

Metodeessay fra feltforskning i eget yrkesfelt.

Mellom kjedsomhet og konsentrasjon. Å være fysioterapeut med letthet.

Våren 2012

Eli Rongved, kull 2010

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

Helsepersonelloven Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse, § 4,
Forsvarlighet

Innledning

Trøttheten har mange navn: Sløvhhet, slapphet, slitenhet, matthet, desinteresse, distraksjon, fjernhet, kjedsomhet, likegyldighet, å være lei. Det finnes en trøtthet som skyldes mangel på søvn, det er ikke den jeg ønsker å utforske. Jeg er opptatt av hvordan jeg selv og kolleger opplever den trøttheten som oppstår som en tilstand eller følelse mens jeg arbeider, og som spiller en rolle i måten jeg utøver arbeidet mitt. Jeg ønsker å høre fortellinger om hvorfor den oppstår eller inntreffer, og hva kolleger og jeg selv eventuelt gjør for å komme ut av tilstanden.

Jeg er en psykomotorisk fysioterapeut som har arbeidet i faget siden 1979. Jeg har så å si daglig opplevd hvordan våkenhet og oppmerksomhet spiller en rolle for samspillet mellom pasient og meg i en behandlingen – og vice versa: Hvordan samspillet innvirker på min våkenhet og opplevelse av tilstedeværelse. Den psykomotoriske metode virker ikke løsrevet fra måten den blir formidlet og utøvd på, den er avhengig av hvilken tilstand terapeuten befinner seg i.

Jeg opplever en vesentlig forskjell i følelsen av å være en dyktig yrkesutøver når jeg er opplagt og våken sammenlignet med når jeg er passiv, avventende og trøtt. Når jeg

er i den oppmerksomme tilstanden, føler jeg meg ”faglig forsvarlig og omsorgsfullt hjelpende”. Dette henger imidlertid ikke sammen med at jeg i de timene føler meg flink fordi jeg ”behersker metoden” – tvert imot, i de timene ligger metoden der mer som et grunnelement som jeg kan improvisere og variere ut fra. Det er ikke alltid jeg tenker ”metodisk” i det hele tatt. Når jeg er oppmerksom, kan jeg starte ut fra en tanke om at nå vil jeg ”se hva som skjer”. Når jeg er uoppmerksom blir jeg ofte passiv, overlater løpet i timen til pasienten, og blir trøttere etter hvert som tiden går. I sånne timer kan det godt være at jeg støtter meg veldig på selve gangen (eller ”oppskriften”) i metoden, som da følges skjematisk og uten nevneverdig fleksibilitet. Arbeidet er en slags rutine, eller vane. Jeg kan hvile i en vane, men jeg kan også bli sløv i den.

I tillegg til å være psykomotorisk fysioterapeut har jeg arbeidet med Forumteater og gått i lære hos Augusto Boal, en brasiliansk forfatter, dramatiker og grunnlegger av De undertryktes teater. En grunntanke i Forumteaterets teori er enkelt sagt at den passive er undertrykt, den aktive har makt. Passivitet er en tilstand jeg tenker er sammenlignbar med trøtthet eller uoppmerksomhet. Jeg har dermed lært å forstå passivitet som en type selv-undertrykkelse. Jeg har lurt mye på hva det er som undertrykker, hva det er som gjør meg trøtt. Forskjellen på opplevd kvalitet på oppmerksomme og uoppmerksomme timer er stor. Hvis jeg kan finne ut hva som gjør at jeg blir oppmerksom eller uoppmerksom, så tror jeg at jeg kan ha innflytelse over tilstanden min. Det er en av forforståelsene jeg har med meg inn i feltarbeidet.

Jeg ønsker i feltarbeidet å få fram kollegers erfaringer på og fortellinger om dette, og er spent på om disse kategoriene gir noe mening for dem. Videre ønsker jeg å snakke med dem om hvordan de opplever forskjellen på å være aktiv og passiv i interaksjonen og relasjonen med pasienten. Feltarbeidet mitt går ut på å snakke med 3 utvalgte kolleger om hva de opplever rundt temaene våkenhet og oppmerksomhet. Hva består disse følelsene av og hva skaper dem? Hva skjer i rommet der terapeuten og pasienten handler og kommuniserer, og hvilke andre betingelser i verden utenfor behandlingsrommet influerer på det som skjer? Kan jeg for eksempel avslutte behandlingsforhold fordi jeg, terapeuten, kjeder meg i dem? Hvor mye kan jeg styre selv?

Jeg er en psykomotorisk fysioterapeut som er glad i å arbeide. Jeg arbeider mye, og med ganske ulike oppgaver. Jeg står opp hver eneste morgen og tar fatt. Jeg er så å si

aldri borte fra arbeid, bortsett fra et par ganger i livet hvor jeg faktisk har vært svært syk. Utenom disse få unntakssituasjonene er jeg flittig og arbeidsom. Jeg arbeider med enkeltpasienter, bevegelsesgrupper, driver forebyggende virksomhet og konfliktløsning gjennom en bedriftshelsetjeneste, underviser på kurs og opplæringsinstitusjoner. Jeg driver grupper som lærer seg Forumteater, og har medvirket til å produsere læremidler, bøker og undervisningsfilmer.

Det å arbeide er en livsstil. Når jeg har fri, finner jeg også fort arbeidsoppgaver som jeg vier tiden til. Jeg er nesten aldri uvirksom. Arbeidslyst er en favorittfølelse.

Arbeidslyst kjenner jeg når jeg opplever at timen med pasient har en retning; at møtets innhold beveger seg. Det er en opplevelse av å komme videre, av å forlate noe og bevege seg mot noe annet. En pasient kan for eksempel ha store problemer med å stå og lukke øynene. Hun kan ha følelsen av å miste kontrollen, balansen, kroppsfølelsen. Hun kan få angst av det. I en behandlingstime kan hun så plutselig si: ”Nå klarer jeg å lukke øynene.” Da forlater vi det stadiet hvor dette var tema for utprøving og øvelse, og går over til neste stadium, kanskje øver vi da på å bevege seg fra en stilling til en annen, eller vi øver videre på å bedre balansen i stående stilling. Når sånt skjer, kjenner jeg energi, arbeidsglede, begeistring. Jeg kommer i en opplagt og glad tilstand.

Denne tilstanden kaller jeg våkenhet, eller oppmerksomhet. Jeg er våken nok til å oppfatte hva som skjer, men våkenheten har også vært en betingelse for at det kunne skje. Oppmerksomhet var både en forutsetning og en effekt. Veien videre krever også våkenhet; hva gjør vi nå, hva går vi videre på? Og det kreves oppmerksomhet: hva skjer her?

Erfaringer som har ledet meg til feltarbeidet

Det er forhold inne på behandlingsrommet, som gjør meg sløv. Noe i forholdet mellom meg og pasienten. Det er ikke godt å si om det skyldes mest noe med meg eller mest noe med pasienten. Det er noe der som gjør minuttene lange og sansene sløve. Hva er det som skaper denne tilstanden, og hva er det som beseirer eller hindrer den? Det ønsker jeg å finne ut av.

Jeg hadde over lang tid en pasient, Roger, til behandling. Roger var sterkt handikappet etter å ha falt fra dekket på en fisketråler og ned i lasterommet. Han

hadde lagt lenge på sykehus, prøvd annen type fysioterapi, og kom til meg med en henvisning fra fastlegen 4 år etter ulykken. Han var arbeidsufør, men fungerte på et vis greit nok som familiefar og ellers i hverdagen. Han hadde store smerter i nakke og skuldre, dårlig balanse og hukommelse, og det minste kravet til konsentrasjon, koordinasjon og anstrengelse gjorde ham uvel, svimmel og kvalm i lang tid. Han var svært følsom for alle ytre stimuli, som for eksempel lys og lyd. Når han kom til meg, oppfattet jeg fort at det var lite jeg kunne gjøre av aktivitet med pasienten. Han kunne for eksempel bare sitte i en stol, eller stå med støtte. Han kunne ikke sitte på en krakk, da ble han momentant dårlig. Han kunne ikke ligge på benk, fordi det var for anstrengende å bevege seg opp og ned fra benken. Det var svært anstrengende for ham å gå opp trappen til mitt kontor, for ikke å snakke om å gå ned trappen igjen etter timen. Han satt med svært mørke solbriller på og holdt seg fast i stolens armlener, snakket med lav stemme. Jeg kunne nesten ikke røre ham, bortsett fra at jeg noen ganger kunne be ham om å bevege tær og føtter, som var veldig stive og vonde.

