Å berøre og bli berørt

En studie av pasienters og fysioterapeuters opplevelse av berøring
i en-til-en situasjoner ved fysikalske institutt

Martha Kvalvik Størksen

Trondheim, våren 2018

Masteroppgave i helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Fakultet for medisin og helsevitenskap

NTNU

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan berøring oppleves for pasienter og fysioterapeuter. Til å være en såpass stor del av faget har berøring fått nokså lite oppmerksomhet i fysioterapiforskning, og det har vært spesielt lite fokus på selve opplevelsen av berøring.
Basert på et kroppsfenomenologisk perspektiv har denne oppgaven forsøkt å undersøke fenomenet berøring i fysioterapi nærmere. Dataene er samlet inn gjennom halvstrukturerte intervju i etterkant av observasjon av to behandlinger. Utvalget bestod av til sammen ti informanter. Fem pasienter og fem fysioterapeuter. Av pasientene var tre kvinner og to menn, av fysioterapeutene var også tre kvinner og to menn. Alle fysioterapeutene jobbet ved fysikalske institutt, og det var ingen krav til type behandling utover at den skulle inneholde en eller annen form for berøring.

Dataene har blitt analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering og funnene i studien knyttes i stor grad til berøringens mange aspekter. Berøring handler om mer enn å fysisk ta på eller bli tatt på. Alle informantene opplever berøring både som fysisk og psykisk. Pasientene snakker om at berøring handler om å bli sett, tatt på alvor og 'holdt i hånden' av fysioterapeuten. Flere av fysioterapeutene ser pasienten som levd liv med sin egen unike historie. En del av informantene mener fysioterapeuter har en spesiell mulighet til å komme nær pasientene sine, som mange andre yrkesgrupper ikke har, og at berøring kan være et sterkt virkemiddel som åpner opp for pasientens følelser, hvis forholdene ligger til rette for det. For å være så nær pasientene kreves det en trygg fysioterapeut som kjenner egne grenser, og som er i stand til å ta inn pasientens reaksjoner og justere seg i forhold til disse. Fysioterapeuten må selv ønske å være nær for at berøringen skal være bra. Relasjonen mellom fysioterapeut og pasient er avgjørende for opplevelsen av berøring, og noen mener at hvem man er som terapeut betyr mer enn hva man gjør. Enkelte fysioterapeuter beskriver en opplevelse av å stå i en skvis mellom de ulike forventningene de må forholde seg til i hverdagen. Forventninger fra pasienter, forventninger de har til seg selv og samfunnets krav om evidensbasert praksis, målbare effekter og politiske føringer om aktive pasienter. Fysioterapeuter presses på en måte ned i en «spagat» som i noen tilfeller kan innvirke på om berøring skal skje og hvordan. Om berøring skal fortsette å være et viktig verktøy i fysioterapifaget må det nok forskes mer på fenomenet. Opplevelsen av og meningen i berøring må gis evidens og løftes opp og frem.

Abstract

The purpose of this study was to investigate how patients and physiotherapists experience touch. Being such a large part of the physiotherapy discipline, touch has received relatively little attention in physiotherapy research, end especially, there has not been much focus on the touch experience. Based on a bodyphenomeological perspective this study has attempted to investigate closer the phenomenon of touch in physiotherapy. The data has been collected through semi structured interviews, following observation of two treatment sessions. In total, ten informants, five patients and five physiotherapists, were interviewed. Among the patients there were three women and two men. Among the physiotherapists, there was also three women and two men. All the physiotherapists were working at a physiotherapy clinic, and there was no requirements as to what kind of treatment were given, except that it should contain touch in some form.

The data has been analysed by systematic textcondensation, and the findings of the study is linked to the many aspects of touch. Touch is about more than physically touching or being touched. All the informants experience touch as both physical and psychological. The patients express that touch also is about to be seen, taken seriously, and being 'led by the hand' by the physiotherapist. Several of the physiotherapists sees the patients as lived life and history. Some of the informants thinks that physiotherapists have a special opportunity to come close to their patients that many other professions don't, and that touch can be a powerful tool that opens up for the patients feelings if the conditions are right. Being that close to the patients requires a confident physiotherapist, who knows his or her own boundaries, and are capable of taking in the patients reactions and adjust to them. The physiotherapist must wish and dare to be close for touch to be experienced in a good way. The relation between the physiotherapist and the patient is crucial for the touch experience, and some patients and therapists say that who you are as a therapist can be more important than what you actually do. Some of the physiotherapists describe a sense of being squeezed between the different expectations that they face during a day at the clinic. Expectations from the patients, expectations they have to themselves, and society's expectations of evidence-based practice, measureable effects, and political guidelines about active patients. Physiotherapists are being forced into "a split", which in certain situations can influence whether touch can happen, and how. If touch shall continue to be an important tool in physiotherapy, we need more research on the phenomenon of touch. The experience and meaning of the touch itself must be given evidence and be lifted up.

Forord

I forkant av denne masteroppgaven var jeg opptatt av å finne et tema jeg interesserte meg for og som jeg virkelig hadde lyst til å finne ut mer om. Jeg synes det har vært spennende å begi meg ut på et område jeg hadde mange tanker, men ikke så mye kunnskap om. Til tider har jeg følt meg litt modig, som har valgt å utforske et tema få fysioterapeuter har forsket på tidligere. Jeg må innrømme at jeg innimellom har spurt meg selv om valget av tema kunne vært «enklere», men heldigvis har inspirasjonen og motivasjonen holdt frem til målet.
De menneskene som har inspirert meg mest er helt klart informantene mine. Takk til dere alle for at dere har åpnet dere og delt tanker, erfaringer og opplevelser.

En stor takk til min flotte veileder Borgunn Ytterhus som har hjulpet meg gjennom denne prosessen. Det er alltid interessant å prate og diskutere med deg. Du er utrolig dyktig og ikke minst veldig morsom. Aldri en kjedelig veiledning med deg.

Takk til Gro Rugseth for uvurderlige tilbakemeldinger og innspill. Du er et klokt menneske og uten tvil en av heltene i fysioterapifaget.

Sylvia, jeg vil takke deg for gode samtaler, som har berørt meg og gitt temaet mitt mening.

Takk til erfarne og engasjerte kollegaer for interessante diskusjoner og refleksjoner, og takk for all motivasjon og støtte dere har gitt meg underveis.

Tusen takk til min elskede mann som har tatt støyten på hjemmebane, pushet meg og vært positiv. Uten deg hadde jeg nok brukt ti år til på denne oppgaven.

Sist men absolutt ikke minst, takk til de tre små guttene mine Rasmus, Linus og Julius, som har overlevd med en fraværende mamma den siste tiden. Dere betyr alt for meg og hjelper meg å sette slike ting som en masteroppgave i perspektiv.

«Det vakreste ordet jeg vet er berøring. Berøring kan oppleves på to ulike måter: Hud mot hud. Og med ord hentet fra hjertet.» Karsten Isachsen (Lyspunkter 2003 s. 29)

Trondheim 14.05.2018

Martha Kvalvik Størksen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag ii

Abstract iii

Forord iv

1.0 Innledning 1

1.1 Bakgrunn for valg av tema 1

1.2 Avgrensing og hensikt 2

1.3 Oppgavens oppbygging 3

2.0 Forskning på feltet 4

2.1 Berøring av for tidlig fødte barn 4

2.2 Hva er fysioterapiforskning opptatt av? 5

2.3 Berøring lite berørt i fysioterapi 7

2.3.1 Typer berøring 8

2.3.2 Opplevelsen av berøring 9

2.3.3 Berøringens doble betydning 11

2.3.4 Løfte det selvfølgelige opp fra glemselen 11

2.4 Oppsummering 12

3.0 Teoretisk forankring 13

3.1 Berøringens psykologi 13

3.1.1 Krenkende berøring 14

3.1.2 Berøringssavn 15

3.2 Berøringens fysiologi 16

3.3 Kroppsforståelser 18

3.3.1 Kroppen som objekt 18

3.3.2 Den levde kroppen 19

3.4 Berøring er toveis 22

3.4.1 Å være personlig i berøring 22

3.4.2 Relasjon og berøring 23
3.6 Hva er gyldig kunnskap? 25
3.6.1 Betydningen av skjønn 26
3.6.2 Bedring som effekter eller erfarte prosesser? 27
4.0 Metodisk tilnærming 29
4.1. Vitenskapsteoretisk forankring 29
4.2. Egen forforståelse 29
4.3. Fremgangsmåten 30
4.3.1 Valg av metode 31
4.3.2 Utvalg informanter 31
4.3.3 Rekruttering 32
4.3.4 Observasjon 34
4.3.5 Intervju 34
4.4 Analysearbeidet 36
4.5 Validitet 40
4.6 Å forske på pasienter og «kollegaer» 41
4.7 Etiske refleksjoner 42
4.8 Metodekritikk 44
5.0 Presentasjon av funn 47
5.1 Hvordan foregår berøring? 47
5.1.1 Kontekst for berøring 48
5.1.2 «God fysioterapi er når du får manuell behandling» 51
5.1.3 Berøring som belønning 52
5.1.4 Berøring som synlig effekt og erfart prosess 53
5.1.5 Berøring er «å holde i hånden» og «få et klapp på skuldra» 54
5.1.6 Berøring er toveis og personlig 56
5.2 Hvordan erfares berøring? 57

5.2.1 Berøring på godt og vondt; pasientenes opplevelse og mening i berøring 57
5.2.2 Berøring, en døråpner inn til pasienten 59
5.2.3 Berøring og magefølelse 62
5.2.4 Pasientens ønske om berøring og fysioterapeutens behov for grenser 63
5.2.5 Å velge og å velge bort berøring 65
5.2.6 Å se og bli sett 67
5.3 Oppsummering 68
6.0 Diskusjon og konklusjon 70
6.1 Hovedfunn 70
6.1.1 «Det henger jo sammen, berøring av sjelen og berøring av kroppen» 71
6.1.2 Berøring som inngangsport og døråpner 73
6.1.3 Berøring som selvavsløring for fysioterapeuten 75
6.1.4 «Hvem du er som terapeut betyr mer enn hva du gjør» 79
6.1.5 Å kjenne på skvisen 82
6.2 Konklusjon 90
6.3 Videre forskning 91
Referanseliste: 93

Vedlegg 1: Revidering REK……a
Vedlegg 2: Godkjenning REK……b
Vedlegg 3: Godkjent justering REK……...c
Vedlegg 4: Informasjon og samtykke fysioterapeut……d
Vedlegg 5: Informasjon og samtykke pasient……..g
Vedlegg 6: Intervjuguide fysioterapeut……j
Vedlegg 7: Intervjuguide pasient……l

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I mitt møte med mennesker generelt og pasienter spesielt har berøring gjort inntrykk på meg. Jeg har ved flere anledninger opplevd at min berøring av andre har skapt opplevelser for både meg selv og den andre. Det kan være naboen som forteller sin tøffe livshistorie etter å ha fått en klem i forbifarten, eller det kan være pasienten som begynner å gråte av nakkemassasjen på benk. Opplevelsen av berøring har til tider gjort såpass sterkt inntrykk på meg at jeg ønsker å utforske dette fenomenet nærmere.
Jeg har lenge undret meg over hvordan pasienter og andre fysioterapeuter opplever berøring, og hva det er som gjør berøring til en god eller mindre god opplevelse.

Fysioterapifaget har hatt berøring og massasje som en del av sin yrkesutøvelse siden fagets opprinnelse på 1800-tallet. Selv om det har, av ulike grunner, variert hvor sentral del av faget disse tilnærmingene har hatt, så har hendene opp gjennom tidene blitt betraktet som et viktig verktøy i profesjonen. Berøring har spilt en sentral rolle i selve utviklingen og definisjonen av fysioterapipraksis (Haugen, 1997; Nissen, 2009; Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Nicholls & Holmes, 2012; Autton, 1990).

En del yrkesgrupper opplever at det å berøre pasientene ikke er tillatt og at det til og med vil kunne oppfattes som uprofesjonelt om terapeuten kommer nær pasienten fysisk (Kelly, Nixon, McClurg, Scherpbier, King & Dornan, 2018). Sammenliknet med disse yrkesgruppene vil fysioterapeuter og andre helseprofesjoner som berører pasienter i sitt yrke, ha en helt spesiell mulighet for kroppslig nærhet. Flere mener også at den kroppslige nærheten vil kunne være av betydning for resultatet av behandlingen (Bjorbækmo og Mengshoel, 2016).

Spørsmålet er om fysioterapeuter berører som en naturlig og selvfølgelig del av yrket uten å tenke mer over det, eller om de er bevisste den muligheten som ligger i å være fysisk nær pasientene sine.
Kalman (2000) skriver at det å berøre pasienter er for fysioterapeuter så dagligdags, at man lett blir blinde for redskapet man jobber med. Likedan tenker man oftere på resultatet man vil oppnå framfor hvordan man jobber, sier hun og mener det er verdt å stanse opp for å reflektere rundt berøringens betydning, og kanskje bli bevisst det verktøyet hendene faktisk er.

1.2 Avgrensing og hensikt

Denne masteroppgaven bygger på en kvalitativ intervjuundersøkelse. Det er informantenes egne tanker om, og opplevelser av berøring som står i sentrum. Informantene er mannlige og kvinnelige fysioterapeuter som jobber på fysikalske institutt og pasienter av disse.

Oppgavens problemstilling er følgende:

Hvordan opplever fysioterapeut og pasient det å berøre og bli berørt i en-til-en situasjoner på fysikalske institutt?

Undersøkelsens hensikt er å fremskaffe en økt forståelse av hvordan berøring oppleves, og hva som gjør opplevelsen god eller mindre god for de involverte. Målet er at denne forståelsen skal kunne bidra til mer forskningsbasert kunnskap om hvordan de ulike subjektene opplever berøring som fenomen i en behandlingssituasjon. Slik kunnskap kan synliggjøre berøringens potensiale og/eller begrensning som terapeutisk redskap i fysioterapipraksis.

Oppgaven har fokusert på opplevelse og mening i berøring, og i mindre grad de fysiologiske mekanismene som skjer når man blir tatt på. De fysiske og de psykiske aspektene ved berøring kan aldri sees uavhengig av hverandre, allikevel er begrepene skilt fra hverandre i både forskning og dagligtale. Informantene deler opp i fysisk og psykisk når de snakker om berøring, mens det de kanskje egentlig prøver å formidle er det motsatte, at dette ikke er et enten eller. Det vil alltid foregå en toveis dialog gjennom berøring. Det man berører blir man samtidig berørt av (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Bunkan & Schultz, 2009; Nissen, 2009; Routasalo, 1999). Dette er noe flere av informantene også sier en del om, at ved å berøre den andres kropp skapes reaksjoner i egen kropp. Ved å bli berørt, kjenner man samtidig sin egen og den andres kropp.
Denne toveis berøringen og gjensidige påvirkningen er bakgrunnen for oppgavens tittel:

Å berøre og bli berørt

- ***en studie av pasienters og fysioterapeuters opplevelse av berøring i en-til-en situasjoner ved fysikalske institutt***

Å berøre defineres som «Å røre ved, komme nær» («Å berøre», 2018). I denne oppgaven velger jeg å definere berøring som det å røre noe i mennesket, at noe skjer følelsesmessig

samtidig som man blir fysisk berørt. Berøringen er profesjonell, ikke-seksuell og bevisst, og den er både fysisk og psykisk (Autton, 1990).

1.3 Oppgavens oppbygging

Dette første kapittelet har gitt en kort innføring i bakgrunn for valg av tema. Det har pekt på undersøkelsens hensikt, målsetting og avgrensing. Oppgavens problemstilling er presentert og begrepet «å berøre» er definert.

Det neste kapittelet starter med å vise til noe av den forskningen som er gjort på berøringens betydning for premature og nyfødte barn, før forskningstyngden i fysioterapifaget, forskningen som er gjort på berøring generelt, og forskningen som er gjort på berøring i fysioterapi spesielt blir presentert.

Kapittel tre beskriver oppgavens teoretiske forankring. Denne delen starter med å se på berøringens psykologi og berøringens fysiologi. De mest aktuelle delene av Merleau-Pontys kroppsfenomenologiske perspektiv presenteres. Deretter belyses teori om gjensidig berøring, om det å være personlig i berøring, teori om relasjonens betydning og teori om kunnskap i praksis.

Kapittel fire inneholder den metodiske tilnærmingen i undersøkelsen. Her presenteres vitenskapsteoretisk forankring, forforståelse, fremgangsmåte og aktuelle etiske problemstillinger og kritiske tanker om metoden.

I kapittel fem presenteres funnene fra undersøkelsen. Funnene deles i to hovedtema; hvordan foregår berøring og hvordan oppleves berøring.

Idet siste kapittelet vil de mest sentrale funnene diskuteres opp imot eksisterende forskning og teori. Det vil trekkes noen konklusjoner på bakgrunn av disse funnene, og det pekes på behovet for videre forskning.

2.0 Forskning på feltet

Bruken av berøring og massasje har på mange måter sine røtter flere tusen år tilbake til Hellas og Roma og til det fjerneste Østen med Kina, India og Egypt. Fysioterapifaget har tatt opp i seg disse tilnærmingene som en del av sin yrkesutøvelse og det har siden fagets opprinnelse på 1800-tallet variert hvor sentral del av faget berøring og massasje skal være (Haugen, 1997; Nissen, 2009). Videre presenteres noe av den forskningen som er gjort på berøring.

2.1 Berøring av for tidlig fødte barn

Erfaringer og forskning viser at berøring kan ha betydning for vekst og utvikling hos de barna som blir født for tidlig (Kristoffersen, 2013). På 1980-tallet muliggjorde teknologien å holde liv i stadig mer premature barn. Ettersom man erfarte at nervesystemet til de små barna var så sårbart, utviklet man behandlingsmetoder som skulle ivareta barna uten å være i nærkontakt med dem. En helt spesiell form for kuvøser ble da tatt i bruk. Men tross for det man antok var optimale vekstforhold, vokste ikke barna som forventet. Ved et amerikansk sykehus begynte en av sykepleierne å fysisk berøre de små kuvøsebarna. Hun strøk de blant annet rolig på ryggen for å trøste de når de skrek, og etter hvert begynte babyene å vokse. Sykepleieren hadde, ved hjelp av berøring og nærkontakt bidratt til vekst og utvikling, og dermed berget livet til de små nyfødte (Ertner, 2014).

I dag er det allment kjent og vanlig praksis at friske nyfødte barn og premature barn, så tidlig som mulig skal ligge på mors eller fars bryst for å få hudkontakt (Kristoffersen, 2013).
Ikke bare er det de medisinske og fysiologiske konsekvensene som er viktige, men også de psykologiske (Ertner, 2014; Charpak et al, 2017).

Ved å holde spedbarn tett inntil brystet, hud mot hud, kan foreldre hjelpe de for tidlig fødte. Dette kalles kengurumetoden, siden det minner om kengurubarna som ligger i posen på magen til ungen. Alle norske sykehus bruker denne metoden (Kristoffersen, 2013).
Den colombianske langtidsstudien som er bakgrunnen for kengurumetoden startet på begynnelsen av 1990-tallet. 716 barn ble delt inn i to forskjellige grupper. Den ene fikk ligge hud mot hud, den andre fikk vanlig medisinsk oppfølging uten særlig fysisk kontakt. Studiet viste at det var klare fordeler med kengurumetoden på.
Barna hadde utviklet seg like godt eller bedre da de var ett år. Uten kengurumetoden døde dobbelt så stor andel før de ble 20 år, flest det første leveåret. Det var nok sannsynligvis mer

enn hudkontakten som ga gode resultater med denne metoden. Faktorer som hjemmemiljø og familieforhold spilte nok også inn på resultatene (Charpak et al, 2017).

2.2 Hva er fysioterapiforskning opptatt av?

Betydningen av berøring og massasje, og hvor sentrale hendene er blitt sett på i fysioterapiyrket, har som nevnt variert sterkt opp gjennom tiden. Det har alltid vært svingninger med tanke på hva som har blitt sett på som riktige tiltak i faget. Synet på hva som har blitt ansett som viktigst av øvelser, massasje og varmebehandling har variert. I perioder har faget vendt seg bort fra massasjen fordi den har blitt betraktet som kvakksalveri eller blitt forbundet med lyssky virksomhet som massøsene drev med. Det har derfor historisk sett vært perioder hvor det har vært viktig for fagets identitet å holde massasjen på en armlengdes avstand (Haugen, 1997). Selv om massasje var en sentral bestanddel i behandlingen i fagets oppstart, var det sykegymnaster man ble utdannet til og ikke massører (Haugen, 1997). Mange fysioterapeuter som ble utdannet i 1960-årene fikk en ambivalent holdning til massasje fra sine lærere, fordi de manglet såkalte naturvitenskapelige begrunnelser for metoden. Selv om de kunne håndverket godt, resulterte dette i en skepsis for verdien av massasje, og den ble ofte fortrengt av andre, mer begrunnede og gjerne mer aktive metoder (Bunkan & Schultz, 2009). Det har alltid vært en sterk forbindelse mellom profesjonene medisin og fysioterapi, og selv om begge profesjonene i utgangspunktet vektlegger både den erfaringsbaserte og den forskningsbaserte kunnskapen, er det ikke tvil om at det er kunnskap generert fra RCT-studier som har blitt sett på som mest gyldig også i fysioterapifaget (Dahl-Michelsen & Groven, 2018).

Konflikten mellom passiv behandling som massasje i den ene skålen, og aktiv bevegelse i den andre, har på mange måter bølget som en rød tråd gjennom hele den hundreårige fysioterapihistorien i mer eller mindre tilslørte og tilspissede varianter (Bunkan & Schultz, 2009). Også i dag støter man på variasjoner over de samme temaene. Selv om denne fagpolitiske debatten ikke skal være i hovedfokus her, er det viktig å vite noe om de diskusjonene og konfliktene som rører seg i fagmiljøet, nettopp fordi historien og debatten også er noe informantene i forskjellig grad har med seg.

Forskningsmessig er fysioterapi et relativt nytt fag. Det første som finnes av fysioterapiforskning er fra 1918 da det ble publisert en artikkel om fysioterapeutens rolle i forhold til skadde soldater etter 1.verdenskrig (Wilson, 1918). Deretter følger en og annen

publikasjon, også relatert til krigen, frem til forskningen i fysioterapi får en oppsving og øker gradvis etter 2.verdenskrig.

Til tross for at ulike kilder poengterer manglende forskningsfokus på berøring i fysioterapi (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Nicholls & Holmes, 2012; Roger, Darfour, Dham, Hickman, Shaubach & Shepard, 2002) er det ikke mulig å se at noen har kommet opp med tall på dette. Derfor er et formelt litteratursøk i ulike databaser gjennomført (desember 2017), for å se om det er mulig å få en mer konkret pekepinn på forskningsfokuset i faget. Søkeord som har blitt brukt er *physiotherapy* and *exercise* og *physiotherapy* and *touch.* Søk i ORIA viser her henholdsvis 16 610 treff på *physiotherapy* and *exercise* versus 2070 treff med søkeordene *physiotherapy* and *touch* (avgrenset til engelskspråklige artikler de siste ti år). Videre viser søkeordene *physiotherapy* and *massage* 2582 treff , *physiotherapy* and *nonverbal skills* 186 treff , *physiotherapy* and *subjective experience* 3443 treff og *physiotherapy* and *communication* 7212 treff. For å utfylle søkene hva det gjelder den aktive tilnærmingen i fysioterapi har også *physiotherapy* and *training* 17 020 treff og *physiotherapy* and *activity* 19 406 treff, blitt søkt på.

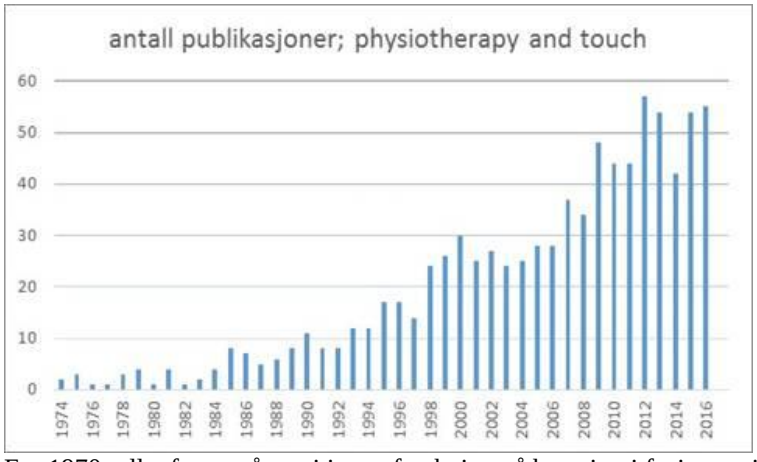
Det ser helt klart ut til at det er den aktive tilnærmingen i fysioterapien som er mest utforsket. Ved søk på ordene *touch* og *exercise* vises altså åtte ganger flere treff på *physiotherapy* and *exercise* sammenliknet med *physiotherapy* and *touch*. Dette gir en pekepinn på hvor forskningstyngden ligger i faget. Det er viktig å bemerke at ved slike søk dukker det også opp en rekke publikasjoner som ikke er relevante i denne sammenhengen, men som allikevel gir treff fordi søkeordet er å finne et sted inne i teksten.

De samme søkeordene som over har blitt brukt i databasen PubMed (Avgrenset med publiserte artikler de siste ti år). *Physiotherapy and touch* 449 treff, *physiotherapy and massage* 2239 treff, *physiotherapy and nonverbal skills* 3 treff versus *physiotherapy and exercise* 29 686 treff og *physiotherapy and training* 22 536 treff. Altså 66 ganger flere treff på søkeordet *exercise* i forhold til *touch*, og 13 ganger flere treff på *exercise* i forhold til *massage*.

Hvordan har forskningen innenfor de to tilnærmingene utviklet seg over tid? Hvilken type forskning er gjort på feltet i løpet av det siste året. PubMed gir gjennom et søylediagram informasjon om dette. Ved søk på *physiotherapy* and *touch* kan man se at før 1970-tallet fantes så og si ingen forskning på dette området. Antallet publikasjoner har økt gradvis frem

til i dag og i 2016 ble det publisert 54 artikler som omhandlet berøring i fysioterapi. Ved å gå gjennom disse artiklene ser man riktignok at flere av disse ikke bruker begrepet touch som i betydningen berøring av pasient, men begrepet er satt i andre sammenhenger som for eksempel «sense of touch», forskning på nedsatt berøringssans hos slagpasienter osv. Dette gjelder nok ikke bare forskning gjort i 2016, man kan anta at det også i de andre årene er gjort forskning på berøring som ikke er relevant for temaet i denne oppgaven. Allikevel kan man se tendensen til økt fokus på berøring i fysioterapiforskning.

Tabell 2.2.1 Laget i PubMed:



Før 1970-tallet fantes så og si ingen forskning på berøring i fysioterapi.
Antallet publikasjoner har økt gradvis frem til 2016. (2017 og 2018 er ikke registrert).

I forhold til søk på *physiotherapy* and *exercise* kom de første publikasjonene på dette temaet noe tidligere, nemlig på 1940-50 tallet og har også på dette området økt gradvis frem til i dag. Antall publikasjoner opp i gjennom årene ligger riktignok langt over antall publikasjoner innenfor *physiotherapy* and *touch*. I 2016 ble det publisert så mye som 4000 artikler på temaet *physiotherapy* and *exercise*. Også her finnes det forskning som bruker begrepet *exercise* i ulike og andre sammenhenger, men igjen; forholdet mellom de to er relativt tydelig.

Videre vil noe av den relevante forskningen på berøring generelt og berøring i fysioterapi spesielt, bli presentert.

2.3 Berøring lite berørt i fysioterapi

«Vi snakker mange ganger om måten vi snakker på, og vi prøver ofte å se hvordan vi ser, men av eller annen grunn har vi sjelden berørt måten vi berører på» (Desmond Morris, Intimate behaviour 1971 i Autton 1990, s.19)

2.3.1 Typer berøring

Ifølge Pratt and Mason (1984) finnes det lille som er gjort av empiriske studier om berøring hovedsakelig innen sykepleieforskning. Det har blitt forsket på berøring i sykepleiefaget siden 1960-70 tallet. Feltet har hovedsakelig vært dominert av kvantitative metoder helt frem til 1990-tallet, da kvalitative metoder kom mer på banen (Routasalo, 1999). Etter hvert har også andre yrkesgrupper, som for eksempel fysioterapeuter, kiropraktorer og leger begynt å forske mer på bruken av berøring (Roger et al, 2002).

Innen sykepleieforskningen har det blant annet blitt gjennomført feltstudier for å kategorisere typer av berøring, og for å finne ut mer om hensikten med berøringen (Pratt & Mason, 1984; Roger et al, 2002). Sykepleiestudier har gjerne delt fysisk berøring inn i hovedsakelig tre områder; *bruken* av, *effekten* av og *opplevelsen* av berøring.
Annen forskning har definert berøring som enten instrumentell og oppgaveorientert eller uttrykksfull og spontan, hvor den instrumentelle har vist seg å være den mest dominerende innen faget. Altså defineres berøring som nødvendig for pasientens funksjon versus berøring som non-verbalt uttrykk for ivaretakelse, omsorg og empati (Kelly et al, 2018; Edwards, 1998).

Det har vært vanskelig å dokumentere effekt av berøring ved bio-medisinske målinger, men det har det vist seg at berøring har en positiv betydning for forholdet mellom pasienter og sykepleiere. Hver enkelt sykepleier har en egen måte å berøre på, avhengig av hvem hun eller han er som person, hvilken livserfaring, kulturell bakgrunn eller personlighet hun eller han har, sier Routasalo (1999).

Selv om noe av denne forskningen fra sykepleiefaget kan overføres til fysioterapi kan ikke forskning om berøring som helhet løftes over til fysioterapifeltet, mener Roger et al (2002), dette er fordi man innenfor de ulike yrkene bruker berøring ulikt, med ulike hensikter og ulike metoder.

Roger og kollegaene (2002) har forsket på berøring i fysioterapi for å finne ut mer om de ulike typer berøring fysioterapeuter bruker og hensikten med de. For å finne ut hvordan og hvorfor fysioterapeuter berører pasientene sine observerte og filmet forskerne 15 fysioterapeuter, som i etterkant fikk se seg selv på tape og beskrive og forklare hva de tenkte med det de gjorde av berøring i møte med pasientene. Det viste seg i dette studiet at fysioterapeuter berører på omtrent 30 ulike måter, der det på samme tid kan være flere ulike

hensikter med berøringen. En av informantene i dette studiet uttalte at hvor mye han valgte å berøre sin pasient og hvordan, kom an på pasientens behov. Det finnes ikke regler for slikt, mente vedkommende.

Roger et al, (2002) beskriver de mest vanlige typene og hensiktene med berøring i fysioterapi som: **terapeutisk intervensjon/berøring** (oppgaveorientert berøring som f.eks. manipulasjon eller massasje), **assisterende berøring** (f.eks. når fysioterapeuten støtter en aktiv bevegelse i et ledd), **berøring for å forberede pasienten** (ikke terapeutisk form for berøring, f.eks. når fysioterapeuten tar av pasientens tøfler osv.), **berøring for å fremme informasjon** (f.eks. når fysioterapeuten viser og leder pasienten slik at f.eks. en øvelse blir gjort riktig), **omsorgsfull berøring** (berøring for å trøste, oppmuntre eller motivere f.eks. et klapp på skuldra eller å holde pasienten i hånda), **berøring for å bygge relasjonen til pasienten** (f.eks. håndtrykk), **berøring for å sikre pasienten** (berøring for at pasienten skal føle seg trygg ved f.eks. ustø gange), **berøring for å få informasjon** (f.eks. ved undersøkelse og palpasjon).

Disse ulike typene berøring oppstår som sagt ofte i kombinasjon. Roger et al (2002) mener det er den oppgaveorienterte berøringen som er den primære og at denne bare kan trenes gjennom praktisk erfaring. Pasientens behov og situasjon skal være styrende for om og hvordan man berører, mener de.

Det er verdt å merke seg at forskningen som omhandler fysioterapi og berøring som oftest fokuserer på type berøring, fremfor opplevelsen av den (Consedine, Standen og Niven, 2016).

2.3.2 Opplevelsen av berøring

Berøring er for mange helsearbeidere en stor del av arbeidshverdagen. På klinikker og sykehus verden over lar pasienter ulike pleiere og terapeuter berøre kroppene deres.

Kelly og medarbeiderne (2018) sin litteraturstudie har gått i dybden av 41 studier fordelt på 40 år, der sju ulike disipliner har rapportert pasienters og behandleres opplevelse av berøring. De har sett på erfaringene ved bruk av berøring på tvers av ulike helseprofesjoner (sykepleie, medisin, fysioterapi, osteopati, rådgivning, psykoterapi og tannlege). Bakgrunnen for studien var å få en felles forståelse av berøringens betydning, slik at det ble lettere å samarbeide tverrfaglig. En av de tingene som gikk igjen i de ulike studiene var at flere av dagens helseprofesjoner opplever at teknologien utfordrer premissene for den fysiske undersøkelsen, som i stor grad har vært kjernen i kliniske ferdigheter. En av konklusjonene fra forskerne ble derfor at det er på tide at betydningen av den menneskelige berøringen løftes frem (Kelly et al. 2018).

Videre trakk denne studien frem tre tema om gikk igjen hos de fleste profesjonene. Det første

temaet la vekt på berøring som kommunikasjon; *berøring som formidler omsorg*. Innenfor fysioterapi kan det å gi omsorg og trygghet for eksempel skje gjennom trygging av bevegelser, det å støtte en pasient slik at han eller hun ikke faller osv. (Kelly et al, 2018). Det andre temaet som ble trukket frem var *behovet for grenser ved berøring*. Fysiske grenser kan for eksempel være hvilke klær terapeut og pasient har på seg, hvilket rom de befinner seg i, gardiner eller annen form for skjerming fra omgivelsene, nærhet til andre osv. Eksempler på personlige grenser kan være alder, kjønn, kultur eller tidligere erfaringer med berøring. Grensene definerer trygge rom eller territorium, som enten kan bli invadert eller respektert (Kelly et al, 2018). Det siste temaet var *berøringens makt.* Her ble maktforholdet som naturlig er mellom den som berører og den som blir berørt, løftet frem. Hvis rollene endres og pasienten plutselig skulle begynne å berøre terapeuten ville det blitt helt feil og maktforholdet ville blitt endret (Burkholder, Toth, Feisthamel & Britton, 2010).

Ekerholt og Bergland (2006) har gjennomført et kvalitativt studie hvor de intervjuet ti pasienter for å finne ut hvordan massasje opplevdes i psykomotorisk fysioterapi. Informantene opplevde at terapeutens berøring ga dem ulike kroppslige opplevelser. Noen opplevde berøringen som avslappende og befriende, noen sa de følte seg verdsatt og bekreftet, andre opplevde at berøringen fra fysioterapeuten utløste følelser de hadde båret på i lang tid. Berøringen ble for enkelte opprivende fordi de ble bevisste tidligere negative hendelser i livet. Studien viste videre at kombinasjonen av massasje, fokus på pust og måten fysioterapeuten og pasienten snakket sammen på, utløste en del tanker og følelser hos pasientene. Studien viste også at terapeutens evne til å lytte og være sensitiv overfor pasientens signaler og reaksjoner, samtidig som pasientens grenser ble akseptert, gjorde massasjen til en positiv opplevelse for de fleste.

