornøyd med svarene som var blitt oppgitt. Derfor rekrutterte jeg en ny, fjerde informant som ble intervjuet i september -21.

3.4 Gjennomføring av intervju og transkribering

Intervjuet foregikk på informantens arbeidssted. Fordelen med dette, var at terapeuten befant seg i sitt eget miljø, noe som kunne legge til rette for at terapeut lettere kunne huske og beskrive hendelser aktuelle for problemstillingen. Intervjuguiden ble ikke sendt ut på forhånd da jeg ønsket fysioterapeutenes spontane refleksjoner rundt temaet. Ingen endringer

ble gjort på intervjuguiden mellom hvert intervju. Intervjuene varte fra en - til halvannen time. Det ble tatt lite notater underveis, slik at jeg som intervjuer kunne prioritere å være aktivt lyttende. På den måten kunne uttalelser og temaer som virket sentrale for informanten lettere følges opp. Denne tilstedeværelsen gjorde også meg som intervjuer bedre i stand til å behandle det mellommenneskelige samspillet i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2019). Dette er sentralt da kunnskapen produseres av dette samspillet (ibid). Etter intervjuene skrev jeg ned noen få stikkord til meg selv som beskrev samspillet mellom oss og dynamikken: Jeg opplevde informantene som engasjerte i emnet om relasjoner. De tok noen pauser underveis mellom spørsmålene, pauser som for meg så ut til å gi dem mulighet for refleksjon og ettertanke. Slike pauser ble som regel etterfulgt av utsagn fra informantene som; "det (utfordringer i relasjonen) blir jo spennende også, da!" eller "jeg elsker jobben min, jeg!" Intervjuet så slikt sett ut til å gi informantene mulighet til å reflektere høyt over eget arbeid. Diktafon-appen ble lastet ned til min private mobil. Mobilen ble brukt som lydopptaker og ble plassert på et bord midt mellom meg og informant slik at den fanget opp lyden best mulig. Diktafon-appen og nettskjema ble testet før bruk hjemme hos meg selv for å sjekke lyd kvalitet, og for å bli kjent med opplastingsfunksjon.

Transkribering kan sies å utgjøre en del av analyseprosessen. Dette fordi transkripsjonen ikke er en passiv og teknisk handling, men en analyse av meningsinnhold og uttrykk (Kvale & Brinkmann, 2019; Malterud, 2011). Likevel har jeg valgt å beskrive gjennomføring av intervju og transkripsjonen i dette avsnittet for oversiktens skyld. Jeg transkriberte intervjuene selv da det er flere fordeler med dette (Malterud, 2011): Jeg fikk gjenoppleve erfaringen fra intervjuet ved å lytte på nytt og kunne lettere se for meg kroppsspråk, mimikk og ikke minst fornemme stemningen i rommet enda en gang. Dette gjorde det lettere å fange opp detaljer ved det mellommenneskelige som fant sted under intervjuet; observasjoner som gester, mimikk og følelsesuttrykk. Transkripsjonen ble utført senest innen en uke etter at intervjuet fant sted. Dette var for å lettere kunne huske intervjusituasjonen. Transkripsjonen av data tilstrebet jeg å gjøre så datanær som mulig, men uten å inkludere småord eller fyllord i transkripsjonen. Ord som likevel fremstod viktige for informanten, ved at det eksempelvis ble vektlagt noe følelsesmessig i toneleie eller volum, ble kursivert. Pauser eller stillhet ble skrevet ned i transkripsjonen, nettopp fordi det fremstod som om disse pausene hadde en viktig funksjon for informantene der de fikk reflektere.

3.5 Forskningsetiske overveielser

Informantenes navn, arbeidssted og kontaktinformasjon er anonymisert og ble ikke samlet inn i studien. Med bakgrunn i at jeg samlet inn og oppbevarte personopplysninger i form av stemme på lydopptak måtte prosjektet meldes inn til NSD (Norsk Senter for forskningsdata, 2021). Innmelding til NSD ble gjort i form av et meldeskjema og vurdert godkjent før prosjektets oppstart (vedlegg 3). Informasjonsskriv med samtykkeskjema ble utarbeidet med mal fra NSD og sendt ut til informantene på mail (vedlegg 2). Her ble informantene informert om studiens formål, metodisk tilnærming og om at deltagelse var frivillig. De fikk også beskjed om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å oppgi grunn. Samtykkeskjemaene ble signert på intervjudagen før vi gikk i gang med intervjuet.

Lydopptak inneholder videre betydelige mengder personidentifiserbare data, derfor bør lydfiler krypteres ved lagring (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Det var grunnen til at jeg benyttet meg av "Diktafon-appen". Diktafon-appen tilknyttet Universitetet i Oslo sitt "nettskjema" krypterer innholdet ved opptak og svarene blir sendt direkte til nettskjema hvor det kan spilles av (Universitetet i Oslo, 2021). Transkripsjonen av materialet ble foretatt på min private PC og lagret direkte på en kryptert minnepenn som var låst med passord. Under transkribering sladdet jeg informasjon som kunne knyttes til informantene som personer; informasjon som videreutdanning og mastertemaer.

3.6 Tematisk analyse

En analyse er en spørsmålsdrevet prosess, der man leter etter svar i datamaterialet (Johannessen et al., 2018). I denne oppgaven ble det utført en tematisk analyse av råmaterialet. Flere forfattere argumenterer for bruken av tematisk analyse som et grunnleggende verktøy for å få god oversikt over mønstre i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006; Johannessen et al, 2018). I tematisk analyse ser man etter temaer og kategoriserer dem (ibid). Det er ingen klar konsensus rundt hvordan tematisk analyse utføres, noe som ifølge Braun og Clarke (2006) og Johannesen et al. (2018) gir meg som forsker muligheten til å være fleksibel underveis. Samtidig er denne analyseformen beskrevet som enkel og studentvennlig for nybegynnere (ibid). Det er denne fleksibiliteten og studentvennligheten som er utgangspunktet mitt for valget av tematisk analyse.

I en tematisk analyse ser jeg kanskje behov for å endre forskningsspørsmålet underveis fordi dataene kan være mer egnet til å besvare enkelte spørsmål fremfor andre (Johannessen et al., 2018). Det ble derfor benyttet en kombinert induktiv og deduktiv analyse, ved at analysering

foregikk ut fra forskningsspørsmålet, samtidig som det ble gitt rom for at datamaterialet kunne endre forskningsspørsmålet underveis (Braun & Clarke, 2006). I likhet med at forskningsspørsmålet preger analyseringen, vil også min teoretiske forforståelse være med å prege analysen av datamaterialet. Johannessen et al. (2018) poengterer at det kan være fordelaktig å kjenne til ulike teoretiske ståsted da det kan være til hjelp for å ha noe å se etter i datamaterialet. Jeg ønsket å lese datamaterialet ut fra et bredt teoretisk bakteppe som ville gi en pekepinn på det som var relevant å trekke ut i analysen. Jeg valgte derfor et kroppsfenomenologisk perspektiv som teoretisk bakgrunnsteppe; "briller" å lese transkripsjonene ut fra. Det kroppsfenomenologiske perspektivet kunne bidra til å betrakte og beskrive utfordringene som relasjonelle, kroppslige og subjektive. Jeg utførte min tematiske analyse med inspirasjon ifra Johannessen et al. (2018) sine beskrivelser og forklarer her fremgangsmåten i fire steg. Stegene ble benyttet for oversiktens skyld, men i praksis utgjorde de en mer sirkulær framfor lineær prosess.

1) Forberedelser

Her leste jeg det transkriberte materialet et par ganger i den hensikt å få en helhetlig oversikt. For å sikre at jeg ikke gikk for detaljert til verks inn i materialet ved første gjennomlesning, lot jeg være å ta stikkord underveis. Etter første gjennomlesning skrev jeg ned noen få stikkord som beskrev hvilke inntrykk jeg satt igjen med av materialet som helhet, slik Johannessen et al. anbefaler (2018). Deretter leste jeg igjennom materialet en gang til og skrev denne gangen ned stikkord underveis som jeg leste. På denne måten satt jeg igjen med noen færre, oppsummerende stikkord fra gjennomlesningen første gang og noen mer detaljerte stikkord fra gjennomlesningen andre gang. Disse notatene ble sammenlignet og brukt opp mot de andre fasene av intervjuet.

2) Koding av datamaterialet

I denne prosessen fremhevet jeg viktige poenger i dataene: Poenger av interesse for meg som forsker og problemstillingen min, poenger som fremstod viktig for informantene og poenger som overrasket meg. Jeg tilstrebet å kode datanært ved å bruke stikkord som gjenspeilete det konkrete innholdet i dataene (Johannessen et al., 2018). For å sikre at jeg kodet datanært, benyttet jeg meg av "kodetesten" til Tjora som består av to spørsmål; 1: Kunne man laget koden *før* kodingen og 2: skjønner man hva kodens konkrete innhold er, bare ved å lese koden? Svaret skal være "nei" på det første spørsmålet og "ja" på det andre (Tjora, 2018, s.45). Informantene sa mye interessant som for meg som novise fremstod av

stor klinisk verdi. Jeg måtte derfor minne meg selv på å ikke bli informantenes mikrofonstativ og heller sørge for å kode med bakgrunn i forskningsspørsmålet. Dette var viktig også for at kodingen ikke skulle bli vilkårlig.

Jeg utførte kodingen basert på tre teknikker, eller trinn, anbefalt av Johannesen et al. (2018). Jeg startet med å markere viktige poenger i gult, deretter markerte jeg stikkordsoppsummeringer og egne refleksjoner i marginen med henholdsvis rød og grønn farge. Dette ble gjort for at jeg lettere kunne skille mellom ord som stammet fra råmaterialet og mine egne refleksjoner. En vanlig kritikk som koding møter er at kodens kontekst blir borte (Braun & Clarke, 2006). Derfor sørget jeg for å ha med nok ord i hver enkelt kode slik at kodens kontekst kom frem.

3) Kategorisering av materialet

Etter koding av dataene, utførte jeg en kategorisering av materialet, der data med viktige fellestrekk ble sortert i mer overordnede temaer. Jeg kategoriserte etter hver informant slik at jeg hadde oversikt over hvilke temaer som tilhørte hvem. Dette gjorde jeg for å lettere kunne sammenligne dataene som kom frem; likhetstrekk og ulikheter. Det var også en måte å finne lettere tilbake i transkripsjonen og undersøke mer i dybden rundt temaer jeg trengte å vite mer om underveis i analysen. Etter første omgang satt jeg med 9 temaer. Disse temaene hadde en tendens til å følge intervjuguiden min i form av svar på spørsmål som var gitt. Slikt sett endte temaene her opp med å si mest om hva informantene snakket *om*, fremfor hva de *sier*. Jeg så også at noen av temaene overlappet. Etter samtale med veileder så vi også at noen av temaene fremstod tekniske og bar mer preg av fagtermer. Jeg gikk derfor i gang med å justere navn på temaer og kodene. Jeg opplevde det krevende å prøve å legge fagspråket litt til side. I denne prosessen stilte jeg derfor følgende spørsmål til temaene for å nøste litt opp i dem: Hva står på spill? Og hva må eksistere for at "temaet" skal eksistere? Jeg spurte også meg selv om det var noe som overrasket meg over funnene.

Forskningsspørsmålet mitt ledet frem til 3 temaer. Etter at disse tre temaene var utarbeidet, gikk jeg tilbake til kodefase og oppsummeringene jeg gjorde i steg 1. Dette gjorde jeg for å sammenligne og se om temaene jeg hadde nå spriket veldig fra oppsummeringene jeg tidligere hadde skrevet. Jeg oppdaget nye ting i materialet jeg ikke registrerte etter første gjennomlesing, blant annet hvordan alle informantene på ulike måter vektla det å være vennlig og empatisk i møtet med utfordringen. Derfor justerte jeg noe på temaene på nytt og endte opp med disse temaene med følgende hovedkoder innunder seg (i blått):

Tema 1: Høye forventninger til terapeut - mangel på ansvar og forpliktelse

- **Pasienter forventer hjelp uten å ta ansvar for arbeidet**
- **Terapeut blir aktivert**
- **Mangel på felles forståelse**
- **Terapeut kjenner noe i kroppen som ikke er helt sitt**
- **Pasient forventer at hun skal fikse og ordne alt**
- **Motstand hos terapeut og pasient**
- **Forventer at terapeut driver behandlingen**

Tema 2: Arbeidet blir lettere når ansvaret tydeliggjøres

- **Retter fokuset over på pasient**
- **Er direkte, bestemt og konfronterende**
- **Medmenneskelighet i prosessen**
- **Terapeuten som en "følgesvenn"**
- **Tematiserer motstanden hos pasient**

Tema 3: Vekstpotensiale i det som er utfordrende

- **Tørre å møte og bearbeide vanskelige følelser**
- **Utfordringer som vendepunkt og potensiale for vekst**
- **Viktig å tørre være ærlig som terapeut**
- **Vekstpotensiale i det ubehagelige**
- **Fra å være engstelig for sinne til å anse det som en ressurs**

(Informantenes svar er her samlet av hensyn til oversikt og plass. Underkodene er fjernet av samme hensyn)

4) Rapportering Siste steg i den tematiske analysen er rapportering, der temaene ble skrevet frem og utgjør resultatdelen i denne oppgaven.

3.7 Metoderefleksjon

I dette kapittelet vil jeg kritisk vurdere metodevalget mitt; dets fordeler og ulemper, samt hvordan valgene tatt her kan ha påvirket materialet mitt. Som forsker er man uunngåelig aktivt deltagende (Thoresen et al., 2020; Kvale & Brinkmann, 2019). Kvale & Brinkmann (2019) skriver det slik: «Intervjuet er en aktivt tolkende, meningsskapende praksis med intervjueren i en meget aktiv rolle. Intervjuet [...] er en prosess der det konstrueres mening, og der intervjueren opptrer mer som deltaker enn tilskuer» (s.122). I og med at jeg som intervjuer spiller en slik deltagende rolle i konstrueringen av mening og materialet, fremhever det viktigheten av å være bevisst min forforståelse og utøve refleksivitet. Derfor vil jeg også redegjøre for min forforståelse i dette kapittelet. Avslutningsvis drøftes studiens kvalitet gjennom begrepene reliabilitet og validitet.

Dybdeintervju som metode kan ha gitt anledning til å komme nærmere inn på de relasjonelle utfordringene; hva som skjer og hvordan de håndteres. Ved dybdeintervju har informantene fått anledning til å snakke åpent rundt det relasjonelle, noe som kunne ha blitt mer krevende

i eksempelvis et fokusgruppeintervju (Kvale & Brinkmann, 2019). Ved et dybdeintervju fikk jeg som intervjuer også større mulighet til å følge opp innspill som informanten delte, fremfor å måtte ta hensyn med å gi plass til flere deltagere underveis i samtalen. Videre kan det som kjennetegner en utfordrende relasjon variere, avhengig av om det er terapeut eller pasient som intervjues og rapporterer (Kinney et al., 2020). Fra denne studiens ståsted ble kun fysioterapeutens erfaringer belyst. Selv om pasienten da ikke ble gitt en direkte stemme, så formes gjerne fysioterapeutens kliniske resonnering og valgene som tas underveis nettopp av samspillet og samarbeidet mellom terapeut og pasient. Slik jeg ser det, kan dermed pasientens opplevelser og behov ha blitt belyst indirekte gjennom fysioterapeutens opplevelse og håndtering av det relasjonelle samspillet.