I mange måneder kom Roger til behandling en gang i uken. Han beveget seg stivt og robotaktig, klarte å gå inn på behandlingsrommet, satte seg i stolen og begynte å snakke. I begynnelsen prøvde jeg meg fram med små utfordringer, øvelser, bevegelser. Han ble fryktelig dårlig hver gang, og vi måtte avbryte. Tilbake til stolen, der han begynte å snakke. Han snakket om det som falt ham inn. Barna sine, matlaging, bekjempelse av ugress, kortspill, bilhold. Hver time sluttet med at jeg spurte ham om han følte det var noe vits i at han kom tilbake til en ny time, siden han ble så dårlig av det. Hver gang sa han: ”Jeg vil ha ny time. Jeg trenger det.” Han kom stort sett hver gang. Noen ganger glemte han det og sendte melding: ”Jeg vil ha ny time”.

I løpet av hele denne tiden, kunne jeg ikke registrere noen som helst endring av Rogers funksjon eller smerter. Det var ikke bevegelse i opplegget. Alt gjentok seg hver eneste gang. Til slutt ga jeg opp å prøve på utfordringer, bevegelser, fysioterapi. Han kom, satte seg, snakket, assosierte. Fikk ny time, gikk hjem. Jeg satt på plassen min, sa ja og ha, spurte om noe, kommenterte kanskje ett og annet. Jeg kjente på en økende følelse av sløvhets og tidsspille. Han tviholdt på avtalene. Jeg ringte fastlegen og spurte hva jeg skulle gjøre. Fastlegen svarte at tilbudet hos meg var det eneste tilbudet han hadde. Roger hadde fortalt ham at han hadde nytte av timene. Jeg følte meg presset. Opplevelsen av å ikke være fysioterapeut, å ikke kunne forsvare timene

hos meg verken overfor HELFO, lovens krav eller andre pasienter på den lange ventelisten, skapte en økende følelse av ubehag. Jeg var mer enn rådvill.

I tillegg til å være psykomotorisk fysioterapeut, arbeider jeg også som instruktør og lærer i Forumspill. Dette er en interaktiv metode som har sitt utspring i det før nevnte Forumteater, eller De Undertryktes teater. I den fagtradisjonen jeg står når jeg arbeider med De Undertryktes Teater, er oppmerksomheten hele tiden på hva jeg kan gjøre, hvilke muligheter jeg har for å endre en situasjon. Det er en sterk vektlegging av hva den som eier problemet kan gjøre for å endre sin egen situasjon. Denne innsikten er så å si nøkkelen til forståelsen av De Undertryktes Teater. Også i den psykomotoriske behandlertradisjonen har jeg en bevissthet om mitt store ansvar for det som skal foregå på behandlingsrommet. Fysioterapeuten undersøker, diagnostiserer, foreslår tiltak, behandler, følger opp og kontrollerer effekten av behandlingen. Fysioterapeuten har også ansvar for atmosfæren og de fysiske rammene. Og jeg har et ansvar for å gi pasientene på ventelisten behandling. De er henvist til meg, jeg skal behandle dem.

Men – det som skjer på behandlingsrommet er ikke fysioterapeutens ansvar alene. Det er alltid en annen der, pasienten som har sine forpliktelser og sitt egenansvar å forvalte. Dette er et forhold som er lettere for meg å se når jeg er i forskerrollen enn når jeg er i praktikerrollen. I mitt daglige virke har jeg lett for å oppleve ansvaret som mest mitt. Begrepet egenansvar er vesentlig i min daglige praksis. Jeg aksler ansvaret for møtet med hver enkelt pasient, hver gang vi møtes. Egenansvar betyr i min praksis at jeg til enhver tid har et ansvar for den situasjonen jeg er i. Den er et resultat av mine egne valg og avgjørelser, og hvis den er ubehagelig eller vanskelig, ligger ansvaret for å endre den hos meg. Nå, i rollen som forsker, har jeg en mulighet til å tenke over dette. Hva med pasientens ansvar for situasjonen? Hvis jeg tar hele ansvaret, betyr det at jeg fraskriver pasientens rett og plikt - og kompetanse - til å ta ansvar for seg selv? Hvis ja, så er jo det nettopp en undertrykkende holdning til pasienten.

Hvis det er et mål for meg at jeg skal være våken og oppmerksom i alle behandlingstimene, har jeg en valgsituasjon: Enten kan jeg gå inn for at hver time med pasienter blir like interessant, at jeg er like flink – altså like våken og oppmerksom i møte med alle pasienter. Det har jo pasientene fortjent? – og det ligger

der som et etisk krav som må innfris for at det juridiske krav til faglig forsvarlighet skal innfris. Da kreves det at jeg arbeider svært bevisst med meg selv og min innstilling før hver eneste time. Eller – jeg kan velge å bare arbeide med dem som jeg kjenner at jeg arbeider godt med, de som jeg er våken og konsentrert sammen med. Da må jeg avslutte samarbeidet med en del av pasientene. Sannsynligheten er imidlertid stor for at dette ikke er en enten–eller situasjon, men at det handler om både–og.

Hva skjedde med Roger? Jo, jeg foreslo først at han skulle søke et behandlingsopphold på Sunnås Sykehus. Jeg ringte fysioterapeuten der, og drøftet det med henne. Hun mente de kunne hjelpe ham. Han ville ikke. Eller, han sa at han ville, men han gjorde ikke det som var nødvendig før en søknad kunne sendes. Jeg tok dette opp med ham flere ganger, ingenting skjedde. Så – etter å ha foreslått det for Roger og fått hans godkjenning - ringte jeg en annen kollega i vår kommune som driver med en spesiell terapi for pasienter med balanseproblemer. Han var villig til å ta en vurdering av Roger og eventuelt prøve med den typen behandling. Siden har jeg ikke hatt kontakt med Roger, så jeg vet ikke hvordan det har gått i ettertid.

Som fysioterapeut i privat praksis er det lett å betrakte situasjonen på behandlingsrommet som noe isolert, et forhold løsrevet fra alle andre sammenhenger. Fysioterapeuten og pasienten og relasjonen dem i mellom oppleves som en verden for seg. Behandlingsrommets mikronivå kan virke å ha tette skott ut mot verden. Fortrolighet, kontakt, taushetsplikt og intimitet kan gi et feilaktig inntrykk av dette rommet som et slags fristed, løsrevet fra alle andre krav og rammer.

Selvsagt står min daglige praksis i sammenhenger: Faglig, organisatorisk, sosialt, politisk, juridisk. Disse sammenhengene legger solide premisser for det som foregår i mikropraksisen, selv om bevisstheten om disse føringene ikke alltid er klar. Paradoksalt nok kan disse føringene virke sterkere jo mer ubevisste de er: En slags frykt for at jeg ikke helt vet om jeg har rett til å avvise pasienter i følge helsepersonellovgivningen, kan for eksempel få meg til å holde fram med en behandling som ikke fører frem. Hvis jeg undersøker de faktiske kravene, får jeg klarhet i hvilke krav som stilles og kan forholde meg til dem.

Jeg liker meg selv best når jeg er våken og opplagt. Hvem gjør ikke det? Poenget mitt er at det er en forutsetning for å gi behandlingstimen mening, at jeg er våken og

opplagt. Det er et krav, men som så mange etiske krav et det ikke formulert. Kravet om våkenhet er en forutsetning for en del av de øvrige, eksplisitt formulerte kravene i helsepersonelloven.

Hvordan skal jeg forstå kravet til profesjonalitet? Kolleger har hevdet at en viktig årsak til utbrenthet blant helsepersonell er at de tar på seg ansvar for klienter, at kravet om ”omsorgsfull hjelp” blir for tungtveiende. Jeg har lært at en ”profesjonell” avstand til pasienten var nødvendig, for at man som terapeut nettopp ikke skulle slite seg ut og bli ufokusert. I vanskelige situasjoner – som situasjonen med Roger - har jeg prøvd å ikke ta for mye plass i rommet, i håp om å være profesjonell nok. Jeg kan holde tilbake – uttrykk eller responser – som ville sagt noe om meg og hvor jeg sto. Uttrykk som har sin naturlige plass i vennskapelige private samtaler. Profesjonelle samvær stiller andre krav. Og jo mer ”profesjonell” jeg har blitt, jo mer har jeg kjent på perioder med trøtthet. Den hårfine grensen mellom profesjonalitet og likegyldighet oppleves kanskje først når den overskrides.

Jeg driver en slags innsirkling av spørsmålet: Hva er betingelser for at jeg som behandler kan være våken, oppmerksom og deltakende i terapitimene, uten at dette går på bekostning av pasientens rett til også å definere og eie behandlingsrommet? En mulighet er jo at det er noen pasienter jeg som terapeut ikke ”går sammen med”, og som jeg ikke vil få til et godt og levende samarbeid med, uansett hvor mye jeg strever. Men med min bakgrunn fra Forumteater har jeg også erfart hvor mye som kan forandre seg i det jeg finner en annen måte å handle på – en endring i kroppens stilling eller mine ordvalg kan forandre hele situasjonen. Dette er ikke teori. Jeg har erfart det.

