

---

# Betydningen av relasjon i møte mellom fysioterapeut og pasient sett fra et systemisk perspektiv.

---

**Master i familierapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmets høgskole  
2008-2012**

**Masteroppgave i familierapi og systemisk praksis**

**Anne Sophie MacLeod**

**MGFAM-C-FA3**

## Innhold

Forord .....	5
Sammendrag .....	6
Innledning.....	7
Bakgrunn for valg av tema .....	7
Presentasjon og utdyping av problemstilling .....	9
” Hva sier fysioterapeuter om betydningen av relasjon i møte med pasienten?” .....	9
Begrepsavklaringer.....	10
Oppbygning av oppgaven.....	10
Teori .....	10
Systemteori.....	11
Kommunikasjonsteori .....	12
Familieterapiens tradisjoner og tilnærminger.....	13
Relasjoner.....	16
Relasjoner og tilknytning .....	17
Relasjoner og makt.....	18
Relasjoner og fysioterapi.....	19
Relasjoner og medisin og forskning .....	19
Metode.....	20
Kvalitativ metode .....	20
Fenomenologi og Hermeneutikk .....	21
Intervjuundersøkelse .....	22
Transkribering .....	23
Forskningsetikk .....	24
Reliabilitet og validitet .....	24
Analysearbeidet.....	25

Å få et helhetsinntrykk .....	25
Å identifisere meningsbærende enheter .....	26
Å vurdere betydningen av de meningsbærende enheter .....	26
Å identifisere temaer .....	26
Presentasjon av temaer .....	27
Hvordan snakker fysioterapeuter frem begrepsforståelsen av relasjon .....	27
Hva ligger i ordet relasjon .....	27
Kontekst .....	30
Relasjonens betydning .....	30
Betydningen av tillit og trygghet .....	30
Tilknytning, ønske om den trygge relasjonen .....	33
Betydningen av makt i relasjonen .....	33
Relasjonens betydning for oppnåelse av endring .....	34
Relasjons skapende handlinger .....	34
Relasjons skapende berøring .....	36
Bruk av kontekst .....	37
Det personlige blir det profesjonelle .....	38
Personlige egenskaper .....	39
Makt .....	41
Kjønnsaspektet .....	42
Oppsummering av temaene .....	43
Drøfting .....	43
Hvordan snakker fysioterapeuter frem begrepsforståelsen av relasjon .....	44
Hva ligger i ordet relasjon .....	44
Kontekst .....	46
Relasjonens betydning .....	46
Betydningen av tillit og trygghet .....	46

Tilknytning, ønsket om den trygge relasjonen .....	47
Betydningen av makt i relasjonen .....	48
Relasjonens betydning for oppnåelse av endring .....	49
Relasjonsskapende handlinger .....	50
Relasjonsskapende berøring .....	51
Bruk av kontekst.....	52
Det personlige blir det profesjonelle .....	53
Personlige egenskaper .....	53
Kjønnsaspektet .....	54
Avslutning .....	55
Oppsummering .....	55
Oppsummering av funn og veien videre .....	57
Mine refleksjoner rundt arbeidet med oppgaven.....	58
Relevans for studiets fagfelt .....	58
Litteratur .....	60
Vedlegg .....	62

## Forord

Denne masteroppgaven har vært en lang reise. Reisen hadde ikke vært mulig å gjennomføre på egenhånd. Jeg har mange å takke som har vært med meg hele eller deler av veien.

Takk til informantene som har delt sine erfaringer og opplevelser med meg. Deres historier er det verdifulle utgangspunktet for denne oppgaven.

Takk til min veileder Hege E. Wathne for hennes evne til å hjelpe meg med å få frem mening og forståelse. Hennes evne til få meg til å se det jeg ønsker å formidle fra forskjellige sider.

Takk til mine studiekollegaer Bente Lyhmann, Elisabeth Minde, Anja Bjørøy og Terje Hofsmarken for støtte og tilbakemeldinger underveis.

Takk til venner og familie for oppmuntring i tunge stunder, motivering, gjennomlesning og tilbakemeldinger.

Anne Sophie MacLeod

Bærum 14. April 2012

## Sammendrag

Forfatter:

Anne Sophie MacLeod

Tittel:

Betydningen av relasjon i møtet mellom fysioterapeut og pasient sett fra et systemisk perspektiv.

Veileder:

Hege E. Wathne

Problemstillingen i denne oppgaven er: ” *Hva sier fysioterapeuten om betydningen av relasjon i møtet med pasienten?* ”

Informantene er fysioterapeuter som jobber i privat praksis. Fokuset i oppgaven er lagt på fysioterapeutenes erfaringer og opplevelser med temaet relasjon og relasjonens betydning i møtet med pasienten.

Teoretisk knytter oppgaven seg opp mot systemteori, kommunikasjonsteori, familierapiens tilnærminger og teori om relasjon innen tilknytning, makt, fysioterapi og annen litteratur og forskning.

I forskningsprosjektet er det brukt et kvalitativt, semistrukturert intervju. En fenomenologisk analysemetode er valgt for å få frem fysioterapeutenes erfaring og deres opplevelse av egen livsverden.

Min første refleksjon da jeg startet med intervjuene var at temaet relasjon var noe informantene ikke hadde satt ord på før. Samtalen måtte komme litt i gang og de måtte reflektere over hvordan de skulle formulere seg. Det ble klart for meg at det å si noe høyt er betydningsfullt i forhold til hva man tenker. Når man hører seg selv si noe høyt er det med på å skape bevissthet som igjen kan øke forståelsen. Når man forteller hører man sin historie på nytt som igjen kan gjøre at man får nye måter å forstå på. I tillegg til opplevelsen av at det er betydningsfullt å si noe høyt for å vite hva man tenker og mener, er det også viktig i forhold til å bli bevisst på egne holdninger. Informantenes fortellinger har bidratt til å gi meg utfyllende informasjon for å kunne formidle noe om hva de sier om betydningen av relasjon i møtet med pasienten. Temaer og funn blir drøftet og holdt opp mot teori og forskning som er anvendt i oppgaven.

## Innledning

### Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven med temaet ”betydningen av relasjon” springer ut av et ønske om å kunne si noe om hva som kan ha betydning i møte mellom fysioterapeut og pasient. Jeg har arbeidet som fysioterapeut i snart 22 år og har alltid vært opptatt av hva som skjer i møte mellom mennesker. Min fagutdannelse som fysioterapeut inneholdt ingen perspektiver eller undervisning om temaet som handler om mellommenneskelige relasjoner. I mitt virke som fysioterapeut har jeg møtt mange mennesker. I våre møter er fokus på hva jeg kan hjelpe med for at pasienten skal ha det bedre fysisk. Det har vært viktig for meg at jeg har lært et håndverk, at jeg har blitt fingerferdig og at jeg kan undersøke, teste og finne årsaker til smerten, at jeg da ofte kan hjelpe med de fysiske plagene. I denne prosessen med å bli en faglig dyktig utøvende håndverker har det mellommenneskelige perspektivet opptatt meg mer og mer. Betydningen av det som skjer i møte mellom oss har fått større betydning for meg. Jeg opplever en større forståelse av helheten. Ved å se det mellommenneskelige aspektet får jeg en større forståelse av mennesket som en helhet både fysisk og psykisk og pasientens problemer trer frem i et annet lys som gir en utvidet mulighet for meg til å hjelpe. Jeg opplever at dette er en likeså viktig del av behandlingen som den konkrete fysiske tilnærmingen. I møte med pasienten er det mange aspekter å ta hensyn til fra konteksten de blir tatt imot, kroppsspråk, samtalen og måten de blir berørt fysisk. Berøring kan defineres som alle former for menneskelig samhandling, gjennom alle våre sanseopplevelser (O. Fyrand 2002:14). Møtet i seg selv er en berøring på mange plan. Den fysiske berøringen opplever jeg som et betydningsfullt verktøy. Berøring gir alltid en tilbakemelding til meg som fysioterapeut, for hardt, for løst, for fort, for sakte, for varmt, for kaldt og jeg endrer da min berøring så den blir passe i forhold til det som er ønskelig å oppnå. Dette er en sirkulær prosess på den måten at min oppfattelse av tilbakemeldingene har betydning for hvordan jeg går videre i behandlingen. Reaksjonene jeg får på dette vil igjen føre til hvordan jeg går videre, justerer meg eller fortsetter på samme måte. Hvis jeg ikke er bevisst på dette kan det få betydning for utfallet av behandlingen. Ordene jeg bruker og hvordan jeg bruker dem har også en betydning. Dette er min bakgrunn for å utdanne meg videre innen familierapi og systemisk praksis. Jeg ønsker å tydeliggjøre hva slags kunnskap som kan gjøre en forskjell i møte med pasientene. Min opplevelse av viktigheten om dette temaet gjør at jeg ønsker å finne ut hva slags bevissthet fysioterapeuter har om temaet og om de har tanker om at det har en betydning for møte med pasienten og faget fysioterapi.

Innen fysioterapi er det mange retninger man kan videreutdanne seg i. Som for eksempel idrettsfysioterapi, manuellterapi, barnefysioterapi, kvinnehelse, geriatrik fysioterapi, psykomotorisk fysioterapi o.s.v. Innen disse retningene er det forskjellig hva som blir lagt vekt på når det gjelder det mellommenneskelige aspektet, kommunikasjon og relasjon. I den psykomotoriske retningen er dette et hovedtema. Tom Andersen, 1936-2007 psykiater og professor i sosialpsykiatri, samarbeidet med Adel Bülow Hansen, 1906-2001 fysioterapeut, spesielt med tanke på den kroppslige tilbakemeldingen pasienten gir i form av pust, spenninger og bevegelser. Innen idrettsfysioterapi og manuellterapi er det mer undersøkelse, funn og teknikker som står i fokus. Grunntutdanningen av fysioterapeuter i dag, Bachelorstudie i fysioterapi ved HIOA (Høgskolen i Oslo og Akershus) har psykologi, pedagogikk, kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning i sin studieplan. Det teller 15 av 180 studiepoeng i løpet av tre års utdanning. Jeg fant to litteraturhenvisninger som omhandler emnet på studieplanen. Studie innholdet sier:

*”Det teoretiske grunnlaget for utøvelse av fysioterapi er: Kunnskap om kroppens og hjernens oppbygging og funksjon, kunnskap om avvik og sykdom, teorier om hvordan vi lærer og kontrollerer bevegelse, bevegelsesanalyse, betydning av fysisk aktivitet, motivasjon, kommunikasjon og samhandling og kunnskap om hva som gir mening i menneskers liv”*  
([www.HIOA.no](http://www.HIOA.no))

Her er det lagt vekt på kommunikasjon og samhandling. Jeg ønsker å finne ut om dette kommer frem når jeg intervjuer mine informanter.

Jeg er utdannet fysioterapeut i Berlin, ferdig 1990. Det var en grundig opplæring i håndverket fysioterapi. Jeg hadde min turnustjeneste i Bergen ved Haukeland sykehus hvor jeg arbeidet ved mange forskjellige avdelinger. Jeg ble spurt om å være med på å starte behandling av inkontinenspasienter av overlegen ved urologisk avdeling, August Bakke. Møte med disse pasientene som ble lagt inn på urologisk poliklinikk i 14 dager for bekkenbunnstrening, hadde stor betydning for meg når det gjaldt betydningen av relasjon. Kvinnene jeg møtte hadde store lekkasje problemer som gjorde at de var sosialt handikappet og hadde store problemer med å være i jobb. Livet deres besto i å planlegge alt de skulle i forhold til hvor det var et toalett og alltid ha med et skift med like klær så det ikke skulle merkes hvis de hadde et uhell. Det å høre deres historier berørte meg sterkt. Det var umulig for meg å kun forholde seg til cystoskopi undersøkelser og styrkemål. Bedringen var stor etter å ha trent veiledet bekkenbunnstrening, men det at de fikk fortelle sin historie opplevde jeg som like viktig for dem. De senere årene har jeg også tatt imot menn med urinlekkasje etter prostataoperasjoner.

Deres fortellinger om lekkasjer, bruk av store bleier, ereksjonssvikt og samlivsproblemer, blir ofte fortalt kun hos meg. Dette er fortsatt et stort tabuemne som heller ikke blir snakket om med ansvarlig lege. Som fysioterapeut møter jeg flere pasientgrupper som ikke har andre å fortelle sin historie til. Min vei til å få mer kunnskap om hvordan jeg kan møte og hjelpe mine pasienter er gjennom familieterapi og systemisk praksis. I mitt møte med den systemiske teorien opplever jeg at det er mye som berører meg både personlig og som fagutøver. Det er mye som er overførbart, og med den nye kunnskapen blir jeg bedre rustet til å møte mine pasienter med et helhetlig bilde, noe som gir muligheter til endring på flere måter. Jeg opplever det som om jeg har fått en ny og mye større verktøykasse.

## **Presentasjon og utdyping av problemstilling**

### **” Hva sier fysioterapeuter om betydningen av relasjon i møte med pasienten?”**

For å få svar på dette har jeg mange underspørsmål. Hva legger fysioterapeuter i ordet relasjon i den konteksten som rommer møte mellom fysioterapeut, pasient på kontoret? Og er dette viktig i møte med pasienten? Spesielt fordi vi som fysioterapeuter er opplært til å undersøke metodisk og nøyaktig og så reproducerbart som mulig for å få et best mulig grunnlag for behandling. Relasjonsaspektet er ikke faglig forankret i fysioterapiutdannelsen. Har vi da noen holdninger eller etiske retningslinjer som sier oss noe om hvordan vi skal møte pasienten? Har konteksten vi arbeider innenfor betydning for relasjonen og møte med pasienten? Kroppsspråket vi bruker, er det med på å påvirke relasjonen? Og samtalen, hvordan har den betydning for relasjonen? Har vi som fysioterapeuter mulighet til å påvirke relasjonen og i så fall hvilke konsekvenser har dette for utfallet av behandlingen og pasientens opplevelse av å mestre sin hverdag og livskvalitet?

Spørsmål jeg har brukt for å belyse problemstillingen:

- Hva legger du i ordet relasjon? Og relasjon i møte med pasienten?
- Hva slags tanker har du om betydningen av relasjon?
- Hva tenker du om muligheten du har til å påvirke relasjonen?
- Hva tenker du om den fysiske konteksten du møter pasienten i?
- Tenker du at relasjon kan påvirke utfallet av behandlingen?

## Begrepsavklaringer

I dette prosjektet er det fysioterapeuter fra private institutt som blir intervjuet. I prosjektet blir de omtalt som fysioterapeuter og informanter. Innen familierapi er benevnningen terapeut og klient. I ordet punkttering legger jeg min utvelgelse av mening ved at jeg gir informasjonen et navn. Når jeg lytter til informantene og senere leser transkripsjonen velger jeg ut hva som gir meg mening og jeg gir det et navn som for eksempel tillit, selvfølelse, relasjonelle handlinger. Mine punktteringer handler om min forforståelse. Forforståelse er alt jeg har med meg av erfaringer og opplevelser fra et levd liv. En bevissthet om egne fordommer gir meg muligheten til å se andres erfaringer med et annet syn enn mitt eget. Andre ord og begreper vil bli avklart underveis i oppgaven.

## Oppbygning av oppgaven

I den første delen vil jeg belyse det teoretiske ståstedet for oppgaven. Det er hovedsakelig lagt vekt på den systemiske teori og tenkning. Litteratur hentet fra tilknytning, medisin og fysioterapi blir også belyst. I den andre delen er det metode, forskningsteoretisk ståsted, den praktiske gjennomføringen og analysemetode som blir beskrevet. Den tredje delen omhandler temaene som har kommet frem gjennom analysen, disse blir presentert og beskrevet. Den siste delen tar for seg drøfting av temaene opp imot teori, litteratur og forskning. Oppgaven blir avsluttet med relevans for fagfeltet og en beskrivelse av min prosess gjennom denne oppgaven.

## Teori

I dette kapitlet vil jeg si noe om teori jeg velger å bruke til å belyse og drøfte empiriske data. Teorien vil også være med på å avgrense og ramme inn oppgaven. Jeg ønsker å vite noe om hvilke erfaringer fysioterapeuter har om betydningen av relasjon og jeg vil legge vekt på den systemiske tenkningen og teorien som grunnlag for oppgaven. Jeg ønsker å trekke det systemiske perspektiv med meg inn i fysioterapifagfeltet. Jeg er opptatt av at det er mulig å se de forskjellige teoretiske retningene innen familierapi, deres forskjellige innfallsvinkler inn i min hverdag som fysioterapeut og ønsker å vise dette ved eksempler fra møtet mellom fysioterapeut og pasient. Jeg har p.g.a. dette valgt å ta med noe teori fra de forskjellige retningene og relatere det til fysioterapeutens møte med pasienten. I tillegg til systemteori vil jeg vise til relasjons- og tilknytningsteori med tanke på relasjonen som oppstår mellom fysioterapeut og pasient. Forskning og litteratur hentet fra fysioterapi og medisin vil også

være med for å belyse betydningen av relasjon. I drøftings delen vil jeg kunne ta med ytterlig teori for å belyse temaet.

## Systemteori

Ordet systemteori ble først brukt av Ludwig von Bertalanffy ca 1920. Han betraktet organismen som en organisert helhet og kom frem til en generalisering av det som skjedde i organismen og kalte det *general system theory* (B. Ølgaard 2004:51). Generell systemteori handler om at aktørene i et samspill er i et gjensidig avhengighetsforhold og at enhver påvirkning på en eller flere av aktørene vil få konsekvenser for alle (P. Jensen 2007:42). Det er mange måter å forklare systemer. En måte er å dele det inn i suprasystem, system og subsystem. Hvor for eksempel suprasystemet er samfunnet, systemet er familien og subsystemene er foreldrene, søsken, mor og datter osv. Fysioterapeuten og pasienten vil være et subsystem innenfor helsevesenet. Intervensjonen fysioterapeuten gjør i møte med pasienten kan ses på som et system med en sirkulær forståelse. Fysioterapeuten og pasienten blir påvirket av relasjonen og behandlingen her og nå. Møte mellom fysioterapeut og pasient påvirker også pasienten i sine private og jobbrelaterte relasjoner. Ved endringer hos pasienten rent fysisk i form av bedre funksjon og mindre smerter eller ved en annen måte å snakke om sine problemer på. Endringene pasienten viser ovenfor andre vil igjen endre deres tilbakemeldinger til pasienten. Pasienten har fått feedback fra andre og kan igjen endre seg etter feedbacken han får. Det er som en sløyfe hvor systemet får tilbakemelding på hvordan det fungerer i forhold til omgivelsene noe som gjør noe med systemet både innad og utad. Dette er en sirkulære prosess i motsetning til en lineær årsak – virkningsprosess (P. Jensen 2007:45). Ved for eksempel et funn i undersøkelsen hvor det er nedsatt bevegelse i et ledd, kan det noen ganger hjelpes ved et enkelt grep. Årsaken ble funnet og behandlingen virket, en lineær årsak – virkningsprosess. I møte mellom fysioterapeut og pasient er det spennende å se på de sirkulære prosessene, spesielt i forhold til at kulturen og faget fysioterapi er basert på en teoretisk årsak – virkningstankegang. Tradisjonelt skal undersøkelsen finne en årsak til problemet og behandlingen skal reparere den. Plagene kan settes inn i et annet perspektiv, et sirkulært perspektiv, hvor behandlingen pasienten får påvirker relasjonen til andre og andre igjen påvirker pasienten med sine tilbakemeldinger. Det kan være mange faktorer i pasientens kropp, nære relasjoner, arbeidsrelasjoner eller andre sosiale relasjoner og hendelser som påvirker pasienten. Fysioterapeutens kunnskap om hvordan et vanskelig samliv eller problemer på jobben kan utløse fysiske plager, kan hjelpe pasienten til å forstå hvorfor plagene oppstår. Andre faktorer i pasientens liv har ofte en stor betydning for pasientens

opplevelse av egen smerte. I praksis er det hele tiden et samspill mellom pasient og fysioterapeut som baserer seg på feedback, tilbakemeldinger både i form av blant annet ord, relasjoner og kroppslige reaksjoner. Relasjonen har da en stor betydning for pasienten og fysioterapeuten i hvordan de møtes og på hvilken måte de kan samarbeide for å få til en endring for pasienten.