En svakhet ved dybdeintervju som metode er at det ikke egner seg like godt til å belyse praksisinnsikt og den tause, erfaringsbaserte kunnskapen slik som for eksempel observasjon som metode ville kunne gjøre (Malterud, 2011). Informantene kan ha opplevd det vanskelig å prøve huske og artikulere relasjonelle situasjoner i retrospeksjon som kan belyse problemstillingen. Derfor tilstrebet jeg som intervjuer å gi rom for stillheten underveis. Det fremstod som om informantene tok seg tid til å besvare spørsmål, men at det i øyeblikket ikke var så lett å komme opp med konkrete kasuser å eksemplifisere med. Det at det ble gitt rom for pauser, kombinert med at intervjuet ble gjennomført på eget arbeidssted, kan ha gjort det lettere å huske og sette ord på opplevelsene og kunnskapen som til hverdags nettopp utspiller seg der. Dette ble likevel ikke etterspurt på en konsekvent måte med informantene etter intervjuet, noe jeg nå i ettertid ser kunne vært nyttig for å få frem deres opplevelser av intervjusituasjonen. Generelt delte de opplevelsen av at det var spennende å få muligheten til å undre seg over og snakke om temaet. Intervjuet så slikt sett ut til å gjøre erfaringene deres mer eksplisitte og bevisste.

Hvordan kan så utvalget ha påvirket materialet mitt? Jeg hadde regnet med å finne større forskjeller i materialet hos informanten med kortere erfaring sett opp mot de som hadde lengre erfaring. Det var mange fellestrekk, spesielt i det å handle på kroppens egne fornemmelser og det å tørre være direkte og tydelig ovenfor pasient. Dette kan tilsi at man som psykomotorisk fysioterapeut ikke nødvendigvis må ha mange års erfaring eller trening for å være tydelig, trygg og selvsikker. Videre bestod utvalget av en mann og tre kvinner. Det kom likevel frem av materialet at det var fire forskjellige individer fremfor ulikheter i kjønn. Samtidig fremstod den mannlige informanten som spesielt presis og trygg, både i intervjusituasjonen og i lys av de kliniske eksemplene han kom med. Det at alle hadde

driftstilskudd kan ha noe å si for pasientene de møter i sin kliniske hverdag. Pasienter med sammensatt problematikk som har vært til utredning og i behandling over mange år, kan oppsøke fysioterapeut med driftstilskudd av flere grunner: De kan stå i en situasjon som gjør at de trenger å være i behandling over lengre tid og dermed er mer økonomisk avhengig av å gå til en med driftstilskudd fremfor en helprivat. Det kan derfor tenkes at terapeutene har en lengre tids relasjon med disse pasientene og at de blir bedre kjent med dem. Det kan potensielt være lettere – og tryggere – å utfordre og konfrontere pasientene som man kjenner godt. På en annen side kan det være mer krevende for fysioterapeuten å utfordre pasienter med en lengre og sammensatt problemstilling fordi pasientene av den grunn kan være mer sårbare. Den ene informantene som anses å ha faglig ekspertise på området relasjon skilte seg noe fra de andre i bruken av faglige termer. I intervjuet med henne ble bruken av faglige termer brukt i noe større grad enn de tre andre. Det gjorde at jeg måtte forsøke å bryte ned noen av ordene til mer erfaringsnære begreper under analysen. Materialet fra dette intervjuet skilte seg noe fra de andre i at hun ikke la vekt på tydelighet i relasjonen slik de andre gjorde. I stedet ble vennlighet vektlagt i større grad.

I intervjuene så jeg for meg at informantene i større grad ville snakke mer om – og være lenger i – det som gjør dem utmattet og slitne i arbeidet. De snakket i stedet mer utdypende om hvordan utfordringer kunne håndteres. Fysioterapeutenes profesjonalitet og yrkesidentitet kan ha påvirket dette; der man som terapeut ønsker å fremstå som dyktig og kapabel til å håndtere det som dukker opp. Yrkesidentiteten som fysioterapeut innebærer nettopp å handle og finne løsninger (Thornquist, 2016). Jeg opplevde underveis i intervjuene at spørsmål rettet mot terapeuten som person og som var av mer personlig art, av og til ble besvart med et distansert preg. Dette kom til uttrykk ved bruken av ordet "man" eller at det ble snakket om pasientene da jeg etterspurte hvordan ulike situasjoner opplevdes for informantene som terapeut og person. Det å la være å snakke så mye om seg selv som terapeut kan ha fungert som en strategi for å opprettholde en profesjonell distanse til sine personlige erfaringer.

Her er det derfor aktuelt å trekke frem intervjuet som en sosial praksis og som del av en interpersonlig kontekst (Brinkmann & Tangaard, 2020; Kvale & Brinkmann, 2019).

Forskningsintervjuet er med andre ord ikke nøytralt, men påvirkes av konteksten det utøves i og muliggjør visse måter å forholde seg til hverandre på (ibid). Dette kan sees opp mot Foucault sitt begrep "selvteknologi" der intervjuet konstruerer identiteter (Kvale & Brinkman, 2019; Foucault, 1997). Det kan forstås som at fysioterapeuter som helsepersonell

er et konstrukt av samfunnet der det stilles et sett med ulike forventninger til rollen. Det kan innebære en forventning – til seg selv og fra andre – om å inneha *nok* faglig kunnskap eller å fremstå som god *nok* til å håndtere utfordringer. Samfunnsforskeren Goffman understrekte hvordan den enkeltes selvfølelse og identitet blir stilt på prøve under sosiale møter (1959). Intervjuet kan her anses som et slikt sosialt møte. Det kan oppleves faretruende å glippe på sin profesjonalitet som fysioterapeut og dermed "slippe masken". Goffman benyttet begrepet *impression management* for å illustrere dette (1959). Det innebærer en type oppførsel der vi som utøvere/*performers* prøver gi et godt inntrykk av vår egenverdi og bygge opp egen selvfølelse (Goffman, 1959; Bråten, 2004). Skam og forlegenhet kan oppstå dersom man ikke klarer å opprettholde forventninger og krav knyttet til sin status (Bo, 2012; Goffman, 1959). Samlet kan dette kan ha bidratt til at utfordringene ble underrapportert og tonet ned fra fysioterapeutenes ståsted. Ut fra intervjuet som en sosial praksis blir det dermed naturlig å anerkjenne at subjekt og identitet blir til – eller søkes opprettholdt – underveis i samtalen.

Forforståelse og refleksivitet

Forforståelse kan betraktes som en forståelseshorisont som i dette tilfellet utgjør mine synspunkter, kunnskapsområder og erfaringer i møte med informantene og datamaterialet (Thornquist, 2018). Malterud (2011) omtaler forforståelsen som en bagasje bestående av erfaringer, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen som vi har ved prosjektets innledning. I denne oppgavens tilfelle dreier det seg da om de erfaringene, tankene og kunnskapen jeg har om temaet utfordrende pasientrelasjoner. I og med at jeg – sett fra et fenomenologisk ståsted – er et erkjennende subjekt med min *livsverden*, så er denne forforståelsen med på å avgjøre hvordan materialet forstås og fortolkes. Rent overordnet tar min forforståelse utgangspunkt i min profesjon som fysioterapeut. Sentralt i profesjonen står verdier som å fremme pasientenes helse, deriblant deres ressurser, autonomi og selvstendighet. Disse verdiene går nok spesielt igjen i min praksis som psykomotorisk fysioterapeut der de utgjør sentrale deler av arbeidet og oppleves meningsfulle å stå inne for. Utfordringer i møte med mine egne pasienter utgjør også en del av min forforståelse og påvirker valgene tatt underveis i oppgaven samt analyseprosessen. Derfor reflekterte jeg rundt min forforståelse og skrev ned antagelser rundt hva jeg regnet med å finne før intervjuene fant sted.

Det jeg regnet med å finne baserte seg både på egne erfaringer og på kunnskapsgrunnlaget jeg hadde lest meg opp på. Jeg antok at informantene skulle beskrive utfordringer rundt

pasientrelasjoner der de prøver å arbeide med fastlåste eller lite fleksible tanke- og handlingsmønstre hos pasient. Jeg antok også at de ville beskrive pasientrelasjoner som vanskelige i tilfeller hvor pasienten utstrålte lite endringsvilje eller motivasjon. Lite endring og fremgang er en hovedfaktor jeg selv har opplevd tømmende for energien og overskuddet i det kliniske arbeidet. Lite endring og fremgang er også utfordringer beskrevet i tidligere forskning (Dragesund & Øien, 2018). Denne forforståelsen var mer eller mindre bevisst og ubevisst med og farget utformingen av intervjuguiden og hvilke spørsmål som ble stilt. En slik påvirkning illustrerer også noe av det asymmetriske maktforholdet som er til stede under et intervju (Kvale & Brinkmann, 2019; Thornquist, 2016). Asymmetrien gjør seg gjeldende blant annet ved at intervjuet er en enveisdialog der jeg som intervjuer setter i gang samtalen og bestemmer hvilke svar som skal følges opp (Kvale & Brinkmann, 2019). Det som var av spesiell interesse for meg å følge opp under intervjuet, var informantenes erfaringer omkring hvordan utfordringer i pasientrelasjonen kjentes på egen kropp. I hovedsak fordi dette ikke er kartlagt så grundig i tidligere forskning.

Et annet sentralt begrep som er knyttet opp mot forforståelse er *refleksivitet*, eller *refleksiv holdning*. Det innebærer bevissthet rundt min rolle der jeg kritisk reflekterer over mitt bidrag til hva som skapes og utvikles gjennom intervjuprosessen (Thornquist, 2018; Thoresen et al., 2020). Videre er hensikten med refleksivitet å balansere en åpen og interessert holdning til det som skal undersøkes og samtidig forholde seg til det man som forsker har med seg fra før (Thoresen et al., 2020). Det å være bevisst min forforståelse og dets innvirkning på intervjuprosessen, er én måte å utøve refleksivitet. Det innebærer også å inneha en oppmerksomhet mot meg selv, inkludert egne tanker og følelser, i ulike deler av forskningsprosessen (Thoresen et al., 2020). Underveis i to av intervjuene la jeg merke til hvordan jeg kjente på en utålmodighet da jeg opplevde at informantene snakket mer om pasientens reaksjoner fremfor hva som skjedde i dem selv. Det var *deres* fornemmelser jeg var så opptatt av å få tak i, så utålmodigheten var nok et uttrykk for ønsket etter å få tak i disse erfaringene gjennom andre spørsmål. Som oftest kom vi inn på deres opplevelsesverden senere i intervjuet gjennom andre spørsmål og tema. Likevel kan denne utålmodigheten ha bidratt til at jeg ikke hadde nok ro til å oppdage rikdommen i informantenes utsagn idet de utspilte seg. Det kan ha ført til at potensielt gode oppfølgings-spørsmål ikke ble stilt. Dette la jeg merke til da jeg leste over transkriberingen. Det var særlig ved et par tilfeller hvor informantens svar var så interessante at jeg undret meg over at jeg ikke hadde stilt flere oppfølgings-spørsmål til akkurat det. Det gjaldt spesielt vedrørende

det å "tørre" og "våge" gå utfordringene i møte. I ettertid skulle jeg gjerne fått mer innsikt i hva de legger i dette og hva det er som gjør at det handler om å tørre. Flere oppfølgings-spørsmål her kunne fått frem fyldigere beskrivelser. Dette er et eksempel på hvordan det jeg hadde med meg av forforståelse påvirket intervjuprosessen og min åpenhet ovenfor det som ble undersøkt.

Reliabilitet og validitet

Begrepene reliabilitet og validitet benyttes for å vurdere kvaliteten til forskning (Ellingsen & Drageset, 2008). De tradisjonelle kriteriene til validitet og reliabilitet er fundert i positivistisk tradisjon og derfor mener enkelte forskere at begrepene bør forbeholdes kvantitativ forskning (Cypress, 2017; Winjgaarden et al., 2017). Likevel kan noe av innholdet i begrepene ha overføringsverdi og relevans til kvalitativ tilnærming som blir benyttet i denne oppgaven. Reliabilitet handler om studiens *troverdighet* (Kvale & Brinkman, 2019). Troverdigheten – eller reliabiliteten – blir styrket ved at forsker redegjør for alle trinn i prosessen (Ellingsen & Drageset, 2008; Thoresen et al., 2020). Derfor har jeg tilstrebet å redegjøre grundig for fremgangsmåten min i analyseprosessen. Cypress (2017) skriver: «A thorough description of the entire research process [...] is what indicates good quality when using qualitative methodology» (s.256). En slik grundig beskrivelse kan også forklares med begrepet *transparens* eller *åpenhet* (Ellingsen & Drageset, 2008; Thoresen et al., 2020). Åpenhet kan innebære å demonstrere varhet for – og en erkjennelse av – ulike tolkningsanalyser som kan gå tapt i analyse- og tolkningsprosessen. Det sistnevnte kan være spesielt aktuelt ved transkriberingsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2019). En grundig transkribering – eller gjengivelse – av materialet kan bidra til å styrke validiteten; uttalelsenes sannhet og riktighet (ibid). Det kan innebære å få frem følelsesuttrykk og kursivere ord som fremstår viktige for informanten, noe som ble utført i denne oppgaven. Dette kan styrke *den intersubjektive* reliabiliteten; tilliten til meningsinnholdet som skapes i fellesskap mellom subjektene (Gallagher, 2017). I selve intervjuet kan validiteten øke ved bruk av fortolknings spørsmål (Malterud, 2011). Jeg benyttet fortolknings spørsmål underveis i intervjuet der jeg som intervjuer avklarte, omformulerte eller oppsummerte intervju personens svar, såkalt *dialogisk validering* (Malterud, 2011, s.182). Dette bidro til at informantene kunne bekrefte at jeg hadde forstått dem rett eller korrigere min forståelse om den var annerledes enn deres. Jeg opplevde at dette førte til verdifulle tilføyelser fra informantene; tilføyelser som satte deres erfaringer i et større perspektiv. Kvale og Brinkmann skriver i denne sammenheng at det er viktig å dyrke fram en sensitivitet også

ovenfor uttrykksformer og mulige betydninger som kommer frem i intervjuet (2019). Det handlet i praksis om at jeg som intervjuer forventet en umiddelbar tolkning og satte parentes rundt mine egne erfaringer rundt temaet for å kunne stille åpent ovenfor materialet.

Dialogisk validering ble én måte å sette parentes omkring mine egne erfaringer. Det at jeg tilstrebet å gi rom for refleksjon gjennom pausene og stillheten underveis var en annen måte. Gjennom disse pausene opplevde jeg at noe av utålmodigheten min ble omgjort til en ro.