Bjorbækmo og Mengshoel (2016) ønsket i sin studie å undersøke nærmere hva som gir mening i fysioterapi for pasienter og terapeuter. De valgte gjennom observasjon av 16 nakkebehandlinger, samt intervju av ni pasienter og ni fysioterapeuter å gå i dybden av fenomenet berøring. Studien viste hvordan bruken av berøring fører til en nærhet mellom pasient og fysioterapeut, som handler om så mye mer enn hudkontakt.
Berøring av pasienter gir videre en mulighet for kommunikasjon som når lengre enn ord. Det kom også frem at hvordan berøring oppleves avhenger av fysioterapeutens kroppslige ferdigheter som evne til å lytte og å hjelpe pasientene til å bli kjent med og bevisste på egen kropp. Fysioterapeutene i studien var opptatte av at rollen som fysioterapeut gir en genuin

mulighet for å være fysisk nær pasientene. Likeledes presiserte de pasientene som deltok i studien, den kroppslige nærhetens betydning for behandlingsresultatet.

2.3.3 Berøringens doble betydning

Ifølge Fyrand (2002) skjer det noe fundamentalt når to mennesker møtes gjennom berøring og når to mennesker kommer så nær at de rører ved noe i hverandre. Berøring kan skje på mange måter, og brukes derfor i mange sammenhenger. Vi kan bli ille berørt om noe sjenerer oss, og vi kan bli rørt til tårer av et musikkstykke eller et dikt. Å bli berørt er derfor mye mer enn hudkontakt (Fyrand, 2002; Eastbrooks & Morse, 1992).
Uttrykket "å bli berørt" har altså en dobbel betydning. Fysisk berøring kan gi oss følelsesmessige reaksjoner, og det å bli berørt følelsesmessig kan gi kroppslige reaksjoner, det går begge veier (Nissen, 2008).
Montagu (1986) hevder at berøring av mennesker aldri kan være rent fysisk, fordi berøring av mennesker også er berøring av følelser. Berøring er en manifestasjon av oss selv. Ved å bli berørt kjenner jeg at jeg er meg. Berøringen bekrefter selvet, og berøring bekrefter at jeg er en kropp. Berøring lar meg aldri glemme at jeg er en kropp, sier han.

Ifølge Autton (1990) er fysisk berøring en av de mest grunnleggende kommunikasjonsmåter mennesket har, samtidig som det er den sansen man opplever som mest personlig. Menneskenes dypeste tanker og redsler kan formidles via berøring, mener han.

Berøring er altså mer komplekst enn at hud møter hud. Hudkontakten kan være inngangsporten for å hjelpe en anspent og reservert pasient til å sette ord på problemene, og gi det større selvinnsikt. Det er lettere å snakke med noen når man er i fysisk kontakt med ham eller henne – så lenge begge er enige om hva den fysiske kontakten betyr, mener flere (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Bunkan & Schultz, 2009; Nissen, 2009; Routasalo, 1999).

2.3.4 Løfte det selvfølgelige opp fra glemselen

Ifølge filosofen Ludwig Wittgenstein (1889-1951), vet vi ofte minst om det vi gjør mest av (Fyrand, 2002). Fyrand (2002) mener at for at man skal lære mer om seg selv, må man løfte det selvfølgelige, dagligdagse og fortrengte opp fra glemselen. På den måten vil man kunne bli mer bevisst og oppmerksom på en ny og spennende verden som finner sted i det mangfoldige samspillet mellom mennesker som rører ved hverandre. Og kanskje er det mye man vet og gjør automatisk uten å ha tenkt over det, sier han.

Kalman (2000) skriver at det å berøre pasienter er for fysioterapeuter så dagligdags at man lett blir blinde for redskapet man jobber med. «Vi tänker inte på språket just då vi talar med varandra, och heller inte tänker vi på pennan just då vi skriver", sier hun. Likedan tenker vi oftere på resultatet vi vil oppnå framfor hva vi arbeider gjennom. Kalman (2000) mener det er verdt å stanse opp for å reflektere rundt berøringens betydning: *«Likesom vi kan studera det talade språkets grammatikk, syntax og dialekter, kan vi studera beröringens betingelser, möjligheter, begränsninger samt den kommunikation som beröring kan utgjöra". (s.128)*

Berøring har, som nevnt, alltid spilt en viktig rolle i utviklingen og definisjonen av fysioterapipraksis, og hender og berøring er et av profesjonens verktøy (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Nicholls & Holmes, 2012; Autton, 1990).

2.4 Oppsummering

Forskning på for tidlig fødte og nyfødte barn viser hvor viktig berøring kan være for vekst og utvikling i livets startsfase (Ertner, 2014; Charpak et al, 2017; Kristoffersen, 2013).
Betydningen og opplevelsen av berøring har vært relativt lite forsket på i fysioterapifaget. Det lille som er gjort av forskning på berøring i fysioterapi, handler som oftest om ulike typer av berøring (Consedine, Standen & Niven, 2016; Roger et al, 2002; Kelly et al, 2018).
Til en viss grad kan man se til sykepleiefaget der det har blitt forsket mer på temaet, men samtidig brukes berøring på ulike måter og med ulike hensikter i de forskjellige yrkesgruppene, og det begrenser også overføringsverdien (Roger et al, 2002).
I fysioterapifaget har det siden fagets opprinnelse på slutten av 1800-tallet vært svingninger med tanke på hva som har vært dominerende av aktive og passive tiltak i behandlingen.
Tidvis har massasje hatt lav status, både fordi den ble forbundet med såkalt lyssky virksomhet massøsene drev med, samtidig som massasjens anseelse også har blitt svekket av sine manglende røtter i naturvitenskapelig medisin (Haugen, 1997).
Siden midten av 1900-tallet har fysioterapiforskningen generelt økt gradvis, og etter å ha gjennomført søk i ulike databaser vises en tydelig overvekt av publikasjoner med fokus på øvelser og trening, fremfor berøring og massasje.
Bjorbækmo og Mengshoel (2016) som selv har gjennomført et studie nettopp på betydningen av berøring i fysioterapi, påpeker behovet for ytterligere forskningsfokus på temaet.

3.0 Teoretisk forankring

Dette kapittelet inneholder den teoretiske forankringen for oppgaven, det vil si det teoretiske bakteppet for undersøkelsen, og for tolkningene av intervjuene. Innledningsvis vil de psykologiske og fysiologiske mekanismene ved berøring bli belyst. Videre beskrives ulike kroppsforståelser med hovedvekt på Merleau-Pontys kroppsfenomenologiske perspektiv. Deretter vil teori om toveis berøring, om det å være personlig i berøring, samt teori om relasjonens betydning presenteres, før fokus rettes mot ulike typer kunnskap og deres gyldighet i faget.

Berøring mellom fysioterapeut og pasient behøver ikke alltid å oppleves som positiv, og grensen mellom anerkjennende og krenkende berøring kan ofte være syltynn. Av hensyn til oppgavens omfang vil dette kapittelet så vidt belyse det negative aspektet ved berøring. Hovedsakelig vil den avgrenses til å omhandle den positive, frivillige og ønskede berøringen.

3.1 Berøringens psykologi

Ylva Ellneby (1994), svensk førskolelærer og spesialpedagog har i sin bok «Hvis du ikke tar på meg så dør jeg» skrevet om hvor livsviktig berøring av små barn er. Med tanke på barns utvikling er det å bli sett, tatt på og ha noen bryr seg om, helt avgjørende, mener hun.
Hun refererer til egne opplevelser i møte med forsømte barnehjemsbarn der berøring, omsorg og nærhet berget livet til barna. Behovet for menneskelig kontakt er medfødt og konstant fra barnet forlater livmoren ifølge Autton (1990), og behovet for berøring er nødvendig for mennesker i alle aldre, mener Kerstin Uvnäs Moberg (2009).

Vi trives med å være tett på mennesker vi liker. Kroppslig nærhet og berøring mellom mennesker skaper trygghet, avspenning og ro, uansett om vi er store eller små, sier Uvnäs Moberg (2009).
Kjærlighet er ifølge Ertner (2014) et biologisk behov, og følelsesmessig kontakt er et reelt behov på linje med næring og oksygen. Forskning viser at ved hjelp av fysisk nærhet og berøring, kan man oppnå store positive effekter på menneskelige utvikling, liv og helse. Fysisk kontakt og berøring kan ha en positiv innvirkning på menneskets evne til å tåle stress og smerte og til å komme tilbake til en sunn og mer normal tilstand hvis man er dårlig, ifølge Ertner (2014). Kroppen er basen for vår kontakt med andre mennesker og berøring og kroppskontakt er av betydning for vår utvikling som menneske, mener Tornquist (2001). Hun

sier videre at berøring vil påvirke selvfølelse og identitet, og gjennom berøring vil man kunne formidle empati og innlevelse.

3.1.1 Krenkende berøring

Å berøre en annen person er det siste stadiet i å redusere avstanden mellom mennesker. Noen mennesker ønsker av ulike grunner å ikke bli berørt. Man må hele tiden huske at hver person er unik både i reaksjon på å bli berørt og på å berøre andre.
Heller ikke alle fysioterapeuter ønsker å bruke seg selv så nært i forhold til pasienter, sier Autton (1990).

Hvorvidt berøring oppleves som passende eller upassende, er det vanskelig å gi et uttømmende svar på. Ofte kan grensen mellom hva som oppleves som passende og upassende være hårfin. Berøring som ikke oppleves som positiv kan være krenkende for den det gjelder, og konsekvensene av overskridelser kan være utløst frykt, angst og vemmelse.
I slike situasjoner bør man avstå fra berøring og fysisk nærkontakt. Den enkeltes tidligere berøringserfaring vil være av betydning. Det finnes de som har vonde og ubehagelige opplevelser forbundet med uønsket berøring tidligere i livet. Slike opplevelser vil sette spor og kan virke negativt på enhver form for berøring i ettertiden, ifølge Paterson (2007).

Dahle (1992) tar opp nødvendigheten av å reflektere over det tabubelagte og skammelige i berøringssituasjoner. Å håndtere kroppslige grenser kan være utfordrende. Dette forsterkes gjerne når terapeut og pasient er av to forskjellige kjønn, mener hun.
Litteraturen viser at berøring innebærer en risiko på grunn av dens stilletiende, seksualiserte natur. I studier gjort blant mannlige leger og sykepleiere kommer det frem at flere av disse lar være å berøre pasientene sine i frykt for at berøringen skal misforstås (Routasalo & Isola, 1996).
Simon (1986) mener berøringens positive potensiale ikke kommer til sin rett når berøring knyttes til seksualitet på en uheldig måte. Han er opptatt av hva mennesket taper på å tolke berøring slik. Frykten for å bli misforstått ligger på lur og det kan føre til at mennesker tar mindre på hverandre eller unngår fysisk kontakt i stor grad.
Ifølge Routasalo og Isola (1998) vegrer derfor en del kvinnelige sykepleiere seg for å berøre blant annet eldre menn, eller «risky patients» som de også kaller det.

Tolkningen av den kroppslige kontakten, og i hvilken sammenheng den skjer, er helt avgjørende for opplevelsen av den, mener Barstad (2011).

Edwards (1998) har forsket på hva som har blitt sett på som akseptabel og uakseptabel berøring av eldre pasienter innen sykepleie. Funn her viser at på grunn av den intimiteten som ligger i berøring kreves det tydelig tillatelse fra den som blir berørt for at handlingen skal være akseptabel.
Både de kvinnelige og de mannlige pasientene som var med i Edwards (1998) sin studie, opplevde det mer ubehagelig å bli tatt på av mannlige sykepleiere enn av kvinnelige. Dette mener Edwards (1998) kan forklares ut ifra en tanke om at sykepleie tradisjonelt sett har blitt betraktet som en forlenging av mor/kone- rollen, der kvinner i større grad enn menn er de som yter omsorg i hjemmet. Pasientene mente at i tillegg til kjønn, spilte også alder en rolle for opplevelsen av berøring. Berøringen ble mer akseptabel når pleieren var ung og pasienten gammel. Dette muligens fordi man i mindre grad så berøringen som noe seksualisert når kroppen ble mindre attraktiv, ifølge Edwards (1998).
Frykten for å bli feiltolket i en berøringssituasjon er en av de store truslene mot berøringens rolle i profesjonsutøvelsene, ifølge Kelly og medarbeiderne (2018).

I det følgende forutsettes det at berøringen er sunn, det vil si at berøringen oppleves som passende, god og positiv. Bunkan og Schultz (2009) poengterer at selv positiv berøring kan ha ulik kvalitet avhengig av om den som utøver den er bevisst eller ubevisst i måten å berøre på. De mener at berøring kan, selv når man gjennomfører tydelige kliniske oppgaver, uttrykke tilstedeværelse, empati, omsorg og medfølelse. Berøring kan ha en helende effekt når en pasient og en terapeut sammen skaper det rommet hvor trygg berøring kan foregå (Kelly et al, 2018).

3.1.2 Berøringssavn

Mennesker som lever uten kroppskontakt «dør så smått», eller sagt på en annen måte; mister noe vesentlig i mangel på stimulering og medmenneskelighet, mener Montagu (1986). Om denne underernæringen bruker han begrepet «skin-hunger», hudhunger, mens Bunkan og Schultz (2009) snakker om berøringssavn.

Montagu (1986) beskriver berøring som sinnets mor, og mener berøring i tillegg til å danne grunnlag for kommunikasjon, også utgjør et kraftig middel for å opprettholde relasjoner. Han løfter betydningen av berøring til å handle om noe enda større og videre når han uttrykker at måten mennesker berører hverandre, eventuelt ikke berører hverandre på, kan få samfunnsmessige konsekvenser. Lever man i et samfunn hvor det har blitt mindre vanlig å ta på hverandre, mister man også noe mer enn den fysiske kontakten mennesker imellom. Man

blir mindre nær hverandre generelt, folk blir ensomme og dette er et samfunnsproblem, mener Montagu (1986):

> *We have become strangers to each other, not only avoiding but even warding off all forms of "unnecessary" physical contact, faceless figures in a crowded landscape, lonely and afraid of intimacy. To the extent that this is so, we are all diminished. Because of our untouchableness we failed to create a society in which people touch each other in more senses than the physical* (Montagu, 1986 preface s.xiv).

Nissen (2009) poengterer at berøring av og til kan få større betydning for noen enn hva selve handlingen i utgangspunktet skulle tilsi, fordi så mange mennesker lever alene og får svært lite berøring i hverdagen. Han sier at en del av pasientene som går til fysioterapi, ikke får annen fysisk berøring enn den rent profesjonelle som fysioterapeuten gir dem, sier han.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (2016) viser at 87,1 prosent av norges befolkning bor romslig, i store hus med mange rom, bare 10,3 prosent av befolkningen bor trangt på lite areal. Likedan bor også mange flere alene i dag sammenliknet med tidligere (Dalheim, 2002).
Det at man i dag ikke lever like tett på hverandre som før i tiden kan begrense muligheten for berøring i hverdagen sammenliknet med for en del år siden, da det var mer vanlig å bo flere mennesker tettere sammen.

Ellenby (1994) mener at det kan være vanskelig for mange å be om å bli tatt på, og hun sier at fravær av berøring kan være vår tids største mangelsykdom. Ett tegn på at mange mennesker kompenserer mangelen på og savnet etter berøring, er at flere søker seg til ulike massasje eller berøringsterapier, mener hun.
Üvnås Moberg (2009) er også av den oppfatning at flere søker seg til alternative terapiformer som tilbyr massasje og berøring, fordi de ikke føler seg møtt med dette behovet i det offentlige helsevesenet. Folk er gjerne villige til å betale dyrt for å få dekket sitt behov for berøring, selv om kanskje behandlingen er dårlig dokumentert, sier hun.

3.2 Berøringens fysiologi

Tidligere kjente man lite til de biokjemiske forklaringer bak aktiveringen av ro-hvile-systemet. I nyere tid er det blitt gjort mer forskning på virkningen av massasje. Resultatene har riktignok vært vanskelig å tolke. Delvis fordi det er vanskelig å tenke massasje som en isolert variabel, når relasjonen og interaksjonen mellom behandler og pasient også vil kunne være av betydning for resultatet. Denne kompleksiteten gjør det

utfordrende å forske på berøring og massasje i et naturvitenskapelig perspektiv, og den forskningen som har blitt gjort har fått lite anerkjennelse i den vitenskapelige verden. Det betyr imidlertid ikke at opplevd velvære ikke finner sted, noe som i seg selv kan påvirke de problemer pasienten søker behandling for, sier Üvnås Moberg (2009).

Professor Kerstin Uvnäs Moberg (2009) har forsket på hormonet oxytosin og dets virkninger på kroppen. Hun har studert hvordan oxytosin frigjøres ved berøring av rotter og mener dette også kan overføres til berøring av mennesker. Hormonet har en positiv effekt i form av lavere blodtrykk og synkende verdier av stresshormonet kortisol hos de rottene som blir berørt. Oxytosin virker derfor helsefremmende. Det finnes også undersøkelser som viser at nivået av stresshormonet kortisol hos mennesker synker ved massasje (Uvnäs Moberg, 2009). Oxytosinfrigjørelse skaper i tillegg følelsesmessige bånd mellom individer. Uvnäs Moberg (2009) sin forskning viser også hvor stor betydning oxytosinet har for relasjonen som skapes mellom mor og barn like etter fødsel.

En god, lang og kjærlig klem fra en kjæreste eller ektefelle øker også mengden oxytosin i blodet, ifølge forskning. I studiet der 39 par i alderen 20-49 år skulle klemme hverandre, fikk samtlige påvist fysiologiske effekter i form av blant annet økt oxytosinmengde i etterkant av klemmingen. Graden av oxytosin var riktignok høyest hos de parene som uttrykte at de var spesielt glade i hverandre. Denne nærkontakten hadde også senket blodtrykket og det ble påvist lavere nivåer av stresshormonet kortisol i blodet (Grewen, Girdler, Amico & Light, 2005).

Man kan oppleve velvære og avslapping, både fysisk og psykisk på flere måter, enten ved å ta ett varmt bad, av å være en del av en sosial gruppe eller å motta behagelig berøring og massasje. Oxytosinet kan gi en følelse av ro og tilhørighet. Hormonet spiller altså en viktig rolle både på det fysiologiske og det psykologiske plan (Uvnäs Moberg, Arn & Magnusson, 2005).

Behagelig berøring vil påvirke det parasympatiske nervesystemet i kroppen. Denne ro- og hviledelen av det autonome nervesystemet aktiveres når man befinner seg i situasjoner der man kan slappe av, og når man slapper av knytter man seg også lettere til andre mennesker. I denne sammenhengen handler det om at man opplever tillit og vennlighet fremfor redsel og sinne, ifølge Uvnäs Moberg (2006). Pulsen blir lavere og blodtrykket holder seg på et passe nivå, konsentrasjon av stresshormoner synker, samtidig som konsentrasjonen av hormoner

som virker positivt på fordøyelsen og opptak av næringsstoffer stiger (Uvnäs Moberg, 2006; Brodal, 2013).

Når man kan kjenne seg rolig og fredelig, er man også mer åpen, følsom og interessert i andre omkring seg. I en slik tilstand vil man se på verden og andre mennesker i et positivt lys. Sett på denne måten vil behagelig berøring også kunne påvirke relasjonen til den man berøres av (Uvnäs Moberg, 2006).

3.3 Kroppsforståelser

Kroppsforståelser har variert og har vært diskutert mye opp gjennom tidene og de ulike filosofers tanker har påvirket synet på det å være menneske. Når man snakker om kropp så snakker man alltid ut fra en spesiell kroppsforståelse. Hvordan kroppen forstås, har stor betydning for hvordan fysioterapi utøves og hvordan man oppfattes som fysioterapeut (Engelsrud, 1992; Engelsrud, 2006; Engelsrud, Nortug & Øien, 2017). I det følgende vil forståelsen av kroppen som isolert objekt bli belyst før Merleau-Pontys tanker omkring «den levde kroppen» presenteres. Her med fokus på kroppen som tvetydig, dialektisk og relasjonell.

3.3.1 Kroppen som objekt

Vår oppfatning av kroppen og dens erfaringer og uttrykk henger sammen med den oppfatningen vi har av å være menneske (Aubert, 2004). Den vestlige europeiske dualismen slik Descartes (1596-1650) beskrev den, har fått stor innflytelse. Han definerte nærmest et absolutt skille mellom kropp og sjel. Kroppen var objektiv, utvendig, ikke-bevisst og tingliggjort. Kroppens status var 'gitt i seg selv' og ble betegnet som et instrument som bevisstheten enten kunne utrykke seg gjennom eller kunne la være å utrykke seg gjennom. Kroppen var adskilt fra sjelen, som var indre, bevisst, subjektiv og privat. Denne forståelsen av mennesket som splittet mellom kropp og sjel, har som teoretisk posisjon hatt stor betydning for vår forståelse av kroppen (Engelsrud, 1992; Engelsrud, 2006).

Også dagens samfunn gjenspeiler på mange måter denne dualistiske tankegangen. Den økte oppmerksomheten på kroppen, slik den kommer til uttrykk i moter, media og sosiale plattformer, helsestudio og idrett, fremhever dens gjenstandsstatus. Kroppen er en ting som skal granskes, trenes, pleies og presenteres (Engelsrud, 2006).

Kroppen har ifølge Engelsrud (2006) blitt den vestlige verdens oppussingsobjekt. At kroppen blir betraktet som noe som kan modifiseres og endres er imidlertid ikke noe nytt fenomen.

Det sies at det er like gammelt som menneskeheten selv. Kroppens skjønnhet og form har alltid hatt en enorm tiltrekningskraft, og forestillingen om kroppen som objekt har altså vært en av de dominerende forestillingene i europeisk kultur og idehistorie (Engelsrud, 2006).

Ifølge Tornquist (1992) vil de dualistiske brillene gjøre fysioterapeuter blinde overfor store deler av den virkelighet de står ovenfor. Kroppen som uttrykk og bærer av liv og historie forblir utilgjengelig med disse brillene på. Den dualistiske oppfatningen av mennesket gjør oss blinde og seende på helt spesielle måter, sier hun. Måten man som fysioterapeut berører pasienten vil kunne påvirkes av dette menneskesynet. Kanskje vil berøringen bli mer instrumentell hvis pasienten som objekt er i fokus. En kropp skal fikses fremfor et menneske som skal støttes, ses, holdes i hånda og behandles. Pasienten kommer med sin fenomenale kropp, en kropp med livshistorie og erfaring, men i en dualistisk tankegang er det den fysiske og objektive kroppen som blir behandlet, ifølge Duesund (1999).
Ved å forankre sin fagforståelse i en dualistisk teori kan helsepersonell, bevisst eller ubevisst få et mekanisk forhold til andre menneskers kropper, mener Engelsrud (2006).
Fysioterapifaget har, ifølge Engelsrud (2001) vært dominert av to ulike perspektiver på kropp og bevegelse; nemlig det psykologiske og det mekaniske. Det har vært en tradisjon for at psykomotorisk fysioterapi i større grad har tenkt kropp og sjel som en helhet, mens manuellterapeutene har hatt en mer mekanisk tilnærming til pasienten der den fysiske kroppen har fått størst fokus (Psykomotorisk fysioterapi, 2018; Manuellterapi, 2018).

3.3.2 Den levde kroppen

Den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) var den første vestlige filosof som valgte å sette kroppssubjektet som posisjon for erkjennelse. Hans velkjente begrep «den levde kroppen» ble et begrep som karakteriserer hans måte å forstå mennesket som kropp på (Engelsrud, 2006). Merleau-Ponty hevdet at erfaringen av å eksistere i verden er noe mennesket først og fremst har, gjør og er som kropp. Begrepet «levd» viser til at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Kroppen er bærer av mening og historie. Følelser er ikke noe som kun befinner seg inni kroppen som en avgrenset indre kategori, men følelser er i kroppen som igjen er i verden (Engelsrud, 2006; Wifstad, 2018). Med utgangspunkt i en slik forståelse må berøring av kropp også ses som en berøring av følelser. Når mennesker blir berørt blir derfor også følelsene berørt, og når følelsene blir berørt så berøres også kroppen. De to tingene kan ikke ses adskilt.

Kropp og sinn utgjør ifølge Merleau-Ponty en umiddelbar enhet. Problemet er at i det man skal prøve å sette ord på hva denne enheten er, så er det nesten umulig å ikke ty til objektiviserende beskrivelser. Kroppen fremstilles som et (biomedisinsk) objekt og sinnet forvandles til forestillingen om det psykiske (Wifstad, 2018).

Begrepet «den levde kroppen» gir et teoretisk rammeverk for å forstå kroppen som *tvetydig*. Nettopp fordi vi både kan snakke *om* kroppen og samtidig erfare *med* kroppen så lever mennesket i en tvetydighet mellom subjektiv erkjennelse med kroppen og en utstudert observasjon av kroppen. Kroppen er samtidig subjekt og objekt. Vi ser og blir sett, vi berører og blir berørt (Engelsrud, 1992; Engelsrud, 2006).

I «phenomenology of perception» (2012) mener Merleau Ponty at en analyse av den levde kropp avslører den tvetydige eksistens som mer original enn dualismens alternativer. Kroppen kan altså oppleves som noe man *er* samtidig som den kan betraktes som noe man *har*.

Kroppen er selve utgangspunktet for vår persepsjon, for vår opplevelse av verden, skriver Duesund (1999). Hun refererer til Merleau-Pontys tanker om den intensjonale kroppen. At kroppen i seg selv er meningssøkende. Opplevelsen av mening vil alltid være kroppsliggjort i det man opplever gjennom og i kroppen. Kroppsoverflaten er det stedet hvor selvet møter andre selv, og slik sett er berøringssansen en av de viktigste sansene mennesket har.

Kroppen står i et sirkulært forhold både til seg selv og til omverdenen, og berører og berøres av omverdenen hele tiden. Duesund (1999) viser til at Merleau-Pontys tanker om denne stilletiende, kroppslige viten er selve grunnlaget for erfaring. Ifølge Duesund (1999) kan man aldri erfare andre mennesker som fysiske ting, man vil alltid oppleve seg selv og hverandre som psykofysiske enheter, som hun kaller det. Med utgangspunkt i Merleau-Pontys tanker sier hun at kroppen ikke er en mekanisk gjenstand som svarer på omverdenens stimuli, men at kroppen står i et levende samspill og i en ustanselig dialog med verden.

Merleau-Pontys kroppssyn representerer altså, i motsetning til Descartes dualisme, et *dialektisk* syn på kroppen, hvilket betyr at fenomener bestemmes gjennom forholdet til hverandre. De blir det de er ved den andre. Det er slik at kroppen forstår og at kroppen er utgangspunktet for forståelsen av omgivelser og egen situasjon. I denne forståelsen er også menneskekroppen i et forhold til sin omverden. Berøring vil dermed være noe som skapes i møte med omverdenen, berøring oppstår i relasjon og i kontekst. Berøring kan bli mye

forskjellig, avhengig av relasjonen til den som berører, tidligere kroppslige erfaringer samt hvordan og hvor berøringen foregår.
Kroppens subjektive oppfattelse av omverdenen er fundamental for å kunne eksistere som person med selvbevissthet, altså med bevissthet om seg selv. Kommunikasjonen med omverdenen er aldri enveis. Kropp og omverden står i et dialektisk forhold til hverandre (Duesund, 1999).

Man kan kjenne møter med andre mennesker og omgivelser i kroppen. Nettopp fordi kroppen er *relasjonell* kan man merke både seg selv og andre gjennom kroppen.
Nærværet av andres kropper kan oppleves sterkt fordi sameksistens er grunnleggende og det finnes situasjoner der grensene mellom en selv og andre oppleves som uklare. Ingen kan forstås som isolerte kropper, ifølge Engelsrud (2006).
En kropp som berører en annen kropp kan være et eksempel på en situasjon der grensene mellom kroppene, om ikke oppheves, så blir de mer utydelige. Ved å berøre pasienten vil også fysioterapeuten kunne kjenne sin egen kropp.
Fysioterapeuter og pasienter lever i denne sameksistensen hvor begge er subjekter i møte med hverandre. Levd kroppslig erfaring skapes i kontakt med andre i et intersubjektivt forhold.

Fordi den levde kroppen er menneskers tilgang til verden vil man, fordi man allerede er en del av denne livsverdenen, også ha tilgang til andre mennesker. Med den levde kroppen som utgangspunkt befinner man seg i en relasjon til alt man møter (Bengtsson, 1993).

Hver og en lever i en felles verden, men alle gjør det på sin egen måte og har sin unike erfaring i møte med hverandre. I denne intersubjektiviteten oppstår erfaringer, og berøring i dette møtet gir kroppslige opplevelser for begge parter. Fysioterapeuter kan merke og fornemme andres kropper gjennom bevegelse og berøring, og relasjonen mellom fysioterapeuter og pasienter innehar en gjensidig kroppslig subjektivitet. Fysioterapeut og pasient kobles ytterligere sammen i det berøring skjer.

Merleau-Pontys tanker om kroppen gjør den til noe som alltid er i bevegelse og på vei. Kroppen og erfaringen av kroppen kan ikke reduseres til hverken en fysisk eller en psykisk verden. Det er alltid gjennom den integrerte levde erfaringen at mennesket har verden og er i verden (Engelsrud, 2006).

Det er ikke forbeholdt enkelte deler eller miljøer av fysioterapifaget å bruke en mer helhetlig tilnærming til pasienter, selv om enkelte retninger har gjort det i større grad enn andre. Hver

fysioterapeut sitt kroppssyn vil bevisst eller ubevisst kunne påvirke måten man berører pasienten på. Bunkan og Schultz (2009) mener at pasientene gjerne oppfatter flere dimensjoner av berøringen enn man er klar over. Kanskje vil pasienten gjennom berøring kjenne hvilket oppfatning fysioterapeuten har av kroppen. Autton (1990) hevder at en empatisk berøring viser at fysioterapeuten ser hele mennesket, som samtidig kropp og sjel.

Den levde erfaringen i pasientens kropp og den levde erfaringen i fysioterapeutens kropp påvirker opplevelsen av berøring, og berøring skapes i øyeblikket. Kroppen er alltid i bevegelse og på vei og påvirkes kontinuerlig av omgivelsene, derfor vil også berøring og opplevelsen av denne også påvirkes og aldri være konstant. Pasienter som møter fysioterapeuter vil sannsynligvis erfare en veksling mellom å være objekter for fysioterapeuters mål og behandling, og kunne opptre som subjekter som selv handler og tar initiativ (Engelsrud et al, 2016).

3.4 Berøring er toveis

Hudkontakt skiller seg fra annen sanselig påvirkning ved at man berøres samtidig som man berører. Det er naturlig at berøring også vekker følelser hos den som berører. Når man berører en annen opplever man som nevnt tidligere, den andre og sin egen kropp samtidig. Dette innebærer en spesiell mulighet for tilstedeværelse, erkjennelse og deltakelse. Gjennom berøring kan helsepersonell bli kjent med andre mennesker *og* med seg selv, ifølge Tornquist (2001).

Det vil alltid foregå en toveis dialog gjennom berøring der man både berører og blir berørt (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Bunkan & Schultz, 2009; Nissen, 2009; Routasalo, 1999).

3.4.1 Å være personlig i berøring

Hvordan grepet er, hvor oppmerksomheten er og hvordan samspillet mellom terapeut og pasient er, avgjør om berøringen blir *instrumentell* eller *empatisk*, ifølge Bunkan og Schultz (2009). Den *empatiske berøringen* de skriver om kan synes å være den samme som den bevisste berøringen Autton (1990) beskriver. Denne måten å berøre på formidler kontakt, omsorg, ro og nærhet til andre. Den som berører ser den andre som et medmenneske, ikke bare som et kasus eller en diagnose. Bevisst bruk av berøring kan være alt fra å holde pasienten i hånden, til å gi terapeutisk berøring på hele kroppen. En varsom hånd på pasienten viser, mener Autton (1990), bedre enn vakre ord at man ser den andre som en person og et medmenneske, hvor man er venner samtidig som man er omsorgsgivere.

Ifølge Jourard (1968) innebærer empatisk berøring en slags selvavsløring for terapeuten fordi han eller hun kan ikke skjule seg bak sin behandlerrolle, men må være personlig og vise seg som et medmenneske overfor pasienten.

Bunkan og Schultz (2009) mener pasienter lett fanger opp kvaliteter i fysioterapeutens grep som kanskje fysioterapeuten selv ikke er klar over. På den måten kan fysioterapeuten gjennom hendene avsløre sitt eget forhold til berøringen. Det kreves mot for å være personlig og å la seg selv bli berørt i møte med pasienten. Lang (2001) mener denne gjensidigheten i møte mellom mennesker innebærer at også terapeuten må la seg «bli sett». Det å være personlig kan føles risikabelt da det kan sette ens egen identitet på spill. Tar man sjansen på å «bli sett» tar man samtidig sjansen på å bli oversett. Dette kan virke krenkende også for terapeuten, sier han.

De som bruker berøring i behandling har gjerne oppdaget nødvendigheten av å komme i kontakt med seg selv for å kunne komme i kontakt med den man berører.
Det å utforske og kjenne etter i egen kropp kan inngå som en del av den profesjonelle kompetansen. Man kan lære av det som skjer i egen kropp, bli kjent med og bevisst egne grenser og reaksjoner. Det å merke seg selv er noe en person kan gjøre gjennom kroppen hele tiden. Man fryser, kjenner ubehag, nedstemthet eller lite energi. Det er noe som tilhører hverdagskunnskapen og som man kanskje sjelden tenker over. Det kan derfor bli sett på som uviktig eller ikke anses som en del av profesjonskunnskapen (Engelsrud et al, 2016).

For å tørre å møte pasienten gjennom empatisk berøring og for at fysioterapeuter skal bli trygge nok til å være personlig, må man forstå pasientens subjektivitet, samtidig som man kjenner på og erkjenner egen subjektivitet.
I berøring kan man som terapeut bli bevisst egen, så vel som pasientens sårbarhet og menneskelighet. Ved å kjenne og forstå seg selv og egne reaksjoner, vil man derfor ha et godt grunnlag for å forstå andre. Uten slik selverkjennelse vil grunnlaget for empati være magert (Engelsrud et al, 2016; Kelly et al, 2018; Skau, 2017). Man kan ifølge Leenderts (2014) bare skape en relasjon til andre preget av nærhet til deres smerte og problemer, om man er i stand til å ha nærhet også til det svake og smertefulle i eget liv.

3.4.2 Relasjon og berøring

Selv om fysioterapiyrket er basert på kroppen som kunnskapsområde, så er det som skjer i det kroppslige møte mellom fysioterapeut og pasient lite utforsket (Engelsrud et al, 2016).

Jorunn Lien skriver i sin bok *Relasjon og kropp* (2018) at relasjonsbegrepet bør løftes frem som en grunnleggende betydningsfull faktor i all type terapi og terapiforskning.
Til nå, skriver hun, har mye av den allmenne fysioterapien vært preget av tradisjonell biomedisinsk og biomekanisk forståelse. Hun mener for mye og ensidig fokus på kroppen som objekt kan overskygge og ta bort oppmerksomheten fra subjekt og relasjon, og pasienten vil av den grunn kunne oppleve behandlingen som overfladisk, symptomorientert og instrumentell. Dette poengterer også Wifstad (2018), og uttrykker bekymring for at relasjonen mellom pasient og terapeut ikke blir regnet som vitenskapelig relevant.

