



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Virkelighetene vi lever i

En diskursanalyse av psykomotoriske førstegangsundersøkelser

Karlotte Falch Sørheim

Masteroppgave i psykomotorisk fysioterapi HEL-3962 - November 2022





Forord

De siste årene med mastergradsstudier har vært en reise, både en personlig reise og en faglig reise. Nå som jeg står på andre enden av utdanningen er det vanskelig å huske hvordan verden egentlig hang sammen før masterløpet. Jeg er overbevist om at det jeg har lært vil komme til nytte i mitt liv, og forhåpentligvis også i andres liv. Det har vært en berikelse for meg å fordype seg i et så unikt fagfelt, det har gjort meg både mer ydmyk og modigere.

Arbeidet med denne oppgaven har vært inspirerende. Det har gitt meg anledning til å dykke dypt inn i mange viktige tema og teorier, som jeg vet vil komme til nytte i praksis. Jeg føler meg heldig som har fått bruke tid på å undersøke noe jeg synes er så interessant og viktig. Et idealistisk mål om å fremme språkets makt har motivert meg stort.

Jeg vil først takke mine informanter for å la meg få ta del i deres praksis, og for å stille seg til disposisjon for utvikling av kunnskap og forståelser. Uten deres bidrag hadde ikke denne oppgaven blitt til.

Takk til Anne Gretland, for veiledning første del av prosjektperioden. Tusen takk til min hovedveileder, Sanna Bostad Kvaal, for konkrete, kritiske, grundige og rause tilbakemeldinger på arbeidet. Du har virkelig hjulpet meg til å få orden på alle mine ideer og uferdige tankeprosjekter.

Takk mamma for at du alltid stiller opp. Takk til min lille skatt, Ellef, for uendelig inspirasjon. Til slutt vil jeg takke min kjæreste, August, både for å ha laga middag hver dag de siste månedene, og for å være min stødigste støttespiller og motivator i hverdagen.

Tromsø, november 2022.

Karlotte Falch Sørheim

Sammendrag

Bakgrunn: Psykomotorisk fysioterapi er en kroppslig behandlingspraksis, med verbal dialog som et vesentlig middel til å gjøre fenomener felles og skape rom for intersubjektivitet.

Diskurser kan betegnes som tatt-for-gitte forståelsesformer, som i stor grad uttrykkes gjennom språket. Gjennom diskursteori forstås språk som bidrag til å konstruere virkelighetsforståelser. Språkbruk i klinisk samhandling kan slik ha betydning for pasienters forståelse av seg selv og sin helse.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse hvilke diskurser som trer fram og hvordan de settes i spill, i psykomotorisk praksis. Fordi psykomotorisk fysioterapi er en kroppslig behandlingsform, har jeg lagt vekt på hvordan kroppen forstås og representeres i datamaterialet.

Metode: Studien benytter kvalitativ metode med video-observasjon av to psykomotoriske undersøkelsessituasjoner. Analysen av datamaterialet har primært tatt utgangspunkt i multimodal diskursanalyse, men er i tillegg inspirert av interaksjonsanalytiske metoder.

Funn: Jeg har identifisert tre overordnede diskurser som settes i spill i datamaterialet; *Den biomedisinske diskursen* fremmer et syn på kroppen som materie, uavhengig av subjektet. *Den individorienterte diskursen* representeres gjennom økt individuell valgfrihet, medvirkning og overføring av ansvar til den enkelte. *Den psykomotoriske diskursen* fremmer en forståelse av kroppen som meningsbærende, erfarende og sosial, og tillegger pasienten subjektstatus og likeverdige deltakelsesmuligheter.

Konklusjon: Det synes å være potensialer i den psykomotoriske diskursens forståelse av kroppen som meningsbærende og flertydig, og som tydeliggjør den enkeltes muligheter til å påvirke sin situasjon. Diskursen fremstår som et viktig bidrag i helsetjenestene, som alternativ til den etablerte biomedisinske forståelsen, gjennom å fremme både deltakelse og utvidede normalitetsbegreper. Den psykomotoriske diskursen forsterkes imidlertid av samtidsidealer om brukermedvirkning og valgfrihet representert i den individorienterte diskursen, og synliggjør at *for* likeverdige terapeut- og pasientroller kan risikere å tilsløre det profesjonelle ansvaret.

Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, observasjon, diskurs, diskursanalyse, klinisk praksis

Abstract

Background: Norwegian psychomotor physiotherapy is a bodily treatment practice, but verbal dialogue is important in making room for intersubjectivity. Discourses can be understood as taken-for-granted ways of seeing and understanding, largely represented through the language we use. In discourse theory, language is understood as an important contributor in constructing realities. Thus, the language used in clinical contexts may impact patients' understanding of themselves and their health.

Objective: The purpose of this study is to identify which discourses emerge, and how they come into play, within clinical psychomotor physiotherapy practices. As the body is central within psychomotor practice, I have given a particular attention to how the body is understood and represented within the data.

Methods: The study has applied a qualitative research method with video observations of two psychomotor physiotherapy examinations. The analysis of the data is primarily based on the methodologic framework of multimodal discourse analysis but is partly inspired by methods from interactional analytic.

Findings: I have identified three main discourses that come into play in the data; *The biomedical discourse* promotes a view of the body as matter, regardless of the subject. *The individual-oriented discourse* is represented through increased individual freedom of choice and participation, but also with increasing individual responsibility. *The psychomotor discourse* promotes an understanding that the body is affected by experiences and social life and carries meaning, as well as attributing subject status to the patient promoting equal opportunities for participation.

Conclusion: There seems to be potentials in the psychomotor discourse view of the body as meaning-bearing and ambiguous, emphasizing patients' opportunities to influence their situations. The discourse appears to be an important contribution to the health care services, as an alternative to the established biomedical understanding, promoting both participation and extended concepts of normality. However, the psychomotor discourse is reinforced by contemporary ideals of patient participation and freedom of choice represented in the individual-oriented discourse, suggesting that *too* equal therapist and patient roles can risk blurring the professional responsibility.

Keywords: Norwegian Psychomotor physiotherapy, observation, discourse, discourse analysis, clinical practice

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1 Innledning	7
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	8
1.2 <i>Hensikt og problemstilling</i>	9
1.3 <i>Relevant forskning</i>	10
2 Teori og kontekst	12
2.1 <i>Språk, samhandling og intersubjektivitet</i>	12
2.2 <i>Kommunikasjon og samhandling i klinisk sammenheng</i>	13
2.3 <i>Perspektiver på helse</i>	15
2.3.1 <i>Helse som individuelt ansvar</i>	16
2.3.2 <i>Helse som selvrealisering og selvkontroll</i>	17
2.4 <i>Perspektiver på sykdom</i>	18
2.4.1 <i>Utviklingstrekk i forståelse av helse og sykdom</i>	19
2.5 <i>Perspektiver på kropp</i>	20
2.6 <i>Psykomotorisk behandlingstradisjon</i>	21
2.6.1 <i>Rammer og utviklingstrekk</i>	23
3 Metode og analysestrategi	24
3.1 <i>Vitenskapsteoretisk forankring</i>	24
3.2 <i>Forforståelse</i>	25
3.3 <i>Metodeteori og metodevalg</i>	26
3.3.1 <i>Subjektposisjoner</i>	27
3.3.2 <i>Kontekst</i>	27
3.4 <i>Fremskaffelse av datamateriale</i>	28
3.4.1 <i>Video-observasjon</i>	28
3.4.2 <i>Rekruttering og opptak</i>	29
3.5 <i>Presentasjon av praksissituasjonene</i>	29
3.6 <i>Analysestrategi</i>	31
3.6.1 <i>Bearbeiding av datamaterialet</i>	32

3.6.2	Avgrensning av diskurser	33
3.7	<i>Metodiske overveielser</i>	34
3.7.1	Metodekritikk og kvalitet	34
3.7.2	Etiske betraktninger	36
4	Resultater	38
4.1	<i>Modalitetene</i>	38
4.1.1	Det materielle.....	38
4.1.2	Nærhet, avstand og berøring.....	40
4.1.3	Kroppsspråk.....	41
4.1.4	Ord og stemmebruk	42
4.2	<i>Multimodalt samvirke</i>	44
4.2.1	Motstand og friksjon.....	46
4.2.2	Møtepunkter.....	49
4.2.3	Kroppssyn.....	54
5	Diskusjon	58
5.1	<i>Den biomedisinske diskursen</i>	58
5.2	<i>Den individorienterte diskursen</i>	59
5.3	<i>Den psykomotoriske diskursen</i>	61
5.4	<i>Undersøkelse som eksaminasjon</i>	62
5.5	<i>Normalitet, avvik og idealer</i>	64
5.6	<i>Diskursiv kamp og motstand</i>	66
5.7	<i>Ansvar</i>	69
6	Avsluttende betraktninger	73
	Referanser	75
	Vedlegg 1:	81
	Vedlegg 2:	83
	Vedlegg 3:	84
	Vedlegg 4:	87

1 Innledning

Helsevesenets praksis er i stor grad preget av naturvitenskapen (Thornquist, 2018, s. 21). Den naturvitenskapelige kunnskapen legger til rette for visse fortolkningsmåter, rent epistemologisk¹. I dag stilles det kritiske spørsmål til ulike helsepraksisers kunnskapsgrunnlag og kunnskapsforståelse, både innenfor medisinen og i fysioterapifaget (Getz, 2022; Mengshoel, 2022). I fysioterapifaget har det det siste året hersket debatt omkring hvilke kunnskapsgrunnlag og evidens som ligger til grunn for psykomotorisk praksis, utløst av en podcastepisode utgitt av fagtidsskriftet Fysioterapeuten, om fagtradisjonen Norsk psykomotorisk fysioterapi (Hellevik & Halvorsen, 2021). Podcastepisoden ble sterkt kritisert for å gi en snever fremstilling av fagtradisjonen, men flere hevder at debatten til dels trer frem i kraft av at det foreligger ulike forståelser av kunnskap, og følgelig kreves ulike fremgangsmåter (metoder) for å dokumentere kunnskap, innenfor fysioterapifaget (Gretland & Norrøne, 2021; Sviland & Dragesund, 2021; Mengshoel, 2022). Slik Mengshoel (2022) beskriver, er dette spørsmål om grunnlagstenkning, ontologi² og epistemologi.

Psykomotorisk fysioterapi omtales gjerne som en særegen praksis. Med utgangspunkt i en oppfatning om at levd liv også er kroppslig, betegnes kroppen som et meningsbærende, sosialt og biologisk fenomen (Gretland, 2016). En slik tilnærming til kroppen kan sies å kontrastere til store deler av helsevesenet, i kraft av å ta avstand fra en positivistisk og naturvitenskapelig vitenskapsteoretisk kunnskapsforståelse om kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 12). Samtidig er psykomotorisk praksis en del av helsetjenestene, og eksisterer i samvirke med helsevesenets organisering og forståelse av sykdom. Både diagnosesystemer og helsevesenets oppdeling av psykiatri og somatikk er eksempler på helsetjenestenes utspring fra naturvitenskapen (Gretland, 2007; Thornquist, 2009). Pasienter eksponeres for disse forståelsesrammene gjennom sin kontakt med helsevesenet, gjennom å navigere i ulike helsetjenester og gjennom samtaler med helsepersonell.

Måten en bruker ord og begreper på har betydning fordi språket aldri er nøytralt. Å bruke

¹ Epistemologi betegnes som erkjennelsesteori. Begrepet knytter seg til spørsmål om hva som er gyldig kunnskap, hva vi kan vite eller erkjenne og hvordan slik kunnskap kan oppnås (Thornquist, 2018, s. 16)

² Ontologi er læren om det værende, og betegner forståelser av hva som finnes i verden og dets egenskaper (Thornquist, 2018, s. 16)

språk er å skape mening (Svennevig, 2020, s. 12). Samtidig som språk og sosial handling er preget av den sosiale sammenhengen det oppstår i, kan også språk og sosial handling bidra til å opprettholdelse av relasjoner, kunnskap og forståelser om verden (Hitching, Nilsen & Veum, 2011, s.11). Diskurser kan betegnes som bakenforliggende eller tatt-for-gitte forståelsesformer, som i stor grad uttrykker seg og representeres gjennom språket vi bruker. Ulike forståelser påvirker ens språkbruk, samtidig som at språkbruk påvirker ens forståelser (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 58-60). Slik kan språket forstås som bidrag til å konstruere virkelighetsforståelser, og språket som benyttes for å beskrive helsefenomener kan betegnes som konstituerende for hver enkeltes forståelse av seg selv og sin helse. Det medisinske språket symboliserer profesjonalitet og status (Thornquist, 2009, s. 340). Diagnosesystemene gir helsevesenet mulighet til å gi eller frata mennesker sosiale rettigheter (Thornquist, 2009, s. 341), slik kan helsepersonells forståelse og definisjon av plager ha stor betydning for pasienten. Den enkeltes virkelighetsforståelse påvirkes nødvendigvis også av måten ens problemer forstås og omtales i møtet med helsepersonell. Helsevesenet synes å ha stor definisjonsmakt gjennom fortolkning og kategorisering av plager, og *ordene* som brukes kan følgelig ha innvirkning på den enkeltes liv.

Psykomotorisk fysioterapi har et grunnleggende annerledes kroppssyn enn helsevesenets veletablerte naturvitenskapelige og biomedisinske forståelse. Det er derfor nærliggende å tenke at behandlingstradisjonen kan tilby pasienter andre begreper om, og forståelser av seg selv og sine plager, enn andre deler av helsevesenet. Med dette utgangspunktet vil jeg argumentere for at det er grunn til å utforske hvilke forståelser som faktisk trer frem gjennom samhandling mellom fysioterapeut og pasient i psykomotoriske praksissituasjoner.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har undret meg over språkbruken til pasienter i møtet med helsevesenet. Som fysioterapeut har jeg bitt meg merke i ordene pasientene bruker for å fortelle meg om sine plager. Pasientenes språkbruk gir meg innblikk i deres fortolkning av seg selv. Det interessante, og kanskje litt overraskende, er at mange pasienter bruker et språk som fremstår fremmed og fjernt fra det de faktisk opplever og erfarer. Jeg har erfart at et medisinsk språk ofte har inntatt pasienters vokabular i møtet med meg som helsepersonell. Språkbruken ligger ofte nært medisinskfaglige termer og knytter deres plager til et konkret medisinsk funn. Noen kan fortelle at de har «modic-forandringer i ryggen» eller «tendinit i supraspinatus». Andre

kan fortelle at de har intense smerter eller problemer med ulike kroppsdeler, men at «det er bare psykisk, fordi de fant ingenting».

Min undring over pasientenes språkbruk har også fått meg til å rette oppmerksomheten mot egen praksis. Jeg har blitt mer oppmerksom på hvilke ord og formuleringer jeg bruker. Som student i psykomotorisk fysioterapi har jeg utviklet mitt kunnskapsgrunnlag. Min språkbruk har endret seg, og pasientens stemme har fått større plass. I undersøkelse og behandling åpnes det for større grad av intersubjektiv fortolkning, som gir nye grunnlag for å forstå plagene pasientene kommer med. Samtidig erfarer jeg at det skjer endringer i måten pasientene uttrykker seg utover i fysioterapibehandlingene, idet vi begynner å jobbe kroppslig uttrykker pasientene oftere sine refleksjoner og erfaringsnære betraktninger.

Jeg oppfatter det som at ulike måter å prate om seg selv på henger sammen med hvilke undersøkelser pasienter har vært til, og de ulike forklaringene de har fått for sine plager preger deres fremstillinger. Jeg forstår bruk av det medisinske språket som en måte for pasienter å gjøre problemene sine gyldig, gjennom at de er definert i medisinske kategorier og slik sett er *bevist*. Språket til pasientene kommer altså ikke fra løse luften, det tilegnes i møtet med andre. Jeg stiller meg derfor spørsmål om hva som påvirker pasienters ulike måter å både betegne og forstå sine problemer, og hva den psykomotoriske behandlingstradisjonen kan bidra med.

1.2 Hensikt og problemstilling

Utgangspunktet for denne oppgaven er mine undringer over pasienters språkbruk basert på mine praksiserfaringer. I et diskursanalytisk perspektiv kan undersøkelser av språk og samhandling gi innsikt i tatt-for-gitte forståelsesrammer, og hva som ligger bak måter å uttrykke seg på. Basert på hva informantene gjør og sier, i en psykomotorisk undersøkelseskontekst, vil jeg forsøke å få fram hvordan kulturelle, sosiale, politiske og organisatoriske rammer bidrar til å forme deltakernes **virkelighetsforståelse**, og hvilke diskurser som er dominerende. Jeg vil også forsøke å løfte fram hvilke implikasjoner deltakernes posisjoneringer innenfor ulike diskurser har for praksisen jeg studerer.

Psykomotorisk fysioterapi er en kroppslig behandlingspraksis. Oppgaven vil derfor rette et særlig fokus på hvordan kroppen representeres og forstås i datamaterialet.

Min problemstilling er:

Hvilke diskurser trer fram, og hvordan settes de i spill, i møtet mellom terapeut og pasient i to psykomotoriske førstegangsundersøkelser?