Det er på bakgrunn av dette at jeg i det lille feltarbeidet har valgt å intervju 3 kolleger i mitt nærområde om disse tingene. De er alle tre av meg ansett som dyktige og respekterte kolleger, alle tre er spesialister i fysioterapi. En er manuell terapeut, to er psykomotoriske fysioterapeuter, som jeg selv. En er mann, to er kvinner. Alle har lang yrkeserfaring. Og alle har på en eller annen måte gjennom årene hatt et samarbeid med meg – vi kjenner hverandre.

Feltarbeidet – tre samtaler med kolleger

Når jeg går i gang med intervjuene, er jeg utstyrt med en liten opptaker, en notatbok og en sterk følelse av spenning og opprøpmthet. Anspenheten skyldes primært to ting:

For det første er jeg ikke særlig teknisk begavet, og selv om jeg har testet opptakeren flere ganger hjemme, er jeg engstelig for at jeg skal gjøre noe feil slik at det som sies ikke blir tatt opp. Notatboken skal tjene som en slags sikkerhet for at jeg i alle fall får med meg stikkord for samtalen.

For det andre, og det er nesten verre, vet jeg med meg selv at jeg kan være en uoppmerksom lytter som lar seg lett distrahere. Særlig hvis jeg er ansent. Derfor er jeg redd for at jeg ikke skal få med meg det som sies, at jeg ikke skal klare å forfølge utsagn og få fram det jeg ønsker.

Jeg har på forhånd sendt ut erklæring om samtykke, orientering om problemstilling og bakgrunn for feltarbeidet, samt en liste over eksempler på spørsmålsstillinger som vi kan tenkes å berøre under intervjuet til de tre. Denne listen skal ikke følges slavisk, men skal fungere mer som en slags forberedelse for kollegene mine og en stikkordsliste for meg. Jeg ønsker å høre om mine kolleger har noen erfaringer på dette med aktivitet, våkenhet, tilstedeværelse kontra sløvhet, passivitet, likegyldighet i samværet med pasienter. Hvis de har gjenkjenning på disse ulike tilstandene i behandlingssituasjonen, ønsker jeg at de både skal komme med sine erfaringer, eksempler og sine fortolkninger og forståelse av dette. Disse fortolkningene skal senere danne utgangspunktet for en analytisk tilnærming.

De tre jeg skal snakke med, er nære bekjente og kolleger gjennom flere år. En av dem deler jeg praksis med. Jeg liker dem og er glad i dem. Det viktigste er at jeg synes de er dyktige, og at jeg alltid lærer noe i samvær med dem. Det at jeg kjenner dem så godt er et spesielt forhold nå jeg nå skal forske. Det vil bli vanskelig å ha et like kritisk blikk på disse kollegene som på kolleger som jeg ikke har denne relasjonen med, hvis et kritisk blikk er avhengig av en viss avstand. Hvis det kritiske blikket består i å reflektere over det de forteller, kan det vise seg å spille en mindre rolle at jeg kjenner dem så godt.

Med dette som utgangspunkt tenker jeg at grunnlaget for en god og åpen samtale i det minste burde være til stede. Jeg pleier å føle at det er noe jeg kan mestre; å kunne

møte folk i en samtale: Å be om deres fortellinger. Det er ofte her en behandlingssituasjon starter: Jeg spør pasientene om hvorfor de kommer, og hva de tror jeg kan hjelpe dem med.

Marit

Den første samtalen finner sted på mitt behandlingsrom, med min kollega og samarbeidspartner Marit. Marit er en del yngre enn meg. Hun jobber halv tid på vårt felles institutt og halv tid på en psykiatrisk poliklinikk ved det lokale sykehus. Slik jeg oppfatter Marit, er hun en dyktig, pålitelig, stødig terapeut med stor seriøsitet og interesse i sin fagutøvelse.

Vi kommer straks til saken. Marit sier straks at hun opplever at de spørsmål og tanker jeg har skissert om våkenhet og oppmerksomhet, virker interessante, og er ting hun selv også reflekterer over. Det dreier seg om et viktig felt, sier hun, det er viktige faktorer for et godt behandlingsforløp.

”Eg tenker at det handler altså om å kunne møte den andre. Hvis ein da ikkje er våken og oppmerksom på seg sjølv, så trur eg rett og slett ikkje det er plass til den andre, på ein måte. Og eg tenker at hvis ein ikkje er oppmerksom på det som skjer hos ein sjølv, så er det mykje informasjon ein går glipp av. Det er eit felt. Møtet med den andre er eit felt. Det skjer noe mellom, eller i, det feltet, som begge to er aktive deltakarar i, og hvis eg ikkje er oppmerksom på meg, så er det mykje eg går glipp av. Og hvis eg ikkje er våken og oppmerksom, er det mykje av mitt eg kjem til å overføre på pasienten”.

Marit går direkte til å snakke om oppmerksomheten på seg selv, på terapeuten i situasjonen. Her er det ikke snakk om å først snakke om å ivareta pasienten, sørge for eller gi plass for en empatisk grunnholdning. Hun går rett på seg, eller meg, som terapeut. Hvis en ikke er oppmerksom på det som skjer hos en selv, er det ikke plass til den andre, sier hun. Hun sier det med overbevisning, det virker grunnfestet i henne selv. Ved at hun har fokus på det som skjer hos henne selv, tar hun sitt ansvar for feltet. Den andre delen er pasientens ansvar. Og uten at hun gjør denne ankringen i seg selv, så tror hun rett og slett ikke at det er plass til den andre. Det å gi plass til den andre forutsetter at hun har gitt plass til seg selv, at hun har hatt oppmerksomheten et

øyeblikk på det som kjennes i sin egen kropp. Hun kaller ikke dette for intuisjon, men for *”det hun kjenner og legger merke til hos seg selv, i seg selv”*.

Marit er opptatt av hva hun selv gjør, sin egen adferd, sin følelse og sine valg. Hun tar ansvar for det i timene med pasientene. Hun sier noe sånt som at hun og pasienten har en slags fifty-fifty prosent ansvar for feltet og for det som skjer der. Hennes egen oppmerksomhet går på å sjekke ut det hun føler i kroppen og navngi det konkret, når hun merker at noe ikke stemmer. Jeg hører igjen på opptaket med Marit. Ordet intuisjon blir ikke brukt. Men konkrete beskrivelser av kroppslige fornemmelser hos henne selv, med referanser til pust, stilling og opplevd spenningsgrad i egen kropp.

Finn

Den andre samtalen finner sted hjemme i stuen hos min kollega manuellterapeuten Finn. Han er akkurat kommet fra jakt, det er søndag ettermiddag og han serverer kaffe og ferske boller. Jeg er denne gangen trygg på det tekniske utstyret, jeg vet at det fungerer. Usikkerheten er mer rundt dette med det private i situasjonen, det å sitte i et hjem og snakke fag virker som to kolliderende rammer, tenker jeg i bilen på vei til intervjuet. Kravet til saklighet og forskerblikk skal forenes med sofaputer og hjemmehygge.

Også denne kollegaen kjenner jeg godt. I 15 år arbeidet vi under samme tak. Han er i tillegg til å drive klinisk praksis, også lektor ved Universitetet i Bergen, hvor han underviser på studiet for manuellterapi. Jeg oppfatter ham som genuint og glødende opptatt av sitt fag, en dyktig diagnostiker og behandler og en glitrende formidler av faget. I tillegg er han meningssterk og ikke redd for å ta en saklig fight. Han kaller en spade ved sitt rette navn, og pleier å sjarmere folk i senk.

På forhånd tenker jeg at denne samtalen kan bli vanskelig fordi jeg tror at det kan bli utfordrende for meg å holde samtalen rundt det som er emnet for forskningen.

Kollegaen pleier å ha så mye på hjertet, og jeg pleier fort å bli interessert i det han snakker om. Kan jeg likevel få til en passe struktur i samtalen?

Finn er opptatt av pasientene sine. Han sier i løpet av intervjuet at han synes jobben er like spennende som før, men at han har endret praksisen sin mye siden vi arbeidet sammen. Nå er det smertene han er mest opptatt av, mens han før var opptatt av funksjon, i ledd og kropp. Han har mange som kommer med store smerter. I en

manuell terapeuts verktøykasse ligger det et stort diagnostisk verktøy, og en rekke manipulasjongrep som skal brukes der man antar at lidelsen skyldes en dårlig funksjon i et ledd i en ekstremitet eller i ryggraden.