## Kommunikasjonsteori

Alt foregår i en kontekst ”*Without context, words and actions have no meaning at all*” Gregory Bateson (I. Ulleberg 2004:45). Konteksten er vår forståelsesramme, vår subjektive forståelse av fenomener og verden. Vi tolker det vi opplever og erfarer i verden ut ifra vår egen forståelsesramme. I møte med verden tolker vi og setter i ramme alt fra fysiske gjenstander, omgivelser, hendelser, situasjoner, møter med andre, relasjoner og vi har da alltid muligheten til å forstå og misforstå. Vi tolker ut ifra våre subjektive erfaringer og forskjellene vi oppdager og erfarer. Gregory Bateson sier at vi oppfatter forskjellene som en abstrakt ide som gjør at vi kan oppfatte det som forskjellig fra noe annet og at det kan være en forskjell som gjør en forskjell (B. Ølgaard 2004:72). I møte mellom fysioterapeut og pasient er forståelsesrammen, konteksten, på mange plan. Det handler om våre forestillinger om oss selv som terapeut eller som pasient, om hvor det foregår og hvordan og hva det skal handle om og hvordan det gjøres. Det handler om at ”one cannot *not* communicate” (P. Watzlawick, J. Beavin Bavelas, D. D. Jackson 1967:49). Det er umulig å ikke kommunisere, sammen med andre mennesker er det ikke mulig å ikke kommunisere noe til de andre på en eller annen måte. Mennesker tolker alt som blir sagt og ikke sagt, gjort og ikke gjort. I møtet mellom terapeut og pasient har det en stor betydning at terapeuten har en bevissthet om at alt kan forstås eller misforstås og at det er begge subjektive forståelsesramme som legges til grunn. Dette handler mye om hvor man velger å punktuere. Når vi gir noe av den informasjonen vi får et navn som ”smerter i ryggen”, ”prolaps” eller ”problemer på jobben”, har vi tolket informasjonen og gitt den en mening. Vi har punktuert og dannet oss et bilde av situasjonen. Her er det også fare for at vi punktuere etter forforståelser og mønster som vi har med oss fra før, noe som igjen kan være til hinder for forandring (P. Jensen 2007:60). Det er viktig at fysioterapeuten er tydelig og bevisst på sin egen forståelse og måten det blir forklart til pasienten. Vi punktuere også på forskjeller i relasjon som likhet og ulikhet. I møte mellom fysioterapeut og pasient vil det karakteriseres som et ulikt, komplementært forhold med tanken på at det er en pasient som kommer for å få hjelp hos en profesjonell ekspert. Det symmetriske forholdet er basert på likhet hvor personene prøver å ligne på hverandre og være

på samme nivå og ha et jevnbyrdig forhold. De komplementære og symmetriske relasjonene er sjelden enten det ene eller det andre. I møte mellom pasienten og den profesjonelle kan punktueringen også gjøres på likhet mellom de to for eksempel at begge er kvinner, mødre, arbeidstakere eller lignende for å balansere forholdet med tanken på maktaspektet.

### **Familieterapiens tradisjoner og tilnærminger.**

Man kan forstå det systemiske som kontakten mellom fysioterapeut og pasient. Kontakten og relasjonen med pasienten er på mange plan. De familieterapeutiske tilnærmingene kan trekkes inn i det systemiske møte mellom dem gjennom innholdet i fortellingen om problemet og prosessen, måten det blir snakket om på, og den fysiske berøringen. Det systemiske er det å tenke på kontakten mellom fysioterapeut og pasient i møte mellom to kropper, møte mellom to samtaler, innholdet i samtalen, trekke inn andre av pasientens relasjoner og deres påvirkning, den kroppslige og verbale tilbakemeldingen på den fysiske berøringen. Det viktige er min bevissthet som fysioterapeut om kontakten og relasjonen med pasienten på mange forskjellige plan. Bruken av tilnærmingene er forskjellige i de forskjellige møtene med pasienter. Den systemiske innfallsvinkelen er viktig fordi jeg i møte med et annet menneske ønsker å se et større bilde enn en skulder, nakke og rygg. Ved å se helheten har jeg flere muligheter til å hjelpe pasienten i hans ønske om endring.

Innen den strukturelle tradisjonen sier Minuchin : ” *I offer to families an organizing framework* ” (S. Minuchin m.fl.2007:9). Han snakker om strukturen, organiseringen av familiemedlemmer og hvordan de forholder seg til hverandre med tanke på systemer. Terapeuten blir en del av systemet og det dannes et nytt system, det terapeutiske systemet. Det handler om grenser mellom systemene som kan være uklare, rigide eller tydelige. Fysioterapeutens møte med pasienten blir dermed en del av det terapeutiske systemet som igjen påvirker og blir påvirket av familiens system og subsystemer. Ved en skade eller kronisk sykdom vil familiens organisering - spesielt med tanken på grenser - ha betydning for hvordan det skal takles innad i familien. Har familien uklare grenser, kan den enes sykdom lett tas opp til å bli hovedfokus. Dette kan påvirke familien på den måten at en annen eller flere av familiemedlemmene må overta den sykes rolle, noe som igjen krever en omstrukturering i familien. Terapeutens rolle starter med å overbevise pasienten om at han er på deres side - noe som kalles ”joining” - for så å kunne se og erfare hvordan interaksjonen er i familien. Fysioterapeutens rolle kan være å bevisstgjøre pasienten på systemer som oppstår i familien. Familiemedlemmer kan delta i behandlingen ved å bli tildelt en rolle som hjelper eller

ansvarlig for pasienten. Relasjonen fysioterapeuten og pasienten opparbeider er grunnlaget for å trekke inn familien.

Utgangspunktet for den strategiske tradisjonen er Mental Research Institute (MRI) som er en videreutvikling av Bateson gruppens originale arbeider i 1950 årene (H. Hårtveit, P. Jensen 2004:140). Stikkordene for tradisjonen kan være ”mer av det samme” og ”løsningen er problemet” (P. Watzlawick m.fl. 1996:49). Mer av det samme som løsning kan være bra når man tenker på å trene for å komme i bedre form. Der heter også mer av det samme som ikke virker, for eksempel når pasienten blir bedt om å trene skulder å nakke for å bli kvitt smerter i nakke og hode, mens kanskje årsaken ligger i stress på jobben eller et vanskelig samliv. Det handler om det å kommunisere på alle plan dialogt og analogt, med ord og kroppsspråk, kontekst og punktuering. Paradokset har også en betydning i den strategiske tradisjonen. I fysioterapeutens møte med pasienten kan det være når pasienten blir fortalt at han må gjøre øvelser og han må gjøre det fordi han ønsker det selv og ikke bare fordi han har fått beskjed om det av fysioterapeuten. Det holder ikke å si at han skal gjøre det, han må ville det. Et eksempel på en paradoksal intervensjon kan være testing av ryggsmertene ved å finne ut om bestemte bevegelser øker eller minsker smerten. Pasienten vil da bli sendt hjem for å gjøre bevegelser for å finne ut hvordan det påvirker smerten. Blir det verre vil han neste gang bli sendt hjem med øvelser som kan være en helt motsatt bevegelse. En slik intervensjon krever et godt tillitsforhold mellom fysioterapeut og pasient.

Milano tradisjonen er en systemisk familieterapi som er videreutviklet fra strategisk kommunikasjonsteori (P. Næsje 2008:14). Utgangspunktet var at familien kunne forstås som et selvregulerende system. Systemet ble påvirket av feedback utenfra, noe som positivt eller negativt kunne endre systemet i mer eller mindre grad. Når systemet er stabilt låst og ikke fungerer, er det Milano gruppens tanke at man skal kunne endre systemet og ikke reparere patologi hos det enkelte individ i familien (H. Hårtveit, P. Jensen 2004:159). Den sirkulære tankegangen er her det vesentlige. Man leter ikke etter årsaken hos et individ, men ser på systemet som en helhet. Noe av virkemidlene de bruker er et team bak speilet som er med å reflektere over hva som skjer mellom de involverte i samtalen. De benytter seg av sirkulære spørsmål, hypotesedannelser og de er opptatt av at terapeuten er så nøytral som mulig og møter klientene med en ikke vitende holdning. Det relasjonelle og sirkulære aspektet som trekker inn alle individene i et system blir vesentlig i møte med en person med fysiske plager. Pasienten hører hjemme i sine respektive systemer hjemme, på jobb og i andre sosiale

kontekster. Det er viktig å ta dette i betraktning om man skal hjelpe en pasient å tilrettelegge livet etter en skade eller ved langvarige kroniske plager.

Løsningsfokusert terapi har også noen røtter til strategisk teori (P. Næsje 2008:23). Her handler det om at klienten ofte kan skape løsninger på problemene uten at verken klienten eller terapeuten behøver å vurdere eller forstå problemet først (P. DeJong, I. K. Berg 2002:28). Dette er ikke en problemløsningsprosess, men en prosess som er løsningsskapende. Klientene ønskes å formulere mål om hvordan livet vil være annerledes når problemet er løst. Lete etter unntak i livet når ikke problemet er like sterkt eller tilstede. Det blir fremhevet hva klienten allerede gjør for å løse problemet og de blir bedt om å fortsette å gjøre det som gjør det bedre (ibid). Det blir brukt mirakelspørsmål, skalerings spørsmål, unntaksspørsmål og ros over endring som allerede er skjedd (P. Næsje 2008:24). Spørsmålene som blir brukt er nyttige innen behandling av pasienter med fysiske plager. Hva ville vært annerledes i livet ditt hvis det skjedde et mirakel og plagene dine var borte? Svarene på dette kan ofte brukes som mål eller delmål i behandlingen. Fra 0-10, hvor null er ingen smerte og 10 er det meste du har hatt, hvordan er det akkurat nå? Hva skal til for at det kan komme nedover på skalaen? Dette kan brukes i behandling under øvelser og i pasientens daglige aktivitet. Er det noe du gjør som ikke provoserer smerte? Kan du gjøre mer av dette? Rose når de har fått til en endring som gjør at de har mindre plager i hverdagen.

Den språkssystemiske tilnærmingen bygger på sosialkonstruksjonistisk teori. Tanken om at vi skaper vår virkelighet i felleskap og i samspill med andre. Harlene Anderson sier noe om hva som ligger til grunn for hennes begrepsmessige grunnlag ” sosialkonstruksjonismens postmoderne forutsetninger med betoning av vitens relasjonelle og innbyrdes forbundne natur og forestilling om selvet, som språklig konstruerer og forandrer gjennom dialog” (H. Anderson 2003:74). Jeg forstår det som at det handler om det vi vet og at den kunnskapen vi har er noe vi har samskapt i språket. Når det kommer til den terapeutiske samtalen er tanken at man skal finne mening ved å lete og utforske gjennom dialog. Ved å snakke annerledes om et problem kan problemet oppløses. Så forandring vil være å utvikle ny mening knyttet til problemet som var utgangspunktet for samtalen (H. Hårtveit, P. Jensen 2004:188). I samtalen med pasienten har det stor betydning hvilke ord man benytter seg av. Det er lett å skape frykt og spenninger med et språk som uttrykker alt som er farlig å gjøre og hvor galt det kan gå. Mange diagnoser høres fryktinngytende ut og kan være med på å danne et problemfylt bilde av pasientens situasjon. Den beste behandlingen kan ofte være å ”oversette” et svar fra MR eller røntgenundersøkelse. Hva jeg da velger å punktuere på vil ha stor betydning for hvordan

pasienten opplever sin tilstand. Tom Andersen er opptatt av samtaler og samtaler om samtaler (T. Andersen 2009). Det å ha en samtale med pasienten om på hvilken måte det er nyttig å snakke om plagene, for eksempel er det nyttig å snakke om årsak, eller om hvordan man kan endre situasjonen. Er det viktig å snakke om selve smerten og hvor den er, eller om hvordan det kan være å leve med smerten og hva det gjør med deg. Dette er samtaler om hva vi skal samtale om som er nyttig for å få frem pasientens egne behov og meninger om situasjonen. I den fysiske behandlingen kan man utsette pasienten for det vanlige, for eksempel en øvelse som knebøy og det skjer som regel ingen ting. Eller man kan utsette pasienten for noe uvanlig for eksempel knebøy på balansepute og det kan skje en endring. Det kan også stoppe opp hvis det du gjør er for uvanlig, for eksempel for mange repetisjoner for en som er uvant med øvelsen. Så det må være passe forskjellig for at det skal ha ønsket effekt og føre til en eventuell endring (T. Andersen 2009:28).

Det narrative er en metafor som sier at vi mennesker opplever og erfarer våre liv gjennom de historier vi forteller om dem (G. Lundby 2008:30). Det er en metode eller strategi for å nyskrive folks problemmettede historier (G. Lundby 2008:118). Når jeg fra pasienten får høre en problematisk sykehistorie som handler om at livet styres av den vonde ryggen, har jeg muligheten til være med på å fortelle denne historien på en annen måte. Nyskrive den med pasientens ord og ved dette muligens utvide fortellingen eller se den i et annet lys som kan gjøre en forskjell for pasienten. Historien kan handle om det som er mulig å gjøre på tross av den vonde ryggen eller det kan handle om det den vonde ryggen førte til, nemlig et møte med nye menneske gjennom treningsopplegget. Jeg kan også være med på å se problemet eller de fysiske plagene som noe utenfor pasienten i måten vi snakker om det på. Den vonde ryggen kan ses som en inntrenger i pasientens liv som bestemmer hvordan livet skal leves. Den vonde ryggen kan pasienten og jeg forene oss i kampen mot. Dette er en måte å se at "årsaken" den vonde ryggen kan ligge i hvordan pasienten konstruerer sin historie. Jeg kan hjelpe pasienten å konstruere historien på en annen måte. Det vil da kunne gjøre en forskjell å nyskrive den (G. Lundby 2008:120).

## Relasjoner

Ordet relasjon betyr for meg at det er noe mellom meg og noen eller noe. Det handler om noe jeg blir berørt av på mange plan. Jeg kan føle en sterk relasjon til steder, lukter, bilder, sanger, bøker, klær, mange gjenstander som for meg har en betydning i form av følelser som dukker opp i meg og som forbinder meg til noe eller noen. Relasjon handler mye om å bli berørt av noen eller noe. En tilfeldig forbipasserende kan sende et blikk, gå på en spesiell måte, ha på

seg klær eller lukte på en måte som berører noe i meg. Jeg har med meg min historie som i møte med andre kan berøre meg. I møte med mine pasienter er det et vidt spekter av berøringspunkter fra alle mine sanser, syn, hørsel, lukt, fysisk berøring og ord. Det bringer frem noe i meg som jeg møter den andre med, og den andre møter meg med alle sine sanser og sin historie og mellom oss oppstår en relasjon. Hvordan vi skal forvalte alle sansene våre og hvordan vi møter hverandre vil ha betydning for hvordan relasjonen vil utvikle seg. I meg selv opplever jeg et ønske om å bli sett, hørt og respektert for den jeg er. Få og gi tillit og trygghet er viktig for meg i møte med en annen, mine behov for å bli møtt og berørt av den andre er noe jeg ønsker å være bevisst på i møte med pasienter. Jeg ønsker å møte pasienter med et åpent sinn og med en bevissthet om mine fordommer og forforståelser. Jeg ønsker å høre deres historie og la den være deres i møte med meg. I denne oppgaven møter jeg fire andre fysioterapeuter med sin historie og sitt sett å tenke på relasjon og jeg håper å kunne belyse deres erfaringer, opplevelser, tanker og meninger.

### **Relasjoner og tilknytning**

Bowlby (John Bowlby, 1907 – 1990) sier noe om teorien om tilknytning, som beskriver prosessen hvor barnet blir forbundet med omsorgspersonen, noe som fører til dannelsen av personligheten (S. Hart, R. Schwartz 2011:64). Barnet som har en medfødt sosial evne, har behov for å oppnå en sikker kontakt, relasjon, tilknytning med omsorgspersonen for å oppleve seg selv som et eget individ. Gjennom det å bli sett, hørt og bekreftet av omsorgspersonen, opparbeider barnet evnen til å kjenne seg selv i seg selv og seg selv i relasjon til den annen. Hos Stern (Daniel N. Stern, f. 1934) er det nå – øyeblikkene, det som oppstår når to mennesker oppnår mental kontakt av et spesielt slag – en intersubjektiv kontakt - det handler om (D. N. Stern 2007:93). Han snakker om at våre mentale liv blir skapt i felleskap og at vi lever omgitt av andres intensjoner, følelser og tanker. De påvirker våre egne tanker og følelser som igjen påvirker deres. To sinn skaper intersubjektivitet og intersubjektiviteten skaper også de to sinnene (D. N. Stern 2007:94 \ 95). Det vi opplever i møte med omsorgspersonen som nyfødte er et sirkulært samspill, en begynnelse på dannelsen av hvem vi er i oss selv og i møte med en annen. Dette er møter som gjentar seg i livet og også i møte mellom fysioterapeut og pasient. En relasjonen som bygger på et grunnleggende felleskap av deg og meg, pasient og fysioterapeut. Schibbye (Anne-Lise Løvlie Schibbye f. 1932) skriver om egen innfallsvinkel til terapi som en relasjonell, dialogisk prosess med ønske om en endring. For å muliggjøre en slik endring er hun overbevist om at det ikke handler om spesielle teknikker eller metoder, men om det forholdet terapeut og klient klarer å

skape sammen (A. L. Schibbye 2009:245). Så forholdet mellom mennesker, intersubjektiviteten, relasjonen er viktig for hva man kan få til av endring, hvordan man kan bidra til å lage nye samværs – eller relasjonsformer som har betydning for klienter, pasienter (A. Johnsen m.fl. 2000:12). For at dette skal kunne ha en betydning, kunne bidra i møtet med pasienten, har jeg tanker om at jeg som fysioterapeut må ha kjennskap til meg selv og mine erfaringer, følelser og opplevelser og hva det gjør med meg i møte med en annen.