1.3 Relevant forskning

I mine innledende søk etter forskning har jeg ikke funnet studier som har gjennomført diskursanalyser av videoobservasjon av psykomotorisk behandling³. Jeg har derfor valgt å trekke frem både observasjonsstudier⁴ og diskursanalyser tilknyttet fagfeltet, som anses å ha relevans for denne oppgavens tematikk.

Thornquist (1990) gjennomførte et omfattende observasjonsstudie av førstegangsmøter i fysioterapi, som ga innsikt i samhandling i førstegangsmøter mellom fysioterapeuter⁵ og pasienter. Hun hevder at fysioterapeuters måter å stille spørsmål, undersøke og kommunisere i en undersøkelsessituasjon har underliggende budskap om forståelser, og at samhandlingspartene slik tillegges ulike roller. I en nyere observasjonsstudie av to fysioterapiundersøkelser, der en av de er psykomotorisk fysioterapeut, tydeliggjøres ulike forståelser av kroppen (Thornquist, 2006). Thornquist skriver at ulike kroppsforståelser kan skape eller innskrenke muligheter for deltakelse, og at dette preger hvilken informasjon som kommer frem i undersøkelsessituasjonen. Øien, Iversen og Stenslands (2007) studie⁶ konkluderte med at det er terapeutisk verdi i å løfte frem pasienters refleksjoner om kroppslige erfaringer. De hevder at psykomotorisk fysioterapi, gjennom både kroppslig og verbal tilnærming, kan bidra til at pasienter kan utvikle nye narrativer om seg selv gjennom å legge bedre merke til kroppslige sensasjoner. En senere studie trekker frem at samhandling mellom pasient og terapeut er preget av kontinuerlige forhandlinger, der uenigheter og

³ Jeg gjennomførte søk i Oria, PubMed, Cinahl og Svemed+, med søkeord «Norsk psykomotorisk fysioterapi» eller «Norwegian psychomotor physiotherapy» som fritkst eller mesh-term. Videre gjorde jeg søk som inkluderte begrepene «discourse»/«diskurs» eller «observation»/«observasjon». Jeg har også lett etter aktuelle studier i kildelister til relevante studier.

⁴ Alle observasjonsstudiene jeg trekker fram inkluderer psykomotorisk fysioterapi

⁵ Fysioterapeutene arbeidet som kommunefysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter.

Datamaterialet besto av 15 videoopptak og 30 intervjuer.

⁶ Studien benyttet to kvalitative metoder; dybdeintervjuer og videoopptak

utfordringer kan bidra til å fremme utvikling i behandlingen (Øien et al, 2011)⁷.

De siste årene er det gjennomført diskursanalyser av ulike styringsdokumenter, retningslinjer og behandlingsveiledere relevante for psykomotorisk fysioterapi praksis (Ottesen & Thornquist, 2015; Kvaal, 2020; Rugseth & Engelsrud, 2020; Lunke, 2022). Rake & Ahlsen (2022) gjennomførte en diskursanalyse av en informasjonsvideo om psykomotorisk fysioterapi. De fant at samtidig som at psykomotorisk fysioterapi søker å utfordre en biomedisinsk forståelse av kropp, sykdom og behandling, er fagfeltet stadig dypt forankret i den biomedisinske tradisjonen, som nedfeller seg i språket vårt. Rønning (2020) gjennomførte i sitt mastergradsarbeid en kritisk diskursanalyse av språkbruk i psykomotoriske epikriser. Hun undersøkte et utvalg epikriser, med mål om å belyse kunnskapsproduksjonen i den skriftlige fremstillingen av psykomotorisk praksis. Den tydeligste tendensen studien pekte på, var en hyppig bruk av et biomedisinsk språk, som i begrenset grad tydeliggjorde det særegne den psykomotoriske fagtradisjonen søker å formidle. Rønning peker på at dette kan være et uttrykk for at språkbruk preges av hvordan fagutøvere sosialiseres inn i normer for kunnskap gjennom sin plass i helsevesenet.

Med kjennskap til disse studienes analyser av samhandling i fysioterapi praksis, og analyser av diskurser i skriftliggjøring av helsefaglig praksis, er det grunn til å stille spørsmål ved hvilke diskurser som trer fram i en psykomotorisk behandlingssituasjon. Det er av interesse å undersøke hvorvidt den psykomotoriske fagtradisjonens forståelsesrammer og kroppsforståelse trer tydeligere fram i det som faktisk skjer i samhandlingen, enn det gjør i skriftlige fremstillinger av praksis. Etter hva jeg kjenner til har ingen undersøkt interaksjon, språk og samhandling i psykomotorisk fysioterapi praksis med et diskursanalytisk perspektiv. Jeg ser potensiale i å utforske dette, både for å få økt kunnskap om klinisk psykomotorisk praksis og som et bidrag til refleksjon om praksisens eksistens i samtiden.

⁷ Studien benyttet flere kvalitative metoder; dybdeintervju, fokusgruppeintervju, feltnotater og videoopptak

2 Teori og kontekst

Teorikapittelet har tatt form med utgangspunkt i en diskursanalytisk tankegang. Teoretiske perspektiver skal i denne sammenhengen bidra til å løfte praksis inn i den sosiale og kulturelle sammenhengen det oppstår i, inn i storsamfunnet (Skrede, 2017, s. 71). Jeg vil først trekke frem utvalgte teorier knyttet til kommunikasjon og samhandling, som jeg anser som relevante for å forstå praksisfenomenene. Videre kommer en redegjørelse for forståelser av sentrale begreper, og kulturelle og samfunnsmessig forståelser av helse og sykdom. Avslutningsvis vil jeg overordnet presentere psykomotorisk fysioterapi som fagtradisjon og praksisens rammer. Kapittelet som helhet kan betegnes som en kontekstualisering som gir grunnlag for å forstå praksis i den sammenhengen den oppstår i.

2.1 Språk, samhandling og intersubjektivitet

Sosialpsykologen Mead var tidlig til å beskrive hvordan språket vårt setter oss i stand til å ta andres perspektiver eller å se oss selv fra andres ståsted, gjennom å reflektere over oss selv⁸. Språket kan ha som funksjon å gjøre ulike fenomener felles, og slik åpne rom for intersubjektivitet (Thornquist, 2009, s. 50-51). Språkliggjøring kan også være til hjelp for selvforståelse. Gjennom å ha noe sagt kan vi sortere, differensiere og forstå (Thornquist, 2009, s. 127). Samtaler åpner muligheter for intersubjektivitet på et verbalt nivå, som videre kan gi dypere innsikt i hverandres tanker og forestillinger (Gretland, 2007, s. 186). Tanker og forestillinger kan i vid forstand beskrives som vår virkelighetsforståelse, som er et viktig tema i denne oppgaven.

Intersubjektivitet innebærer samhandling på flere kommunikative nivå, ikke bare det språklige. Bråten (2004, s. 26-33) skisserer at intersubjektivitet oppstår gjennom; kroppsspråklig kontakt, oppmerksomhetskontakt om felles gjenstander, meningsfylt verbalt samspill og mental forestillingsevne om seg selv og andre. Det vektet altså at ikke bare den verbale kommunikasjonen er med til å skape assosiasjoner, men også kroppslig mellompersonlig nærvær kan aktivere opplevelsesminner (Bråten, 2004, s. 27). Intersubjektivitet oppstår altså gjennom språkliggjøring, men også gjennom ens

⁸ Thornquist (2009, s. 50) refererer til Mead, G.H. (1950) *Mind, self and society from the standpoint of a behaviourists*. Chicago: The University of Chicago Press

oppmerksomhet mot hverandre eller gjenstander, gjennom berøring, gjennom kroppsspråk og gester.

Sosiologen Erving Goffman (1959) tilbyr innsikter om mellommenneskelig interaksjon og samhandling som vil kunne informere analysearbeidet. Han beskriver menneskers kontinuerlige arbeid med selvpresentasjon og vårt grunnleggende behov for å styre andres inntrykk av oss selv gjennom begrepet «*impression mangement*». Ulike situasjoner kaller på ulike typer oppførsel. Goffman (1974, s. 92-93) beskriver videre hvordan menneskers oppførsel («*opptreden*») i ulike situasjoner kan være forsøk på å opprettholde de normer som eksisterer innenfor situasjonens avgrensing. En gjør det en oppfatter som «sømmelig».

2.2 Kommunikasjon og samhandling i klinisk sammenheng

Kommunikasjon i kliniske møter organiseres gjennom kulturelle og sosiale rammer. De rollene samhandlingspartene innehar, og forholdet mellom dem preger samhandlingen (Thornquist 1998, s. 142). Likevel innebærer møter mellom mennesker at de selv former det som foregår, innenfor de rammene de befinner seg i. Thornquist beskriver videre at *forhandlinger* om hvordan situasjoner skal forstås og hvilke roller som inntas foregår kontinuerlig gjennom et møte, på et ubevisst nivå, samtidig som det påvirkes av både utsagn, kroppsspråk og hva som gjøres (Thornquist 1998, s. 142). Å få mulighet til språkliggjøring og refleksjon i en behandlingssammenheng kan forstås som viktig, både for å skape en felles intersubjektiv forståelsesramme og for pasientens egen selvforståelse. Kommunikasjon i kliniske møter innebærer altså mer enn at det overføres kommunikative budskap fra en part til den andre. Det er møter mellom to meningsverdener og virkelighetsforståelser som kan sammenfalle eller kontrastere. Det innebærer at det en part formidler, ikke nødvendigvis forstås slik for den andre (Thornquist 1998, s. 143).

Hvor vi befinner oss - konteksten - har betydning for den meningsskapingen som oppstår gjennom å skape forventninger til hvilken type samhandling og meningsskaping som skal foregå. Vi er sosialisert til å forholde oss på bestemte måter i visse sammenhenger (Hitching, Veum & Nilsen, 2011, s. 65; Thornquist, 1998, s. 143). Goffman (1974, s. 92-93) beskriver *situasjonsdefinisjon* som en form for rammeverk eller retningslinje for hva som skal og kan skje, for hva som er akseptabelt eller uakseptabelt i ulike situasjoner. Det knyttes gjerne et sett forventninger til en fysioterapisituasjon. For eksempel vil mange forvente at en fysioterapeut

vil komme til å berøre pasienten under en undersøkelse. Samtidig er det en form for berøring som ikke ligner berøringer i andre relasjoner (Gretland, 2007, s. 94). Det er gjerne også en forventning om at fagpersonen er den som besitter størst makt til å definere situasjonen, for eksempel gjennom sin kroppslige orientering og posisjonering, i forhold til pasienten (Thornquist, 2009, s. 221). Når fysioterapeuten gjennom bevegelser eller gester initierer en endring, at de skal videre, er det forventet at pasienten følger på. Pasienten er på mange måter på «bortebane», på den profesjonelles territorium. Den profesjonelles makt innebærer også at ansvaret for å avgrense og definere situasjonen hviler på den profesjonelle. En vennlig og tydelig terapeut, som tegner en klar situasjonsavgrensning er avgjørende for å gjøre situasjonen forutsigbar, forståelig og trygg for pasienten (Gretland, 2007, s. 94-95). Det faktiske rommet en situasjon oppstår oss i, har også betydning for meningsskapingen. Inventar, møbler og dekor kan eksempelvis lede oppmerksomheten i visse retninger, gi assosiasjoner, og si noe om hva som «gjelder» på dette stedet. (Gretland, 2007, s. 94; Thornquist, 2009, s. 38).

Fysioterapi betegnes også som en relasjonell praksis. Det som oppstår, som gjerne betegnes som kliniske funn, kan ikke forstås løsrevet fra det relasjonelle samspillet i situasjonen. Selv om slike «funn» kan være uttrykk for gitte biologiske tilstander, kan det også oppstå i kraft av at det er et møte mellom to mennesker (Gretland, 2007, s. 95). En rekke forhold spiller inn på hvilken behandlingsrelasjon som etableres. Terapeutens opptreden og fremtoning kan prege meningsskapingen ved at det skapes trygge, eller utrygge, rammer for meningsskaping (Gretland, 2007, s. 94). Kroppslig og romlig orientering kan kommuniserer ulike forhold; nærhet kan kommunisere intimitet eller empati, som en motsetning til avstand som kan formidle det motsatte (Thornquist, 2009, s. 220). Også plasseringen en har i forhold til hverandre kan forsterke eller forminske asymmetriske forhold mellom samarbeidspartene. Hvis pasienten ligger og terapeuten står over henne forsterkes trolig asymmetrien, og det kreves modererende handlinger for å dempe dette (Thornquist, 2009, s. 221). Mindre asymmetri kan på sin side bidra til et bedre samarbeidsklima og virke relasjonsbyggende.

Foucaults (1977, s. 162-168) eksaminasjonsbegrep tydeliggjør sammenhenger mellom makt og kunnskap. Slik Foucault beskriver det foregår eksaminasjon i ulike sammenhenger, blant annet innen helsevesenet. En undersøkelsessituasjon, kan betegnes som en form for eksaminasjon. Eksaminasjoner, slik Foucault (1977) beskriver de, innebærer blant annet at det føres *kontroll* med individer gjennom dokumentasjon av det individuelle, og slik sett gjøres

den eksaminerte også til en *kasus*⁹. I kraft av å være helsepersonell har en innebygget autoritet (Thornquist, 2009, s. 30). Det kan altså knyttes makt til kunnskapen en besitter som helsepersonell. I undersøkelsessituasjoner har helsepersonell makt til å definere pasienten som objekt eller kasus. Kliniske samhandlingssituasjoner kan imidlertid innebære at makt og dominans utøves på flere nivåer. Slik Svennevig (2020, s. 146-152) beskriver kan en dominere samhandlingssituasjoner på ulike vis. Kvantitativ dominans betegner hvordan en av partene kan dominere ved å komme mest til orde. Interaksjonell dominans betegner hvordan en kan dominere ved å styre responsmulighetene til motparten. Eksempelvis dominerer den som tar initiativ i samtalen ved å kunne styre utviklingen, mens den som responderer gir slik et svakere bidrag til samtalen. Tematisk dominans betegner at den ene parten har mest makt til å bestemme emne, ved å lede samtalen inn på visse områder eller å avslutte eller skifte emne underveis (Svennevig, 2020, s. 146-152). Det er nærliggende å tenke at fysioterapeutene har størst mulighet for å dominere både kvantitativt, interaksjonelt og tematisk.

2.3 Perspektiver på helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «*en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lidelse*» (Braut, 2022)¹⁰. Helse kan imidlertid forstås på ulike måter og er et flertydig begrep. Store medisinske leksikon skriver at dersom motsetningen til å være syk, er å være frisk, kan helse forstås som forutsetningen for å holde seg frisk og unngå sykdom (Braut, 2022). Fuggeli og Ingstads (2001) studie «Helse på norsk», beskriver hva folk mener er god helse, og hvordan god helse blir til. Gjennom deres intervjustudie trådte særlig tre perspektiver på helse frem. For det første kan helse forstås som et helhetlig og holistisk fenomen, helse er noe som er vevd inn i alle deler av livet. Slik kan god helse knytte seg helheten som oppstår, eksempelvis gjennom å trives sosialt, mestre hverdagslivet, og å sove godt. For det andre kan helse forstås pragmatisk; helsen er relativ til og avhengig av hvilke forutsetninger en befinner seg under, for eksempel ens alder, sykdomsbyrde og sosiale situasjon. En relativ forståelse innebærer at god helse ikke nødvendigvis betyr fravær av sykdom og plager. Det er altså mulig å ha god helse til tross for ens skavanker og hverdagslige helsemessige utfordringer. For det tredje kan helse forstås som noe individuelt betinget. I kraft av at mennesker er ulike vil både

⁹ Mine uthevinger

¹⁰ Store medisinske leksikon referer til Verdens helseorganisasjon (WHO)

helseforståelsen, og veien til god helse, være ulik fra menneske til menneske. Den individuelle helseforståelsen innebærer at det som er god helse for noen, ikke nødvendigvis er godt for alle (Fuggeli & Ingstad, 2001). I det følgende vil jeg trekke frem hvordan forståelser av helse knytter seg til samfunnsmessige strømninger, og påkaller ulik adferd.

2.3.1 Helse som individuelt ansvar

Baumann løfter frem hvordan postmodernismen har ført til et stadig mer individfokustert samfunn, et samfunn med konsumenter (Higgs, 2012, s. 25-26)¹¹. Han beskriver at det som en gang var å ha god helse, er nå å være «fit» og å oppnå nytelse. En sprek kropp («fitness») betegnes som et ideal, som samtidig er premissgivende for å oppnå nytelse og velbehag. Denne typen idealer innebærer imidlertid uendelige muligheter for fremgang og forbedring; en kan alltid bli sprekere. En slik dreining tillegger den enkelte større og større ansvar for livets usikkerheter, og individet overføres slik et ansvar som tidligere lå til fellesskapet. Kroppen er ens eget territorium, og om noe går galt hviler ansvaret på en selv (Higgs, 2012, s. 25-26). Individuelt ansvar kan dermed tenkes å skape en økende grad av både usikkerhet og utilfredshet i den enkelte.