Ekstern validitet handler om studiens overførbarhet og generaliserbarhet til befolkningen forutenom studiens utvalg (Laake, 2007). I denne kvalitative studien – hvor nettopp det subjektive, særegne og spesielle anses som en ressurs, er det ikke nødvendigvis et mål i seg selv å få reproducerbare resultater. Der vi ved kvantitativ forskning er mer ute etter global generalisering, kan vi i en intervjukontekst spørre oss om kunnskapen som produseres kan overføres til andre relevante situasjoner og sammenhenger (Kvale & Brinkmann, 2019; Winjgaarden et al., 2017). I en kvalitativ studie som denne, kan ekstern validitet innebære at resultatene har betydning og relevans for andre kliniske situasjoner hos andre psykomotoriske fysioterapeuter. Erfaringene som er løftet frem i denne oppgaven kan bidra til at andre fysioterapeuter blir presentert for flere måter å forstå og håndtere utfordrende pasientrelasjoner. Kunnskapen kan slikt sett modifiseres til ulik klinisk praksis og benyttes slik hver enkelt fysioterapeut ser det hensiktsmessig for å redusere risikoen for utmattelse og utbrenthet.

4.0 Resultater

Resultatene her utgjør steg 4 i den tematiske analysen der dataene er skrevet frem.

Informantene er gitt fiktive navn og omtales heretter som fysioterapeutene. Utdrag og ord tatt direkte fra råmaterialet er *kursivert*. Ord som fysioterapeutene fremhever i toneleie, er understreket. Fysioterapeutenes kroppslige uttrykk og oppklaringer av tekstens kontekst er satt i parentes ().

4.1 Høye forventninger til terapeut – ansvar og forpliktelse

Informantene opplever overordnet at det blir utfordrende og krevende idet pasientene plasserer høye forventninger og ansvar over på dem. Disse forventningene er av ulikt innhold, men felles for dem er en form for mangel på ansvar, forpliktelse og motivasjon fra pasientens side i samarbeidet med fysioterapeut. Grete beskriver;

Jeg synes det som er vanskeligst er at de forplikter seg til å ta ansvar for det vi jobber med. Det vil si at de ikke bare kommer hit og tenker at "nå skal jeg få hjelp uten å kunne gjøre noe med det selv". Det synes jeg er det mest utfordrende.

Grete omtaler her mangel på forpliktelse og ansvar for arbeidet som det mest utfordrende i relasjon med pasient. Hun utdyper at hun opplever det spesielt vanskelig å få pasienter til å forplikte seg til å møte vonde og ubehagelige følelser. Hun kan registrere dette ved at de unngår spørsmål, eller kommer med bortforklaringer. Det kan også komme til uttrykk ved at pasienter ikke forplikter seg til å kjenne på følelser i hverdagen. Idet Grete oppfordrer pasienter til å sakte, men sikkert nærme seg følelsene i behandlingssituasjonen, kan hun oppleve at de mangler ord for å beskrive dem;

[...] noe jeg synes er veldig utfordrende er når ikke pasienten har ord. Og at de kommer hit også ikke vet hva de skal si. Og heller ikke er vant til å sette ord på følelser, situasjoner. At de på en måte forventer at det er jeg som skal gjøre jobben.

Grete opplever her at ansvaret føres over til henne idet pasienten blir taus. Det krever da en ekstra innsats av henne for å prøve å kartlegge og spørre pasienten. Hun opplever da at hun må yte, gi, eller bevise noe ovenfor pasient. Det er grunnen til at hun anser de med mangel på ord som mest energitappende å arbeide med. Håkon beskriver hvordan han opplever denne skjevheten i ansvarsfordeling;

Det som kan være vanskelig i en relasjon er hvis pasienten opplever at det er mitt ansvar at det går fremover [...]. For noen har en forventning om at de skal bli gjort noe med når de kommer til psykomotorisk fysioterapi. De forventer at de skal få lov til å være mye på benk og de forventer at det er terapeuten som driver behandlingen.

Håkon opplever her at pasienten kan komme med ulike forventninger til hvordan behandlingen skal foregå, samtidig som det er en forventning om at det er terapeut som skal gjøre noe på – eller med – pasient for at det skal bli bedring. I likhet med Håkon, opplever Siri det som krevende når pasienten legger ansvaret for bedring og fremgang over på henne som terapeut. Hun kan også oppleve at de gir henne skylden ved mangel på bedring og fremgang i behandlingen;

Det kan være utfordrende hvis de kommer og tror at det enten er noe som jeg skal fikse, og at det liksom er jeg som skal ordne alt for dem [...]. Hvis de gir meg skylda for at ting ikke går fort nok, at de ikke har blitt bedre [...].

Kroppen som kilde til forståelse – kroppslig aktivering, motstand og reservasjon

Informantene kommer med eksempler på hvordan de som terapeuter påvirkes idet de kjenner på en mangel på overenstemmelse i forventninger og ansvar. De forklarer at dette ofte kan være av subtil art og at kroppen benyttes som informasjonsgiver for å få mer forståelse for hva som foregår. De kan fornemme at de er på vei inn i noe vanskelig og utfordrende både ved å observere pasient, men også ved å fornemme seg selv.

Fysioterapeutene beskriver former for *reservasjon* eller *stivhet* ved at både fysioterapeut og pasient *strammer seg* eller blir *forknytt*. Siri forteller at hun kjenner på en form for *motstand* når hun mottar skyld og ansvaret fra pasient. Hun kan da merke hvordan hun aktivt motsetter seg denne ansvars plasseringen da det tross alt ikke er hun som er årsak til pasientens smerter. Hun gir eksempel på hvordan det kan gi seg til uttrykk idet det er mangel på overenstemmelse mellom henne og pasient;

Du kan jo kjenne det litt selv på hvordan du blir i kroppen. At du da; oi, jeg merker at jeg setter hendene mine i kors, at jeg liksom kan kjenne på mitt eget kroppsspråk at her må jeg på en måte pansre meg selv litt [...]. Ellers så kan jeg merke det på pasienten; at de setter forsvarsmekanismer på.

Gjennom det kroppslige uttrykket som Siri beskriver her, ser det ut til at hun trenger en distansering og beskyttelse idet hun mottar ansvaret fra pasient. Hun kan parallelt merke at pasienten også forsvarer seg kroppslig. Håkon beskriver også en form for aktivering av kroppen da han tidligere i karrieren hadde en tendens til å nesten ta over ansvaret for at pasienten skulle finne motivasjon;

Før jeg knakk koden, så ble jeg veldig energisk, og litt sånn, nesten tok over deres (pasientens) ansvar var for at jeg skulle finne motivasjon [...]. Sånn som jeg husker i min kroppshukommelse da; så går jeg jo inn i en aktivering i kroppen; altså jeg puster høyere opp, jeg er mer spent i muskulaturen fordi jeg går inn i en bestemt rolle.

Håkon beskriver her hva som skjer med han kroppslig som følge av at han går inn i en rolle der han tar over ansvaret til pasienten. Grete forklarer hvordan hun aktiveres når hun opplever at ansvaret ligger hos henne. Det skjer gjerne idet pasient blir taus;

Ja, da kommer det flink-pike-syndromet opp for meg også. At nå må jeg yte, nå må jeg gi dem noe [...]. Dette her blir en vekselvirkning for jeg jobber også med å kjenne hva skjer i

meg når den andre, kanskje blir forknytt? Kommer det flink-pike-syndromet opp ikke sant, hvor jeg skal være den som kan dette her.

Anne beskriver hvordan hun kan merke det kroppslig når det ikke er helt overenstemmelse mellom henne og pasienten;

Jeg kan bli irritert, jeg kan bli søvnig. Noen ganger så kan det være søvnmangel. Men andre ganger så tenker jeg at det må være spesielt at jeg blir søvnig hver gang jeg møter akkurat denne pasienten. [...]. Det kan være en type frustrasjon eller at jeg kjenner det i ulike deler av kroppen og at det nesten kiler i magen [...]. Her kjenner jeg noe i min kropp som ikke er helt mitt.

Anne beskriver her ulike kroppslige fornemmelser og tilstander som kan oppstå når hun er sammen med pasienten. Hun forklarer at det kan oppstå når pasient blir sint på henne eller når hun fornemmer at de ikke helt forstår hverandre. Parallelt merker hun at kroppsholdningen hos pasient kan bli mer lukket eller at de ser bort fra henne. Hun forklarer hvordan hun kan handle på disse fornemmelsene idet de dukker opp;

Så vil jeg vennlig, vennlig, spørre pasienten om at jeg kjenner sånn og sånn i kroppen, og jeg lurte på om det kan ha noe med hva pasienten kjenner på, og hva pasienten har fortalt om, eller hvordan pasienten har det [...] også kan vi prøve å utforske det videre; hva var det som skjedde her, som gjorde at jeg kjente sånn.

Her illustrerer Anne hvordan hun bruker egne kroppslige fornemmelser aktivt for å forstå og eventuelt oppklare følelser i situasjonen. Hun bruker deretter pasientens svar på dette som utgangspunkt for videre utforskning. Siri gjør det samme ved å spørre pasient; "hva er det som skjer nå"? idet hun fornemmer i egen kropp at det skjer noe i rommet. Grete kan på samme måte spørre; "hva kjenner du i forhold til meg nå?" når hun fornemmer gjennom pasienten sitt kroppsspråk at vedkommende eksempelvis uttrykker sinne. Ved at informantene bruker kroppen til å få mer tak i det subtile og tause ved utfordringene, opplever de å få en større håndgripelighet og oversikt rundt hva som foregår.

4.2 Tydeliggjøring av ansvar

Informantene opplever at mye av arbeidet deres går ut på å tydeliggjøre ansvarsfordeling. Ansvarsfordelingen kan foregå gjennom konfrontasjon og forventningsoppklaring. Arbeidet oppleves for dem som lettere idet ansvaret tydeliggjøres. De jobber alle med å få pasientene til å forstå at de som terapeuter kan hjelpe dem langs veien, men at det er pasienten *selv* som

må gjøre jobben og møte det som er vanskelig eller ubehagelig. I prosessen med å gå det vanskelige i møte, er informantene opptatt av å utforske og ta tak i det. De omtaler seg selv i denne prosessen som *følgesvenn, fasilitator og refleksjonspartner*.

Utforske det vanskelige sammen

– terapeut som følgesvenn, refleksjonspartner og fasilitator

Terapeutene er opptatt av å vise pasient at de kan gå veien *sammen* med pasient, selv om det til syvende og sist er pasient som har det overordnede ansvaret for endring i eget liv. Idet Håkon opplever å motta ulike bestillinger med ulikt forventningsinnhold fra pasient, forklarer han;

Da spør jeg rett ut; "det du har av forventning nå; har du noen idé om hvordan vi skal gjøre det?" Jeg får de til å utbrodere det litt [...] så de ikke bare lesser den over sånn at jeg ikke bare blir en mottaker, men jeg blir en refleksjonspartner. For hvis jeg bare hadde tatt det imot og tenkt sånn; ja, det må jeg gjøre noe med. Så hadde jeg jo satt meg selv i en felle [...]. Jeg kan ikke bare sitte og ta imot en bestilling [...]. Jeg er egentlig, som jeg sa i sted; fasilitator [...].

Håkon forklarer her hvordan han tar mindre ansvar ved at han spiller ballen tilbake til pasient. Han gjør det ved å be pasient utdype hva de ser for seg i den hensikt å ansvarliggjøre vedkommende. Det gjør at han ender opp med rollen som refleksjonspartner og fasilitator for endring fremfor å gå inn i rollen som mottaker av en bestilling der han forventes å skulle ordne opp. Han forklarer hvordan han tok *steget tilbake* i den hensikt å gi pasienten mer rom;

[...] for meg som terapeut så har jeg kommet dit hen at jeg skal ikke ta så mye ansvar. Og det var (ler og smiler) jo egentlig ganske deilig [...] er litt mer relaxed og bare, sitter godt i meg selv da. Og lar rommet egentlig få lov til å være pasienten sitt.

Håkon forklarer her hvordan det å overlate mer ansvar over til pasient var en prosess. En prosess som nå har gjort han mer avslappet i arbeidet. Han er mer avslappet ved å nå kunne trekke seg tilbake og sitte trygt i seg selv. Siri forklarer litt på samme måte hvordan hun er opptatt av å skape et *refleksjonsrom* der pasient får mulighet til å reflektere rundt det de ikke umiddelbart tar ansvar for, eller tar tak i selv;

Hvis du har pasienter som ikke tar tak [...] noe vi har blitt enige om at de skal jobbe med. Og hvis de aldri gjør det. Da blir jeg sånn; "oi, hva vil du egentlig" [...] "er det andre plasser i livet hvor dette

også skjer, at dette er et mønster?" og hjelpe de videre med å reflektere over; hva er det som egentlig skjer, hva vil de?

Siri forteller her hvordan hun bruker situasjoner til å skape refleksjon og ettertanke. Idet hun opplever at pasienter ikke tar tak i temaer som de i fellesskap har blitt enige om å arbeide med, kan hun be de utdype hva som *egentlig* skjer i det de gjentatte ganger lar være å arbeide med det. Hun gjør denne unngåelsen til et tema ved å spørre om det er et mønster i hverdagen, slik at pasient får anledning til å reflektere over eget handlingsmønster. Idet Anne inviterer pasienten til å gå inn i noe ukjent og krevende, beskriver hun seg som en følgesvenn;

Jeg pleier ofte å si til pasienten at jeg er slags følgesvenn gjennom en ukjent skog eller ukjent landskap. Og jeg vet heller ikke helt hva som skjer, men det er mange krinkler og kroker her og vi må liksom prøve å kaste litt lys på forskjellige kanskje mørke sider i det landskapet.

Anne forklarer her hvordan hun nærmer seg det ukjente sammen med pasient. Hun tar her en slags utforskerrolle sammen med pasient i stedet for å være den som sitter på svaret. Grete forteller hvordan hun kan utforske sammen med pasient;

De (pasientene) snakker om andre, ja. Og kommer mye med at "den er sånn og den er sånn mot meg". Også sier jeg at; "men skal vi se litt på hva som skjer da? Kan det være det at..?".

Grete kommer her med et eksempel på hvordan hun kan rette fokuset over på hva som skjer med og hos pasient idet pasient har en tendens til å snakke mye om de rundt fremfor seg selv. Dette skifte i oppmerksomhet gir pasient anledning til å utforske hva som skjer i vedkommende selv i de tilfellene. Håkon gir også pasient anledning til å utforske det subtile som skjer idet han fornemmer at pasient har et behov for å beskytte seg under en samtale;

Hvis det kommer forsvarsmekanismer, så må man bare ta det for det det er og spørre litt sånn; "det som skjedde nå, hva var det?" At du ... tematiserer at du ser at det skjer noe.

Direkte, bestemt og konfronterende

Informantene erfarer at de innimellom må være direkte og bestemt for å tydeliggjøre ansvaret ovenfor pasient. De kan eksempelvis tydeliggjøre for pasient hva de må gjøre selv for å komme dit de vil og hva de som terapeut kan bidra med i den prosessen Grete og Håkon beskriver at konfrontasjon kan være nødvendig i situasjoner der pasientene kommer

med lengre beskrivelser av situasjoner der de kommer med bortforklaringer eller uteblir som personer idet de skildrer hendelsesforløp med mange detaljer. Håkon sier;

[...] "jeg har ikke tid, og ungene skal ditt og ungene skal datt og mannen min" [...] også sier jeg (terapeuten); "men hvor blir det av deg opp i det her?" Og der er det mye som ligger begravet. Så sånn sett er det egentlig et verktøy da å tydeliggjøre; "hva er det du faktisk bruker tid på?" Og "hvor blir det av deg i det her?".