Noen pasienter har sannsynligvis behov for å bli møtt på en mer helhetlig måte enn andre. Sånn sett vil det nok variere hvor stor betydning relasjonen har i behandlingen. I den senere tid har antall pasienter med psykosomatiske og sammensatte lidelser økt (Malt, Malt, Blomhoff & Refnin, 2002). Begrepet psykosomatisk brukes som en betegnelse for at psykologiske forhold har betydning for symptomer og funksjon (Malt et al, 2002). Selve begrepet psykosomatisk kritiseres for å være dualistisk ved at man deler psyke og soma, selv om meningen egentlig er å se de ulike delene som samlet, sier Wifstad (2018).
Videre brukes også begrepet sammensatte lidelser som beskriver noe av det samme. Sammensatte lidelser er betydelige somatiske symptomer som kommer fra biopsykososiale forhold i pasientens liv. Flere mener at disse pasientene har behov for å møte et helsevesen som ser og tar hensyn til hele mennesket og dets utfordringer (Borchrevink, Fredheim, Fors, Hara, Holen & Stiles, 2009).

Greta Skau (2017) løfter frem den personlige kompetansens uunnværlige rolle i møte med mennesker som har behov for hjelp og støtte. Terapeutens personlighet kan være avgjørende for at møtet mellom pasient og terapeut skal føles ekte og naturlig og mindre mekanisk, mener hun. Den enkeltes personlige kompetanse avgjør hvem man lar andre være i møte med seg selv. Hun trekker frem betydningen av at terapeuten er genuint interessert i å lytte og hjelpe, evnen til innlevelse og empati og evnen til å være oppmerksomt til stede i møte med pasienten, samtidig som hun påpeker nødvendigheten av tillitt og trygghet for at relasjonen skal oppleves som positiv.

Relasjonen mellom pasient og terapeut har tradisjonelt blitt sett på som en viktig faktor som både påvirker behandlingsresultatet og den terapeutiske prosessen. Sammenliknet med studier gjort på relasjonens betydning i psykologi, psykoterapi og rådgivning er forskning på relasjon i fysioterapi fortsatt i sin spede begynnelse (Miciak, Mayan, Brown, Joyce & Gross, 2018).

Forskning gjort på relasjonenes betydning i fysikalsk rehabilitering viser riktignok at forholdet mellom fysioterapeut og pasient kan ha en positiv effekt på behandlingsresultatet (Hall, Ferreira, Maher, Latimer & Ferreira, 2010).

Berøringens betydning i møte mellom mennesker er relevant kunnskap for fysioterapeuter som kanskje benytter berøring i relasjonsbygging med pasienten, mener Tornquist (2001). Ifølge Autton (1990) vil fysisk berøring kunne hjelpe mennesker til å være i kontakt med hverandre, og man kan bruke berøring bevisst i kommunikasjonen med andre.
For at berøring i fysioterapi skal kunne være en positiv opplevelse må den selvsagt være ønsket, i tillegg til at den må utføres av noen man har tillit til, altså av noen man ønsker å bli berørt av, påpeker Tornquist (2001).

Relasjoner og møter kan også gi oss opplevelsen av berøring på et psykologisk plan, uten at vi har kroppskontakt med hverandre. Et møte med eller et forhold til et annet menneske kan oppleves som enten varmt og støttende eller kjølig og krevende. Et menneske som lytter oppmerksomt til oss, gir oss følelsen av trygghet og kontakt som tilsvarer en vennlig berøring, sier Uvnäs Moberg (2009).

3.6 Hva er gyldig kunnskap?

Berøring har som nevnt slitt med å finne fotfeste i det som i all hovedsak har blitt regnet som gyldig kunnskap i faget, nemlig den naturvitenskapelige forskningen (Dahl-Michelsen & Groven, 2018; Haugen, 1997). Berøring har nettopp derfor blitt regnet som alternativ behandling. Til tross for dette har tilnærmingen fortsatt å være en del av faget (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016).
I løpet av det siste århundre har det blitt et økt fokus på kunnskapsbasert praksis i fysioterapifaget. Det har i de fleste profesjoner pågått en debatt om evidensbasering for å bedre kunnskapen hos den enkelte profesjonelle yrkesutøver. Det forventes at profesjonsutøvere innen helse og omsorgssektoren gir pasienter og brukere det de har krav på, og det er legitimt å spørre om det man gjør, faktisk har de tilsiktede virkningene. Kunnskapsgrunnlaget skulle forbedres gjennom å integrere forskningsbasert kunnskap om hva som virker i praksis. Dette reiser spørsmål omkring hva som tillegges mest vekt av forskjellige typer vitenskapelig kunnskap, hvilken vekt man tillegger erfaringer og skjønn, og hvilken vekt man tillegger pasienters og brukeres erfaringer, ønsker og verdier (Grimen & Terum, 2009; Dahl-Michelsen & Groven, 2018).

3.6.1 Betydningen av skjønn

I Norge blir evidensbasert praksis ofte oversatt til kunnskapsbasert praksis. Få stiller seg kritisk til at profesjonsutøvelsen skal være kunnskapsbasert, men ifølge Grimen og Terum (2009) finnes det ulike syn på hva som defineres som kunnskap. Hvilke andre hensyn enn dokumentert effekt må profesjonsutøvere ta med i beregningen når de beslutter hva som skal gjøres i behandlingen? I hvilken grad kan forskningsbasert kunnskap standardiseres gjennom prosedyrer i møte med den enkelte pasient?

En problematisk side ved all profesjonsutøvelse er at den er uløselig knyttet til skjønn. Det faglige skjønnet oppstår i skjæringspunktet mellom den kunnskapen yrkesutøveren har fra før og den nye han eller hun erverver i konkrete situasjoner. Skjønn kan ligne på magefølelse, men er mer enn det. Skjønn bygger på erfaring og gjør terapeuten i stand til å gjøre rede for hvorfor han eller hun har kommet frem til noe (Austgard, 2010).

Innen sykepleieforskning har man funnet ut at erfarne sykepleiere ofte bruker intuisjon i møte med pasienter. Intuisjon bygger i likhet med skjønn på tidligere erfaringer. Denne erfaringen blir forøvrig ikke sett på som like gyldig som objektive målinger i klinisk praksis (Hams, 2000).

Magefølelse derimot, er en følelse som skiller seg fra skjønnet ved at den vanskeligere kan gjøres rede for og forklares. Når man har et synspunkt basert på magefølelsen, er det sannsynlig at man har fått noen signaler fra de ubevisste prosessene, og reagerer på disse uten at man kan gi noen spesifikk begrunnelse for akkurat det (Bargh & Charstrand, 1999; Austgard, 2010). I mellommenneskelige situasjoner er magefølelsen noe som ofte relaterer seg til følelsene som oppstår i relasjon til andre mennesker.

Psykologiprofessor Paul Ekman (2004), som er en av verdens ledende forskere på følelser, er opptatt av hvordan følelsesmessige reksjoner synes i ansiktet. Når folk bevisst prøver å skjule sine følelser (eller ubevisst undertrykker sine følelser), vil det oppstå et ansiktsuttrykk som ”avslører” følelsen i et veldig kort øyeblikk. Dette er usynlig for de fleste, men tilgjengelig for den oppmerksomme. Noen mennesker er ifølge Ekman (2004) spesielt gode til å kjenne på magefølelsen og oppfatte disse mikrouttrykkene som ”avslører” det emosjonelle klimaet i en situasjon.

Selv om magefølelse er vanskeligere å forklare og er mindre gjennomtenkt enn hva skjønn er, så bærer også skjønnet i seg muligheten for vilkårlighet og uforutsigbarhet, ifølge Grimen og Terum (2009). De trekker frem tre hovedgrunner til at skjønn er viktig og nødvendig i møte

med pasienter. Den ene er muligheten for å ta gode beslutninger der det *mangler* generelle regler eller generell kunnskap. Den andre er at skjønn er nødvendig når generelle regler og generell kunnskap skal *anvendes* på enkeltmennesker. Det tredje er at skjønn er en forutsetning for *individualisert* behandling. En svekking av skjønnet vil i så måte lede til en svekking av muligheten for individualisert behandling. Skjønn er ikke det samme som synsing, men en måte å argumentere og resonnere på under betingelser av ubestemthet. Grimen og Terum (2009) undrer seg over hva som vil skje med skjønnet hvis alt man gjør skal kunne telles og måles. Kanskje vil uheldige former for standardisering føre til at kompleksiteten i de problemer som profesjonelle møter, ikke bli tilstrekkelig ivaretatt.

Ifølge Wifstad (2018) er biomedisinen en suksess, men prisen er at pasienten som menneske ikke blir sett. Til tross for at evidenstenkningen har blitt åpnere enn før for eksempel overfor kvalitative studier, kan det allikevel synes som om de naturvitenskapelige metoder som gir generaliserbar viten fremheves foran alt annet. Dette vil særlig kunne gå utover de såkalte «myke» profesjonene, mener Grimen og Terum (2009).

3.6.2 Bedring som effekter eller erfarte prosesser?

Mengshoel (2007) mener det medisinske perspektivet fysioterapeuter i stor grad jobber ut ifra, vil kunne begrense mulighetene for å se og fokusere på hvert enkelt individ og dets behov. Hun mener også at det er en stor utfordring at mye av tenkningen innen fysioterapi og den evidensbaserte kulturen, er grunnet i medisinsk- naturvitenskapelig tenkning.
Norske myndigheter krever at klinisk praksis skal være evidensbasert. Dette innebærer at behandlingen som gis skal være nyttig, altså føre til at pasientene blir bedre, at iverksatte tiltak skal ha målbar effekt (Terum & Grimen, 2009; Mengshoel, 2007).
Mengshoel (2007) problematiserer begrepet bedring og hva som ligger i det. Bedring som effekter eller erfarte prosesser?
Deler av fysioterapien har de senere år endret seg fra et biomedisinsk til et såkalt biopsykososialt perspektiv ifølge Lien (2018).
Men også den biopsykososiale modellen kritiseres for å være dualistisk og ikke tilstrekkelig helhetlig. Flere mener den ikke er stort mer enn en ide om en helhet, og at perspektivet lett blir brukt som et honnørord. Modellen viser at man er klar over at biologiske, psykologiske og sosiale forhold påvirker sykdom og helse, men man tar ikke tilstrekkelig hensyn til nyere sentrale funn i forskning, som for eksempel læring, hukommelse, stress, tilknytning og relasjon (Falkum, 2008; Wifstad, 2018).

Medisinsk somatisk perspektiv på bedring kan være relevant innen fysioterapi, der hensikten er å normalisere kroppsfunksjoner som er nært relatert til biologiske forandringer, men fysioterapeuter må støtte seg på flere teoretiske perspektiver for å forstå kompleksiteten ved det å skulle bedre pasientenes fungering i dagliglivet og å bedre deres livssituasjon. En god livssituasjon er avhengig av hva som gir mening og er verdifullt for den enkelte. Dette er svært individuelt. Her kommer det medisinske perspektivet til kort, mener Mengshoel (2007).

Fysioterapeuter trenger rett og slett flere teoretiske perspektiver for å kunne forstå og utvikle sitt fag. For eksempel er kunnskap om bedringsprosesser sett i perspektiv av pasientenes erfaringer lite utforsket innen fysioterapi, ifølge Mengshoel (2007).

Å få frem andre perspektiver er også min hensikt med denne studien av pasienters og fysioterapeuters opplevelser av og erfaringer med berøring i fysioterapi. I det neste kapittelet vil jeg vise hvordan jeg har gått frem for å skaffe denne kunnskapen.

4.0 Metodisk tilnærming

Dette kapittelet inneholder den metodiske tilnærmingen i undersøkelsen. Her nevnes vitenskapsteoretisk forankring, før egen forforståelse beskrives. Videre presenteres fremgangsmåten som er benyttet i selve undersøkelsen og analysen, refleksjoner omkring det å forske på pasienter og «kollegaer», aktuelle etiske problemstillinger og kritiske tanker om metoden.

4.1. Vitenskapsteoretisk forankring

Denne masteroppgavens vitenskapelige tilnærming bygger på et kroppsfenomenologisk perspektiv som ble presentert i forrige kapittel. I et kroppsfenomenologisk perspektiv beskriver Merleau-Ponty kroppen som vår eneste kilde til å erfare verden, de andre og oss selv (Tornquist, 2001). Kroppen er bærer av historie og den er samtidig objekt og subjekt. Kropp og følelser er en samtidighet der det uttrykte og uttrykket vanskelig kan skilles, ifølge Tornquist (2003).

4.2. Egen forforståelse

Hvordan forskeren opplever og tolker verden og virkeligheten, og hvilken forståelse forskeren har av hvordan kunnskap frembringes, er ifølge Guba og Lincoln (1994) avgjørende for hvordan forskningen utføres. I tråd med dette mener jeg at både min posisjon som forsker, min forståelse av kropp og min forforståelse av berøring i fysioterapi har en innvirkning, både på forskningsprosessen og på den kunnskapen som forskningen frembringer. Jeg vil derfor gjøre oppmerksom på min posisjon og forforståelse.

«Forforståelse er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Innholdet i denne ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler, leser og tolker våre data på» (Malterud 2017 s. 44).

Gjennom mitt arbeid som fysioterapeut har jeg alltid latt meg fasinere av møte med pasienter. Det som har gjort ekstra inntrykk på meg er de reaksjonene jeg har fått i de møtene jeg har berørt pasientene. Jeg har opplevd både ventede, uventede og plutselige reaksjoner som gråt, sinne, totalt avslapning, pasienter som uttrykker takknemlighet og tilfredshet, og pasienter som trekker seg unna. Berøringen har gjerne vært i behandling som massasje og strykninger, palpasjon og undersøkelse, men også ved veiledning og fasilitering av bevegelser. Jeg har erfart at berøringen har skapt en opplevelse hos pasienten og en opplevelse hos meg selv, som jeg har hatt vanskelig for å sette ord på og beskrive. Det kan være berøring i form av at jeg tar

på pasienten eller det kan være berøring gjennom samtale. Det kan være kommunikasjon både med og uten bruk av ord, som vekker følelser hos enten meg, pasienten eller begge. Jeg har vært bevisst mitt syn på mennesket, og har møtt hver pasient med en tanke om at alle er en kropp med levd liv. Dette tenker jeg har påvirket min måte å berøre pasienter på.
Jeg har som fysioterapeut følt at jeg har hatt en spesiell mulighet til å komme nær pasientene mine. Denne nærheten har jeg opplevd som meningsfull, og ikke minst har jeg hatt inntrykk av at det gir mening for pasientene også. Ikke alltid, men ofte.
Min forforståelse er derfor at berøring er viktig for mennesker, og jeg skjønte tidlig i prosessen at det å skulle tenke «nøytralt» om betydningen av berøring i fysioterapi ville bli vanskelig for meg. Jeg har undret meg over hvordan berøring oppleves, og hva som gjør opplevelsen god eller mindre god for både pasienter og fysioterapeuter.

Gjennom grunnutdanning og yrkesliv for øvrig har jeg også blitt presentert for en del teorier som har gitt meg min teoretiske forforståelse. Disse er beskrevet i teorikapittelet.
I yrkessammenheng har jeg blitt introdusert for modellen om kunnskapsbasert praksis. Dynamikken og avveiningen omkring hva som er gyldig kunnskap i møte med den enkelte pasient, og hvordan finne balansen mellom erfaring, forskning, brukermedvirkning og kontekst i møtet er noe jeg har reflektert over tidligere (Grimen & Terum, 2009).

Dette er min forforståelse som jeg har med meg ut i feltet. Jeg har etter beste evne forsøkt å legge forforståelsen til side i møte med informantene mine og i analyseprosessen etterpå. Dette ved å være åpen i møte med informantene mine. Jeg har forsøkt å stille åpne spørsmål, lytte til det informantene forteller meg og stille oppfølgingsspørsmål ut ifra det. Jeg har vært fleksibel i bruken av intervjuguide, slik at jeg ikke skulle bli bundet for mye til forutbestemte tema. I analyseprosessen har jeg prøvd å være mest mulig datastyrt i tilnærmingen. Jeg har etter beste evne forsøkt å legge det jeg har hatt av teori til side, slik at jeg i størst mulig grad kunne la mening komme ut av mitt materiale.

4.3. Fremgangsmåten

Før prosjektstart trengtes klarsignal fra REK (regional etisk komite for medisinsk forskning (se vedlegg nr. 2). Prosjektsøknaden ble godkjent i desember 2016, slik at arbeidet med rekruttering og innsamling av data kunne starte på nyåret 2017. Fordi målet var å gå i dybden av de menneskelige erfaringene og opplevelsene omkring berøring i fysioterapi, valgte jeg derfor, med utgangspunkt i problemstillingen en kvalitativ tilnærming til prosjektet.
Jeg ønsket å observere fysioterapeut og pasient der fysisk berøring var en del av tilnærmingen

i behandlingen, før jeg intervjuet de to hver for seg i etterkant. Etter hvert hadde jeg rekruttert til sammen ti informanter. Intervjuene ble gjennomført, tatt opp på lydbånd, transkribert og analysert.

4.3.1 Valg av metode

Ifølge Malterud (2017) er målet for de kvalitative metodene forståelse av sammensatte og komplekse problemstillinger. De kvalitative metodene søker etter kunnskap ved å gå i dybden, og se enkeltstående tilfeller som konkrete uttrykk for en større helhet (Thagaard, 2003). Jeg ønsket å prate med pasienter og fysioterapeuter for å høre om deres tanker og erfaringer om temaet. Malterud (2017) trekker frem betydningen av å søke etter kunnskap om fenomener der de er i sin naturlige sammenheng, derfor valgte jeg å møte og observere pasient og fysioterapeut i en behandlingssituasjon i forkant av intervjuene. Dette kommer jeg tilbake til. Målet er å utforske meningsinnholdet i fenomenet, slik det oppleves for de involverte (Malterud, 2005). Jeg har valgt å fokusere på den enkeltes subjektive opplevelse av berøring, slik den fremstår og erfares i kroppen i møte mellom fysioterapeut og pasient, og har som nevnt valgt å innta et kroppsfenomenologisk perspektiv.

4.3.2 Utvalg informanter

I kvalitative dybdestudier anbefales strategiske utvalg for å få tak i informasjonsrike informanter som best mulig kan belyse problemstillingen, sier Malterud (2017). Inklusjonskriterier for mitt utvalg var at fysioterapeutene skulle jobbe ved fysikalske institutt. Pasienten som stilte som informant skulle gå til behandling hos den aktuelle fysioterapeuten, og berøring måtte være en del av behandlingen. Informantene måtte være over 18 år.

Min begrunnelse for å velge arenaen fysikalske institutt, var at forholdene ligger i utgangspunktet godt til rette for berøring der. Pasientene som kommer til fysikalske institutt er ikke de sykeste pasientene, og de kommer seg selv til fysioterapeut for behandling. Aldersgruppen på de pasientene som kommer til fysikalske institutt kan variere, men hovedtyngden av pasienter antas å være mellom 18 og 80 år. Pasientene i min studie er fra 38-70 år.

Kunnskap om feltet er en viktig forutsetning for å samle data fra relevante kilder, ifølge Malterud (2017). Ut ifra min kjennskap til praksisfeltet tenker jeg at fysioterapeuter både i spesialisthelsetjenesten og den fastlønnede delen av kommunehelsetjenesten ofte har en litt annen tilnærming til pasientene, enn fysioterapeuter på fysikalske institutt. Ut ifra

organiseringen av fysioterapitjenesten vet vi at barn og de eldste eldre, oftest henvises til den delen av kommunehelsetjenesten som har ansvar for helsestasjoner, barnehager og skoler, alders- og sykehjem samt hjemmebesøk.
Det finnes selvsagt unntak både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Men avgrensningen fysikalske institutt ville også gjøre det enklere å trekke paralleller mellom, og å se likheter og ulikheter i opplevelsen av å ta på og bli tatt på, siden tilnærmingen til pasientene kunne antas å være mer like.
Selv om arenaene var omtrent de samme, gikk jeg ut ifra at opplevelsene av å ta på og å bli tatt på, var ulike. For å få frem flere nyanser i dataene, så jeg det som en fordel at pasientene hadde erfaringer med fysioterapi fra tidligere, men dette var ikke et kriterium.

I og med at mitt fokus i dette prosjektet var å gå i dybden av fenomenet berøring, var som sagt et av inklusjonskriteriene at jeg skulle observere en tilnærming til pasienten som inneholdt berøring. Jeg stilte ingen krav til hvilken type berøring eller hvor på kroppen berøringen skulle foregå. Som en følge av dette litt åpne kriteriet, ble resultatet fire fysioterapeuter som behandlet pasientens nakke, rygg og/eller skuldre på benk, og en fysioterapeut som brukte berøring i veiledning og fasilitering av øvelser i treningsal. Jeg var tydelig på at behandlingen ikke skulle tilpasses mitt forskningsprosjekt, men at den skulle gjennomføres slik den i utgangspunktet var tenkt om jeg ikke var tilstede.

Jeg hadde heller ikke kjønn som inklusjonskriterium. Etter seks intervju, hvorav alle pasientene var kvinner gjorde jeg et strategisk valg om å også inkludere et par mannlige pasienter og deres fysioterapeut, for å få et mer variert utvalg. Ifølge Malterud (2017) blir materialet mer robust hvis utvalget ikke bare stammer fra informanter med samme kjønn, selv om formålet ikke er sammenligning. Variasjonsbredde vil også gi mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen. Jeg visste riktignok ikke på dette tidspunktet om kjønn ville kunne ha betydning for resultatene. Det jeg visste var at uten å inkludere mannlige pasienter, ville jeg ha et tynt materiale å diskutere ut ifra, om det skulle vise seg at kjønn skulle bli et tema hos informantene mine.
Mitt utvalg bestod altså totalt av to mannlige og tre kvinnelige fysioterapeuter, to mannlige og tre kvinnelige pasienter.

4.3.3 Rekruttering

Jeg ønsket helst at informantene mine ikke var noen jeg kjente eller hadde en relasjon til fra før. Dette fordi jeg tenkte at de visste om min forforståelse og interesse for temaet, og dette

kunne påvirke informantene, både i behandlingssituasjonene jeg skulle observere og deres svar i intervjuene. Videre ville det selvsagt bli vanskeligere å trekke seg fra prosjektet for den jeg hadde en relasjon til, om det skulle bli aktuelt (Malterud, 2017).

I rekrutteringen av informanter benyttet jeg meg altså av mitt nettverk i fysioterapimiljøet. Rekrutteringen foregikk hovedsakelig i to trinn.

(i) i første trinn henvendte jeg meg til fysioterapeuter jeg kjenner slik at de igjen kunne ta kontakt med aktuelle fysioterapeuter de hadde kjennskap til. Jeg hadde ikke direkte kontakt med disse fysioterapeutene før de eventuelt sa ja til å motta mer informasjon om studien. Da fikk jeg navn og adresse fra vår felles kjente, og jeg kunne sende mer informasjon per post eller e-post. Hvis jeg ikke hørte noe en stund etter utsendelse av informasjon, tok jeg kontakt for å høre om de hadde lest skrivene og om det kunne være aktuelt for dem å delta. De som ønsket å delta returnerte signert samtykkeerklæring til meg. Disse informantene forble anonyme inntil de hadde sagt seg villig til å få vite mer om prosjektet via informasjonsskriv.
(ii) I trinn to måtte de fysioterapeutene som ønsket å delta skaffe en pasient som ville stille som informant. Fysioterapeutene ga informasjonsskriv og samtykkeerklæring videre til de av sine pasienter som kunne egne seg til studiet. Når dette var klart returnerte både fysioterapeut og pasient samtykkeerklæring i vedlagte, frankerte konvolutt. Pasientenes anonymitet ovenfor meg ble ivaretatt inntil de aktivt svarte tilbake med underskrift og kontaktinformasjon (Malterud, 2017).

Først fikk jeg tak i tre fysioterapeuter og tre pasienter jeg ikke kjente fra før ved hjelp av snøballmetoden. Fysioterapeuter i mitt nettverk forespurte noen de kjente som fylte inklusjonskriteriene. De to siste fysioterapeutene jeg intervjuet (fordi jeg ønsket mannlige pasienter) ble rekruttert ved hjelp av et bekvemmelsesutvalg. Jeg henvendte meg da selv til to fysioterapeuter jeg kjente, og som på relativt kort tid kunne finne en mannlig pasient hver som ville delta. Det var vanskelig å få tak i informanter og det begynte å haste med tanke på prosjektets tidsramme. Denne måten å rekruttere på er av og til nødvendig når det er vanskelig å rekruttere et optimalt strategisk utvalg, ifølge Malterud (2017).
Jeg måtte altså fire på kravet om å ikke kjenne informantene mine og endte opp med to informanter som er fysioterapeuter jeg har samarbeidet med i jobbsammenheng tidligere. Den ene jobbet jeg sammen med for tolv år siden, og den andre informanten var min kollega for ti år siden.

Sett bort ifra de to siste fysioterapeutene som ble forespurt direkte av meg, så henvendte jeg meg til totalt 19 fysioterapeuter via telefon eller post/e-post, hvorav tre av disse ville delta i studien. Disse skaffet også en pasient som sa seg villig til å delta. De fleste av de forespurte som takket nei til å delta oppga som grunn at de var alt for travle. Enkelte av de forespurte responderte aldri etter tilsendt informasjonsskriv. Årsakene til hvorfor noen ønsket å delta i studiet og andre ikke, reflekteres det over mot slutten av dette kapittelet.

4.3.4 Observasjon

Jeg valgte som en del av min metodiske tilnærming å observere samhandling mellom fysioterapeut og pasient der berøring var en del av tilnærmingen i behandlingen. Jeg tenkte at observasjonene kunne være med å danne utgangspunkt for eventuelle spørsmål jeg senere ville stille, samt kunne utfylle datamaterialet fra intervjuene i analyseprosessen. Det kan være en fordel å bli kjent med de man studerer og se de i sitt eget miljø, mener Thagaard (2003). Målet og hensikten med observasjon var å se på samhandlingen mellom pasient og terapeut, hvordan den verbale og nonverbale kommunikasjonen var, og hvordan behandlingen ble gjennomført. Det samfunnsvitenskapelige idealet er at man som forsker er et tilstedeværende subjekt fremfor tilskuer. Gjennom deltakende observasjon, hvor jeg deltok i den sosiale samhandlingen ved å småprate og tilpasse meg situasjonen (Thagaard, 2003), følte jeg at jeg gled naturlig inn i konteksten sammen med fysioterapeut og pasient. Jeg var bevisst på å ikke være totalt passiv som observatør, da dette kunne ha skapt usikkerhet og eventuelt irritasjon hos de som blir observert.

Jeg forsøkte etter beste evne å ikke forstyrre det som foregikk mellom terapeut og pasient i for stor grad, og hadde tenkt gjennom hvor jeg skulle plassere meg i rommet. Dette var gjerne på en stol med relativt god avstand til de andre. Jeg noterte underveis ting som ble sagt, tanker som dukket opp, og observasjoner jeg gjorde som for eksempel kroppsspråk, pust og bevegelser. Jeg så det som en stor berikelse for intervjuet at jeg var tilstede under behandling. Jeg var tilstede under to behandlinger i forkant av intervju i tre av fem tilfeller. Ved ett tilfelle ble det kun en observasjon før intervju, og i ett tilfelle måtte observasjon av behandling foregå i etterkant av intervjuene, fordi det logistisk sett ikke lot seg gjøre annerledes.

4.3.5 Intervju

Thagaard (2003) beskriver hvordan samtalen er godt egnet for å frembringe kunnskap om enkeltpersoners opplevelser og refleksjoner rundt sin egen situasjon. I et samtalebasert intervju gis den intervjuede anledning til å fortelle om sine livserfaringer, og om egen

forståelse. Målsettingen med det halvstrukturerte intervjuet er nettopp å frembringe beskrivelser av den intervjuedes opplevelser og forestillinger, for derigjennom å fortolke de beskrevne fenomenene (Kvale & Brinkmann, 2015).

Intervjuguiden var en grovskisse over temaene jeg ønsket å ta opp i intervjuet. En halvstrukturert intervjuguide er en oversikt over relevante emner samt forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden var fleksibel og ble ikke fulgt slavisk. Spørsmålene ble formulert underveis som en naturlig del av samtalen. Nettopp fordi intervjuguiden er spontan, stikkordsmessig og uten detaljformulerte spørsmål vil intervjuet oppleves mer naturlig, og sannsynligheten for å få levende og mer uventede svar fra intervjupersonene er større, mener Kvale og Brinkmann (2015).
Jeg hadde formulert spørsmål i intervjuguiden, men brukte disse mest som utgangspunkt for den mer naturlige og spontane samtalen.
Jeg justerte intervjuguiden fortløpende, mest for tilpasse den de observasjonene jeg hadde gjort meg i de ulike situasjonene. Før de siste intervjuene hadde jeg så smått startet på analysene av det materialet jeg allerede hadde. Dette gjorde til at nye spørsmål dukket opp, disse benyttet jeg muligheten til å stille i de siste intervjuene. Nærlesing av tekstene gir nyttig korrektiv til intervjuspørsmålene, ifølge Malterud (2017).

Det er den menneskelige interaksjonen i intervjuet som produserer den vitenskapelige kunnskapen (Kvale & Brinkmann, 2015). I forkant hadde jeg vært tilstede under behandling og var således allerede litt kjent med informantene mine, og de med meg.
Jeg var dermed ikke en helt ukjent person, som plutselig begynte å stille spørsmål. Dette var nok en fordel, og gjorde det enklere å få intervjusituasjonene til å bli spontane og levende, trygge og mest mulig naturlige. Jeg prøvde å være bevisst eget kroppsspråk i situasjonen, og la vekt på god informasjon i forkant. Jeg informerte om hensikten med intervjuet, hvor lang tid jeg forventet at vi kom til å bruke, hvorfor jeg valgte å ta opp samtalen på lydbånd, hvordan informasjonen skulle brukes og oppbevares i etterkant, og oppfordret til en litt tilbakelent, uformell samtale slik at informanten skulle kunne føle seg litt mer avslappet i situasjonen. Den relasjonen som oppstår mellom forsker og informant er ifølge Thagaard (2003) viktig for det materialet forskeren får.

Intervjuene ble gjennomført med pasient og terapeut hver for seg, enten like etter siste observerte behandling eller på et annet tidspunkt om det passet bedre for informantene. Alle intervjuene, bortsett fra ett intervju av en pasient, ble gjennomført på instituttet på

fysioterapeutens kontor. Ved det ene tilfellet ble intervjuet gjennomført hjemme hos pasienten da dette var ønskelig for pasienten.
Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert kort tid etter intervjuet.

4.4 Analysearbeidet

Jeg foretok all transkriberingen selv og fikk slik en ny og klargjørende gjennomgang av intervjuene. Jeg fikk gjennomleve det som skjedde i intervjusituasjonen, og kunne se det som skjedde mer fra «utsiden». Dette ga rom for ettertanke og jeg fikk mer nærhet til materialet. Jeg oppdaget ting som jeg ikke hadde lagt spesielt merke til underveis i selve intervjusituasjonen. Jeg så også at jeg kunne styrt intervjuet i andre retninger, eller stilt flere åpne spørsmål enn hva jeg gjorde. Det er flere grunner til at forskeren selv bør stå for transkripsjonene, og at dette bør gjøres jevnlig i løpet av datainnsamlingsfasen, mener Malterud (2017).

Ved å gjøre en foreløpig analyse før strek er satt for rekruttering og intervju, kan man justere kursen underveis. På dette stadiet vil man som regel se at det er noen spor i intervjuet som i særlig grad fortjener videre oppmerksomhet i de følgende intervjuene, mens andre bare peker mot det vi allerede vet. Nærlesing av tekstene gir nyttig korrektiv til våre intervjuspørsmål, sier Malterud (2017).

Analysemetoden systematisk tekstkondensering, som jeg har valgt å benytte meg av i dette arbeidet, er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Den kan gjennomføres uten forutsetninger knyttet til filosofiske røtter eller kvalitative metodetradisjoner, og brukes til analyse av mange typer empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring, ifølge Malterud (2017).

Malterud (2017) oppfatter subjektive erfaringer fra livsverden som gyldig kunnskap, og forsøker å sette forskerens egne erfaringer i parantes. Malterud (2017) skriver at i systematisk tekstkondensering kan fenomener fremtre i ulike versjoner, avhengig av hvilket perspektiv man som forsker har. Å sette egen forforståelse til side er et uoppnåelig mål. Alternativt påtar man seg derfor å ha et reflektert forhold til egen innflytelse på materialet, slik at man mest mulig lojalt kan gjenfortelle informantenes erfaringer og meningsinnhold uten å legge egne tolkninger som fasit.

Analysen gjennomføres i fire trinn. Disse fire trinnene utgjør hovedstrukturen i analysemetoden systematisk tekstkondensering; 1) å få et helhetsinntrykk og finne temaer, 2)

å gå fra tema til koder ved å identifisere meningsbærende enheter 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, fra koder til mening og 4) å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2012; Malterud, 2017).

Videre vil jeg vise hvordan jeg systematisk har jobbet gjennom mitt materiale i alle disse fire trinnene:

1. I det første trinnet var målet å bli bedre kjent med og **få et helhetsinntrykk** av materialet. Dette startet allerede gjennom transkriberingen av intervjuopptakene. Deretter gikk jeg gjennom alle intervjuene mer sammenhengende for å se om det var noen spesielle tema som gikk igjen, og noterte stikkord i forhold til dette. Notatene fra observasjon og intervjusituasjon ble tatt med som supplement i denne fasen. Selv om jeg hadde problemstillingen med meg hele veien forsøkte jeg å ikke lete etter noen spesielle tema eller svar i materialet. Med et mål om å stille meg åpen for inntrykk og for å kunne høre informantenes stemme tydelig, jobbet jeg aktivt for å sette forforståelse og teoretisk referanseramme midlertidig i parentes. Foreløpig var det fugleperspektivet som gjaldt, og jeg forsøkte å motstå all trang til å systematisere underveis (Malterud, 2017).

   Etter å ha lest gjennom materialet opptil flere ganger valgte jeg ut åtte foreløpige tema med utgangspunkt i problemstillingen, og ut ifra det jeg mente gikk igjen i materialet; *1) å se og bli sett, 2) relasjon, 3) nærhet, 4) magefølelse, 5) ivaretakelse og trygghet, 6) opplevelse og mening, 7) evidens og erfaring og 8) forventninger.*

2. I trinn to startet arbeidet med å identifisere og kode de meningsbærende enheter ved å gå gjennom materialet systematisk. I systematisk tekstkondensering anses ikke hele teksten som meningsbærende. I dette tilfellet var det den teksten som kunne tenkes å belyse problemstillingen og temaene fra forrige trinn som var relevant. Gjennom kodearbeidet har jeg altså organisert og sortert data i kodegrupper etter en tematisk og kodestyrt gruppering av de meningsbærende enhetene i materialet (Malterud, 2017) I tabellen under vises et utdrag fra kodingen av de meningsbærende enhetene plassert under hvert av de åtte foreløpige temaene. Ulike sitat fra materialet ble omgjort til kortere setninger.