En usikkerhet i individet kan også tre frem som følge av en samfunnsmessig risiko-orientering (Thornquist, 2009, s. 78). Gjennom fremvekst av kunnskap som retter seg mot å identifisere risiko oppstår nye muligheter for å forebygge sykdom (Thornquist & Kirkengen, 2020, s. 22-23). Helsepraksiser fremmes som et stadig større individuelt ansvar, som innebærer å ta kontroll over kroppen, i forsøket på å dempe risiko og usikkerhet (Crawford, 2006, s. 419). Det kan tolkes som at god helse blir en form for moralsk ansvar. Svenaus (2005, s. 154-156) beskriver at overføring av ansvar for egen helse også avspeiler en demokratiserende utvikling av helsevesenet. Gjennom brukermedvirkning, pasientinnflytelse og selvbestemmelse gis den enkelte større råderett over egen situasjon. Økt pasientinnflytelse bidrar til å bygge ned hierarkier og paternalistiske holdninger ovenfor pasienter. En slik utvikling tillegger den enkeltes meninger, tanker og følelser viktighet, og underbygger subjektets ressurser. Samtidig kan utviklingen føre til at ansvarstakingen uthules – å finne den

¹¹ Higgs (2012, s. 25-26) referer til Baumann, Z. (1995) *Life in Fragments*. London: Basil Blackwell

beste veien til bedring overlates i større grad til pasienten (Svenaas, 2005, s. 154-156).

2.3.2 Helse som selvrealisering og selvkontroll

Vi befinner oss i en kroppsfokusert samtid. Adferd knyttet til helsen retter seg gradvis mer mot perfektjonering – forbedringsprosjektet innebærer forbedring av kroppen og dens utseende (Thornquist, 2009, s. 79). Postindustrielle og sen-moderne samfunnstrender tilbyr individet nesten uendelige valgmuligheter, også når det gjelder kroppslig praksis. Det innebærer handlinger med hensikt å forbigå kroppens tilsynelatende grenser, for å oppnå optimal helse, lykke og effektivitet (Nichols & Gibson, 2010, s. 498). Forbedring av og kontroll over kroppen er i vinden (Thornquist, 2009, s. 84) Å være slank tolkes i mange sammenhenger som å være sunn, en snever forståelse som selv medisinen støtter (Førde, 1993). Det knyttes altså idealer til kroppsfasonger; å være slank og vel trent knyttes gjerne til vellykkethet, mens å være tjukk oppfattes derimot som uttrykk for mislykkehet, dårlig viljestyrke eller latskap (Malterud & Ulriksen, 2010; Malterud & Ulriksen, 2011). I forlengelsen av dette kan en løfte frem samtidens treningsfokus, i jakten på pene, spreke og sunne kropper. Trening kan for mange, og i alle fall i mediebildet, betegnes som et kontrollprosjekt som i stor grad handler om å holde kroppen ung og slank og å begrense risiko for sykdom (Thornquist, 2009, s. 85). Kroppskontroll kan også eksemplifiseres gjennom teknologiens utvisking av kroppens grenser, ved å muliggjøre inngrep som assistert befruktning eller rekonstruerende operativ behandling som tilpasning til opplevd kjønn (Nichols & Gibson, 2010, s. 498). Det kan innebære å omforme kroppen gjennom kosmetisk kirurgi, for å innfri gjeldende samfunnsmessige kroppsidealer (Thornquist, 2009, s. 85).

Foucaults (1977) beskrivelser av kroppen som kontrollprosjekt, og gjenstand for maktutøvelse uttrykkes gjennom begrepet «den føyelige kroppen». «Den føyelige kroppen» er et uttrykk for kroppslig disiplin formet av samfunnets styring og maktutøvelse. Han eksemplifiserer kroppens formbarhet gjennom soldaten; fra å være en klosset deig, formes hans kropp til den maskinen samfunnet trenger (Foucault, 1977). Foucault poengterte at maktutøvelsens karakter har vært i utvikling gjennom tidene, og har blitt mer og mer usynlig. Disiplinering i det moderne samfunnet utøves av samfunnsmedlemmene selv, som en form for selv tukt

(Thornquist, 2009, s. 243)¹². Foucaults begreper om en disiplinert kropp kan således knyttes nært til dagens samfunnstrender, der kontroll av kroppen kan tolkes som et internalisert individuelt prosjekt, med mål om å passe inn i samfunnsskapte normer.

2.4 Perspektiver på sykdom

I Store medisinske leksikon defineres sykdom som «*en fellesbetegnelse på tilstander som kjennetegnes ved forstyrrelser i kroppens normale organiske eller mentale funksjoner og forandrer dem på en skadelig måte*». Begrepet *sykdom* beskrives imidlertid samtidig som vanskelig definerbart, og med en stadig tendens til å bli utvidet (Roald, 2019). Innenfor det medisinske felt har sykdomsbegrepet hatt uklare grenser, gjennom flere tiår. Fra at en sykdom tradisjonelt ble knyttet til én årsak, har forståelsen av sykdom utvidet seg drastisk i senere tid, til å gjelde større og større områder (Førde, 1993). Sykdomsbegrepet har ofte knyttet seg til ulike former for avvik, avhengig av feltet og tiden en befinner seg i; biologiske avvik, avvikende prøveverdier eller avvikende oppførsel. Sykdom innebærer et nesten grenseløst spekter av lidelse, men kjennetegnes sosialt som noe uønsket, en forstyrrelse av det normale og friske (Lian, 2012, s.38). Sykdom kategoriseres i helsevesenet gjennom diagnoser som har sitt utspring i en medisinskfaglig forståelse av sykdomsbegrepet. Men også kategoriseringene endrer seg gjennom tidene, i kraft av utvikling av kunnskap om, og endrede forestillinger om hva sykdom er (Thornquist, 2009, s. 55). For å eksemplifisere sykdomsbegrepet som noe sosialt og kulturelt betinget, kan en tenke tilbake til tiden der homofili ble sett på som sykdom, og var en diagnose. I dagligtalen skiller mange mellom fysisk og psykisk sykdom. Slike skillelinjer henger gjerne sammen med tenkningen om sykdom i den biomedisinske tradisjonen, som også preger hvordan helsevesenet er organisert – der de psykiske helsetjenestene oftest er adskilt fra de somatiske (Gretland, 2007, s. 17; Thornquist, 2009, s. 40).

Sykdom kan altså betegnes som et flerdimensjonalt og heterogent fenomen (Svenaus, 2005). På engelsk er det et tydeligere språklig skille mellom å ha en sykdom og å føle seg syk i kraft av begrepene «disease» (=sykdom) og «illness» («feel ill»= å føle seg dårlig/syk). Sykdom kan sies å være en form for utenfra kategorisering av avviket, mens å føle seg dårlig eller syk

¹² Thornquist (2009, s. 243) refererer til Foucault, M. (1980) *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. New York: Pantheon

viser til den erfarte opplevelsen. Det vesentlige er at kategorien og opplevelsen ikke nødvendigvis må henge sammen (Svenaas, 2005). Album (1996, s. 165-176) trekker også frem sykdomsbegrepets flertydighet gjennom pasienters måte å fremstille egen sykdomserfaring. Pasienter kan oppfatte **sykdom som et utvendig objekt**, noe de er rammet av, gjerne symbolisert ved bruk av mekaniske metaforer: «*hjertepumpen fungerer ikke*». Som en kontrast beskriver noen **sykdom som en sanset opplevelse**, knyttet til en konkret kroppslig erfaring, enten en innenfra opplevelse eller ved utenfra observasjon av seg selv. Et tredje perspektiv er **sykdom som hinder for alminnelig liv**. Gjennom denne sykdomsforståelsen løftes individets svekkede funksjonsevne fram, og beskriver hvilke begrensninger sykdommen setter for deltakelse i hverdagslivet, for eksempel ens evne til å arbeide (Album, 1996, s. 165-176)¹³.

Svenaas (2005, s. 164) beskriver gjennom begrepet «sykdomsgevinst» hvordan sykdom og diagnoser også kan tilskrive individet kulturelle og sosiale rettigheter og identiteter. En sykdomsidentitet innebærer at sykdommer kan gi individet fordeler. Han beskriver at i kraft av inntakelse av en sykdomsidentitet underbygges synet på sykdommen som en ensidig biologisk prosess utenfor individets kontroll, sykdom er bare noe man «har». Å «ha» sykdommen blir i sin tur et enklere alternativ enn å ta ansvar for det som kan forandres (Svenaas, 2005, s. 164). Inntakelse av sykdomsidentiteter innebærer således muligheter for ansvarsfraskrivelse.

2.4.1 Utviklingstrekk i forståelse av helse og sykdom

Sykdom og helse må altså beskrives som en del av sin sosiale og kulturelle kontekst. Mange argumenterer for at det vokser fram mer og mer vidtfavnende sykdomsbegrep, og at helsevesenet stadig utvider ansvarsområdet sitt til å gjelde flere områder av livet. Medikaliseringbegrepet beskriver denne utviklingen, og betegnes som sykeliggjøring av normale livsanliggende og følgelig økt bruk av medisinsk kunnskap og kompetanse (Førde, 1993; Thornquist, 2009, s. 79; Lian, 2012). Karaktertrekks-diagnoser trekkes fram som en hurtigvoksende gruppe medikaliserte tilstander, for eksempel gjennom å betegne sjenanse og beskjedenhet som sosial fobi (Lian, 2012, s.38-42). Medikaliseringen har i følge Thornquist

¹³ Mine uthevinger

& Kirkengen (2020, s. 30-31) endret karakter de siste tiår; fra å tidligere handle om sykeliggjøring av normale livsprosesser, til dagens trender med økende opptatthet av forebygging og forbedring av helse og kropp. Jakten på nytelse og forsøk på perfektjonering av kroppen kan tolkes som en pådriver til et stadig mer medikalisert samfunn. En slik dreining kan tenkes å føre til at flere ønsker hjelp fra helsevesenet, om så bare for å forebygge plager. Det er i tillegg stadig større aksept for å snakke om psykiske lidelser i dag, og mange deler egne erfaringer med psykiske utfordringer i mediebildet. Samtidig som økt åpenhet rundt psykiske lidelser kan ha hatt positive effekter, uttrykker fagmiljøet også skepsis rundt hvilke følger ordskiftet kan ha. Enkelte fagpersoner advarer mot psykologisering av samfunnet, og diagnostisering av normale livssvingninger og fenomener (Appelkvist, 2020; Westeng 2019). Bjørk (2020) hevder imidlertid at økt søkelys på psykisk lidelse kan ha bidratt til å fjerne stigma rundt psykiske lidelser. En kan slik tenke seg at fremveksten av et vidtfavnende sykdomsbegrep, jf. medikaliseringsskulturen, også kan bidra til større aksept for ulike former for menneskelig lidelse. Den biopsykososiale kroppsførståelsen er stadig mer veletablert, og flere fagpersoner argumenterer for at en må bort fra å kalle noe for enten fysisk eller psykisk skal en kunne romme helseproblemer på en tilstrekkelig måte (Nylehn, 2009; Linnestad, 2016; Herner; 2020). Dette peker på en utviklingen i det faglige og offentlige ordskiftet de siste ti-femten årene, med mer oppmerksomhet rettet mot sammenheng mellom kropp og psyke, som en motsetning til en forståelse av fysisk og psykisk helse som adskilt.

2.5 Perspektiver på kropp

Kroppen forstås forskjellig i ulike fagtradisjoner, med utgangspunkt i ulike vitenskapsteoretiske forankringer. En av naturvitenskapens grunnleggere var filosofen René Descartes (1596-1650) (Thornquist, 2018, s. 21-25). Med hensikt å komme fram til absolutt sikker kunnskap fremmet Descartes en forståelse av naturen, og kroppen som en objektiv fysisk størrelse, mens bevisstheten ble betegnet som noe ikke-materielt. Han forsto altså bevissthet som noe utenfor og uavhengig av kroppen. Descartes, som er kjent for sin adskillelse av kropp og sjel, en dualistisk kroppsførståelse, har i stor grad preget vestlig kultur og helsevesen (Thornquist, 2018, s. 21-43).

Fenomenologisk tenkning står i sterk kontrast til Descartes filosofi. Edmund G.A. Husserl (1859-1938) betegnes som grunnlegger av fenomenologien, men filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) gjorde seg kjent for å knytte fenomenologisk tenkning, og menneskelig

subjektivitet, til kroppen (Thornquist, 2018, s. 22-23). I fenomenologien forstås vår bevissthet tilknyttet kroppen. Det er kun gjennom vår bevissthet og sansning at vi kan erfare og oppfatte verden. Slik blir subjektivitet en forutsetning for forståelse (Thornquist, 2018, s. 22-23). Merleau-Ponty beskriver at det er som kroppslige subjekter mennesker både eksisterer i og erfarer verden. Kroppen gjøres slik til sentrum for erfaring og forståelse (Thornquist, 2018, s.136; Gretland, 2016, s.158). Slik Svenaus (2005, s. 173) beskriver det, innebærer en fenomenologisk tenkning at mennesket hverken kan isoleres fra sin kulturelle og samfunnsmessige sammenheng, ei heller kan det tre ut av den kroppen det er gitt av naturen.

Nichols & Gibson (2010) skriver at fysioterapifaget lenge har vært preget av en forståelse av kroppen som maskin, en dualistisk kroppsforståelse. De hevder imidlertid at kroppens posisjon innenfor fysioterapiprofesjonen er lite teoretisert, tatt i betraktning at fysioterapiens hovedansvar er kroppen. Ulike perspektiver på kroppen har imidlertid preget fysioterapifaget, med sine ulike retninger, gjennom tidene. Et fenomenologisk perspektiv synes å gjøre seg relevant innenfor psykomotorisk fysioterapi, der nettopp subjektive og kroppslige erfaringer tillegges sentral betydning. Gretland (2007, s. 87) beskriver at kroppen i fysioterapien bør forstås som både en biologisk organisme og et uttrykksfullt sosialt og kulturelt fenomen. Som kroppslige vesener, nedfeller også våre erfaringer seg kroppslig (Gretland, 2016, s. 140). Gjennom forståelsen av at levd liv kroppsliggjøres, oppfattes kroppen som meningsbærende, samtidig som kroppslige væremåter også kan være uttrykk for biologiske strukturer og funksjon (Gretland, 2016, s. 140).

2.6 Psykomotorisk behandlingstradisjon

Psykomotorisk fysioterapi som behandlingsform ble utviklet av psykiater og fysioterapeut Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen i årene 1947-1953 (Øvreberg & Andersen, 2016, s.7). Det nye ved behandlingstradisjonen var at den tilbød en helhetsforståelse av mennesket, gjennom å forstå kroppen som et integrert og samspillende hele, og symptomer som tegn på at noe er i ubalanse (Gretland, 2016, s.140). Gjennom helhetsforståelsen ble kropp og følelser knyttet sammen. Psykomotorisk behandling sikter mot en gradvis kroppslig omstillingsprosess, mot en kroppsholdning og et bevegelsesmønster som bidrar til å støtte kroppens funksjonelle samspill (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 13-15). Ved å arbeide med kroppsholdning, muskulatur, pust og bevegelser søker en å stimulere til fri strekk og kroppslig fleksibilitet (Gretland, 2016, s. 148). Behandlingstradisjonen beskrives av flere, inkludert

grunnleggeren Bülow-Hansen, som en «*Hjelp til selvhjelp*» (Thornquist & Bunkan, 1995, s.42; Øvreberg, 1997). Behandlingen skal få pasientene med på laget, og gjøre de til deltakere med medansvar. I praksis innebærer det at pasientene må trekkes aktivt med fra første øyeblikk av behandlingen (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 42).

Et hovedmål i psykomotorisk behandling er å skape kontakt med kroppslige signaler og reaksjonsmåter, og å erfare sammenhengen mellom kropp og følelser. Behandlingens virkemidler er først og fremst kroppslig tilnærming; massasje, øvelser og bevegelser (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 72-73). Psykomotorisk behandling skal gi pasienten mulighet til å oppleve kroppen og å oppleve via kroppen. Terapeuten bruker kroppsbehandlingen til å alminneliggjøre eller ufarliggjøre sammenhenger mellom kropp og følelser, gjerne gjennom verbalisering. Terapeuten spør inn til pasientens erfaringer underveis og kan komme med spørsmål og betraktninger ut i fra hvordan pasienten uttrykker seg kroppslig (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 92). Slik åpnes det, gjennom kroppslige erfaringer, for en *dialog* om kroppen. Psykomotorisk behandling er altså en kroppslig behandlingsform, men med vekt på verbal dialog. Forståelser av samtalens plass i behandlingen er imidlertid ikke entydig. Øvreberg (1997) beskriver at samtaler underveis i behandlingen også kan bidra til at pasienten «fjerner» seg fra nærværet, ved praten unngår pasienten å være i øyeblikket. Tidligere var samtalene i større grad overlatt til psykiatere. Braatøy beskrev fysioterapeutens rolle for Bülow-Hansen; «*Opptre som en klagemur, men ikke gi råd, si, «hva synes De selv?»*» (Bülow-Hansen, 1982, s. 17). Det vitner om en bredde i forståelsen av sentrale fenomener i psykomotorisk behandling.