### **Relasjoner og makt**

Ordet makt har flere betydninger som f. eks kraft og styrke, vold og tvang, gode og onde makter, herredømme, autoritet, stridskrefter. Jeg snakker her om makt i kunnskap og diskurser, en måte å snakke om og forstå verden på. Et eksempel på en diskurs i vårt samfunn er at ” blod er tykkere enn vann”. Diskurser kan med sin makt til å definere det som er normalt være med på å skape problemer for og mellom mennesker. Det kan bli virkelighetsbeskrivelser som vi lever etter og forholder oss til (A.K.S Øfsti 2010:18 \ 19). En pasient som sitter i rullestol blir lett stigmatisert i forhold til hva vedkommende skal kunne delta på. Det er ikke forventet at en som sitter i rullestol bestiger fjell, står på ski, danser swing eller lignende.

I den systemiske tankegangen vil jeg bestrebe meg på å møte pasienten med utgangspunkt i at vi er på et likt nivå, at det er en sirkulær prosess hvor det kan punktueres på forskjellige steder uten at det har noe med et maktforhold å gjøre, at makt ikke skal ha en betydning i vårt møte \ vår relasjon. Dette skal være en systemisk, sirkulær og nøytral terapeutposisjon og ikke en ” feilaktig og lineær” forståelse av makt (G. Lundby 2008:90). Selv om jeg vil bestrebe meg på å møte pasienten på et likt nivå opplever, jeg at det er et maktforhold i møtet mellom oss. Makt i Foucaults (Michel Foucault 1926 – 1984) forståelse er ganske enkelt uunngåelig. Den eksisterer i alle sosiale relasjoner. Han bruker også begrepet diskurs som et spesielt mønster eller en måte å tenke på (G. Lundby 2008:92 \ 93). Medisinske diagnoser kan lett bli diskurser, hva vi vet og er enige om eller tror vi vet. Hvis pasienten får diagnose prolaps, wiplash eller bekkenløsning, er det sterke meninger om at dette er noe som kan lage store problemer for deg som pasient. Jeg vil da kunne bruke min kunnskap som makt på en konstruktiv måte til omskrive det farlige og bevegelsesinnskrenkende, til å normalisere, berolige og informere om at dette ikke behøver å skape store problemer for deg som pasient. Men jeg vil ikke utøve makt med min kunnskap for å påtvinge pasienten for eksempel et treningsprogram bare for at jeg teoretisk vet bedre. Jeg ønsker å bruke min kunnskap som et tilbud. Jeg ønsker å møte den andre med en ikke vitende holdning ovenfor hans historie, hans

fysiske og psykiske problemer, men det betyr ikke at jeg ikke har kunnskap. Og i den kunnskapen ligger det makt og jeg må være meg bevisst på hvordan jeg bruker den i møte med pasienter.

### **Relasjoner og fysioterapi**

Som jeg har nevnt i kapittelet under ”Bakgrunn for valg av tema”, er det forskjellig hva det blir lagt vekt på innen fysioterapi og de forskjellige retninger og videreutdannelser. Det er mange fagmiljøer innen fysioterapifeltet som er opptatt av det relasjonelle aspektet og kommunikasjon. Det er en masteroppgave skrevet av Hilde Sylliaas ”Hva med relasjonen mellom pasienten og fysioterapeuten i behandlingssituasjonen?”. Hun har intervjuet fem fysioterapeuter i fokusgruppe. Jeg valgte å lese denne oppgaven først når jeg kom til drøftingen. Jeg ønsker at mitt bidrag skal handle om samme emne, men sett fra en systemisk synsvinkel. Oppgaven har lignende ordlyd som min og jeg har vært opptatt av at jeg ikke skulle bli påvirket av en annens oppgave.

Innen det psykomotoriske fagfeltet og fysioterapi i psykisk helsearbeid er det mye litteratur om emnet relasjon og kommunikasjon. Adel Bülow- Hansen, Eline Thornquist, B.H Bunkan, G Engelsrud, A. Gretland er viktige navn innen fagfeltet. Anne Gretland skriver i sin bok ”Den relasjonelle kroppen” om samtale i en fysioterapifaglig kontekst. Hun skriver her at relasjonsaspektet i helsepersonells kommunikasjon er svært avgjørende – kanskje til og med en forutsetning for meningsfull innholdsorientert samtale og behandling. Fordi personer i direkte møter i stor grad formidler hva de synes om seg selv og hverandre gjennom sine kroppslige uttrykk og væremåter, har dette en stor terapeutisk relevans. Hun skriver også at utgangspunktet for den terapeutiske samtalen i fysioterapi alltid er kroppen og kroppslige forhold. Innholdet i samtalen er mindre viktig, relasjonsaspektet er viktigere enn innholdet. Dette kan også ses som en viktig forutsenning for at det nære kroppslige møtet kan finne sted, og for etablering av en bærekraftig allianse med pasienten. Hun er også opptatt av makt i forhold til behandlerens rolle knyttet til erklæringer og uttalelser som f. eks kan berøre pasientens økonomi eller frihet. Så en sentral utfordring for helsepersonell er å forvalte sin posisjon til å fremme pasientens deltakelse. Fysioterapeuten må også fylle en forventet yrkesrolle for at pasienten skal være trygg i situasjonen (A. Gretland 2007:183 \ 184).

### **Relasjoner og medisin og forskning**

Innen medisinsk forskning er det mange studier som omhandler tillit mellom pasient og lege. Og om tillit og etterlevelse i forhold til at pasienten skal følge opp behandlingen. Bård Fosli

Jensen, lege og forsker, snakket på en dags konferanse om klinisk kommunikasjon (B. F Jensen 2011, Ta pasienten på alvor – klinisk kommunikasjon i praksis) om de ”Fire gode vaner”, investerer i begynnelsen, få frem pasientens perspektiv, vis empati på en konstruktiv måte og invester i avslutningen. Temaet for dagen var helsepersonells kommunikasjon med pasienten i praksis. Min opplevelse av dagen var at interessen og ønsket er stort om å få til en bedre kommunikasjon og relasjon til pasienten for å kunne oppnå en endring som er til det bedre for pasienten.

Hippokrates lege ed: Aldri skade, noen ganger helbrede, ofte lindre og alltid trøste. Dette er noe lege Eli Berg begynner sin bok ” Sammenhenger, om erfaring, sykdom og medisinsk praksis” med. Hun er opptatt av at mennesker i vår tid kanskje lider under av det å ikke bli møtt – ikke bli sett, hørt og verdsatt? Hun sier noe om at pasient – legeforsholdet er en relasjon mellom to mennesker, men at medisinen favoriserer et ideal om en såkalt objektivt posisjon for legen. Hun ønsker å møte pasientene som hun møter mennesker utenfor kontoret uten en sakliste, uten å ta kontroll på samtalen og uten å ta en utenforstående, objektiv og betraktende posisjon. Hun har samtaler med tidligere pasienter om hva som er viktig for dem i møte med leger. Samtalene hadde hun noen ganger alene og noen ganger sammen med Tom Andersen (1936- 2007) professor i sosialpsykiatri i Tromsø. Hun avslutter med å si at legekunst handler om et samspill mellom to personer, hvor det er noen klanger i bunnen, men hvor improvisasjonen lager musikken som toner – analogien til et liv som lever og med håp – for pasienten, men også for legen (E. Berg 2010:179)

## Metode

### Kvalitativ metode

Oppgavens form vil være kvalitative intervjuer. Kvalitativ metode er en forskningsstrategi som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud 2008:31). Det er mange måter å innhente data på, intervju, observasjon og kildemateriale. Jeg har valgt å bruke kvalitative intervjuer fordi dette er en god måte å få frem informantens perspektiv og hennes opplevelse, erfaring og fortolkning av tema. En viktig målsetting med kvalitative tilnærminger er å oppnå en forståelse av de sosiale fenomener som skal belyses. Fortolkning har derfor særlig stor betydning i kvalitativ forskning (Thagaard 2010:11).

Forskningsintervjuets struktur er lik en dagligdags samtale, men inneholder også en struktur og plan med spørsmålene for å belyse tema i oppgaven. Kjennskap til informantens faglige hverdag er også en fordel for å kunne stille relevante spørsmål og for å belyse tema fra flest mulige sider. Det blir her benyttet et semistrukturert intervju hvor temaene for samtalen er fastlagt, uten at det skal være et spørreskjema.

Jeg velger en kvalitativ metode ut i fra en sosialkonstruksjonistisk tankegang. Jeg ønsker å se på det empiriske data i lys av hvordan mennesker konstruerer sin sosiale virkelighet ut i fra sin historie og sitt liv.

## **Fenomenologi og Hermeneutikk**

Fenomenologien ble grunnlagt som filosofi av Edmund Husserl rundt 1900 og ble videre utviklet som eksistensfilosofi av Martin Heidegger og senere Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty (Kvale, Brinkmann 2009:45). Jeg ønsker å få frem informantens stemme, informantens opplevelse og erfaring med tema. Informanten er med seg og sin kropp rettet mot omverdenen, persiperer, beveger seg, søker mening og utvikler bevissthet. Det er som kropp vi er i kontakt med andre (A. Gretland 2007:24). I samhandling med andre skaper vi mening i våre liv. Den kunnskapen og erfaringen informanten har ønsker jeg å formidle. Ved å få frem opplevelser og erfaringer vil jeg kunne belyse temaet ”betydningen av relasjon” på en måte som vil få frem at det er noe som omhandler ord, følelser, tanker, meninger og kroppslige opplevelser.

Fenomenologi er erfaringsvitenskap, fokus på ”verden slik den fremstår”, det vil si menneskers opplevelser av verden de lever i (Langdridge 2006:269). I den fenomenologiske tankegangen er ikke menneskesinnet noe som bare er inne i mennesket, men fokuset er på det som skjer mellom mennesker og mellom mennesker og verden (ibid). Informantens stemme har hovedfokus og jeg vil reflektere over hva jeg bringer med meg inn som intervjuer og lytter. All forståelse bygger på forforståelse (Thagaard 2010:39). Jeg vil så godt som mulig gjengi og gjenfortelle informantens erfaringer og meningsinnhold uten å legge egne tolkninger som fasit (Malterud 2008:100). Jeg vil være bevisst på min egen forforståelse. Det kan hjelpe meg til å være åpen for å se andres erfaringer og opplevelser i lys av mitt eget, samtidig som det blir mulig å åpne for noe som er helt annerledes. Det kan være med på å gi meg muligheten til å tenke motsatt, utvide mitt syn ved aktivt å tenke motsatt. Refleksjoner og bevissthet rundt dette vil være viktig for meg i min forskning. Refleksjoner jeg gjør meg handler om hva jeg har av kunnskap og forståelse med meg i møte med den andre og på

hvilken måte jeg kan holde dette i bakgrunn og være åpen for den annens erfaringer og historie.

Hermeneutikken, fortolkningen av intervjuetekster kan ses på som en dialog mellom forsker og tekst, hvor forskeren fokuserer på den meningen teksten formidler (Thagaard 2010:39). De kvalitative metodene hører hjemme i en hermeneutisk erkjennelses tradisjon, som handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk. Det handler om å tolke menneskelig mening (Malterud 2008: 50-51). T. Andersen snakker om at vi lever i skyggen av vår forforståelse, men at vi har muligheten til å revidere disse når vi støter på noe helt nytt i møte med andre eller i mitt tilfelle i intervjuet og den transkriberte teksten. Dette nye vil virke tilbake på vår forforståelse som kan nyanseres, utvides eller endres. Jeg tenker den hermeneutiske sirkel handler om at for å forstå helheten, må man fokusere på delene, og for å forstå delene, må man fokusere på helheten. Dette er i korte trekk den hermeneutiske sirkel, som kan forstås som hverdagens ”forskningsmodell” (T. Andersen 2009:132).

### **Intervjuundersøkelse**

Jeg valget å intervju fire fysioterapeuter. Jeg vurderte hvor mange informanter som var hensiktsmessig i forhold til tidsplan, mengden av empirisk data og tid til transkribering. I prosjektplanen har jeg sagt fem, men etter mitt første intervju vurderte jeg det dit hen at fire ville være passe i forhold til mengde. Utvalget av informanter ble vurdert ut fra geografiske hensyn, til at det var mest praktisk at de holdt til i mitt nærmiljø. Det er mange kriterier for utvalg som kjønn, alder, etnisitet og sosial klasse. Jeg har lagt vekt på at de skal ha grunnutdanning i fysioterapi og samme etterutdanning dvs. tilnærmet ingen, kun kurs. De skal ha praktisert som fysioterapeuter omtrent like lenge. Jeg har også valgt at de skal jobbe ved et privat fysioterapiinstitutt i forhold til på sykehus, i kommunen eller annet. De skal ta imot pasienter på et eget kontor.

Før jeg tok kontakt med informantene, var jeg i kontakt med Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) angående søknad om tillatelse til å intervju fysioterapeuter. På grunnlag av at intervjuopptakene skulle overføres til data for transkribering, måtte jeg sende søknad til NSD. De skulle også ha informasjonsskriv og intervjuguide for å godkjenne søknaden. Den ble godkjent.

Jeg fikk kontakt med informantene via andre fysioterapikolleger som kom med en forespørsel om de kunne tenke seg å delta i et masterprosjekt. Min henvendelse kom først via mail med et informasjonsskriv. Når de svarte positivt på forespørselen, tok jeg kontakt på

telefon og avtalte møte for intervju. Min tanke var at intervjuet skulle finne sted på fysioterapeutens eget kontor og at dette ville gjøre det lettere med tanke på trygghet i forhold til konteksten det er å bli intervjuet og at det skulle være praktisk for informanten. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd, overført til pc og transkribert. Samtykkeerklæring ble undertegnet i forbindelse med intervjuet. Informanten ble også informert om at det var frivillig å delta og det ble presisert at det var mulig å trekke seg helt frem til levering av oppgaven.

Den første informanten tok jeg direkte kontakt med, en kollega som jeg kjente fra før. Vedkommende valgte å bli intervjuet i sitt hjem. Så det første intervjuet skiller seg ut fra de tre neste ved at jeg hadde truffet vedkommende fra før og at vedkommende valgte å bli intervjuet i sitt eget hjem. I forhold til min rolle som forsker opplevde jeg at dette hadde en betydning. Informanten og jeg hadde en annen kjennskap til hverandre fra før som jeg tenker hadde innvirker på hva som kom frem i intervjuet. Jeg opplevde at det var enklere for vedkommende å reflektere og å samtale om egne mer personlige erfaringer og opplevelser i forhold til tema enn det var for de tre neste som jeg ikke kjente fra før. Jeg velger å tolke dette som en fordel for oppgaven da jeg opplevde at dette ga mer utfyllende informasjon. Det kan også vurderes som en svakhet da mine utvalgs kriterier var at de skulle være tilnærmet like.

## **Transkribering**

Jeg overførte lydopptakene til pc. Der hadde jeg muligheter til å justere lyd og hastighet så det var lettere å få med seg det som ble sagt. Jeg kunne stoppe og starte lyden med mus på samme skjerm bildet hvor jeg skrev. Det var utfordrende å skrive fort nok for å få med seg innholdet samtidig. Jeg ble nødt til å høre på de samme setningene flere ganger for å få det med så ordrett som mulig. Dette gjordet at jeg fikk en god kjennskap til stoffet. Det var en annen opplevelse for meg å lese intervjuet. Det ble som K. Malterud beskriver – et bilde av utvalgte sider av virkeligheten, innhentet fra et bestemt perspektiv, som mangler mange av virkelighetens sentrale egenskaper (Malterud 2008:76). Det å være tilstede der og da sammen med et annet menneske er fullt av sanseopplevelser på så mange plan. Når jeg da skal lese det som ble sagt etter at jeg har hørt, skrevet og så lest det, er det så mye som har gått tapt. Jeg mener at jeg har transkribert så ordrett som mulig. Det er to av informantene som snakker svensk med norske ord innimellom, jeg har da valgt å skrive ordrett hva informanten sa. Det har derfor blitt en del norsk - svenske ord. Dette kan også påvirke muligheten for at mer mening går tapt på grunn av min forståelse for det svenske språk.

## **Forskningsetikk**

Ved å velge et kvalitativt forskningsintervju er det mange etiske hensyn å ta. En intervjuundersøkelse er en moralsk undersøkelse (Kvale, Brinkmann 2009:80). Etiske prinsipper stammer fra moralske standpunkter vi har. Etiske retningslinjer er en bruksanvisning. Respekt og ønske om å ikke utsette noen for skade fysisk eller psykisk er grunnleggende. Informanten er for meg en person som ønsker å delta i min forskning, og det er mitt ansvar å ta vare på informantens konfidensialitet, anonymitet og ikke utsette henne for belastning som skade eller smerte i noen betydning (D. Langdridge 2006). Det er mange belastninger informanten kan bli utsatt for i form av utrygghet i intervjusituasjonen, faren for å bli gjenkjent, bli mistrodd og at det hun sier kan bli fordreid.

All informasjon skal behandles konfidensielt. Informasjonen jeg får fra informanten kan ikke videreformidles til andre med mindre informanten har gitt tillatelse. Veileder er en del av forskningsteamet og kan få innblikk i det empiriske data. Det empiriske data skal ikke inneholde navn eller beskrivelser av informanten. Det empiriske grunnlaget anonymiseres ved at opplysninger som bosted, alder, kjønn, arbeidssted blir forandret ved transkriberingen og så mye som mulig på lydbåndopptaket under intervjuet. Lydbåndopptak skal oppbevares innelåst.

Informert samtykke er et annet viktig etisk spørsmål. Informanten må informeres om hva studien går ut på og hva hun sier ja til å være med på. Fra den første kontakten via mail er det viktig å få frem at dette er noe man er med på frivillig, og at man kan trekke seg når som helst før oppgaven er levert uten begrunnelse. Informantene ble kontaktet via felles kollegaer om de var interessert i å delta. De fikk deretter en mail med informasjon om studien før jeg tok kontakt via telefon. Informanten hadde da mulighet til å trekke seg før vi hadde telefonkontakt. De ble informert om undersøkelsens formål og hvem som har tilgang til det empiriske data i de forskjellige trinnene fra lydbåndopptak via transkribert materiale til den ferdige skriftlige versjonen. I forhold til det konkrete møte var det viktig å ta hensyn til om intervjupersonen kan finne det ubehagelig i forhold til å bli gjenkjent når intervjuet skal foregå på deres kontor. Jeg ble møtt på venterommet og kunne bli sett som en pasient som skulle til behandling. I møte mellom informanten og meg som forsker la jeg vekt på å skape trygghet, tillit og en god relasjon som ramme rundt intervjusituasjonen.

## **Reliabilitet og validitet**

I den kvalitative forskningen må forskeren argumentere for reliabilitet, troverdighet og pålitelighet ved å redegjøre for hvordan dataene har blitt utviklet i løpet av

forskningsprosessen. Reliabiliteten kan styrkes ved at prosessen blir så gjennomiktig som mulig med hensyn til å beskrive detaljert hva jeg gjør og tenker i de forskjellige delene av oppgaven. Forskningsstrategi, analysemetode og det teoretiske ståsted skal gjennomskinnnes av detaljerte beskrivelser av hvem, hva, hvorfor og hvordan. Validitet, gyldighet handler om gyldigheten av de tolkninger jeg som forskeren har kommet frem til. Er tolkningene jeg er kommet frem til gyldige i forhold til virkeligheten jeg har studert? Jeg kan vise dette ved å være gjennomiktig med tanke på å redegjøre for hvordan analysen gir grunnlag for de tolkningene jeg har kommet frem til (T. Thagaard 2010).