Det han nå kjenner at han trigges av eller blir våken av, er de pasientene hvor han **ikke** kan bruke noe av det verktøyet som ligger i hans kasse. Det er den store overraskelsen denne kvelden. Det er generaliserte smerter – altså pasienter som har smerter uten noen spesiell kroppslig årsak – som nå interesserer ham, og disse kan han ikke hjelpe med sine kliniske metoder! Her er det kommunikasjonen og det opplærende aspekt som fascinerer ham og som gjør at han nå sier rett ut at det som virkelig tenner hans engasjement på jobben, er å kunne dele sin kunnskap om dette med pasienten, og dermed kanskje kunne gi dem et bedre liv. Ikke alle pasienter kan han få til en slik felles forståelse eller kunnskapsdeling med. Der det ikke er noe kjemi, som han kaller det.

”Det er som når du sitter i en fiskebåt og fisker og ikke får napp, så mister du gløden. Da gidder du ikke fiske mer.”

Ja hva er nappet, spør jeg: *”Det er kommunikasjonen med pasienten”* sier han. *”Kjemien”*.

Finn stoler på sin intuisjon, uten videre. Luktesansen, kaller han det, denne følelsen av å være sikker på noe man ikke egentlig vet. En overbevisning løsrevet fra logikk og analyse. Han kaller det også for følelsen, eller altså kjemien.

Finn er opptatt av å skille mellom de pasienter han kan hjelpe, enten ved å bruke sitt verktøy, manipulasjongrepene, fordi han forklarer pasientens smerter med låsninger eller dårlig funksjon i definerte ledd, eller ved å lære pasienten å forstå sine generaliserte smerter, som ikke har noen organisk forklaring lenger. I begge disse tilfellene har han energi, entusiasme, overskudd. Når pasienten faller utenfor disse to kategoriene, avviser han dem, og sier at han med sitt verktøy ikke kan hjelpe dem. Han har ingen anføktelser ved å avvise dem. Uansett er smerten hans veiviser. Kan han ikke hjelpe pasienten med smerten, kan han ikke hjelpe ham eller henne.

Han legger vekt på de fysiske rammene og anser dem for viktige for den terapeutiske prosess. Han har pene lokaler, en sekretær som sørger for at han kan være uforstyrret sammen med pasientene, ingen telefoner skal bryte inn. *”Og så er jeg flink til å*

lytte”, sier han. ”Jeg får tilbakemeldinger om at pasientene synes jeg er flink til å lytte”. Atmosfæren er viktig, tenker Finn, først og fremst for pasienten men også for ham selv, sånn at han trives.

En annen viktig premiss er at det er han som bestemmer og styrer timene. Pasienten kan ikke komme og be om at Finn skal gjøre sånn eller slik. Da føler han seg umyndiggjort av pasienten og det passer ham dårlig. Finn vil behandle på bakgrunn av sine funn. Finn trigges av spenning. Spenning er et ord han bruker riktig ofte. Jobben skal være spennende. Det er det som ansporer ham. Han sier at han aldri har hatt en følelse av å være lei eller utbrent. Jobben har aldri gått i stå for ham. Det har alltid vært noe spennende å konsentrere seg om. Pasientene har på mange måter vært ”prøvekaniner” som han sier, for nye ting, for kunnskap han har tilegnet seg og har lyst til å prøve ut. Han stiller krav til pasientene: pasienten skal kalibrere sine forventninger til Finns føringer, sier han, slik at det er samsvar. At pasienten ikke forventer noe annet enn det Finn vil levere. Men han anser ikke at det er hans oppgave å be dem om å slutte å røyke eller gjøre hundre hjemmeøvelser.

Kristina

Samtalen med Kristina finner sted en stund etter de andre to. Hun kommer reisende med bil og ferge, vi spiser middag sammen før samtalen, og igjen er vi på mitt behandlingsrom. Kristina er noe eldre enn meg, men hun ble utdannet sent i livet, og jeg har vært hennes veileder i spesialistutdannelsen.

Jeg oppdager raskt at Kristina i motsetning til Marit og Finn legger stor vekt på at det første møtet med pasienten skal være en samtale av 90 minutters varighet. Hver gang hun får en ny pasient starter kontakten slik. En og en halv time samtale, ”for å bli kjent, for å bli trygg”, sier Kristina. Trygghet er en viktig verdi for henne. Pasientene skal føle seg trygge. Jeg tenker at Kristina også ønsker å være trygg.

Kristina er under samtalen i dag opptatt av en situasjon med en pasient som har gått for lenge til behandling, som hun sier. Pasienten er umotivert, NAV krever at hun skal være i et behandlingsopplegg for at de skal bidra med sine ytelser, Kristina er umotivert. Hun merker det på sin egen forutinntatthet, hun orker nesten ikke å høre etter hva pasienten sier. Selv om pasienten er flink til å snakke og ordlegge seg, så er det ikke noe vits for Kristina i å høre på pasienten. Det er ikke noe terapi, hun er på

”en slags oppbevaring” hos Kristina. Kristina opplever situasjonen som meningsløs, og hun blir trøtt og lei. Det skjer ingen endring. Pasienten prater om uvesentlige ting, Kristina hører ikke etter. Samtidig opplever Kristina at pasienten ikke hører etter hva hun, fysioterapeuten, sier.

Jeg ser det straks for meg: Her er to mennesker som begge prater i vei uten at de hører på hverandre, mens de har et rituelt samvær hver uke som en betingelse for ytelser som gir pasienten en slags eksistensgrunnlag. Jeg spør Kristina hva som ville skjedd hvis pasienten ikke fikk lov til å prate? Kristina repliserer at denne pasienten ikke kan være stille.

Før denne pasienten kommer er Kristina forberedt på en negativ måte. ”I dag er det henne”, tenker Kristina fra starten på dagen. Etter at pasienten er ferdig er Kristina helt matt i kroppen, og uten energi. Energiløsheten kommer når pasienten har gått. Da er hun så sliten.

Jeg spør hva som hindrer Kristina i å ”hive henne ut”, som hun sier. Det er NAV. Dette at en institusjon som NAV har stilt opp noen betingelser gjør at hun finner det vanskelig å avslutte. Denne situasjonen kjenner jeg igjen. En tredjepart er bestiller, og det er en uavklart og usortert situasjon som bare går sin gang uten at noen stopper opp og avklarer eller avslutter. Jeg har vært i slike situasjoner og kjent på den trøttheten som da medfølger, og som også Kristina beskriver.

Kristina har et prinsipp: Hun sier fra til pasientene før behandlingen starter opp at hun er veldig direkte og ærlig, og at hun ønsker at pasientene er det også. Dette vil hun skal være en premiss i forholdet. Hun sier i stor grad det hun tenker. Hun har noen få ganger opplevd at pasientene har takket for seg på grunn av hennes direktehet. ”Jeg tror jeg har mye intuisjon,” sier hun. ”Jeg liter på intuisjonen min. Når jeg tenker etter nå, så er jeg komfortabel med den. I dag hadde jeg en pasient som med en gang jeg tok i henne, så tenkte jeg ”Oi! Hva er dette? Her er det noe jeg reagerer på.. Denne gangen kjente jeg det i brystet. Noen ganger kjenner jeg det som en følelse i magen. Det virker som det handler om noe annet enn det hun fortalte meg. Jeg reagerte ikke på noe av det hun sa, men det var en momentan reaksjon på det jeg kjente, som jeg ikke har noe ord på. Jeg kjenner ofte på dette. Det behøver ikke å være noe dramatisk. Kan være noe som sier at nå kan du gå videre. Jeg kan stole på det. Jeg prater med pasientene mine om det.”

Forskererfaringer

Hva erfarte jeg som forsker i eget fagfelt? Først og fremst at jeg syntes det var uhyre spennende å snakke med kolleger og deres erfaringer fra praksis. Men det har jeg da gjort løpende i over 30 år? Jo, men ikke i en så strukturert og ordnet form. Formatet ”feltforskning” førte til en disiplinering av samtalen som gjorde den mer konsentrert og strukturert, og da ble den essensiell og uten sidespor.

Jeg erfarte også hvor innholdsrikt feltet er – det var hele tiden valg som måtte tas med hensyn til hva som skulle forfølges og utdypes. Feltet er uendelig rikt. Det innbød til så mange slags refleksjoner at det stundom var vanskelig å velge. Særlig opplevde jeg det i samtalen med Finn. Han er jo den av informantene som har en annen spesialitet, og i samtalen med han var jeg mer ukjent med feltet enn i samtalene med Kristina og Marit, hvor jeg var fortrolig med situasjon og begreper. Hos alle tre var det stadig nye og spennende tema som det kunne vært interessant å gå videre på. Hvordan skulle jeg avgrense og hva skulle jeg velge?