Thornquist og Gretlands (2003) kvalitative studie av hvordan to psykomotoriske fysioterapeuter undersøkte en pasient, dokumenterer at ulike klinikerne kan ha svært ulike tilnærminger, her med tanke på pasientens muligheter til deltakelse. Kirsti Monsen har videreutviklet en behandlingstradisjon som knytter seg nært til psykodynamisk terapi. Det hun kaller psykodynamisk kroppsterapi, baserer seg på fysioterapi og psykologi, og har mange likhetstrekk med psykomotorisk fysioterapi (Monsen, 1989). Ulike faglige retninger og rammer for praksis, antydes også gjennom at det er utviklet en rekke ulike rammeverk for undersøkelser. Eksempler på undersøkelsesmetoder utviklet av ulike fagpersoner er: Global fysioterapeutisk metode (GFM), den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK) og Den Omfattende Kroppsundersøkelsen (DOK) (Ekerholt & Gretland, 2018, s. 56). Psykomotorisk

praksis kan slik sett tenkes å være preget av en viss diversitet.

2.6.1 Rammer og utviklingstrekk

Psykomotorisk fysioterapi er en spesialisert fysioterapipraksis, og en offentlig godkjent helseprofesjon. For å utøve psykomotorisk fysioterapi må man ha videreutdanning. I dag kreves mastergradsutdanning for å kunne utløse spesialisttakst som psykomotorisk fysioterapeut (NFF, 2020). Mastergradsutdanningen kan tas ved Universitetet i Tromsø, OsloMet og Høgskolen på Vestlandet. Det bevilges midler fra det offentlige for at psykomotoriske fysioterapeuter skal kunne praktisere og være en del av helsetjenesten befolkningen kan benytte seg av. Både offentlige bevilgninger og strengere utdanningskrav kan tenkes å bidra til å gi psykomotorisk fysioterapi status som en seriøs og virksom helsetjeneste. Psykomotorisk fysioterapi utøves i dag på ulike tjenestenivå, og faggruppen er særlig representert blant privatpraktiserende avtalefysioterapeuter. Hvem som helst kan kontakte privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter og be om behandling, men ansvaret for å avgjøre hvem som skal få behandling hviler på den psykomotoriske fysioterapeuten (NFF, 2018). Før 2018, var det derimot krav om henvisning fra lege eller manuellterapeut for å bli tatt inn.

I en pasientbrosjyre utarbeidet av Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi skrives det at psykomotorisk behandling kan rette seg mot pasienter i alle aldre, med et bredt spekter av plager, blant annet: vedvarende smerter, anspenhet, søvnvansker, plager med pusten, angst, depresjon, spiseforstyrrelser, traumer, alvorligere psykisk sykdom, men også som forebygging av forverring av kroppslige plager (NFF). Som en kan lese, vektlegges i stor grad plager som ut fra helsevesenets sykdomskategorier, kan betegnes som «psykiske». Det kan også tenkes å være en gjengs oppfatning blant mennesker som søker hjelp hos en psykomotorisk fysioterapeut at nettopp det psykiske får mer oppmerksomhet, enn hos en vanlig fysioterapeut. Profesjonstittelen *psykomotorisk* peker på en interesse for nettopp det psykologiske. En rapport om ventelister hos avtalefysioterapeuten viste at psykiske diagnoser var den vanligste årsaken - omtrent halvparten - til å kontakte psykomotoriske fysioterapeuter, mens muskel-skjelettlidelser var nest vanligste årsak (Øyehaug & Pausen, 2018, s. 21). Psykomotorisk fysioterapi har i dag økende etterspørsel (Helsedirektoratet, 2016, s. 40) og mange klinikker har lang ventetid (Øyehaug & Pausen, 2018, s. 26).

3 Metode og analysestrategi

I dette kapitlet vil jeg presentere min metode og analysestrategi, samt diskutere mine metodiske valg. Jeg vil starte med å redegjøre for prosjektets vitenskapsteoretiske forankring og min forforståelse. Deretter presenterer jeg teori om diskursanalyse og bakgrunnen for metodevalg, før jeg legger fram fremgangsmåte for fremskaffelse og bearbeiding av datamaterialet og min analysestrategi. Jeg fremstiller analyseverktøy og begreper som er benyttet underveis. Til slutt vil jeg diskutere metodiske valg, forskningskvalitet og etiske betraktninger.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Diskursteori kan sies å knytte seg nært til sosialkonstruktivisme (Aakvaag, 2008, s. 312). At noe er sosialt konstruert, innebærer at fenomener forstås og skapes av mennesker som samhandler, og videre formes samfunnsstrukturer gjennom de felles forståelsesrammene som oppstår (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 66-68). Sosiologene Berger og Luckmann (1966, s. 33-37) beskriver hvordan sosial konstruksjon oppstår gjennom både egne handlinger og intersubjektiv samhandling. Språket vi bruker bidrar i stor grad til å objektifisere gjenstander, og skaper følgelig gitte rammer for videre forståelse av virkeligheten (Berger & Luckmann, 1966, s. 33-37). Slike innsikter er vesentlig når en skal undersøke praksissituasjoner. Det gir grunnlag for å se på språket som konstituerende for hva som skapes mellom to parter. Fenomenologisk tenkning innebærer at det er subjektets opplevelser og erfaringer som trer fram, og konstituerer virkeligheten (Thornquist, 2018, s. 22). Statsviter Neumann (2021) beskriver at menneskets sansning alltid er mediert, formet av kategoriene som ordner dem. «*Mellom verden og vårt grep på den kommer representasjoner av verden*» (Neumann, 2021, s. 30). Han underbygger med det at livserfaring preger hva og hvordan hver og en av oss oppfatter fenomener (Neumann, 2021, s. 28-30). Slik knytter han sansning og oppfatning av verden til diskurser.

Slik jeg oppfatter det, kan det derfor trekkes linjer fra fenomenologien til sosialkonstruktivismen. Begge vitenskapsteoretiske retningene gjør seg relevant i en oppgave der jeg skal undersøke hvordan samhandling i praksissituasjoner fremmer representasjoner og forståelser av verden. Med dette utgangspunktet forankres forskningsprosjektet vitenskapsteoretisk i en pragmatisk blanding av en fenomenologisk og en

sosialkonstruktivistisk fortolkningsramme.

3.2 Forforståelse

En analyse av praksis vil aldri være det samme som praksis – det er forskerens beskrivelse og tolkning av praksis (Thornquist, 2018, s. 257). Jeg som forsker, min forforståelse og mine perspektiver på praksis og kunnskap, preger hva jeg ser i datamaterialet (jf. Thornquist, 2018, s. 229). Jeg kan umulig kobles fra analysene mine, men gjennom en bevissthet om egne bidrag håper jeg å gjøre analyseprosessen mest mulig transparent. Jeg anser det derfor hensiktsmessig at jeg gjøre rede for min inngang til prosjektet. Jf. Hitching, Nilsen og Veum (2011, s. 21) vil jeg i det følgende forsøke å redegjøre for min bakgrunnskunnskap, mine verdisyn og holdninger til feltet:

Jeg er selv en del av feltet jeg forsker på. Som masterstudent i psykomotorisk fysioterapi er min oppmerksomhet mot og kjennskap til feltet større enn hos de fleste. Nettopp at jeg befinner meg i feltet, er grunnlaget for min interesse for kommunikative uttrykks tilblivelse. Språkbruk, og måter å uttrykke seg på er et spesielt interessefelt, som la grunnlaget for valg av diskursanalyse som metode. Min virkelighetsforståelse har endret seg i løpet av mastergradsutdanningen. Med utvidet kunnskap om kroppen, og en klar oppfatning om at den psykomotoriske tilnærmingen er meningsfull, nyttig og tiltrengt i helsevesenet, har jeg på mange måter en underliggende agenda. Jeg ønsker å løfte fram hvilke (nye) forståelsesrammer psykomotoriske fysioterapeuter tilbyr pasienter, i kontrast til mange andre deler av helsevesenet – og videre hvilke muligheter som ligger i behandlingstradisjonen.

Den kunnskapsmessige sammenhengen jeg befinner meg i, gjør meg altså tilbøyelig til å oppfatte det som foregår i opptakene annerledes enn en utenforstående, utenfor feltet. Det kan føre til at den psykomotoriske kunnskapsforståelsen framstilles som den mest hensiktsmessige, og følgelig kan jeg risikere å utelate nytten ved andre forståelsesmåter. Potensielt uheldige effekter av det som gjøres i disse psykomotoriske praksissituasjonene, kan slik tenkes å glippe for oppmerksomheten min. Jeg har prøvd å innta ulike perspektiver, særlig når jeg har fortolket det de psykomotoriske fysioterapeutene gjør i opptakene, som et forsøk på å ta høyde for at det som skjer kan oppfattes ulikt med ulike utgangspunkt.

Å reflektere over hva jeg bidrar med i kunnskapsproduksjonen kan kalles *refleksiv objektivitet*

(Kvale & Brinkmann, 2015, s. 273). Gjennom denne skriftlige redegjørelsen, skjerpes altså oppmerksomheten min rundt mine bidrag, en oppmerksomhet jeg har tatt med meg gjennom analyseprosessen.

3.3 Metodeteori og metodevalg

Diskurser beskrives som både en teori og en analysemetode (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018). Gjennom diskursanalysen søker en å avdekke hvilke virkeligheter vi lever i (Aakvaag, 2008, s. 310). Vår virkelighetsforståelse kan dermed sies å være et uttrykk for diskursen vi befinner oss i. Språket er sentralt i diskursanalysen, fordi språket forstås som virkelighetsskapende (Aakvaag, 2008, s. 310). Diskurser produserer virkeligheter, og gjennom diskursens kategorier og klassifiseringer avgjøres hvordan fenomener henger sammen (Aakvaag, 2008, s. 310). Diskursanalytikerens søker å forstå hvilke tenke-, handle-, og væremåter språket er et uttrykk for (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 68). Meyer & Sirnes (1999, s. 31) beskriver diskursanalysens hensikt godt:

«Dersom diskursanalysen lykkes, kan den vise hva som har makt over tenkning og kategoriseringa til folk – men også over følelsene og emosjonene – og som derfor er opphavet både til forståelsen og engasjementet».

I praksis opptrer imidlertid språket i en samtidighet med andre kommunikasjonsformer. Watzlawick, Bavelas & Jacksons (1967) kommunikasjonsteorier beskriver at kommunikasjon foregår ved alt menneskelig *samvær*, både handlinger og fravær av handlinger kommuniserer noe¹⁴. Altså er kommunikasjon noe som ikke bare foregår når en har intensjon om å formidle noe, eller idet to oppnår felles forståelse, det skjer kontinuerlig (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1967). Gjennom disse teoriene forstår en at det alltid kommuniseres *noe*, også mellom intensjonelle kommunikative budskap. Yates (2001) knytter diskurser til sosial interaksjon, ved å hevde at diskurser kan forstås som produkter av samhandling og interaksjon. Mellommenneskelig interaksjon og språklig samhandling medvirker slik til å konstituere og skape diskurser.

Med dette som utgangspunktet har jeg valgt å bruke video-observasjon av praksissituasjoner

¹⁴ Min utheving

som datagrunnlag. Analysen jeg foretar er en multimodal diskursanalyse, som altså baserer seg på flere meningsbærende uttrykk (Hitching, Nilsen & Veum, 2011, s. 43). I en multimodal diskursanalyse er målet å se på den kommunikative helheten for å få økt forståelse av den komplekse kommunikasjonen som ligger i en situasjon, og å avdekke ikke åpenbare forhold (Hitching, Veum & Nilsen, 2011, s. 74).

3.3.1 Subjektposisjoner

Subjektposisjoner er diskursens subjekter. Slik Neumann (2021) beskriver de, er subjektposisjonene mer generelle enn inntatte roller, og de trer fram i kraft av diskursen de befinner seg i. Subjektposisjonen knytter seg altså til det rammeverket diskursen tegner om hvordan man skal leve eller te seg, ikke bare i *en* gitt sosial kontekst, men mer generelt (Neumann, 2021, s. 114). Det er altså diskursen som produserer subjektet. Ved å innta visse subjektposisjoner, gjøres visse diskurser tilgjengelig. Samtidig som en trer inn i en subjektposisjon, gjør en seg til subjekt for diskursens kunnskap og makt (Hall, 2001, s. 80).

3.3.2 Kontekst

All kommunikasjon foregår innenfor visse rammer. Konteksten noe foregår i tillegg det mening. En redegjørelse av konteksten praksissituasjonen oppstår i er derfor en vesentlig del av den multimodale diskursanalysen (Hitching, Nilsen & Veum, 2011, s. 57). Konteksten som omslutter og preger meningsskapingen i situasjonene kan deles i to nivåer (jf. Hitching, Nilsen & Veum, 2011; Thornquist, 2009, s. 44). Situasjonsteksten er den konkrete sammenhengen meningsskapingen foregår i; tid og rom, forholdet mellom deltakerne (symmetri/asymmetri) og tidligere kommunikasjon. Situasjonsteksten er skrevet fram i delkapittel: **3.5 Presentasjon av praksissituasjoner**. Kulturkonteksten er den mer overgripende konteksten ytringen skapes i som er avgjørende for den meningsskapingen som foregår, for eksempel historiske, ideologiske, politiske, økonomiske, sosiale, geografiske eller institusjonelle forhold. Kulturkonteksten er skrevet fram i kapittel: **2 Teori og kontekst**. Den sosiale og kulturelle konteksten som overgriper situasjonene er høyst omfattende. Derfor vil jeg komme med et vesentlig forbehold; det er umulig å gjøre rede for den fulle konteksten.

3.4 Fremskaffelse av datamateriale

For å fremskaffe datamateriale planla jeg å gjennomføre deltakende observasjon, med videoopptak, av to psykomotoriske undersøkelsessituasjoner (jf. Malterud, 2017, s.71; Fangen, 2010). Jeg anså førstegangsundersøkelser som relevant datamateriale, fordi jeg forventet at samhandlingen i et førstegangsmøte ville kunne representere ulike forståelser godt. I et nytt pasient-terapeut-møte er partene ukjent for hverandre, og søker følgelig å lære hverandre og hverandres forståelsesmåter å kjenne. Jeg så derfor for meg at deres respektive virkelighetsforståelser i liten grad er påvirket av hverandre, og at eventuelle ulike diskursive virkeligheter ville tre tydeligere fram. Språkbruk og samhandling i en undersøkelse vil ha underliggende budskap om partenes forståelsesmåter. Det innebærer at noe gjøres relevant og annet irrelevant eller uviktig (Thornquist, 1990).

3.4.1 Video-observasjon

Hensikten med å bruke observasjon som metode var å se på *hva* som foregår i terapikonteksten. En observasjonsstudie gir rom til å belyse nettopp dette – hva er det *faktisk* som foregår i praksis (Thornquist, 2018, s. 255; Malterud, 2017, s. 71). Observasjoner vil kunne få fram naturlige sider av praksis, som er ureflekterte for de involverte. En observasjonsstudie kan altså belyse menneskers samhandling og språkbruk, mens forskeren i liten grad selv inngår i, eller preger det som skjer (Fangen, 2010, s. 9; Malterud 2017, s. 71). Thornquist (2018, s. 256) skriver at observasjoner av praksisfeltet kan gi mulighet til å identifisere mønstre og sammenhenger, og analysere hva slags kunnskap og forståelse som aktiveres.

Jeg valgte å bruke observasjon fordi det diskursive i en klinisk samhandlingssituasjon ikke bare kan forstås som det sagte eller uttalte. Vår kroppslige kommunikasjon modererer det vi sier med ordene – det kan justere, underbygge, forsterke, motsi og klassifisere meningen i det verbale budskapet (Thornquist, 2009, s. 239). Å se hva partene *gjorde* underveis i samhandlingen ble altså avgjørende for hvordan det som sies kunne forstås. For å få fram detaljer i både språkbruk og samhandling var det nødvendig å kunne granske materialet nøye og gjentatte ganger. Video-opptakene muliggjorde det, og la til rette for den detaljerte framskrivningen av datamaterialet, transkripsjonene. Jeg ønsket å være til stede under opptaket for å få tak i flere nyanser av det som foregår, i tillegg til at det ville kunne inspirere

analysearbeidet. Hensikten var å observere det som foregår på *nært* hold.

3.4.2 Rekruttering og opptak

For å finne informanter kontaktet jeg erfarne personer i fagfeltet og spurte etter tips til klinikere med god praksiserfaring. Utvalget av terapeuter var altså strategisk, for å sikre et datamateriale som best mulig kunne belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 58). Jeg ba fysioterapeuten kontakte den første personen på ventelisten sin, for å forespørre om deltakelse i forskningsprosjektet. Jeg gjennomførte et opptak som planlagt, og var med i undersøkelsen som observatør. Grunnet smittevern hensyn i forbindelse med koronapandemien oppsto gjentatte utfordringer med å gjennomføre planlagte opptak, og jeg endte derfor opp med å gjøre kun *ett* nytt opptak. Jeg brukte i tillegg en eksisterende video fra Universitetet i Tromsø godkjent for bruk til studentarbeider. Også denne var av en førstegangsundersøkelse hos en psykomotorisk fysioterapeut. Dermed kunne jeg bare være til stede under en av de to undersøkelsessituasjonene. Den eksisterende videoen ble tatt opp i 2004. Å bruke en eldre video kan anses å være en svakhet, da det kan tenkes at den ikke reflekterer dagens praksis. Samtidig kan det gi muligheten til å si noe om psykomotorisk praksis over tid.