Håkon eksemplifiserer her hvordan pasienter kan legge ansvaret over på omgivelser og personer rundt seg fremfor å selv ta hovedansvaret for at nye vaner og rutiner skal bli innført i eget liv. Da opplever han at det ligger mye verdifull informasjon i å spørre hva *pasienten* føler eller hvor det blir av pasienten som person i det hele. Han kan også tydeliggjøre for pasient at det til syvende og sist er vedkommende som har ansvaret for endring;

[...] "men hvis du ikke har lyst til å trene, hvis du ikke har lyst til å jobbe med deg selv, hva gjør du her da?" [...] hvis pasienten opplever at det er mitt ansvar at det går fremover, så prøver jeg å introdusere at, "jeg kan tilby øvelser, jeg kan tilby hjelp, men selve progresjonen ligger i din kropp og i din hverdag" [...].

Håkon illustrerer her hvordan han kan konfrontere pasienten dersom han gang på gang opplever at de ikke tar tak i arbeidet eller er motivert. Han er også tydelig på å sette et skille og en avgrensning mellom pasienten og sitt eget ansvarsområde. Grete omtaler også en slik avgrensning i form av grensesetting, der det er viktig å ikke *bli den som alltid skal sitte og tåle*, men kunne si "*hit, men ikke lenger*". Grete kan også komme med en tydeliggjøring ovenfor pasient og gir et eksempel på hva hun kan si;

Jeg har også sagt at; "nå snakker du utenom det vi holder på med". Og det å være direkte [...] og si at; "vet du, nå synes jeg at du er litt vag her." For vi må få lov til å være ... eller vi må være direkte også [...] "jeg kan hjelpe deg dit, men du er nødt til å yte noe for at det skal skje forandringer. For jeg kan ikke forandre følelsene dine uten at du tar og jobber med det her som er vanskelig ...".

Grete legger til at et slikt konfronterende utsagn er en måte for henne å være direkte og bestemt når hun opplever at det hele *sklir litt ut*. Hun utdyper at det kan skli ut når pasient snakker mye om andre hendelser eller personer som ikke er spesielt relatert til temaer i behandling. Hun retter da fokus sammen med pasient og tydeliggjør at det er vedkommende

som er innehaver av det overordnede ansvaret. Hun opplever at det bidrar til å tilføre en *fasthet* til arbeidet, noe hun synes er godt.

Terapeuten som et empatisk medmenneske

Idet utfordringene tematiseres og blir gått i møte, understreker alle informantene at selv om det krever at de er direkte og bestemte, så må det gjøres på en ydmyk og empatisk måte. Informantene opplever da at pasientene stort sett føler seg *sett*. Empatien kan praktiseres ved at fysioterapeuten viser anerkjennelse og forståelse for det som er vanskelig. Grete forklarer at hun kan være empatisk gjennom å være et medmenneske:

"Jeg skal fremstå som et medmenneske også. Og det har vært viktig for meg i alle år. Det er jo det empatien springer ut fra, at jeg gjenkjenner mine egne ting i andre [...] være personlig, men ikke privat [...]. Å kunne resonnerer sammen med pasienten, at jeg ikke har svaret, men at vi kan se på det å være menneske.

Grete forstår her medmenneskelighet som å kjenne igjen sitt eget i andre. Hun illustrerer gjerne for pasient med personlige eksempler fra eget liv, noe hun sier at hun gjør for å skape en mer *symmetrisk relasjon* mellom henne og pasient. Håkon er opptatt av å skape en god relasjon ved å vise pasient at konfrontasjon fra hans side er gjort på en *velmenende* måte slik at pasienten føler seg sett og ivaretatt. Anne handler gjerne på sine kroppslige fornemmelser ved å spørre pasienten ut om disse. Samlet sett understreker informantene viktigheten av en balansegang – og kombinasjon av – konfrontasjon, medmenneskelighet og empati i møte med det vanskelige.

4.3 Vekstpotensiale i det som er utfordrende

Informantene opplever at det ligger et potensiale i å møte det ubehagelige og utfordrende. De forklarer at en konfrontasjon kan føre til vekst og endring eller bli et vendepunkt i behandlingen. Det som er utfordrende, blir slikt sett også ansett som en ressurs og til tider en nødvendig del av behandlingen som potensielt kan føre til en større endringsprosess. Informantene snakker da spesielt om sinne hos pasienten som en følelse som spesielt tidlig i karrieren kunne være vanskelig. Håkon forklarer;

[...] Når jeg skjønnte at sinne i terapirommet ikke er farlig, det er en del av det menneskelige uttrykket, så roet jeg meg på det [...] nå er jeg ikke redd lenger, nå er det mer sånn; "åh ja, der lukter vi borti noe", også spør jeg og inntil; er det sinne de gir uttrykk for nå, eller

ligger det noe mer bak der? Sinne kan jo kamuflere sorg og tap, frustrasjon, skam og skyld. Så plutselig åpner sinne opp for en helt annen samtale.

Her beskriver Håkon hvordan synet hans på pasientens sinne har endret seg i løpet av karrieren. Det endret seg fra å være noe han før ble engstelig for, til nå å anse det som en kamuflasje for andre sentrale følelser. Han demonstrerer her en nysgjerrig og utforskende holdning til pasientens sinne og anser det mer som en mulighet til å avdekke nye følelser fremfor noe å frykte. Han tilføyer;

Det er jo vekst-potensiale så det holder i det som er ubehagelig og krevende og vanskelig. Så lenge vi (terapeuten) ikke lar oss vippe av pinnen. At vi liksom stoler på at fagligheten min, den er jeg trygg på. Den terapeutiske rollen er jeg trygg på [...].

Her understreker Håkon viktigheten av at terapeuten er trygg i seg selv og sin rolle idet vanskelige temaer blir gått i møte. For han sin del er det en utvikling som har kommet over tid, der han nå *sitter mer i seg selv*. Grete opplever i likhet med Håkon at sinne gjerne er en mer krevende følelse å forholde seg til og håndtere som terapeut. Likevel understreker hun at det å oppfordre pasient til å gå inn i sinne som følelse og kroppslig uttrykk kan bidra til å gi pasient ny innsikt og kunnskap om eget følelsesliv. Anne forklarer hvordan hun opplever at utfordringer som mangel på felles forståelse og fremgang kan skape et vendepunkt i behandlingen;

[...] noen ganger har jeg opplevd at det har vært et sånn vendepunkt i terapien. Hvor ting har vært fastlåst, eller at vi har ikke kommet noe særlig videre. Ja, at det har stoppet litt opp; terapien. Og da kan jeg oppleve at; ja, men her skjer det en vekst videre. Og det har vel også noe med meg å gjøre; at jeg åpnet opp for pasientens kanskje mer dybde, eller perspektiv da [...].

Anne forklarer her hvordan utfordringer kan være med på å skape et vendepunkt i behandlingen hvor det tidligere kan ha vært fastlåst. Hun relaterer dette til at hun har tatt pasientens perspektiv og utforsket det sammen med pasient. Håkon eksemplifiserer videre flere former for utforskning og samtidig konfrontering. Blant annet kan han si til pasient; *"for meg høres det ut som at ..."*. Han opplever at dette er en måte å holde refleksjonsflyten oppe hos pasient når det er noe som hindrer vedkommende fra å komme videre. Både i situasjoner der han opplever at pasient ikke tar ansvar for å gjennomføre de de har blitt enige om, og når de snakker om alle andre framfor seg selv.

Det handler om å tørre

Informantene opplever at det handler om å tørre – eller våge – å gå det som er vanskelig i møte. Det å tørre er tosidig, der det krever et mot fra både pasienten og terapeuten sin side. Det kan dreie seg om å tørre *tematisere* følelser som informantene kan oppleve mer krevende enn andre – som sinne – og temaer som pasienten prøver å unngå. Det kan også dreie seg om å *utforske* forsvarsmekanismene og *motstanden* som kommer mer kroppslig til uttrykk hos pasient. Siri forteller;

Ja, og hvis det blir for utfordrende, så må man jo tematisere det med pasienten; hva er det som gjør at jeg opplever den utfordringen da. Tørre å ta tak i det. [...]. Også kan de komme tilbake neste gang og si; "nå har jeg tenkt på det du sa ...". Man setter i gang en eller annen prosess. Ved å tørre å være ærlig. Ja. Og det har jeg fått tilbakemeldinger fra folk om at; "oi, du er ærlig du!"

Siri illustrerer her hvordan det å tematisere det som er krevende handler om å tørre være ærlig. Hun opplever at det å være ærlig blir tatt godt imot og at det blir en ressurs i behandlingen fordi det setter i gang en refleksjonsprosess hos pasient. Anne opplever at det å tørre å gå inn i noe krevende sammen med pasient, dreier seg om terapiteknikk og en kombinasjon av empati og vennlighet;

[...] det er jo en litt sånn terapiteknikk. Rett og slett. På å tørre å våge å gå inn i det som kan være vanskelig. Men gjør du det på en empatisk, vennlig måte, så kan du få veldig mye god videre behandling, terapi og en bedre relasjon da.

Anne legger her til at det å tørre møte det som er krevende, gir en gevinst i form av god behandling og en god relasjon. Håkon opplever også at det kan bli et terapeutisk forløp ved å få pasient til å tørre åpne opp for vanskelige følelser og fornemmelser. Grete opplever at jobben hennes stort sett går ut på å få pasient til å tørre møte det som er ubehagelig. Hun kan praktisere det ved å prøve få pasient til å være til stede i kroppsforfølelsene og følelsene som dukker opp;

Så hvis vi klarer å slippe pusten til [...] så kan vi kjenne for eksempel at det knytter seg i magen, blir klump i halsen, uro i brystet. Og hvis vi tør å møte dette her, dette er det utfordringen min går mye på. Det ubehagelige [...] de har prøvd å unngå dette et helt liv eller i hvert fall så lenge de har levd. Også skal vi da ta de (pasienten) tilbake for å bearbeide det være seg traumer, gå inn i dette for å bearbeide det som har skjedd.

Samlet viser resultatene at fysioterapeutene opplever pasientrelasjonen som utfordrende idet pasient kommer med høye forventninger. Terapeutene opplever at disse høye forventningene handler om mangel på ansvar og forpliktelse fra pasient sin side. Dette påvirker terapeutene kroppslig der de kjenner på ulike fornemmelser. Disse fornemmelsene benyttes aktivt på en utforskende måte sammen med pasient idet utfordringene håndteres. Kroppen utgjør slikt sett en ressurs i møte med utfordringene. Ved mangel på ansvar, forpliktelse eller i møte med vanskelige følelser, opplever fysioterapeutene at det handler om å tørre gå dette som er ubehagelig i møte. De gjør det på en konfronterende, direkte og samtidig medmenneskelig måte. De opplever at dette bidrar til vekst og endringsmuligheter hos pasient. Utfordringene fungerer slikt sett som en ressurs i behandlingen med potensiale for videre vekst.

5.0 DISKUSJON

Resultatene diskuteres her i lys av relevant teori og litteratur. I hovedsak ser jeg resultatene i lys av Schibbye sitt dialektiske perspektiv på relasjon, samt kroppsfenomenologien og relasjonelle begreper knyttet til disse to. Jeg opplever at kroppsfenomenologien og det dialektiske perspektivet utfyller og tilføyer noe til hverandre, derfor er de begge inkludert i oppgaven. Der dialektikken kan si noe om hvordan to subjekter forstår hverandre gjennom mentalisering og perspektivering, kan kroppsfenomenologien bidra til å si noe om hvordan vi har tilgang til andre subjekter gjennom kroppen vår og intersubjektivitet som begrep. Flere av begrepene som diskuteres er nært forbundet med hverandre. Det kan derfor fremstå kunstig å sette de inn i overskrifter. Jeg tilstreber likevel å holde dem noe atskilt innenfor sine respektive overskrifter for oversiktens skyld.

5.1 Kropp og subjekt som ressurs – relasjonen sett ut fra et dialektisk og kroppsfenomenologisk perspektiv

Resultatet viser at informantene bruker pasientens og egen kropp til å få mer innsikt i hva som skjer i relasjonen. De kan fornemme mangel på overenstemmelse i egen kropp, fornemmelser som de kan handle på og bruke som en kilde til å sjekke ut, avklare med, og forstå pasienten. Schibbye (2017) sin dialektiske relasjonsforståelse og kroppsfenomenologiens fokus på subjektets opplevelse kan bidra til å forklare hvordan disse fornemmelsene finner sted. I dialektikken dreier det seg om et både-og når det gjelder å forstå individet-i-relasjon, noe som innebærer at individet er et opplevende subjekt, *samtidig* som det kan se seg selv som objekt og den andre som subjekt *og* objekt (2017). Bunkan & Thornquist (1995) sier det slik; "Mennesket er ikke både psyke og soma, men alltid *begge deler* på en gang" (s.19, utheving tillagt). Et annet både-og i dialektikken innebærer at vi

både er atskilt og står i sammenheng – altså gjensidig påvirkning – med den andre (Schibbye, 2017). Som terapeut må man dermed veksle mellom å være i pasientens opplevelsesverden og ha et mer reflektert, observerende forhold til hva som skjer i relasjonen, noe som forutsetter at man har en viss distanse til hverandre (ibid). Denne tosidigheten av både nærhet og distanse ser vi i resultatene. Som en av fysioterapeutene sier det; så sitter han godt i seg selv og kan samtidig "*spørre inntil*" pasientens følelser. Det kommer også til syne ved at fysioterapeutene setter et skille mellom hva som er deres ansvarsområde og hva som er pasienten sitt. De har nok distanse til å kunne legge merke til når det hele "*sklir litt ut*," noe som bidrar til at de kan hente inn pasienten og snevre inn oppmerksomheten mot det de jobber med. Samtidig har de nok nærhet hos seg selv til å kroppslig registrere at det skjer noe i relasjonen og hos pasienten.

Der dialektikken kan si noe om hvordan to subjekter forstår hverandre gjennom *bevissthet* og terapeutiske egenskaper som anerkjennelse, mentalisering og perspektivering, kan kroppsfenomenologien bidra til å si noe om hvordan vi har tilgang til andre subjekter gjennom *kroppens* erfaring, uttrykk og handlinger (Schibbye, 2017; Zahavi, 2019). Zahavi skriver det slik: "Subjektiviteten er kroppslig forankret [...] verden er, om man vil, givet for oss som kroppslig utforsket" (2013., s.54). Fra et fenomenologisk perspektiv fremtrer verden slikt sett forskjellig for oss, og subjektets erfaringer må derfor *utforskes* (Engelsrud, 2005; Thornquist, 2018). Resultatet viser at fysioterapeutene utforsker pasientens erfaringer ved å prøve seg frem og spørre pasientene basert på sine egne kroppslige fornemmelser og observasjoner. Fysioterapeutene registrerer disse fornemmelsene både *i* egen kropp, som subjekter, og ved å *observere* pasientens kroppslige uttrykk som et samtidig objekt og subjekt. Subjekt i den forstand at de som fysioterapeut kan kjenne igjen sitt eget i pasienten sitt og dermed være et medmenneske der de sammen "*ser på det å være menneske*".