## Analysearbeidet

Målet med datainnsamlingen er å få en konkret beskrivelse av de fenomenene jeg er opptatt av. Det er fysioterapeutens erfaringer og opplevelser av ”betydningen av relasjon i møte mellom fysioterapeut og pasient”. Jeg vil prøve å gripe essensen i den andre persons opplevelser og erfaringer. Amadeo Giorgi og kolleger var med på starten av den fenomenologiske psykologien ved Duquesne Universitetet på 1960 – 70 tallet (D. Langdrige 2006:274). Jeg har valgt å følge analysemetoden som er anbefalt av Giorgi. Måten å få frem en annens konkrete beskrivelse av sine erfaringer og opplevelser, vil passe til å få frem fysioterapeutens tanker om ”betydningen av relasjon i møte med pasienten”. I sitt fjerde trinn går han over til å lage en strukturell beskrivelse av meningsenhetene. Denne fremgangsmåten opplevdes uoversiktlig for meg så jeg har dermed valgt i fjerde trinn å strukturere meningsenhetene ved å identifisere tema, organisere disse og lage meg en oversiktstabell som er grunnlaget for temaene jeg skal drøfte. Denne fremgangsmåten er mer lik metoden som blir brukt ved IPA (Interpretative Phenomenological Analysis). For meg ble det en tydelig og oversiktlig måte å komme frem til temaene.

Giorgi anbefaler at analysen gjennomføres i fire trinn.

### Å få et helhetsinntrykk

Det første trinnet er å lese materialet, transkripsjonen av intervjuet, og danne seg et helhetsinntrykk av hva det handler om og den generelle betydningen. Det er her det er viktig å prøve å legge vekk egen forforståelse og få frem informantens stemme. Transkriberingen var en stor hjelp for meg med hensyn til å få et godt innblikk og et helhetlig overblikk på intervjuet.

## Å identifisere meningsbærende enheter

Når jeg leser gjennom teksten leter jeg etter meningsbærende enheter. Mitt fokus som forsker på informantens opplevelser, erfaringer, følelser og meninger var det viktige her. Jeg fremhevet meningsenhetene med understreking av teksten. De meningsbærende enhetene må forstås som bestanddeler som utgjør helheten, de er ikke bare elementer i helheten, og betydningen av meningsenhetene kan bare forstås innenfor en spesifikk kontekst (D. Langdridge 2006:275).

## Å vurdere betydningen av de meningsbærende enheter

På dette trinnet oversetter man informantens hverdagslige språk og uttrykk til et mer psykologisk språk. Jeg prøver å klargjøre fenomenene, opplevelser, erfaringer til en mer generell mening uten at informantens meningsinnhold eller hverdagslige språk går tapt (D. Langdridge 2006:277). Her var det en utfordring for meg å ikke tolke innholdet, men omskrive det til et mer generelt psykologisk språk som var grunnlag for neste trinn.

## Å identifisere temaer

Temaene ble identifisert ut ifra meningsinnholdet fra informanten. Jeg kom frem til 228 temaer ut ifra meningsinnholdet. Alle 228 temaene ble grovsortert under midlertidige temaoverskrifter:

- Relasjon
- Tilknytning
- Pasientens synsvinkel
- Kontekst
- Egenrolle
- Profesjonell, ekspertrolle
- Makt
- Kjønnssaspektet
- Diskurser
- Fenomenologi
- Systemisk, sirkulært
- Placebo
- Språkssystemisk
- Narrativt
- Løft

Det som handlet om relasjon og terapeutens rolle pekte seg tydelig frem som store temaer hos alle informantene. Det systemiske aspektet fant jeg igjen i alle temaene og hos alle informantene med forskjellig innfallsvinkel. Ut ifra dette kom jeg frem til fire hovedtemaer hvor jeg måtte velge ut de temaene som kom mest frem hos alle. Jeg ønsket å få med meg alle temaene som undertemaer, men kom frem til at noe måtte også velges bort og noen kan igjen trekkes med under andre temaer.

Hovedtemaer:

- Hvordan snakker fysioterapeuter frem begrepsforståelse av relasjon
- Relasjonens betydning
- Relasjons skapende handlinger
- Det personlige blir det profesjonelle

## Presentasjon av temaer

Når jeg presenterer temaene er det viktig for meg å poengtere at det er jeg i min rolle som forsker som har punktuert og identifisert temaene ut i fra min problemstilling. En annen ville kanskje ha punktuert på helt andre ting. Jeg velger å presentere temaene så godt jeg kan ut ifra informantens stemme og vil trekke inn sitater for at de skal fortelle og bli synlig. Men *jeg* er uansett den som punktuerer og tolker med min forforståelse.

## Hvordan snakker fysioterapeuter frem begrepsforståelsen av relasjon

Hva legger de i selve ordet, hvilken betydning har ordet relasjon for den enkelte fysioterapeut. Generelt og i forbindelse med møte mellom fysioterapeut og pasient.

## Hva ligger i ordet relasjon

Informantene bruker tid på å sette ord på begrepsforståelsen av ordet relasjon i intervjusituasjonen. En av informantene starter å definere det på denne måten:

*” relasjon er først og fremst, jeg tenker par, man har en relasjon med en partner”*

Hva som ligger i ordet relasjon kommer tydeligere frem når fysioterapeutene får satt flere ord på noe jeg oppfatter som et usnakket språk, noe de ikke er vant til å sette ord på. Relasjon er noe de definerer som et samspill, et bånd og noe som skjer mellom seg og pasienten. Det beskrives av den ene som:

*”Ja da tenker jeg på å få et godt samspill.... mellom meg og pasienten. Så relasjon for meg det er et samspill og hvordan man fungerer sammen”*

En annen sier det på denne måten:

*”Det må jo være et samspill mellom to da og at du gir og tar litt... ja det tenker jeg er helt essensielt for at man skal få et godt samarbeid og få gjort noe”*

De tenker på noe som ikke skjer bare hos den ene eller den andre, men at det må være to tilstede for at en relasjon skal kunne oppstå. Det er et samspill mellom to personer og det starter med en gang. Det er noe som knytter to personer sammen, den ene sier:

*”et bånd mellom to personer som gjør at man kommuniserer, at man kan være fysiske sammen, at man gir og tar med et annet menneske”*

En annen sier:

*”Noe mellom to mennesker som er viktig for å opprette kontakt og for å kunne fungere sammen, samarbeide kanskje. En slags conection, et bånd som knytter to personer sammen”*

De blir påvirket av hverandre og ved å gi og ta, er begge med på å skape den relasjonen som oppstår. Ordene og samtalen dem imellom er også en del av definisjonen og forståelsen av hva relasjon betyr for informantene.

En sier det på denne måten:

*”Det er det som åpner opp. Jeg får jo først en relasjon til noen når jeg begynner å prate med den, jeg får en relasjon til personen når jeg kommuniserer tenker jeg... blick og kroppsspråk også, men størst .... som åpner porten i relasjonen er samtalen eller prat...”*

Informantene har og så erfaringer med at relasjonen kan være ulik i de forskjellige møtene og de setter ord på hvordan de erfarer dette ved å definere relasjonen som sterk, positiv, negativ, energikrevende, energigivende. En sterk relasjon setter en av informantene i sammenheng med intimitet og berøring i møtet mellom fysioterapeut og pasient:

*”Som fysioterapeut blir det ganske fort en ganske sterk relasjon i og med at du blir fysisk på personen, tar på personen, begynner å få et bilde av den personens liv og forsøker å finne en sorts løsning på problemene eller plagene.... og der blir det fort en ganske sterk relasjon da i og med at det blir ganske intimt at jeg spør pasienten om livssituasjon, arbeide, plager og sykdommer... jeg spør veldig mye og får et ganske stort bilde av den personen...”*

De har erfaring med at relasjonen henger sammen med kjemi og at det kan være store forskjeller i hvordan dette oppleves både for pasienten og fysioterapeuten. Relasjonen er noe som må bygges opp på grunnlaget som blir lagt i det første møtet, og noen ganger oppleves det som vanskelig å bygge opp dette grunnlaget og relasjonen kan oppleves som negativ eller energi krevende.

Her sier de noe om dette:

*”Ja det er store forskjeller hvordan man har kjemi med pasienter..... hvordan det nesten alltid kan ha noen ting å si for behandlingen”*

*”Du har jo ulike typer pasienter som går inn på deg fysisk eller ikke, og visse personer tar jo mye energi fra deg. Jeg kan ikke riktig sette ord på hva det er eller hvorfor, det er bare sånn at visse personer er utrolig søkende etter svar eller oppmerksomhet, eller de eter nesten opp deg..... Så etterpå eller etter relasjonen med en person så må du ta en pause...”*

Relasjon er også noe fysisk, en del av det som skjer mellom, et bånd, en fysisk berøring noe sanselig nonverbalt som binder fysioterapeut og pasient sammen. Det handler om hvilket kroppsspråk men har, øyekontakt og hvordan man fysisk tar på den andre. Et samspill mellom de to med å tolke den andres kroppslige, nonverbale tegn. En tilbakemelding som er med på å fortelle noe om relasjonen.

En forteller:

*”Det er med øynene og kroppsspråk som du ser at pasienten er med... i kroppsspråket er det jo om de er åpne mot meg og snur seg mot meg eller om de sitter i en låst litt beskyttende posisjon... for eksempel med bena i kors vendt litt bort fra meg, kanskje litt avstand fra meg... da tolker jeg det som et tegn på at de er litt skeptiske...”*

En annen snakker mer om selve den fysiske berøringen:

*”Du som terapeut kan se når det gjør vondt for det er vel noen som enten blir veldig tapre.... Og du kan spørre om det går greit eller du kan avbryte for du ser at de ikke har det så godt nå, eller du kan gjøre motsatt hvis du gjør en øvelse og du ser at her går det fryktelig lett, at du da kan justere opp litt, men at du bruker øyekontakt at du ser på vedkommende og du tar på de...”*

Relasjon oppstår både med ord og uttrykk i samtalen og med den fysiske kroppen i form av kroppsspråk. Fysioterapeuten har erfaring med at eget kroppsspråk har innvirkning på pasienten og relasjonen dem i mellom. Bevisstheten om eget kroppsspråk sier de noe om:

*”Ja det er jo litt med hvordan de får tillit til deg og relasjon til deg, at du viser at du er interessert og at du bryr deg, at du anerkjenner de... det å være blid og hyggelig, et smil, at du ser de når du er i trenings salen, at du nikker og sier hei... at du kanskje gir en støttende hånd, en klapp på skulderen, strekker ut en hånd hvis de trenger hjelp, et godt grep, at du viser at du er tilstede med kroppen...”*

### **Kontekst**

For at informanten skal kunne si noe om hva de legger i ordet relasjon må de sette det inn i en kontekst. De starter med den generelle konteksten hvor svaret er at det handler om paret, og de forteller videre om relasjonen i en kontekst hvor det er et samspill, et bånd, noe som er mellom fysioterapeut og pasient. En sier noe om betydningen av alt som skjer fra hun møter pasienten i resepsjonen og til de går:

*”... fra de kommer inn, at du ser de i øynene, sier hei og presenterer deg, hvordan du oppfører deg det er ting som kan påvirke, ikke bare de minuttene du holder på med behandling, men helt fra du møter de til de går...”*

### **Relasjonens betydning**

Informantenes erfaringer handler om at relasjon har en stor betydning for møte mellom fysioterapeut og pasient. Begge parter har et ønske om at relasjonen skal kunne romme tillit, trygghet, tilhørighet, bli sett og hørt, lyttet til, anerkjent, respektert for å få til en behandling som kan føre til en bedring eller en endring. Opplevs relasjonen som god hos begge parter er muligheten for å komme videre i behandlingen eller opplevelsen av bedring økt hos pasienten.

### **Betydningen av tillit og trygghet**

Betydningen av det første møtet mellom fysioterapeut og pasient sier noe om hvor viktig det er for pasienten å bli møtt på en måte som lager et grunnlag for en videre relasjon.

En sier det på denne måten:

*”Ja det er jo liksom grunnen for ditt arbeide med personen, har du en grunn så går det bra å bygge videre på den grunnen i behandlingen eller treningen”*

Og en annen:

*”Ja først bare hvordan man presenterer seg, hvordan man gjør det. Bare det tror jeg ordner opp mye med pasienten, de får jo en viss følelse så fort de kommer inn til deg i rommet”*

Møte med pasienten i resepsjonen er betydningsfullt og fysioterapeuten er bevisst sitt håndtrykk, øyekontakt og kroppsspråk. Øyekontakt er viktig i møtet med pasienten som en del av første inntrykket og i det videre møtet for å oppnå en god relasjon.

*”... å se litt i øynene, at det skaper tillit...”*

*”Når du kommer inn og du begynner å presentere deg og første bud er å få øyekontakt, og gradvis bygge opp en relasjon med å skape tillit”*

*”... at de føler seg sett og hørt, så både øyekontakt og hvordan du tar på...”*

Tilliten i relasjonen er noe av de viktigste de forteller om. Hvordan tillit er med på å skape en relasjon som gir grunnlag for å åpne og utvide historien pasienten forteller. Grunnlag for opplevelsen av å bli berørt på en måte som føles positivt, trygt og respektfullt. Grunnlag for å introdusere egentiltak for pasienten som er motiverende og som blir gjennomført med forståelse om hvorfor. Grunnlag som pasient til å stole på egne signaler og opplevelser, fysisk og psykisk og ha tro på mestring i egen kropp. En sier:

*”...jeg har tro på at hvis de har tillit til meg, så tror jeg lettere de forstår hvorfor jeg gjør de tingene jeg gjør som fysioterapeut, men det tror jeg ikke alltid må være på det faglige..... hvilken virvel man jobber med, jeg tror ikke det er det de er ute etter..... at jeg viser at jeg er trygg, at jeg stoler på det jeg gjør, det tror jeg kan gi de en god erfaring og at de stoler på at nå er jeg i gode hender...”*

En annen forteller:

*”...bli kjent med en person, fortelle litt... begynne med å presentere deg, få øyekontakt og utveksle navn, på en måte gradvis bygge opp en relasjon med å skape tillit, lære å kjenne hverandre. Hvor har du pasienten, hva kan du si, hva kan du ikke si, hva kan du gjøre, ikke gjøre, finne tillit. At de får føle hvem du er og hva du står for og motsatt. At vi respekterer hverandre og gradvis blir kjent på ulike plan i forhold til hva man vil oppnå...”*

Tilliten handler om relasjonen, samspeillet mellom fysioterapeut og pasient og ikke nødvendigvis utfallet, resultatet av behandlingen. En sier det på denne måten:

*”... jeg føler at det som går bra... jeg trenger ikke at det går bra... at resultatet på benken går bra, men at sammen så kommer man frem til at det fungerer. Eller man kan gjøre andre undersøkelser og komme frem til at jeg kanskje sender videre til noe annet, men sammen jobbe for det sånn at de har tillit til meg...”*

Tilliten sammen med trygghet skaper den gode relasjonen som har betydning for pasienten. Pasientens opplevelse av tillit og trygghet er viktig for å komme videre i behandlingen. Det skal oppleves trygt å bli berørt og håndtert av fysioterapeuten. En snakker om tillit og trygget i måten hun fysisk tar på pasienten :

*”... for at de skal stole på deg og det du gjør og at det er fornuftig og riktig og at du ikke skader de, for noen er veldig skjøre. Når du behandler nakken for eksempel så er det kanskje vanskelig å slappe av... og vise at de er i trygge hender når de er hos deg, at du støtter, at de plutselig ikke har støtte for nakken. At du opptrer trygg og rolig, at man har en tillit til at de vil komme til deg og tror at de blir bedre og vet at du tar vare på de”*

*”... hvilke grep bruker du, hvor holder du, hvor mye passer du på å vise at du har kontroll, at du ikke kommer til å gjøre noe uforutsett... ha et fast og trygt grep...”*

Tilliten og tryggheten ligger også i det å bli sett, hørt og respektert. Det at pasienten har en opplevelse av å bli lyttet til og tatt med i et samarbeid. En sier noe om å se pasientens ønskemål:

*”... at man ser pasientens egne ønskemål eller forventninger og ikke bare går ut ifra hva jeg tror fungerer...”*

En annen sier noe om respekt for pasienten og historien man får høre:

*”... det er viktig at man har det med i bakhodet at det er de som er i en utsatt posisjon når de kommer hit og skal fortelle om sitt liv og det kan komme frem detaljer som er veldig personlige og private... så jeg tenker at man har respekt for den som sitter der...”*

Og en sier noe om å anerkjenne og å ta pasienten på alvor:

*”... empati, respekt og normal folkeskikk. At man er åpen og møter på et likt grunnlag og hører på problemet, viser empati og respekt for hverandre... At du anerkjenner problemet, vondt og hva som er kjernen, at du ikke fnyser av det og avviser de på noen måte. Men at du faktisk tar de på alvor og selvfølgelig tar hensyn...”*

En annen sier noe om det å kjenne at man ikke bare er en i mengden:

*”... at pasienten skal kjenne at han ikke bare er en i mengden. Det kjenner man selv når man går til legen, at det er viktig at man kjenner seg unik og at man ikke bare blir en i mengden...”*

## Tilknytning, ønske om den trygge relasjonen

I betydningen av ordet relasjon, i samspillet mellom, båndet som knytter dem sammen sier de at det handler om å skape tillit og trygghet. For fysioterapeuten og pasienten er det viktig å oppnå en sikker kontakt som består av tillit og trygghet. Et møtet mellom de to hvor pasienten skal fortelle sin historie og kanskje høre den for første gang. Han kanskje blir mer kjent med seg selv og sin historie i møte med fysioterapeuten og i deres samarbeid. Tilknytningen dem imellom er viktig for å oppnå en god og sterk relasjon. En forteller om betydningen av egen adferd i forhold til det å oppnå en tilknytning og en god relasjon, og hvor viktig det er for behandlingen:

*”... det er jo ikke alltid det lykkes, men det er jo mye opp til deg selv og hvordan du opptrer i forhold til hvordan relasjon du kommer til å få... jeg tror det er veldig mye opp til meg... jeg skal i hvert fall gjøre mitt for å få en god relasjon, det er jeg jo helt avhengig av hvis jeg skal kunne behandle pasienten... det er helt håpløst hvis ikke...”*

## Betydningen av makt i relasjonen

Erfaringene de har forteller om betydningen av makt i møte med pasienten. De har et ønske om å være på samme nivå som pasienten for å få frem historien og sykdomsbildet. Samtidig som de ønsker å være i lederrollen og balansere det med å gi plass til pasienten og ikke bli for styrende. Makt og håndtering av makt handler også om å vise respekt for pasienten i behandlingen når pasienten skal kle av seg.