3.5 Presentasjon av praksissituasjonene

Beskrivelsen av praksissituasjonene er samtidig en redegjørelse for den umiddelbare **konteksten** situasjonene finner sted i. Konteksten er som kjent avgjørende for hvordan det som foregår kan forstås, og her peiler jeg med spesifikt inn på de aktuelle situasjonene.

Video A

Video A ble tatt opp i 2004. Deltakerne er begge kvinner, den psykomotoriske fysioterapeuten, kalt *fysioterapeuten (F)*, er i 40-50-årene. Pasienten, kalt *Anita (A)*, er i 30-40 årene, Anita er ufør og hjemmeværende, og skal ha vært i mye kontakt med helsevesenet tidligere. Hun kommer til behandling for å få hjelp med sin utbredte smerteproblematikk. Undersøkelsen og opptaket, foregår ved en utdanningsinstitusjon. Pasienten kommer til en førstegangsundersøkelse, men skal ikke fortsette i behandling hos denne fysioterapeuten. Pasienten har stilt seg til disposisjon i den hensikt å gjøre opptaket. Undersøkelsen ble både filmet og observert, men ikke av meg. Video-opptaket hadde til hensikt å produsere undervisningsmateriale. Undersøkelsen gjøres altså for å dokumentere praksis, og det som kommer fram skal ikke følges opp av fysioterapeuten i form av et behandlingsforløp. Det

gjennomføres en førstegangsundersøkelse, som inneholder en innledende samtale, en kroppsundersøkelse i ulike stillinger, og en avsluttende samtale. Videoen av undersøkelsen varer i 55 minutter, men det er enkelte korte brudd i opptaket og noen overganger er kuttet. Hva, hvor mye som mangler, og hvorfor, er ukjent.

Video B

Video B er tatt opp i 2022. Deltakerne også kvinner, den psykomotoriske fysioterapeuten, kalt *terapeuten (T)*, i 40-50-årene. Pasienten, kalt *Sara (S)*, er i 30-40-årene. Hun jobber normalt fullt, men har vært sykemeldt i noen uker. Hun oppsøker behandling grunnet sine plager med utmattelse og slitenhet. Undersøkelsen og opptaket finner sted ved en fysioterapiklinikk, og er en del av en normal praksishverdag. Pasienten og terapeuten har stilt seg til disposisjon for oppgaven, ved å tillate filming av den planlagte timen. Pasienten har stått på venteliste, og er nå blitt tatt inn til en førstegangsundersøkelse som starten på et eventuelt behandlingsforløp hos terapeuten. Opptaket ble gjort i 2022 i forbindelse med mastergradsprosjektet, det er filmet av meg, og jeg var tilstede under undersøkelsen som planlagt.

Førstegangsundersøkelsen inneholder en innledende samtale, en kroppsundersøkelse og utforskning av ulike stillinger, noen minutters avspenning og en kort avsluttende samtale. Videoen er sammenhengende og varer i 1 time og 24 minutter.

Temporal organisering av undersøkelsen

Under presenteres undersøkelsesaktivitetens temporale organisering, som en presentasjon av tidsbruk på undersøkelsens hoveddeler (jf. Jordan & Henderson, 1995).

Video A

TIDSPUNKT	HANDLINGER
00.00.00	F og A entrer rommet
00.00.11	Innledende samtale
00.11.07	Stående
00.16.05	Sittende på krakk
00.22.46	Ryngleie på benk
00.40.35	Brudd i video, overgang til mageleie mangler
00.40.36	Mageliggende på benk
00.41.35	Brudd i video, avslutning av mageleie og påkledning mangler
0.41.50	Avsluttende samtale → 00.55.43

Video B

TIDSPUNKT	HANDLINGER
00.00.00	Innhenting av samtykke
00.01.22	Innledende samtale
00.16.10	Utforsking sittende stilling i stol
00.21.45	Sittende på krakk
00.44.20	Stående
00.51.20	Mageliggende på benk
01.07.31	Ryggliggende på benk
01.12.40	Avspenning, terapeut og observatør utenfor rommet
01.19.16	Stående
01.20.32	Avsluttende samtale → 01.24.24

3.6 Analysestrategi

Jeg gjennomførte samobservasjoner av videomaterialet sammen med veileder på prosjektet, som en innledning til analysearbeidet. Under samobservasjonene hadde veileder mulighet til å stoppe videoen underveis der noe relevant oppsto, og vi diskuterte situasjonene i lys av problemstillingen. Hensikten med å se videoopptaket med en utenforstående part og fagperson, var å bidra til å sikre kvalitet i mine utvalg. De sekvensene som både jeg og veileder oppfattet som framtrede og representative for praksissituasjonene, ble prioritert i mine utvalg. Samobservasjonene skulle bidra til å fremme gyldighet. Analysen min springer altså ut fra både egne observasjoner og samobservasjonene av videomaterialet, og den påfølgende skriftlige framstillingen av det datamaterialet, transkripsjonene. Under observasjonene har jeg latt meg inspirere av interaksjonsanalytiske metoder (jf. Jordan & Henderson, 1995) og teorier om sosial interaksjon (Goffman, 1974). Å kombinere den multimodale diskursanalysen med en interaksjonsanalytisk tilnærming oppfattes som relevant for datamaterialet jeg har med å gjøre.

Fordi jeg har med ulike modaliteter å gjøre, er jeg interessert i å undersøke hvordan de ulike kommunikative ressursene virker sammen, fordi de skaper mening i et samvirke (Hitching, Nilsen & Veum, 2011, s. 52). Analysearbeidet har derfor tatt utgangspunkt Hitching, Nilsen & Veums (2011, s. 56) multimodale diskursanalyse. Jeg har i tillegg benyttet begrepet *subjektposisjon*, for å fremheve hvilke deltakere som trer fram i diskursen (jf. Neuman, 2021, s.114). Resultatene jeg presenterer, baserer seg på hva jeg tolker som framtrede i datamaterialet, og samtidig relevant med tanke på oppgavens hensikt. Det framtrede,

iøyefallende eller iørefallende kalles i multimodal diskursanalyse for *salience*. At noe er *salient* kan knyttes til at det kontrasterer til det øvrige uttrykket. Det framtrede er de uttrykkene som det er sannsynlig at mange får med seg, av alt som kommuniseres (Hitching, Veum & Nilsen, 2011, s. 53-54). Jeg har gått fram og tilbake mellom hele og deler av både rå-materialet og det skriftliggjorte materialet gjennom hele prosessen. Altså ligger både video-opptakene som helhet og mine skriftliggjorte utvalg til grunn for resultatet som trekkes fram og mine fortolkninger.

3.6.1 Bearbeiding av datamaterialet

Både samobservasjonene med veileder, og mine egenobservasjoner av video-materialet, la grunnlag for utvalg av en sekvenser. Etter samobservasjonene påbegynte jeg arbeidet med skriftliggjøring av datamaterialet. Jeg skrev først kortere sammendrag av videoene. Jeg transkriberte henholdsvis 23 og 15 sekvenser fra video A og B. Etter gjennomlesinger og drøfting med veileder, gjorde jeg et nytt utvalg av særlig meningsbærende sekvenser. Utgangspunktet for dette utvalget var egenformulerte analysespørsmål som skulle bidra til å besvare oppgavens problemstilling:

- I hvilke situasjoner utfordres partenes virkelighetsforståelse, og hva leder til ny meningsskaping?
- Hvordan representeres kroppen, og hvilket kroppssyn fremmes?

De utvalgte sekvensene ble transkriberte mer detaljrikt, ved at jeg transkriberte modalitet for modalitet før jeg satte det sammen til en sammenhengende tekst. Et forbehold; jeg har delt opp i modaliteter for analyseformål, men kategoriseringen er på mange måter kunstig. En del uttrykk lar seg vanskelig kategorisere, eller plasserer seg i grenselandet mellom de gitte kategoriene. Likevel var inndelingen i modaliteter hensiktsmessig for analyseformålet, og som et arbeidsverktøy (jf. Norris, 2004). Gjennom å rette meg mot deler av uttrykket om gangen, ble det lettere å fange mer av det som skjer i situasjonene. Jeg avgrenset modalitetene i følgende fire kategorier:

Det materielle: Jeg har definert modaliteten som det som uttrykkes gjennom; romlig utforming, inventar, utstyr og bruken av de, klær og utseende.

Nærhet, avstand og berøring: Modaliteten beskriver posisjoneringen partene har i forhold til hverandre, med fokus på grad av nærhet/avstand, i tillegg til å beskrive berøring og kroppskontakt.

Kroppsspråk: Modaliteten er definert som samvirket av kroppsstillinger, kroppslige bevegelser og handlinger, gester og blikk.

Ord og stemmebruk: Denne modaliteten sammenfatter de uttalte ordene og måten de framsies, gjennom stemmebruk og tempo. I tillegg løftes lyder og nonverbale utsagn fram, slik som latter og nøling.

Transkripsjonene er inspirert av Hitching, Nilsen & Veum (2011, s. 50-52) og er skrevet som en kronologisk tekst, med markeringer av tidspunkt for utsagn/handlingers start i margin. Uttalte ord er skrevet i «*anførselstegn og kursiv*». Jeg har markert korte pauser/nøling med ... etter ordet der det stoppes opp. Trykksterke ord er markert med «*understrek*». Alle øvrige modaliteter er skrevet i vanlig font, og er min beskrivelse av det jeg ser og hører. Detaljer om informantene som kunne tenkes å gjøre de gjenkjennbare, er blitt justert i transkripsjonene av anonymitetshensyn. De skal derfor ikke kunne gjenkjennes i den ferdige publikasjonen.

3.6.2 Avgrensning av diskurser

Arbeidet med identifisering og avgrensning av diskurser har foregått gjennom hele analyseprosessen. Under bearbeidingen av datamaterialet har trender, fellestrekk og ulikheter både mellom videoene og deltakerne stukket seg fram, og det vokste fram noen overordnede forståelsesmåter. Jeg forsøkte gjennomgående å identifisere hvilke subjektposisjoner som bidro til å holde liv i diskursene. Identifisering og avgrensning av diskurser er en del av mitt analytiske arbeid, og kunne vært gjort annerledes. Å forholde meg til utvalgt teori og kulturell kontekst, mens jeg jobbet med det empiriske materialet, har lagt grunnlaget for at jeg gjorde nettopp disse avgrensningene. Diskursene jeg presenterer knytter seg altså nært til både teori og samtid, men de trer fram og eksisterer kun i kraft av sine representasjoner i empirien. I diskusjonskapittelet argumenterer jeg for avgrensningen av de tre identifiserte diskursene; **den biomedisinske diskursen, den individorienterte diskursen og den psykomotoriske diskursen**. Subjektposisjonene jeg har identifisert presenteres sammen med diskursene de oppstår i.

3.7 Metodiske overveielser

Å framskaffe datamateriale fra en praksissituasjon til bruk i et mastergradsprosjekt, innebærer at praksissituasjonen påvirkes. I lys av Watzlawick, Bavelas & Jacksons (1967) kommunikasjonsteorier forstår en at en observatørs tilstedeværelse i undersøkelsesrommet påvirker situasjonen. Alt samvær kommuniserer noe, også stille observasjon. I en video-observasjons-studie som dette vil opptaket i seg selv også prege samhandlingen mellom de involverte partene (Jordan & Henderson, 1995, s. 55). Bruker vi Goffman (1959, s. 32) kan vi forstå hvordan de «opptrer», både for hverandre og for observatøren. En kan tenke seg at informantene vil forsøke å *idealisere* situasjonen eller vise seg fra sin beste side, fordi de blir studert. Samtidig kan deres streben etter å skjule sine svakheter tydeliggjøre de ytterligere (Goffman, 1959, s. 44-45).

I arbeidet med avgrensning av modaliteter, utvalg av sekvenser og transkripsjon foregår analyse. Måten jeg som forsker oppfatter og forstår situasjonene, og måten de språklige, kroppsspråklige og materielle budskapene gjøres om til tekst kan sies å være starten på analyseprosessen, fordi jeg som forsker omformer datamaterialet fra et uttrykk til et annet. Gjennom transkripsjonene av video-opptakene reduseres det opprinnelige datamaterialets diversitet, og i stor grad innskrenkes detaljnivået. Avgrensning av modaliteter har imidlertid bidratt til å løfte fram detaljer og dimensjoner som ikke kom fram ved første observasjon. Utvalg og transkripsjon må betegnes som en viktig del analyseprosessen, der jeg som forsker både fremhever og utelater deler og detaljer, basert på min *fortolkning* og *analyse* av den opprinnelige situasjonen (Hitching, Nilsen & Veum, 2011, s. 247).

At jeg er en del av feltet jeg undersøker har både fordeler og ulemper. Hitching Nilsen og Veum (2011, s. 21) beskriver at ulemper kan være at forskeren oppfatter feltspesifikke sosialt konstruerte normer som allmenngyldige, og gjør det særegne ved situasjonen vanskelig å oppdage. Fordeler er imidlertid at det kan gi bedre muligheter til å forstå de praksisfenomenene jeg studerer og gjøre analysene mine mer pålitelig (Hitching, Nilsen & Veum, 2011, s. 21).

3.7.1 Metodekritikk og kvalitet

Jeg har med et stort og detaljrikt datamateriale å gjøre, og betydelige avgrensninger har vært nødvendig. Hensikten har vært å trekke fram deler som bidrar til å besvare min

problemstilling. Jeg har ikke hatt anledning til å granske alle deler like nøye, og de utvalgte delene har vist seg å «kommunisere» mer og mer utover i analysearbeidet. Utvalgsprosessen kan derfor tenkes å ha avskjært viktige poenger, som ved å bli trukket fram kunne ført til andre typer fortolkninger og diskusjoner. Samtidig har jeg gjort det jeg kan for å trekke fram det som både var framtrædende (jf. Hitching, Nilsen & Veum, 2011), og det som oppfattes som representative eksempler på hovedtendensene ved situasjonene (jf. Skrede, 2017, s. 161).

Å benytte videoopptak som middel for en diskursanalytisk tilnærming er ikke nytt for oppgaven. Det hadde en viktig hensikt, å få fram *hva* som skjer i praksis. Samtidig har språket, som er de fleste diskursanalyzers hovedanliggende, fått stor vekt i mitt analytiske arbeid. Det kan tenkes å ha ført andre uttrykk og modaliteter, som er relevante i psykomotorisk praksis, i skyggen. Gjennom å benytte videoobservasjon som metode for å framskaffe data, har jeg altså fått tilgang til å se og høre hva som skjer i en psykomotorisk undersøkelseskontekst, og mine fortolkninger springer ut derfra. Jeg har imidlertid ikke tilgang til informantenes egne forståelser, refleksjoner og tolkninger av det som skjer i situasjonene. Det er nærliggende å tenke at jeg kan ha oppfattet det som foregår i situasjonene annerledes enn det deltakerne i opptakene gjorde. Slik sett er det tenkelig at min framstilling ikke sammenfaller med informantenes oppfatning av situasjonen, og det er risiko for at de kan føle seg uriktig framstilt.

Validitet eller gyldighet forbindes med spørsmål om studiens design og metodevalget egner seg for å få fram det en ønsker – altså om den måler det en forsøkte å måle (Skrede, 2017, s. 156; Thornquist, 2018, s. 234). Ved å benytte videoobservasjon som metode, får jeg fram hva som skjer i praksis. Likevel innebærer studieintervensjonen at praksisen påvirkes, et kamera og en observatør vil uansett prege situasjonen, uten at jeg kan vite sikkert på hvilken måte og i hvilken grad. Alle informantene antydte i løpet av opptakene, at studiesituasjonen var uvant, og noen nevnte at det å bli filmet gjorde de litt nervøs. Fysioterapeuters og pasienters opptreden gjennom 1-1,5 times opptak fra praksis kan selvfølgelig tenkes å være *idealiserde* eksempler på dem selv og deres praksis, i kraft av situasjonsbetingelsene (jf. Goffman, 1959). Jeg vil likevel argumentere for at det er sannsynlig at deres opptreden er representativ for deres dagligdagse praksis og væremåte, til tross for sin påvirkning fra studien. Jeg vil videre anta at dersom deltakerne opptrådte paradoksalt annerledes enn de gjør i sin hverdagslige uobserverte praksis, ville det skinne gjennom som påtatt. Slik sett argumenterer jeg for at metoden egner seg for å få fram det studien sikter mot, hva som foregår i praksis.