Eks:

Tema/kodegruppe:	meningsbærende enheter:
Å se og bli sett	Pasient 1 • Før ble jeg ikke tatt seriøst • Endelig kom jeg til noen som så meg • De andre har ikke hatt tid til meg, tid til å se meg (tid også under ivaretakelse) • Viktig å bli hørt og tatt seriøst. At jeg ikke er et samlebånd • Viktig at jeg kan snakke om ting som er privat • Hun merker om jeg er anspent og spør om det er noe som plager meg • Jeg har følt støtte og det har gitt påfyll (også under ivaretakelse og opplevelse og mening) • Jeg vil behandles som meg. Ikke følge et ferdig opplegg. Ingen har skrevet lærebok om meg. Det er ikke alle som er inni den boksen. Jeg er ikke det. (også under forventninger) • Ikke bare behandleren som skal prate. At det er toveis (også under relasjon) • Det er mennesker man jobber med. Det er viktig å bli sett, hørt og respektert. • Berøring er jo, bare det å holde i hånden..(også under relasjon) osv.
Nærhet	Fysioterapeut 5 • Jeg graver ikke til det dypeste, i alle fall ikke til alle pasientene. (også under å se og bli sett) • Egen dagsform spiller inn på hvor nær jeg er. Jeg må være litt opplagt. Kanskje jeg heller tar det neste gang. • Hvis jeg føler at det skurrer, at det er noe psykiatri, da velger jeg å ikke være så nær • Det er litt krevende når pasienter åpner opp og viser følelser. Det gjør noe med meg også. Jeg kan bli trist på deres vegne. Det berører meg veldig. Berøring er fysisk og psykisk og begge veier (også under opplevelse og mening) • Jeg har nok blitt litt mer hardhudet etter hvert • Viktig å se sine begrensninger også • Vi har virkelig en spesiell rolle altså, om vi vil ha den (også under å se og bli sett og relasjon) Osv.

Som man kan se med rød skrift passet flere av de meningsbærende enhetene inn under flere temaer. Jeg valgte å slå sammen noen av temaene som overlappet hverandre og satt så igjen med fire tema:

Å se og bli sett + opplevelse og mening+ ivaretakelse og trygghet= 1) Å se og bli sett

Relasjon forble 2) Relasjon

Nærhet + magefølelse = 3) Nærhet

Forventninger + evidens og erfaring = 4) Forventninger

3. I analysens tredje trinn var målet å systematisk hente ut mening ved **å kondensere innholdet** i de meningsbærende enhetene som var kodet sammen. Med utgangspunkt i de fire temaene jeg nå satt med, måtte jeg på nytt klippe og lime slik at alle meningsbærende enheter havnet under riktig tema/kodegruppe. Ved systematisk tekstkondensering velger man å arbeide videre med den enkelte kodegruppen som enhet (Malterud, 2017). Jeg tok en og en kodegruppe og sorterte materialet under disse til ulike subgrupper. Noen av subgruppene oppstod som et resultat av sammenslåingen av de foreløpige temaene. For eksempel ble *magefølelse* en naturlig subgruppe under temaet *nærhet,* og *opplevelse og mening* en naturlig subgruppe under temaet *å se og bli sett*. Andre subgrupper ble opprettet etter ny og nøye gjennomgang av de meningsbærende enhetene. Foreløpig hadde jeg vært ganske tro mot materialet. Jeg hadde til nå ikke forkastet noe særlig av innholdet, og omtrent alt informantene hadde sagt, var nå plassert et sted under et tema og i en subgruppe.

   Jeg lagde et kondensat for hver subgruppe, som skulle gjenfortelle og sammenfatte det som befant seg i hver gruppe. Deretter lagde jeg et gullsitat som skulle illustrere kondensatet.

   Eks.

Tema/kodegr	Nærhet
Subgruppe	Krevende med nærhet
Kondensat	Fysioterapeut: Det er tungt og krevende å være så nær pasientene sine. Som fysioterapeut blir man sliten av å være nær, og er man sliten blir det vanskeligere å være tilstede. Hvis man selv ikke har overskudd er det lett å trekke seg unna og behandlingen blir dårligere
Gullsitat	*Fysioterapeut: Hvis jeg er sliten en dag er jeg fjernere og mindre tilstede. Da blir behandlingen dårligere og pasientene åpner seg ikke noe særlig*

4. I det siste trinnet ble de ulike bitene satt sammen igjen. Jeg brukte kondensatene til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe, illustrert med et gullsitat for å konkretisere hovedfunnene, og lage overskrifter som sammenfattet det teksten handlet om, slik Malterud (2017) anbefaler. Den analytiske teksten representerer resultatene i forskningsprosjektet, og det var derfor viktig at gjenfortellingen formidlet essensen fra flere historier som jeg har sammenfattet gjennom analyse, slik at det ikke bare ble enkeltstående historier som ble presentert (Malterud, 2017).

4.5 Validitet

> *Forskerens vei gjennom dette terrenget er ikke sporløs. Tvert imot er det en metodisk forutsetning at vi er i stand til å gjenkjenne våre egne spor underveis. Bare da kan vi sørge for at våre egne indre stemmer ikke overdøver kunnskapen fra andres erfaringer* (Malterud, 2017 s. 75).

For å styrke troverdigheten i min studie har jeg i dette kapittelet forsøkt å synliggjøre den veien jeg har gått i forskningsprosessen.

Maxwell (1992) trekker frem fire aspekter ved validitet i kvalitativ forskning, hvor han mener at det er de tre første områdene som er mest relevant. Det første området kaller han *beskrivende validitet*, der det er graden av nøyaktighet i gjengivelse og presentasjon av informantenes utsagn som er viktig. Etter transkripsjonen hørte jeg gjennom intervjuet i sammenheng for å sjekke at jeg hadde transkribert korrekt. Videre, i løpet av analyseprosessen vendte jeg flere ganger tilbake til originalmaterialet for å sjekke om informantenes utsagn var gjengitt riktig.

Det andre området Maxwell (1992) beskriver som sentralt for studiens validitet er forskerens evne til å *legge egen tolkning til side*, og la informantenes perspektiver i størst mulig grad komme til syne. Selv om jeg nok har blitt påvirket av min forforståelse, både i datainnsamling og analyse, har målet hele tiden vært å innta en aktiv holdning, og være bevisst dette ved å lytte til informantenes stemme, og utfordre egne forestillinger og posisjoner underveis, slik Malterud (2017) anbefaler.

Teoretisk validitet viser til i hvilken grad man som forsker har greid å finne teori som støtter opp om de funnene man selv har gjort, og er det tredje området for validitet, ifølge Maxwell

(1992). Kan funnene i studien støttes av etablerte teorier, perspektiver eller modeller, finnes det eventuelt forskning som har undersøkt og funnet noe av det samme, kan dette styrke studiens validitet. For denne studien finnes det teoretiske perspektiver som underbygger funnene presentert i kapittel 3. I kapittel 2 vises det til liknende studier innen blant annet fysioterapiforskning og sykepleieforskning.

Det fjerde området Maxwell (1992) beskriver, er hvilken relevans eller overførbarhet resultatene i studien har, utover den situasjonen de er hentet ifra. Altså det man i kvantitativ forskningen kaller *generalisering*. Å generalisere er problematisk i kvalitativ forskning, fordi kvalitative studier handler om å forske på små grupper, fenomener og konsepter og vil derfor ikke kunne overføres til større populasjoner. Men man vil derimot gjennom analytisk generalisering som Kvale (2001) beskriver, kunne anta at funn fra denne studien kan brukes som rettledning for hva som kan skje i liknende situasjoner. Funnene vil antakelig være gjenkjennelig og relevant for flere. Da hovedsakelig for fysioterapeuter og pasienter ved fysikalske institutt, men også andre fysioterapeuter som berører pasientene sine.

4.6 Å forske på pasienter og «kollegaer»

Med fysikalske institutt som arena for datainnsamling følte jeg en slags tilhørighet og en følelse av å være hjemme der jeg var. Jeg kjenner kulturen og måten man forholder seg på et slikt sted. Jeg føler også trygghet i møte med pasienter da dette er noe jeg er vant til gjennom jobben. Når forskeren er observatør i egen kultur, kan det være lettere å oppnå en forståelse av informantenes situasjon. Det er fordi forskeren deler mange av de samme erfaringene som informanten. Det er en kjent arena og det kreves ikke læring av nye aktiviteter (Thagaard, 2003).

Samtidig kan det som Wadel (1991) fremhever, være store utfordringer knyttet til det å få innsikt i de sidene av kulturen som informanten så vel som forskeren tar for gitt. Man har en erfarings- og kunnskapsbakgrunn som gjør det vanskelig å stille spørsmål ved forhold som synes selvsagte innenfor kulturen. Det blir dermed ekstra viktig å prøve og se egen kultur med andres øyne. Når enheten for observasjonsstudiene er nær forskerens erfaringsbakgrunn, kan det være en stor utfordring å komme frem til relevante spørsmål.

Det ble viktig for meg å presentere meg tydelig i rollen som forsker i møte med mine informanter, fordi jeg erfarte at jeg lett ble sett på som fysioterapeut da jeg kom til instituttene. De som jobbet der ville gjerne vise meg rundt i lokalene, og ut av det kunne det komme en slags «faglig» måte å kommunisere på. Forskerens innvirkning på situasjonen som

studeres, er knyttet til den posisjonen hun eller han har i forhold til informantene Det er viktig at forskeren reflekterer over relasjonene til dem som studeres, og vurderer hvilken betydning disse relasjonene kan ha for den informasjonen forskeren får, mener Thagaard (2003). Dette kommer jeg tilbake til i neste avsnitt.

4.7 Etiske refleksjoner

Det stilles spesielle etiske krav til kvalitative forskningsopplegg, og kanskje særlig i en studie om berøring, der man kommer nært innpå andre mennesker. Derfor må denne tilnærmingen gjøres respektfullt. Informasjonen man er ute etter, kan ikke «tvinges» ut av informantene. Kvale og Brinkmann (2015) sier at det er spesielt tre etiske regler som er viktige når det gjelder forskning på mennesker; det informerte samtykket, konfidensialitet og vurdering av konsekvenser og mulige ulemper for intervjupersonene.

Den store utfordringen i mitt prosjekt, i forhold til dette med konfidensialitet og anonymitet, var å skulle kunne bevare anonymiteten hver enkelt fysioterapeut og pasient seg imellom. Jeg skjønte helt fra starten av at dette ville stille store krav til meg i presentasjonen av resultatene. Hvordan jeg formulerte meg skriftlig skulle sikre og ivareta informasjonen på en verdig måte, som ikke avslørte noe den ene informanten hadde sagt om den andre. Ifølge Malterud (2017) må informanten kunne stole på at den tilliten som forskeren møter, ikke blir misbrukt.

Dette påvirket nok også hva informantene ville dele med meg. De risikerte relasjonen til sin fysioterapeut eller til sin pasient om jeg hadde behandlet informasjonen de ga, uten å ivareta anonymiteten. Kanskje ville dataene vært av et annet innhold? I alle fall tror jeg at min jobb i presentasjon av dataene ville vært enklere om jeg intervjuet fysioterapeuter og pasienter som ikke kjente hverandre.

Datainnsamlingen har en personlig karakter, der god kontakt mellom informant og forsker forutsetter at partene opplever gjensidig respekt og tillit. Samtalen i intervjuet og samværet under deltakende observasjon påvirker klimaet, som avgjør hvor nær forskeren får lov til å komme innpå den andre og hva slags kunnskap som kan deles (Malterud, 2017).

Jeg gjennomførte det ene intervjuet i hjemmet til pasienten. Dette opplevde jeg som ganske annerledes enn de intervjuene jeg gjorde på instituttet. Det kunne virke som jeg og informanten kom mer nær hverandre. Vi brukte naturlig nok mer tid på «smalltalk» i starten, jeg fikk se leiligheten og høre mer om informantens liv.

Et rikt datamateriale krever at forskeren investerer tid og krefter for å etablere optimal nærhet, ifølge Malterud (2017). Informanten virket avslappet og mer personlig. Dette kan

selvfølgelig ha noe med henne som person å gjøre, men jeg har en formening om at arenaen og konteksten spilte en rolle for de dataene jeg satt igjen med. Informanten reflekterte rundt det å leve alene, og hvordan hun opplevde berøring blant venner og familie. Hun var åpen om personlige erfaringer. Dette tror jeg ikke hadde kommet frem i like stor grad i en annen kontekst.
Jeg var ikke bevisst dette underveis i datainnsamlingen, men ser i ettertid at min rolle som forsker og fysioterapeut på et fysikalsk institutt kunne skape et slags uheldig maktforhold, spesielt mellom meg og pasienten. Da hjalp det heller ikke at jeg, ganske ubevisst plasserte meg i terapeutens stol under intervjuet.
I de to siste intervjuene var jeg bevisst dette og plasserte meg annerledes.

Videre ble det litt utfordrende for meg at jeg kjenner mange fysioterapeuter i det lokale fysioterapimiljøet. Jeg møtte ved to anledninger på folk jeg kjenner, som jobbet ved de instituttene hvor jeg skulle gjøre datainnsamling. Dette opplevde jeg som ubehagelig da jeg skjønte at det ville kunne påvirke hva informantene ønsket å fortelle meg i etterkant. Det faktum at jeg hadde kjente i miljøet kunne påvirke fysioterapeutenes svar i intervjuet, fordi de fryktet at kollegaene ville gjenkjenne det de hadde fortalt om de skulle lese denne oppgaven senere.

For pasientene sin del kunne det være at de så meg som en «alliert» med fysioterapeutene, en kollega av deres fysioterapeut. Dette kunne selvsagt påvirke hva de valgte å si til meg i intervjuet.

Jeg følte det som nevnt viktig i relasjonsbyggingen mellom meg og informantene mine at jeg var åpen og interessert både under observasjon og intervju. For at ikke informantene skal lukke seg er det ifølge Malterud (2017) viktig at man som forsker etablerer en atmosfære der den intervjuede føler seg trygg nok til å snakke om egne opplevelser og følelser.
Pasientene som jeg intervjuet hadde plager de gjerne ville fortelle meg om. Jeg kjente på hvor lett det var å innta rollen som terapeut, og måtte konsentrere meg for å holde fokus som forsker. Malterud (2017) peker på den hårfine balansen mellom kunnskapsinnhenting og de etiske sidene ved den emosjonelle menneskelige interaksjonen, som ofte kan føre til at intervjuet heller mot å bli en terapeutisk samtale.
Det er klart at det faktum at jeg faktisk er fysioterapeut, jeg har presentert meg som det i informasjonsskrivet til informantene og jeg glir relativt naturlig inn i miljøet, fordi det er en kjent kontekst for meg. Videre møter jeg, som nevnt, tilfeldigvis på folk jeg kjenner som

jobber der, og jeg plasserer meg i flere av intervjusituasjonene i terapeutens stol. Dette gjør det mer utfordrende for meg selv, og sannsynligvis for pasienten å se meg som en forsker fremfor en terapeut.

4.8 Metodekritikk

Underveis i prosessen var jeg nødt til å stoppe opp og ta en grundig gjennomgang av materialet mitt da jeg opplevde å miste fokus i intervjuene mine. Jeg ble selv usikker på hva jeg egentlig ønsket svar på, og ser det som viktig å problematisere det i dette kapittelet. Diskusjonen omkring passiv og aktiv behandling er som nevnt en stor fagpolitisk debatt i fysioterapifaget. Dette er en debatt mange er engasjerte i og har meninger om, fysioterapeuter så vel som pasienter. Når jeg ønsket å fordype meg i temaet berøring så var det også som et ledd i og et innlegg i debatten, men jeg ønsket ikke å ta debatten i denne oppgaven. Det hadde blitt alt for omfattende, og jeg måtte hatt et større teorigrunnlag og andre inklusjonskriterier for utvalget mitt. Jeg opplevde i starten av datainnsamlingen at jeg hadde et forvirrende og uklart fokus i møte med informantene mine, hvilket spørsmålene mine bar preg av. I intervjuguiden var fokuset mer på dybden av hvordan berøring oppleves, men både jeg og informantene mine kom likevel veldig lett inn på spørsmål om hvorvidt fysioterapeuter har sluttet å ta på pasienten sine eller ikke. Det er ikke helt på siden av oppgavens tema, men det fikk nok litt for stort fokus i de første intervjuene.
Ifølge Malterud (2017) vil en kontinuerlig validering kunne bidra til at man lærer av egne erfaringer underveis i forskningsprosessen, og man vil kunne modifisere sitt design i takt med dette. Jeg fikk etter hvert ryddet litt i egne tanker og fokuset på problemstillingen ble tydeligere i de neste intervjuene. I tolkningen av materialet vil nok min forforståelse også prege hvordan jeg oppfattet informantenes utsagn, selv om jeg etter beste evne har forsøkt å la deres stemme bli synlig.

Selv om det kun er ti informanter i dette prosjektet har disse tydelig presentert seg selv gjennom å dele sine erfaringer og opplevelser med meg. Det de formidler har gyldighet for de, og sannsynligvis kan også flere kjenne seg igjen og ha liknende erfaringer. En slik sannsynlighet vises gjennom en analytisk generalisering slik som Kvale (2001) beskriver.

Imidlertid kan man kanskje anta at de som ønsket å stille opp i et slikt prosjekt var litt over gjennomsnittet interessert i og opptatt av temaet berøring. De fysioterapeutene som hovedsakelig benytter andre behandlingsmetoder, eller som tenker at berøring ikke er et

relevant og nyttig tema for faget, ville nok lettere takke nei til å delta. Dette må tas med i betraktingen når studiets validitet vurderes.

Inklusjonskriteriene var relativt vide med tanke på hvilken type berøring som skulle foregå under behandlingen jeg observerte. Hensikten med dette var jo ikke å gå i dybden av en type behandlingsteknikk, men heller gå i dybden av berøring i fysioterapi generelt. Jeg burde kanskje vurdert å inkludere andre arenaer enn fysikalske institutt, både fordi det kunne gjort rekrutteringen enklere, og fordi dette ville fått frem mangfoldet av berøring i faget i enda større grad.

I rekrutteringen av informanter valgte jeg å benytte meg av nettverket mitt. Jeg vurderte det slik at det å sende ut informasjon og forespørsler til en masse fysioterapeuter verken jeg eller nettverket mitt hadde en relasjon til, ville være nytteløst. Selv når jeg fikk hjelp til å forespørre andre synes jeg rekrutteringen gikk trått. De forespurte forble anonyme kun frem til de hadde sagt ja til å *vurdere* å delta, altså til de sa ja til å se nærmere på informasjonsskrivet. Deretter tok jeg etter en stund kontakt via telefon eller e-post for å få svar. Ingen svarte uten å bli kontaktet av meg i tillegg til informasjonsskrivet. Ideelt sett skulle informantene fått vært anonyme til de hadde samtykket, slik at jeg kunne være sikker på at ingen følte seg presset til å delta. Dette er en vanskelig avveining. Jeg tror jeg ville fått store problemer med å få nok informanter hvis ikke jeg hadde vært såpass oppsøkende. Alle pasientene forble anonyme frem til de hadde returnert samtykkeerklæringen.

De to siste fysioterapeutene jeg rekrutterte var noen jeg kjente fra før. Jeg henvendte meg direkte til de for å høre om de kunne tenke seg å delta, og om de hadde mannlige pasienter de kunne forespørre. Jeg forsøkte samme fremgangsmåte som over i første omgang, men det å skulle finne mannlige pasienter i behandling, som inkluderte berøring, virket enda vanskeligere enn kvinnelige. På grunn av prosjektets tidsbegrensning ble det til at jeg gjorde det på denne måten. Den ene fysioterapeuten jobbet jeg sammen med for ti år siden, den andre for tolv år siden. Jeg vet ikke om dette påvirket materialet mitt på noen måte, men det finnes, som jeg reflekterte rundt i avsnittet om rekruttering, ulemper med å intervjue noen man har en relasjon til fra før.

Jeg var tilstede under behandling av pasient. Min tilstedeværelse påvirket trolig situasjonen, men hvordan er vanskelig å si. Selv om jeg antar at selve behandlingen ble gjennomført som den vanligvis ville blitt gjort, vil jeg tro kommunikasjonen mellom fysioterapeut og pasient

ble litt annerledes enn om jeg ikke hadde vært der. Det er ifølge Malterud (2017) sjelden at en utenforstående forsker klarer å gli inn i miljøet på en måte som ikke forstyrrer sammenhengen. Jeg kunne benyttet meg av videoopptak, men valgte å ikke gjøre dette da jeg var interessert i å kjenne på egen kropp hvordan atmosfæren og stemningen i rommet var. Jeg observerte behandling hovedsakelig i forkant av intervju og jeg hadde derfor ikke bygget opp en egen relasjon til informantene mine. Dette påvirket nok også situasjonen mer enn om jeg hadde observert i etterkant av intervjuet.

5.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenteres funn fra den systematiske tekstkondenseringen som foregikk i fire trinn: å få et helhetsinntrykk og finne temaer, å gå fra tema til koder ved å identifisere meningsdannende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene fra koder til mening og å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2012; Malterud, 2017). Under overskriftene *hvordan foregår berøring* og *hvordan erfares berøring* trekkes det frem aktuell empiri fra informantenes synspunkter, erfaringer og opplevelser omkring berøring i fysioterapi.

I det følgende møter vi pasientene Kari, Marit, Grete, Robert og Ståle, som alle går til behandling hos fysioterapeut. Felles for de alle er at de har gått hos samme fysioterapeut over lengre tid. Fysioterapeutene deres har fått navnene Kjersti, Marianne, Geir, Rune og Siri. De har alle mellom 15 og 45 års arbeidserfaring som fysioterapeut.

5.1 Hvordan foregår berøring?

Berøring i fysioterapi kan foregå på mange ulike måter. En og samme berøring kan ha flere hensikter på samme tid. Veiledning av en knestrekk, hvor fysioterapeuten bruker hendene til å føre pasientens bein, kan være en måte å oppnå kontakt med pasienten på. Likedan kan massasje av muskulatur, i tillegg til å skulle løsne spenninger, også være en døråpner inn til pasientens følelser.

Når informantene snakker om berøring snakker de både om det å fysisk ta på, samtidig som de prater om en følelsesmessig berøring de opplever i møte med hverandre. Kjersti sier at når hun møter pasientene med den holdningen at de har levd et liv som setter spor i kroppen, så «*blir det liksom berøring av pasientenes sjeleliv rett og slett, en psykisk berøring*».

Grete sier dette om berøring; «*det henger jo sammen, berøring av sjelen og berøring av kroppen*». Berøring er aldri det ene eller det andre. Flere av informantene nevner at berøringen har flere sider, blir man berørt fysisk skjer det alltid en berøring psykisk og omvendt.

Ståle beskriver de samtalene han har med fysioterapeuten sin underveis i behandlingen som «*medisin for sjela*».

Grete trener i treningsal og opplever berøring når fysioterapeuten hennes Geir kommer bort til henne, gir henne et klapp på skuldra, veileder henne, holder henne i hendene når hun trener balanse og strekker armene hennes når hun skal tøye brystmuskulatur.

Kari får rolig og varsom massasje i nakke- og skuldermuskulatur for at hun skal klare å slappe av. Kjersti, fysioterapeuten hennes bruker berøringen bevisst for å få Kari til kjenne på følelser og snakke om vanskelige ting i livet, som hun tenker kan ha en sammenheng med Karis plager. Marianne strekker og masserer Marits nakke samtidig som hun formidler trygghet og forsøker å være tilstede med hendene sine. Marit verdsetter sterkt den tryggheten hun får hos Marianne og beskriver behandlingen hun får som «*å bli holdt i hånden*». Siri trykker på de vonde punktene mens Ståle øver seg på å puste med magen. Ståle kjenner mindre til plagene når han samtidig kan prate om fjell og hytte med Siri. Robert vrir seg i smerte mens Rune bruker store krefter på å massere og manipulere ryggen hans.

5.1.1 Kontekst for berøring

Som kontekst for at berøring i det hele tatt kan skje på terapeutisk gode og hensiktsmessige måter legger alle informantene, både fysioterapeutene og pasientene, stor vekt på betydningen av å ha en god relasjon til den man skal berøre eller den man skal bli berørt av. Pasientene snakker om viktigheten av å ha tillit til fysioterapeuten sin, og flere vektlegger verdien av å ha god kjemi med den andre for at opplevelsen skal bli bra

Kari har lang erfaring med fysioterapi og ulike fysioterapeuter, og hun mener at om man ikke har god kjemi med fysioterapeuten er behandlingen nytteløs. Da hun gikk til en fysioterapeut som hun opplevde å ikke ha kjemi med, og som ikke tok henne seriøst, sluttet hun. Hun greide ikke å slappe av og fant verken ro eller trygghet. Uten en opplevelse av god kjemi er man ikke mottakelig, mener hun. Derfor gjorde det ekstra godt å komme til en fysioterapeut hun føler at hun har en god relasjon til: «*Hvis jeg ikke greier å slappe av så er det bare dødfødt. Jeg må finne den som gir meg den roen og den tryggheten*», sier hun.
Robert har gått i hele 18 år hos samme fysioterapeut, og grunnen til det mener han er det gode forholdet de har fått: «*Vi snakker veldig godt sammen. Det er også en veldig viktig del av det å være fysioterapeut. Det blir sånn at man vil gå til den man har god kjemi med*», sier han.

Når pasientene her bruker betegnelsen kjemi peker de på noe ved relasjonen som handler om hvordan mennesker virker på hverandre, hvordan mennesker føler seg i møte med og i samhandling med andre mennesker. Dårlig kjemi virker negativt og skaper utrygghet og god kjemi virker positivt og gir trygghet. God kjemi handler her om å klare å slappe av sammen med den andre, finne roen og det handler om å snakke godt sammen.

I tillegg til opplevelse av kjemi, vil også tillit være et aspekt ved relasjonen som påvirker hvordan pasientene opplever å bli berørt av fysioterapeuten sin. Flere av informantene trekker frem dette med å gå over tid til den sammen fysioterapeuten, som viktig for å bli bedre kjent. Flere mener at ved å gå til fysioterapeut over tid, bygges tillit. Det å stole på terapeuten er noe alle pasientene ser på som viktig, både for relasjonen og for opplevelsen av å være hos fysioterapeut: «*Forholdet til fysioterapeuten min har mye å si for hvordan tiltaket hjelper eller ikke. For det handler om å stole på hverandre. Det er liksom hele settingen. Om man er trygg på hverandre og sånn*», sier Kari.

Marit snakker mye om at hun har stor tillit til fysioterapeutens faglige kunnskaper, og mener dette legger grunnlaget for følelsen av trygghet. Hun kjenner at det er trygt å bli tatt på av noen som vet hvordan ting ser ut på innsiden. Hun kunne ikke tenke seg å gå til spa eller annen type alternativ behandling, fordi hun ikke liker tanken på å skulle bli tatt på av noen som «*ikke har peiling*», som hun sier det. Marit kjenner tillit til at fysioterapeuten hennes har den faglige balasten hun trenger; «*Jeg stoler veldig på henne og hun vet hva hun holder på med. Hun har erfaring og hun er faglig og profesjonell. Jeg har full tillit*».

Her trekker Marit frem kunnskap som viktig for tillit og trygghet. Det at det i rollen som fysioterapeut ligger en forventning om profesjonalitet og kunnskap, som hun ikke har til spa eller alternativ behandling. Så tillit handler ikke bare om å tilbringe tid sammen med, men også det å ha faglig kunnskap og erfaring om kroppen.

Skal man ligge på benk å bli tatt på mener også Robert at det er viktig at fysioterapeuten og pasienten er trygge på hverandre, slik at opplevelsen blir positiv. Hvis man er utrygg kan det bli ekkelt og ubehagelig, mener han. Robert nevner spesielt viktigheten av å føle seg trygg når man ligger på en behandlingsbenk. På benken er pasienten gjerne avkledd og kanskje mer sårbar fordi det kan bli en nærere og mer personlig situasjon for pasienten, sier Marianne.

Fysioterapeut Geir snakker også om tillitens betydning for opplevelsen av berøring: «*Det kan godt hende det er placeboen da, men den tillitsbiten tror jeg er sabla viktig*», sier han. Geir mener altså at fordi man som pasient har tillit til terapeuten sin så blir opplevelsen bra. At selve tillitsbiten er det som gjør opplevelsen.

Alle fysioterapeutene mener relasjonen er alfa omega for opplevelsen av berøring, både for pasienten sin del men også for sin egen del. «*Hvis jeg har en pasient hvor kjemien skurrer så prøver jeg å avslutte, for da er det så tungt å jobbe*», sier Kjersti.

Betydningen av en god relasjon kan altså være såpass stor at verken pasient eller terapeut føler det verdt å fortsette behandlingen om relasjonen er dårlig.

Geir mener relasjonen noen ganger betyr mer for resultatet av behandlingen enn selve behandlingen. Han sier følgende; «*To fysioterapeuter kan jo gjøre samme tiltaket, men effekten blir annerledes fordi man som person har en annen kontakt med pasienten*».

Relasjonsbygging tar tid og det kan ofte være at man ikke blir trygge på hverandre før andre, tredje eller fjerde gangen, mener Siri. Kanskje er det først da pasienten tør å vise følelser eller si hvordan han eller hun egentlig har det. Den kontakten man får med pasienten og måten man kommuniserer med hverandre på, er en viktig del av det å være en god fysioterapeut, mener hun; «*jeg har hørt at hvem du er som terapeut betyr mer enn hva du gjør*».
Hun forteller at en eldre mann hun hadde til behandling mente at han ble bedre av bare å komme til henne, uavhengig av behandlingen han fikk. Informantene nevner en rekke eksempler på hvor mye relasjonen mellom fysioterapeut og pasient har å si for opplevelsen av å være hos fysioterapeut.

Robert spøker med at etter å ukentlig ha gått til behandling i 18 år kjenner fysioterapeuten hans kroppen hans like godt som han selv gjør.

For at Grete skal føle seg trygg er det viktig for henne at fysioterapeuten ser henne i øynene når han prater med henne, og at han er oppriktig interessert i henne som menneske: «*Jeg blir sett og jeg er meg. Jeg er ikke en av mange, selv om jeg er jo det. Jeg blir tatt på, ivaretatt og sett. Det kjenner jeg mye på*».
Grete er selvgående som hun sier det. Hun gjør øvelser i treningsal sammen med andre pasienter, som trener samtidig som henne. Men selv om hun har gått hos fysioterapeut i to år nå og kjenner øvelsene, er det viktig for henne at fysioterapeuten er i treningsalen mens hun trener, at han går rundt til hver enkelt, tar på, justerer og veileder. Hun sier at hun trenger at fysioterapeuten har fokus på henne, og at han er både fysisk og psykisk tilstede for at hun skal føle seg ivaretatt.

Kari ønsker å slippe å være en «samlebånd-pasient» som hun kaller det når fysioterapeuten behandler mange pasienter på en gang. For at Marit skal føle tillit er det viktig også for henne å ikke være «en av mange». Marit mener fysioterapeutens tilstedeværelse betyr mye for hennes opplevelse av å bli berørt. For henne handler tilstedeværelse om at fysioterapeuten har fokus på henne, og minst mulig på andre pasienter eller andre ting, akkurat den stunden hun

ligger på benken og blir tatt på. Marit beskriver fysioterapeuten sin slik: «*Hun er god til å være her og nå, tar seg tid og er oppriktig interessert. Nå er det bare deg*».
Hun opplever at fysioterapeuten hennes virkelig ønsker å gjøre opplevelsen god for henne. Hun formidler ro, selv om hun er forsinket og kanskje stresset innvendig merkes ikke dette i behandlingen, sier hun.
Marits fysioterapeut Marianne sier at hun fokuserer på å være tilstede for pasienten.
For henne er det viktig å være tilstede med hendene sine når hun berører. Hvis hun ikke klarer å holde fokus, så blir det ikke samme opplevelsen: «*Hvis jeg ikke er tilstede med hendene mine, så blir det ikke samme healingen. Det er lett å bare massere, men man må kjenne*», sier hun.

Marit løfter frem fysioterapeuters evne til å formidle trygghet som enormt viktig i møte med pasienter som er i krise. Selv var hun svært dårlig og langt nede da hun kom til Marianne første gang. Da var det viktig for Marit at Marianne formidlet kunnskap, ga håp og var realistisk. Flere av pasientene mener at hvorvidt fysioterapeuten har god tid spiller inn på opplevelsen av trygghet og tilstedeværelse i situasjonen. En travel fysioterapeut, som heller tenker på neste pasient, er ikke tilstede i øyeblikket, sier flere.
Kari er også glad for at hun endelig har møtt en fysioterapeut som har tid til henne. Hun deler mange av de samme opplevelsene som Marit når det gjelder det å føle seg trygg og ivaretatt. Allikevel skulle hun ønske at hun fikk være hos fysioterapeuten lengre enn en halvtime hver gang. «*Jeg føler alltid at det blir for lite tid. Jeg bruker så lang tid på å finne roen, når jeg endelig finner den er det over*», forteller hun.
Samtlige pasienter mener at god kommunikasjon er avgjørende for at relasjonen med fysioterapeuten skal kunne skape en trygg kontekst for berøring.

Alle pasientene er opptatt av at fysioterapeuten må være tilstede i øyeblikket for at opplevelsen av berøringen skal være god, og for at man skal kunne føle seg ivaretatt. Flere nevner tidligere erfaringer med fysioterapeuter som har pratet i telefonen, og vært mer opptatt av å se på klokka enn å ha fokus på pasienten.

5.1.2 «God fysioterapi er når du får manuell behandling»

Ståle har flere års erfaring med mange ulike fysioterapeuter. Han har i likhet med Kari og Grete en klar formening om at fysioterapeuter, som skal utøve god fysioterapi, ikke kan ha mange pasienter på samme tid. Han har opplevd flere ganger å stå i en treningsal med fire-fem andre. Det er ikke det å gjøre øvelser i seg selv som er et problem, sier han og uttrykker

følgende: «*Det er greit å gjøre fysiske ting om man får oppfølging, men ikke når man blir overlatt til seg selv. Det har jeg veldig liten tro på*».

Når det kommer til det å skulle beskrive hva god fysioterapi er så mener Ståle bestemt at: «*God fysioterapi er når du får manuell behandling*». Han slår samtidig ut med armene som for å vise at manuell behandling er det som foregår inne på behandlingsrommet. Manuell behandling for Ståle er at fysioterapeuten bruker hendene sine når hun behandler. Likedan mener han også at en grundig manuell undersøkelse, og grundig manuell behandling, er forutsetninger for hans følelse av å bli tatt på alvor. Her setter Ståle en normativ standard for hva som er god behandling i fysioterapi. Avslutningsvis sier Ståle at nå har han vært så lenge i dette «gamet» at hvis han kommer til en fysioterapeut som ikke bruker hendene sine, så slutter han med det samme.

Kari er i likhet med Ståle veldig bevisst på at hun ønsker å bli berørt. Hun vil at fysioterapeuten skal ta på henne og bruke hendene sine når hun er der. Hun vil helst ligge på benken og bli behandlet. Hun kjenner at hun blir berørt på en måte som gjør at hun blir rolig og avslappet. Når hun blir ivaretatt på den måten føler hun at hun kan overlate seg helt i fysioterapeutens hender.

5.1.3 Berøring som belønning

Flere av fysioterapeutene har en formening om at for å få berøring må pasienten fortjene det. Marianne er veldig opptatt av å si at Marit ellers i livet er aktiv, og at hun derfor fortjener å få denne type passiv behandling når hun er hos henne. Hun sier også at for at Marit skal være i stand til å trene selv, så er hun nødt til å få behandling på denne måten. Marianne mener det i utgangspunktet er en fin tanke at fysioterapeuter er opptatt av at pasienter skal ta mer ansvar for egen helse. Men hun ser ofte at folk trenger hjelp på veien, og at noen har andre behov enn hjelp til å være aktiv. Hun mener derfor at pasienter må få lov til å legge seg ned for avslapping om de trenger det. Hun mistenker uansett ingen for å komme til fysioterapeut for luksus. «*Alle kommer fordi de har vondt og trenger hjelp*», sier hun.