En annen erfaring var jo at jeg syntes det var så kjekt å ha disse samtalene. De ble opplevelser hvor jeg følte meg våken og tilstedeværende, og hvor etterarbeidet, refleksjonene rundt det vi hadde snakket om, førte til endringer i min egen praksis. Jeg tenkte mye på at selve forskningssituasjonen hadde så stor overføringsverdi til min egen behandlingssituasjon, hvorfor fikk jeg ikke alltid til å ha samme gløden i forhold til pasienter som jeg hadde til disse kollegene? I forskningen følte jeg meg genuint og positivt nysgjerrig, det vil jeg også gjerne være i behandlingssituasjonene. Hvordan overføre dette? Jeg har prøvd i tiden etterpå å se på meg selv som en slags feltforsker når jeg tar pasientene inn, og kjent at det gjør en forskjell med energien i rommet.

Jeg gjorde meg tanker om mulig forstyrrende ”støy” rundt forskningen min. Det dreide seg om nervøsiteten for det tekniske, engstelsen for rammene, mine følelser og sinnstemninger i forhold til at jeg kjente informantene så godt fra før. Mine forforståelser måtte jeg ta oppgjør med både under og etter samtalene. I alle tre samtalene hadde jeg en forforståelse av hvordan samtalen kom til å gå eller hva den kom til å dreie seg om. Etter hver samtale var jeg overrasket og oppglødd. Jeg var totalt uforberedt på følelsen av spenning og engasjement disse samtalene skulle komme til å vekke i meg, ergo var en av fordommene mine at det kom til å være ikke-

spennende samtaler, litt kjedelige kanskje. Spenningen på forhånd dreide seg mye mer om meg, hva jeg skulle prestere og klare. Gleden etterpå dreide seg om overraskelsen i møtet med informantene, hvor fantastisk interessant det hadde vært å høre på dem og hvilke refleksjoner som samtalene med disse kollegene som jeg trodde å kjenne så godt skulle sette i gang.

Det å være så fortrolig som jeg er med informantenes fagområde ga flere utfordringer. Hvordan skulle jeg få fram informantens stemme og ikke min egen? Hvordan sikre at jeg ikke la oppsamtalene slik at informantene sa det jeg ønsket at de skulle si, hvordan oppdage og gjengi informantenes perspektiv?

I skriveprosessen svingte det mellom at jeg ivret etter å sette tanker på papiret og at jeg følte meg helt mislykket og uten retning i arbeidet. Altså nokså likt de problemstillingene som melder seg i mitt arbeid til daglig! Fra usikkerhet til glød og iver. Jeg hadde en intens uvilje mot å kalle dette forskning fordi jeg hadde en forestilling om at jeg ikke var verdig en forskerbetegnelse. Forskerbildet mitt var det kvantitative, naturvitenskapelige arbeid, med måling, telling og veiing, så å si. Det tok tid for meg å komme inn i hva kvalitativ forskning egentlig var. Dette førte til at jeg på en måte tok litt lett på arbeidet, selv om jeg samtidig investerte mye både tid og oppmerksomhet i det. Å ta lett på noe betød i denne sammenheng at jeg degraderte mitt eget prosjekt.

Hva er det viktigste jeg har erfart i feltarbeidet? Kanskje er det at for å våge å forske i eget praksisfelt kreves det at jeg beveger meg fra det normative til det deskriptive – altså at jeg retter min konsentrerte oppmerksomhet mot det som viser seg i feltet. Å se praksisvirkeligheten slik den faktisk er og ikke slik den burde være, er en betingelse for å utvikle erfaringen til lærdom og kunnskap. Det har det å ta utgangspunkt i fortellingen – både egne og kollegenes fortellinger – lært meg. Å etterspørre den sanne erfaringen har vært det første steget. Hva har vi faktisk erfart? Deretter har vi beveget oss gjennom flere nivå: hva slags mening legger vi i erfaringen; personlig mening, kulturell mening, sosial eller politisk mening osv. Hvordan forstår vi erfaringen? Hva legger vi i den? Derfra kan vi undersøke både erfaring og mening ved hjelp av vitenskap og overordnet teori. Jeg har i feltarbeidet erfart at en slik spiralformet utvikling og bearbeidelse av erfaring er forutsetningen for å lære noe av og om eget arbeid, og dermed forstå seg selv bedre som yrkesutøver. I det daglige

blandes nivåene ofte sammen. I feltarbeidet måtte jeg sortere, og jeg forsøkte å skjerpe blikk og tanke, både i observasjoner og refleksjoner.

Er det et moment at hver enkelt terapeut skal "være seg selv" i terapirommet, og bare passe på det man skal unngå å gjøre? Tom Andersen sa noe sånt en gang: "Husk på det du skal **la være** å gjøre, så blir resten enkelt." Er det dette som er betingelsen? Vær deg selv, men pass på noen fallgruber? Jeg har jo i flere år hatt en økende værhet for kjedsomheten i noen arbeidssituasjoner. Det er særlig noen situasjoner på behandlingsrommet som får meg til å merke en spesiell uoppmerksomhet, en sløvhet som gjør at jeg føler meg som en dårlig fysioterapeut. Eller som en falsk fysioterapeut som bare halvveis er til stede for pasienten. En åndsfraværende, litt likegyldig terapeut. Når den følelsen er der, har jeg ikke arbeidslyst. Da er det lett å bli henført til fantasien om et slags prosjekt jeg har, hvor jeg i ånden ser meg selv bli kvitt pasienter slik at jeg kan starte på nytt. Jeg vil så gjerne arbeide både med letthet og oppmerksomhet. Jeg er innimellom håpløst forelsket i dette prosjektet og gir meg ikke, selv om håpet på respons sviner. Jeg fortsetter å dyrke mine følelser og ønsker lenge etter at jeg innser at det ikke er noe gjengjeldelse å håpe på. Jeg elsker prosjektet mitt, men prosjektet elsker ikke meg. Skamfølelsen sørger for det. Jeg ønsker nemlig å kvitte meg med pasientene mine. Det betyr ikke at jeg ønsker livet av dem. Jeg ønsker bare at de skal si takk for seg, at jeg ikke skal trenge å gi dem ny time, at jeg bare skal vinke farvel og så aldri mer tenke på dem, ikke som pasienter i alle fall. Det er et poeng at de skal si opp selv, at det ikke er jeg som skal be dem om å slutte.

Jeg vet med meg selv at jeg vil komme til å føle en enorm lettelse, jeg kommer til å bli opplagt, og jeg vil gå hjem når arbeidsdagen er slutt med et smil og et lett hjerte. Bevegelsene mine kommer til å være spenstige og raske, jeg vil puste dypt og glede meg over naturen på veien hjem. Jeg vil høre bølgene og se fjellene og puste den friske luften dypt inn. Jeg vil ikke ha dårlig samvittighet. Pasientene trenger ikke å si takk for behandlingen, eller skryte av meg som terapeut. De trenger ikke å si at det har hjulpet dem å gå til meg, at de har fått ny innsikt eller en ny kropp. De trenger bare å si ordene: "Jeg vil ikke gå i behandling her lenger. Jeg vil slutte." Gjerne med andre ord, men lignende budskap. Dette betyr ikke at jeg ikke ønsker å jobbe mer. Det er ikke jeg som skal slutte. Tvert imot. Det betyr at jeg gjerne vil gi time til alle dem som står på ventelisten. Hvis jeg får avsluttet de 28 pasientene som pr i dag går i

psykomotorisk behandling hos meg, vil jeg kunne ta inn 28 flunkende nye pasienter. Jeg vil ringe til 28 nye navn i morgen. Ikke alle 28 vil kunne komme. Noen vil si at det ikke lenger er aktuelt med behandling. Noen er blitt friske. Noen har begynt i en annen terapi. For hver som sier nei takk, vil jeg ikke kjenne et eneste lite snev av skuffelse eller irritasjon. Jeg vil bli glad. Virkelig og oppriktig glad. Og jeg vil skynde meg og legge på røret før de rekker å ombestemme seg.

Når jeg så går i gang med de 28 nye pasientene, vil noen av dem bli avsluttet i løpet av undersøkelsestimen. ”Jeg lurer på om du først skal prøve noe annet”, vil jeg si. ”Psykolog, manuell terapeut, rødvin, kampsport, kontaktannonser. Hva som helst, bare ikke meg. Jeg vil nemlig helst bli kvitt deg. Så snart som mulig.”