Diskursanalyse som kvalitativ metode kan ikke betegnes som en objektiv analyse (Skrede, 2017, s. 160). Forskerens fortolkninger er en vesentlig del av metoden, men ved å gjøre analysen mest mulig eksplisitt, transparent og sammenhengende kan en fremme etterprøvbarehet¹⁵ (Hitching, Nilsen & Veum, 2011, s. 19). Diskursanalysers etterprøvbarehet kan ivaretas ved at en benytter detaljerte framstillinger av data, gjennom eksempelvis lengre sitater framfor korte oppsummeringer, med hensikt å framstille datamaterialet nærmest mulig slik det forekom i virkeligheten. I tillegg vil en grundig og presis framstilling av verktøy og begreper som benyttes i analysene styrke studiens reliabilitet (Skrede, 2017, s. 160). I metodekapittelet har jeg arbeidet for å gjøre analyseprosessen min synlig og forståelig for leseren. I resultatdelen har jeg forsøkt å framstille datamaterialet så nært som mulig slik det oppsto i opptakene, på et tilstrekkelig detaljnivå, for å kunne forstå sekvensene i sin sammenheng. Jeg har også framstilt alle direkte utsagn fra datamaterialet i «*anførselstegn og kursiv*», så leseren lett skal kunne skille det som blir sagt i opptakene fra fortolkning.

3.7.2 Ethiske betraktninger

Prosjektet ble meldt inn til, og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), før jeg rekrutterte informanter og innhentet datamaterialet (vedlegg 1). Informantene fikk grundig informasjon (vedlegg 3 & 4) om prosjektets hensikt og datainnsamlingsmetoder, informasjon om lagring og sletting av opptak i et informasjonsskriv for deltakelse i prosjektet (jf. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2009). De fikk også informasjon om hva deltakelsen innebærer for de, hvem som har innsyn i opplysningene, og om deres rett til å trekke seg når som helst. Samtykket til deltakelse ble dokumentert i videoopptaket. Opptaket ble lagret sikkert i Tjenester for sensitive data (Universitetet i Oslo, 2021) for å sikre at ingen utenforstående hadde tilgang til de sensitive personopplysningene, i henhold til UiTs retningslinjer (UiT, 2021). Måten det empiriske materialet framstilles i analyser og ferdig arbeid, skal være tilstrekkelig anonymisert, slik at informantenes anonymitet sikres (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2009). Jeg ble tildelt ny hovedveileder i siste semester før innlevering av oppgaven. Endringen ble meldt til og godkjent av NSD (vedlegg 2), og informantene er informert.

¹⁵ Etterprøvbarehet, pålitelighet og reliabilitet benyttes om hverandre i metodebøker

Studien vurderes å kunne komme til nytte for fagfeltet, som en analyse og drøfting av psykomotorisk praksis. Målet med prosjektet er å bidra til kunnskapsutvikling i fagfeltet. Det er imidlertid risiko for at studien kan ha påvirket de involverte negativt i noen grad. Gjennom utvelgelsen av informanter, der pasienten er ukjent for både meg og fysioterapeuten, ble mine muligheter for å skåne en særlig sårbar pasient begrenset. At jeg var til stede under videoopptaket kan ha ført til at undersøkelsen ikke ble like virksom som normalt eller opplevdes annerledes for partene. Samtidig kan min tilstedeværelse, og vissheten om å bli studert, ha bidratt til at fysioterapeuten ivaretok pasienten særlig godt. Jeg vurderer imidlertid at potensielle ulemper for informantene er sparsomme, sett opp imot verdien av kunnskapsutvikling i fagfeltet.

4 Resultater

I første del av resultatkapittelet, **4.1 Modalitetene**, presenterer jeg de fire enkeltmodalitetene slik de fremtrer hver for seg. Modalitetsbeskrivelsene baserer seg på hva jeg oppfatter som framtrede eller gjennomgående i video-opptakene. Det lar seg ikke gjøre å redegjøre for hvordan modalitetene uttrykker seg gjennom hele datamaterialet, og derfor er den følgende beskrivelsen overordnet og knyttet til det framtrede. I andre del av resultatkapittelet, **4.2 Multimodalt samvirke**, vil jeg presentere samvirket av de ulike modalitetene. Jeg vil først trekke fram overordnede trekk ved det multimodale samvirket, som omfatter situasjonene som helhet. I første og andre delkapittel; **4.2.1 Motstand og friksjon** og **4.2.2 Møtepunkter** presenterer jeg resultater basert på inngående analyser av utvalgte sekvenser fra opptakene. Jeg anser utdragene som representative for sentrale trekk ved undersøkelsessituasjonene og relevante for oppgavens problemstilling. I siste delkapittel løfter jeg fram hvilke **4.2.3 Kroppssyn** som trer fram via deltakernes uttrykksmåter.

4.1 Modalitetene

Undersøkelsene er delt i ulike deler. Felles er at de har en innledende samtale, en kroppsundersøkelse og en avsluttende samtale. Det er ulik sammensetning og vektlegging av modaliteter i de tre delene, såkalte modale konfigurasjoner (Hitching, Veum & Nilsen, 2011, s. 60). Alle modalitetene gjør seg imidlertid gjeldende, gjennomgående i opptakene, i større og mindre grad. Ord, stemmebruk og til dels kroppsspråk, trer tydeligst fram i første og siste del av opptakene. I den midterste delen er det kroppsspråklige handlinger og berøring – det de gjør - som bærer det kommunikative uttrykket. Det materielle uttrykket er overgripende og påvirker, slik jeg oppfatter det, hele situasjonene. Jeg vil starte med å beskrive hver modalitet for seg, og eksemplifisere gjennom beskrivelser av og utdrag fra datamaterialet.

4.1.1 Det materielle

Video A, finner sted ved en utdanningsinstitusjon. Rommet har lyse vegger og sterk belysning. Det står to grå plast-stoler med rør-ben inntil et trefarget bord i en halvsirkelfasong. Forøvrig er behandlingsbenken og en krakk i bruk i opptaket, i tillegg til et lyseblått bomullspledd og et hvitt laken. Den ene veggen er en skillevegg, mens på den andre henger en stor grønn tavle med kritthylle. Det visuelle ved rommet, møblementet, belysningen og fargebruken bærer i stor grad et institusjonspreg. Tavlen i bakgrunnen underbygger at

situasjonen som finner sted, er en del av en undervisningssetting. Institusjonspreget understreker likevel noe profesjonelt ved situasjonen, og kommuniserer at her skal det skje et arbeide, og noe skal utrettes. Fysioterapeuten, en slank og høy kvinne, er kledd i hverdagslige klær; jeans, enkle sandaler og en løs mørkeblå genser. Pasienten har en formfull kroppsfasong, kortklippet hår, og også hun har et hverdagslig antrekk; en løs sort dressbukse, sorte skinnsko og en løs lys jumper. Et stykke ut i undersøkelsen tar hun av seg til undertøyet, som er pent og hvitt, og ifølge henne, kjøpt inn til anledningen.

Undersøkelsen i **video B** foregår i en privat praksis. Klinikken er lokalisert i et næringsbygg, der flere behandlere holder til, med et felles venterom. Behandlingsrommet er relativt lite. Veggene er malt i en dempet tone, foruten en vegg med vindu som er hvit. Vinduet har lyse gardiner og persiener. Belysningen er litt dempet, med spotter som peker i ulike retninger. Det står et klesskap med skuffer og en stumtjener i hjørnet, og det henger et lite innrammet kunstverk på veggen mellom stolene. Stolene de sitter på har armlener og er trukket i skinn, og mellom stolene står et lavt rundt bord. Vendt mot vinduet står en liten trefarget skrivepult. Rommet har også noen profesjonsmarkører - inventar som er forventet å finne hos en fysioterapeut; en behandlingsbenk, en treningsmatte, og på skrivepulten – en bærbar PC og en skriver. Det visuelle i video B formidler noe annet enn i video A. Lokalets uttrykk framstår gjennomtenkt og ordnet, og gir et mer personlig uttrykk. Møblene kunne vært en del av et stueinventar. Kunsten på veggen underbygger det personlige. En kan tenke seg at rommet formidler at «her kan du slappe av og føle deg som hjemme» til den som entrer. Et rom som gir slike assosiasjoner kan tenkes å åpne for annen type samhandling, enn det institusjonspregede. De nedtrukne persiennene, som trolig har til hensikt å skjerme for innsyn utenfra, peker på det taushetsbelagte ved det som foregår. Terapeuten i video B er også en slank kvinne, kledd i treningsbukse, en mørk hettejakke og sandaler. Pasienten er slank og atletisk, med halvlangt hår i strikk. Hun er kledd i avslappede hverdagsklær; en tynn hettejakke, trange jeans og tykke ullsokker trukket opp over buksebena.

I begge opptakene er behandlingsbenken en synlig og betydelig del av inventaret. Benken tar en stor del av rommene som forøvrig har lite utstyr. Den tillegges slik viktighet og virker premissgivende for hva som skal og kan foregå. Behandlingsbenken er for det meste synlig i kamerautsnittene, i tillegg til at den er i bruk i store deler av opptakene. Benken i rommet innfrir kanskje pasientens forventninger til situasjonen, som en kjent del av fysioterapipraksis. Bruken av den innebærer at pasienten dels gjøres til et objekt for undersøkelse. Det kan i

tillegg tenkes å signalisere at pasienten skal innta en passiv rolle og «gjøres noe med». Begge terapeutene unngår imidlertid å bruke uniform. En uniform kunne ha understreket ekspertposisjonen fagutøveren har. At fysioterapeutene velger å gå med egne klær, kan tenkes å være et bevisst valg, for å forsøke å dempe asymmetrien mellom fysioterapeut og pasient.

4.1.2 Nærhet, avstand og berøring

Fysioterapeutenes bruk av rommet, nærhet, avstand og berøring, har både fellestrekk, og ulikheter. Generelt er det fysioterapeutene som styrer grad av nærhet og avstandtaking, mens pasientene følger på. Under samtalen har fysioterapeutene en relativt lik stil, de sitter skrått vendt mot pasienten, og er gjennomgående rettet mot de underveis i samtalen. I **video A** plasserer fysioterapeuten seg generelt relativt nært pasienten. Fysioterapeuten i video A holder helt klart mest kroppskontakt med pasienten gjennom sekvensen. Hun bruker som regel hendene sine til å lede pasienten gjennom ulike bevegelser. Hun sitter nært inntil når pasienten sitter på krakk, med en åpen kroppsstilling og vendt mot pasienten med hele seg. Underveis i undersøkelsen, når hun forflytter seg opp og ned langs benken, holder hun nesten gjennomgående en hånd på pasienten. Fysioterapeuten i video A ser ut til å bruke berøring som et kontaktpunkt for å tydeliggjøre hvor hun er, eksempelvis når hun er ute av pasientens synsfelt. Fysioterapeuten i video A guider mye kroppslig, hun tar regi gjennom sin romlige og kroppslige orientering, og reagerer raskt på pasientens uttrykk ved å rette seg mer mot henne eller komme nærmere.

Terapeuten i **video B** instruerer innimellom bevegelser med berøring, men bruker i større grad ord og demonstrasjoner. Berøring av Sara foregår fortrinnsvis under undersøkelser i liggende stillinger på benken. Generelt plasserer terapeuten seg med større avstand til pasienten. Under sittende undersøkelser veksler terapeuten mellom å sitte på benkekanten omtrent en meter unna og på knærne eller på huk ganske nært krakken Sara sitter på. Når Sara står, stiller terapeuten seg omtrent to meter unna og vendt direkte mot henne. Terapeuten i video B oppfattes mer avventende til pasientens egne uttrykk gjennom sin åpne kroppslige orientering og lyttende holdning.

Begge terapeutene legger tepper over pasientene i forbindelse med undersøkelsessekvensene på benk. Bruk av tepper ser ut til å ha til hensikt å avgrense hvor fysioterapeutens «interesseområde» er, og berøringer skjer for det meste der teppet er trukket til siden. I video

B berøres imidlertid pasienten gjennom teppet noen ganger. Teppet som dekker store deler av kroppen til pasientene, kan tenkes å gjøre berøringer mindre inngripende. Det kan være fysioterapeutenes intensjon å skape en beskyttende hinne mellom seg og pasienten, når de er i nær kroppskontakt.

4.1.3 Kroppsspråk

I **video A** sitter fysioterapeuten avslappet i stolen, med bena i kors, men med oppmerksomheten tydelig rettet mot pasienten gjennom den innledende samtalen. Når hun står, har hun en rak holdning. Under undersøkelsen har hun generelt en litt foroverlent, men åpen kroppsholdning. For eksempel sitter hun med åpen hoftevinkel og vendt mot pasienten under både de stående undersøkelsene og undersøkelsene på krakk, i tillegg til å plassere seg nært henne. Fysioterapeuten søker hyppig blikkontakt med pasienten, og følger mye med på ansiktet hennes gjennom undersøkelsen. Hun beveger seg hyppig mellom hode- og fotenden av benken underveis i undersøkelsen, og gjør seg tilgjengelig og synlig for pasienten. Fysioterapeutens bevegelser og kroppsspråk, den nære posisjoneringen og måten hun guider pasienten gjennom berøring og kroppslig instruksjon under undersøkelsen uttrykker selvsikkerhet og trygghet i situasjonen.

Pasienten, **Anita**, bruker generelt lite plass i rommet når hun beveger seg. Når hun sitter er holdningen litt sammensunket, hendene ofte samlet i fanget, lårene samlet og anklene krysset. Innimellom drar hun bena innunder stolen. Når hun går har hun et svakt haltepreg. I stående er holdningen hennes litt slapp og fleksjonspreget, og hun ser mye ned. Under undersøkelsene i stående og sittende, i undertøyet, ser det ut som at hun drar inn magen flere ganger. Hun gestikulerer en del under samtale, og bruker to fingre til å peke ut sine problemområder på kroppen sin, eller viser ved å vende kroppsdelen hun snakker om mot fysioterapeuten. Kroppsspråket hennes oppfattes som svakt unnskyldende ved at bevegelsene hennes framstår lite spontane, hun sitter smalt og samlet, rombruken er begrenset og hun gjør få store kroppsbevegelser. Fysioterapeuten og Anita holder hyppig blikkontakt, og smiler ofte til hverandre underveis i samhandlingen.

Terapeuten i **video B** har en rak holdning og hun beveger seg relativt rolig. Selv om hun tar i bruk mesteparten av rommet under ulike deler av undersøkelsen, posisjonerer hun seg litt statisk og blir stående eller sittende en plass over litt tid. Hun sitter bakoverlent og med

hendene på lårene sine under mesteparten av samtalen, foruten når hun innimellom bøyer seg fram mot arket på det lave bordet for å notere. Hun holder for det meste blikket på pasienten, og mens hun observerer inntar hun selv ulike stillinger, men ofte med litt avstand til pasienten. Hun gestikulerer i små bevegelser, samler hendene foran bryst og ansikt, og lytter med hodet tippet til siden. Når hun instruerer pasienten, demonstrerer hun ofte bevegelsene med egen kropp framfor å lede Sara inn i bevegelsen med berøring. For eksempel instruerer hun Sara i å slippe overkroppen framover i en bøy fra sittende stilling, reise seg fra krakken og la overkroppen henge over bena, mens hun står ved siden av Sara og viser bevegelsen hun skal gjøre. Undersøkelsen varer lengre og har litt færre undersøkelser enn i video A, altså brukes det lengre tid på hver del.

Pasienten, **Sara**, varierer både plasseringen av armene og sittestillingen ofte under den innledende samtalen. Hun er blant annet innom; kryssede ben, bena rett ned, bena i skredderstilling oppi stolen. Hun gestikulerer med store armbevegelser og helkroppsbevegelser når hun prater, som for å underbygge øvrige kommunikative budskap. Hun har en rak og litt foroverlent stående holdning, og framstår med det sterk i kroppen. Underveis i undersøkelsen gjør hun mange ulike, ofte store bevegelser for å «prøve ut» det de snakker om. Bevegelsene hennes framstår spontane og hun tør å bruke plass, sitter litt bredbent eller ligger på rygg med hendene bak hodet. Sara responderer raskt på instruksjoner fra terapeuten ved å bevege og justere egen kropp. Holdningen og bevegelsesmønsteret til Sara uttrykker selvsikkerhet og handlekraft gjennom hennes sterke kroppslige fremtoning, selvfølgelig og avslappede bruk av rommet og spontane bevegelsesutforskning.