I psykomotorisk fysioterapi er en av terapeutens viktige oppgaver nettopp å utforske kroppslige uttrykk sammen med pasienten, samt å bekrefte og anerkjenne disse (Gretland, 2016). Ifølge Thornquist (2018, s.47) er det terapeutiske potensialer knyttet til å aktualisere pasienters kroppslige erfaring og kompetanse slik fysioterapeutene gjør her ut fra resultatene. Fysioterapeutene benytter på denne måten sin egen og pasientens kropp som kilde til kommunikasjon. Dette kan sees opp mot kroppsfenomenologiens forståelse av kroppen som *eksistensiell*, der den *er* sansende, handlende og talende (Merleau-Ponty, 1994). Leder (1990) skriver det slik: "It is our lived body itself, not an intellectual mind, that

first perceives objects, knows its way around a room, senses the sadness in another's face" (s.7). Thornquist sier det på denne måten; "det er *via* kroppen vi har tilgang til verden, andre mennesker og andre objekter" (2016, s.193, min utheving). I kropps-fenomenologien får dermed kroppen og dens praksis forrang fremfor det refleksive; vi har et grep om verden *før* vi kjenner det bevisst eller verbalt (Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2012). Ut fra resultatene kan fysioterapeutenes kroppslige fornemmelser av "*noe som skjer*" i rommet sies å gjenspeile kroppens forrang, der både terapeut og pasient *er* og eksisterer som kroppslige subjekter. Dette kan sees i lys av følgende sitat fra Merleau Ponty:

The permanence of one's body [...] no longer as an object of the world but rather as our means of communication with it [...] no longer as the sum of determinate objects but rather as the latent horizon of our experience, itself ceaselessly present *prior* to all determining thought. (2012, s.95, min utheving)

Sett opp mot Merleau-Ponty sin forståelse så blir de subtile fornemmelsene tilgjengelig for fysioterapeutene gjennom pasientens kroppslige uttrykk *før* det er refleksivt bevisst. Fysioterapeutene kan slikt sett sies å ha et fenomenologisk perspektiv på kroppen fordi den utgjør en informerende og fortellende kilde i relasjon med pasient. Kropps-fenomenologien og dialektikken innebærer et alternativ til det positivistiske og kartesianske vitenskapssynet på mennesket (Merleau-Ponty, 1994; Schibbye, 2017). Det positivistiske vitenskapssynet involverer et *enten-eller*-perspektiv på psyke/soma og kan benyttes til å forstå pasientens forventninger til terapeut.

5.2 Pasientenes forventninger sett ut fra positivismen og dualismen

Hva er det som skaper pasientenes forventninger til fysioterapeutene? Moderne medisin er i hovedsak forankret i et positivistisk vitenskaps- og kunnskapssyn (Thornquist, 2018). I denne forskningstradisjonen blir kroppen betraktet som et materielt objekt (ibid). Posivismen har vært et rådende ideal over lang tid, med opphav fra blant andre filosofen Descartes og kartesismen (Bråten, 2004). Her forstås kropp og sjel som to uavhengige substanser, der kroppen tilhører det materielle og subjektet tilhører det sjelelige og ikke-materielle (Thoresen et al., 2020). Tradisjonen er dermed preget av en dikotomi mellom kropp og sinn; en kropp/sjel-dualisme (Thornquist, 2018). Thornquist (2018) beskriver det som at kroppen avpersonifiseres og går fra *noen* til *noe*. Flere viser til at medisinsk forskning og samfunnet forøvrig fortsetter å ta med seg den kartesianske arven i forståelsen av kroppen som rent objekt: Nicholls og Gibson mener at vår fysioterapeutiske praksis

fortsatt er preget av denne dualismen, der kroppen forstås som noe rent materielt som er atskilt fra subjektet (2010). Til tross for at få vedkjenner seg dualismens aktualitet, er tradisjonen likevel – og fortsatt – nedfelt i vårt medisinske utdanningssystem og daglige språkbruk, blant annet i våre beskrivelser av kroppen som noe vi *har*, fremfor noe vi *er* (Kirkengen & Næss, 2019; Thornquist, 2018). Mye av denne tradisjonelle forståelsen av kroppen som materielt objekt kan man dermed forvente at pasienter tar med seg inn i møtet med fysioterapeuten. Som Slagstad – lege og stipendiat i medisinsk historie – skriver; "Dikotomier som natur/miljø og kropp/psyke har vært vanskelige å bryte ned, til tross for at nettopp dette har vært en ambisjon flere ganger gjennom historien [...]" (2019, s.829). I resultatet ser vi den tradisjonelle forståelsen komme til syne gjennom fysioterapeutenes beskrivelser av pasientenes forventninger. Forventninger om at kroppen skal bli gjort noe "*med*" og "*på*", eller at ting skal bli "*fikset*". Thornquist (2018) problematiserer det at vi stiller kroppen ut som et objekt og en gjenstand, noe som kan manipuleres og endres. Ifølge Filosofen Gadamer fører en slik objektiverende tendens til en fremmedgjøring av oss selv (1996). Idet vi blir fremmedgjort for oss selv, kan vi stå i fare for å bli fremmedgjort ovenfor hverandre også i en relasjon.

Med hensyn til relasjonen, kan den tradisjonelt dikotomiske og reduksjonistiske forståelsen av – og i dette tilfelle *hos* – pasient nemlig ha noen fallgruver: Benjamin skriver at terapeutiske utfordringer som fastlåsthet skjer idet relasjonen reduseres til et forhold mellom subjekt og objekt; der den ene blir gjort noe *på* og *med* (2004, 2005). Denne fastlåstheten kan eksempelvis oppstå når terapeuten opplever seg som objekt for pasientens ønsker og behov (Moltu & Veseth, 2008). Pasientens forventninger og ønsker om å bli gjort noe *på* og *med*, eller at pasient gir terapeut skyld og ansvar for mangel på fremgang – slik resultatene viser – kan slikt sett være med *på* å forsterke terapeutens følelse av å være et objekt. Som fysioterapeutene sier det så skaper disse forventningene både en "*motstand*", kroppslig "*aktivering*" og følelsen av å måtte "*yte, gi eller bevise noe*". En av fysioterapeutene forteller også om et behov for å forsvare seg ved å sette armene i kors og "*pansre seg*". Dette er med *på* å illustrere hvordan slike forventninger som pasientene kommer med, kan bidra til en objektivering og fremmedgjøring.

Det at noen i en relasjon blir gjort noe *med*, beskriver Benjamin (2004) som en *tohet*. Hun beskriver de sterke dikotomiene som kommer til uttrykk ved denne toheten i terapi; den ene er uvitende, den andre er den som vet; den ene er aktiv, den andre er passiv. Forventninger skapes for øvrig i sosiale og samfunnsmessige sammenhenger (Wormnes & Manger, 2005).

Så kanskje er det nettopp i denne toheten mellom pasient og terapeut at mange av forventningene til terapeut også oppstår? Helsepersonell – deriblant fysioterapeuter – er trent opp til å være handlingsrettet og lære seg teorier, metoder og teknikker rettet mot å nettopp kunne gjøre *noe med* pasienter (Røkenes & Hansen, 2012; Thornquist 2016). Nicholls & Gibson (2010) mener, i likhet med Kirkengen og Thornquist (2012), at det er på tide med et fornyet syn på kroppen i vår fysioterapeutiske praksis. Et syn som innebærer at vi framfor å tingliggjøre kroppen heller anser kropp som meningsbærer; et historisk og filosofisk konstrukt.

5.3 Makt og symmetri i relasjonen mellom pasient og terapeut

Den biomedisinske og dualistiske tradisjonen kan sies å ha forsterket den relasjonelle toheten som ifølge Benjamin (2004) kommer til uttrykk i terapi. Toheten kan også beskrive noe av asymmetrien i maktforholdet mellom pasient og terapeut. Relasjonen mellom pasient og terapeut er i utgangspunktet asymmetrisk av natur fordi pasient kommer for å få hjelp hos terapeut som har den etterspurte kompetansen (Ekeland & Heggen, 2007; Thornquist, 2016). Helsepersonell har også definisjonsmakt der det er fagpersonen som vurderer, beskriver og fortolker (Røkenes & Hansen, 2012; Tjora, 2012). I tillegg har helsepersonell definisjonsmakt hva angår god helse og hva som er normalt (Tjora, 2012). Det ligger dermed innebygd en autoritetsstruktur i relasjonen, noe som kan forsterkes ved at vi som fysioterapeuter bevisst eller ubevisst dominerer eller passiviserer pasienten (Thornquist, 2016). Selv om det da er en naturlig maktskjevhet i pasient/terapeut -relasjonen som allerede er *gitt* grunnet rollene, så kan makten gis pasient ved at vedkommende anerkjennes som en ekspert i eget liv. Idet pasient oppfordres til å sette ord på hva som foregår og ta ansvar i eget liv – noe resultatene viser at fysioterapeutene gjør – kan man si at makten blir gitt pasienten. Røkenes & Hansen (2012) bruker begrepet *myndiggjørende kommunikasjon* der pasient anses som selvstendig aktør og handlende subjekt, ikke som en passiv mottaker av helsehjelp (s.255). Idet pasient trekkes fram som en forvalter av eget liv, kan det frigjøre pasientens egne ressurser og krefter (ibid). Resultatene viser at pasienten løftes frem som en slik aktør i pasient-terapeut-relasjonen. Fysioterapeutene utfordrer pasientene med at det er dem som til syvende og sist har den utøvende makten i eget liv. Ansvar og makt føres på denne måten tilbake til pasient. Det kan være noe av grunnen til at fysioterapeutene opplever arbeidet som lettere idet pasientene blir konfrontert på denne måten.

5.4 Mentalisering som terapeutisk egenskap – empati og tydelighet

Mentaliseringsevne handler om å kunne se seg selv utenfra og andre innenfra, samt å ha en forståelse av selve relasjonen og konteksten denne utspilles i (Hansen, 2010). Mentalisering er nært beslektet med empati og selvrefleksjon (Skårderud & Sommerfeldt, 2008; Schibbye, 2017). Derfor kan mentalisering som overordnet begrep og terapeutisk egenskap være egnet til å drøfte fysioterapeutenes empatiske og refleksive ferdigheter som kommer til uttrykk i resultatet. Ifølge Schibbye (2017) innebærer mentalisering evnen til å *lese* andres sinn; evnen til å *vite om* egne og andres mentale tilstander, som følelser, oppfatninger, intensjoner og ønsker. Denne beskrivelsen av "mind reading" finner vi også hos Scheff (1990, s.7). Men hvorvidt kan vi egentlig *lese* og *vite om* andres sinn før vi eksplisitt har sjekket ut med pasienten? Ifølge Fonagy (2015) bør terapeutens mentaliserende egenskaper innebære ydmykhet. Han mener ydmykhet oppstår fra å ikke regne med at man vet svaret på forhånd. Videre bør mentaliserende egenskaper innebære å stille pasienten spørsmål på en aktiv måte samt å være tydelig ovenfor pasient når noe er uklart (ibid). Fonagy mener at mentalisering både er implisitt og eksplisitt. Han skriver: "[...] mentalization involves both a self-reflective and an interpersonal component; it is based on both observing others and reflecting on their mental states; it is both implicit and explicit, and it concerns both feelings and cognitions" (2015, s.362). Ut fra Fonagy sin forståelse av mentalisering innebærer det dermed en kombinasjon av observasjon og selvrefleksivitet sammen med tydelighet og ydmykhet idet man avklarer fornemmelsene – eller antagelsene – *sammen* med pasient. Resultatet viser at fysioterapeutene søker å resonnerer sammen med pasient i vennlighet der de som terapeuter ikke sitter med svaret på forhånd. Denne forståelsen av mentalisering kan bidra til å anerkjenne og respektere det sammensatte og subtile som foregår i samspeillet mellom terapeut og pasient.

Skårderud og Sommerfeldt (2008) beskriver mentalisering først og fremst som en implisitt virksomhet. Implisitt i den forstand at vi automatisk tar inn kroppsspråk og ansiktsuttrykk samtidig som vi tilpasser oss den andre. I likhet med Fonagy (2015) mener de at terapeuter – spesielt ved utfordrende dialoger – bør benytte en *eksplisitt* mentaliseringsform ved å spørre hva pasienten egentlig er ute etter å formidle. I resultatet ser vi at idet pasientene oppleves "*uklare*" og "*vage*", så benytter fysioterapeutene en slik eksplisitt mentaliseringsform ved at de søker å oppklare hva pasient egentlig vil. Fysioterapeutene opplever at denne oppklaringen tilfører en fasthet og tydelighet til arbeidet. Skårderud og Sommerfeldt (2008) skriver at når det oppstår utfordring i relasjoner, så bidrar god mentalisering nettopp til mer

presisjon og rikdom. I resultatene ser mentalisering ut til å bidra til en presisjon og avklaring på flere områder, blant annet i forhold til forventningene fysioterapeutene opplever at pasientene kommer med. En av de viktigste rollene til terapeuten i psykoterapeutiske tilnærminger er nettopp å forstå pasientens forventninger og hva som kan hjelpe dem (Vasquez & Johnson, 2022). Videre har pasienter som er i stand til å utvikle konstruktive forventninger større sannsynlighet for å få et positivt behandlingsutfall (ibid). I resultatet ser vi at terapeutene hjelper pasientene med å tydeliggjøre forventninger, noe som da kan anses som positivt for behandlingsutfallet og relasjonen videre.

Videre kan vi se at mentalisering kommer til uttrykk idet fysioterapeutene utforsker pasientens følelsesliv og spør inntil følelser som sinne. Det å være engstelig for sinne tidligere i karrieren er nå lettere å vende om til å være nysgjerrig på sinne; der sinne betraktes som en "*kamuflasje*" for noe annet. Fysioterapeutene opplever med denne utforskningen av følelser at det åpnes opp for en annen samtale; for pasientens *dybde* og perspektiv, noe som kan demonstrere *rikdommen* som mentalisering kan tilby.

Fysioterapeutene demonstrerer en nysgjerrighet og undring idet de utforsker følelser og forventninger sammen med pasient. Ifølge Skårderud og Sommerfeldt er; "*nysgjerrighet, opptatthet av eget og andres sinn og undring kjerneelementene i en mentaliserende terapeutisk holdning*" (2008, s. 1068). Nysgjerrighet og ærlighet fra terapeutens side bidrar også positivt i pasient-terapeut alliansen og kan gi et godt behandlingsutfall og behandlingsmiljø (Vasquez & Johnson, 2022; Monsen, 1989). Fonagy & Allison (2014) mener at mentalisering også frigjør pasienter fra *rigiditet*, noe som er en forutsetning for forandring i forståelse av seg selv og andre. Ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2008) bidrar mentalisering til å regulere oss selv i forhold til krevende pasienter. Regulering kan sies å gi en større klarhet i hva som er *mitt* og *ditt*. For å ha en slik klarhet innebærer det nødvendigvis en viss distanse til pasienten også, noe som kan komme til uttrykk ved å "*sitte godt i meg selv*" som en av fysioterapeutene beskriver det.