Kun den første setningen her vil pasienten høre med ørene sine at jeg sier. Det andre er en undertekst, noe som sies uten ord, og som pasienten eventuelt oppfatter med andre organer enn med ørene. Jeg sier det uten å si det når jeg tenker det og handler på bakgrunn av det. Underteksten er sterk nok til å drive handlingen min, selv om den ikke formuleres i ord. Feltarbeidet, samtalene med kollegene og refleksjonene i ettertid har beveget prosjektet mitt. Det er ikke lenger et ”alt-eller-intet”-prosjekt. Det er noen nyanser som begynner å tre frem for meg. Ved nærmere ettertanke er det faktisk en del pasienter jeg gjerne vil fortsette med. Sandra, for eksempel, som for hver time overrasker meg med sine fortellinger om hva hun har innsett og merket siden sist, og som i store sprang er fortvilt og forhåpningsfull. Og Åge, som sitter i bilen og skriver en halv time før han starter opp og kjører hjem etter timen. Selvsagt ønsker jeg at Roya skal fortsette, den iranske kvinnen med flere år i fengsel bak seg, som langsomt finner smertefrie bevegelser og uttrykk, og som sier at nå skal det gå bra med henne. Jo, de tre og en del flere vil jeg fortsette med en stund til. Og gruppene mine, de vil jeg gjerne fortsette med. Gruppene er morsomme. Jeg har nå 4 grupper i uken. Jeg vil faktisk gjerne ha flere grupper, når jeg nå kjenner etter. Fantasien min, som jeg altså på en måte skammer meg over, handler om at det å starte på nytt, med såkalt blanke ark, genererer energi og gjør meg våken. Det er våkenheten, oppmerksomheten og tilstedeværelsen i behandlingstimene som er mitt anliggende. Det å være en aktiv, nærværende og opplagt terapeut er både en plikt og en utfordring. En plikt fordi jeg ikke kan innfri de krav som stilles til kvalifisert terapeutisk virksomhet uten å være våken og oppmerksom. En utfordring fordi det er vanskelig.

Teoretisk refleksjon

”Verkligheten ligger til hvardags för oss som en hopgyttrad massa af isolerade, förströdda, liksom sofvande ting, och det är endast i ögonblick af större andlig spänstighet och högre lif som vi kunna bibehålla den i den kristallinskt ordnade, klara form, som är den sanna, nakna verkligheten”. Hans Larssons (3) språk er poesiens, og jeg må hensette meg i en mottakelig tilstand for å oppfatte hva han faktisk sier. En tilstand av åndelig spenst! Den trenger jeg for å få en helhet ut av mine forskererfaringer som ligger ”förströdda”, og for å se delene i helheten – i den ”hopgyttrade massan”. Ved å samtale med kolleger fra eget yrkesfelt, kan jeg bruke mitt kyndige blikk og se det mine kolleger også ser. Vi ser med de begreper som er innebygget i virksomheten. (Jacob Meløe, s 23) Men vi ”ser” ved hjelp av en samtale og begreper. Vi sitter og snakker og ser situasjoner og hendelser for oss, for vårt indre blikk, vi er ikke vitner til aktuelle hendelser. Men vi har forstand på hva vi snakker om, vi er aktører i sammen verden.

Finn forventer at pasientene hensetter seg i en tilstand der de forstår hva han har å si dem. Det er det kravet han stiller til dem. Han betegner seg selv som både aktiv og krevende, og merker han at pasienten ikke kan følge ham, så sier han ganske snart at han ikke kan hjelpe.

Finn definerer seg selv som den som tar ansvar og legger premissene for timene. Han regner med at pasientene forholder seg til det. Marit har en overbevisning om at ansvaret for timene er delt i to likeverdige deler, og at det feltet som oppstår er det begge er med på å skape. Kristina bruker mye tid på å ”gå inn” forholdet mellom seg og pasienten slik at det blir trygt, slik at hun kan være så direkte og ærlig som hun ønsker. Hennes måte å gå inn forholdet på, er ved å bruke mye tid på å snakke de første timene. Tryggheten antas å etablere seg gjennom samtalen. Marit er åpen overfor pasientene på hva hun fornemmer hos seg selv i løpet av timen, hun deler dette bevisst med pasientene. *”No kjenner eg at eg blir trøytt”*, kan hun si, *”kva med deg, korleis kjenner du deg? Kva trur du dette kjem av?”* Dette er Marits måte å være åpen om sin intuisjon på og samtidig å ansvarliggjøre pasienten. Marit føler seg selv og gjør seg selv følbart for pasienten. For henne er det en betingelse, ikke bare for å kunne med-føle den andre, men også for å kunne bevare sine gode krefter, sin energi.

Filosofen Spinoza (4) deler affekter inn i to grupper – aktiv og passiv affekt. Den aktive affekt er en affekt vi tilstreber, fordi den kommer fra oss selv og er et uttrykk for frihet og ansvar. Det er å være seg bevisst og slippe til de følelser som kan kalles positive, som f.eks kjærlighet. De passive affekter er bevirket av ulike ytre forhold, og deles i to undergrupper: de gledelige og de triste. Når vi lar oss bevege av passive affekter er vi et objekt for ubevisste motiver. De passive affekter bør tøyles, slik at vi ikke blir slaver under dem, mener Spinoza. Kjærlighet er en aktivitet, og ikke en passiv affekt. Begjær, misunnelse og sjalusi derimot er eksempler på pasjoner, eller lidenskap. Lidenskapen kan ”få oss til” å foreta oss handlinger som verken er gode eller frie, fordi vi er drevet av pasjonen. Kjedsomhet eller trøtthet kan drive meg til handlinger i terapirommet som ikke tjener det godes hensikt. Når Marit på sin måte er åpen med pasienten for hva hun selv kjenner, er hun åpen for å reagere på de passive affekter hun merker, og selve det å reagere på det og meddele hva hun kjenner – er det et uttrykk for en aktiv affekt? Kan vi se om terapeuten styres av en aktiv eller en passiv affekt? Marit er opptatt av makten i timen, makten i feltet. Hun tenker seg at makten går fram og tilbake mellom pasient og terapeut. Hun har innimellom behov for å overlate ansvaret – og dermed makten – i timen til pasienten. Det er nesten som hun sier: ”Nå får du gjøre ditt her. Jeg har foreløpig gjort mitt.” Jeg leser Arne Næss (5) sin bok ”Det frie menneske – En innføring i Spinozas filosofi”. Han skriver: ”Spinozas formuleringer er abstrakte og generelle. Forsøker man i noen grad å ledes i praksis av hva han sier, må man stille seg temmelig fritt i tolkning og anvendelse av slike formuleringer i praktiske situasjoner. Det er bare ut fra dette at jeg kan si ja til mange av hans formuleringer”. (side 64).

Marit sier: *”Eg kjenner etter kor eg sit på stolen. Kor eg har mine ”favorittspenningar”. Korleis virker det på meg reint følelsmessig det pasienten seier og gjer. Det kan eg ofte formidle til pasienten. Eg deler det ofte med pasienten...Det at eg kjenner etter det kroppslege hjelper meg til å ikkje rase av gårde, eller ta ansvar frå pasienten.”* Marit er ikke trøtt etter behandlingstimer. *”Det kan være mye nød og smerte til stede i møtet mellom menneske. Det kan eg godt romme når eg sjølv er til stede. Når eg kjenner korleis det er for meg å vere her.”* Hun er opplagt etter timene.

Marit er oppmerksom på de passive affekter, og på deres effekt på henne. Ved å forholde seg bevisst til dem, og ved å ta ansvar for dem – ved å forholde seg til dem

gjennom en aktivitet som at hun sier høyt hva hun opplever – altså ved å omgjøre dem fra passiv til aktiv affekt, så frigjøres energi. Dette er en temmelig fri bruk av Spinozas begreper, men hjelper meg til å ordsette det som foregår når Marit blir opplagt i timene, selv der hun arbeider med de aller sykeste.

Når terapeuten blir sliten og fraværende, er det en passiv affekt? Det kommer mange små signaler på tilstanden før den store trøttheten inntreffer. Hvis dette ikke fører til at terapeuten frigjør seg gjennom å ta dette opp, si det høyt eller på andre måter forholde seg til det gjennom en endring, så forblir det en passiv affekt. Den virker destruktivt. Det er et stort ansvar for terapeuten, tenker jeg, å forstå den frigjøringen som ligger i å ta ansvar for de passive affekter. Så man ikke blir slave under dem, det vil si handler på bakgrunn av en pasjon, en negativ følelse som fører til en destruktiv handling. Overføringsmekanismer i terapien, tenker jeg kan være en effekt av nettopp slike handlinger.

I Sigrid Combüchens roman "Spill" leser vi om den helt unge hovedpersonen Hedda, som lager mat til sin fars femtifemårsdag. Hedda er kjent for sin hendighet, sitt håndlag med alle praktiske gjøremål. "Mens hun holdt på, kjente hun hvordan kjedsomhet og konsentrasjon balanserte hverandre. Hun kunne ikke tenke seg at noen i familien ville forstå hva hun mente hvis hun sa de ordene. Hvis hun kom ut fra kjøkkenet og sa at kjedsomhet og konsentrasjon må balansere hverandre for at man skal kunne arbeide godt, ville de ikke hørt på henne. Slike ord hørte ikke hjemme i tilberedelse av festmat, eller i husarbeid. Eller noe. Ingen sa slikt. Kanskje det ene og det andre hver for seg. Å konsentrere seg om en ting var bra. Å føle kjedsomhet ved langvarig matlaging var vel forståelig. Men å ta fornemmelsen ut av sin sammenheng for å danne et uttrykk. Absolutt ikke. Det nyss tenkte innfallet, at balanse mellom konsentrasjon og kjedsomhet var selve motoren i arbeidet, en drivkraft uten hvilken hun ikke ville fullført – i dette tilfellet – ti anderetter, ville de oppfattet som bråkjekt."