Geir derimot er uenig med Marianne, han mener det finnes de pasientene som bare drar rundt og shopper velvære, og som bare ønsker å legge seg ned for å motta behandling. Når disse pasientene kommer til ham så ber han de gå et annet sted. Hvis det kommer en pasient som ellers trener og er aktiv, kan han velge å gi massasje. Geir er veldig klar på at han forventer at

alle pasientene gjør en egen innsats for å bli bedre. Når Geir sier det slik blir massasje en slags gulrot pasienten kan få om han eller hun har vært flink til å trene.

Rune er av litt samme oppfatning som Geir. Han mener at en for tydelig forventning fra pasienten om å få massasje kan føre til at denne forventningen ikke blir innfridd: «*Noen bestiller jo massasje, da er det ikke sikkert de får massasje for å si det sånn. Har de en så klar forventning kan det være like greit at de gjør noe annet*», sier han.

Terapeut og pasient kan være uenige om vektleggingen av massasje. Et klart ønske fra pasienten får opp en motstand hos enkelte fysioterapeuter, som gjør at de ikke klarer å svare på så klare bestillinger. En for tydelig forventning om massasje fra pasienten gjør at fysioterapeuten velger å holde tilbake.

Kjersti på sin side starter alltid behandlingstimen med å spørre hva pasienten har av forventninger i dag, da forventer hun at de selv skal ha en tanke om hva de mener kan hjelpe dem. «*Det er litt av poenget*» sier hun, «*at de skal lære seg å kjenne på egne grenser og egne behov*».

De ulike fysioterapeutene møter ønsket om berøring på ganske ulike måter, hva pasientene uttrykker av behov kan ha noe å si for hvilken tilnærming fysioterapeuten velger. Berøring kan brukes som belønning for at du er aktiv, og fravær av berøring kan være en følge av at pasienten ikke er aktiv, eller at vedkommende har uttrykt et for tydelig ønske om å få berøring. Det kan synes som om noen fysioterapeuter har en slags moralsk innstilling til hvordan man «gjør» det å være pasient på riktige måter. At noen fysioterapeuter har en klar formening om hva som skal til for å få belønning i form av massasje.

5.1.4 Berøring som synlig effekt og erfart prosess

Geir sier i starten av intervjuet at han absolutt ikke masserer pasientene sine. Utover i samtalen medgir han at han nok masserer litt allikevel. Han sier han møter motbør blant kollegaer hvis han sier høyt at han masserer eller setter nåler, fordi disse tilnærmingene er omdiskutert og lite forsket på. Han presiserer riktignok at det ikke er noe forsiktig og overfladisk massasje han driver med. Det må være hardt om det skal ha noen effekt, mener han. Geir er opptatt av å løfte frem den forskningsbaserte delen av faget, men mener samtidig at vi ikke må glemme at mye av det fysioterapeuter gjør er basert på erfaring. Han er opptatt av at pendelen ikke må svinge helt over til å kun handle om dokumenterte effekter i fysioterapi. Det er erfaringen som gir deg magefølelsen, og som man ofte bruker i møtet med

enkeltmennesket, mener han. Geir sier han er skeptisk når han møter de terapeutene som forfekter den rigide forskningsmessige tilnærmingen. Han nevner studier som viser at et tiltak kan ha positiv effekt på 85 av 100 pasienter, og påpeker at det dermed er hele 15 pasienter tiltaket ikke har fungert for. Det er disse pasientene Geir er mest opptatt av, for de kommer til fysioterapeut de også. Og utfordringen blir da, ifølge ham, å se enkeltmennesket oppi forskningen.

Kjersti mener massasje, berøring og grep er en viktig del av grunnideen i faget og at denne tilnærmingen er med på å gjøre fysioterapeuter til en unik faggruppe. Hun sier at hun gjerne gir triggerpunktbehandling selv om det finnes lite forskning på det; «*veldig mye av det jeg driver med står liksom ikke skrevet i stein heller da*», sier hun.

Marianne er også opptatt av hvor viktig det er for henne å bruke hendene i møte med pasienter. Det krever erfaring og masse øving for å kjenne spenninger i nakkemuskulaturen når pasienten har hodepine. Hun jobber ut ifra en forventning om at hendene er hennes viktigste verktøy, og at erfaring er eneste vei til å lære dette.
Siri sier at hun ofte kjenner på et dilemma og en skvis mellom det å jobbe forskningsbasert og erfaringsbasert. I møte med pasienter ønsker hun alltid å gi best mulig behandling. Men den beste behandlingen er ikke alltid den det finnes mest forskning på. Når tidligere erfaringer og magefølelse sier at det beste for akkurat denne pasienten er massasje og samtale, kjenner hun ofte på at hun heller burde gjøre tiltak som lettere kan dokumenteres. Trening er jo godt dokumentert og hun tenker innimellom at hun heller burde valgt annerledes, samtidig sier hun: «*Jeg bruker udokumenterte metoder fordi vi er nødt til å stole på det pasientene sier, og sier de at de føler seg bedre så må vi stole på det, er det ikke det vi ønsker da?*»

Her kommer det frem en variasjon i hva fysioterapeuter legger i begrepet «effekt». Noen sier effekt og mener dokumentert forskning, mens andre snakker om at pasientene puster annerledes, begynner å gråte, får tillit og føler seg bedre. Det siste er jo også synlige effekter, men snakkes om på en annen måte.

5.1.5 Berøring er «å holde i hånden» og «få et klapp på skuldra»

Det har gått 14 år siden Marit møtte fysioterapeuten sin første gang. Da var hun her av andre årsaker enn i dag. Nå har hun gått til behandling jevnlig de siste tre årene. Marit hadde mye smerter da hun tok kontakt med fysioterapeuten sin igjen. Nå er hun ganske bra, men føler

seg allikevel avhengig av å gå til behandling: «*Jeg kjenner at det blir litt sånn panikk når det er lenge til jeg skal hit igjen. Og da kjenner jeg, enn om det blir så vondt igjen*».
Marit beskriver forholdet sitt til fysioterapeuten som «*å bli holdt i hånden og fulgt på veien*». Hun føler fysioterapeuten tar de små skrittene sammen med henne, og hjelper henne med å være tålmodig. Hun verdsetter høyt den relasjonen de har fått og det betyr mye for Marit at hun kan ta kontakt med fysioterapeuten sin om det hun trenger det:

> *Om et halvår kan det jo være noe annet som er vondt, det er så godt å ha noen å diskutere med hele veien. Så lenge man har behov,* Videre sier hun*; jeg kjenner jo at det at jeg har muligheten til å ringe hvis det blir krise er veldig kjærkomment. Og det rydder hun ofte plass til, selv om hun har fulle lister.*

Marianne, Marits fysioterapeut mener i likhet med både Geir, Kjersti, Rune og Siri at det skal være lav terskel for å ta kontakt igjen om det skjer noe, både i tiden pasienten går i behandling, men også etter at behandlingen er avsluttet.

Mange har et stort behov for å prate med noen «utenfor», og både Marianne, Kjersti og Siri sier at for noen pasienter er det å være en slags ventil for tanker og følelser den viktigste oppgaven de har. Det er få andre yrkesgrupper som har så hyppig kontakt med pasientene sine over såpass lang tid som fysioterapeuter har med enkelte pasienter: «*Vi er i en unik posisjon som har så mye kontakt med pasienten over tid. Mye mer enn legene»,* sier Siri.

Robert og Kari uttrykker i likhet med Marit et slags avhengighetsforhold til fysioterapeuten sin. De vet ikke helt hva de skulle gjort uten den behandlingen de får, og den kontakten de har med fysioterapeuten.

Berøring kan også være et klapp på skuldra for å opprette kontakt. Både Geir og Rune snakker om at de har mange pasienter i treningsal. De mener begge at det er viktig å gå rundt for å se og følge med hver enkelt pasient, høre hvordan det går, justere og eventuelt veilede. Geir sier: «*Når han eller hun sitter på sykkelen så går jeg bort og legger ei hånd på skuldra eller ryggen og spør om det går bra».* En slik berøring mener han skaper kontakt med pasienten og signaliserer at man er interessert.
Dette er Rune enig i og han sier at ingen pasienter kommer til han uten å bli tatt på i løpet av tiden de er der, selv når de trener går han alltid på bort og legger ei hånd på skuldra til pasienten.

5.1.6 Berøring er toveis og personlig

Flere av informantene, både pasientene og fysioterapeutene bruker ordet *hverandre* når de snakker om relasjonen de har. «*Det handler om å være trygg på hverandre», «vi kjenner hverandre ganske godt», «når jeg tar på pasientene kommer vi litt nærmere hverandre»*. Dette kan tyde på at det ligger en opplevelse av noe toveis og personlig i møtet. Det er kanskje ikke nok at fysioterapeuten ser pasienten, men fysioterapeuten blir også sett tilbake av pasienten.

For Robert er det viktig at fysioterapeuten er medmenneske i tillegg til å være fysioterapeut. Ved å beskrive medmenneske som noe utenfor fysioterapirollen, kan det virke som at det å være fysioterapeut i seg selv ikke automatisk innebærer å være medmenneske.
Robert uttrykker det slik: «*Det er viktig for en fysioterapeut å være medmenneske i tillegg. For du får høre mye. Du får mange livshistorier. Du blir psykolog i tillegg. Ikke bare fysioterapeut*».

Både Marit og Ståle er opptatt av at de kan prate med fysioterapeuten sin om ting de har snakket om før. Ting som gir de følelsen av at fysioterapeuten husker dem, bryr seg om dem og hva de er opptatte av. For Marits del handler det om mer private forhold og utfordringer i familien, mens det for Ståle sin del kan være om hytta på fjellet, politikk eller tv-serier.

Kari føler hun kjenner fysioterapeuten sin Kjersti ganske godt, hun er avslappet sammen med henne og kan ofte snakke om personlige ting underveis i behandlingen. Kari sier ingenting om hva hun legger i det «*å kjenne*» fysioterapeuten sin. Det kan være kjenne i form av å føle seg trygg på, eller det kan være at hun kjenner mer personlige forhold rundt Kjerstis liv også, slik som Marit gjør med sin fysioterapeut. Mens Marit får behandling snakker fysioterapeut Marianne om ting som har skjedd i sitt eget liv også. Det er ikke bare Marit det handler om.

Hvis man engasjerer seg og bryr seg om pasientene sine må man være personlig, mener Siri. Når hun er personlig og engasjerer seg merker hun at det gjør noe med henne. Når hun oppriktig bryr seg om pasientene sine, så påvirkes hun også følelsesmessig i møte med dem.

Grete derimot synes fremmede mennesker klemmer for mye på hverandre nå til dags. Klemming er veldig personlig, mener hun. Det gjør godt å få en klem, men verdien ligger ifølge henne i det å få den fra noen som oppriktig bryr seg om henne, eller noen hun selv bryr seg om; «*det som gjør berøring meningsfylt er at det er noen som bryr seg om meg. Ikke berøring av hvem som helst*», sier hun. Hun sier hun aldri kunne tenke seg og få eller gi en

klem til noen hun ikke kjenner privat. Hvor personlig man ønsker å være i møte med hverandre er ulikt, men flere mener det foregår en toveis påvirkning av følelser i møtet med hverandre.

5.2 Hvordan erfares berøring?

Gjennom berøring skjer det noe som på en eller annen måte kan skape opplevelse og mening for begge parter. Berøring kan være hardt og vondt, eller godt og varsomt. Flere pasienter har et tydelig ønske om berøring av fysioterapeuten. Noen fysioterapeuter tenker at det er viktig å imøtekomme pasientens behov, andre velger bort berøring i møte med slike forventninger. Fysioterapeuten har også behov for å sette grenser for når det er greit med berøring for sin egen del. I intervjuene kommer det frem at det gjør inntrykk på fysioterapeuten når pasienten åpner seg og viser følelser, og at pasienten føler seg ivaretatt og sett når fysioterapeuten er tilstede og nær.

5.2.1 Berøring på godt og vondt; pasientenes opplevelse og mening i berøring

Marit kjenner at spenningene i nakken forsvinner, og at hun blir varm innvendig når fysioterapeuten strekker nakken hennes og masserer henne. Uten denne behandlingen mener hun at hun ikke vil være i stand til å utføre øvelser på egen hånd i etterkant. Hun kjenner også at hun har mindre smerter i nakken etter en halvtime med behandling og forteller:

> *Først når hun begynner så er det jo så ømt og stivt bare å ta i, og da kjenner jeg at det spraker i hele armen, for den er litt sånn dau. Også knepper hun jo opp, det høres jo fra innsiden, de der kneppene hun gjør. Også kjenner jeg bare at det slipper, at det blir mykere da. At det er mye mer bevegelig og at den der pinen er, jeg vet ikke om det er blodsirkulasjonen eller hva det er jeg. Men i alle fall, det er sånn ordentlig fysisk merkbart.*

Ståle har lært mye om egen pust i behandlingen hos Siri. Ståle skal prøve å lære seg å leve med smertene han har. Det hjelper å bli bevisst at han holder pusten når han er i stressede situasjoner i hverdagen eller har mye vondt. Det gjør vondt når Siri trykker på de ømme punktene på kroppen. Han spenner seg, men får beskjed om å puste dypt og prøve å slappe av. Ståle er klar over at smertene, som i stor grad preger livet hans, blir mindre når han har besøk av venner og klarer å tenke på noe annet. For ham betyr det derfor mye at han også kan prate om helt andre ting enn smerter og plager når han er til behandling.

Karis største utfordring er at hun aldri føler hun klarer å slappe av i hverdagen. Når hun er hos Kjersti får hun massasje. Hun forventer ikke særlig bedring, men ønsker at massasjen skal holde ting vedlike slik at hun ikke blir verre; «*jeg blir jo aldri frisk, jeg blir jo aldri bra, men det er på en måte for å få meg til å fungere i hverdagen rett og slett*», sier hun. Behandlingen hun får gir henne det påfyllet hun trenger for å komme seg gjennom uka, sier hun og fortsetter: «*Når jeg er her så føler jeg at det er den ene gangen i løpet av dagen jeg klarer å puste*».
Det betyr mye for opplevelsen av berøringen at Kjersti ser sammenhengen mellom anspent muskulatur og følelser, mener Kari. Mens Kjersti masserer henne spør hun ofte hvordan Kari har det og har hatt det siden sist, og eventuelt andre forhold hun vet opptar henne for tiden. Det gjør vondt enkelte steder på kroppen og Kari sier hun føler seg litt mørbanket etter massasjen, men selv om det gjør vondt er det også godt. Hun føler seg mye mer avslappet etterpå, sier hun.

Roberts opplevelse av behandlingen inneholder også denne motsetningen mellom vondt og godt. Robert beskriver behandlingen han får hos Rune som ren tortur. Robert sier det er «*steinvondt*» når Rune masserer og «*bryter opp inni på beinet i ryggen, forbi muskulaturen og mellom ribbeinene*». Selv om Robert sier at han i liten grad har tenkt så mye over hvordan behandlingen kjennes, sier han at han tror på tanken om at vondt skal vondt fordrive og han er godt fornøyd med behandlingen han får. Det blir godt etterpå, og nå «holder han» til neste behandling om en uke. Annen, mer forsiktig type massasje mener han blir intimt og ligner mer på spa og velvære. Det er ikke det han føler han trenger. Ved jevnlig å få denne tøffe behandlingen behøver han ikke så mye medisiner mot smertene, sier han.

Opplevelsen av mening i berøring handler også om å føle seg ønsket og verdifull. Å oppleve den nærheten det er i det å bli berørt av et annet menneske er det som gjør livet godt å leve, mener Grete. De som aldri blir tatt på går glipp av noe fint, fordi berøring av andre betyr at du er ønsket og at du betyr noe, sier hun. Hun mener at de som ikke opplever denne gode berøringen på en måte dør innvendig.
Robert snakker også om hvor viktig det er for mennesker å bli tatt på. Han er redd kampanjer som #metoo vil føre til at folk vegrer seg for å ta på hverandre. Om man slutter å berøre hverandre får man et kjølig samfunn, mener han. Grete er opptatt av at berøringen må oppleves som positiv og ønsket av den som blir tatt på. Hvis berøringen oppfattes som «grebbete» som hun kaller det, er det uheldig. Hvis berøringen er av seksuell karakter er det

langt utover grensene for hva som er akseptabelt, sier Grete, og føyer til at vi må huske på at noen kanskje har dårlige erfaringer med berøring.

Både Kari, Marit, Grete, Robert og Ståle har gått til fysioterapi over lang tid, og deres plager handler ikke om en akutt plage som skal bli helt bra. Målet med behandlingen er å få en bedre hverdag, kanskje med litt mindre smerter og litt bedre funksjon. Fysioterapeutene snakker også om at mange pasienter kommer med en forventning om bedring, men bedring handler ikke alltid om å bli kvitt smerter eller bli helt frisk igjen. Som en av de sier kan bedring for mange handle om å få en bedre hverdag;
«Målet er ikke nødvendigvis å bli 100 prosent frisk. Det handler om å få bedre livskvalitet. Da er mission completed, tenker jeg», sier Siri.
For Kari handler det om å få pusterom og påfyll til å mestre utfordringer i hverdagen. For Marit er det viktig å få behandling slik at hun blir i stand til å trene og gå på jobb.
Grete har behov for å bli ivaretatt av noen som har mye kunnskap om kroppen. Ellers kunne hun like gjerne trent på treningssenter, sier hun. Ståle må lære seg å leve med smertene og trenger hjelp til å mestre dette, og Robert slipper å ta så mye medisiner ved å gå jevnlig til behandling; «*det er jo en grunn til at jeg har gått her i 18 år. Det funker»*, sier han.

5.2.2 Berøring, en døråpner inn til pasienten

Flere av fysioterapeutene mener at berøring er et sterkt virkemiddel for å nå inn til pasientene. Man kan sitte og prate med en pasient uten egentlig å komme til kjernen av problemet, men med en gang pasienten kommer på benken, og man begynner å ta på, så kommer hele historien og kanskje masse følelser. Marianne sier det slik:

> *Det er klart at når folk legger seg ned på benken og du begynner å ta på de, da kommer hele livshistorien. Da kommer alt. Ganske fort får du vite ganske mye. Å berøre er som en døråpner. En døråpner til det som rører seg på innsiden.*

Marianne sier at mange pasienter ikke skjønner at følelser kan sitte i kroppen, og at når man løsner på spenninger så utløser det gjerne følelser. Det er derfor viktig å formidle dette slik at pasientene kan forstå sammenhengen. Negative følelser kjennes ofte som en slags klump i magen, det kan bli tungt å puste og man får hodepine. Siri mener at nakke og hode gjerne er de mest følsomme stedene på kroppen, og det er der det sitter mest følelser. Marianne sier at om man løsner spenninger, får pasienten til å puste dypt, det er rolig og pasientene føler velvære. Da får de ofte lyst til å betro seg og åpne opp, sier hun. Kjersti snakker også mye om

dette med følelsene som kommer når man løsner på muskelspenninger. Hun forteller om et møte med en pasient hun hadde for noen dager siden, som gjorde ekstra inntrykk på henne:

> *Det var en pasient som hadde ganske høyt spenningsnivå i hele overkroppen, spesielt i nakken og var liksom veldig høycostal i pusten og veldig sånn anspent i pustemønsteret, og hun virket veldig sånn ukomfortabel, også skulle jeg begynne å palpere på muskulatur, kanskje mest for å kartlegge litt. Også så begynte jeg å palpere på lattissimus dorsi på den ene siden, og hun var ganske øm. Plutselig begynte hun å skrike. Hun brøt ut i gråt. Det gjorde veldig inntrykk, og da måtte jeg jo snakke litt med henne og høre litt hva det her dreide seg om. Det hun uttrykte var rett og slett at endelig var det noen som tok henne alvorlig. Det at vi hadde snakket litt sammen først og at hun følte at noen ga henne omsorg gjorde henne rørt og beveget.*

Kjersti opplever ofte at pasientene viser følelser under berøring. Hun mener berøring er et sterkt virkemiddel for å kunne komme innpå pasienten hvis det er ønskelig:

> *Når jeg begynner å trykke på og løsne opp i den muskulaturen som de har brukt som nødvendig beskyttelse. Da kan det komme mye følelser. Og det opplever jeg ofte! Da har denne berøringen utrolig mye å si altså. Og det får man ikke, mener jeg, gjennom kun samtale.*

Geir og Rune har derimot aldri opplevd at pasienter har vist så mye følelser under behandling. Geir påpeker at de ikke har *sånne pasienter* på det instituttet hvor han jobber. Pasientene han møter kommer gjerne for opptrening etter operasjon eller andre mer konkrete kroppsorienterte plager. I tillegg mener han at om berøring skal «åpne opp» så må man bruke andre berøringsteknikker enn han bruker. Når han masserer er det ikke noen kosestund som han kaller det; «*da er jeg relativt hardhendt altså. For jeg mener at om det skal ha en effekt så er ikke min jobb å bare stå og beføle pasientene mine altså. Man må inn i dypet*».
Også Rune sier at han bruker en del krefter når han masserer eller mobiliserer. For ham gir det mening å massere hardt når han ser at det har en positiv effekt etterpå. Enten ved at pasienten føler seg mere avslappet, beveger seg annerledes eller har mindre smerter. Geir og Rune kan synes mer opptatt av at massasjen skal ha en synlig effekt i etterkant, enn at massasjen brukes som et virkemiddel for å komme innpå pasientens følelser.

Fysioterapeuter er altså ulike i forhold til hvorvidt de opplever at berøring «åpner opp» for følelser i like stor grad. Det kan ha å gjøre med type pasienter de møter, og det kan kanskje

ha å gjøre med hvordan berøringen foregår. Ifølge Siri er det enda flere faktorer som bidrar til at berøring blir en døråpner: *«Det må være rom for det om pasientene skal vise slike følelser. Man må åpne opp for det. Det har nok noe med måten man stiller spørsmål på. Det trenger ikke bare være berøringen som fremkaller det».*

Som fysioterapeut må man være nysgjerrig på pasienten, man må ha lyst til å vite mer og man åpner opp for følelser ved å stille spørsmål samtidig som man berører, sier Siri. At det må være rom for følelser kan handle om et følelsesmessig rom fysioterapeuten skaper ved å stille spørsmål på en måte som berører pasienten, men det kan også handle om tiden man har til rådighet og arenaen for behandlingen. «*Pasientene åpner seg for det meste følelsesmessig ved behandling på benk. Det er arenaen for det. Folk viser helt andre sider av seg selv i en treningsal»,* sier Siri. Hun opplever ofte at selv om pasienten kommer med et tilsynelatende enkelt muskel-skjelett-problem, så skjuler det seg noe mer bak. De problemene pasienten kanskje egentlig sliter med vil ikke komme frem i en treningsal, mener hun. Da er man nødt til å være nær pasienten på en annen måte, sier hun og fortsetter:

> *Jeg prøver å ivareta den biten at de skal ha mulighet til å snakke med meg litt alene i et lukket rom, slik at ikke all kommunikasjon foregår i en treningsal (…) Det er så mange historier og skjebner mennesker sitter på egentlig, og som aldri hadde kommet frem om vi stod i en treningsal, aldri i verden. Og det er helt uvurderlig.*

Flere av fysioterapeutene påpeker viktigheten av å tilbringe tid alene med pasienten for å kunne skape det rommet, som har plass til hele pasienten med både følelser, historie og eventuelle bakenforliggende ting, og for å skape nok trygghet, tillit og tilstedeværelse for den enkelte pasient.

Det er heller ikke gitt at alle pasienter liker at fysioterapeuten blir så tett på, med berøring og samtale. «*Man merker fort om pasientene er distanserte eller om de liker at jeg er nær»,* sier Rune. «*Det kan være ting som gjør at pasientene ikke liker å bli tatt på. Det merker du ved at de trekker seg bort eller blir kald. Da lar jeg være»,* fortsetter han.
Mange synes det er uvant å bli tatt på og det blir fort for nært når pasienten skal kle seg nesten naken foran fysioterapeuten allerede første gangen, mener Marianne. Folk har jo ganske forskjellig forhold til kroppen sin og man kan se autonome reaksjoner hos pasienten i form av svette og rødme når han eller hun føler seg ukomfortabel, sier hun.

Marianne mener at man noen ganger må vente med avkledning og berøring til pasienten er trygg. «*Sånn er det med samtalen også, det er ikke alle du kommer innpå*», sier Rune.
Det er ikke bare pasienten som skal føle seg trygg, man må ha en viss trygghet i seg selv om man skal berøre andre, sier Siri. Man må være trygg på seg selv, kjenne egne grenser og være i stand til å ta inn både den andres og egne reaksjoner. «*Berøring er bra når jeg klarer å samtidig observere og justere meg etter pasientens reaksjoner*», mener Kjersti.
Marianne opplevde en gang at hun ble for nær pasienten første gangen. For nær gjennom samtalen. Pasienten utleverte seg nok vel mye litt for tidlig og kom aldri tilbake igjen. I ettertid tar hun selvkritikk og sier at hun skulle latt være å stille så mange spørsmål så tidlig i behandlingen.

Marianne sier at man som fysioterapeut på mange måter har lov til å komme ganske tett på pasienten. Pasienten kan være avkledd og man berører pasientens hud. Det er ganske personlig når et annet menneske tar på deg. Man kommer innenfor det «personlige rommet» til pasienten som Marianne beskriver det. Grete er enig, hun mener at det nesten kan bli vel nært noen ganger; «*man kjenner lukt og sånn også, det blir veldig personlig*», sier hun.

5.2.3 Berøring og magefølelse

Marianne følte altså at hun kom litt for nært pasienten sin første gangen. Hva er det som styrer om fysioterapeuten skal berøre eller hvor nær man skal være? Noen ganger lar man seg styre av det som rett og slett føles naturlig, sier Rune. For noen er det mer naturlig å ta på, gi en klem, klappe på skuldra eller holde i hånda enn det er for andre. Det å ta på pasientene mens de trener er ganske naturlig for Rune, og han mener det skjer relativt ubevisst. Han gjør det uten egentlig å tenke over det. Samtidig tenker han at man i fysioterapiyrket blir ganske vant til å være nær folk fysisk, og kanskje tillater man seg mer berøring av den grunn. Han sier han har lett for å legge ei hånd på skuldra til folk han prater med ellers i livet også, det er ikke bare i møte med pasienter.

Grete tenker at fysioterapeuter «*bare har det inni seg* og *kjenner*» hvem som synes det er greit å bli berørt og ikke, at fysioterapeuten følger magefølelsen og er god på å lese pasienters reaksjoner. Dette kan nok flere av fysioterapeutene kjenne seg igjen i, Geir snakker om at man må «*sense*» hvem det er riktig å ta på og ikke.
Flere mener det er magefølelsen eller intuisjonen som gir signaler om hvordan de skal tilnærme seg pasienten, om de skal ta på, hvordan de skal ta på og hvilke spørsmål de kan stille. Siri sier at man bygger magefølelsen på en viss pasienterfaring. «*Det er ikke alltid jeg*

velger å gå så nær pasientene mine gjennom berøring og samtale, det er en slags intuisjon på at jeg kan hjelpe. Magefølelsen, ikke noe mer objektivt enn det», forteller hun.
Noen føles det riktig å være nær, andre er det greit å ha en viss avstand til. Randi velger å være nær når hun føler hun kan hjelpe pasienten, men hun ønsker ikke å grave til det dypeste hos alle pasientene, det har ingen hensikt, sier hun. Hvis hun føler at det er noe som skurrer, at hun får mistanke om at det er noe psykiatri inn i bildet eller noe, da er det ikke om å gjøre å grave i følelser, sier hun.

5.2.4 Pasientens ønske om berøring og fysioterapeutens behov for grenser

Noen av fysioterapeutene opplever som nevnt tidligere at det kommer pasienter, som har en klar og tydelig forventing om å bli tatt på. Kjersti forteller at når hun bruker berøring så har det hendt at pasienter har sagt; *«endelig er det noen som kan ta på meg»*, da har de gjerne fått mye øvelser hos fysioterapeut tidligere. «*Senest i går hadde jeg en pasient som sa; åh.. jeg trenger liksom den, å bli tatt på rett og slett»*, forteller hun, og sier videre at hun har forståelse for at en del mennesker har det behovet, og at hun prøver å imøtekomme pasientens ønsker i forhold til det.
Siri, som også opplever at mange kommer med en forventing om å bli tatt på sier det slik:

> *De færreste tror nok det handler bare om trening. De fleste forventer nok at de skal bli undersøkt og at de en eller annen gang i løpet av konsultasjonen skal ligge på benken og bli beveget på eller tøyd på eller noe.*

Mange går jo og trener selv i dag, fortsetter hun, når det er over 40 000 medlemmer i 3T bare i Trondheim, så sier det seg selv at de forventer noe annet når de kommer til fysioterapeut. Noe mer enn å møte en personlig trener.

Marianne har en pasient som kommer kun for å få berøring og nærhet. Hun beskriver pasienten som ensom og alene, og det er tydelig at hun kommer for å bli tatt på, fordi hun ikke får denne berøringen andre steder. Marianne velger å gi henne en opplevelse av velvære fordi hun tenker det er så viktig for pasienten.

Alle pasientene forteller i intervjuet at de har en forventning om å bli tatt på av fysioterapeuten sin. Grete sier at selv om hun først og fremst gjør øvelser, så hadde hun nok reagert om hun ikke ble tatt på i løpet av tiden hun hadde vært der: «*Det ligger vel i yrket at fysioterapeuter gjør begge deler, tar på og trener. Det kan jo ikke være fysioterapi om det*

ikke er berøring heller», mener hun, og legger til at hun forventer at berøringen er profesjonell og ikke uanstendig.

Både Ståle, Robert, Marit og Kari er tydelige på at de ikke kommer til fysioterapeut for å gjøre ting de kan gjøre på egen hånd. «*Jeg betaler jo 400 kroner hver gang, så jeg gjør ikke det for å trene. Det kan jeg gjøre på 3T, skjønner du?»* sier Kari, som i lang tid har vært på leting etter en fysioterapeut som kan gi henne massasjen hun mener hun trenger.
Ståle er som sagt bestemt på at han ikke vil gå til en fysioterapeut som ikke bruker hendene sine i behandlingen.
Det at fysioterapeuten er fokusert og tilstedeværende i øyeblikket har flere uttrykt som viktig for opplevelsen av å bli tatt på. At fysioterapeuten formidler ro og trygghet og ikke tenker på alt mulig annet, er noe pasientene legger godt merke til.
Marianne mener pasientene ofte trenger ro og ikke bare en fysioterapeut som fyker rundt og har det travelt. Samtidig synes hun at det i en travel hverdag ikke alltid er like lett å holde fokus:

> *Det er jo det som er krevende også da, å være tilstede for pasienten der og da, at du ikke har fokus på alt mulig annet. For jeg vet jo at en del er på nettet, telefoner som ringer og diverse private ting mens pasienten er der. At du er tilstede for pasienten da, når den først er der, det synes jeg er et kriterium. At du tar deg tid og at du ikke har det travelt og ser på klokka hele tiden.*

Hvor fokusert og tilstede man klarer å være, og hvorvidt man ønsker å bruke berøring som en døråpner inn til pasientens følelser, styres også av egen dagsform, mener Marianne: «*Hvis jeg er sliten en dag er jeg fjernere og mindre tilstede. Da blir behandlingen dårligere og pasientene åpner seg ikke noe særlig»*. Flere av fysioterapeutene snakker om noe av det samme. Behovet for å være opplagt og ha overskudd for å være nær pasientene sine: «*Det er litt krevende når pasienter åpner opp og viser følelser»*, sier Siri. Hvis hun selv er sliten kan det være at hun unngår å stille de spørsmålene som gjør at man kommer nær og åpner opp.
Det er ikke bare pasientene som skal sette grenser for når berøring er greit og ikke. Fysioterapeuten har egne grenser å ta hensyn til i møte med pasientene.
Kjersti sier hun ofte tøyer egne grenser og prøver å undertrykke sine egne behov for å tilpasse seg pasienten, det opplever hun som slitsomt. Hvis man er sliten kan man fort begynne å se på klokka og man blir generelt mindre tilstede, sier hun.
I tillegg til at egen dagsform spiller inn er det flere som har opplevelser med det de kaller

krevende pasienter. Pasienter som klager og sutrer, pasienter som tar mye energi, som spiser en opp og pasienter som er grenseløse. I møte med disse pasientene sier flere av terapeutene at grensesetting er viktig. Kjersti sier at i møte med pasienter som gir en negativ motoverføring, er det viktig å distansere seg. Det gjør hun blant annet ved å ta pasienten med ut i treningsrommet i stedet for å være i et rom alene med vedkommende. Flere av terapeutene er enige i at det krever mer å være alene med pasienten. *«Man blir fysisk og psykisk sliten av å være i et behandlingsrom en til en, sammenliknet med i en treningsal. Man må gi mer av seg selv og samtalene blir mer dyptgående. Det er langt mer krevende»*, mener Siri.

Kari har hørt fysioterapeuter si at det er slitsomt å massere pasienter. Hun er redd det er årsaken til at færre masserer pasientene sine nå enn før. Det synes hun blir feil, om grunnen er at man bare ikke orker.

5.2.5 Å velge og å velge bort berøring

Både fysioterapeutens magefølelse og dagsform spiller en rolle for om man velger å være nær pasienten eller ikke, men i tillegg til dette må man også ha et *ønske* om å være nær. Som Marianne påpeker er det nødvendig at man er nysgjerrig og at man har lyst til å nærme seg, for å få folk til å åpne seg. Hvis man selv ikke liker nærhet, da liker man heller ikke å være alene med pasienten, sier hun. Man må på en måte velge om man vil *«gå den enkle vei eller om man vil gå mer inn i dybden»*, sier Siri: *«Vi har virkelig en spesiell rolle altså, om vi vil ha den»*. Hun meddeler at hun selv blir påvirket når pasienter viser følelser: *«Det gjør noe med meg også. Jeg kan bli trist på deres vegne. Det berører meg veldig. Berøring er fysisk og psykisk og begge veier»*.
Selv om hun mener at hun har blitt mer hardhudet etter hvert er det viktig å se sine begrensinger også. Noen ganger klarer man ikke å være så nær, noen ganger blir man for følelsesmessig, og det er krevende, derfor må man ta et valg på om man ønsker det og om det er verdt det for egen del. Den kunnskapen som baserer seg på magefølelse og erfaring, er vanskelig å sette ord på, mener Siri og legger til at den er viktig for å oppnå nærhet i møte med pasienten. At man tør å være stille med pasienten og at man har mot til å stille de vanskelige spørsmålene og kanskje la de henge litt i luften, det er noe man må trene seg på, sier hun.

Kjersti sier det hun mener en fysioterapeut egentlig ikke har lov til å si, hun forteller at hun har opplevd å føle avsky mot pasientens kropp. Da klarte hun ikke å ta på vedkommende og

valgte å instruere øvelser i stedet. Marianne derimot, sier at når pasientene kommer inn på behandlingsrommet så er det som om hun ikke ser hvordan kroppen deres ser ut. Ting som hun ellers ville lagt merke til av kroppsfasonger, uren hud eller lukten av svette blir usynlig for henne fordi fokuset er på smerter, funksjon og historie.

Som nevnt vil det for flere av fysioterapeutene være mer krevende å være med pasienten i enerom. Og mange velger kanskje av den grunn bort berøring på benk til fordel for øvelser i treningsal.