For og best mulig kunne fremme en utviklingsprosess, skriver Monsen at en terapeut må; "[...] kunne være empatisk, avgrensende, aksepterende, direkte og ansvarliggjørende" (1989, s.74). Monsen skriver videre at en forutsetning for empatisk holdning er at terapeuten er ærlig (s.75). I resultatet ser vi at fysioterapeutene opplever at det å være ærlig – eller direkte – setter i gang en prosess hos pasienten og at de setter pris på det, selv om det umiddelbart også kan virke noe overraskende på dem. Fysioterapeutene opplever også at pasientene får mulighet til å reflektere over dette mellom behandlingene. Dette demonstrerer noe av

utviklingspotensialet som ligger i denne direktheten og at det virker positivt inn på relasjonen. En forutsetning for at endring skal kunne finne sted og for at det fastlåste skal kunne løses opp, er i følge Stern (2007) *autentisk tilstedeværelse* (s. 238). Fysioterapeutenes ærlighet og direkthet kan illustrere en slik autentisk tilstedeværelse; der de tematiserer, konfronterer og utfordrer. Wormnes & Manger (2005) skriver i denne sammenheng; "Den profesjonelle samtalen må gi plass for [...] fastlåste oppfatninger. Den må være et møte som peker hen mot det uforutsigelige, i en åpenhjertig, empatisk fundert, oppriktig undersøkende, utfordrende dialog" (s.201).

5.5 Pasient som aktør i eget liv

Mentalisering i terapi gir videre pasient som subjekt mulighet til å føle seg forstått (Fonagy & Allison, 2014). Det innebærer å anerkjenne og forstå pasienten som subjekt og aktør; en agent i eget liv. Det gir pasienten muligheten til å; [...] experience themselves as an agent in the mind of the therapist" (Fonagy & Allison, 2014, s.19). Fysioterapeutene kan ut fra resultatene sies å fasilitere pasientens opplevelse av agens idet de, med en spørrende holdning, avklarer sine fornemmelser og inntrykk sammen med pasient. Som en av fysioterapeutene sier det; "*for meg høres det ut som ...*". Dette kan sees i sammenheng med Schibbye (2017) sin beskrivelse av en subjekt-subjekt-holdning, der terapeuten tar ansvaret for at det er vedkommende sitt inntrykk av situasjonen, ikke en sann tolkning. Spørsmålet åpner slikt sett opp for pasientens livsverden.

Fysioterapeutene bygger opp under pasientenes agens og identitet idet de også ansvarliggjør dem ved at "*ballen spilles tilbake*". Agens er det mest sentrale for vår selv-utvikling (Hansen, 2010). Det innebærer gjerne å *utføre og gjøre* i praksis, noe som står sentralt i psykomotorisk fysioterapi gjennom å oppfordre pasient til å være tydelig og markere seg selv (Bunkan & Thornquist, 1995; Monsen, 1989). I resultatet ser vi at fysioterapeutene prøver å løfte frem og tydeliggjøre pasient ved å spørre; "*men hvor blir det av deg i det her?*". I psykomotorisk fysioterapi fokuseres det nettopp på å tydeliggjøre pasientens *jeg-følelse* og identitet ved å fremme pasientens ressurser, deltagelse og selvhevdelse i eget liv (Bunkan & Thornquist, 1995; Monsen, 1989). Agens som selv-utviklende blir også synliggjort i Gadamer sin definisjon av helse: "Health is [...] a condition of being involved, of being in the world, of being together with one's fellow human beings, of active and rewarding engagement [...]" (1996, s.113). Utdraget inkluderer en forståelse av helse som relasjonelt, der man blir inkludert og deltar i samspill med andre. I resultatet ser vi at

fysioterapeutene inkluderer pasient ved å "*la rommet være pasienten sitt*" og at fysioterapeuten ved det trekker seg tilbake. Fysioterapeutene er også opptatt av å få pasienten til å reflektere over egen deltagelse og ansvarsdeling i sin hverdag.

Agens kan videre henge sammen med selvangrensning: Ifølge Schibbye innebærer selvangrensning å skille mellom egne opplevelser og andres (Schibbye 2017). Vi ser hvordan fysioterapeutene er i stand til å ta tak i øyeblikk ved å legge merke til hva som skjer – eller at det skjer noe – i den andre hos seg selv. Anne beskriver det som "*noe som ikke er helt mitt*", men som hun sanser tydelig likevel. Schibbye mener at dersom pasient skal få tak i sitt ståsted, må vedkommende oppleve at terapeuten har sitt (2017). Sagt med andre ord må terapeut komme frem som et subjekt. Schibbye skriver videre hva autonomitet fører til: "Det autonome individ opplever å være agent, et selvstendig subjekt som er kilden til egne handlinger, altså *avgrenset*. Avgrensning er altså nødvendig for å kunne styre sitt eget liv" (2017, s.104). Ut fra dette forstås dermed avgrensning som autonomi. Informantene fasiliteterer avgrensning ved å gjøre tydelig hva som er sitt eget og hva som er pasienten sitt. Både når det gjelder forventningsavklaring, ansvarsdeling og følelser.

5.6 Det intersubjektive fellesskapet

Intersubjektivitet kan si noe om *hvordan* vi kan ta del i hverandres erfaringsverden (Zahavi, 2019). Filosofen Husserl var først ute med å utdype begrepet (ibid). Husserls forståelse av intersubjektivitet tok først og fremst utgangspunkt i menneskers analogitenkning, der muligheten til å oppleve og forstå den andre baserer seg på forestillings- og *mentaliseringssevne* (Zahavi, 2019; Leder, 1990). Kroppsphenomenologien betrakter intersubjektivitet som foregående mer kroppslig og praktisk (Thornquist, 2018). Ut fra resultatet kan prosessen med å fornemme og erfare pasienten sies å være informert av både kroppslig, implisitt interaksjon, men også en mental prosess som involverer refleksjon. Ifølge Gallagher (2017) handler subjektiv interaksjon om direkte persepsjon av den andres emosjon gjennom kinematikken i deres bevegelser, holdning og ansiktsuttrykk. Zahavi (2019) sier det slik: "My access to the mind of another is [...] always mediated by his or her own bodily behaviour" (s. 88). Dette kan illustrere hvordan fysioterapeutene er i stand til å fornemme at noe skjer ut fra pasientens kroppslige uttrykk. De får tilgang til pasienten gjennom vedkommende sitt kroppslige språk. Intersubjektivitet innebærer videre å skape felles mening, samtidig som aktørene opprettholder sin autonomitet (Gallagher, 2017). Forståelsen av aktører som autonome kommer til uttrykk i flere definisjoner av intersubjektivitet. Benjamin definerer intersubjektivitet som: "a relation in which each

person experiences the other as a "*like subject*", another mind who can be "felt with," yet has a distinct, *separate* center of feeling and perception" (2004, s.5, min utheving).

Dette kan peke tilbake på den dialektiske forståelsen av fysioterapeutene sin evne til å inneha både en nærhet og distanse til pasienten; en erkjennelse av at de er to separate individ samtidig som de står i gjensidig påvirkning. Ifølge Møyner handler intersubjektivitet også om likeverdighet: "Intersubjektiv deling handler om et følelsesmessig fellesskap basert på likeverdighet og tillit, der personene relaterer seg til hverandre og begge utviser oppmerksomhet i sin tilstedeværelse." (Møyner, 2016, s.97). Idet fysioterapeutene i medmenneskelighet – og uten å hevde at de har noen fasitsvar – "*ser på det å være menneske*" sammen med pasient, kan det demonstrere en slik likeverdighet. Likeverdighet kan forstås som å ha lik rett på sin opplevelsesverden (Bae & Waastad, 1992). Dermed kan man være likeverdig til tross for asymmetrien som ligger til grunn i pasient-terapeut-relasjonen.

Gretland skriver; "Relasjonen blir tryggere når vi viser interesse for hverandre i *likeverdig* samtale. Dette kan sees som en viktig forutsetning for at det nære kroppslige møtet kan finne sted, og for etablering av en bærekraftig allianse med pasienten" (2007, s.183, min utheving). For å medvirke til at pasient opplever at terapeut og vedkommende er av samme slag, kan det å bringe inn egne generelle erfaringer bidra til å alminneliggjøre opplevelser og reaksjoner som pasienten opplever (Axelsen & Hartmann, 2008). Vi ser ut fra resultatet at fysioterapeutene er opptatt av å trekke inn slike generelle erfaringer for å vise seg som et medmenneske og for å skape en mer "*symmetrisk relasjon*" som en av dem sier. For både Benjamin (2005) og Schibbye (2017) handler intersubjektivitet om gjensidig påvirkning, der terapeuten anerkjenner seg selv som subjekt i relasjonen. Anerkjennelsen av seg selv som subjekt kommer videre til uttrykk i resultatet ved at fysioterapeutene "*kjenner igjen sitt eget*" hos pasienten eller merker hvordan pasientens sinne påvirker dem. Det at terapeutene løfter frem og tematiserer sine fornemmelser av situasjonen kan også anses som at de tar sitt bidrag som subjekt i relasjonen på alvor. Fysioterapeutene er generelt opptatt av å vise anerkjennelse for – og gjenkjennelse i – det pasienten kommer med. Både gjennom medmenneskelighet og å være personlig.

5.7 Anerkjennelse av pasient i møte med utfordringene

Resultatene viser at vendepunkt kan komme i etterkant av at ting har vært fastlåst eller der man ikke har kommet noen særlig vei videre. For at partene i en relasjon skal utvikle seg, og

for at det fastlåse skal kunne løses opp, er det ifølge Schibbye gjensidig anerkjennelse som skal til (2017). Det innebærer å se den andre som subjekt, ta den andres posisjon og se den andres synspunkt (ibid). Moltu og Veseth skriver i denne forbindelse; "[...] anerkjennelse av den andres subjektivitet er en forutsetning for endringsfremmende måter å være sammen på" (2008, s. 936). Kanskje ligger dette potensialet for endring i det paradoksale ved anerkjennelse; der det både gis rom for selvhevdelse og individualitet, *samtidig* som det gir rom for bekreftelse og tilhørighet (Bae & Waastad, 1992; Schibbye, 2017). Det er nettopp bare gjennom den andres anerkjennelse at vi kan utvikle et differensiert selv (Bae & Waastad, 1992). Sagt med andre ord er vi er avhengig av andre for å bli autonome (ibid). Det at fysioterapeut "åpner opp for pasientens perspektiv" eller utforsker videre idet det blir fastlåst, kan fungere som en slik anerkjennelse av pasienten som subjekt og autonomt individ. Anerkjennelse kan i dette tilfelle sies å legitimere pasientens opplevelsesverden. Ifølge Bejnamin (2004; 2005) gjør anerkjennelse det mulig å skape rom for konsensus – som utgjør det *intersubjektive rommet*, eller det *intersubjektive tredje* – der tanker og følelser løftes opp og frem gjennom utveksling (Benjamin, 2005). Dette tredje rommet kan sees opp mot "*refleksjonsrommet*" som fysioterapeutene er opptatt av å skape.

5.8 Nå-øyeblikk; oppmerksomhet og tilstedeværelse

Idet fysioterapeutene fornemmer noe kroppslig hos seg selv eller at det "*skjer noe i rommet*", benytter de spørsmål som; "*hva skjer nå?*" eller "*hva kjenner du i forhold til meg nå?*". Stern kaller dette for *intersubjektive spørsmål* som er en del av *intersubjektiv orientering*; en orientering som har til hensikt å orientere personer i det intersubjektive feltet (Stern, 2007). Stern er videre opptatt av terapeutisk forandring gjennom det han kaller *nå-øyeblikk*, øyeblikk som er en del av vår implisitte viten. Han definerer det som øyeblikk som ikke kan fanges av språket mens det oppleves, men øyeblikk som språket konstruerer i ettertid (2007, s.37). Stern sier at nå-øyeblikket derfor i stor grad bygger på et fenomenologisk perspektiv da det tar utgangspunkt i vår subjektive virkelighet eller opplevelse der og da. En nødvendig betingelse for et slikt øyeblikk er oppmerksomhet og tilstedeværelse (Stern, 2007; Schibbye, 2017). Ser vi dette opp mot resultatene, kan fysioterapeutenes oppmerksomhet og tilstedeværelse mot pasientens uttrykk gjøre det mulig å registrere at det skjer noe. De er opptatt av å ha oppmerksomhet og tilstedeværelse hos og med pasient, men oppfordrer også til at pasient selv er til stede i – og oppmerksom mot – det som skjer hos seg selv. Stern skriver; "jo lenger terapeuten klarer å holde fast på nå-øyeblikket og utforske det, jo flere veier vil det åpne seg" (2007, s.146). Denne interessen og utforskningen fra terapeutens side

er ifølge Stern av stor klinisk verdi. De intersubjektive spørsmålene som fysioterapeutene stiller, kan ha sin opprinnelse nettopp ut ifra slike nå-øyeblikk. Det er noe som skjer i pasientens fenomenologiske opplevelsesverden som de anser som verdifullt å utforske videre. Prosessen med å åpne flere veier slik Stern beskriver det, kan sees opp mot fysioterapeutenes beskrivelser av seg selv som "*følgesvenn gjennom ukjent landskap*" eller idet de spør pasient; "*skal vi se litt på hva som skjer da?*". Fysioterapeutene ser ut til å være oppmerksomme, tålmodige og – ikke minst – modige nok til å holde fast på slike øyeblikk ved å stoppe opp og stille oppfølgings-spørsmål.

5.9 Det handler om å tørre – hva står på spill?

Fysioterapeutene nevner former for å "*våge*", eller "*tørre*" ta tak og stoppe opp ved det som er vanskelig. Det kan innebære å tørre kjenne på vanskelige følelser eller å tørre utfordre pasient. I psykoterapeutiske eller psykodynamiske behandlingstradisjoner har det over lengre tid vært kjent at relasjonen mellom terapeut og pasient – også referert til som arbeidsalliansen – er en viktig endringsfaktor og predikator for et godt behandlingsutfall (Bordin, 1979; Roth & Fonagy, 2005; Falkum, 2018). Alliansen kan forstås som gjensidig enighet mellom pasient og terapeut (ibid). Kan det være at terapeut – og forsovet pasient – er redd for å skape brudd og uenigheter i denne viktige alliansen som muligens ikke lar seg reparere? Allianseruptur innebærer en uenighet i oppgaver eller for målene i terapien, eller i problemer knyttet til båndet mellom aktørene (Falkum, 2018). Scheff mener at opprettholdelse av det sosiale bånd er menneskets mest grunnleggende motiv (1990). Det sosiale båndet kan sammenlignes med alliansen mellom pasient og terapeut. Idet det oppstår trusler mot dette båndet, genereres det ifølge Scheff intense følelser (1990). Uenighet, mangel på felles forståelse eller konfrontasjoner mot pasient kan potensielt utgjøre en slik trussel mot båndet og alliansen.