Man kan selvsagt ikke sammenligne det å arbeide med matlaging med det å arbeide sammen med mennesket. Likevel ligger det noe her. Jeg forstår Hedda. Kjedsomheten ligger i det vante, det gjentakende, sikkerheten i alle grep og bevegelser, ordvalg, tryggheten i alle kjente ting. Kunnskapen, sikkerheten i metodens fortrolige grep og vante rytme. Dette alene kan imidlertid føre til at jeg går i sirkel, gjentar meg selv,

ikke kommer videre. Konsentrasjonen er nødvendig for å ta nye steg, høre etter med våkne ører, utfordre situasjonen.

Drivkraften ligger i balansen, tenker Hedda i romanen. I arbeidsdagen på instituttet funderer jeg nå ofte over ordet balanse. Balanse betyr blant annet at jeg ikke gjør mer av det jeg allerede gjør, men vektlegger det andre, det jeg ikke gjør. At når de flinke rutinene får dagen til å gå av seg selv, og trøttheten kommer snikende, så er det konsentrasjonen jeg må vektlegge og skjerpe. Når krav til konsentrasjon og økt oppmerksomhet gjør meg sliten, er det hvile og regenerering i det vante og kjente. Uten balansen blir økt innsats kanskje meningsløs, fordi det er så lett å gjøre mer av det jeg allerede gjør mye av? Slik sett har følelsen av trøtthet et formål: Den skal få meg til å foreta meg noe, slik at trøtthetsfølelsen går over til noe annet, til noe som er mer konstruktivt og tjener både behandler og terapeut bedre. Trøttheten er en slags termostat som skal få meg til å reagere. "Jeg skal ikke ha det slik!" Hva vil trøttheten si meg? I begynnelsen er trøttheten mer en aning, en stemning som leder til en tanke eller idé som jeg så kan gripe. Aningen kan jeg ikke gripe, men den leder til noe. Alt begynner med en aning. (Hans Larsson)

Hva når trøttheten er et tegn på at jeg står overfor en oppgave som er for stor for meg? At det er et varsko om at jeg mangler kunnskap, trening eller innsikt? Det er ikke så usannsynlig – i begynnelsen av mitt arbeid innen forebyggende helse syntes jeg ofte enkelte arbeidsoppgaver var kjedelige fordi jeg ikke forsto dem. Jeg skulle for eksempel en gang veilede en trailersjåfør ergonomisk. Han hadde fått vondt i ryggen. Jeg visste så lite om trailersjåførers arbeid og utfordringer, at jeg ikke følte at jeg mestret oppgaven. Før jeg kunne gjøre noe som helst, måtte jeg læres opp ved at sjåføren forklarte meg noe om sin verden. Før han gjorde det, besto hans verden for meg bare av enkeltdeler: Et ratt, en kjørehytte, et bilsete som ikke lot seg regulere, og hvor skulle jeg begynne? I følge ergonomiopplæringen min var jeg eksperten som skulle hjelpe sjåføren til korrekt sittestilling og arbeidsstilling. Oppgaven virket ufattelig kjedelig. Etter en stund med kaffedriking og prating begynte jeg å ane konturene av en form, en slags helhet i trailersjåførens arbeidsdag. Sjåføren trådte frem og ble subjekt, og jeg ble lært opp. Hvis jeg ikke hadde tatt meg den tiden det tok å bli kjent, ville veiledningen min blitt tilfeldig og uengasjert fra min side, og det ville senere bli opp til sjåføren å sette den inn i en slags sammenheng. Sjåføren ville heller ikke trådt fram som subjekt. Samarbeidet med sjåføren tok en helt annen

vending, og ble interessant. Vi snakket om syn og hørsel og pust. Om stress og krav, om avspenning og tålmodighet. Vi møttes. Plutselig, i løpet av feltforskningsarbeidet, husker jeg denne hendelsen som fant sted for tjue år siden. I møtet med denne sjåføren skjedde denne vendingen, slik den nå huskes, glidende og nesten umerkelig. Hadde noen på forhånd sagt til meg at jeg, eksperten, måtte framstå som den som ikke visste og be om å bli opplært av "objektet" for veiledningen, ville jeg på den tiden følt det som en faglig ydmykelse. Der og da opplevde jeg meg som ekte, faglig og våken. Nå kan jeg relatere møtet til Skjervheims begrep om intersubjektiviteten. Etter feltarbeidet tar jeg meg i å undre meg: Ville jeg kunne hatt samme prosess dersom jeg hadde vært sammen med lastebilsjåføren inne på mitt eget behandlingsrom? Her var vi sammen i hans verden, i bilen og på et støvete pauserom i virksomheten. Der ble vi to jevnbyrdige i et anerkjennende, symmetrisk forhold. Skjervheim mener vel at intersubjektivitet er en dyktighet, en evne (dugleik), snarere enn et middel eller metode. "Korleis skal vi vere med kvarandre?" spør han. Hvordan kan jeg være med pasienten – hvordan kan vi være med inne på behandlingsrommet, rommet som eies i så stor grad av meg, terapeuten?

Når Kristina sitter lenge sammen med pasienten sin i det første møtet, tar pasienten henne med inn i sin verden. De tar hverandre inn i sine respektive verdener. Fordi dette første møtet har så romslige tidsrammer, får Kristina en mulighet til å bli kjent – ikke bare med pasienten **som pasient**, men også med hennes verden av valg og handlinger. Kristina kaller dette å bli trygg. Hun danner seg et bilde, og prøver å se sammenhenger mellom personen, hennes livsverden og plager eller symptomer. Den jeg er, bestemmer det jeg ser. "Bjelken i sitt eige auga ser ein ikkje, for det er den ein ser med" sier Hans Skjervheim i essayet "Oppleving og eksistens". Jeg kan bare observere og reflektere ut fra mitt eget fundament, mine egne erfaringer. I forskningen i eget fagfelt rommer dette en utfordring: Jeg må gjøre meg fremmed for det jeg holder på med og det jeg kommer fra, løse meg fra profesjonsutøverens ferdigfortolkede perspektiv og innta holdningen til en som ikke vet. (Nergård) Veien dit har et startpunkt som noen ganger kjennes som et ubehag. Ubekymret er utløseren til å "bestemme alle tings vekt på ny". Å våge å stille spørsmål ved det tilsynelatende og forførerisk opplagte. (Nietzsche: *Woran glaubst Du? Daran: Dass die Gewichte aller Dinge neu bestimmt werden müssen.*)

Marit forteller om en pasient, Eva. Eva er en 31 år gammel kvinne, rusmisbruker, diabetiker, og med diagnosen ADHD. Eva har gått til behandling en lang periode. Behandlingstidene begynner å få et mønster: Første del av timen bruker de til å arbeide med ulike aktive oppgaver; bevegelser og andre bevisstgjørende oppgaver. Siste del av timen ligger Eva på benken og får såkalt avspenningsbehandling med massasjereg og passive bevegelser. Denne delen av timen liker Eva best, hun synes det er deilig. Plutselig en dag blir Marit seg bevisst et stadig mer påtrengende ubehag. Hun ser det slik at den aktive delen av timen mister noe av verdien i seg selv, fordi den for Eva bare blir et slags rituelt samvær før hun kommer til egentlig gode i timen, nemlig det å få lagt seg på benken og "bli behandlet". Dette skurrer for Marit. Hun mener at den passive behandlingen har samme effekt på Eva som rusen har; den er en slags flukt. Avspenningen er en type rus hvor en annen tar ansvar for henne, Eva overlater seg selv til en annens varetekt. - Og hva tjener det til? Ubehaget blir utålelig, og Marit tar det opp med Eva, som skjønner hva hun mener. Hun tenker seg om og er ganske enig. Marit stiller betingelser: *"Dette må vi slutte med. Og når du går her i behandling hos meg, skal du ikke flykte eller ruse deg. Du skal ta ansvar. Eg kan ikke vere med på at du skal flykte vekk."* Relasjonen mellom de to var god, og det følte trygt for Marit å si fra på denne måten. Når en merker at noe ikke stemmer må en gjøre noe annet, ellers er det raskeste veien til utbrenthet, sier Marit. *"Ein kan ikke drive på og gjere noko som ein ikke har tru på utan å bli utbrent"*.