Her forteller en om å gi litt av seg selv for å komme på samme nivå:

*”... ja tillit er veldig viktig at man klarer og opprettholde. Pasientene kommer hit og virkelig åpner seg som en bok, man får høre alt mulig... at man på et vis kan møte de, ikke sånn at man skal være fortrolig selv og fortelle sin livshistorie, men at man kan gi litt av seg selv så man havner litt mer på samme nivå så det ikke bare er jeg med min profesjon som sitter å ser ned. Så lenge man klarer å gi litt av seg selv så møtes man på et helt annet nivå og det blir lettere for å få frem flere ting som kan ha enorm betydning for behandlingen...”*

En forteller om viktigheten av respekt når pasienten skal kle av seg:

*”... viser via handlinger at man har respekt... både kroppsspråk og hvordan du tar på pasienten. Pasienten sitter i en veldig utsatt posisjon gjennom å komme til meg og det er noen som har problemer med det, ikke minst det å kle av seg kan mange være fremmed for...”*

En annen forteller om balansen mellom å gi plass til pasienten samtidig som hun skal lede:

*”... både og tror jeg, når man prater at man forsøker å holde det åpent så de får en sjanse til å fortelle og tvert om at man må jo være den ledende for det kan være vanskelig å begrense... at det veksler med erfaring, men man må få en balanse... naturligvis skal man være den som leder og klarer å begrense, men samtidig gi plass til pasienten så man ikke blir for styrende”*

### **Relasjonens betydning for oppnåelse av endring**

Informantene har en klar erfaring med at en god relasjon må til for å få til en endring hos pasienten. Endring kan komme i form av bedring, mestring, egentrening, øvelser eller endret måte å tenke om problemene på.

En forteller om det å lete etter noe som motiverer:

*”... lett at man kommer inn i et mønster... jeg tenker at pasientene er jo sin smerte... du kan jo gjøre det og det, men ofte er jo fokuset at man ikke kan gjøre og at alt er vondt. Jeg tror det sitter veldig mye i redselen for smerte og at det gjelder å begynne i det lille å lete frem positive saker som kan motivere, for det finnes alltid noe du kan gjøre...”*

En annen forteller om hvordan hun kan hjelpe pasienten til å få et annet bilde av seg selv:

*”... hjelpe de å få et annet bilde, for du er jo faktisk den personen... hjelpe de å se seg selv som den personen de ønsker... sammen med barnebarn, spille golf og hvordan de har vært tidligere. Ikke bare skape det bilde akkurat nå når man er midt oppi det, man glemmer at man kan gjøre ting, at man liker det, det er skjønt, da får jeg røre på meg og da er det ikke så vondt heller”*

Her forteller en om viktigheten av å få prate med noen. Hvordan hun kan hjelpe å sortere sammen med pasienten, noe som i dette tilfellet førte til en stor endring i pasientens liv:

*”... jeg hører på dem og ser dem og det betyr at de har et sted hvor de kan få letta på noe som har vært vanskelig en stund... jeg føler jo at jeg hjelper de med å sortere... en jente jeg hadde endte med å si opp jobben, jeg følte at vi fant det ut sammen. Vi gikk gjennom mange ting, det har jo en betydning, da har jeg jo hjulpet henne litt på vei. Jeg har jo ikke sagt at hun skal si opp jobben, men kanskje se på muligheter til om det er justeringer hun kan gjøre. Egentlig har de jo bare sortert litte grann fordi de får prate med noen. Så begynner ting å demre og de tenker over ting som de ikke hadde tenkt hjemme...”*

### **Relasjons skapende handlinger**

Å skape en relasjon er noe fysioterapeutene forteller om som en bevisst handling. Ønsket om å oppnå en så god relasjon som mulig er felles for alle informantene. De har forskjellige

innfallsvinkler og tanker om hva og hvordan de oppnår en god relasjon. Den ene forteller at hennes innfallsvinkel er humor. Engasjement, nysgjerrighet, interesse, respekt, forståelse er ord de bruker for å fortelle om sine erfaringer med å skape en relasjon. Måten de definerer ordet relasjon som samspill, et bånd mellom, tillit og trygghet er grunnlaget for hvordan de tenker at dette skal oppnås. De har erfaring med at et samspill mellom to kan skapes ved at de er seg bevisst måten de tar i mot pasienten på. Helt fra førsteinntrykket med et håndtrykk, øyekontakt og et smil via kontekst, samtale og den fysiske berøringen.

En forteller at hun bruker humor:

*”... jeg prøver ofte første gangen å få dem til å le litt eller gjøre et eller annet så de slapper av, senker skuldrene... her er det ikke så farlig... de skal stå der å kle av seg foran meg, det er ikke alltid så ålreit, men hvis man får en eller annen sånn gøyale greie så kanskje det blir litt lettere... jeg bruker kanskje det, det er min ting, alle har sikkert forskjellig...”*

Og humor sammen med øyekontakt og smile er noe hun gjør bevisst får å skape en relasjon:

*”...for jeg bruker det, jeg vet at hvis jeg er flink til å bruke øyekontakt og smile og få de til å le litt, så vet jeg av erfaring at 99% av gangene så går det lettere...”*

*”... ja der gjør jeg det nok bevisst... da skaper jeg en relasjon for å bygge videre på den...”*

En annen snakker om å vise engasjement og interesse med tanke på pasientens beste selv om dette også kan være å henvise videre til en annen kollega eller et annet sted.

*”... at man viser interesse og engasjement at man kan ta det videre til en annen kollega, at man vil vite selv også...”*

Her sier en noe om pasientens opplevelse av å bli respektert og om å skape en relasjon med interesse og vennlighet:

*”... pasient og terapeut jobber mot et felles mål om å redusere skaderisiko eller forebygge... sammen mot et mål fra hver sin kant... da er det jo viktig at man har respekt, at de føler seg respektert og sett og at jeg fanger opp hvis det er noe som ikke stemmer... det er litt med hvordan du opptrer sikkert, i forhold til hvor lett det er å skape en relasjon hvis du virker åpen, interessert og vennlig...”*

Deres erfaringene handler også om når det ikke fungerer, når det ikke stemmer, når det ikke er kjemi og relasjonen oppleves som ikke tilstede eller dårlig. Hvordan kan de snu dette til å bli en bedre og god relasjon? Hvilke erfaringer har de med seg for å takle slike situasjoner og møter med pasienten? En forteller om et møte hvor det ikke stemmer, at det gjør noe med

henne, hun føler seg som en dårligere terapeut og hun setter seg i en forsvarsposisjon. Hun klarer å snu det så det blir lettere ved å finne noe de har felles å snakke om som ikke handler om behandlingen:

*”... det er noen pasienter som kommer inn hvor det virkelig ikke er kjemi, da kommuniserer man ikke... da føler jeg at jeg blir en dårligere terapeut også... jeg vet ikke om det er væremåten deres ovenfor meg eller om det bare blir feil, alle har ikke lik kjemi heller... det synes jeg er vanskelig... det kan ha noe med meg å gjøre eller det er vel oss i mellom at relasjonen blir dårlig... du kan kjenne at her blir det vanskelig og da setter jeg meg i en forsvarsposisjon ... men jeg har også opplevd at det har vært dårlig relasjon til å begynne med og så har det blitt bedre etter hvert... jeg hadde en mann som det var sånn med, men jeg tror han var litt sjenert... plutselig begynte vi å prate om ski, vi hadde noe felles - da var det akkurat som om han senket skuldrene og så ble ting lettere...”*

Det å bruke samtalen til å opparbeide en god relasjon er viktig. Innholdet i samtalen er mindre viktig. Det er det som skjer mellom dem som gjør noe med hvordan relasjonen oppleves for begge parter. Ha en åpen og ærlig samtale som gjør at de får en forståelse seg i mellom, lytte til hverandre, tørre å ta opp ting og sette krav til hverandre. En forteller:

*”... det handler om å forstå hverandre, nå hverandre, dele oppgavene og jobbe mot et felles mål som begge er enige i. Så åpent at man klarer å snakke om ting, bli enige og høre på hverandre. Gi og ta innen innenfor et visst område, være realistiske og ærlige mot hverandre, tørre å ta opp problemer, ha takhøyde og at begge setter krav til hverandre...”*

### **Relasjons skapende berøring**

Berøring er en viktig del i det å skape trygg relasjon. Det å skulle bli berørt fysisk av en fremmed krever en bevissthet fra fysioterapeutens side om hvordan det kan påvirke pasienten på forskjellige måter. Berøringen skal passe til konteksten som er møte mellom fysioterapeut og pasient på et fysioterapikontor. Den skal være profesjonell, inngi tillit, trygghet, vise omsorg, respekt, være passe på alle måter. En forteller om berøring som en kjemisk reaksjon som kan være positiv eller negativ og som kan påvirke på forskjellige måter:

*”Det er vel en ren kjemisk reaksjon, når du berører utløser du kjemiske reaksjoner i den andres kropp og det oppleves positivt eller negativt. Eller det løser opp saker hos personen som han har slitt med lenge... noen kan få psykiske reaksjoner av behandlingen, det er vel litt sterkt for pasienten...”*

En annen har tanker om at vi alle trenger berøring og at det er en god måte å bli sett og hørt:

*”Jeg tror vi alle trenger berøring. For de aller fleste er det noe positivt, man kjenner at man blir tatt på. Jeg tror det kan være en måte å bli sett og hørt, at man virkelig er her og nå...”*

Her sier en noe om kvaliteten på selve berøringen. Hun sier også noe om at det er vanskelig å sette ord på hva det er hun gjør og hva som skjer når hun tar på pasienten. Dette er bare noe hun gjør, noe hun ikke har satt ord på før:

*”Jeg tror du må ha en trygghet i det å ta på folk... at man er litt fast at man vet akkurat hvor man skal ta, ikke surrer rundt... dette er veldig vanskelig, for dette er noe man bare gjør...”*

### **Bruk av kontekst**

Mulighetene til å oppnå en god relasjon og en god behandling blir veldig forskjellig med påvirkning fra kontekst. Den konkrete konteksten som handler om det fysiske rommet og hva rommet inneholder er en viktig ramme rundt møtet mellom fysioterapeut og pasient. Det er også varierende hvor fysioterapeuter møter pasienter i sine forskjellige arbeidsmiljø fra sykehus og sykehjem til private kjellerinstitutter, i pasientens eget hjem eller i en privat praksis hvor det er flere fysioterapeuter som arbeider. Informantene jobber alle i en privat praksis. Pasienten blir også påvirket av utformingen av stedet de kommer til i forhold til hvordan det ser ut og hvordan du blir møtt. Det er også lett å få en forforståelse om at kvaliteten på behandlingen kan være dårlig hvis stedet ikke ser rent, pent og ryddig ut. Fysioterapeutens fremtreden og antrekk kan spille inn på samme måte. Kontoret behandlingen skal foregå på har en viktig betydning. Er det lite, stort, trangt, mørkt, lyst, luftig. Kontekst markører som benk, treningsutstyr, skjelettmodell, anatomiske bilder på veggen, har en betydning. Det er stor forskjell på hva fysioterapeuten ønsker å vise frem på sitt kontor i forhold til private bilder, diplomer, CV, kunst. Dette henger sammen med den enkeltes meninger om hvor grensene går for hva som er for privat å vise frem til pasienten.

En forteller om hvordan pasienten blir møtt og hvordan det ser ut i rommet:

*”... jeg tror det er på forskjellige plan i forhold til relasjon, trygghet, hvordan de blir mottatt, at de blir møtt i døren uten at du står i en telefon, at det er passelig temperatur i rommet og at du ikke har vinduet på vidt gap, hvordan det ser ut med planter og gjort litt hjemmekoselig...”*

En annen forteller om hvordan hun tenker første inntrykket kan gjøre deg skeptisk i forhold til utseende på instituttet:

*”... hadde jeg kommet inn på et gammeldags institutt med skillevegger og alt utstyret er gammelt og kanskje i kjelleren hvor de bor over, da hadde jeg blitt skeptisk...”*

*førsteintrykket... det er lett å få fordommer eller være kritisk... mange ganger blir man overasket både positivt og negativt... jeg tror det har mye å si med førsteintrykket... ”*

Her forteller en om viktigheten av å ha et rom med mulighet til å ha en privat samtale:

*” ... ja det påvirker relasjonen ganske mye, for eksempel på et sykehus har du andre rundt deg og kan ikke snakke alene, da er det nok vanskelig for pasienten og åpne seg å fortelle alt... vi har jo et kontor mens andre fysioterapeuter bare har et forheng mellom og som fysioterapeut kan du ikke spørre om alt når det er andre rundt som lytter... ”*

En forteller om stemningen på instituttet som en del av kontekstopplevelsene:

*”... mange sier at det virker som vi har det hyggelig her. Jeg tror de sitter å observerer hvordan vi har det, det er mye latter og tull her og det tror jeg mange synes er koselig... ”*

To av informantene har forskjellig syn og grenser for hva de ønsker å vise av seg selv privat:

*”... ja jeg har bilder av min datter, fordi jeg synes det er fint, men det gjør jo også at pasientene spør og det har jeg ingenting i mot, heller det en diplom om hvor utdannet jeg er, med det er ulikt blant kollegaene... ”*

*”... de får en forståelse av at dette er mitt kontor, fysioterapeuten, ikke den private. Jeg ser at noen har bilder av barna sine... mine grenser... hvis du har private ting så føler du jo også at de kommer mer innpå deg privat... ”*

## **Det personlige blir det profesjonelle**

Informantene var uvant med å reflektere over temaet som handler om relasjon og betydning av relasjon. Det er heller ikke noe de har hatt som pensum i utdannelsen. De forteller om mye taus kunnskap og trekker med seg betydningen av personlige egenskaper, erfaringer og opplevelser inn i den profesjonelle rollen. Erfaringene fysioterapeutene fortalte om handlet mye om egenskaper de hadde som menneske og om hvem de var som personer. Dette tok de med seg i møte med sine pasienter og de mente dette var noe av grunnlaget for å oppnå en god relasjon. De forteller om sine egenskaper som blir en del av dem som profesjonell fagperson. At dette er egenskaper man må ha for å kunne oppnå en god kontakt med pasienten. På den annen side sier de også noe om det å ikke være så glad i og følelsesmessig engasjert vil føre til en mer mekanisk behandling. Ansvar for seg selv og sin egen rolle, eget ståsted, grenser for seg selv og ovenfor pasienten og egne holdninger har de også tanker om. Kjønnsspektet snakket de om i forhold til sine personlige egenskaper og at dette kunne ha noe med at de var

kvinner. Tanken om at menn og kvinner er forskjellig når det gjelder å oppnå en relasjon med pasienten er interessant og blir tatt opp i eget avsnitt om kjønnsaspektet.

Makt kommer til uttrykk i deres erfaringer med å være ekspert, det å vite hva som er mest hensiktsmessig for pasienten. Balansen mellom å ha en profesjonell ekspertrolle og det å ha et samarbeid med pasienten som er eksperter på egen kropp, er noe de forteller om. Makt kommer også til uttrykk i form av den fysiske konteksten med tanke på hvordan fysioterapeuten plasserer seg i rommet og i kontekst markører i form av diplom på veggen.

### Personlige egenskaper

Informantene har en formening om at de har personlige egenskaper som gjør at de er egnet til å oppnå en god relasjon med sine pasienter. De sier noe om det å være glad i mennesker og å være et følelsesmenneske:

*” Jeg tror at noen er mer glad i mennesker og da kanskje man lytter mer ”*

*” Jeg tror jeg er et følelsesmenneske generelt... også når jeg treffer venner eller andre så synes jeg det er heftig, det er jo derfor jeg har valgt dette yrket, det er himla spennende å høre... ”*

Trygghet i egen rolle er viktig og spiller inn i måten relasjonen skapes. En forteller om bevissthet om egen usikkerhet og hvordan hun kan endre seg for å få pasientens tillit:

*”... jeg har en pasient nå hvor det kjennes ut som hun alltid ler mot meg, som om jeg ikke har hennes tillit, hvordan kan jeg påvirke det... det er kanskje jeg som blir litt usikker, og da har jeg testet om jeg skal bli mer bestemt, jeg må velge hvordan jeg skal få hennes tillit... det ligger mye i min egen forestilling ettersom jeg er litt usikker... det er nok ofte min egen usikkerhet, og jeg kjenner da at jeg ikke riktig klarer å formidle det jeg vil...”*

En annen forteller om egen usikkerhet og det å formidle dette til pasienten som hun opplever kan føre til en styrket tillit og en sterkere relasjon:

*”... min oppførsel må jo være forsikrende og tryggende, for om du selv blir usikker, blir den personen ennå mer usikker og urolig... du må sette grenser med en sånn person, være litt hard, forklare og ha klare svar... om jeg kjenner at jeg blir usikker, forsøker jeg å endre meg til å bli mer sikker og konkret... eller jeg ber om hjelp fra en kollega eller sier til pasienten at dette kan jeg ikke, avsløre at men vet helt enkelt ikke... det er ofte positivt for relasjonen og pasienten får en sterkere tillit når man erkjenner at man ikke kan eller håndterer dette...”*

Yrkeserfaring påvirker det å kjenne seg trygg i egen rolle. Med erfaring kan man lettere ha fokus på pasientens historie og problemer og ha sine egne forforståelser og følelser i bakgrunnen. En forteller:

*”... når man ikke har jobbet så lenge blir man så glad når det er noe man kjenner igjen og det blir lett sånn at man selv skal kjenne seg trygg. Jo flinkere man blir dess mer klarer man å stenge av og ta det helt ut ifra det pasienten sier...”*

Relasjonen er noe som går begge veier og fysioterapeuten blir påvirket av feedback fra pasienten og hva det gjør med henne og hun er opptatt av hvordan hun påvirker pasienten:

*”... det får en jo til å tenke også hvordan pasienten oppfører seg ovenfor meg, det er jo absolutt begge veier. Når man kjenner at det går bra blir man jo veldig sikker... det er klart det er en utsatt situasjon som terapeut også... det er viktig hvilket svar man får fra pasienten og hva det gjør med min følelse for min rolle... jeg skulle hatt kamera for å se hvordan jeg møter, hvordan jeg ser ut når jeg åpner døren, for det speiles jo sikkert...”*

Det er i balansen mellom å være privat, personlig og profesjonell at fysioterapeuten må finne sine grenser for hva hun ønsker å holde privat. Hun har tanker om dette i forhold til samtalen hun har med pasienten som kan bli veldig personlig. Hun forteller:

*”... jeg skal fortsatt ha det profesjonelle når de går ut av døren når er vi ferdige, men jeg kan ta opp tråden neste gang. De skal ikke føle at de blir bundet til meg fordi de har fortalt... jeg gir nesten ikke mobilnummer til noen fordi jeg har lyst til å holde det jeg gjør på jobben, det gjør jeg her... jeg skal likevel vise at jeg er tilstede når jeg er her og jeg tror at jeg har mer energi til å være tilstede hvis jeg ikke tar det med meg hjem...”*

Skillet mellom det private og det profesjonelle gjelder også den fysiske berøringen. Hvilke grenser setter hun for seg og pasienten i forhold til hva som er en personlig berøring og hva er en profesjonell berøring. Her forteller hun:

*”...jeg liker ikke at noen pasienter klemmer meg, for her er det jeg som skal ta på de, ja så jeg har noen sånne grenser. Jeg føler at det er nok intimt som det er og jeg tror jeg vil ha klemmene mine til de som står meg nær...”*

Det å åpne for samtale og pasientens historie blir noen ganger opplevd som energikrevende. En forteller om pasientmøter hvor hun må gi mye for å få til en god relasjon og kommunikasjon. Dette oppleves både fysisk og psykisk krevende:

*”...det kjennes ut som jeg blir fysisk sliten i hodet i tankevirksomheten, det blir litt anstrengt over brystet som når man blir stresset og etterpå har jeg behov for frisk luft og være for meg selv...”*

Egenrefleksjon rundt betydningen av det å være terapeut og hva det innebærer i forhold til relasjon, er viktig for en av informantene. Hun differensierer det å være terapeut og det å være mekanikker med om man har en sterk relasjon eller ikke. Hun opplever at det er forskjellig hva fysioterapeuter ønsker å være:

*”... man har en viktig rolle for mange, jeg tror det er mange fysioterapeuter som ikke liker rollen, som har lyst til å være manuellterapeut, bare inn, ut, knekke til og så ut igjen... mange synes det er slitsomt, men jeg har ingen problemer med det... flesteparten av pasientene behøver en sterkere relasjon, det er få pasienter som bare er et segment som er låst, pasienten er jo mer kompleks en det... i ordet terapeut tenker jeg at man skal ha en sterk relasjon ellers blir det litt mer sånn mekanikker... det er i hvert fall mitt syn eller sånn jeg ønsker å jobbe...”*

## **Makt**

Maktaspektet kommer frem på forskjellige steder. Ved bruk av kontekst ved utforming av rommet, for eksempel diplom på veggen, og skrivebord mellom fysioterapeut og pasient. Hierarki og hierarkisystemer kan brukes bevisst ved å vise fagkunnskap og ekspertise. Fysioterapeutens tanker om å få pasienten til å innse hva som er best for den enkelte, ved å sette krav til pasienten som skal innfris, hvis ikke kan man anbefale pasienten å finne på noe annet. De snakker om at man som fysioterapeut ikke skal overkjøre pasienten, men man skal heller ikke la seg overkjøre, men ta kontroll og sette krav.