Øyeblikk mellom fysioterapeut og pasient som består av mer affektivt ladete øyeblikk kaller Stern for *kritiske nå-øyeblikk* (2007). De er kritiske fordi de reiser spørsmål om hvilken karakter relasjonen mellom pasient og terapeut har, der deres måte å være sammen på – de vante rammene – står på spill (Stern, 2007). Under slike øyeblikk sier Stern at "angstnivået stiger hos både pasient og terapeut. De tvinges begge inn i nået." (2007, s.238). Ifølge fysioterapeutene vekkes det ubehag når vanskelige situasjoner går i møte. Kanskje er det slike kritiske nå-øyeblikk og angsten – eller ubehaget – den vekker som gjør at det handler om å *tørre* å konfrontere og utfordre pasienten? Idet en av fysioterapeutene spør pasient;

"*hva kjenner du i forhold til meg?*" kan det sies å være et slikt kritisk nå-øyeblikk da det er et spørsmål som inviterer til å kommunisere rundt relasjonen og alliansen, samt fysioterapeutens væremåter. Spørsmålet innebærer en risiko for å bli avvist som terapeut og potensielt tape ansikt eller kjenne på skam. På denne måten blir fysioterapeuten satt i en sårbar posisjon.

Som terapeut blir man ofte møtt med – og har selv – forventninger om å ha oversikt og løsninger tilgjengelig for å håndtere situasjoner; der fysioterapeuten er den som vet og kan (ibid). Hva da når fysioterapeuten risikerer å ikke kunne håndtere en relasjonelt vanskelig situasjon eller risikere å bli avvist eller dårlig likt av pasient? Yrkesidentiteten som fysioterapeut innebærer at man *gjør* noe for pasienten (Thornquist, 2016). Thornquist skriver i denne sammenheng; "Det å tåle å være avventende og ikke alltid vite [...] uten å ha løsninger på rede hånd, innebærer å utfordre den tradisjonelle yrkesidentiteten" (s.125). Med andre ord så kan det og ikke vite innebære en risiko – eller trussel – mot yrkesidentiteten. Denne trusselen mot sin yrkesidentitet og relasjonen forøvrig, kan forstås nærmere ved hjelp av Scheff (1997, 1990). Ifølge Scheff (1997) utgjør følelsen av utilstrekkelighet og avvising – kombinert med skamfølelsen – en trussel mot det sosiale båndet. Hvordan man oppfattes i andres øyne – og opprettholdelsen av denne oppfatningen – er i følge Scheff derfor et sterkt motiv i seg selv (1990). Fysioterapeuter kan dermed kjenne på en bestrebelse etter å ville opprettholde deres omdømme og renommé som vitende helsepersonell med kontroll over situasjoner. Dersom fysioterapeuten risikerer å bli oppfattet på en negativ måte, tape ansikt eller omdømme, kan det lede til følelsen av utilstrekkelighet og skam. Skam som ikke anerkjennes, sammen med følelse av avvising og utilstrekkelighet, er ifølge Scheff det som skal til for at en konflikt blir destruktiv (1997). Som Scheff skriver; "Pride is the sign of an intact bond; shame; a severed or threatened bond" (s.15). Det å unngå å kjenne på skam – forstått her som en utilstrekkelighet – kan dermed være et så sterkt motiv at vi prøver unngå konfrontasjoner som kan true det sosiale båndet med pasient. Selv om skam ofte både er tabubelagt og uerkjent, så kan den samtidig generere sterkere bånd dersom den blir anerkjent og satt ord på (Bo, 2012; Scheff, 1997). Dette peker mot noe av paradoksen ved skam også.

Ifølge Scheff må det sosiale båndet konstant testes og fornyes for å kunne forbli intakt (1990, s.8). Øyeblikk av kritisk art der fysioterapeut inviterer pasient til å snakke om relasjonen, kan være et slikt øyeblikk hvor båndet blir testet. Stern (2007) sier at dersom terapeut forstår de kritiske nå-øyeblikkene som en normal hendelse og som en anledning til

å skape noe nytt, så endres terapeutens terskel for angst til det lavere. Dette kan forklare hvordan fysioterapeutene også anser det utfordrende som en ressurs med potensiale til å bli et "vendepunkt" eller "vekst" videre i behandlingen. I resultatene sier fysioterapeutene også at det ble lettere å håndtere og møte vanskelige følelser hos pasienten utover i karrieren, eksempelvis følelser som sinne. Dette oppstod i erkjennelsen av at det er *pasienten* sine følelser. Kanskje er nettopp noe av forutsetningen for å tørre møte det ubehagelige, bunnet i en erkjennelse av, eller et skille mellom, hva som er *ditt* og hva som er *mitt*? Scheff mener at "et sikkert sosialt bånd involverer både nærhet og distanse" (1990, s.4). Han forstår nærhet som innsikt i den andres ståsted og utgangspunkt, mens avstand forstås som at man aksepterer den andres selvstendighet og autonomi. Dette kan sees opp mot fysioterapeutenes praksis; der de praktiserer *avstand* gjennom ansvarliggjøring og tydeliggjøring av pasient, samtidig som de kan gå inn i en *nærhet* der de er ute etter å forstå og anerkjenne pasient sitt ståsted. En slik balanse mellom nærhet og distanse forutsettes av oppmerksomhet og tilstedeværelse fra fysioterapeutens side (Scheff, 1990). Nettopp denne balansegangen ble understreket også av fysioterapeutene i studien til Øien et al. (2011).

Som nevnt i innledningen av oppgaven, kan pasient-terapeut-relasjonen bli mer personlig for psykomotoriske fysioterapeuter fremfor annet helsepersonell. Dette fordi man som terapeut kan bli mer involvert ved å gi og by på seg selv på en mer dyptgående måte sammenlignet med andre helseaktører. Som psykomotoriske fysioterapeut er man nettopp mer i spenningsfeltet mellom kropp og følelser, slik at risikoen for brudd i relasjonen og følelsen av personlig avvisning som terapeut kan sies å være større. Som Scheff skriver; "In presenting ourselves to others, we risk rejection" (1990, s.74). I de motstridende behovene for å være avgrenset og samtidig nær i relasjon, kan det ut ifra et dialektisk perspektiv dukke opp angst for å bli oppslukt, miste sine grenser eller å bli avvist og stå alene som terapeut (Bae & Waastad, 1992). Dette kan være noe av grunnen til at fysioterapeutene understreker viktigheten av å være trygg i sin rolle som terapeut idet vanskelige temaer går i møte. Denne tryggheten kan forstås som – og oppstå ved hjelp av – en distansering eller avgrensning.

Å være avgrenset innebærer også å unngå emosjonell smitte eller overføring av den andres følelser (Møyner, 2016). I praksis kan det å unngå emosjonell smitte fra pasient likevel kanskje sies å være umulig? Begrepene overføring-motoverføring har i hovedsak blitt benyttet i psykoanalytisk tradisjon (Zachrisson, 2008). Likevel kan de benyttes her for å illustrere noe av det som skjer mellom pasient og terapeut. Overføring og motoverføring ble tradisjonelt ansett som "sand i det terapeutiske maskineriet"; der idealet var at terapeuten

skulle ha et mest mulig objektivt og nøytralt perspektiv på pasient (Zachrisson, 2008, s.946). I forståelsen av begrepene i dag kan terapeut som subjekt sies å anses mer som en *ressurs* i å forstå eller avklare hva som skjer i relasjon med pasient. Overføring handler om pasientens relasjonsbehov overfor terapeuten, mens motoverføring viser til det tilsvarende behovet som terapeuten har ovenfor pasient (Røkenes & Hanssen, 2012). Motoverføring kan dermed komme til syne ved følelser og bestrebelser som oppstår hos terapeuten (Zachrisson, 2008). Resultatene viser at pasientens forventinger kan vekke bestrebelser hos terapeuten som å ville "yte, gi eller bevise noe" hos terapeut. Dette oppstår forøvrig idet pasienten blir stille og mangler ord. Dette var et noe uventet funn, da studien til Dragesund & Øien (2018) ser utmattelse og krevende situasjoner opp mot bruken av mange ord fra pasientens side. Dette kan illustrere en variasjonsbredde i opplevelse av hva som er mest krevende.

I resultatet beskrives også en energisk tilstand der terapeut omtrent tok over ansvaret for at pasienten skulle finne motivasjon. En annen beskrev opplevelsen av å måtte være "*flink-pike*". Disse beskrivelsene kan peke mot en slik motoverføringsprosess. Motoverføring kan også komme til uttrykk gjennom eksempelvis uklare eller skiftende stemninger (Zachrisson, 2008). Slike subtile og diffuse fornemmelser – eller stemninger – beskriver fysioterapeutene i resultatet. Ved å ha en balanse mellom nærhet og avstand – skifte mellom å "føle med pasienten og tenke om" (Zachrisson, s.949, min utheving) – utgjør motoverføringsprosessen en viktig del av det terapeutiske arbeidet. Som Zachrisson understreker, skjer mye av arbeidet – hvor pasienten får bearbeidet sine følelser – nettopp i dette grenselandet mellom å gå inn og trekke seg litt tilbake. Som terapeut må man i dette arbeidet utsette seg for "risikoen for å falle emosjonelt; bli vippet av balanse" (Zachrisson, 2008, s.949). Det er når man utsetter seg for denne risikoen at det kan oppstå fremgang og endring. Som han sier; "for å kunne gå fremover må vi ut av balanse. Å gå er et kontrollert fall" (s.949). Dette resonnerer med Scheff som mener at sosiale relasjoner alltid innebærer en risiko og derfor aldri er helt trygge (1990). Han skriver; "Conflict will be constructive to the degree that the parties are attuned, and destructive when there are not [...] Conflict serves the purpose of change and mutual adjustment [...] (1990, s.7). Han forstår begrepet "attuned" som; "a mutual understanding that is not only mental, but emotional" (s.7). Gjenkjennelse og anerkjennelse av pasientens følelser – slik terapeutene er opptatt av – kan illustrere en slik felles forståelse, eller *attunement*. Dette samsvarer med funnene til Dragesund og Øien (2018) og Øien et al. (2011), der et kommunikativt mønster som gikk igjen ved krevende situasjoner var å søke etter – eller forhandle seg frem til – et felles ståsted. Scheff sin

forståelse av konflikt som kilde til forandring, kan sees opp mot fysioterapeutenes beskrivelse av konflikter eller utfordringer som potensielle ressurser, vendepunkt eller videre vekst. Dette oppstår ved hjelp av denne felles forståelsen – og oppmerksomheten mot pasient – som fysioterapeutene er ute etter å opprettholde.

Ifølge Skårderud og Sommerfeldt "oppstår det alltid sår og rifter i relasjoner [...] og selve reparasjonsarbeidet er sentralt i mentaliseringsbasert behandling (2008, s.1069). At det oppstår testing av relasjonen, med eventuelle rifter og sår, ser ut til å være en naturlig del av behandlingsforløpet mellom terapeut og pasient i endringsarbeid. Ut fra denne forståelsen fordrer endring og utvikling hos pasient dermed en villighet – hos både terapeut og pasient – til å ta risiko og arbeide i grenselandet mellom det behagelige og ubehagelige, mellom sitt eget og den andres. Oppmerksomhet, anerkjennelse og tilstedeværelse, egenskaper fysioterapeutene viser ut fra resultatene, ser ut til å være essensielt i denne balanseprosessen.

6.0 Oppsummering og avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med utfordrende pasientrelasjoner. Materialet viser at høye forventninger sammen med mangel på ansvar og forpliktelse hos pasient er mest utfordrende. Utfordringene registreres og håndteres med utgangspunkt i kroppen som ressurs og subjekt. Terapeutene går utfordringene i møte på en undrende og tydelig måte i medmenneskelighet, der de ivaretar en balanse mellom nærhet og distanse. Dette bidrar til å kunne avgrense seg selv som terapeut og få en større klarhet i hva utfordringen går ut på. Ved å tørre gå utfordringene i møte, opplever fysioterapeutene at det åpner seg et potensiale for endring og vekst. Utfordringer som en ressurs samsvarer slikt sett med funn fra tidligere studier.

Denne oppgaven har fått frem nye erfaringer ved utfordringer i pasientrelasjonen som etter min kunnskapsforståelse ikke tidligere er beskrevet. Det som er mest interessant, er at erfaringene synliggjør at det handler om å *tørre* å gå vanskelige situasjoner i møte.

Opgaven bidrar til en forståelse av utfordringer i pasientrelasjonen som en naturlig og nødvendig del av vekst og endring. Forandringene, veksten og potensialet som følger utfordringer, kan motivere oss som psykomotoriske fysioterapeuter til å tørre gå det ubehagelige ved dem i møte. Utfordringene kan bli mindre krevende å imøtegå ved at pasient betraktes som en selvstendig aktør der vi som terapeuter får være en *følgesvenn* og

refleksjonspartner i prosessen. Det bidrar til at ansvarsfølelsen føres over til pasient, der vi som terapeuter kan sitte mer avslappet og trygge i oss selv. På sikt kan dette redusere risikoen for overanstrengelse og utmattelse i arbeidet.

Samlet bidrar denne studien til økt kunnskap om hvordan man som psykomotorisk fysioterapeut kan håndtere utfordrende pasientrelasjoner. Holdninger, væremåter og utsagn som er løftet frem er klinisk relevante ved at de kan anvendes i praksis av andre fysioterapeuter. Denne studien gir kun et innblikk i utfordringer ved pasientrelasjoner slik det oppleves av et utvalg fysioterapeuter. Videre studier bør løfte frem flere opplevelser av hva som skaper ubehageligheter i relasjoner. Dette er viktig da slike ubehageligheter kan være skambelagt og utfordrende å snakke om. Dersom fremtidig forskning synliggjør opplevelser som beskriver slike utfordringer, kan det bidra til å ufarliggjøre og alminneliggjøre dem.