4.1.4 Ord og stemmebruk

Måten fysioterapeutene uttrykker seg språklig har flere likhetstrekk. Ingen av de spør om diagnoser. Terapeuten i video B spør, mens hun peker inn mot egen kropp og tegner en slags linje nedover midten av bolen sin: «Hva er det du.. *kjenner*, som, som gjør at du bruker de ordene?». Fysioterapeuten i video A spør «Hvordan kjennes det når jeg kommer opp her nå?» mens hun løfter benet til Anita i ryggleie. I sine verbale instruksjoner og spørsmålsstilling, viser altså begge fysioterapeutene til en interesse for det pasientene kjenner og erfarer kroppslig. Underveis i undersøkelsen fortsetter de å rette seg mot hvordan ulike bevegelser og undersøkelser oppleves for pasientene. Gjennom sine formuleringer utforsker begge fysioterapeutene om kroppslige vanemønstre kan være uttrykk for sosiale og kulturelle

væremåter. Fysioterapeuten i video A gjør flere spørrende fortolkninger av det pasienten gjør og sier underveis i opptaket. Under undersøkelser på benk når Anita sier at hun som regel ikke kjenner noe spesielt ubehag i øyeblikket, men at hun ofte får smertene etterpå, spør fysioterapeuten: «Så (...) betyr det at det er litt vanskelig for deg å kjenne hvor grensene går... i situasjonen?». Begge fysioterapeutene oppfattes undrende og interessert, de lytter bekræftende med gjentatte «Mhm» og nikk, og lar for det meste pasientene fortelle uten avbrytelser. Deres utsagn bidrar også til å normalisere og ufarliggjøre kroppslige væremåter. Når Anita spør om det fysioterapeuten har funnet i undersøkelsen er «normalt» svarer fysioterapeuten: «Ja, alt er normalt for å si det sånn!». Terapeuten i video B støtter og gyldiggjør Saras oppfatning og erfaring av egen kropp gjennom å bekræfte henne: «Ja, (...) sånn er det!». Hun holder gjennomgående på en holdning om at Sara selv kan få bestemme, på ulike områder. Under den avsluttende samtalen sier terapeuten; «Nei, du får se hva du kan – vil ta med deg».

Når **Anita** i video A beskriver sine plager, retter hun seg mot sine diagnoser, «*kronisk bekkenleddssyndrom*», og skader. Hun tar i bruk medisinske termer om hvor hun har vondt: «*Jeg kjenner det i symfyisen – (...)*», og språket er i stor grad erfaringsfjernt. Utover i undersøkelsen endrer dette seg noe, og litt flere betraktninger knytter seg til hva hun kjenner og erfarer. Endringen kan tenkes å henge sammen med at fysioterapeuten gjentatte ganger spør om hva hun «*kjenner*» eller «*kjenner seg igjen i*», og at Anita slik får bedre forståelse for hva fysioterapeuten interesserer seg for. Anita setter også gjentatte ganger kroppsfunksjonen, bevegelsene sine, eller fravær av bevegelse (stivhet) i sammenheng med konkrete årsaksforklaringer: «*(...) det er vel den... skaden i ryggen min som... på en måte stopper meg litt*». Anita beskriver plagene og diagnosene som noe hun har og som trenger behandling. Anita trekker hyppig fram medisinske undersøkelser, behandlinger og operasjoner hun har vært gjennom. Hun forklarer at hun kunne tenke seg mer fysioterapibehandling: «*Jeg har vurdert det å ta doble timer (...) for å føle at de kan ta litt mer av gangen*». Anita ler ganske mye gjennom sekvensen, ofte på steder det er litt uforventet – for eksempel avløser latteren gjerne utsagn som omhandler sykdom og smerter, som begrenser hennes liv. Stemmebruken hennes er også ofte lett, munter og hverdagslig, og også den kontrasterer til det hun sier som har en viss grad av alvor. Anita forteller at hun går til fysioterapibehandling ofte. Det kan sånn sett tenkes at situasjonen, som også innebærer å fortelle om sin vanskelige livssituasjon, oppleves kjent og hverdagslig. Stemmebruken forandrer seg noen ganger i løpet av sekvensen. Den blir dypere og mer nølende når Anita forteller noe erfaringsnært eller hva hun

kjenner.

Sara i video B, uttrykker seg velartikulert og med kraftig stemme, og oppfattes slik selvsikker. Måten hun beskriver plagene sine er i stor grad knyttet til de konkrete erfaringene hun har, og hun nevner ingen diagnoser. Hun beskriver en «*dirrende nervøsitet*», «*svimmelhet*», «*utslitthet*» og en mangel på «*ork*» og «*lyst*». Hun forklarer med metaforer i kombinasjon med kroppsspråk, for å få fram hva hun kjenner; «*(...) som om man har briller som ikke passer (...)*». Sara forklarer hva hun har gjort selv for å prøve å forstå eller bedre plagene sine, før hun oppsøkte behandling. For eksempel har hun forsøkt å kartlegge plagene ved å skrive ned når de oppstår. Hun har prøvd å gjøre rolig yoga og å gjøre ting hun liker. Sara knytter plagene sine til hvor mye hun klarer både på jobb og på fritiden: «*Jeg husker, vi dro på en times skitur, og da var jeg sånn - har vi gjort nok nå? Kan vi dra hjem? (...) da er man ikke helt på topp*». Forrige gang hun hadde lignende plager forteller hun at hun «*løp fra den ene legen til den andre*», i jakten på å finne svaret på hvorfor ting var som de var. Sara framstår gjennom sine verbale utsagn opptatt av handling, og hva hun selv kan gjøre for å få det bedre, hun sier også: «*Jeg kan ikke bare ligge og slappe av*». Samtidig knytter hun bedringen hun hadde sist gang hun følte seg slik, flere år tidligere, blant annet til at hun hadde hvilt nok. Også hennes stemmebruk følger utsagnenes innhold. På samme måte som i video A, blir stemmebruken til Sara litt forandret når hun forteller om nære erfaringer og hva hun kjenner, både tempoet og volumet senkes, og hun nøler mer.

4.2 Multimodalt samvirke

Det multimodale samvirket er sammenstillingen av de ulike kommunikative uttrykkene. Det kommer fram noen overordnede trekk og tematikker i det multimodale samvirket, som gjør seg gjeldende i store deler av datamaterialet og påvirker situasjonene som helhet. Noen av uttrykkene kontrasterer og formidler ulike ting samtidig.

I video A oppfattes de materielle uttrykkene å bære et institusjonspreg, fargebruken i rommet er upersonlig, belysningen er sterk og ukoselig. Rommet ser ut til å være et klasserom forminskt av en skillevegg, noe som gjør situasjonen ekstra kunstig. De som blir filmet skal late som «*ingenting*», men begge sier at rammebetingelsene påvirker dem, under den innledende samtalen. Pasienten, Anita, oppfører seg generelt som forventet, som pasient i en fysioterapisisituasjon. Hun er meddelsom når hun forteller om både sine plager og om livet sitt,

hun stiller kroppen til disposisjon for undersøkelse ved å vise frem kroppen og la seg lede til å gjøre det fysioterapeuten ber henne om. Fysioterapeuten plasserer seg generelt nært Anita, i øyehøyde, eller lavere enn henne, ved stående og sittende undersøkelser, framfor å stå over henne. Kroppsholdningen er åpen og inviterende, og hun holder i stor grad kroppskontakt. Hennes stil kommuniserer at hun er oppmerksom og interessert. Ordbruken hennes underbygger at partene er likeverdige, og tilskriver Anitas egne betraktninger viktighet og relevans: «*Ja, kjenner du igjen det, eller? Er det sånn du pleier å gjøre?*». Jeg oppfatter det som at fysioterapeuten gjør aktive grep for å dempe asymmetrien mellom henne og pasienten. Det kan tenkes å bidra til å skape en trygg ramme for samhandling. Hun må imidlertid stadig jobbe «imot» situasjonens materielle rammer, som oppfattes å kontrastere til måten hun definerer undersøkelsessituasjonen som et personlig møte mellom to mennesker.

I video B foregår undersøkelsen i annet materielt «klima»; behandlingsrommet gir umiddelbart assosiasjoner til et mer personlig rom. Det personlige og hjemmekoselige uttrykket bæres av særegne fargevalg, en dempet og myk spotbelysning, og pene møbler. Stolene ser behagelige ut, og den innledende samtalen varer lengre enn i video A. Terapeuten framstår varm og lyttende. Hun forholder seg generelt åpen for pasientens egne fortolkninger. Hun unngår i stor grad å tolke eller definere pasientens problemer, og tar lite styring over situasjonen. Samtidig er hun mindre *nær* pasienten rent kroppslig, og observerer ofte pasienten med litt avstand. Instruksjoner skjer i mindre grad med kroppskontakt. Den asymmetrien som oppstår både i kraft av at det er en behandlingssituasjon og gjennom den romlige plasseringen, modereres gjennom terapeutens åpne og lyttende framtoning, og det personlige rommet. De bruker relativt lang tid på undersøkelsene, og terapeuten lar pasienten utforske bevegelser over lengre tid, og i stillhet, uten å gripe inn. Pasienten, Sara, er initiativrik og svarer raskt på terapeutens instruksjoner. Hun oppfattes nysgjerrig og søkende ved at hun både prøver ut bevegelser flittig, men også etterspør klarhet i hva hun skal gjøre. Ansvar for fremdrift i situasjonen ser ut til å hvile på både terapeuten og Sara, og det virker i denne situasjonen å gjøre det litt uklart for pasienten hva som gjelder, hva som er agendaen. Den åpne framtoningen til terapeuten kontrasterer derfor til dels til det materielle uttrykket som sirkler inn situasjonen, og det trygge og personlige rommet utnyttes ikke til det fulle. At pasientene fremheves som likeverdige og deltakende parter er sentralt i begge opptakene, og tydeliggjøres ved at fysioterapeutene stadig etterspør og interesserer seg for deres opplevelser og erfaringer.

4.2.1 Motstand og friksjon

I dette delkapittelet vil jeg presentere utvalgte sekvenser der samhandlingen ikke oppfattes å lede til felles forståelse mellom fysioterapeut og pasient. Fysioterapeutens forsøk på å skape felles refleksjoner eller legge til rette nye forståelser lykkes ikke, og partene forblir i hver sine virkelighetsforståelser.

Utdrag fra video A: «Jeg kjenner det i symfysen»

Anita og fysioterapeuten sitter på stoler plassert litt på skrå ovenfor hverandre under den innledende samtalen. Anita har nylig fortalt at hun har flere hjelpemidler hjemme, blant annet en rullestol. Hun bruker den for å avlaste seg selv, for å slippe smerter. Det er en kort pause før fysioterapeuten bytter emne og leder samtalen videre:

- 05.40 Fysioterapeuten sitter vendt skrått vekk fra kameraet, har bena i kors og ene underarmen lent mot bordet. Hun trekker pusten og kikker ned mot henvisningsarket hun har fått av Anita. Hun løfter hånda opp i lufta og så opp mot eget ansikt. A følger med på ansiktet til F med hodet litt på skakke, justerer seg litt i stolen som om hun setter seg til rette, holder den høyre hånda omkring fingrene på venstre hånda, den ene albuen hviler på bordet, ankene ligger i kors. Nikker lett mens hun lytter. F: «*Jeg har lyst å spørre deg litt mer om, altså hvordan de plagene dine er? Hvor i kroppen du kjenner det. Hva...?*»
- 05.46 Anita vender blikket ned mot bekkenet sitt, peker med venstre hånd mot skrittet, med to strake fingre, A: «*Jeg kjenner det i symfysen-*» F: «*Ja?*» A løfter så begge hendene ut og plasserer de på siden av hoftene idet hun løfter blikket og ser opp på fysioterapeuten, nikker lett mot henne. «*- jeg kjenner dem i – her.*» F nikker svakt som for å bekrefte at hun lytter. A beveger så hendene nedover utsiden av lårene sine, strekker ut høyre foten og peker ned på tærne, ser ned på foten sin: «*og utover i bena, og spesielt det benet helt ned i tærne*». F veksler mellom å se ned på føttene til A og så opp på ansiktet igjen.
- 05.53 F holder blikket på ansiktet til A, gestikulerer med en sirkelbevegelse som for å vise at hun vil vite mer om dette. F: «*Ja, hvordan arter smertene seg?*»

Terapeuten leder her samtalen videre fra å gjelde praktiske forhold (hjelpemidler) som Anita har trukket fram, til å gjelde Anitas opplevelser av sine plager. Måten fysioterapeuten spør, trykket på ordet – er – indikerer at Anita enda ikke har fortalt hvordan plagene hennes er, selv om det har gått 5 minutter. I det hun svarer retter Anita seg umiddelbart til kroppsområdene hun har plager i. Hun bruker først et latinsk begrep, og så mer hverdagslig språk for å forklare lokalisasjonen; «her» og i «det benet». Anita peker i tillegg utenpå kroppen sin for å understreke hvor plagene hennes sitter. Hun svarer imidlertid ikke på «*hvordan*» plagene er, bare hvor i kroppen hun kjenner det. Fysioterapeuten er tydelig interessert i flere erfaringsnære beskrivelser, og spør derfor på nytt etter detaljer om plagene. Hun viser også med gestene sine at hun enda ikke har fått svarene hun er ute etter, og at hun vil vite mer.

Til tross for at fysioterapeuten og pasienten samtaler sammen gjennom sekvensen, oppfattes det som at de ikke snakker om det samme. Fysioterapeutens spørsmål blir ikke tydelig besvart. Anitas svar kan imidlertid tenkes å knytte seg til hva hun tror fysioterapeuten ønsker å vite, basert på hennes tidligere erfaringer med fysioterapi, og forventninger til denne fysioterapisituasjonen. Mens fysioterapeuten fortsetter å spørre hvordan Anita erfarer sine plager, blir Anita værende i forståelsen av at fysioterapeuten kun ønsker å vite hvor smertene befinner seg. De forblir i hver sine situasjons- og virkelighetsforståelser, der ulike ting tillegges viktighet. Det multimodale samvirket forsterker hver av partenes uttrykksmåte, men det fremmer også kontrasten mellom de to og deres interesser. Anitas ordbruk som knytter seg til kroppsdel, og utsagnene hennes underbygges av peking og gester mot kroppens utside. Fysioterapeuten retter for det meste mot Anitas ansikt, ber med sine gester om mer «forklaring», ikke peking. Kroppsspråk og blick synes å underbygge fysioterapeutens interesse for Anita som person og ikke bare for den ytre kroppen hennes.

Utdrag fra video A: «Jeg vet ikke, jeg tenker ikke over det»

Anita sitter i forgrunnen av bildet på en tre-krakk, i profil mot kameraet. Fysioterapeuten sitter med en åpen kroppsstilling (åpen hoftevinkel) vendt direkte mot hennes venstre side. Anita sitter rak i ryggen med hendene ned langs siden. Fysioterapeuten holder en hånd på korsryggen hennes, mens den andre veksler mellom å berøre høyre og venstre lår. Før utdraget sier fysioterapeuten at hun skal kjenne om Anita kan «slippe» benet, idet hun rugger låret hennes litt fra side til side:

- 17.15 A ser foran seg, fniser nesten lydløst og smiler. F ser smilende opp på A. F: «*Ja, hva ler du av?*» Flytter så hånda fra venstre til høyre lår og rugger litt på det, ser ned på bena hennes. A ser skrått nedover og smiler.
- 17.20 A løfter blikket og ser ut i lufta, smiler. A: «*Jeg gjorde det nesten før du skulle ta på meg*» F ser opp på A med et stort smil om munnen. Hun flytter hånda til As venstre ben igjen og beveger litt på det, fra side til side.
- 17.22 F slipper grepet og setter seg litt opp, lener underarmen på låret sitt, ser ut i lufta og smiler, ler svakt når hun svarer. F: «*Du gjorde det før du – hva tenkte du om det da?*» A løfter skuldrene og ler høyt. F ler litt med og smiler mot henne.
- 17.24 A ler gjennom hele utsagnet og kroppen rister svakt. F ler sammen med henne, begge ser rett foran seg et øyeblikk før F retter blikket mot ansiktet til A igjen og løfter ene hånda til kneet hennes. A: «*Nei, det var bare en sånn refleks som kom*». A ser så ned og fortsetter å le perlende.

17.26 F løfter hånda når hun spør, hun smiler mot A og er fortsatt litt lattermild i stemmen. F: «*Ja, kjenner du igjen det, eller? Er det sånn du pleier å gjøre?*» A ler svakt, svelger og svarer med et litt dypere stemmeleie. A: «*Njaa*» Smilet hennes stilner.

17.28 F: «*Litt sånn, tidlig på an?*»

17.30 Stemmen til A blir brått lysere, latteren har stilnet. Løfter brynene og vipper hodet litt fra side til side idet hun svarer med en hverdagslig stemme A: «*Jeg vet ikke, tenker ikke over det*»

Sekvensen finner sted tidlig i kroppsundersøkelsen, og pasientens responser har i liten grad vært reflekterende hittil. Utsagnet «*Jeg tenker ikke over det*» gjentas her for andre gang på to minutter. Før den aktuelle undersøkelsen har fysioterapeuten kun sagt at hun skal kjenne om Anita kan «*slippe*» benet. Anita reagerer spontant med å fnise av noe som skjer, og forklarer at hun bevegde benet sitt før fysioterapeuten tok på henne. Anita ser ned, og ler høyt av at hun bevegde seg for tidlig, i stedet for å «*slippe*». Anita kommuniserer at reaksjonen ikke var viljestyrt ved å si at: «*det var bare en refleks som kom*», når fysioterapeuten spør hva som skjedde. Gjennom formuleringene: «*hva tenkte du om det da?*» og «*kjenner du igjen det (...)?*» forsøker fysioterapeuten å få fram Anitas refleksjoner. Anitas svar er imidlertid intetsigende og ureflektert: «*Jeg vet ikke, jeg tenker ikke over det*», som igjen kan tolkes som en måte å kommunisere at hennes reaksjoner ikke er viljestyrte, og noe som skjer utenfor hennes kontroll.