Kjersti forteller at hun i enkelte tilfeller har valgt å i mindre grad berøre mannlige pasienter. Hun refererer til et par episoder der hun har følt at pasienten har hatt seksuelle tilnærminger under berøring. Hun har følt blikk på rompa eller puppene, og hun har opplevd dette som ubehagelig. Da har hun forsøkt å holde litt mer avstand, forteller hun. Kanskje har hun også bedt pasienten beholde klærne på for at det ikke skal bli så nært, eller hun har foreslått at han skal gjøre noen øvelser i stedet. Hun har også blitt mer bevisst på hvordan hun selv kler seg når hun har mannlige pasienter. Hun prøver å dekke seg mer til.

Rune sier han også er mer bevisst på hvor han tar på en pasient av motsatt kjønn, slik at berøringen ikke skal misforstås.

Marianne sier i likhet med Kjersti at også hun er mer forsiktig med avkledning hos mannlige pasienter enn med kvinnelige, og at hun noen ganger heller foreslår øvelser enn å bli for nær fysisk; «*jeg hadde nå en her som hadde vondt på innsiden av låret. Da viste jeg ham tøyninger. Altså, jeg drev ikke og masserte han oppi skrittet. Jeg tar visse hensyn»,* sier hun og fortsetter:

> *Jeg føler at menn generelt er mer anspent og innestengt, det er selvfølgelig fordi jeg er dame, da bruker jeg mere tid på at de skal føle seg trygge på meg (…) men jeg har noen menn som vil komme til meg igjen og igjen, og det er nok fordi grensene blir tydelige. Det er ikke noe seksualisert eller noe truende. Jeg gjør ikke noe erotisk massasje. De kjenner jo at det er en annen type massasje.*

Marianne sier det er viktig å være profesjonell slik at berøringen ikke misforstås. Siri synes den største forskjellen på å ha mannlige og kvinnelige pasienter ligger på et mer psykologisk plan. Hun føler menn oftere er vanskeligere å komme inn på, og at de ikke åpner seg så lett som mange kvinner gjør: «*Jeg tenker at det tar litt lengre tid med menn noen gang. Jeg tør å*

stille de samme spørsmålene, men jeg venter kanskje litt lengre før jeg stiller de», sier hun. Hun tenker at menn i likhet med kvinner, liker å få spørsmål om hvordan de egentlig har det, men begynner man å «psykologisere» for mye i starten med mannlige pasienter, så kan det ødelegge tillitsforholdet, mener hun.

5.2.6 Å se og bli sett

I det store og hele handler ganske mye av det pasientene snakker om i intervjuene om det å bli sett av fysioterapeuten sin. At berøring har flere dimensjoner og at berøring foregår på flere plan, både fysiologisk og psykologisk, er noe informantene kommer tilbake til igjen og igjen. Det handler om et ønske om at fysioterapeuten skal se de som det mennesket de er, uavhengig av utseende, diagnoser, tidspress, dagsform, forventninger, dokumenterte eller udokumenterte tilnærminger.

Kjersti mener man som fysioterapeut velger hvilket blikk og fokus man vil ha i møte med pasienten. Om seg selv sier hun at hun med årene har blitt mer opptatt av at alle pasientene kommer med livserfaring i bagasjen, som påvirker de i større og mindre grad.

Før hadde hun som hun sier en mer «*mekanisk tilnærming til pasienten*», hvor fokuset i stor grad var på kroppen som skulle fikses. Etter å ha jobbet noen år vet hun «*at de kommer på klinikken med et levd liv som setter spor*», og hun har blitt mer opptatt av «*å se helheten hos pasienten*». Hun vet at kropp og psykososiale forhold henger sammen og poengterer at det er viktig å se dette i møte med pasienten. Kari var innom mange fysioterapeuter før hun kom til Kjersti. Hun forteller at hun var den første av sikkert tjue fysioterapeuter som virkelig så henne: «*De andre hadde ikke tid til å se meg*», sier hun og fortsetter:

> *Jeg følte at jeg gikk til masse forskjellig, at det var ingen som kunne hjelpe meg, at det var ingen som tok meg seriøst (...) og hun bare så meg med en gang. Det var nesten så jeg begynte å gråte, jeg tenkte ja! Du ser meg, du ser at det er noe galt, du merker ja. Jeg ble så glad da.*

Å føle seg sett handler her om å bli tatt på alvor, det mener Robert også, som sier at måten man blir møtt på er viktig og «*ikke minst at fysioterapeuten tror på pasienten da (...) det er jo ikke alle ting som synes*», sier han.

Kari synes også evnen til å være tilstede i øyeblikket er viktig for følelsen av å bli sett, at Kjersti har fokus på Kari akkurat den halvtimen hun er der: «*Hun Anne på neste time, hun tenker vi ikke på, skjønner du? Hun er veldig flink til å se meg*», sier hun.

Marit snakker også om hvor viktig det er for henne at fysioterapeuten ser hele henne: *«Vi henger sammen vet du, psyke og soma»*. Det er noe hun og Marianne har snakket mye om underveis i behandlingen. Det har vært godt at Marianne har sett hvordan utfordringer i livet for øvrig har påvirket spenningene i kroppen hennes. Grete setter pris på at Geir kommer bort til henne, snakker med henne og justerer henne når hun gjør øvelser. Når han tar på henne føler hun seg sett. Berøring kan gi følelsen av å være et helt menneske, mener hun. Grete uttrykker det slik: «*Jeg føler meg verdsatt og sett når jeg blir berørt fysisk*».

Som fysioterapeut velger man hva man vil se og når man vil se. En del av informantene snakker om at noen måter å se pasienten på krever mer av fysioterapeuten enn andre. Hvordan man berører, arenaen for berøring og hvilke spørsmål man velger å stille, er faktorer som spiller inn. Man må gjøre et bevisst valg, om man vil «*gå den enkle vei*», som Siri kaller det, eller om man vil gå mer i dybden.
Ved å bli mer personlig i møtet må fysioterapeuten selv tåle å bli sett. Berøring er toveis. Man berører aldri uten selv å bli berørt og derfor må også fysioterapeuten ha en trygghet i seg selv, og tåle å selv bli berørt og sett i møte med pasienten. Som sagt; «*berøring er fysisk og psykisk og begge veier*», ifølge Siri.

5.3 Oppsummering

Ifølge informantene finnes det ulike måter å møtes på gjennom berøring, som ikke kun omhandler den fysiske berøringen. De forteller om en psykisk berøring som skjer i møtet med hverandre. Flere av fysioterapeutene snakker om å selv bli berørt følelsesmessig når man tar på og prater med pasienten. Noen av pasientene sier de opplever en sjelelig berøring, blant annet når de blir sett, ivaretatt og tatt på alvor av fysioterapeuten. For at berøring skal oppleves som noe trygt og positivt i behandlingen er det noen kontekstuelle faktorer som ligger til grunn. Betydningen av en god relasjon løftes frem av både fysioterapeuter og pasienter som helt nødvendig for opplevelsen av behandlingen i sin helhet og berøringen spesielt. En god relasjon vil ifølge flere avhenge av kjemi og tillit. At kjemien er god handler om at fysioterapeuten og pasienten føler seg vel i hverandres nærvær. Tillit er blant annet å kunne stole på at fysioterapeuten har kunnskap og er profesjonell. En god relasjon gjør pasienten trygg og legger samtidig grunnlaget for en positiv opplevelse av berøring. Det å ha en fysioterapeut som er tilstede, er noe flere informanter fremhever som relevant for opplevelsen. Tilstedeværelse handler blant annet om at fysioterapeuten er fysisk tilstede i

rommet der pasienten er, og samtidig oppmerksomt tilstede når han eller hun berører og snakker med pasienten.

Noen av fysioterapeutene mener de har et yrke som gir en genuin mulighet til å komme pasientene nær om man ønsker det. Fysioterapeuter kan følge pasientene ganske tett over lengre tid, og de har på en måte «lov til» å berøre pasientene. En av fysioterapeutene sier at berøring er et sterkt virkemiddel om man vil, og i noen tilfeller kan berøring være en døråpner inn til pasienten, nettopp fordi berøring av kropp også er berøring av følelser. Arenaen for denne type berøring er ofte i enerom og på benk, og ikke i en treningsal med flere tilstede. Mange mener at det krever mer av fysioterapeuten å være med pasienten alene.

Flere av pasientene har en forventning og et ønske om å bli tatt på når de kommer til fysioterapeut. Hvorvidt denne forventningen blir innfridd i møte med fysioterapeuten handler om flere ting. Det kan handle om fysioterapeutens faglige oppfatning av hva som er riktig behandling, fysioterapeutens egne grenser som blant annet dagsform, møte med det de opplever som slitsomme pasienter, magefølelse for hva som kjennes riktig, om pasienten er kvinne eller mann, og om man som terapeut har den tryggheten som kreves og et ønske om å være nær. Noen fysioterapeuter velger i møte med pasienter som «bestiller» massasje, en annen tilnærming enn å imøtekomme dette tydelige ønsket fra pasienten.

Pasientene sier de føler seg sett og ivaretatt når fysioterapeuten er personlig. Noen av fysioterapeutene føler seg berørt når pasientene åpner opp og viser følelser. Det foregår en gjensidig berøring i møte mellom pasient og terapeut. Når man berører blir man også berørt.

Det finnes ulike meninger i berøring. Noen ønsker at berøringen skal gjøre vondt og mener massasjen må være hard for at det skal ha effekt. Effekt snakkes om på ulike måter. Noen snakker om synlig dokumentert effekt. Mens andre snakker om effekt i form av påfyll og rom for å puste, utløp for følelser, opplevelse av å bli sett og følelse av å være verdifull. Mange av disse er også synlige effekter, men de snakkes om på en annen måte. Ingen av pasientene i denne studien har en forventning om å bli helt bra, de fleste ønsker hjelp til å mestre hverdagen.
I neste kapittel vil de funnene, som nå er presentert, ses opp imot relevant forskning og teori.

6.0 Diskusjon og konklusjon

Denne masteroppgaven har undersøkt hvordan berøring i fysioterapi oppleves av fysioterapeut og pasient. Fokuset har vært på berøringens opplevde mening og hva som ligger til grunn for denne opplevelsen. I det foregående kapittelet ble funn fra undersøkelsen presentert. I dette kapittelet diskuteres sentrale elementer i disse funnene, og funnene blir sett opp imot foreliggende teori og forskning. Hvilken praktisk betydning dette kan ha for fysioterapeuter diskuteres i siste del av kapittelet. Avslutningsvis trekkes det noen konklusjoner på bakgrunn av funnene, og behovet for videre forskning blir belyst.

6.1 Hovedfunn

De mest sentrale funnene i denne studien kan samles under følgende fem tema;

«Det henger jo sammen, berøring av sjelen og berøring av kroppen»
- Informantene sier de opplever berøring som både fysisk og psykisk.

Berøring som inngangsport og døråpner
- Berøring oppleves som et sterkt virkemiddel for å nå inn til pasientens følelser.

Berøring som selvavsløring for fysioterapeuten
- Berøring kan avsløre fysioterapeutens eget forhold til nærhet og berøring.

«Hvem du er som terapeut betyr mer enn hva du gjør»
- Relasjonen mellom pasient og fysioterapeut har stor betydning for opplevelsen av berøring.

Å kjenne på skvisen
- Fysioterapeuter opplever en skvis mellom pasientens, egne og samfunnets forventninger.

Ett av inklusjonskriteriene for å delta i denne studien er som nevnt i kapittel 4, pasienter som går til behandling hos fysioterapeut hvor berøring er en del av tilnærmingen. De pasientene som ble rekruttert har gått hos sin fysioterapeut i lang tid. Dette var ikke et av inklusjonskriteriene, men man kan anta at det for fysioterapeuten var lettere å forespørre pasienter han eller hun hadde god kjennskap til. Pasienter som har gått til fysioterapeut over såpass lang tid har gjerne mer sammensatte og langvarige plager, som gjør at de sannsynligvis møter fysioterapeuten med andre ønsker og behov enn pasienter med mindre komplekse problemstillinger. Nettopp fordi disse pasientene har gått til fysioterapi over tid med berøring som en del av behandlingen, kan det være rimelig å anta at de vil være positive

til den type behandling, og tilfreds og fornøyd med måten berøringen gjøres.
Det er viktig at diskusjonen leses i lys av dette.
Samtidig har de fleste pasientene i utvalget erfaringer fra møte med andre fysioterapeuter, noe som kan bidra til å berike materialet.

6.1.1 «Det henger jo sammen, berøring av sjelen og berøring av kroppen»

Flere av informantene snakker på ulike måter om å bli berørt fysisk i tillegg til en psykisk berøring de opplever i møtet med hverandre. Massasje, støtte under balansetrening, klapp på skuldra, en følelse av å bli sett og tatt på alvor, eller «holdt i hånden» og fulgt over tid, er eksempler på ulike måter å bli berørt på, ifølge informantene. En av fysioterapeutene snakker om at ved å se pasienten som levd liv, og ved å ha en mer helhetlig tilnærming, blir berøringen ikke bare fysisk men mer psykisk.

Montagu (1986) hevder at berøring av mennesker aldri er rent fysisk fordi berøring av kropp alltid vil være berøring av følelser. Berøring har en dobbel betydning slik Nissen (2008) beskriver det. I tillegg til at man berøres følelsesmessig når man blir tatt på, vil det også gå den andre veien ved at man får kroppslige reaksjoner når følelsene berøres. Dette er i tråd med «den levde kroppen» Merleau-Ponty snakker om når han viser til at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Følelser er ifølge ham ikke noe som befinner seg avgrenset i en kropp, men følelser vil alltid være i verden (Engelsrud, 2006).

Pasientenes ønske om *å bli sett* som både kropp og sjel stemmer overens med Merleau-Pontys filosofi om kroppen som tvetydig (Engelsrud, 1992; Engelsrud, 2006).
Denne tvetydigheten kan bli tydelig når fysioterapeut og pasient møtes. Pasienten kommer gjerne til fysioterapeut med et konkret kroppslig problem, kroppen oppleves som noe man *har* problemer med og som man trenger hjelp til å fikse. Samtidig er mennesket bak problemet opptatt av å bli sett og berørt av fysioterapeuten fordi kroppen også er noe man *er* med liv og følelser. Flere av informantene trekker frem viktigheten av å se og bli sett. Uttrykket *å bli sett* snakkes om i forbindelse med at pasienten ønsker å bli tatt på alvor og føle seg ivaretatt av fysioterapeuten. At berøring har flere dimensjoner og at berøring foregår på flere plan, både på et fysiologisk plan og på et psykologisk plan, er altså noe informantene kommer tilbake til igjen og igjen. For pasientene handler det om at de har et ønske om at fysioterapeuten skal se de som det mennesket de er, med sin historie.
I lys av Merleau-Pontys kroppsforståelse vil kroppen aldri kunne ses på som en objektiv gjenstand uten at den samtidig uttrykker det livet pasienten har levd og lever, og de følelsene

pasienten har (Engelsrud, 2006). Det virker som at det er denne helhetlige forståelsen av kroppen pasientene ønsker å bli møtt med når de uttrykker behovet for å bli sett av fysioterapeuten.

Som teoretisk posisjon har Descartes' dualistiske splittelse mellom kropp og sjel hatt stor betydning for forståelsen av kroppen. På mange måter kan man si at den dualistiske holdningen til kroppen har vært problematisk og reduserende for pasienter i møte med helsepersonell. For selv om man i større grad enn tidligere ser sammenhenger mellom biologi, psykologi og sosiale forhold omkring pasienten (Espnes & Smedslund, 2009; Wifstad, 2018), finnes det en rekke eksempler på at dualistiske holdninger eksisterer også i dag. Pasienter går til legen eller fysioterapeuten for å reparere kroppen, og til psykolog for å reparere sjelen (Engelsrud, 2006). Også fysioterapifaget har tydelige dualistiske spor, og ifølge Engelsrud (2001) har faget hovedsakelig vært dominert av to ulike perspektiver; det mekaniske og det psykologiske.

Engelsrud (1992) bruker begrepene menneskesyn og kroppsforståelse, Tornquist (1992) snakker om hvilke «briller» fysioterapeuter har på, mens den ene informanten snakker om fysioterapeuters holdning. Alle er antakelig inne på det samme, nemlig hvilket fokus man som fysioterapeut har i møtet med pasienten. Hvordan kroppen forstås, har stor betydning for hvordan fysioterapi utøves, mener Engelsrud (1992). Hun mener at om man forankrer sin fagforståelse i dualistisk teori kan fysioterapeuter bevisst eller ubevisst få et mer mekanisk forhold til andre menneskers kropper (Engelsrud, 2006). En fysioterapeut med dualistiske briller vil være blind for at kroppen også er bærer av liv og historie, ifølge Tornquist (1992). Pasienten kommer med sin fenomenale kropp, men det er en fysisk og objektiv kropp som blir behandlet (Duesund, 1999).

Kan den kroppsforståelsen fysioterapeuten har påvirke måten han eller hun berører på? Hvis man ser kroppen som noe mer enn en ting, og tar hensyn til det mennesket som berøres ved å formidle ro, omsorg og nærhet, vil berøringen ifølge Autton (1990) bli mer *bevisst.* Den bevisste berøringen han snakker om virker å være den samme som den *uttrykksfulle, spontane og empatiske* berøringen forskningen har definert som en motsetning til den *instrumentelle, oppgaveorienterte* berøringen, som er mer *mekanisk* og følelsesløs (Kelly et al, 2018; Edwards, 1998; Bunkan & Schultz, 2009). Hvordan grepet og håndlaget er, hvor oppmerksomheten er og hvordan samspillet mellom fysioterapeut og pasient er, avgjør ifølge Bunkan og Schultz (2009) om berøringen blir instrumentell eller empatisk. For at berøringen

skal bli empatisk må den som berører ha hele sin oppmerksomhet hos pasienten, og hendene må kunne formidle nærhet og aksept, men også diskresjon og respekt, mener de.

Utover at holdning, menneskesyn, kroppsforståelse og «briller» kan være med å påvirke hvordan man som fysioterapeut berører pasienter, vil selvsagt pasientens problematikk også være styrende for i hvor stor grad berøringen blir instrumentell eller empatisk. Det er forskjell på pasienter og hvor stort behov eller ønske de har for å bli berørt empatisk, og hvor stort behov de har for å bli berørt instrumentelt. Berøring trenger for så vidt ikke, ifølge Bunkan og Schultz (2009), å enten være empatisk eller instrumentell. Berøring kan, selv når man gjennomfører tydelige kliniske oppgaver, uttrykke tilstedeværelse, empati, omsorg og medfølelse. Berøring kan være begge deler på samme tid.
Å se pasienten vil derfor ikke handle om å kun berøre empatisk. *Å se* pasienten vil også kunne handle om å se akkurat den pasienten man har foran seg, dens ønsker og behov, slik at vedkommende blir møtt og berørt på en måte som gir mening og en positiv opplevelse for den enkelte.

6.1.2 Berøring som inngangsport og døråpner

At berøring er et sterkt virkemiddel er det flere av fysioterapeutene som sier. Med sterkt virkemiddel mener de at berøring kan, hvis forholdene ligger til rette for det, ha den effekten at pasienter slapper av, åpner opp og deler tanker og følelser som de ellers ikke ville gjort om de ikke ble berørt. Noen mener berøring på den måten gir en mulighet for å komme til kjernen av pasientens problem. I møte med pasienter, der det har en hensikt å få pasienten til å slippe opp spenninger og følelser og kanskje prate om det som egentlig er problemet, vil altså berøring kunne brukes som en døråpner, mener flere.
Denne muligheten til å berøre og komme såpass nær pasienten er det ikke mange andre yrkesgrupper som har (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016), og for noen yrkesgrupper vil det til og med oppfattes som uprofesjonelt å skulle ta på pasienten (Burkholder et al, 2010; Kelly et al, 2018). En pasient som oppsøker fysioterapeut har gjerne en forventning om å bli berørt, og vil oppleve det skuffende om forventningen ikke blir innfridd, slik flere av informantene forteller.

Flere av fysioterapeutene sier i intervjuene at pasienter har lettere for å prate når de ligger på benk og blir tatt på. Jourard (1968) mener også det er lettere å snakke med noen når man er i fysisk kontakt med hverandre. Ifølge han kan hudkontakt være inngangsporten for å hjelpe en anspent og reservert pasient til å sette ord på sine problemer, og ved det få større selvinnsikt.

Også Ekerholt og Bergland (2006) mener berøring gir en intimitet, nærhet og avspenning som øker fortroligheten. Hvilke spørsmål man stiller underveis i berøringen er også med på å bestemme hvorvidt pasienten åpner seg eller ikke, ifølge en av fysioterapeutene som ble intervjuet. Hun mener også at det finnes grenser for hvor nært man bør tilnærme seg pasienten, ikke bare i fysisk berøring men også gjennom samtale.
En av de andre fysioterapeutene forteller om pasienten som aldri kom tilbake igjen etter at hun kom for nær gjennom samtale. Fysioterapeuten mener selv at hun hadde stilt pasienten litt for mange personlige spørsmål allerede i det første møtet, og at pasienten antakelig kjente at det ble for nært, og at hun hadde utlevert seg for mye litt for tidlig.
Bunkan og Schultz (2009) er opptatt av at pasientens grenser for hvor langt han eller hun vil slippe terapeuten inn på seg må respekteres, slik at man ikke ydmyker pasienten eller forfører pasienten til å betro seg mer enn vedkommende ønsker. De grensene hver enkelt pasient har, definerer trygge rom eller territorium som enten kan bli invadert eller respektert (Kelly et al, 2018). Blir det trygge rommet invadert vil berøringen ikke oppleves som positiv og den kan virke krenkende for den det gjelder, slik Paterson (2007) beskriver virkningen av alle typer uønsket berøring.

To av de fem fysioterapeutene som ble intervjuet sier de aldri har opplevd berøring som en døråpner inn til pasientens følelser slik de andre beskriver. En av de sier at han ikke har slike pasienter der han jobber. En mulig årsak kan være at de pasientene som kommer til ham ikke har det samme behovet for å åpne opp, fordi disse pasientene har enklere og mindre sammensatte problemer. Begge disse to fysioterapeutene sier de er hardhendte og bruker store krefter for å oppnå effekt ved massasje.
Pasienter er forskjellige og har nok ulike behov i forhold til hvorvidt de ønsker å åpne seg for fysioterapeuten. I tillegg kan man kanskje tenke seg at en hardhendt berøringsteknikk er mer instrumentell enn empatisk og nær, og at den måten å berøre på også vil kunne hindre en pasient i å åpne opp, om så behovet skulle være der. Hva som er høna og egget av pasientens behov og fysioterapeutens berøringsteknikk, kan nok av og til være vanskelig å si.

Hva kreves egentlig, og hva skal til for at berøring skal være en døråpner inn til pasienten?
I tillegg til at pasientens problematikk og behov har noe å si for hvordan man berører og hvilken hensikt berøringen skal ha, er det også en rekke andre faktorer som trekkes frem som viktige for at fysioterapeuten skal klare å skape det nødvendige rommet slik at berøring blir en døråpner. Det kan antakelig handle om forhold i fysioterapeuten som person og det kan

handle om forhold i omgivelsene. Hvorvidt fysioterapeuten selv ønsker å være nær eller ikke, og om pasienten får tid alene med terapeuten, mener flere av fysioterapeutene er avgjørende for hvordan berøringen virker. For at berøringen skal være avslappende og fortroligheten skal øke, er fysioterapeutens tilstedeværelse avgjørende. At fysioterapeuten er oppmerksomt tilstede, også med hendene sine og ikke har fokus på neste pasient, nevnes som viktig for flere av pasientene. Dette støttes i Ekerholt og Bergland (2006) sin studie der de har funnet ut at fysioterapeuters evne til å være sensitiv overfor pasientens reaksjoner, og deres evne til å lytte og justere berøringen i samspill med pasienten, vil kunne utløse følelser pasientene har båret på i lang tid.

Noen av fysioterapeutene i denne studien mener det er krevende å være nær og krevende å tilbringe mye tid med pasienten en til en, og at man som terapeut også må kunne sette grenser for seg selv. Ved å massere hardt og instrumentelt kan man kanskje skape mer distanse og slippe å være så nær. Kanskje kan det å ta med pasienten ut i treningsalen også være en måte å sette grenser for seg selv på. Bunkan og Schultz (2009) mener det er viktig at fysioterapeuter beskytter seg selv ved å sette grenser for hvor nær de vil komme pasienten.

6.1.3 Berøring som selvavsløring for fysioterapeuten

For at berøring skal oppleves empatisk og nært forventes det at fysioterapeuten blant annet skal være tilstede, sensitiv, personlig og trygg på seg selv, ifølge flere av informantene. En av pasientene sier at han forventer og ønsker at fysioterapeuten skal være et medmenneske i tillegg til å være fysioterapeut.

Ifølge Autton (1990) berører ofte fysioterapeuter pasienter som en nødvendig del av yrket fremfor et tegn på mellommenneskelige forhold. Han mener den empatiske, uttrykksfulle og bevisste berøringen fra en terapeut er mer personlig enn den instrumentelle berøringen. Som han sier vil en varsom hånd på pasienten vise bedre enn vakre ord at man ser en person og et medmenneske, hvor man er venner samtidig som man er omsorgsgivere.

Hva kreves av en fysioterapeut for å være medmenneske og personlig i møte med pasienten?

Empatisk berøring innebærer en selvavsløring, ifølge Jourard (1968). Den som berører kan ikke skjule seg bak sin behandlerrolle, men må vise seg som et medmenneske. Det krever mot og trygghet av terapeuten å åpne opp for egne følelser i dette møtet. For å være personlig i møte med andres sårbarhet mener også Askland (2006) at man ikke kan gjemme seg bak den profesjonelle masken, som han kaller det.

For å være nær må man altså selv like nærhet, som en av fysioterapeutene sier. En annen

mener at om man vil unngå nærhet så unngår man også i større grad å være alene med pasienten.

Ifølge Bunkan og Schultz (2009) vil pasienten kunne fange opp flere kvaliteter i terapeutens grep enn terapeuten selv er klar over. De mener at pasienten vil kunne kjenne hva slags forhold fysioterapeuten selv har til berøringen. Dermed kan man si at terapeutens følelser i berøringen avsløres. Hvis pasienten eller terapeuten føler aversjon mot å bli berørt av den andre, blir det ingen god terapi. Uten at samspillet mellom de to harmonerer, blir bare berøringen instrumentell og reduksjonistisk, mener Bunkan og Schultz (2009).

Flere av fysioterapeutene som ble intervjuet sier at de liker å være nær pasientene sine og at det kan gi en god følelse å involvere seg i og ha en positiv nærhet til pasienten.
I og med at berøring også setter i gang følelser i terapeuten, mener Bunkan og Schultz (2009) at det er viktig å komme i kontakt med seg selv og bli kjent med egen kropp, egne reaksjoner og egne grenser for å tørre å møte pasienten gjennom berøring.
En av pasientene som ble intervjuet uttrykker et ønske om at fysioterapeuten oppriktig skal bry seg om henne, at hun ikke bare er en av mange pasienter. Det gjør at hun føler forholdet til fysioterapeuten blir mer personlig.

Tornquist (2001) mener også at når man bruker berøring og tør å være nær, blir berøring en gjensidig opplevelse. Hun sier som Bunkan og Schultz (2009) at det er naturlig at berøring også vekker følelser hos den som berører og at man på den måten, i tillegg til å bli kjent med andre mennesker, også blir kjent med seg selv. Ved å berøre får man en helt spesiell mulighet for tilstedeværelse, erkjennelse og deltakelse, hevder Tornquist (2001). Et slikt syn vil ifølge henne kreve at behandleren tør å være personlig i situasjonen og ser seg selv og pasienten som levende subjekter.
Skal berøring kunne skape noe i den som berøres og påvirke opplevelsen av berøringen til å bli empatisk, må man altså som terapeut tørre å involvere seg følelsesmessig i møtet med pasienten. Ved å gi av seg selv og involvere seg i møte med pasienten risikerer fysioterapeuten, som Jourard (1968) sier, å avsløre seg selv og sine følelser i berøringen.
Det er ikke bare pasienten som blir sett, men fysioterapeuten blir også sett tilbake.
De er begge subjekter i møtet og de påvirker derfor hverandre gjensidig i berøringen.
En uoppmerksom og sliten terapeut, en terapeut som føler aversjon mot pasientens kropp eller en terapeut som er redd for at berøringen blir misforstått som noe seksuelt, kan dermed overføre sin egen frykt og sitt eget ubehag til pasienten. Pasienten vil kunne merke at

fysioterapeuten er uoppmerksom og lite tilstede. En av fysioterapeutene som ble intervjuet innrømmer at om hun er sliten en dag har hun lettere for å se på klokka og tenke på andre ting mens hun masserer pasienten.

På en måte kan det også være selvavslørende for fysioterapeuten å skulle berøre empatisk hvis berøringen skulle åpne opp følelser hos pasienten. Da avsløres det om terapeuten er trygg nok på seg selv til å ta imot den andres og egne følelser i situasjonen. Ved å lære seg å forstå seg selv og egne reaksjoner, vil man ha et bedre grunnlag for å forstå andre, dermed vil man også kunne ha et bedre utgangspunkt for et personlig og empatisk møte (Engelsrud et al, 2016; Kelly et al, 2018; Skau, 2017).

Merleau-Pontys syn på kroppen innebærer at kropp og omverden står i et dialektisk forhold til hverandre. Kroppen er både seende og synlig, berørende og berørt. Kroppen er ikke en mekanisk gjenstand som svarer på omverdenens stimuli, men står i et levende samspill og i en ustanselig dialog med verden. Fenomener blir det de er i møte med omverdenen, som Duesund (1999) sier det. Når det kommer til fenomenet berøring vil berøring ut ifra denne måten å forstå kropp på være noe som skapes i møte med omverdenen, berøring oppstår i relasjon og i kontekst. Berøring kan bli mye forskjellig, avhengig av relasjonen til den som berører, tidligere kroppslige erfaringer samt hvordan og hvor berøringen foregår.

Fysioterapeuter blir ifølge Bunkan og Schultz (2009), sett på som profesjonelle yrkesutøvere og profesjonelle berørere. Skau (2017) mener at i arbeid med levende mennesker innebærer god profesjonalitet at fysioterapeuten også er i stand til å være personlig. På den måten vil det å være personlig i berøringen, være et medmenneske i møtet og bli følelsesmessig involvert, være en del av den profesjonelle kompetansen fysioterapeuten bør ha med seg.
Selv om ingen av informantene i dette materialet gjør det, vil kanskje noen fysioterapeuter si at det å være profesjonell handler om å være objektiv og følelsesmessig nøytral, slik Dahle (1992) beskriver begrepet. En slik definisjon vil kunne skremme enkelte til å tro at de er uprofesjonelle om de bringer inn egne følelser og involverer seg i pasientens situasjon.
En frykt for å «bli avslørt» som uprofesjonell vil derfor også kunne være en grunn til at man unngår å være empatisk, og heller velger å være instrumentell og mekanisk i berøringen.

Flere av informantene trekker frem hvor viktig det er for dem å bli godt kjent med fysioterapeuten sin. At også fysioterapeuten forteller og deler erfaringer fra eget liv er noe flere av pasientene setter pris på. Hva som ligger i det *å kjenne hverandre* er litt uklart. Selv

om pasienten vet og kjenner forhold omkring fysioterapeutens liv, vil antakelig ikke forholdet være helt likestilt og gjensidig. Dahle (1992) mener fysioterapeuter må være i stand til å kombinere profesjonell autoritet og medmenneskelig nærhet. Antakelig går det en grense for profesjonalitet et sted mellom det å være personlig og det å bli privat. Det er ikke sikkert det alltid er helt tydelig hvor denne grensen går når man har fulgt samme pasient i 18 år. Igjen vil en instrumentell berøring kunne skape en avstand som kompenserer for den nærheten som ligger i det å være privat. Frykten for å tippe over fra personlig til privat vil kanskje kunne føre til at fysioterapeuten kompenserer med å massere hardt for å unngå å «bli avslørt» som for nær og uprofesjonell.

En av informantene mener fysioterapeuten blir mer privat enn personlig om han gir henne en klem. Hun synes fremmede mennesker klemmer for mye på hverandre, og det å gi en klem blir for henne litt for nært. En av fysioterapeutene snakker om hvor nært hun synes berøring er. Man er innenfor «det personlige rommet» når hud møter hud, sier hun.
Nettopp fordi fysioterapeuter anerkjennes som profesjonelle berørere har man lov til å komme pasientene ganske nær fysisk (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Autton, 1990).

Historisk sett har massasje vært omdiskutert i faget av flere grunner. En av dem er at den naturlige intimiteten, som ligger i det å ta på pasienters kropp, har blitt assosiert med seksualitet og prostitusjon, som var relativt utbredt første halvdel av 1900-tallet. Når en av fysioterapeutene i intervjuet bruker ordet *beføle* i stedet for *berøre*, kan det bety at det ligger en tanke eller en slags frykt for at berøring skal misforstås til å fortsatt ha likheter med denne virksomheten. Man kan diskutere om berøring, og da spesielt den varsomme, empatiske og uttrykksfulle berøringen, til tross for at den er profesjonell, bærer med seg uheldige assosiasjoner på grunn av den forvekslende like nærheten til seksualisert berøring.
Forskning viser at frykten for å bli feiltolket i en berøringssituasjon er en av de største truslene mot berøringens rolle i profesjonsutøvelsen (Kelly et al, 2018).
Likedan viser litteraturen at berøring innebærer en risiko for å bli misforstått fordi det i berøring ligger en stille forventning eller en slags nærhet, som lett grenser til den intime berøringen seksualiteten også innehar. Studier viser at flere mannlige og kvinnelige sykepleiere nettopp lar være å berøre pasientene sine i frykt for å bli feiltolket i berøringssituasjonen (Routsalo & Isola, 1996; Routsalo & Isola, 1998). På grunn av den intimiteten som ligger naturlig i berøringen, stilles det store krav til hvordan berøringen utføres for at den ikke skal misforstås, ifølge Edwards (1998).

Som tidligere diskutert er det forskjell på den nærheten man får til pasienten når man berører varsomt og empatisk, sammenliknet med hardt og instrumentelt. Kan det være frykten for at denne nærheten blir for intim som gjør at noen av fysioterapeutene er så opptatt av å massere hardt? Vil frykten for å bli «avslørt» eller misforstått kunne avgjøre om og hvordan man berører?

Det er rimelig å anta at hendelser i samfunnet for øvrig som for eksempel #metoo- kampanjen og liknende, også kan påvirke fysioterapeuter til å i større grad unngå berøring.

Simon (1986) er bekymret for at denne frykten for å bli misforstått fører til at mennesker tar mindre på hverandre, og at berøringens positive potensiale ikke kommer til sin rett når berøring knyttes til seksualitet på en uheldig måte. Flere av fysioterapeutene som ble intervjuet forteller at de av og til, for å unngå den intimiteten som ligger i berøring og frykten for at berøringen skal misforstås av pasienter av motsatt kjønn, har gitt pasienten øvelser i stedet.

Den andre grunnen til at massasje har vært et omdiskutert tiltak i fysioterapien er dens manglende fotfeste i naturvitenskapelig forskning. Massasje har derfor blitt sett på som kvakksalveri og alternativ behandlingsmetode i over 100 år (Haugen, 1997).

Kanskje bærer noen fysioterapeuter med seg en frykt for «å bli avslørt» som uprofesjonell, når de benytter seg av metoder som i liten grad er forsket på og som anses som alternative. Denne selvavsløringen må fysioterapeuten tåle for å klare å være empatisk, personlig og nær i berøring, ifølge Jourard (1968).