7.0 Litteraturliste

- Axelsen, E. D. & Hartmann, E. (2008). *Veier til forandring: virksomme faktorer i psykoterapi* (2.utg.). Cappelen akademisk forlag.
- Bae, B. & Waastad, J-E. (1992). *Erkjennelse og anerkjennelse; perspektiv på relasjoner*. Universitetsforlaget.
- Benjamin, J. (2005). Creating an Intersubjective Reality; Commentary on Paper by Arnold Rothstein. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(3), 447-457. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1080/10481881509348842>
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to; and intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73(1), 5-46. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x>
- Bjørnnes, A.K. Gjevjon, E.R. (2019). Kvalitet i kvantitativ meode - et innblikk. *Sykepleien forskning*, (14), <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78806>
- Bo, I.G. (2012). Det sociale bånd og følelser i menneskers interaksjon. *Psyke & Logos*, 33(1), 7-23. <https://tidsskrift.dk/psyke/article/view/8771>
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapi; Theory, Research and practice*, 16(3), 252-260.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bråten, S. (2004). *Kommunikasjon og samspill; fra fødsel til alderdom*. Universitetsforlaget.
- Brinkmann, S., Tanggaard, L. (2020). *Kvalitative metoder; en grundbok* (3.utg.). Hans Reitzel Forlag.
- Cypress, S.B. (2017). Rigor ot Reliability and Validity in Qualitative Reserach: Perspectives, Strategies, Reconceptualzation, and Recommendations. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(4), 253-263.
- De nasjonale Forskningsetiske komiteene. (2019, 23.mai). *Veiledning for forskningsetiske og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2018). Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(9), 833-842. <https://doi->

[org.mime.uit.no/10.1080/09593985.2018.1463327](https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1463327)

- Ekeland, T.J., Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjøring - reform eller retorikk?* Gyldendal akademisk.
- Ekerholt, K. (2011). Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patients' experiences in psychomotor physiotherapy. *Body, movement and dance in psychotherapy*, 6(2), 103-115. <https://doi.org/10.1080/17432979.2011.568762>
- Ellingsen, S., Drageset, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning: En introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(3), 23-38.
- Engelsrud, G. (2005). Bevegelse som utforskning og utfoldelse. *Fysioterapeuten*, (7), 15-19.
- Falkum, E. (2018). Den terapeutiske alliansen. *Tidsskriftet den norske legeforening*.
- Falkum, E. (2000). Hva er utbrenthet? *Tidsskriftet den norske legeforening*, 120(10), 1122-8. <https://tidsskriftet.no/2000/04/klinikk-og-forskning/hva-er-utbrenthet>
- Fonagy, P. (2015). Mutual regulation, mentalization, and Therapeutic Action; A Reflection on the Contributions of Ed Tronixk to Developmental and Psychotherapeutic Thinking. *Psychoanalytic Inquiry*, 35, 355-369. <https://doi.org.mime.uit.no/10.1080/07351690.2015.1022481>
- Fonagy, P., Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380.
- Foucault, M. (1997). *Essential works of Michel Foucault, 1954-1984*. Penguin Group.
- Freudenberger, H.K. (1975). The Staff Burn-Out Syndrome In Alternative Institutions. *Psychotherapy; Theory, Research And Practice*, 12(1), 73-82. <https://doi.org/10.1037/h0086411>
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gadamer, H-G. (1996). *The enigma of health: the art of healing in a scientific age*. Stanford University Press.
- Gallagher, S. (2017). *Enactivist Interventions: Rethinking the Mind*. Oxford University Press.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Penguin Group.
- Gretland, A. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi*. I A.K. Bergem (Red.), *Kroppen i psykoterapi* (s.139-158). Gyldendal akademisk.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*. I. A.K. Bergem (Red.). *Kroppen i psykoterapi*. (s.139-158). Fagbokforlaget.

- Hall, A.M., Ferreira, H., Maher, C.G., Latimer, J. & Ferreira, M.J. (2010). The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical therapy*, 90(8), 1099-110. <https://doi-org.mime.uit.no/10.2522/ptj.20090245>
- Hansen, B.R. (2010). Affektive dialoger: Fra regulering til mentalisering. I V.Moe & K. Hansen (Red.). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (s.116-136). Gyldendal akademisk.
- Hia, S. (2020). *Ett øye innover, ett øye utover: Psykomotoriske fysioterapeuters bevissthet om og regulering av egne følelser i krevende pasientmøter*. [Masteroppgave]. UiT Norges arktiske universitet. Munin. <https://munin.uit.no/handle/10037/19597>
- Horton, A., Hebson, G., & Holman, D. (2021). A longitudinal study of the turning points and trajectories of therapeutic relationship development in occupational and physical therapy. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 97-97. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06095-y>
- Johannessen, L.E.F., Rafoss, T.W., Rasmussen, E.B. (2018). *Hvordan bruke teori?: Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Kinney, M., Seider, J., Beaty, A. F., Coughlin, K., Dyal, M., & Clewley, D. (2020). The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*, 36(8), 886-898. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1080/09593985.2018.1516015>
- Kirkengen, A.L. & Næss, A.B. (2019). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3.utg.). Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A. & Thornquist, E. (2012). The lived body as a medial topic; an argument for an ethically informed epistemology. *Journal of evaluation in clinical practice*. 18(5), 1095-1110. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/j.1365-2753.2012.01925.x>
- Kjærnem, K.R. (2015). *Med seg selv som verktøy: Ivaretagelse av seg selv som terapeut i psykomotorisk fysioterapi*. Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Drammen. Open Archive. <http://hdl.handle.net/11250/2393261>
- Kvale, S., & Brinkmann, K. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Laake, P. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Gyldendal akademisk.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. The university of Chicago Press.

- Lien, J. (2018). *Relasjon og kropp: relasjonsbegrepet i psykoanalyse, karakteranalyse og psykomotorisk fysioterapi*. Kolofon.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, B., Norlyk, A. (2011). Tre kvalitative forskningstilgange. *Sygeplejersken*, (12), 64-68. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2011-12/tre-kvalitative-forskningstilgange>
- McCormack, H., MacIntyre, T.E., O'Shea, D., Herring, M.P., Campbell, M. (2018). The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-19. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01897>
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of Perception*. Taylor & Francis Group.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax.
- Moltu, C., Veseth, M. (2008). Fra det fastlåste til det forløsende. Om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 932-938.
- Monsen, K. (1989). *Psykodynamisk kroppsterapi: en behandlingstilnærming basert på fysioterapi og psykologi*. TANO.
- Møyner, E. (2016). Det terapeutiske samspill - en utfordrende balansegang. I N. Tvedten & A. Ottesen (Red.), *Psykomotorisk fysioterapi - en praksis i bevegelse. Festskrift til Gudrun Øvreberg*. (s.95-104). Universitetet i Tromsø.
- Nicholls, D.A. & Gibson, B.E. (2010). The body and physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*. 26(8), 497-509. <https://doi-org.mime.uit.no/10.3109/09593981003710316>
- Norsk Senter for forskningsdata. (2021). *Fylle ut meldeskjema for personopplysninger*. <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/>
- O'Connor, K., Neff, D.M., Pitman, S. (2018). Burnout in Mental Health Professionals: A Systematic Meta-analysis of Prevalence and Determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- O'Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O'Sullivan, P.B., O'Sullivan, K. (2016). What influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Physical Therapy*, 96(5), 609-622. <https://doi-org.mime.uit.no/10.2522/ptj.20150240>
- Plaven, B. (2020). *Prosess, factors, Resources, and Health Consequences of Burnout in Psychiatrists* [Doktorgradsavhandling]. Walden University, Minneapolis. <https://www.proquest.com/pagepdf/2396882343?accountid=17260>

- Polit, D.F., Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Røkenes, O.H., Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller breste; kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Roth., A., Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research* (2.utg.). Guilford Publications.
- Scheff, T. J. (1997). *Emotions, the social bond, and human reality*. Cambridge University Press.
- Scheff, T. J. (1990). *Microsociology. Discourse, Emotion, and Social Structure*. The University of Chicago Press.
- Schibbye, A-L.L. (2017). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Skatteboe, U.B. (1990). *Å være i samspill: En kropporientert gruppeterapi for pasienter med kroniske nevroser og personlighetsforstyrrelser*. [masteroppgave, Statens spesiallærerhøgskole].
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskriftet den norske legeforening*. 1066-9.
- Slagstad, K. (2019). Hjernen er ikke alene – Nettverksmodellen og psykiatrisk epistemologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(11), 822-832.
- Stern, D. (2007). *Her og nå: Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Abstrakt forlag.
- Stige, S.H., Dundas, I., Schanche, E., Hjeltnes, A. (2019). Kva typar mellommenneskelege situasjoner opplever norske psykologar oftast og som mest krevende? *Psykologtidsskriftet*, 56(8). <https://doi.org/10.52734/P3K74Wu9>
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Med Health Care Philos*, 17(4), 609-624.
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2.utg.). Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2016). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2.utg.). Gyldendal akademisk.

- Thornquist, E. (2012). *Movement and Interaction: The Sherborne approach and documentation*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Pensumtjenesten.
- Tjora, A.H. (2018). *Vitenskap: Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Cappelen Damm akademisk.
- Tjora, A.H. (2012). *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. Gyldendal akademisk.
- Universitetet i Oslo. (2021, 16.april). *ROS-analyse av mobilappen nettskjema-diktafon*. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/merom/informasjonsikkerhet/ros-analyse-av-diktafon.html>
- van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice; meaning-giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. Left Coast Press. <https://doi-org.mime.uit.no/10.4324/9781315422657>
- Vasquez, M.J.T., Johnson, J.D. (2022). *Multicultural therapy: A practice imperative*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000279-004>
- Winjgaarden, E., Meide, H., Dahlberg, K. (2017). Researching Health Care as a meaningful Practice Toward a Nondualistic View on Evidence for Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, (11), 1738-1747. <https://doi.org/10.1177/1049732317711133>
- Wormnes, B., Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring*. Fagbokforlaget.
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45(8), 939-948.
- Zahavi, D. (2019). *Phenomenology: the basics*. Routledge.
- Zahavi, D. (2013.) *Fænomenologi*. Roskilde Universitetsforlag.
- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S., & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study: Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(1), 53-61. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide til mastergradsprosjekt

"utfordrende pasientrelasjoner"

Underspørsmål/oppfølgingsspørsmål er markert med >

Overordnet tema	Spørsmål
BESKRIVELSER av en utfordrende pasientrelasjon og hvordan den påvirker terapeuten	<p>1) Hva er det som gjør en behandlingssituasjon/ pasientrelasjon utfordrende for deg? > Hva skjer idet det blir utfordrende? > Er det eventuelt noe i relasjonen som tapper deg for krefter eller gjør deg utmattet? Hva er det, i så fall? > Kommer du på et konkret eksempel?</p> <p>2) Hva ville vært en mindre utfordrende pasientrelasjon/hva gjør en relasjon mindre utfordrende? > Kommer du på et konkret eksempel?</p> <p>3) Hvordan registrerer du at relasjonen blir utfordrende? > Hvordan registrerer du det på deg selv? > Hvordan registrerer/observerer du det hos pasient?</p> <p>4) Hva gjør den utfordrende relasjonen med deg som terapeut? > Hvordan påvirker den deg <u>kroppslig</u> der og da ? > Hva preger din <u>resonnering</u> idet du merker at det blir utfordrende? > Hva gjør du for din egen del? (For å eventuelt ta litt avstand, samle krefter igjen der og da, eller for å komme deg senere?)</p>
Hva som skjer mellom terapeut og pasient idet det blir utfordrende	<p>Kan du si noe om overgangen fra en pasientrelasjon i behandlingsøyeblikket som går fra å være lite utfordrende til mer utfordrende? > Kan du beskrive hva som skjer i den overgangen? > Hva kjennetegner den <u>kroppslige samhandlingen</u> mellom dere idet det blir utfordrende? > Hva kjennetegner den <u>verbale utvekslingen</u> når det blir utfordrende? > Kan du si noe om din innstilling til situasjonen eller ovenfor</p>

	<i>pasient når det blir utfordrende?</i>
HÅNDTERING	<p>Hvordan håndterte du situasjonen sist det ble utfordrende, hva skjedde? Kommer du på en spesifikk situasjon?</p> <p><i>> Hvordan kom dere videre?</i></p> <p><i>> Ble dere enige om noe/veien videre? I så fall hva?</i></p> <p><i>> Hvilke forventninger opplever du at pasienten har til deg som terapeut når det blir utfordrende?</i></p> <p><i>> Hva opplever du kan bidra til å fremme pasientens utvikling videre i en slik situasjon?</i></p>
Om videre utvikling av relasjonen	<p><i>> Hva opplever du som styrkende for pasient/terapeut-relasjonen videre?</i></p> <p><i>> Hva opplever du kan svekke pasient/terapeut-relasjonen ytterligere?</i></p> <p><i>> Er det noe annet du ønsker å si før vi avslutter?</i></p>

Vedlegg 2: Infoskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet;

"Utfordrende pasientrelasjoner i psykomotorisk fysioterapi"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et mastergradsprosjekt hvor formålet er å studere psykomotoriske fysioterapeuters erfaring med utfordrende pasientrelasjoner. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er et mastergradsprosjekt i psykomotorisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Hensikten med prosjektet er å belyse fysioterapeuters erfaringer med utfordrende pasientrelasjoner. Med utfordrende pasientrelasjoner menes her relasjoner som virker energitappende eller som gjør en emosjonelt utmattet. For å bedre kunne ivareta pasientrelasjonen, fremme pasientens utvikling og samtidig ivareta seg selv som terapeut, trengs en større forståelse for hvordan en kan håndtere utfordrende mellommenneskelige situasjoner. Dette kan bidra til å bedre fysioterapeutens mellommenneskelige ferdigheter og redusere risikoen for emosjonell utmattelse.

Studiens problemstilling er:

Hvordan beskriver psykomotoriske fysioterapeuter utfordrende pasientrelasjoner og hvordan håndterer de disse?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Masteroppgaven utføres ved det helsevitenskapelige fakultet på Universitetet i Tromsø. Navnet på masterstudenten er: May Linn Rygg
Navnet på studentens veileder er: Helle Rønn Smidt

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er trukket gjennom et strategisk utvalg. Det er et utvalgsriterie at fysioterapeuten har sin praksis i Oslo/Viken-området med minimum 1 års klinisk erfaring etter endt utdanning. Det er behov for 4 informanter. Det er ønskelig å intervju to/tre fysioterapeuter med lengre klinisk erfaring (10 år +) sammen med en/to som har kortere fartstid (1 år +.) Kontaktinformasjonen din er hentet fra Norsk Fysioterapeutforbund sin hjemmeside under "Finn fysioterapeut".

Hva innebærer det for deg å delta?

I studien benyttes et kvalitativt design med dybdeintervju som metode. Intervjuene planlegges gjennomført i løpet av september 2021. Intervjuet tas opp via UiO sin "Diktafon-app" på en mobiltelefon. Innholdet krypteres samtidig som det tas opp og sendes direkte til UiO sitt "Nettskjema". Intervjuet planlegges gjennomført på informantens arbeidsplass/kontor.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Du kan trekke samtykket muntlig via tlf. eller via mail til student/veileder. Alle dine personopplysninger (lydopptak) vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Student og veileder vil ha tilgang til det transkriberte materialet. Ditt navn, navn på arbeidssted og kontaktinformasjon er anonymt og samles ikke inn i studien.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er mai 2022. Innen prosjektslutt vil lydopptak på UiO sitt "nettskjema" være slettet.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

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

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

Med vennlig hilsen

(Forsker/veileder) (Student)

Helle Rønn Smidt May Linn Rygg

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i dybdeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: NSD sin vurdering

Vurdering

Referansenummer

572156

Prosjektittel

Masteroppgave i psykomotorisk fysioterapi; kvalitativ intervjustudie av psykomotoriske fysioterapeuter om utfordrende pasientrelasjoner

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Helle Rønn Smidt , hrs@via.dk, tlf: +4587552365

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

May Linn Rygg , maylinn.rygg@outlook.com, tlf: 93879336

Prosjektperiode

23.06.2021 - 04.05.2022

Vurdering (1)

06.07.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 06.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig

bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 04.05.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er psykomotoriske fysioterapeuter, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD

legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik

Lykke til med prosjektet!