Mange fysioterapeuter ville nettopp ha begrunnet avspenningen som Eva fikk med at det var godt for henne å få hvilt seg, det gjorde at hun fikk samlet krefter og hentet seg inn igjen, og at det hadde hun bruk for. Det vil være en helt akseptert tanke i fagmiljøet. Men for Marit blir det ikke riktig, og hun vil ikke gå på akkord med sin overbevisning. Det vil gå ut over våkenheten hennes, og hun handler i henhold til det. Og Eva forstår umiddelbart hva Marit tenker. Sammen endrer de kurs, på bakgrunn av Marits ubehag.

Etter gjennomført feltarbeid og i den skrivende refleksjonen over disse tre samtalerne, er det spesielt en ting som har slått meg: Ingen av kollegene mine nevner at de har hatt en utarbeidet felles målsetting eller en felles situasjonsforståelse med pasienten før behandlingen starter opp, slik at de er enige med pasienten om hvor veien skal gå i den terapeutiske prosess. Og hvor skal denne veien ende opp? Hva er retningen eller målsetningen i terapien? Hva vil pasienten og terapeuten, hvor vil de hen? Er denne

avklaringen noe som ligger implisitt i arbeidet deres og som er så naturlig og selvsagt for dem at de ikke kommer til å nevne det? Jeg har heller ikke spurt dem direkte om det. I forhold til dette med aktivitet og våkenhet tenker jeg at det er vesentlig for engasjementet og gløden hos behandleren at han eller hun vet hva man arbeider mot, eller i alle fall hva man vil eller ønsker seg. Hvis dette mangler, er det lett å tenke seg en trøtthet eller passivitet som inntreffer fordi man ikke vet hva arbeidsfeltet egentlig skal handle om. Når Marit sier fra til Eva, er det ut fra et ubehag som minner henne på at det er ikke hit vi vil! Vi har et annet mål, en vilje, og det vi nå gjør fører oss ikke dit! I De undertryktes teater er vilje et grunnelement, en betingelse for at man kan yte hjelp. ”*If we can see no will, we can’t help*” sa Augusto Boal på sitt karakteristiske brasil-engelsk under workshopene. ”*Where is your will?*”

Likevel spør jeg meg nå: Er nå dette nødvendigvis sant? Er det kanskje nok å oppleve mening i timen her og nå, i et meningsfullt samvær? Og å være våken for det som skurrer for egen del – og ta nettopp det på alvor? Mye vesentlig kan gå tapt når man fokuserer oppmerksomt og utelukkende på målet. På den andre siden – feltet trenger avgrensning, å komme ”på viddene” er stort sett ingen god opplevelse for terapeuten.

Konklusjon

Med erfaringen fra feltarbeidet har jeg i dette essayet prøvd å vise hva som skjedde når jeg på en strukturert måte begynte å se på min egen erfaring med våkne øyne og en nysgjerrig holdning, og å samtale om erfaringen med kolleger. Den ureflekterte, ubearbeidede trøttheten som jeg kjempet med, fikk meg ofte til å forholde meg passivt og lage ulike ”fluktscenarier”. I feltarbeidet kunne jeg studere trøttheten med et skjerpet blikk, i samarbeid med kolleger i et samtaleformat. Samtalene med kolleger innebar en anerkjennelse av temaet som noe gyldig og interessant. I den skrivende refleksjonen og veiledningen kunne teorier og tankesystemer gi refleksjonene en større horisont og en mening ut over den personlige. Det som var blitt vaner og rutiner ble i feltarbeidet gjenstand for spørsmål og interesse. Trøttheten, som jeg egentlig skammet meg over, ble en kilde til kunnskap om egen praksis.

Veien videre

De temaene som det lille forskningsarbeidet og den skrivende refleksjonen har belyst, har jeg lyst til å gå videre med. Dette er tema som jeg nå har blitt invitert til å samtale

med den 90 år gamle tyske filosofen Karl-Otto Apel om. Han har bedt meg skynde meg, fordi helsa hans ikke er den aller beste. Karl-Otto Apel er en bekjent gjennom flere år og en venn av familien. I Apels diskursetikk begrunnes bl.a. en bevissthet om at begge parter anerkjenner den andre og den andres argument. Det ser ut for meg at dette berører de samme vesentlige spørsmål for meg som helsearbeider som Hans Skjervheims eksistensfilosofi gjør det. Apels diskursfilosofi analyserer jo nettopp forbindelsen mellom viljen til å søke konsensus for egen handlinger og verdigrunnlag – andres anerkjennelse av våre valg – og viljen til å åpne seg for andres kritiske blikk. (Die Zeit, 15.03.2012) ”*Es könnte ja sein, dass der Andere Recht hat*” er en Apel-setning som har festet seg hos meg. ”Begründungsdenken” er å åpne seg for den andre og den andres likeverdige, kritiske blikk. Det kritiske blikk kan komme fra en selv, når man åpner seg for sin intuisjon, sitt ubehag, sin samvittighet eller hva man nå velger å kalle dette ”noe” som uten hensyn driver på i et menneske til det fører til en reaksjon, en handling, eller til å ta ”*ein steg attende*” som Skjervheim ville sagt det.

På flere måter har arbeidet med dette lille forskningsprosjektet gitt meg en opplevelse av å slutte sirkler og gå videre i nye. Som 16-åring ble jeg elev av Hermund Slaattelid i norsk og filosofi på Voss Gymnas. Han gjorde oss kjent med Hans Skjervheim og eksistensfilosofien. Det var spennende for en ung gymnasiast å sitte ”ringside” på Ringheimskaféen på Voss og høre Skjervheim med treffsikker replikk gå i rette med marxistene og med ukritiske dogmatiske påstander både fra høyre og venstre side. Dette var 1970 – 73. Senere møtte jeg Skjervheim igjen flere ganger bl.a. på Goetheinstituttet i Bergen. Da var jeg i gang med den psykomotoriske videreutdanningen og hadde møtt Tom Andersen som jeg senere skrev en bok sammen med og laget film om. Veien førte meg videre til Augusto Boal og hans arbeid med Theatre of the Oppressed; De undertryktes teater. I 1987 ble jeg kjent med Karl-Otto Apel gjennom filosofiseminarene på Melbu, og også med Jacob Meløe som deltok her de første årene. Flere andre norske og internasjonale filosofer fikk meg og andre medlemmer av Melbusamfunnet til å delta på seminarer og på filosofikaféer i regi av Nordland Akademi. Det å reflektere over min egen praksis slik jeg har gjort det på studiet i praktisk kunnskap, har på en uventet måte sammenføyet ulike fasetter i livet mitt, som jeg tidligere ikke har sett i sammenheng med min hverdagslige gjerning og mine daglige møter med mennesker inne på behandlingsrommet. Det er som når flere veier plutselig møtes og danner et torg. Jeg

låner Hans Skjervheims ord igjen når jeg sier at det felles grunnlaget hos alle disse personene som har vekket min bevissthet har vært spørsmålet om ”*korleis er den rette måten å vere med andre i verda?*” Det er også mitt anliggende.

Litteratur:

Apel, Karl-Otto: *Diskurs und Verantwortung*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1988,

Andersen, Tom, B. Ianssen (red): *Bevegelse, liv og forandring*. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo 1997

Befring A. og Ohnstad B.: *Helsepersonelloven – med kommentarer*. 3. utgave. Fagbokforlaget, Bergen 2010.

Boal, Augusto: *Spil!* Forlaget DRAMA, Gråsten 1995

Boal, Augusto: *Hamlet and the Baker's Son*, Routledge, London 2001

Combüchen Sigrid: *Spill. En dameroman*. Agora, Stockholm 2010

Gadamer, Hans-Georg: *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*, Cappelen Akademisk Forlag, Oslo 2003

Larsson, Hans: *Intuition*, Bonniers Boktryckeri .Stockholm 1892

Meløe, Jacob: *Tre artikler: Artikler i vitenskapeteori. Aktøren og hans verden. Om å forstå det andre gjør*.

Nergård, Jens-Ivar: *Den levende erfaring. En studie i samisk kunnskapstradisjon*. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo 2006

Nietzsche, Friedrich: *Werke in drei Bänden. Band II, Die fröhliche Wissenschaft*, München (Hanser) 1956, S 159

Næss, Arne: *Det frie menneske. En innføring i Spinozas filosofi*. Kagge Forlag. Oslo 1999

Skjervheim, Hans. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo 1976

Skjervheim, Hans: Objektivismen og studiet av mennesket, 1974

Sørbø, Jan Inge: Hans Skjervheim – ein intellektuell biografi. Det norske samlaget, Oslo 2002

Die Zeit, tysk ukeavis, 12.03.2012, artikkel i anledning Karl-Otto Apels 90-årsdag.