6.1.4 «Hvem du er som terapeut betyr mer enn hva du gjør»

Med den levde kroppen om utgangspunkt befinner mennesker seg i en relasjon til alt man møter, mener Merleau-Ponty. Den levde kroppen er tilgangen til verden og den står i et dialektisk forhold til omverdenen, der fenomener blir til gjennom forholdet til hverandre. Berøringen blir til gjennom forholdet til den man berører eller berøres av. Som relasjonell kropp kan man merke både seg selv og andre gjennom kroppen (Engelsrud, 2006).

Alle informantene hevder at den kommunikasjonen og det samspillet som foregår mellom fysioterapeut og pasient er selve grunnlaget for opplevelsen av berøringen. Samtlige av både fysioterapeutene og pasientene legger stor vekt på betydningen av å ha en god relasjon til den man skal berøre eller den man skal berøres av. En av pasientene sier at en trygg relasjon vil gjøre berøringen til en positiv opplevelse, og en utrygg relasjon til den man berøres av vil gjøre opplevelsen ubehagelig. Om berøringen oppleves som god eller mindre god kan altså

avhenge av hvor trygg man er i relasjonen til den man berøres av. For at berøring i fysioterapi skal kunne være en positiv opplevelse må den være ønsket, i tillegg til at den må utføres av noen man har tillit til, altså av noen man ønsker å bli berørt av, som Tornquist (2001) sier. En god relasjon er viktig for en positiv opplevelse av berøring.

I likhet med Tornquist (2001) trekker flere av pasientene frem tillit til fysioterapeuten som premiss for en god relasjon. Skau (2017) poengterer betydningen av at terapeuten er genuint interessert i å lytte og hjelpe, samtidig som også hun påpeker at tillitt er en sentral premiss for at pasienten skal føle seg trygg. Flere av informantene mener at ved å gå til den samme fysioterapeuten over lengre tid bygges tillit og skapes trygghet. Til grunn for en god relasjon løfter Skau (2017) frem det personlige i møte med pasienten. Terapeutens personlige kompetanse, i form av personlig væremåte og empatiske og relasjonelle kvaliteter, avgjør om berøring av pasienter blir gjort på en god og ivaretakende måte.

Kjemi er også et ord som går igjen i flere av intervjuene. God kjemi er når praten glir lett og man kan slappe av i hverandres nærvær, sier en av pasientene. Dårlig kjemi kan være en god grunn til å skifte fysioterapeut, mener en annen.

I tillegg til pasientene mener også samtlige av fysioterapeutene som ble intervjuet at relasjonen mellom terapeut og pasient er avgjørende for opplevelsen av berøring også for de. En av de meddeler at det kan være tungt å være fysioterapeut om kjemien ikke stemmer. Hun forteller at hun tidligere har opplevd å avslutte behandlingen fordi hun og pasienten hadde dårlig kjemi. Det kan altså være en grunn for å avslutte behandlingen både fra pasienten og terapeutens side om kjemien ikke stemmer.

Tillit, kjemi og trygghet er grunnlaget for en god relasjon, og en god relasjon er grunnlaget for en god opplevelse av berøring i behandlingen.

Kan man også tenke motsatt, at berøring har betydning for relasjonen?

En empatisk berøring viser at den som berøres betyr noe, at man som fysioterapeut ser den andre som et medmenneske og venn, sier Autton (1990). Man er seg bevisst at berøringen er toveis og at man som terapeut og pasient møtes i et intersubjektivt forhold der begge er subjekter og begge berøres, som Merleau-Ponty ville sagt det (Engelsrud, 2006).

En instrumentell, oppgaveorientert og ubevisst berøring, der pasienten er et objekt for fysioterapeuten, vil trolig skape avstand fremfor nærhet mellom den som berører og den som berøres. Dette kan antakelig påvirke relasjonen negativt, spesielt hvis pasienten har forventninger om en annen type berøring.

Ifølge Uvnäs Moberg (2006) vil behagelig berøring kunne påvirke relasjonen til den man

berøres av. Når man kan kjenne seg rolig og fredelig, er man også mer åpen, følsom og interessert i andre omkring seg. I en slik tilstand vil man se på verden og andre mennesker i et positivt lys, sier hun.
Kan man si at det i seg selv er en tilstrekkelig begrunnelse for å velge å gjøre berøring, hvis hensikten med den først og fremst er å skape en god relasjon til pasienten?
Tornquist (2001) mener det, og sier at berøringens betydning i møte mellom mennesker er relevant kunnskap for fysioterapeuter, nettopp fordi man vil kunne benytte berøring i relasjonsbygging.
Noen av informantene mener at relasjonen er av såpass stor betydning at det spiller inn på resultatet av behandlingen, og at hvem man er som terapeut betyr mer enn hva man faktisk gjør. Dette bekreftes både i Bjorbækmo og Mengshoel (2016) sin studie og i annen fysioterapiforskning som indikerer at pasient-terapeut-relasjonen i seg selv kan ha en helbredende effekt (Hall et al, 2010) .
Studier har vist at terapeutens personlige egenskaper, som blant annet evnen til å vise innlevelse, empati og respekt, skape trygghet og være oppmerksomt tilstedeværende, har stor betydning for hvor godt utbytte pasienten får av behandlingen (Skau, 2017; Hall et al, 2010; Bjerke, 2016; Ekerholt & Bergland, 2006).

Samtidig kan man kanskje tenke seg at det er lettere for pasienter å evaluere selve relasjonen fremfor å skulle evaluere tiltaket og behandlingen forøvrig. Hensikt og bakgrunn for valg av tiltak er mer fagspesifikt, noe som fysioterapeuten kan mer om, mens relasjonen og mennesket som behandler er mer allment, og lettere å uttale seg om for pasienter.

Hvis det nå er sånn at hvem du er som terapeut betyr mer enn hva du gjør, skulle man kanskje tro at pasienten likeså godt kunne gå til en annen type behandler? Hvorfor skal man gå til fysioterapeut hvis tiltaket er mindre viktig og relasjonen betyr mest?
Mange pasienter gjør nok også det, velger å gå til en annen behandler fordi kjemien stemmer bedre der. At relasjonen betyr alt og tiltaket ingenting er nok å sette det hele på spissen, men en fordel i relasjonsbyggingen mellom pasient og fysioterapeut er først og fremst muligheten for berøring, som da mange andre terapeuter eller behandlere ikke har.
I tillegg til de faglige vurderingene og de tiltakene fysioterapeuten velger å gjøre, har en fysioterapeut mulighet til å følge pasienten jevnlig og over lang tid.
Utfordringen vil i noen tilfeller kunne være at pasienten opplever et slags avhengighetsforhold til fysioterapeuten sin hvis relasjonen blir veldig betydningsfull. Flere av

pasientene sier i intervjuene at de er avhengig av fysioterapeuten sin. Hvis man over lengre tid opplever å bli *holdt i hånden* kan det kanskje bli vanskelig å slippe den hånden etter hvert også. Noen pasienter vil kunne kjenne seg avhengig av selve tiltaket, eventuelt massasjen eller berøringen de får hos terapeuten, andre føler seg kanskje mer avhengig av selve relasjonen de har til terapeuten sin. For at pasienter skal unngå å stå i et avhengighetsforhold til terapeuten, vil det antakelig være av betydning at fysioterapeuten klarer å være profesjonell og unngår å bli for privat i møtet.
Man kan vel også se for seg at terapeuter kan bli avhengig av pasienter de enten har involvert seg veldig følelsesmessig i, eller som det ligger en slags egen tilfredsstillelse i å hjelpe (Askland, 2006). Selv om det finnes hårfine grenser mellom det å være personlig og det å bli privat, det å ha en god og sunn pasient-terapeut-relasjon og det å stå i et avhengighetsforhold til hverandre (Askland, 2006), ser det ut som fysioterapeuter har en spesiell mulighet til å bli godt kjent med, og opparbeide en god relasjon til pasienten, fordi man er nær og følger opp pasienten over tid.

6.1.5 Å kjenne på skvisen

Ut ifra det informantene forteller, vil opplevelsen av berøring avhenge av en rekke forhold. Hvilke behov og forventninger pasienten har, og hvilket forhold fysioterapeuten selv har til berøring er av betydning. I tillegg er altså relasjonen mellom fysioterapeut og pasient avgjørende for om opplevelsen av berøringen blir god eller mindre god.

Flere av fysioterapeutene beskriver en følelse av å befinne seg i en slags skvis, midt mellom alle forventningene som omgir dem, når de skal vurdere hvorvidt berøring skal være et virkemiddel i behandlingen av pasienten. Skvisen mellom behovet for berøring en del pasienter kommer med og de krav samfunnet stiller med tanke på pasientenes ansvar for egen helse, dokumenterte effekter og målbare tiltak, er av praktisk betydning for mange fysioterapeuter. Pasienter har ulike behov for berøring. Flere og flere mennesker lever alene (Dalheim, 2002) og opplever kanskje berøring i mindre grad enn hva man gjorde da storfamiliene bodde tettere og under samme tak (Nissen, 2008).

Montagu (1986) mener at mennesker som aldri blir berørt blir underernært på kroppskontakt. Han beskriver berøring som sinnets mor og viser dermed at han ser en sterk kobling mellom kroppen og sinnet. Han mener i likhet med Tornquist (2001) at berøring er en manifestasjon av oss selv. Ved å bli berørt kjenner jeg at jeg er meg. Berøring bekrefter selvet og berøring bekrefter at jeg er en kropp. Mangel på berøring vil dermed kunne gi en manglende

bekreftelse på selvet og en manglende manifestasjon av oss selv. Vil denne kunnskapen om berøringens betydning for menneskets selvfølelse kunne ha noe å si for hvorvidt man som fysioterapeut velger å ta på pasienten eller ikke?

Noen fysioterapeuter velger å møte pasientens udekkede behov for og forventninger om berøring, med å gi berøring. Mens andre er av den oppfatning at de pasientene som drar rundt og shopper velvære, og som bare ønsker å legge seg ned på benken, heller bør dra andre steder enn til fysioterapeut for å få dekket dette behovet. For er det egentlig fysioterapeutens jobb å dekke et udekket berøringsbehov?
Noen av fysioterapeutene sier at for å kunne gi massasje må pasienten selv gjøre en innsats og være aktiv. Massasje blir en gulrot pasienten kan få om han eller hun er flink til å trene. Hvor kommer denne tanken fra, at pasienten skal være aktiv for å få massasje? Det kan virke som det finnes en slags oppfatning av hvordan man skal være pasient på en riktig måte.
Er det samfunnets forventninger som slår innover fysioterapeuten?

I Stortingsmelding nr. 16 (Meld. St. 16 (2002-2003)) *Resept for et sunnere Norge*, blir det nemlig stilt tydelige krav om at folk selv skal ta større ansvar for egen helse ved å leve sunt og være i aktivitet. Det skal forebygges mer og repareres mindre. Fokuset på trening og kompetanse i folkehelsearbeidet har blitt løftet frem fra nasjonalt hold. Fysioterapeuter, som eksperter på bevegelse og fysisk aktivitet, blir med de nye politiske strategiene rundt årtusenskiftet viktige aktører. Den aktive tilnærmingen i fysioterapien har derfor naturlig nok fått mye fokus og er helt i tråd med folkehelsemeldingen. Det at pasienter skal legge seg på benk og motta behandling, kan oppfattes som lite hensiktsmessig og i tillegg gammeldags ut ifra de nye politiske føringene. Den ene tilnærmingen trenger ikke å utelukke den andre og noen ganger kan de nok også utfylle hverandre. Berøring foregår også i andre situasjoner enn på benk. Berøring skjer også i veiledning og trening. Allikevel kan det nok synes som om pendelen har svingt fra en tid hvor pasienten kom til fysioterapeut for å bli fikset, til å nå skulle ta mye ansvar selv. Når pasienter forteller at de opplever å lete lenge etter fysioterapeuter som tar på pasientene, må man spørre seg om man med alt fokuset på aktivitet og bevegelse kan ha forkastet noe på veien.

Flere av fysioterapeutene medgir at en alt for tydelig bestilling om massasje kan føre til at massasje ikke blir en del av behandlingen. Et stort behov for å bli tatt på vil ikke nødvendigvis bli møtt. Det kan nesten virke som at jo tydeligere behovet er, desto større er sjansen for å bli avvist.

Det kan tenkes at pasientens ønsker og behov går på tvers av fysioterapeutens faglighet, og at fysioterapeuten ikke vil gi det pasienten etterspør nettopp fordi det ikke finnes faglig begrunnelse for bestillingen. Hvis pasienten kommer for å legge seg ned og bli fikset uten å gjøre noe som helst av egeninnsats, er det i lys av folkehelsemeldingen forståelig at dette vekker en slags motstand hos enkelte terapeuter.

Noen av fysioterapeutene vil at pasientene selv skal være aktive med i behandlingsprosessen ved å uttrykke hva de selv forventer og har behov for når de er hos fysioterapeuten. Ikke alle trenger mer aktivitet, noen har heller behov for hvile. Ønsker pasientene å motta nærhet og berøring, så mener flere av terapeutene at det må være lov å innfri dette ønsket.
Bunkan og Schultz (2009) mener det er uheldig om fysioterapeuter slutter å ta på pasientene sine. Klinisk erfaring viser at massasje er en nyttig metode fysioterapeuten har til rådighet som en integrert del av praksis, altså gjerne kombinert med andre tiltak.
Samtidig er også de av den oppfatning at økt fokus på egen innsats, innsikt og aktiv tilnærming, fremfor å la seg behandle passivt og vente på at terapeuten skal gjøre dem friske, er en av årsakene til at mange har sluttet å massere og berøre.

Møtet med et berøringsbehov ser ut til å kunne være ganske ulikt fra terapeut til terapeut. Der noen i stedet for å lytte til hva pasientens sier, velger å møte et tydelig behov med ren avvisning, velger andre å imøtekomme pasientens ønske om berøring.
En avvisning kan enten være at pasienten får beskjed om å gå et annet sted, eller blir satt i trening i stedet. Kanskje kan pasienten få massasje etter trening, som en premie for å ha vært flink. Hva er det med berøring og massasje som får frem slike reaksjoner hos fysioterapeuter?
I tillegg til en økt forventning i samfunnet om mer aktivitet og egen innsats, krever også norske myndigheter at klinisk praksis skal være kunnskapsbasert, hvilket innebærer at behandlingen som gis pasienter skal være nyttig i form av at den skal føre til bedring og målbare effekter (Terum & Grimen, 2009; Mengshoel, 2007). Dette kan være en grunn til at metoder som ikke har overbevisende rotfeste i forskningen, velges bort.

Hensikten med forskningsbasert kunnskap om hva som virker i praksis er å forbedre kunnskapsgrunnlaget hos fysioterapeuter og andre profesjonsutøvere i helse- og omsorgssektoren. Derfor har det altså i større grad blitt stilt spørsmål om de tiltak man gjør, faktisk har de tilsiktede effekter. Kravet og ønsket om mer kunnskapsbasert praksis reiser ifølge Grimen og Terum (2009) spørsmålet om hvilken vekt forskjellige typer vitenskapelig kunnskap skal gis, hvilken vekt man skal tillegge erfaringer og skjønn og hvilken vekt

pasientenes erfaringer, ønsker og verdier skal gis. I forlengelsen av dette blir spørsmålet hva slags profesjonelle yrkesutøvere man ønsker å ha? Hva bør fysioterapeuter kunne?

Brukernes stemme er i tillegg til fysioterapeutens erfaringskunnskap og forskningsbasert kunnskap også en del av kunnskapsbasert praksis (Grimen & Terum, 2009). Hvordan forstås og vektlegges den kunnskapen? Brukererfaring skal være likestilt med annen type fagkunnskap og ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal pasienten selv ha medbestemmelsesrett i forhold til hvilke typer behandlingstiltak som skal igangsettes.
At profesjonsutøvelsen skal være kunnskapsbasert er det få som er uenig om, men det finnes derimot større uenigheter omkring hva som kan regnes som kunnskap og hva som regnes som bedring og effekter (Grimen & Terum, 2009; Dahl-Michelsen & Groven, 2018).

Noen av fysioterapeutene foretrekker å massere pasientene hardt og i dypet når de først masserer. De ønsker at massasjen skal ha en synlig effekt i etterkant.
Dette fokuset på og behovet for synlige effekter er kanskje også noe av det som har bidratt til å gjøre massasje så omdiskutert. For hva kan egentlig regnes som effekt?

Historisk sett har massasje manglet naturvitenskapelige begrunnelser og derfor har også metoden blitt sett på som en alternativ tilnærming i faget (Haugen, 1997).
Massasje som alternativ behandlingsmetode har på en måte truet fysioterapeuters profesjonalitet fordi fysioterapi, i likhet med medisin helst har villet støtte seg på RCT-studier i sin faglige profil (Dahl-Michelsen & Groven, 2018; Wifstad, 2018).
Beskyldingene om kvakksalveri og bruken av metoder uten virkning har vært utfordrende å forene med den faglige identiteten fysioterapien har forsøkt å bygge opp gjennom naturvitenskapelig forskning. Til tross for at man i dag har flere både psykologiske og fysiologiske dokumenterte begrunnelser for massasjens positive betydning, kan det virke som denne betraktes som utilstrekkelig, og at metoden fortsatt er omdiskutert i miljøet.

En av fysioterapeutene beskriver dilemmaet hun føler og skvisen hun står i når hun skal velge tiltak i behandlingen. Er det forskning, eller magefølelse og erfaring som gjelder? Hva er det som gir god nok begrunnelse for å velge for eksempel berøring som tiltak?
Magefølelse er et begrep flere av informantene bruker i løpet av intervjuene, og som flere mener er med og bestemmer om berøring skal skje og hvordan.

Ifølge Ekman (2004) er magefølelse vanskelig å forklare og vanskelig å begrunne. Han mener noen mennesker er mer disponible for magefølelse enn andre fordi noen er mer oppmerksomme og tar lettere inn små, nesten usynlige signaler fra andre mennesker.

Grimen og Terum (2009) peker på betydning av skjønn som en del av den nødvendige kunnskapen profesjonsutøvere må bruke i møte med pasienter.
Ifølge dem kan skjønn likne på magefølelse, men er i større grad basert på erfaringer. Skjønn er mer bevisst og lar seg lettere begrunne. I tilfeller der det mangler generell kunnskap, i møte med enkeltmennesker og for å kunne gi individualisert behandling, mener Grimen og Terum (2009) at skjønn er viktig.
Dette er også det noen av fysioterapeutene snakker om når de sier at de er redde for at fysioterapeuter glemmer å se enkeltmennesket. Man må alltid ha en viss grad av skjønn for å kunne gi individualisert behandling, nettopp fordi forskningen ofte sier noe om gjennomsnitt i en gruppe og ikke den enkelte pasient hver for seg, sier en av fysioterapeutene.

Magefølelse baserer seg på en viss pasienterfaring, mener noen. Kanskje kan man med mer pasienterfaring også lettere oppfatte de signalene som er utgangspunktet for magefølelsen, slik Ekman (2004) forklarer det. Eller det kan være at magefølelse for enkelte av informantene er det samme som det skjønnet Grimen og Terum (2009) snakker om.
Noen av informantene snakker om hva som føles *naturlig* eller om å *ha det inni seg* og *kjenne* eller *sense* hvem det er greit å berøre. Andre snakker om *magefølelsen* eller en slags *intuisjon* som forteller om man skal være nær gjennom berøring eller ikke.
Nesten alle fysioterapeutene forteller at de av og til benytter seg av metoder uten god dokumentasjon. Enten begrunnet i erfaring, magefølelse eller pasientens ønsker og behov.

I likhet med noen av informantene er også Grimen og Terum (2009) bekymret for at alt skal handle om forskning, og at alt skal kunne telles og måles for å være gyldig kunnskap. Hvis skjønnet ikke tillegges nok vekt mener de at det blir vanskelig å ivareta kompleksiteten i de problemer for eksempel fysioterapeuter møter. Så lenge naturvitenskapelige metoder fremheves foran for eksempel kvalitative studier vil det fortsette å være vanskelig å dokumentere effekten av berøring og massasje. Hvis man derimot kan begynne å se berøring fra andre perspektiver, finnes det andre og gode begrunnelser for berøring. Fysioterapeuter må antakelig i større grad øve seg på å finne andre forklaringer for en del av de tiltakene de gjør. Kanskje masserer ikke fysioterapeuten for at en muskel skal bli mer elastisk, kanskje gjør han det for at pasienten skal føle seg verdsatt og betydningsfull, og hvordan måler man i

så fall en slik virkning?
Selvfølgelig kan ikke magefølelse eller skjønn alene danne grunnlaget for de valg man tar, men denne kunnskapen kan kanskje i større grad integreres som en del av kunnskapsbasert praksis. Flere av fysioterapeutene forteller at de er opptatte av at pasientens stemme må tillegges vekt når valg av tiltak skal gjøres. En av de sier at om hennes pasienter føler seg bedre av det hun gjør, så bør man vel kunne si at målet er nådd og at begrunnelsen er god nok.
Når norske myndigheter krever at klinisk praksis skal være kunnskapsbasert innebærer dette at behandlingen som skal gis skal være nyttig i form av at den skal føre til bedring hos pasientene, og at tiltakene som gjøres skal kunne ha målbar effekt (Terum & Grimen, 2009; Mengshoel, 2007). Mengshoel (2007) mener det er en utfordring at mye av tenkningen innen fysioterapi og den evidensbaserte kulturen er grunnet i medisinsk-naturvitenskapelig tenkning. Denne tenkningen kommer ifølge henne til kort når man skal snakke om hva som gir mening og hva som er verdifullt for den enkelte pasient. Hva som bedrer pasienters fungering i dagliglivet og deres livssituasjon er svært individuelt og kan ikke alltid måles. Når det kommer til berøring står spørsmålet om effekt sentralt. Hva er effekt og hvordan måler man den? Er effekt kun synlige, målbare og objektive eller også personlige erfarte prosesser? Hvordan måler man effekten av berøring som viktig verktøy i relasjonsbygging eller effekten av berøring som døråpner inn til pasienten?

En pasient forteller at hun ikke har som mål å bli kvitt plagene, men hun har derimot behov for hjelp til å fungere i hverdagen. Hun sier hun trenger det påfyllet hun får når fysioterapeuten berører henne, og sier at det er den eneste gangen i løpet av dagen hun klarer å puste. Å få til å puste er en viktig opplevd effekt for henne, men å måle den blir heller vanskelig. Det er kun pasienten som kan sette ord på den virkningen berøring her har. Kanskje kan fysioterapeuten se at pasienten klarer å slappe av på benken, men hvordan måle følelsen av å få puste og få påfyll i naturvitenskapelige termer? Er det en type effekt å føle seg bedre, eller er den ikke synlig og objektiv nok til å være gyldig kunnskap?

Tidligere har det blitt diskutert hvorvidt kroppsforståelser og «briller» har noe å si for hvordan man ser, møter og berører en pasient. Hvilken kroppsforståelse og hvilket menneskesyn dominerer i møte med pasientene når man jakter synlige effekter og objektive mål? Defineres effekt og bedring ut ifra Descartes dualistiske eller Merleau-Pontys tvetydige kroppsforståelse? Hvis man skal ta innover seg at pasienten er noe mer enn en objektiv kropp,

må også de subjektive erfaringene pasienten sitter med i og etter en behandling også være gyldige. Hvis kun de objektive og målbare effektene skal ha en verdi, reduseres mennesket til å være en objektiv kropp i en dualistisk tankegang. Mengshoel (2007) mener fysioterapeuter i alt for liten grad har kunnskap om pasientens perspektiver på bedring.

En mulig årsak til at fysioterapeuter kjenner på en skvis av forventninger og ender med å stå i «spagat» for innfri disse, er det for det første fordi fysioterapeuten har en del forventninger og krav til seg selv som fysioterapeut. Sannsynligvis ønsker vedkommende å fremstå som profesjonell og gjøre de riktige valgene i møte med både pasientens og samfunnets forventninger og krav. Noen ganger opplever fysioterapeuten at det er riktig å følge magefølelse eller bruke skjønn i behandlingen. Fysioterapeuten ønsker å hjelpe, møte, ivareta, tilpasse seg og se pasienten. Samtidig har han eller hun behov for å sette en del grenser for seg selv i dette møtet. Dette kan avhenge av eget forhold til nærhet og berøring, hvor trygg han eller hun er på egne følelser i møtet, dagsform og eventuelt tidligere erfaringer.

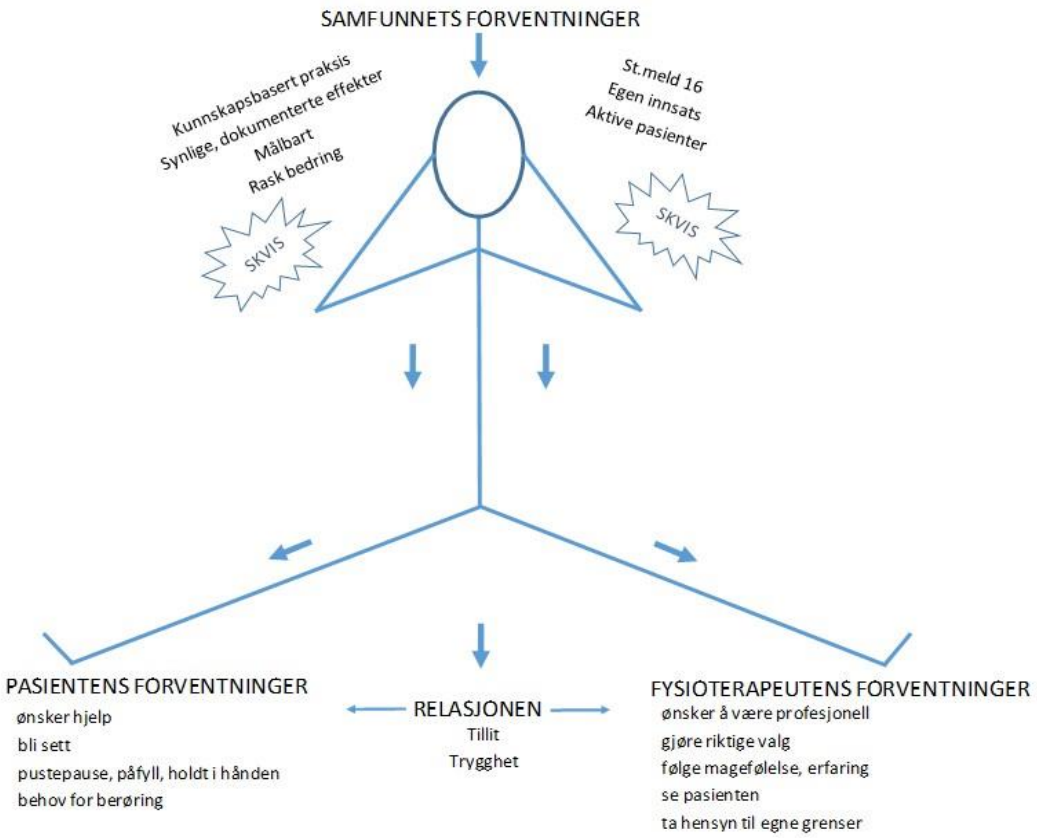
For det andre har pasienten som kommer til fysioterapeuten også med seg et sett forventninger. Dette kan være en forventning om å få hjelp til en relativt ukomplisert somatisk plage, eller det kan være at pasienten kommer med et behov for å bli sett som hele seg, slik som de fleste pasientene i denne studien har uttrykt. Kanskje kan behovet for å bli møtt mer helhetlig være størst for pasienter med mer sammensatte lidelser, der biopsykososiale årsaksfaktorer er tett vevd sammen (Borchrevink et al, 2009). Pasientene har et ønske om å bli sett som den de er og møtt med sine behov. Noen ganger er dette behovet berøring. Allerede her kan fysioterapeuten begynne å gå ned i «spagat» hvis pasientens forventninger og behov ikke er forenelig med fysioterapeutens forventninger til seg selv, og sin faglige forståelse av god fysioterapi. Hvis pasienten kommer med et ønske om å bli berørt, og fysioterapeuten av ulike grunner ikke klarer å innfri dette ønsket, kan det bli utfordrende.

For det tredje spiller også relasjonen en rolle for om berøring skal skje eller om berøringen blir en bra opplevelse. Hvis fysioterapeuten møter pasienten med å bygge en god relasjon gjennom trygghet, tillit og oppfølging over tid, vil en eventuell berøring kunne oppleves som påfyll og hjelp til pustepause i hverdagen. Pasienten opplever seg møtt, ivaretatt og sett. Gitt at konteksten og relasjonen er god, vil berøring også kunne være en døråpner inn til pasienten.

For det fjerde melder også samfunnets forventinger seg og tvinger dermed fysioterapeuten ut i ytterligere «spagat». Kravet om egen innsats og aktive pasienter, målbare tiltak, dokumenterte effekter og rask bedring er ikke alltid mulig å forene hvis fokuset hovedsakelig er på relasjonsbygging og erfarte prosesser som pust, påfyll, døråpner, opplevelser og mening. Fysioterapeuten kan dermed oppleve å stå med det ene beinet i pasientens forventninger, og det andre beinet i de forventningene han eller hun har til seg selv, samtidig som samfunnets krav presser på ovenfra.

Dilemmaet fysioterapeuten befinner seg i kan beskrives som en skvis mellom alle disse forventningene som presser på fra alle kanter, og som en «spagat» i det fysioterapeuten prøver å innfri alle forventingene på en gang. Se figur 6.1.6
Utfordringen for fysioterapeuten blir å skulle stå opp imot samfunnets forventninger som «kjerringa mot strømmen», våge å stole på erfaringer og magefølelse, bygge en god relasjon og lytte til og se hver enkelt pasient vedkommende har foran seg.

Figur 6.1.6



Selvlagd modell som viser fysioterapeuten som presses i «spagat» i et forsøk på å innfri alle forventningene.

6.2 Konklusjon

Denne oppgaven har hatt som formål å sette fokus på opplevelsen av berøring i fysioterapi. Intervju av fem fysioterapeuter og fem pasienter har gitt noen nye perspektiver når det kommer til betydningen av og meningen med berøring for de involverte.

Forskning viser at det finnes mange ulike typer av og hensikter med berøring i fysioterapi. Ofte vil en berøring ha flere hensikter og betydninger på samme tid (Roger et al, 2002). For pasientene i denne studien ligger det en stor verdi i følelsen av å bli sett i møtet med fysioterapeuten. Flere av pasientene mener berøring fra fysioterapeuten kan gi en følelse av å bli tatt på alvor. Gjennom empatisk berøring kan fysioterapeuten få formidlet at han eller hun ser pasienten som et menneske med historie og følelser. Følelsen av å bli sett kan man få av et klapp på skuldra eller ved å få tett oppfølging over tid. Noen pasienter føler seg sett i treningsal såfremt fysioterapeuten ikke overlater pasienten til seg selv, andre føler behov for å være alene med fysioterapeuten for å bli tilstrekkelig ivaretatt.

Berøring er som en av informantene sier; «*fysisk og psykisk og begge veier*». Man berører ifølge Montagu (1986) aldri bare fysisk eller bare psykisk. Berøring er alltid begge deler fordi mennesket er tvetydig, som Merleau-Ponty beskriver det (Engelsrud, 1992; Engelsrud, 2006). Berøring er begge veier fordi kroppen er dialektisk og i konstant samspill med sine omgivelser.

Fysioterapeuten vil i tillegg til å berøre, selv bli berørt i møte med pasienten. Fenomenet berøring oppstår i samspillet mellom fysioterapeut og pasient.
Hva berøring blir, avhenger av en rekke faktorer, som hensikten med berøringen, relasjonen mellom pasient og terapeut, hvilket menneskesyn og hvilken kroppsforståelse fysioterapeuten har, dagsform og tidspress hos fysioterapeuten og grenser for hva som føles greit av berøring for både fysioterapeut og pasient. Krav og forventninger samfunnet stiller til fysioterapeuten og behandlingen vil også påvirke hvorvidt berøring skjer og hvordan den vil kunne oppleves for de involverte.

Noen av fysioterapeutene mener berøring er et viktig verktøy for å komme nært innpå pasienten. Empatisk berøring vil, hvis forholdene ligger til rette for det, kunne fungere som en døråpner inn til pasienten og man vil kunne oppleve å komme til kjernen av pasientens problem ganske raskt. Berøring kan gi en intimitet, nærhet og avspenning som øker fortroligheten (Ekerholt & Bergman, 2006; Tornquist, 2005).

Pasientene i Ekerholt og Bergland (2006) sin studie opplevde at fysioterapeutens berøring ga dem en psykologisk opplevelse. Berøringen fra fysioterapeuten utløste følelser de hadde båret på i lang tid. Studien viste at terapeutens evne til å lytte og være sensitiv overfor pasientens signaler og reaksjoner var viktig for at pasientene skulle klare å gi slipp. Det å komme så nært innpå pasienter er en mulighet fysioterapeuter har, men som mange andre faggrupper ikke har (Kelly et al, 2018; Burkholder et al, 2010).

For å som fysioterapeut klare å skape det rommet som kreves for at empatisk berøring skal bli en døråpner, må fysioterapeuten ha både trygghet og overskudd til å være personlig og nær. Det er også nødvendig å tilbringe tid alene med pasienten. Ofte er det magefølelsen som styrer hvor nært man velger å gå gjennom berøring og samtale, ifølge en av fysioterapeutene.

Berøring kan virke selvavslørende for fysioterapeuten fordi pasienten vil kunne fange opp terapeutens eget forhold til berøring (Bunkan & Schultz, 2009). Om pasienten opplever at fysioterapeuten av en eller annen grunn ikke ønsker å berøre, vil det ikke bli god terapi.

Den skvisen og de dilemmaene fysioterapeuten står overfor har praktisk betydning i møte med pasienter. At fysioterapeuten befinner seg i en skvis og står i «spagat» handler om alle de forventningene han eller hun føler seg nødt til å innfri. Forventninger som ligger i fysioterapeuten selv, om å skulle ta hensyn til egne grenser samtidig som han eller hun etter beste evne ønsker å møte og se pasienten på en ivaretakende måte. Det handler om pasientens forventninger om å skulle bli sett og berørt og erfarte effekter de opplever. Sist men ikke minst presser de store kreftene i samfunnet fysioterapeuten ytterligere ned i «spagat» med politiske føringer, som forventer at pasienter tar mer ansvar for egen helse, at behandling skal ha dokumentert og synlig effekt og at bedring skal skje relativt raskt. I dette spennet skal fysioterapeuten få til et møte med pasienten der opplevelsen av berøring ikke skal havne helt i skyggen av fysioterapeutens forsøk på å innfri alle forventningene.

6.3 Videre forskning

Denne oppgaven kan med sine ti informanter ikke danne grunnlag for generalisering. Informantenes personlige opplevelser er gjort til gjenstand for analyse og tolkning i denne oppgaven og gjennom en analytisk generalisering vises hvordan informantenes erfaringer også kan gjelde andre fysioterapeuter og pasienter (Kvale, 2001).

Forskningen som er gjort i fysioterapi er hovedsakelig innenfor de aktive tilnærmingene i faget. Heldigvis finnes det god dokumentasjon for denne delen av fysioterapien. Men i tillegg

til aktivitet og bevegelse har også berøring spilt en viktig rolle i utviklingen og definisjonen av fysioterapipraksis, uten at betydningen og opplevelsen av denne har blitt særlig forsket på (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Nicholls & Holmes, 2012).