En forteller om fysioterapeuter som setter seg i respekt ved å vise fagkunnskap og bruke dette som et maktmiddel til å få pasienten til å lytte. Hun selv bruker en annen innfallsvinkel:

*”... visse fysioterapeuter kan jo være respektinngytende for pasienter som ser at du er høyt utdannet og visse fysioterapeuter bruker det som taktikk for å få pasienten til å lytte, mens jeg går mer inn i pasientens liv og forsøker finne ting der jeg kan jobbe med...”*

Ønsket om å møte pasienten med en ”ikke vitende” holdning og en flat hierarkisk struktur er ønskelig, men styres av personen du møter. Erfaringen tilsier også at noen pasienter trenger en person som har mer makt. Her sier en noe om ønsket om å møte alle likt og ikke la seg påvirke av pasientens status:

*”... jeg forsøker bevisst å jobbe med å ikke oppføre meg annerledes med ulike typer pasienter. Pasienter med høy utdanning og dress i forhold til en pasient som er uføretrygdet eller ikke er så utdannet... jeg vet at terapeuter og leger gir ulik behandling til ulike typer personer... jeg forsøker å jobbe med å være lik, men du styres jo av den personen du har foran deg... noen har behov for en person som er høyere i makt en pasienten, en sorts makt for å skjerpe seg eller bli bedre...”*

Her forteller en om viktigheten av å sette krav og ikke la seg overkjøre av pasienten, men være den som skal bestemme hva, hvordan, hvor ofte og om man skal fortsette behandlingen :

*”... hvordan du stiller spørsmål og undersøker... få pasienten til å tenke selv, hva tenker du om det? Hvorfor tror du det er sånn? Istedenfor å bare overkjøre. Det med å gi ut timer, at det er du som skal bestemme hvor ofte han skal komme og når, at du ikke lar pasienten overkjøre deg... er du ferdigbehandlet så er du ferdigbehandlet... hvis du setter krav til opptrening eller hva de skal gjøre på egenhånd så vet du hvor du har de på en måte... man har krav og stiller krav og forventer at det blir gjort, hvis ikke så er det kanskje på tide å finne på noe annet...”*

Pasienten må ta ansvar selv og innse hvilke endringer som må gjøres i samarbeid med fysioterapeuten:

*”... det er helt essensielt at de selv må ta ansvar, jeg kan ikke gå inn å endre noe hvis de fortsetter i samme stilen... de må selv kjenne hva som er problemet og endre det, men selvfølgelig skal de få hjelp til hvordan... men det er viktig at de kommer frem til løsningen selv, at du ikke legger ordene i munnen på de , men på en måte hjelper de til å innse hva som er problemet og hva som må gjøres...”*

### **Kjønnsaspektet**

Informantene har refleksjoner rundt det å være kvinne i forhold til det å skape en relasjon. En forteller om en mannlig kollega som ikke kommer opp i de samme tingene som henne og hun har tanker om at dette er en forskjell mellom kvinne og mann generelt. Hun forteller:

*”... en mannlig kollega kommer aldri inn på de samme tingene som jeg, jeg vet ikke om det er forskjell på mann, dame eller om jeg er veldig nysgjerrig... men jeg tror ikke jeg er så nysgjerrig at jeg har lyst til å vite at de har det forferdelig, men jeg tenker at det er godt at folk får prate ut... mens han er mer sånn at han vil ha avstand og gjør mange konkrete ting, mens jeg går kanskje mer inn på de tingene som plager de av andre ting... jeg tenker at menn er jo litt mer sånn til vanlig også... men om det er gutt, jente vet jeg ikke jeg bare føler at*

*disse gutta ikke kommer opp i sånne ting som vi andre gjør... jeg tror de fleste gutter som er fysioterapeuter klarer å vise trygghet, men jeg vet ikke om de gjør det på et mer faglig nivå...*”

En annen forteller om sin opplevelse av å være ung kvinnelig terapeut og hva det gjør med henne i møtet med en mann. Hun forteller om egne strategier i forhold til usikkerhet og behovet for å vise at hun kan. Her forteller hun:

*”I blant kan jeg kjenne at som ung kvinnelig terapeut når det kommer inn en eldre mann at jeg må vise at jeg kan. Det er kanskje noe som ligger i meg at jeg må bevise at jeg kan og jeg kan merke på meg selv at jeg av og til må gå inn for å bevise at man kan prate ordentlig riktig og strukturert. Så jeg tror det er veldig forskjellig, det kommer an på hvem jeg møter, og jeg tror det er viktig at men ikke bare har sin mal, men at det er forskjellig...”*

### **Oppsummering av temaene**

Informantene er opptatt av relasjon og dens betydning på flere plan. De reflekterer over ordets betydning og ordets betydning i sitt møte med pasienten. Relasjon har betydning for samarbeidet mellom fysioterapeut og pasient og er viktig for å komme videre i behandlingen, føre til en endring eller bedring for pasienten. Fysioterapeutens eget personlige ståsted blir viktig i måten de møter pasienten på. Deres oppfatning av hva som skal til for å komme videre i behandlingen og hvordan man skal gå frem og på hvilken måte, er forskjellig for informantene. De har forskjellig syn på hvordan man setter krav eller bruker andre måter for å oppnå at pasienten følger deres anbefalinger. Relasjonsaspektet kommer inn under mange temaer i møtet mellom fysioterapeut og pasient. Informantene har mange utsagn om at relasjon er viktig for å oppnå et godt samarbeid og et godt resultat. Kunnskap om relasjon og møte med andre er et viktig tema som må fagligforankres i fysioterapiutdannelsen.

### **Drøfting**

I drøftings delen vil jeg ta utgangspunkt i de fire hovedtemaene. Jeg deler det opp etter temaer og undertemaer som det kommer frem i presentasjon av temaene.

Det første temaet handler om fysioterapeutens forståelse av ordet relasjon. Det andre om relasjonens betydning, det tredje om relasjonsskapende handlinger og det siste om den personlige og profesjonelle rolle, det personlige blir det profesjonelle.

I drøftingsdelen vil jeg knytte teorien jeg har presentert i teorikapittelet og problemstillingen opp mot det empiriske data. Drøftingen vil kunne belyse min problemstilling via

informantenes historie, min analyse og mine punktueringer. Sett oppimot annen teori og forskning kan jeg si noe om betydningen av relasjon i møte mellom fysioterapeut og pasient.

Problemstilling:

*” Hva sier fysioterapeuten om betydningen av relasjon i møte med pasienten? ”*

## **Hvordan snakker fysioterapeuter frem begrepsforståelsen av relasjon**

### **Hva ligger i ordet relasjon**

Det jeg hører når informantene snakker om ordet relasjon, er en taus kunnskap som de ikke har satt ord på før. De bruker mye tid og tenker lenge på hva de skal si og hvordan de skal ordlegge seg når de skal definere ordet relasjon. Informantene har mye uutalt kunnskap om relasjon som de deler når de blir oppfordret til det. Selv om dette er et tema de ikke har snakket om tidligere, virker de interessert og har mange meninger om temaet. Historiene de forteller blir mer utfyllende etter hvert som de snakker. Jeg hører også at de får en forståelse av hva de selv mener når de snakker om ordet relasjon. Mine funn samsvarer med hva H. Sylliaas snakker om i sin oppgave (H. Sylliaas 2004). Et av temaene hennes er det å mangle et språk (H. Sylliaas 2004:49). Hun kommer frem til at fysioterapeuter mangler et språk som omhandler det relasjonelle aspektet. Det er noe de har med seg som en taus kunnskap de ikke snakker om. H. Sylliaas sier videre i sin oppgave noe om at fysioterapeuten opplever å ikke få forståelse eller bli tatt på alvor av sine kolleger når de ønsker å snakke om samhandling med pasienten. De velger å tie istedenfor å bli misforstått. Dette selv om de mener at temaet samhandling med pasienten har stor gyldighet. Det kan tolkes som at informantene i hennes oppgave sier at temaet relasjon er veldig viktig. Samtidig som de forteller at de velger å tie om temaet. På den ene siden sammenfaller dette med hva mine informanter sier om viktigheten av temaet relasjon, men det sammenfaller ikke når det kommer til det å tie om temaet ovenfor kollegaer. Dette kan muligens ses i forhold til utvalg av informanter og metode. H. Sylliaas har brukt fokusgruppe hvor informantene snakker sammen om relasjon i fysioterapi. Hun har valgt fysioterapeuter som har interesse for temaet. Kan det at mine informanter ikke nevner noe om det å snakke om eller med kolleger om tema relasjon som et problem, ha noe med alder og mangel på lang yrkeserfaring å gjøre? Jeg tolker det som at fysioterapeuter har forskjellig syn på det å snakke om relasjon og dens betydning. Det er tydelig behov for at dette tema kan legges mer vekt på i den teoretiske og praktiske fagopplæringen av fysioterapeuter.

Mine informanter er opptatt av at det er gjennom ordene og samtalen de får en relasjon til pasienten. De bruker ord som samspill, bånd og tillit. Den sosialkonstruksjonistiske teorien sier at vi skaper virkeligheten i samspill med andre. Virkeligheten blir samskapt i språket, ordene i samtalen. Når bruken av ord er forskjellig får det vi snakker om da forskjellig mening? Jeg tolker det som at vår bevissthet om eget ståsted og holdninger spiller inn i forhold til hvilke ord vi bruker og hvordan vi bruker dem. Meningen kan da også bli forskjellig. Ordet relasjon blir definert forskjellige, som et gjensidig forhold, forbindelse eller berøring hos H. Sylliaas (H. Sylliaas 2004:6). I den generelle systemteorien blir det definert som et samspill og avhengighet mellom aktørene som får en betydning for dem begge. E. Berg definerer relasjon som noe mellom to mennesker. Hun bruker ord for å illustrere hva som skjer mellom lege og pasient som, samtaler der innspill sendes frem og tilbake og det assosieres fritt, og vanskelige fortellinger kan få sine ord om tilliten er tilstedet mellom dem. Her brukes ordene mellom, samtale og tillit (E. Berg 2010:32). Det blir viktig å ha en bevissthet om bruken av ord når det er pasientens virkelighet som skal finne mening i dialog med fysioterapeuten.

Mine informantene sier at den fysiske berøringen er noe av det som gjør en relasjon sterk. Må man bruke ord eller har relasjonen og samspillet gjennom berøring mellom fysioterapeut og pasient en betydning som kan ha tilstrekkelig mening for å skape endring? Oppfattelsen av forskjeller og vår tolkning av disse kan forsterkes gjennom den fysiske berøringen. Og via berøringen oppleves forskjeller som omdannes til informasjon. Informasjon som igjen kan kommuniseres direkte til å berøre passe eller annerledes i forhold til tilbakemeldingen, feedbacken du får fra pasienten. Den kan også omdannes til ord og kommuniseres via samtale. Informantene forteller her om feedback via flere sanser. Sett oppimot det å samskape virkeligheten i en dialog med ord, tenker jeg at man kan samskape virkeligheten via berøring også uten ord. Den fysiske berøringen nevner jeg i innledningen:

*”berøring kan defineres som alle former for menneskelig samhandling, gjennom alle våre sanseopplevelser”* (O. Fyrand 2002:14).

Innen kommunikasjonsteori heter det at det er umulig å ikke kommunisere *”one cannot not communicate”*. A. Gretland beskriver samhandling som et kroppslig samspill ved forskjellige stillinger hvor det gis rom og tid til å utforske bevegelser, stillinger, stillingsforandringer, berøring og betydningen av dette for pasienten.

Jeg tolker det som at en relasjon blir sterkere gjennom både samtale og berøring, og at fysioterapeuter har en unik mulighet til å være med på å hjelpe pasienten gjennom begge deler.

## **Kontekst**

Kommunikasjonsteorien sier at kontekst er vår forståelsesramme på mange plan. Informantene setter seg inn i forståelsesrammen profesjonell møter pasient på den ene siden, og har på den annen side med seg forståelsesrammen om at det er personlige egenskaper som er viktige for å oppnå en god relasjon. De sier noe om konteksten for møte med pasienten og viktigheten av å være seg bevisst på alt fra øyekontakt, håndtrykk, hvor pasienten blir tatt imot, hvordan de som profesjonelle oppfører seg fra første møtet og gjennom hele behandlingen og til pasienten har forlatt lokalet. Informantene forteller om fagkunnskap som handler om teknikker, de er profesjonelle yrkesutøvere. De forteller også om sine personlige egenskaper som er med på å skape en god relasjon mellom seg og pasienten. Dette samsvarer med det Schibbye sier om at det ikke handler om teknikker, men om det forholdet terapeut og klient klarer å skape sammen. Sylliaas får frem at fysioterapeuter er fysiske og at dette kan oppleves på en negativ måte ved at væremåten kan gi assosiasjoner til enveiskommunikasjon. Hun kommer også frem til at det å være fysisk kan hemme en god relasjon på den måten at det fysiske begrenser fysioterapeuten i å kommunisere utover det å være fysisk. På den andre siden er berøring en god mulighet til å fremme og etablere en god relasjon. Jeg tolker det som at hver enkelt fysioterapeut har sin forståelsesramme som er kompleks. Den blir sammenblandet av det personlige som beskrives som det viktige i å oppnå en god relasjon og det profesjonelle som er den fysiske utførelsen av faget.

## **Relasjonens betydning**

### **Betydningen av tillit og trygghet**

Informantenes erfaringer sier noe om hvor viktig det er å ha en grunn å bygge videre på. Deres forskjellige utsagn sier også noe om på den ene siden, at en relasjon kan få klientene til å gjennomføre det de blir anbefalt, og på den annen side noe om at det er dine personlige egenskaper som er viktig for å inngi trygghet. Informantene sier videre at de er ansvarlige for å skape en god relasjon, men også at det avhenger av personen du møter. De velger å punktuere på seg selv som ansvarlige, samtidig som de snakker om pasientens ansvar for eget liv og kropp. Jeg tolker det dit hen at det å bygge og skape en allianse er en forutsetningen for at det skal kunne skje en endring. Det er møtet mellom fysioterapeut og pasient som avgjør

hvor vellykket det kan bli. Dette samsvarer med annen litteratur på området.

Den løsningsfokuserte tilnærmingen innen familierapi sier; profesjonelle behandlere vet at uten tillit vil ikke klientene gjennomføre tiltakene de får anbefalt. Før arbeidet med å løse klientens problemer, kommer et stadium som blir kalt å bygge relasjoner eller å knytte bånd (P. DeJong, I. K. Berg 2008:16). E. Berg sier det på denne måten; det med å skape tillit hos en pasient behøver ikke ha med alder og erfaring å gjøre. En person som ærlig og åpent viser respekt og ydmykhet, inngir trygghet hos den andre. Det er da ikke viktig å vise hvor dyktig han er (E. Berg 2010: 96). Dette støttes igjen av Safran og Muran som sier at en god allianse er en forutsetning for endring i all form for psykoterapi (J. D. Safran, J. C. Muran 2000:11). I en artikkel av Michael Helge Rønnestad snakkes det om tre felles trekk eller mekanismer som ser ut til å kjennetegne all vellykket behandling: generelle terapeutfaktorer, klient adferd og holdning og den terapeutiske alliansen. Her stilles også spørsmål om det er klientens eller terapeutens relasjonelle kapasitet det skal punktueres på. Det konkluderes med at det er samhandlingen mellom terapeut og klient som avgjør hvor vellykket utfallet kan bli (M. H. Rønnestad 2000).

### **Tilknytning, ønsket om den trygge relasjonen**

Informantene forteller om å være helt avhengige av en god relasjon for å kunne behandle pasienten. De opplever at et trygt møte og en trygg tilknytning mellom fysioterapeut og pasient er vesentlig for å oppnå en endring. Har pasienten behov for å oppnå en sterk tilknytning og en god relasjon til fysioterapeuten? Er det fysioterapeutens behov for en god relasjon for å kunne behandle pasienten som styrer? Vil en hver behandlingsform som skjer hos en fysioterapeut ha behov for en god relasjon? E. Berg sier noen hva hennes informanter, pasientene forteller om dette:

*”Pasientene mine sa entydig at de primært ønsket å møte et menneske, en person, som var autentisk og ærlig på hvem de selv er som menneske, men uten å bli privat. Men de ønsket en lege som genuint engasjerte seg. Dernest var de selvfølgelig opptatt av å møte fagpersonen, legen. Men de var bestemte på at å møtes som menneske til menneske i første omgang var vesentlig. De ønsket videre en så jevnbyrdig dialog og refleksjon med legen som mulig, vel vitende om forskjellen i kompetanse. Legen stiller med den medisinske fagkunnskapen, pasienten vet mest om eget liv” (E. Berg 2010:17).*

Hun sier at relasjonen mellom mennesker er det viktigste, men at den ikke kan komme uten den profesjonelle fagkunnskapen. Det kan tolkes som at pasienten, i alle møter med en profesjonell fagutøver, ønsker å bli møtt av et menneske, en person. Det handler ikke om

hvilken type behandling, metoder eller teknikker, men om det som skjer mellom to mennesker. Kan det også ses som et behov hos begge, fysioterapeut og pasient, for å oppleve og å få bekreftet seg selv som eget individ gjennom møtet med en annen person?

Tilknytningsteorien sier noe om behovet barnet har for å oppnå en sikker relasjon. Bowlby beskriver prosessen hvor barnet blir forbundet til omsorgspersonen, noe som fører til dannelse av personlighet. Barnet har behov for å oppnå en sikker relasjon for å oppleve seg selv som et eget individ. (S. Hart, R. Schwartz 2011:64). Stern er opptatt av at våre mentale liv blir skapt i fellesskap. Andre påvirker våre tanker som igjen påvirker våre (D. N. Stern 2007:94). Jeg tolker det dit hen at dette ikke bare handler om barnets møte med omsorgspersonen, men også møtet mellom fysioterapeut og pasient. Informantenes utsagn om at de er helt avhengige av en god relasjon for å samarbeide, få til en endring, samsvarer med at tilknytningen dem imellom er av stor betydning. Ikke bare fra pasientens side, men fysioterapeuten er opptatt av et samspill og bånd som går begge veier.

### **Betydningen av makt i relasjonen**

Informantene forteller om det å balansere makten, lede og gi plass, respektere og vise respekt med kroppsspråk, gi av seg selv for å komme på samme nivå. De er helt klare på at de er eksperter som vet best, men det er måten man bruker denne kunnskapen i møte med pasienten som må balanseres. Det kan skape vanskeligheter i samarbeidet dem i mellom når fysioterapeuten opplever at pasienten ikke har forstått hva som er til hans eget beste, det beste for pasienten som fysioterapeuten mener i kraft av sin profesjon. Samtidig har informantene klare meninger om at det er pasienten som er ansvarlig for egen kropp, eget liv og helse. Handler dette om våre etiske og moralske holdninger og om hvordan fysioterapeuten skal møte pasienten? Eller handler det om hvordan fysioterapeuten mener at hun kan hjelpe pasienten? Som ekspert som vet best, hvor fysioterapeuten skal få pasienten til å innse hva som er best for seg? Eller som den nøytrale fysioterapeuten som ser pasienten som ekspert på eget liv og egen kropp? E. Berg snakker om at det å ikke bli sett, verdsatt og tatt imot, handler om bli oversett og krenket (E. Berg 2010:31). Informantene forteller om viktigheten av å se, høre og respektere pasienten. Viktigheten av dette kommer tydelig frem i deres fortellinger. Men det å balansere fagkunnskapen samtidig som fysioterapeuten respekterer pasienten som ekspert på egen kropp kommer frem som en vanskelig balansegang. Handler dette om at kunnskap om relasjon eller mangel på kunnskap om relasjon kan være en krenkelse og et maktovergrep i seg selv? Sylliaas snakker om at personer som er i en posisjon der andre er avhengig av deres anerkjennelse, får stor definisjonsmakt. Definisjonsmakten kan misbrukes

og føre til at vi undergraver og skaper tvil (H. Sylliaas 2004:22). Det kan tolkes som at fysioterapeuten har et ansvar om å være bevisst sin makt og hvordan makten kan påvirke relasjonen mellom terapeut og pasient. V. W. Torsteinsson forteller om etikken i den filosofiske sammenheng, hvordan etikken representerer forståelsen av hvordan vi tar vare på hverandre og tar hensyn til hverandre i våre interaksjoner, også det som skjer mellom oss (A. Johnsen m.fl. 2001:216). Hos G. Lundby snakkes det om terapeutens evne til å påvirke klientenes forandring og den hierarkiske posisjonen til terapeuten i forhold til klienten. Maktens betydning i terapeut, klient forholdet. Lineært hvor terapeuten vet best, eller sirkulært hvor terapeuten inntar en nøytral ikke vitende holdning. ”Makt er unngåelig” i forhold til Foucaults (M. Foucault 1926 – 1984) forståelse. Dette utsagnet tatt fra G. Lundby (G. Lundby 2008:92) tolker jeg som samsvarende med annen litteratur og mine informanternes utsagn. Min tolkning er at makten i relasjonen mellom fysioterapeut og pasient er av stor betydning. Stor betydning har det da hvilken bevissthet og kunnskap fysioterapeuten har om betydningen av makt, og at det er av vesentlig betydning å ha fagkunnskap om dette.

### **Relasjonens betydning for oppnåelse av endring**

Informantene snakker om å få til endring ved å motivere og å hjelpe pasienten til å få et annet bilde av seg selv. Gjennom bruk av ord og pasientens historie, kan fysioterapeuten hjelpe pasienten til å oppfatte eller oppleve en endring av sine symptomer og sin situasjon. Den ene informanten forteller om pasientens endring når det kom til beslutningen om å si opp jobben. En sterk relasjon som åpner for samtale med pasienten vil kunne føre til endringer hos pasienten på mange plan ikke bare de symptomene pasienten kommer for i utgangspunktet. Informantene snakker også om pasientens opplevelse av endring ved fysisk berøring og gjennom fysisk bevegelse av kroppen. Fysioterapeutene sier at de har mange muligheter til å hjelpe pasientene til å oppleve en endring. Samtidig er det alltid en god relasjon som ligger til grunn, uansett hvilken tilnærming de bruker for å få det til. Informantene sier også noe om at en endring ikke behøver å bety at pasienten er kvitt alle sine plager, men at de kan oppleves på en annen måte som kan være lettere å leve med i hverdagen. P. Jensen sier at forandring er en del av selve livet. Alle levende systemer er i kontinuerlig forandring (P. Jensen 2007:55). Det kan ses som at dette samsvarer med det informantene sier om endring i møtet med pasienten. En kontinuerlig forandring via møtene mellom fysioterapeut og pasient i forhold til opplevelse av symptomer og livssituasjon. I teorien finner jeg det beskrevet på en annen måte, etikken i behandlingen kan tenkes på som en måte å øke pasientens handlingsalternativer, ikke nødvendigvis peke på det ene rette, som det sies her:

*”Etikk dreier seg ikke om å peke på det ene rette handlingsalternativet, men å øke klientens handlingsalternativer. Det vil si at det lille ekstra som terapirelasjonen utgjør, blir utgangspunkt for å oppleve og oppfatte nye ting” (A. Johnsen m.fl. 2001:217).*

## **Relasjonsskapende handlinger**

Informantene forteller om det å skape en god relasjon som en bevisst handling ved forskjellige innfallsvinkler. De bruker humor, øyekontakt, et smil, engasjement, interesse og vennlighet. Informantene har også erfaringer med når samspillet ikke fungerer, og snakker om dette som et møtet hvor det ikke er kjemi mellom seg og pasienten. Det er viktig å ha kunnskapen om møtet med den andre, relasjonen, samspillet mellom to personer og måten man snakker om dette på. Det kan ta over det diffuse begrepet kjemi som vitner om liten kunnskap om temaet. Informanten snakker videre om at denne kjemien handler like mye om henne selv som pasienten, at det er noe mellom dem som blir bra eller dårlig. Jeg hører at informantene erfarer at det er noe som skjer mellom dem og pasienten, og at de har et ansvar for utviklingen av relasjonen i møtet dem imellom.

Sylliaas trekker frem det at fysioterapeuten lytter, er en holdning til at pasienten skal få komme med det de har på hjertet. Det å lytte til pasienten har en sammenheng med den relasjonen som utvikler seg. Hennes informanter sier noe om at det ikke er en dialog, men at du kan bli en søppelkasse. Sylliaas sier videre at med et slikt utsagn gis det uttrykk for at det ikke er av betydning for behandlingen at pasientene snakker om sine problemer og hvordan de oppfatter at de har smerter. Hun diskuterer videre at dette også kan ses på som å være en kildesortering, der fysioterapeuten aktivt lytter, men sorterer det pasienten sier (H. Sylliaas 2004:57). Det at fysioterapeuten lytter samsvarer med hva mine informanter sier. Men ser fysioterapeuter på pasientens historie som søppel, noe det ikke er behov for? Jeg oppfatter dette som et sterkt utsagn. I følge mine informanter finner jeg på den ene siden ikke samsvar med dette. Men på den andre siden sier de noe om at det å møte pasienter kan være energikrevende, man kan bli *”... fysisk sliten i hodet, i tankevirksomheten...”* og dette kan jo muligens ses i sammenheng med det å oppleve seg selv som søppelbøtte. Jeg tolker det som en uttalelse som handler mer om det å gi mye av seg selv i møtet med en annen og at dette kan være slitsomt både fysisk og psykisk. Sylliaas sier videre på den ene siden at informantens måte å ordlegge seg på kan være et uttrykk for en tretthet i forbindelse med at det å få en god relasjon med pasienter ikke kommer av seg selv. På den andre siden kan det å føle at man som terapeut ikke får en god relasjon med pasienten også grunne i at pasienten opplever at en

relasjon gjennom berøring er tilstrekkelig og at de ikke ønsker en samtale med terapeuten. Må det ord og samtale til for å skape en god relasjon eller holder det med berøring? Informantene har erfaring med å skape en god relasjon via flere innfallsvinkler, og berøring er en stor og viktig del av det relasjonsskapende arbeidet.

### Relasjonsskapende berøring

Informantene snakker på den ene siden om viktigheten av å skape en trygg relasjon via berøring og på den andre siden om å sette grenser. Grenser som skal balansere det å komme innenfor intimsone ved berøring, samtidig som de skal ta ansvar for egne personlige grenser både for seg selv og pasienten. En av informantene snakker om at hun må ha en *”trygghet i det å ta på folk”* tolker jeg at dette handler om erfaring om feedback via berøring, hun har erfart at måten hun bruker hendene på pasienten gir forskjellige reaksjoner. Hun kan endre måten hun berører på til hun får ønsket reaksjon fra pasienten. Hun sier videre *”dette er bare noe man gjør”*. Jeg tolker det som at hun lærer av erfaringen hun får gjennom berøringen av pasienten og at hun forholder seg til pasientens kroppsspråk, men hun mangler en faglig referanse. En annen sier *”jeg tror vi alle trenger berøring”*. Dette setter jeg i sammenheng med ønske å oppnå en trygg og god relasjon. På den andre siden kan det her bli vanskelig å finne hvor grensen mellom den profesjonelle og personlige berøringen går. Schibbye snakker om anerkjennelse som må komme fra terapeuten som et individ, et subjekt, et subjektivt senter for opplevelse i relasjonen. Dersom terapeuten bare blir et objekt, blir det ikke mulig å oppnå den overskridelsen som gjensidig anerkjennelse kan medføre. Dette betyr ikke at terapeuten leverer ut private opplevelser. Når terapeuten setter grenser, kommer hun frem som subjekt. Grensesetting springer ut av terapeutens evne til å avgrense seg (A.L.L. Schibbye 2009:255).

Informanten snakker om berøring som en kjemisk reaksjon på den ene siden og at pasienten kan få en psykisk reaksjon av behandlingen på den andre siden. Det kan høres ut som et objektivt syn når berøring blir kjemisk. Dette kan på den ene siden handle om det Schibbye snakker om, at det kan bli vanskelig å få anerkjennelse. På den andre siden kan dette også handle om manglende kunnskap om relasjon og hvordan man skal sette ord på det som skjer. Det kan handle om at samspillet mellom fysioterapeuten og pasienten kan spille inn i forhold til pasientens psykiske reaksjoner. Informanten fortsetter med å si at noen kan få psykiske reaksjoner av behandlingen og at det kan bli sterkt for pasienten. Dette kan handle om at informantens bevissthet om egne grenser kan være mangelfull. Jeg tolker det som at det her igjen handler om en faglig forankring og kunnskap som ikke er tilstede.

## Bruk av kontekst

”Without context, words and actions have no meaning at all” Gregory Bateson (I. Ulleberg 2004:45). Informantenes grenser og syn på hva de ønsker å vise av seg selv privat, kommer også frem i bruk av den konkrete, fysiske konteksten. En ønsker å ha bilder av datteren på kontoret, den andre ikke. Begge er opptatt av å avklare sine egne grenser, men de gjør det på forskjellige måter. Kommunikasjonsteorien sier ”one cannot not communicate” (P. Watzlawick m.fl. 1967:49) det er umulig å ikke kommunisere, alt blir tolket bevisst eller ubevisst. Det kan tolkes som at utformingen av kontoret og hva fysioterapeuten velger å ha på veggen er av stor betydning. Dette stemmer med hva informantene opplever ved spørsmål fra pasientene om det personlige og private når det henger personlige bilder på veggen. Informantene erfarer også at diplomer og CV på veggen er med på å kommunisere både kunnskap og makt. På den ene siden handler det om å vise frem det profesjonelle, kunnskap og faglig dyktighet og på den andre siden makt. Kan det å vise kunnskap ved å ha diplomer på veggen være et maktaspekt? Som jeg tolker en av informantene, mener hun at det kan oppfattes på denne måten. Hun opplever også at noen av hennes kollegaer bruker dette bevisst for å få en ekstra myndighet ovenfor pasienten.

Informantene har forskjellige synspunkter på hva man skal kommunisere via kontekst. Jeg tolker det som at det handler om deres personlige opplevelse og oppfattelse av hva som skal til for å skape en god relasjon. Deres eget bilde av seg selv med personlig egenskaper som, glad i mennesker, nysgjerrig, snill, omsorgsfull osv, ved å vise de private bildene og deres bilde av seg selv som den profesjonelle fagutøveren ved å vise frem diplom og CV.

Utformingen av lokalet inne på fysioterapeutens kontor og i resten av lokalet, sier informantene er av betydning. På den ene siden sier de noe om forventningene til det ”normale”, om hvordan de mener et institutt eller samtalerom skal se ut. På den andre siden noe om at dette kan ha sammenheng med kvaliteten på behandlingen. Kan dette handle om kultur og samfunnets diskurser? Diskurser kan med sin makt til å definere det som er normalt være med på å skape problemer for og mellom mennesker. Det kan bli virkelighetsbeskrivelser som vi lever etter og forholder oss til (A.K.S Øfsti 2010:18 \ 19). Informantene sier noe om forventningene de har til hvordan et institutt skal se ut og de blir skeptiske til kvaliteten av behandlingen hvis konteksten ikke står til forventningene. De sier også noe om at førsteinntrykket kan være missledende og at kvaliteten på behandlingen kan være veldig bra selv om den fysiske konteksten ikke stemmer med deres forventninger. Så det

kan tolkes som at forventningene vi har om hvordan et institutt skal se ut, kan skape problemer med hensyn til å ha troen på en kvalitetsmessig god behandling.

### **Det personlige blir det profesjonelle**

Informantene snakker om relasjon som noe som er integrert, en taus kunnskap de ikke snakker om. En av informantene sier ”...flesteparten av pasientene trenger en sterkere relasjon...” og hun sier noe om at ikke alle fysioterapeuter liker rollen som en viktig tilknytingsperson for pasienten, men som vil være mer ”...bare inn, knekk til og så ut igjen...” På den ene siden tolker jeg at det handler om manglende kunnskap om relasjon og dens betydning, og på den andre siden om fysioterapeutens ønske om å være innenfor det normale i fysioterapikulturen og ikke komme utenfor komfortsonen. Kan det tolkes som at fysioterapeuter har en taus kunnskap om relasjon og dens betydning, men at det ikke er normalt, kulturelt eller faglig forankret i fysioterapiyrket å snakke om betydningen av relasjon i møtet med pasienten? A. Øfsti sier noe om at våre komfortsoner legitimerer og beskytter det vi kaller normalt, og det normale er konstruert intensjonelt, og med en gang man posisjonerer seg innenfor det komfortabelt normale, ekskluderer vi hva som kunne vært frigjørende for klienten å snakke om (A. Øfsti 2010:125). Her tolker jeg det som at fysioterapeuten kan gå glipp av mye informasjon fra pasienten hvis hun ikke føler seg komfortabel med å ha en anerkjennende trygg tilknytningsrolle. Blir da dette noe som kunne vært til nytte for pasienten, fysioterapeuten og samspillet dem imellom ekskludert? Hos Sylliaas snakket informantene om at relasjonen er viktig i fysioterapi, men de opplever at det er vanskelig å tematisere det med kollegaer (H. Sylliaas 2004:68). Her samsvarer det på den ene siden med mine informanter om at relasjon er viktig i fysioterapi. Jeg hører ikke noe om at det er vanskelig å ta opp temaet med kollegaer, men det er et tema det generelt ikke blir snakket om.

### **Personlige egenskaper**

Informantene snakker om sine personlige egenskaper, det de har med seg i møtet med pasienten. De snakker om seg selv som ”glad i mennesker” og ”følelsesmenneske” egenskaper de tenker er viktig for å skape en god relasjon. Det kan tolkes som om de mener at personlige egenskaper er det som må til får å skape en relasjon. Er dette da noe som må være medfødt? Eller er det en kunnskap de får med seg i oppveksten hjemme eller i barnehage, skole? Jeg tolker mine informanter dit hen at det er personlige egenskaper de har med seg fra fødsel, oppvekst og fra erfaring med mennesker generelt og som profesjonelle yrkesutøvere. De lærer gjennom erfaring og blir bedre. Det å lære via fagkunnskap øker muligheten til å bli ennå bedre og få en dypere og utvidet forståelse.

Informanter snakker om viktigheten av trygghet i egen rolle. Ved å være ærlig og åpen på egnen kunnskap eller mangel på sådan kan de oppnå et styrket tillitsforhold og en sterkere relasjon. Dette blir støttet hos E. Berg hvor hennes medtenkere, pasientene, poengterer at doktoren må ha et mot og en ærlighet bygget på trygghet i seg selv, en selvinnsikt, for å kunne møte pasienten med nødvendig åpenhet. Videre sier hun at legen må la seg berøre, ha åpenhet på egne følelser og vise ydmykhet overfor pasienten (E. Berg 2010:138). Jeg tolker det som at mine informanter har en bevisst holdning til egen rolle og hvordan de blir gjensidig påvirket av pasienten. De snakker om når de er usikre, hvordan de kjenner på egne følelser og jobber med å være en trygg fysioterapeut i møtet med pasienten. På den ene siden er de usikre på egen rolle og fagkunnskap og på den andre siden vil de fremstå som trygge tilknytningspersoner. De prøver å oppnå å være trygge og anerkjennende personer. Dette samsvarer med hva Schibbye sier om viktigheten av den anerkjennende terapeuten som en trygg tilknytningsperson i den forstand at hun er emosjonelt tilgjengelig. Ved å være emosjonelt tilgjengelig blir det mulig for klienten å konfrontere smerte, og på den måten endre utrygge tilknytningsmønstre (A.L.L Schibbye 2009:256). Informantene hos Sylliaas er opptatt av at relasjon i fysioterapi er komplisert. De sier at det er en utfordring for terapeuten å kjenne seg selv og sine egne grenser. Videre snakker de om at det er viktig å fremstå som en trygg tilknytningsperson (H. Sylliaas 2004:70). Teorien samsvarer med hva informantene sier om at det er viktig å være en trygg og anerkjennende person i møtet med pasienten.