Når norske myndigheter stiller krav om bedring og effekt av fysioterapitiltak begrenser det fysioterapifaget, ifølge Mengshoel (2007). Det blir derfor nødvendig for fysioterapeuter å definere hva man skal legge i begrepet bedring. For bedring handler ikke nødvendigvis om å bli symptomfri, men om å mestre hverdagen, få bedre livskvalitet, takle å leve med smerter og møte motgang, det handler om vedlikehold og å leve med progredierende sykdommer, det handler også om svært syke og døende pasienter. Vi mangler fortsatt nyansert forskningsbasert kunnskap om berøringsdimensjonen i fysioterapipraksis.

Mengshoel (2007) mener fysioterapeuter trenger flere teoretiske perspektiver for å kunne forstå og utvikle faget, og at pasientenes erfaringer er alt for lite utforsket. Fysioterapifaget trenger mer evidens til fysioterapeuters og pasienters erfaringer omkring opplevelsen berøring (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Roger et al, 2002; Nicholls & Holmes, 2012).

Referanseliste:

Askland, L. (2006). *Det personlige i det profesjonelle*. Oslo: Gyldendal akademisk

Aubert, A-M. (2004). *Den betydningsfulle kroppen*. Oslo: Høyskoleforlaget

Austgard, K. (2010). Profesjonalitet og faglig skjønn. *Sykepleien Forskning. 5(1)*

Autton, N (1990). *Berøring. Berøring i omsorg og terapi*, 1.utg. Øyslebø: Eikstein Forlag

Bargh, J.A og Chartrand, T.L. (1999). The Unbearable Automaticity of Being. *American Psychologist, vol 54*, no 7, s. 462-479

Barstad, A (2011). Helse, kontakt og berøring. *Samfunnsspeilet nr 2*

Bengtsson, J. (1993). *Sammenflätningar. Husserls og Merleau-Pontys fenomenologi*. Göteborg: Daidalos

Bjerke, E. (2016). The importance of the relationship in psychotherapy. *Tidsskrift Norsk Legeforening, nr 22*

Bjorbækmo, W.S. og Mengshoel, A.M. (2016). *«A touch of physiotherapy» - the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy.* Physiotherapy Theory and Practice, 32:1 s.10-19

Borchrevink, C., Fredheim, O.M.S., Fors, E.A., Hara, K., Holen, A. & Stiles, T.C. (2009). Hva er sammensatte lidelser? *Tidsskrift Norsk Legeforening nr. 13-14*, s. 129

Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet*. 5.utg Oslo: Universitetsforlaget

Bunkan, B.H. og Schultz, C.M (2009). *Medisinsk massasje*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademiske

Burkholder,D., Toth, M., Feisthamel, K., and Britton, P. (2010). Faculty and student curricular experiences of nonerotic touch in counseling. *Journal of mental health counseling, 32*, 168-185

Charpak, M., Tessier, R., Ruiz, J.G., Hernandez, J.T., Uriza, F., Villegas, J., Nadeau, L., Mercier, C., Maheu, F., Marin, J., Cortes, D., Gallego, J.M. and Maldonado, D. (2017). Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care. *Pediatrics. Vol: 139(1)*: e20162063 s. 1-11

Consedine, S., Standen, C and Niven, E. (2016). Knowing hands converse with an expressive body – An experience of osteopathic touch. *International Journal of Osteopathic Medicine nr 19*, s. 3-12

Dahle, R. (1992). "Profesjonell berøring". *Sosiologi i dag*, 4:69-81

Dahl-Michelsen, T og Groven, K.S (2018). A Baradian approach to evidence-based practice in physiotherapy education, kap 10 i Gibson, B.E., Nicholls, D.A., Setchell, J and Growen, K.S. (eds) *Manipulating practice. A critical physiotherapy reader*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Dalheim, E. (2002). Folke- og boligtellingen 2001 (FoB2001), foreløpige tall. Eldre, alene og bedre plass. *Samfunnsspeilet nr. 3* s. 28-32

Duesund, L. (1999). *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget

Eastbrooks, C. and Morse, J. (1992). Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style. *Journal of Advances Nursing 17*, s.448-456

Edwards, S.C.(1998). An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. *Journal of Advanced Nursing, 28(4),* s.809-817

Ekerholt, K. og Bergland, A. (2006). Massage as interaction and source of information. *Advances in Physiotherapy, nr 8* s.137-144

Ekman, P. (2004). *Emotions revealed. Understanding Faces and Feelings*. London: Phoenix

Ellneby, Y. (1994). *Hvis du ikke tar på meg så dør jeg. Den taktile kommunikasjonens betydning for barns utvikling.* Oslo: Pedagogisk forum.

Engelsrud, G. (1992). Kroppen som subjekt. *Samtiden, 2*, 56-61

Engelsrud, G. (2001). Bevegelse som kunnskapsområde i fysioterapi i Stokkenes, G., Sudmann, T., Sæbø, G. (red) *Fysioterapi på terskelen: 13 perspektiver på faget*. S.101-116 Kristiansand: Høyskoleforlaget

Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget

Engelsrud, G., Nortug, B. og Øien, I. (2017). Kroppens subjektivitet – glemt eller anerkjent i fysioterapifaget? *Fysioterapeuten* nr.9. s. 16-20

Ertner, L.D (2014). *Berøring – i omsorg og lindring*. Bergen: Fagbokforlaget

Espnes, G.A., og Smedslund, G. (2009) *Helsepsykologi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen. Bør den formuleres på nytt i lys av nevrobiologisk forskning og stressmedisinsk forskning*? Michael Quarterly nr 3*.

Fyrand, O. (2002). Berøring. Oslo: Pantagruel Forlag AS

Grewen, K.M., Girdler, S.S., Amico, J. and Light, K.C. (2005). Effects of Partner Support on Resting Oxytosin, Cortisol, Norepinephrine, and Blood Pressure Before and After Warm Partner Contact. *Psychosomatic Medicine 67*. s.531-538

Grimen, H og Terum, L.I. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag

Guba, E. og Lincoln, Y. (1994) "Competing paradigms in qualitiative reseach" s. 105-116 i Denzin, N og Lincoln, Y. (red). *Handbook of Qualitative Research* London: Sage

Hall, A. M., Ferreira, P.H., Maher, C.G., Latimer, J. & Ferreira, M.L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review *Physical therapy* Vol.90(8), pp.1099-110

Hams, S.P. (2000). A gut feeling? Intuition and critical care nursing, *Intensive and Critical Care Nursing nr 16* s.310-318

Haugen, K.H (1997). *En utdanning i bevegelse – 100 år med fysioterapiutdanning i Norge.* Oslo: Universitetsforlaget

Isachsen, K. (2003). *Lyspunkter.* Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.

Jourard, S. (1968). *Disclosing man to himself.* Princeton: D van Nortand Company

Kalman, H. (2000). Att bli varse via beröring. *Nordisk Fysioterapi, 4,* 128-132

Kelly, M.A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N og Dornan, T. (2018). Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qualitative Health Research. Vol 28(2)* s. 200-212

Kristoffersen, L. (2013). Hud mot hud for premature barn. *Jordmora nr.2* s.20-23

Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk 3.utg. 2. opplag

Lang, T.K. (2001). Krenkelser. *Omsorg, 3*, s 18-23

Leenderts, T.A. (2014). Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg. Oslo: Universitetsforlaget AS

Lien, J. (2018). *Relasjon og kropp*. Oslo: Kolofon forlag

Malt, U.F., Malt, E.A, Blomhoff, S. og Refnin, I. (2002) Funksjonelle somatiske lidelser – en oversikt. *Tidsskrift Norske Lægeforening nr 14*, s.1379-84

Malterud, K.(2005). Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og utfordringer. *Ugeskrift Læger* 167/22

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health 40(8)*:795-805

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* 4.utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Manuellterapi. (2018). Hentet fra https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Manuellterapi

Maxwell, J.A. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. In A.M. Huberman & M. B. Miles (Eds.) *The qualitative researcher's companion,* (pp. 37-64). Thousands Oaks, CA: Sage Publications (Reprented from Harvard Educational Rewiev. 1992, 62, 3: 297-300

Meld. St. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Det kongelige helsedepartement.

Mengshoel, A.M. (2007). Bedring forstått i et medisinsk perspektiv – betydning for fysioterapi? *Fysioterapeuten nr 11*

Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax

Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception*. Abingdon: Routledge

Montagu, A(1986). *Touching. The human significance of the skin*, 3. Utg. New York: Harper and Row Publishers.

Nicholls, D.A og Holmes, D. (2012). Discipline, desire, and transgression in physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(6): 454-465

Nissen, M (2009). Berøre og bli berørt. *Fysioterapeuten nr 4*. s. 28-31

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter. Kap 3. Rett til medvirkning og informasjon.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Paterson, M. (2007). *The Senses of Touch: Haptics, Affects and Technologies*. New York: Berg

Pratt, J.W og Mason, A. (1984). The meaning of touch in care practice. *Society science and medicine journal* Vol 18. No 12 s. 1081-1088

Psykomotorisk fysioterapi. (2018). Hentet fra https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi

Roger, J., Darfour, D., Dham, A., Hickman, O., Shaubach, L., Shepard, K. (2002). Physiotherapists' use of touch in inpatient settings. *Physiotherapy Research International, Vol.7(3),* pp.170-186

Routasalo, P. (1999). Physical touch in nursing studies: a literature review. *Journal of Advanced Nursing, 30 (4)*, s. 843-850

Routasalo, P., and Isola, A. (1996). The right to touch and be touched. *Nursing Etichs, 3,* 165-176

Routasalo, P., and Isola, A. (1998). Touching by skilled nurses in elderly nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 12,* 170-178.

Simon, S.M. (1986). *Ta på hverandre*, Oslo: Pedagogisk Psykologisk Forlag

Skau, G.M. (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker.* 5.utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Statistisk sentralbyrå. (2016). Hentet fra https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/statistikker/boforhold

Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget

Tornquist, E. (1992). Å se kroppen med nye øyne. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 7, 112. s. 919-921

Tornquist, E. (2001). *Kommuniktion i kliniken. Møte mellan profesjonella och patienter.* Lund: Studentlitteratur

Tornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Uvnäs Moberg, K., Arn. I., Magnusson.,D. (2005). The Psychobiology of Emotion: The Role of the Oxytocinergic System, *International Journal of Behavioral Medicine, Vol 12 No.2*, 59-65

Uvnäs Moberg, K. (2006). *Afspænding, ro og berøring. Om oxytosins helbredende virkning i kroppen.* København: Akademisk forlag

Uvnäs Moberg, K. (2009). *Närhetens hormon: oxytosinets roll i relationer*. Stockholm: Natur og kultur

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek As.

Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget

Wilson, R (1918). On the role of physiotherapy in the treatment of the returned invalided soldier. *The Canadian Medical.*

"Å berøre". (2018). I Ordnett. Hentet 01.mai 2018 fra https://www.ordnett.no/search?language=no&phrase=å+berøre

Vedlegg 1

REK
REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Marit Hovdal Moan	73597504	10.11.2016	2016/1590/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			20.09.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Borgunn Ytterhus
NTNU

2016/1590 Å berøre og bli berørt - Et studie av møte mellom fysioterapeut og pasient

Forskningsansvarlig: NTNU
Prosjektleder: Borgunn Ytterhus

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 21.10.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektomtale
Studien ønsker å finne ut mer om hvordan berøring i fysioterapibehandling oppleves, både for den som berører og den som blir berørt. Det finnes begrenset med forskning om dette temaet, til tross for at hendene har blitt sett på som fysioterapeutens viktigste verktøy i en årrekke. Andre måter å tilnærme seg pasientene på som for eksempel ved aktiv øvelsesbehandling,har blitt mer forsket på og er blitt mer vanlig i behandling av pasienter enn hva det var tidligere. Hva som får fokus i forskningen kan være med på å sette fokus i behandlingen. Dette prosjektet vil ha betydning for alle fysioterapeuter som kan bruke eller bruker berøring i jobben sin og for pasientene deres. Hva skjer i møtet mellom fysioterapeut og pasient når "hands-on"-tilnærming benyttes, og hvordan opplever fysioterapeut og pasient berøring? Dette studiet har et kvalitativt forskningsdesign og metodene som benyttes er observasjon av behandlingssituasjoner samt intervju av fysioterapeuter og pasienter.

Komiteens prosjektomtale
Hensikten med studien er å se på hva som skjer i møtet mellom fysioterapeut og pasient når "hands-on"-tilnærming benyttes, og hvordan fysioterapeut og pasient opplever berøring. Studien er designet som et kvalitativt prosjekt, og metodene som benyttes er observasjon av to behandlingssituasjoner samt intervju av fysioterapeuter og deres pasienter i etterkant av observasjon. Antall deltakere: 4 fysioterapeuter som jobber ved fysikalske institutt og 4 pasienter. Utvalget er basert på en kvalitativ strategisk utvelgelse. Rekruttering av fysioterapeut skjer via masterstudentens nettverk i fysioterapimiljøet; rekruttering av pasienter skjer via de fysioterapeutene som vil delta i prosjektet. Pasientene sender svar om deltakelse til masterstudenten. Studien er samtykkebasert, og inngår som del av et masterstudie.

Forsvarlighet
Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring, og har noen kommentarer til informasjonsskrivet og intervjuguiden. Komiteen ber derfor om skriftlig tilbakemelding før endelig vedtak fattes.

Forbedring av informasjonsskrivet
Komiteen ber om at informasjonsskrivet revideres i samsvar med følgende punkter:

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningssenter 7489
Trondheim

Telefon: 73597511
E-post: rek-midt@medisin.ntnu.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK midt, not to individual staff

Vedlegg 2

REK
REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Marit Hovdal Moan	73597504	21.12.2016	2016/1590/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			14.12.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Borgunn Ytterhus
NTNU

2016/1590 Å berøre og bli berørt - Et studie av møte mellom fysioterapeut og pasient

Forskningsansvarlig: NTNU
Prosjektleder: Borgunn Ytterhus

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble første gang behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 21.10.2016. Vedtak ble da utsatt. Tilbakemelding ble mottatt 14.12.2016. Tilbakemeldingen ble vurdert av representant for sykepleie på fullmakt med hjemmel i forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Komiteens prosjektomtale
Hensikten med studien er å se på hva som skjer i møtet mellom fysioterapeut og pasient når "hands-on"-tilnærming benyttes, og hvordan fysioterapeut og pasient opplever berøring. Studien er designet som et kvalitativt prosjekt, og metodene som benyttes er observasjon av to behandlingssituasjoner samt intervju av fysioterapeuter og deres pasienter i etterkant av observasjon. Antall deltakere: 4 fysioterapeuter som jobber ved fysikalske institutt og 4 pasienter. Utvalget er basert på en kvalitativ strategisk utvelgelse. Rekruttering av fysioterapeut skjer via masterstudentens nettverk i fysioterapimiljøet; rekruttering av pasienter skjer via de fysioterapeutene som vil delta i prosjektet. Pasientene sender svar om deltakelse til masterstudenten.Studien er samtykkebasert, og inngår som del av et masterstudie.

Vurdering av tilbakemelding datert 14.12.2016
Forbedring av informasjonsskriv
Komiteen finner at det reviderte informasjonsskrivet er i henhold til komiteens merknader. Komiteen ber i tillegg om at referanser til litteratur fjernes fra informasjonsskrivet.

Intervjuguide
Komiteen finner at intervjuguidene er endret i henhold til komiteens merknader, og har ingen ytterligere kommentar.

Forsvarlighet
Komiteen har vurdert tilbakemelding, søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningssenter 7489
Trondheim

Telefon: 73597511
E-post: rek-midt@medisin.ntnu.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK midt, not to individual staff

Vedlegg 3

From: Marit Hovdal Moan
Sent: Wednesday, May 2, 2018 12:58 PM
To: Borgunn Ytterhus <borgunn.ytterhus@ntnu.no>
Cc: MH rek-midt (DMF-rek_midt) <rek-midt@mh.ntnu.no>
Subject: Svar fra REK midt Ad. 2016/1590 Å berøre og bli berørt - Et studie av møte mellom fysioterapeut og pasient

Hei Borgunn,

Jeg har diskutert problemstillingen med min leder, Hilde Eikemo, og vi er enige om at justeringen i antall forskningsdeltakere som du beskriver ikke endrer forutsetningen for godkjenningen, da opprinnelig antall var et ca-antall.

Med vennlig hilsen

Marit Hovdal Moan

ph.d.

seniorrådgiver

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) , midt-Norge

Rek-midt@medisin.ntnu.no T:73597504

From: Borgunn Ytterhus
Sent: Monday, April 30, 2018 12:11 PM
To: MH rek-midt (DMF-rek_midt) <rek-midt@mh.ntnu.no>
Subject: Ad. 2016/1590 Å berøre og bli berørt - Et studie av møte mellom fysioterapeut og pasient

Hei,

Jeg er prosjektleder på prosjektet: 2016/1590: Å berøre og bli berørt. Prosjektet gjennomføres av en masterstudent i helsevitenskap, Martha Kvalvik Størksen, som skal levere nå.

Studenten har vært i kontakt med REK (kanskje deg) i forbindelse med at vi har to informanter mer enn beskrevet i prosjektbeskrivelsen og søknaden som gikk til dere. Studenten oppfattet svaret dithen at jeg må sende en endringsmelding. Jeg har i forbindelse med diskusjoner rundt etikk og personvern påpekt betydningen av at når prosjekter endrer formål, metoder, organisering eller tidsløp så skal endringsmelding sendes REK. Jeg er også klar over at økning i antall forskningsdeltakere kan betraktes som en endring i organiseringen i prosjektet eller metodisk endring, men leser det vel som endringer som berører forutsetningen for godkjenning. Det har kanskje medført at studenten er ekstra varsom – noe som er et godt utgangspunkt. Min vurdering er imidlertid at ingen forutsetninger for godkjenning er endret her.

Det vi har gjort er følgende:

I prosjektbeskrivelsen har vi anslått 8 informanter (4 fysioterapeuter og 4 pasienter – samtlige på fysikalske institutt). Som kjent er det vanskelig å estimere eksakt antall deltakere i kvalitative studier, fordi antallet avhenger av hvem som melder seg og informasjonsrikdommen som fremkommer i intervjuene. Det viste seg at vi aktivt måtte justere litt på kursen da de 3 første pasientene som meldte seg var kvinner. Det var uheldig for studiens mål at begge kjønn ikke inngikk både fra fysio og pas siden. Vi ønsket å styrke studiens robusthet gjennom å inkludere begge kjønn. Vi valgte da å utvide antallet informanter til 5 fysioterapeuter og 5 pasienter for å få med menn. Å justere kursen målrettet i forhold til studiens problemstilling og referanseramme er i tråd med det som i kvalitativ metodelitteratur omtales som «purposeful sampling». Totalt består nå utvalget av 5 fysioterapeuter (2 menn og 3 kvinner) og 5 pasienter (2 menn og 3 kvinner) – mot opprinnelig anslått 4 fysio og 4 pasienter. Antar derfor at her er en misforståelse ute og går, og at en slik justering ikke faller inn under kravene til endringsmelding til REK.

Fint med en rask avklaring på dette, da jeg har bedt studenten avvente innlevering til dette er klarert.

Vennlig hilsen, Borgunn

Vedlegg 4

FORESPØRSEL TIL FYSIOTERAPEUTER OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

BERØRING I MØTE MELLOM FYSIOTERAPEUT OG PASIENT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt der hensikten er å finne ut mer om berøringens betydning i møte mellom fysioterapeut og pasient.

Bakgrunn:

Innen fysioterapi har berøring blitt sett på som en viktig del av behandlingen. Fysioterapeuter har i motsetning til mange andre faggrupper "lov til" å ta på pasientene sine og på den måten kan fysioterapeuter komme ganske nær den man behandler. Hvordan denne nærheten oppleves kan nok være ganske forskjellig. I dette prosjektet ønsker jeg å finne ut mer om hva det er som gjør at en berøring oppleves som bra eller mindre bra for de involverte, både for pasienten og terapeuten.

Det finnes begrenset med forskningsbasert kunnskap om fenomenet berøring i fysioterapeutisk litteratur.

Med dette prosjektet ønsker jeg å sette fokus på berøring som tilnærming i behandling. Det vil kunne ha en positiv effekt for pasienter at deres behandlere, det være seg fysioterapeuter eller andre som bruker berøring i yrket sitt, oppnår større bevissthet rundt hva det er som gjør berøring til en positiv opplevelse og hva det er som gjør berøring til en negativ opplevelse for pasienten. Kanskje vil man med økt fokus på og økt kunnskap om temaet kunne løfte frem deler av praksis som fungerer godt og eventuelt endre deler av praksis som ikke fungerer optimalt i dag. Målet er at dette prosjektet øker fysioterapeuters bevissthet omkring berøring i behandling av pasienter.

Grunnen til at nettopp du blir forespurt er at jeg har fått tips fra kollegaer om å henvende meg til deg. Vedkommende kollega mente du blant annet anvender «hands-on» behandlinger og at du kanskje kunne være interessert i forskning som fokuserte på dette.

Prosjektet er en del av en mastergrad ved institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, SVT-fakultetet, NTNU. Studien gjennomføres av fysioterapeut, høgskolelærer og student Martha Kvalvik Størksen. Professor Borgunn Ytterhus er veileder.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Jeg ønsker å observere deg og en av dine pasienter i en behandlingssituasjon som innebærer fysisk berøring. Det stilles ikke krav til hvilken type fysisk berøring og behandlingen skal ikke legges opp etter dette. Du må gjøre det du ellers ville ha gjort uten meg til stede. Jeg skal ikke vurdere eller dømme det du gjør i behandlingen. Jeg ønsker bare å få et inntrykk av atmosfæren og samhandlingen og bruke dette som utfyllende informasjon til intervjuene. Hvis du har en pasient til behandling du tror vil egne seg til å delta i prosjektet (over 18 år og

har samtykke-kompetanse), setter jeg stor pris på om du kan gi informasjonsskriv (medsendt informasjonsskriv til pasient) til vedkommende. Det er en fordel om pasienten har erfaring med fysioterapi fra tidligere da jeg gjerne vil høre om tidligere erfaringer med fysikalsk behandling også. Jeg synes det er fint om du også vil dele andre erfaringer som omhandler samme tema.

Jeg vil være observatør under 1 eller 2 behandlinger og intervjue deg og pasienten hver for dere i etterkant av 2. behandling. Hvert intervju har varighet på ca 1 time og ønskes tatt opp på lydbånd for å kunne gjengi samtalen på best mulig måte.

Jeg vil notere under observasjonene. Det jeg observerer danner utgangspunkt for intervju og er utfyllende informasjon for meg i skriveprosessen.

All informasjon anonymiseres og teksten i oppgaven skrives slik at ingen kan vite at det er du som har avgitt denne informasjonen.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og returnerer den til meg i vedlagte frankerte konvolutt. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i den vitenskapelige oppgaven allerede. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Martha Kvalvik Størksen, tlf 99 50 64 89,
e-post: martha.k.storksen@ntnu.no eller veileder Borgunn Ytterhus på tlf. 73 59 14 73.
Postadresse: NTNU, Tungasletta 2, 7047 Trondheim. Ved Martha Kvalvik Størksen

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet og oppbevart i tråd med Helseforskningsloven og forskningsetiske retningslinjer for medisinsk og helsefaglig forskning. Framstillingen i masteroppgaven vil være uten direkte gjenkjennbare opplysninger. Kun jeg som masterstudent og min veileder har tilgang til identifiserbare opplysninger.

FORSIKRING

Det skal ikke gjennomføres intervensjon til pasienter i prosjektet ut over det fysioterapeuten gjør i sin ordinære praksis. Egen forsikring er dermed ikke aktuelt.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK (2016/1590).

Med vennlig hilsen Martha Kvalvik Størksen

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG HAR MOTTATT OG FORSTÅTT INFORMASJON OM PROSJEKTET: «BERØRING I MØTET MELLOM FYSIOTERAPEUT OG PASIENT» OG SIER MEG VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato	Deltakers signatur
	Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 5

FORESPØRSEL TIL PASIENTER OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

BERØRING I MØTE MELLOM FYSIOTERAPEUT OG PASIENT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt der hensikten er å finne ut mer om berøringens betydning i møte mellom fysioterapeut og pasient.

Bakgrunn:

Innen fysioterapi har berøring blitt sett på som en viktig del av behandlingen. Fysioterapeuter har i motsetning til mange andre faggrupper "lov til" å ta på pasientene sine og på den måten kan fysioterapeuter komme ganske nær den man behandler. Hvordan denne nærheten oppleves kan nok være ganske forskjellig. I dette prosjektet ønsker jeg å finne ut mer om hva det er som gjør at en berøring oppleves som bra eller mindre bra for de involverte, både for pasienten og terapeuten.

Det finnes begrenset med forskningsbasert kunnskap om fenomenet berøring i fysioterapeutisk litteratur.

Med dette prosjektet ønsker jeg å sette fokus på berøring som tilnærming i behandling. Det vil kunne ha en positiv effekt for pasienter at deres behandlere, det være seg fysioterapeuter eller andre som bruker berøring i yrket sitt, oppnår større bevissthet rundt hva det er som gjør berøring til en positiv opplevelse og hva det er som gjør berøring til en negativ opplevelse for pasienten. Målet er at dette prosjektet øker fysioterapeuters bevisshet omkring berøring i behandling av pasienter.

Grunnen til at nettopp du blir forespurt er at fysioterapeuten din har sagt seg villig til å rekruttere pasienter som har forutsetninger til å uttale seg om temaet berøring i fysikalsk behandling.

Prosjektet er en del av en mastergrad ved institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, SVT-fakultetet, NTNU. Studien gjennomføres av fysioterapeut, høgskolelærer og student Martha Kvalvik Størksen. Professor Borgunn Ytterhus er veileder.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Jeg ønsker å observere deg og fysioterapeuten din i en alminnelig behandlingssituasjon som innebærer fysisk berøring. Det betyr at eventuell prosjektdeltakelse ikke påvirker hvilken behandling du får. Du skal motta den samme behandlingen enten du velger å delta eller velger å avslå fra å delta. Imidlertid håper vi gjennom å få tak i pasienters opplevelse av behandling at vi kan fremskaffe ytterligere kunnskap om berøring i fysioterapi og at denne kunnskapen skal kunne forbedre behandlingstilbudene til pasienter i framtida. Det er fint om du også vil dele eventuelle andre erfaringer du har med fysioterapi i samtale med meg.

Jeg vil være observatør under 2 behandlinger og intervjue deg og fysioterapeuten din hver for dere i etterkant av 2. behandling. Hvert intervju har varighet på ca 1 time og ønskes tatt opp på lydbånd for å kunne gjengi samtalen på best mulig måte.

Jeg vil notere under observasjonene. Det jeg observerer danner utgangspunkt for intervju og er utfyllende informasjon for meg i skriveprosessen.

All informasjon anonymiseres, og teksten i masteroppgaven skrives slik at ingen skal få vite at det er du som har avgitt denne informasjonen.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og returnerer den til meg i vedlagte frankerte konvolutt innen en uke etter mottatt brev. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i den vitenskapelige oppgaven allerede. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Martha Kvalvik Størksen, tlf 99 50 64 89,
e-post: martha.k.storksen@ntnu.no eller veileder Borgunn Ytterhus på tlf. 73 59 14 73.

Postadresse: NTNU, Tungasletta 2, 7047 Trondheim. Ved Martha Kvalvik Størksen

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet og oppbevart i tråd med Helseforskningsloven og forskningsetiske retningslinjer for medisinsk og helsefaglig forskning. Framstillingen i masteroppgaven vil være uten direkte gjenkjennbare opplysninger. Kun jeg som masterstudent og min veileder har tilgang til identifiserbare opplysninger.

FORSIKRING

Det skal ikke gjennomføres intervensjon til pasienter i prosjektet ut over det fysioterapeuten gjør i sin ordinære praksis. Egen forsikring er dermed ikke aktuelt.

GORKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, hos REK (2016/1590).

Med vennlig hilsen Martha Kvalvik Størksen

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG HAR MOTTATT OG FORSTÅTT INFORMASJON OM PROSJEKTET: «BERØRING I MØTET MELLOM FYSIOTERAPEUT OG PASIENT» OG SIER MEG VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato	Deltakers signatur
	Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 6

Intervjuguide fysioterapeut

- Intervju etter observasjon av 2 behandlingssituasjoner. ca 1 time til rådighet
- jeg informerer om hensikten med intervjuet i forkant og minner om muligheten for å trekke seg. Taushetsplikten skal ivaretas
- spørre om noe fysioterapeuten lurer på eller er betenkt over
- jeg vil utfylle spørsmålene under og knytte de opp mot/tilpasse de til de observasjonene jeg har gjort i forkant.
- Semistrukturert guide. Følger ikke spørsmålene slavisk men lar samtalen gli mest mulig naturlig omkring teamene
- De mest ledende spørsmålene stilles hvis fysioterapeuten har vanskelig for å svare på de mer åpne

Innledning

Kjønn: Alder:

- Kan du si litt om deg selv som fysioterapeut? Arbeidserfaring og interesseområder

Tanker om berøring

- Hvilke pasientgrupper har du mest av? Diagnoser/skader?

- Er den behandlingen jeg har observert typisk for måten du jobber på?
- Hva gjør du mest av i løpet av en arbeidsdag? /Hvordan er en typisk arbeidsdag for deg?

- Hvilke forventninger tror du pasienter har når de kommer til fysioterapeut?
- Hva mener du er god fysioterapi?
- Hva kjennetegner en god fysioterapeut, mener du?
- Hva legger du i begrepet berøring?

- Hva tenker du om berøring i fysioterapi?

- Hva tror du pasientene tenker og føler om det å bli berørt/tatt på? – hos fysioterapeut?

- Kan du beskrive en situasjon der du har tatt på en pasient hvor det har gjort spesielt inntrykk på deg?

- Hva er det som gjør at man noen gang velger å ta på eller å ikke ta på pasienter i behandling? Har du noen tanker om det?

- Hvordan opplever du berøring?

- Hvordan opplever du å være så nær pasienten som man er når hud møter hud? (Kan det bli mye noen ganger synes du?)

- Har du gjort deg noen tanker om berøringens betydning i behandling av pasienter?

- Hva mener du er god kvalitet i berøring? Hva er med på å gjøre opplevelsen av å bli tatt på god eller mindre god? Både for terapeut og pasient.
- Har du opplevd at berøring har vært feil, dårlig opplevelse for deg eller pasienten? Fortell!

- Tror du kjønn har noen betydning for opplevelsen av berøring?
- berører du annerledes om pasienten er av motsatt kjønn? Hvordan? Hvorfor?

Møte med pasienten

- Hvordan opplevde du møtet med den pasientene du hadde i dag? Kommunikasjonen?

- Hvordan vil du beskrive atmosfæren/stemningen i rommet?

- Tenkte du noe spesielt i forhold til dette å skulle ta på pasienten nå i dag? Noe du var bevisst på?

- Hva prøvde du å oppnå med berøringen?
- noe du forandret underveis? Hvorfor?

- La du merke til noe spesielt når du tok på pasienten din?

- Hva tenkte/følte du selv når du tok på pasienten?

Berøring- toveis?

- Litt vanskelig spm kanskje, men jeg lurer på hva det gjør med deg å ta på andre menneskers kropper? Kan det gi deg noe? Kan det skade/skremme deg noe?

- Hva tror du det hadde å si at jeg var tilstede under behandlingen?
- noe som ble annerledes?

- Har du tenkt noe særlig på temaet berøring i fysioterapi og dens betydning i møte med pasienter før du ble med i dette prosjektet? Noe du snakker med kollegaer om?

Avslutning

- Hvilke egenskaper mener du at en fysioterapeut bør ha for å bli en god terapeut?
- Er det noe du har lyst til å tilføye? Er det noe du synes er viktig som jeg ikke har tematisert?

Vedlegg 7

Intervjuguide pasient

- Intervju etter observasjon av 2 behandlingssituasjoner. ca 1 time til rådighet
- jeg informerer om hensikten med intervjuet i forkant og minner om muligheten for å trekke seg. Taushetsplikten skal ivaretas
- spørre om noe pasienten lurer på eller er betenkt over
- jeg vil utfylle spørsmålene under og knytte de opp mot/tilpasse de til de observasjonene jeg har gjort i forkant.
- Semistrukturert guide. Følger ikke spørsmålene slavisk men lar samtalen gli mest mulig naturlig omkring teamene
- De mest ledende spørsmålene stilles hvis pasienten har vanskelig for å svare på de mer åpne

Innledning

Kjønn: Alder:

- Har du vært mye hos fysioterapeut tidligere?
- Hvordan opplever du å gå til fysioterapeut?

- Hvilke forventninger har du til fysioterapi? når du kommer til fysioterapeut? Hva forventer du av fysioterapeuten din?
- Hva kjennetegner en god fysioterapeut mener du?
- Hva gjør du hos fysioterapeuten din du går hos nå? Hvilken behandling får du?
- Har du gått her lenge?
- Har behandlingen endret seg underveis?

Tanker om berøring

- Hva legger du i begrepet berøring?
- Hvordan opplever du å bli tatt på? Berørt?
- Hva betyr det for deg at fysioterapeuten din tar i deg? Betyr det noe?
- Hva gjør det med deg å bli tatt på? Hva tenker du og føler du da?
    - hva gjør opplevelsen bra eller dårlig?
    - Beskriv så konkret du kan, gjerne med tidligere eksempler
    - hvordan vil du føle deg som menneske når du blir tatt på?

- Hva ville du tenkt om han/hun ikke tok på deg i løpet av tiden du har vært her?
- Har du tidligere erfaringer fra møte med fysioterapeut eller evt andre helseprofesjoner der du har blitt berørt/tatt på?
- hvordan opplevde du det?
- Førte det til at du ble bedre eller dårligere?

Møte med fysioterapeuten

- Hvordan vil du beskrive møtet mellom deg og fysioterapeuten din? Hvordan opplever du møtet? Kommunikasjonen?

- Hvordan vil du beskrive atmosfæren/stemningen i rommet?
- Hvordan opplevde du berøringen?

Mer ledende hvis behov:

- Føler du deg ivaretatt?
- Trygg? Utrygg?
- Klarte du å være deg selv?
- Avslappet/anspent?

- Hvilke faktorer/hva tror du førte til at du følte det sånn?

- Hvilken opplevelse/følelse sitter du igjen med i etterkant av behandlingen? (hvorfor?)
- gjorde du deg noen tanker underveis?

- Noe du mislikte med måten du ble berørt på?
- Hvordan vil du/skulle du ønske at du følte deg når du ble tatt på?

- Hva synes du er viktig i møte med fysioterapeuten? Hva skal til for at du føler deg ivaretatt og sett? (evt faktorer som påvirker?)

- Har terapeutens kjønn noen betydning for deg i behandlingssituasjonen?

Berøring generelt

- Hva tenker du om menneskenes behov for å bli tatt på?

Avslutning

Av hvilken betydning tror det var at jeg var tilstede under behandlingen?
Evt. Hva tror du ville vært annerledes om jeg ikke var der?

Har du tenkt noe på dette temaet før du ble med i dette prosjektet?
Er det noe du ser annerledes nå etter det vi har pratet om?

Hvordan synes du det er å snakke om dette temaet?
Synes du det er utfordrende å snakke om dette temaet? Evt. Har du noen tanker om hvorfor?

Du har en god del erfaring (hvis ja på spm nr. 1) når det gjelder det å være pasient. Du har opplevd flere møter med fysioterapeuter.
Er det noen råd og tips du vil gi til fysioterapeuter som jobber med pasienter til daglig?
Noe man bør være spesielt oppmerksom på?

Hvilke egenskaper mener du er viktig å ha for å kunne bli en god fysioterapeut?
(Litt gjentakelse av spm i starten. Kan komme mer nå etter samtalen)

Noe du vil tilføye?