### **Kjønnsaspektet**

Informantene sier noe om sin opplevelse av forskjellen mellom menn og kvinner som fysioterapeuter, og hvor forskjellig menn og kvinner legger vekt på relasjonsaspektet. Informantene har en mening om at kvinner og menn generelt er forskjellige og at dette har betydning for hvordan de som fysioterapeuter kan, eller ønsker å oppnå en sterk relasjon til pasienten. Handler dette om personlige erfaringer? Kulturelle holdninger? Samfunnets diskurser når det gjelder forskjellen mellom mann og kvinne? I ”Familien pluss en” Blir kjønnsperspektivet tatt opp. Der blir det sagt noe om at kjønnsperspektivet blir svært forskjellig vektlagt av terapeuter. Fra at det sjelden eller aldri er et tema eller at kjønnsperspektivet er overordnet alt klinisk arbeid, og at terapeuter ikke kan la være å ta kjønn med i forståelsen når de møter klienter (H. Hårtveit, P. Jensen 2004:100). Dette handler mest om hva terapeuter legger vekt på i møtet med klienter og klientenes kjønn og kjønnets betydning for klientene. Hårtveit og Jensen snakker videre om feminismens prosjekt hvor kjønnsperspektivet i første omgang handler om å avdekke kvinneundertrykkelse. Jeg tolker

informantens utsagn som at det handler om egne erfaringer om forskjeller mellom menn og kvinner, ikke om kvinneundertrykkelse. Men det kan lett tolkes som generalisering av kjønnene, som ikke bare handler om forskjeller, men også om at alle mannlige fysioterapeuter har en annen mulighet til å oppnå en relasjon. Informanten sier om mannlige kollegaer: ”...klarer å vise trygghet, men jeg vet ikke om de gjør det på et mer faglig nivå...” Hårtveit og Jensen sier at det er viktig for terapeuter å huske at kunnskapen om kvinner og menn omhandler gruppen kvinner og gruppen menn, og at det som særpreger disse gruppene ikke trenger å ha noe å gjøre med den spesielle mannen eller kvinnen vi møter. Det som hører til på gruppenivå kan fungere som en fordom overfor det spesielle mennesket. (H. Hårtveit, P. Jensen 2004:100). Jeg tolker at informantens utsagn kan være forforståelser og kulturelle fordommer som generaliserer gruppen menn til å være mindre egnet når det gjelder å oppnå en god relasjon med andre.

## Avslutning

### Oppsummering

Denne oppgaven har resultert i fire temaer som skal kunne ses i lys av problemstillingen:

*”Hva sier fysioterapeuter om betydningen av relasjon i møtet med pasienten?”*

Temaet en: *Hvordan snakker fysioterapeuter frem begrepsforståelsen av relasjon*

Mine funn og tolkninger sier noe om taus kunnskap og et usnakket språk. Informantene har en tydelig forståelse av at relasjon er viktig i møtet med pasienten. Men det er like tydelig at dette er et tema de ikke er vant til å snakke om. Definisjonen av ordet relasjon og hvordan det brukes kan får forskjellig mening for den enkelte. Meningen kan bli forskjellig i forhold til eget ståsted, egne holdninger og den konteksten, forståelsesrammen det blir satt inn i.

Tema to: *Relasjonens betydning*

Funn og tolkninger sier at møtet mellom to mennesker er først og fremst det som veier tyngst. At det er en forutsetning for å kunne føre til en endring. Det er enighet om at relasjonen har en betydning både for den profesjonelle og pasienten. Fysioterapeutens bevissthet og kunnskap om emnet er av vesentlig betydning.

Tema tre: *Relasjonsskapende handlinger*

Tolkning av funn sier at handlinger og ord påvirker relasjonen, og bevisstheten om dette er viktig i forhold til hva som kan oppnås av relasjon mellom fysioterapeut og pasient. Funnene

sier noe om hva fysioterapeuter sier om hvordan de blant annet snakker, hva de legger vekt på, hva de gjør fysisk, hvilke handlinger de bruker for å oppnå en god relasjon. Det diskuteres om berøring i seg selv er nok eller om ord og samtale må til. Berøringen er forbundet med det å komme innenfor intimsone til et annet menneske. Terapeutens forhold til egne grenser handler også om den faglige forankringen når det gjelder kunnskap om den mellommenneskelige relasjonen. Grensene fysioterapeutene har kommer også tilsyne i den fysiske konteksten, utseende på kontoret og i lokalet generelt og hva de velger å vise av personlige eller profesjonelle kontekstmarkører på veggene. Hva de sier og hvordan, berøring og den fysiske konteksten kan tolkes som handlinger som får konsekvenser for relasjonen.

#### *Tema fire: Det personlige blir det profesjonelle*

Funnene her sier noe om fysioterapeutens ståsted og egen selvinnsikt som viktig for å kunne oppnå en god relasjon. Fysioterapeutens måte å møte pasienten med ærlighet, åpenhet og ydmykhet har også en betydning for relasjonen. Det settes spørsmål til om fysioterapeuten ønsker, våger eller vet om betydningen av egen selvinnsikt i møtet med pasienten. Det blir også drøftet om fysioterapeuten ønsker å gå utenfor sin komfortsone for å oppnå en sterk relasjon til pasienten hvis dette ikke er forventet eller normalt innen fysioterapiyrket.

Informantenes holdninger til kjønnsaspektet sier noe om deres forventninger til oppnåelse av en god relasjon hos kvinnelige og mannlige fysioterapeuter. Funnene sier igjen at dette henger sammen med kunnskap om relasjon og viktigheten av mer fagkunnskap om temaet relasjon i møtet mellom fysioterapeut og pasient.

Informantene reflekterte mye underveis i intervjuene. De måtte tenke over hva de egentlig mente og brukte tid på å formulere sine tanker. På slutten av intervjuene var tilbakemeldingen fra informantene at intervjuet i seg selv var en sterk intervensjon som satte i gang tanker hos dem. Jeg fikk i etterkant også tilbakemelding på at de opplevde en endring i sin måte å tenke om pasienten på, og en endring i hvordan de møtte pasienten etter intervjuet, med en utvidet bevissthet og forståelse om temaet relasjon. Det å få tilbakemelding om endring i egen bevissthet og holdning hos informantene, er det jeg opplever som et av de viktigste funnene i denne oppgaven. Det at en time med et intervju om temaet, betydningen av relasjon, kan ha en så stor påvirkning, tolker jeg som en sterk indikasjon på at temaet betydningen av relasjon i møtet med pasienten er viktig å ta med i mye større grad i fysioterapeuters fagkunnskap.

## Oppsummering av funn og veien videre

Det systemiske er det å tenke på kontakten mellom fysioterapeut og pasient i møte mellom to kropper og møte mellom to samtaler. Det systemiske er innholdet i samtalen, det å trekke inn andre av pasientens relasjoner og deres påvirkning, og den kroppslige og verbale tilbakemeldingen på den fysiske berøringen. Den systemiske innfallsvinkelen handler for meg om en holdning til andre mennesker generelt. Det kan være en måte å endre forståelsen av hva som skjer i møtet mellom fysioterapeut og pasient. Det kan ses på som et likeverdig møte mellom to mennesker hvor den ene sitter med fagkunnskapen og den andre med kunnskap om egen kropp og egne erfaringer. I motsetning til det tradisjonelle synet innen fysioterapi hvor fysioterapeuten ser pasienten som et objekt. Sylliaas sier noe om at tradisjonelt har fysioterapeuter vurdert pasienten som et objekt og vurdert pasienten som en tilskuer. Ved å gjøre pasienten til deltaker i behandlingen gis han mulighet til å bearbeide erfaringer i egen kropp og bli kjent med sin egen kropp. Hun poengterer at det av hensyn til pasienten må være slik at terapeuten alltid har en anerkjennende væremåte (H. Sylliaas 2004:78). Sylliaas (2004) og Berg (2010) snakker begge om at evidensbasert praksis kan sette fokus på metoder og teknikker, noe som kan opprettholde synet på pasienten som et objekt. Jeg kan ikke se at det må være en motsetning i det å bruke forskning som fagkunnskap og understøttelse så lenge man tenker på at det er et annet likeverdig menneske man møter.

Det å legge vekt på relasjonen som tema og som faglig forankring i utdannelsen og yrkesutøvelsen i fysioterapi, handler om forskjellige måter å se ting på. Jeg ønsker at mitt bidrag kan være med på å utvide mulighetene til å se at den systemiske innfallsvinkelen kan bidra til økt forståelse av relasjon i møtet mellom fysioterapeut og pasient. Sylliaas sier at det må være vesentlig å se hvilke endringer eller tilpasninger som kan gjøres for i større grad å la relasjonen få plass i fysioterapi. Hun avslutter med at det er nødvendig å tematisere utøvelsen av relasjon i fysioterapi, fordi det er uklart omkring relasjonens innhold (H. Sylliaas 2004:79).

Mine informanter var ikke helt nyutdannede i 2011 da de ble intervjuet, men de har gjennomsnittlig kun noen års erfaring. Dette skulle kunne vise økt kompetanse når det gjelder kunnskap om relasjon fordi det er lagt større vekt på dette temaet de senere årene i grunnutdannelsen. Men mine funn viser at det fortsatt er stor mangel på kunnskap om temaet. Sylliaas sin studie er fra 2004. Hun synes det kunne være interessant å få gjennomført en studie blant nyutdannede fysioterapeuter og få diskutert hvordan de omtaler og vektlegger relasjonen i behandlingssituasjonen med tanke på at de skulle ha en bredere kompetanse fra

grunnutdannelsen (Sylliaas 2004). Min undersøkelse kan gi en pekepinn om at det ikke har skjedd en stor endring i fysioterapeuters kunnskap om temaet relasjon.

### **Mine refleksjoner rundt arbeidet med oppgaven**

Min rolle som forsker i denne oppgaven handler om temaet relasjon på mange plan. Mine relasjoner til et nytt fagområde, studiekolleger, veiledere, foredragsholdere og forskerrollen har påvirket meg i sterk grad. Det har vært en lang og lærerik reise både personlig og profesjonelt. Jeg opplever den systemiske tenkningen som en holdning som får meg til å se mennesker i et annet lys. Det afrikanske uttrykket ”*ubuntu*” som kan bety ”*Jeg er fordi du er og du er fordi jeg er*” er treffende for min opplevelse av den systemiske tankegangen. Møtet med andre har for meg blitt endret når min holdning er at vi er like viktig for hverandre i vårt møte uansett hvilken rolle vi har.

I forskerrollen kan mine erfaringer og holdninger og min opplevelse av endring gjennom dette studie ha påvirket min forforståelse. Min forforståelse vil prege denne oppgaven ved at mine forskningsspørsmål er grunnlag for min hypotese om at det er mangel på kunnskap om temaet relasjon i fysioterapifaget. Mitt kjennskap til fysioterapiyrket er en svakhet ved at det er vanskelig å endre det synet man har, men det er også en styrke å kjenne faget for å kunne få frem flere aspekter ved temaet.

Prosessen i oppgaven har for hvert trinn utvidet min forståelse. Fra å høre intervjuet, transkribere, analysere og drøfte. I mine notater etter intervjuene har jeg skrevet at jeg noen steder opplevde å få for lite informasjon fra informantene og at jeg ikke hadde stilt nok oppfølgende spørsmål. Når jeg kom videre i analysearbeidet endret dette seg mer og mer. Det var for meg en opplevelse i hvor betydningsfullt det er å lytte, skrive, lese, lese høyt, høre noen andre lese høyt, om og om igjen og hvor mye mer informasjon jeg fikk etter som prosessen kom lenger. Det er denne opplevelsen av å ha fått med meg informasjon og forståelse fra informantene som gjør at jeg kan si at denne oppgaven kan være en del av en kvalitativ forskning som utvider forståelsen av temaet, betydningen av relasjon i møtet mellom fysioterapeut og pasient.

### **Relevans for studiets fagfelt**

Ved å undersøke hva fysioterapeuter sier om betydningen av relasjon sett fra et systemisk perspektiv, ønsker jeg å utvide forståelsen av hvor og hvordan man kan benytte den systemiske tankegangen. Jeg opplever at den systemiske forståelsen innen familierapi bygger på tanken om at det systemiske intervjuet i seg selv har en mulighet til økt utvidelse av

forståelsen som kan føre til en endring. Med dette prosjektet ønsker jeg å vise at det har en overføringsverdi til møtet mellom fysioterapeut og pasient. Jeg tenker at dette har stor betydning i møte med pasienter, hvor fysioterapeuten har mulighet til å utvide pasientens forståelse og oppfattelse av egen situasjon både fysisk og psykisk som igjen kan føre til en endring. Min tanke er at det systemiske perspektiv kan utvide forståelsen i mange forskjellige terapeutiske og relasjonelle møter, og forskjellige kontekster hvor både det psykiske og det fysiske aspektet er viktig. Jeg tenker da på leger, sykepleier, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, familieterapeuter og andre yrkesgrupper hvor det er et møte mellom mennesker. Undersøkelsen vil kunne ha relevans for familieterapifeltet ved at det systemiske perspektivet blir brukt i andre sammenhenger. Dette kan ses som en indikasjon på at en systemisk teoretisk og praktisk fagkunnskap kan komme til nytte i mange forskjellige kontekster.

Med denne oppgaven ønsker jeg å utvide forståelsen av relasjonsbegrepet innen fysioterapifeltet. Min erfaring med en systemisk teoretisk bakgrunn har utvidet min forståelse av møtet mellom mennesker. Jeg opplever at jeg har fått en annen holdning til det å møte andre mennesker gjennom den systemiske, sirkulære måten å se ting på. Jeg tenker at dette kan være en innfallsvinkel til mer forståelse og kunnskap om temaet relasjon innen fysioterapifeltet.

## Litteratur

**Andersen, T** (2009) *Reflekterende prosesser samtaler og samtaler om samtalerne*. Denmark: Dansk psykologisk forlag.

**Anderson, H** (2003) *Samtale, språk og terapi*. 3.utg. 4.oplag København: Hans Reitzels forlag.

**Berg, E** (2010) *Sammenhenger Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

**DeJong, P og Berg, I. K** (2008) *Løsningsskapende samtaler*. 3.opplag Oslo: Gyldendal akademiske.

**Fyrand, O** (2002) *Berøring*. Oslo: Pantagruel forlag.

**Gretland, A** (2007) *Den relasjonelle kroppen Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

**Hart, S. og Schwartz, R** (2008) *Fra interaksjon til relasjon*. 2.opplag Oslo: Gyldendal akademisk.

**Hårtveit, H. og Jensen, P** (2004) *Familien pluss en*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

**Jensen, B. F** (2011) *Verktøyet fire gode vaner*. Konferanseforedrag, Ta pasienten på alvor – klinisk kommunikasjon i praksis. Oslo: Onsdag 2. november 2011.

**Jensen, P** (2007) *Ansikt til ansikt*. 7.opplag Oslo: Gyldendal akademisk.

**Johnsen, A m.fl.** (2001) *Samspill og selvopplevelse*. 2.opplag Oslo: Universitetsforlaget.

**Kvale, S og Brinkmann, S** (2009) *Det kvalitative forskningsintervjuet*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

**Langdridge, D** (2011) *Psykologisk forskningsmetode*. 2.opplag Trondheim: Tapir akademisk forlag.

**Lundby, G** (2008) *Historier og terapi*. 4. opplag Otta: Tano Aschehoug.

**Malterud, K** (2008) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

- Minuchin, S m.fl.** (2007) *Assesing familie and couples*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Næsje, P** (2008) *En oversikt over noen systemteoretiske retninger i familierapi*. Oslo: Diakonhjemmets Høgskole.
- Rønnestad, M. H** (2000) *Noen utviklingslinjer og betraktninger om " the Dodo bird vedict " : " Everybody has won and all must have prizes "*. Oslo: Artikkel Tidsskrift for norsk psykologiforening.
- Safran, J.D og Muran, J. C** (2000) *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: The Guilford press.
- Schibbye, A – L. L** (2009) *Relasjoner*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stern, D. N** (2007) *Her og nå*. 2. opplag Oslo: Abstrakt forlag.
- Sylliaas, H** (2004) *Hva med relasjonen mellom pasienten og fysioterapeuten i behandlingssituasjonen?* Universitetet i Oslo. ( Hovedfagsoppgave ).
- Thagaard, T** (2010) *Systematikk og innlevelse*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ulleberg, I** (2007) *Kommunikasjon og veiledning*. 3 opplag Oslo: Universitetsforlaget.
- Watzlawick, P. B** (1967) *Pragmatics of human communication*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Øfsti, A. K. S** (2010) *Parterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ølgaard, B** (2004) *Kommunikasjon og økomentale systemer*. 3. reviderede udgave, 2. oplag København: Akademisk forlag.

## Vedlegg

# Invitasjon til deltagelse i masterprosjekt.

## ”Betydningen av relasjon i møte mellom fysioterapeut og pasient sett fra et systemisk perspektiv”.

---

Dette prosjektet er resultatet av min videreutdanning i ”Master i familierapi og systemisk praksis” ved Diakonhjemmets Høgskole.

Jeg arbeider til daglig som fysioterapeut ved Lysaker Fysioterapi og Akupunktur.

Tanken bak dette prosjektet er å undersøke holdninger fysioterapeuter har til betydningen av relasjon med pasienten. Og hvilke tanker de har om betydningen av relasjon med tanke på pasientens fysiske og psykiske plager, livskvalitet og hvordan de kan mestre hverdagen.

Prosjektet vil bestå av et kvalitativt intervju med fysioterapeuter. Intervjuet kan gjerne foregå på fysioterapeutens kontor. Intervjuet har en varighet på ca. 1 1/2 time og vil bli tatt opp på lydbånd.

Tema for intervjuet vil være:

1. Hva legger du i ordet relasjon i møte med pasienten?
2. Hva tenker du om betydningen av relasjon i møte med pasienten.?

Det er frivillig å delta i prosjektet og det er mulig å trekke seg fra prosjektet helt frem til innlevering som vil være i juni 2012.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet ta kontakt med meg på telefon eller e-post.

Ta gjerne kontakt for spørsmål eller uklarheter.

Med vennlig hilsen

Anne Sophie MacLeod

Mob 93895389

Mail [annesophie.macleod@gmail.com](mailto:annesophie.macleod@gmail.com)

# Intervjuguide.

1. Introdusere meg selv og informere om masterstudiet jeg holder på med.
2. Fortelle om min profesjonelle bakgrunn og erfaring som gjør at jeg ønsker å skrive om dette temaet.
3. Innledning om hva som praktisk skal skje i henhold til tid, opptak, samtykkeerklæring, anonymitet og muligheten til å trekke seg.
4. Start av intervjuet og sette på opptak.
5.
  - a) Hva legger du i ordet relasjon i møte med pasienten?
  - b) Tenker du at dette er viktig? Og i så fall på hvilken måte?
  - c) Hva tenker du om muligheten du har til å påvirke relasjonen?
  - d) Hva tenker du om betydningen av relasjon i forhold til å påvirke pasientens livskvalitet og evne til å mestre hverdagen?
  - e) Hva tenker du pasientene hadde ment om dette?
  - f) Hva tenker du om konteksten du møter pasienten i? Kan den spille inn i møte med pasienten? Og i så fall på hvilken måte?
  - g) Har tanker om at kroppsspråket spiller inn? Og i så fall på hvilken måte?
  - h) Tenker du at relasjon kan påvirke utfallet av behandlingen? Og i så fall på hvilken måte.
6. Avrunde med å høre om det er noe du ønsker å tilføye som du tenker er viktig i forhold til undersøkelsen.
7. Avslutte med å slå av lydopptaker.
8. Takke for deltakelsen.

# Samtykkeerklæring.

---

Jeg samtykker herved til å delta i prosjektet ”*Betydningen av relasjon i møte mellom fysioterapeut og pasient sett fra et systemisk perspektiv*”.

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet på mail.

Jeg kan trekke meg fra prosjektet frem til innlevering i juni 2012.

Dato.....

Navn.....