Det kan virke som Anita på dette tidspunktet i undersøkelsen er litt usikker på hva fysioterapeuten er ute etter. Fnisingen og latteren underveis i situasjonen kan tolkes som et uttrykk for usikkerhet. Innledningen til undersøkelsen er kort, og fysioterapeuten har så vidt sagt hva de skal. Den sparsomme instruksjonen kan tenkes å bidra til at Anita ikke forstår hensikten med undersøkelsen, og at fysioterapeuten faktisk er ute etter hennes refleksjoner. Latteren som smitter fra Anita til fysioterapeuten, og gjør situasjonen litt komisk, kan også tenkes å forhindre fysioterapeutens spørsmål fra å bli tatt på alvor av Anita. Når Anita ikke forstår hva fysioterapeuten er ute etter, forblir de i hver sin virkelighetsforståelse. Gjennom det de *gjør* og det de *sier* i sekvensen, skapes lite sammenhengende felles mening. Modalitetenes samspill kontrasterer med hverandre, de virker i liten grad sammen. Det kroppsspråklige, undersøkelsen, foregår først parallelt med samtalen om den kroppslige reaksjonen til Anita. Samtalen forstyrres slik av at fysioterapeuten fortsetter å bevege på benet, og kommuniserer til dels at det som snakkes om ikke er viktig. På den andre siden blir partenes mulighet til å dvele ved og legge merke til bevegelseskvaliteten forstyrret av samtalen. Selv om den kroppslige reaksjonen altså snakkes om, virker ikke fysioterapeuten og

pasienten å enes om hvordan de skal forstå det, og om det er av betydning. Fysioterapeuten fremmer en forståelse av at reaksjonen til pasienten er meningsfull og har sammenheng med hvordan pasienten er som person. Pasienten fremmer en forståelse av at den kroppslige reaksjonen kommer av seg selv, noe som skjer utenfor hennes kontroll, er automatisk og ikke kan påvirkes.

4.2.2 Møtepunkter

I dette delkapittelet trekker jeg fram sekvenser der noe «fungerer», og det ser ut som om det skapes felles forståelser mellom fysioterapeut og pasient. Utdragene eksemplifiserer hvordan partenes virkelighetsforståelser både utfordres og sammenfaller, og leder til ny meningsskaping, som et resultat av det kroppslige og verbale samspillet.

Utdrag fra video B: «Det gir en følelse?»

Sara sitter på en krakk i forgrunnen av bildet, i profil. Terapeuten sitter på benken i bakgrunnen, skrått vendt mot kameraet. Før sekvensen har Sara og terapeuten jobbet sittende på krakk, med utforskning av bevegelser av bena og hennes sittende vanestilling. Gjennom sekvensen blir de sittende slik, og Sara forklarer og viser hvordan ulike måter å sitte på (rett holdning og krum holdning) vekker ulike følelser i henne. Like før poengterer terapeuten at hun ser at Sara har tendens til å være aktiv i ryggmuskulaturen og tippe bekkenet fram når hun sitter. Sara sier at å sitte sammensunken - hun viser med å krumme ryggen - føles «*oppgitt*». Hun fortsetter:

- 41.10 S: «*Jeg føler meg... bedre, hvis jeg er liksom sånn...*» S løfter hendene til skuldrene og liksom ruller de bakover, mens hun retter opp ryggen. T følger med med blikket, beveger litt på nakken som om hun strekker seg litt. S: «*Litt mer - sprekere! Hvis jeg-*» Viser med å rette seg litt opp i ryggen, og gjør en bestemt bevegelse der hun trekker skuldre og albuer bakover. Plasserer så hendene på skuldrene igjen og liksom drar de overdrevent bakover. Snur hodet og ser på T.
- 41.19 T nikker og smiler svakt: «*Mhm, okey*» S: «*Hvis jeg får liksom løft... åpnet og løftet opp i brystet, og ikke...*» S viser med å lage en overtydelig krum bevegelse i ryggen.
- 41.25 S: «*Det liksom... det går liksom ikke.*» S legger hendene på hoftekammen og vipper bekkenet bak og fram igjen. «*Jeg klarer liksom ikke å isolere de to*» Sara ler høyt.
- 41.31 T løfter hendene til nedre delen av magen sin og vipper litt på bekkenet selv, mens hun kikker smilende bort på S: «*Nei, de henger sammen?*»
- 41.33 S: «*Skjønner du hva jeg sier?*» Sara kaster seg fram med hendene på lårene og ler høyt. T ler litt lavere i bakgrunnen.

- 41.36 T nikker nesten overdrevet, og smiler: «*Jah, mhm*» T løfter hendene mot midten av egen kropp, beveger litt opp/ned i ryggen selv, som S har vist, retter så blikket og ene armen mot S og spør: «*Og det gir en følelse?*» Plasserer fingeren ved nesa og klør seg litt mens hun venter på svar.
- 41.39 S senker toneleiet og tempoet litt: «*Ja, det gir en følelse, sånn, det gir en sånn...*» Slipper seg ned til en litt krum stilling igjen, ser tomt ut i lufta og tenker seg om: «*Jah...*» Rister litt på armene som henger ned i fanget.
- 41.48 T: «*Så når du er der...*» Sara avbryter: «*Slapp og oppgitt, eller noe sånt. Ikke avslappet på en positiv måte*» T avventer, og lytter med hodet litt på skakke. Sara ser bort på T, nikker som for å bekrefte det hun har sagt.

Utdraget beskriver en del av undersøkelsen der samspeillet mellom kroppslig utforskning og samtale skaper et rom for ny meningsskaping. Terapeuten legger til rette for refleksjoner rundt Saras kroppslige vane, gjennom en grundig utforskning av sittende stilling, mens hun foreslår mulige justeringer. Hun ber Sara kjenne etter både hvordan stillingen kjennes umiddelbart, og hvordan hun opplever justeringene av stillingen. I utdraget over har Sara «kjent etter» en stund, noe som kan ha skapt forutsetninger for å beskrive hva som kjennes bra ut for henne. Sara beskriver rikt at å sitte med ryggen rett kjennes bra, og at å slippe aktivering i ryggen, som hun viser med å krumme ryggen overdrevet, føles dårlig («*slapp og oppgitt*»). Sara trekker fram at bekkenets og ryggens stilling henger sammen, og at hun ikke klarer å isolere de to. Derfor blir det enten rett eller krum. Terapeuten knytter Saras utsagn til å handle om hvordan kroppslige uttrykk kan fremkalle følelser, med en spørrende fortolkning av det Sara både har vist med kroppen, og sagt: «*Og det gir en følelse?*». Fortolkningen knytter hennes kroppslige vane til et følelsesuttrykk. Sara selv uttrykker en klar opplevelse av sammenheng mellom hvordan hun ter seg kroppslig og hva hun føler i kroppen.

I sekvensen er det tydelig sammenheng mellom det Sara sier og det hun gjør med kroppen. Beskrivende ord og stemmebruk avløses til tider av Saras kroppsspråklige skildring. De ulike modalitetsuttrykkene spiller slik sammen og forsterker hverandre, og Sara viser et gjenkjennelig kroppsspråklig bilde på hvordan det er å føle seg enten «*slapp og oppgitt*» eller «*bra og sprek*».

Utdrag fra video A: «..en form for reaksjon på kroppen»

I utdraget ligger Anita på ryggen på benken med et teppe som dekker hele kroppen, foruten ansikt og høyre ben. Fysioterapeuten beveger seg opp og ned mellom hode- og fotenden. Hun berører ved Anita mesteparten av tiden. Like før har fysioterapeuten, mens hun holdt benet

hennes, bedt Anita forsøke å gjøre benet sitt tyngre og la seg passivt bevege. Anita sier hun synes er vanskelig, men at hun «prøver» å slappe av.

- 26.37 F tar enda et skritt lengre ned mot fotenden, flytter hånda lengre ned på leggen og stryker over den med tommelen. F: «*Det kjentes ut som du ville hjelpe litt?*» Holder blikket på ansiktet til A. A nikker lett og svarer med litt dyp stemme: «*Ja*». F: «*Ja*»
- 26.42 F står helt på enden av benken, tar tak omkring fotbladet til A med begge hender og masserer den litt. Ser opp på A når hun prater og stopper opp, men holder grepet. A: «*Ja, jeg tenker ikke egentlig over hva jeg gjør egentlig tror jeg, fordi jeg..*» F masserer litt igjen. F: «*Nei?*» A: «*...gjør det automatisk*» F: «*Ja?*»
- 26.46 A fortsetter med litt dypere stemme: «*Det er vel kanskje en form for reaksjon på kroppen...*» F slipper grepet om foten og går nærmere hodeenden, søker blikk-kontakt med A, legger en hånd på/ved skulderen til A.
- 26.50 F: «*På hva tenker du da?*»
- 26.52 A: «*Eh... livssituasjon min, holdt jeg på å si, på en måte. At jeg... har lært at det er sånn, så derfor så gjør jeg det kanskje uten å tenke over hva jeg egentlig gjør i det hele tatt når du..*» F blir stående ved hodeenden. Nikker som svar på det A sier. F: «*Jah?*» A: «*...prøver, sier at jeg skal prøve å slappe av, så... [sier noe lavt og utydelig, muligens «vet ikke»]*»
- 27.07 F løfter hånda og lager en sirkelbevegelse som for å vise at hun vil høre mer. F: «*Du... - med livssituasjonen din, hva tenker du på da?*» Det blir zoomet inn på situasjonen, så man ser mindre av omgivelsene.
- 27.12 A svarer nå med en lys og hverdagslig stemme: «*Nei, jeg har lært meg til å liksom – sånn er jeg, sånn, ferdig med det liksom!*» F: «*Åja?*». A: «*Og sånn er, sånn fungerer jeg!*» A ler litt og magen beveger seg. F nikker litt mens hun lytter, smiler.
- 27.19. F løfter begge hendene og beveger de ifht til hverandre med noen centimeters avstand når hun spør: «*Ja? Så du tenker ikke på at det kan være noe annerledes heller?*»
- 27.20 Med letthet i stemmen A: «*Nei, jeg tenker ikke det!*» A rister litt på hodet når hun svarer.
- 27.22 F: «*Nei*» F ser opp, og smiler mot kameraet, går så kjapt mot fotenden og tar tak i benet til A igjen.

I sekvensen knyttes Anitas kroppslige vaner til hennes tanker og væremåte. Fysioterapeuten etterspør Anitas refleksjoner, og tydeliggjør hva hun er interessert i å høre mer om gjennom å rette seg mot henne med kroppen. Hun beveger seg nærmere hodeenden og søker blikkontakt. Idet Anita begynner å reflektere rundt hvorfor hun hjelper til: «*Det er vel kanskje en form for reaksjon på kroppen...*», kobler altså fysioterapeuten seg på og viser interesse gjennom å bevege seg nærmere henne. Hun følger opp utsagnene og etterspør å få høre mer om det Anita sier. Idet Anita reflekterer gradvis mindre, og på et vis fjerner seg fra og avbryter situasjonen ved å si: «*(...) jeg har lært meg til å liksom – sånn er jeg, sånn, ferdig med det liksom!*» blir også stemmen hennes lysere og mer hverdagslig, og hun begynner å le. En kan tolke ordlyden

til Anita som et uttrykk for at hun ikke vil snakke mer om hvorfor hun gjør som hun gjør. Når fysioterapeuten gjennom flere oppfølgingsspørsmål ikke oppnår ytterligere refleksjon, trekker hun seg tilbake til fotenden og signaliserer at det pasienten da sier tillegges mindre viktighet, og at de skal videre i undersøkelsen.

Fysioterapeutens spørsmålsstilling og oppfølging av Anitas utsagn ser her ut til å lede til ytterligere selvrefleksjon. Anitas toneleie er for det meste lyst og hverdagslig, men blir i denne sekvensen dypere. Anitas stemmebruk går så fra å være dyp til lys og hverdagslig, og tempoet fra nølende til jevnt. Endringen i stemme og tempo sammenfaller i denne sekvensen med vekslingen fra en fokusert refleksjon rundt sine vaner, til mer erfaringsfjerne eller generelle utsagn. Når stemmen er dyp og mer alvorlig tillegges utsagnene tilsynelatende mer viktighet av terapeuten. I det refleksjonen ebber ut blir stemmebruken til Anita mer lys og hverdagslig. Det oppstår tilsynelatende nye innsikter om sammenhengen mellom det Anita gjør og hvordan livssituasjonen hennes er, i løpet av sekvensen. Meningsinnholdet i hennes utsagn går imidlertid fra å være reflekterende og utforskende, til mer generelt og statisk idet hun kjapt runder av med å si at hun ikke har tenkt på at ting kan være annerledes. Det multimodale samvirket oppfattes her som sammenhengende, og det er tydelig at modalitetene forsterker hverandre. Stemmebruken til Anita forsterker meningsinnholdet i hennes utsagn. Fysioterapeutens bevegelser og kroppslige rettet-het mot Anita, forsterker og tydeliggjør hennes interesseområder, det hun spør om å få vite mer om. Fysioterapeutens kroppsspråk ser slik ut til å fremme Anitas deltakelse.

Utdrag fra video B: «Å være frempå»

I utdraget står Sara og terapeuten ovenfor hverandre med omtrent to meters avstand. Sara står skrått vendt bort fra kameraet. Terapeuten står rett ovenfor henne, omtrent to meter unna, innerst i rommet. De utforsker stående stilling og plasseringen av vekta på fotbladet. Sara sier hun merker at hun står med litt svai i ryggen, knærne litt «låst» i strekk og vekta frampå foten. Terapeuten foreslår at hun forsøker å flytte vekta litt bak på foten, Sara sier at hun da må stramme lårene, og at magen blir aktiv. Terapeuten spør om det å ha vekta frampå foten er vanen til Sara, noe hun bekrefter. Etter å ha observert Sara i stillhet noen sekunder sier terapeuten:

48.49 T: «*Frempå!*» T slipper hendene fram foran seg og lener vekta litt overdrevent fram, ser på S. Lener vekta litt bak på foten, før hun lener seg fram igjen, og gestikulerer med hendene som

for å forklare. T: «*Å være frempå! Det er jo et begrep også*» T tar et skritt til siden, og beveger på hendene foran seg, ler litt og smiler mot S. S: «*Jo!*» S nikker svakt og ler hun også.

- 48.57 T: «*Tror du det er noe der?*» Ts stemme er lett og spørrende. Hun viser med ene hånda mot S idet hun spør, samler så hendene sine tett foran kroppen et sekund.
- 49.00 S: «*Det kan...*» T avbryter: «*I måten å være på, eller...?*» Slipper hendene ut og lager en halvsirkel på hver side, løfter skuldrene litt som for å vise at hun ikke vet svaret. Hun setter så hendene i midjen og legger hodet litt på skakke idet hun venter svar.
- 49.03 S svarer med litt lavere og dypere stemme: «*Det kan godt hende!*» T: «*Det kan godt hende*» T nikker, overfører vekta litt sideveis mellom føttene, og legger hodet enda mer til siden mens S fortsetter. S: «*Jah*» S ser ned i gulvet og liksom kjenner etter ved å vippe seg litt fram og bak på foten.
- 49.05 T svarer mens hun nikker: «*Ja, okey*». T blir stående med hendene i siden og smiler helt svakt mens hun lytter.
- 49.08 S mumler litt: «*Jeg er veldig sånn...*» hun hever øyenbrynene, sukker, trekker pusten dypt og ser ned og litt til siden. «*...tar tak i ting, og...*» Ser opp på T og så litt skrått ned foran seg, vipper fortsatt vekta fram og tilbake.
- 49.17 S fortsetter lavt og litt utydelig: «*... begynner å tenke og ordne og styre og koordinere på vegne av andre, selv når jeg ikke, når ikke det er en del av jobben min.*» Sara ler og T bekrefter at hun lytter «*Mhm*».

Gjennom å fortolke Saras kroppslige væremåte i lys av beskrivelsen «*frempå*» utforsker terapeuten om hennes kroppslige vanemønster kan knyttes til hvordan hun er som person. Det som leder opp til meningsutvekslingen er av betydning. Gjennom den foregående utforskningen har terapeuten bedt Sara legge merke til hvordan hun står. De har sammen kommet fram til at å ha vekta «*frempå*» foten er vanen hennes. Det ser ut til å ha bygget opp Saras bevissthet rundt eget vanemønster, og legger grunnlaget for terapeutens videre fortolkning. Det virker som terapeuten forsøker å hjelpe Sara til å se etter sammenhenger mellom det kroppslige og hennes væremåte. Terapeuten tar styring gjennom å sette dette i sammenheng. Hun framstår samtidig svært åpen for at hun kan ta feil, gjennom å moderere den spørrende fortolkningen med latter og å løfte på skuldrene, som for å si at hun ikke vet svaret. Volumet og toneleiet på stemmen til Sara senkes, og hun nøler og mumler mer idet hun svarer. Sara er klar på at hun kjenner seg igjen i terapeutens fortolkning, og utbroderer ved å knytte en kobling mellom sin kroppslige væremåte og hvordan hun er som person. Sara kobler dette videre til hvordan hun handler i jobbsammenheng. Fortolkningsprosessen ser ut til å gi Sara ny innsikt om sammenhenger

Det multimodale samvirket er imidlertid til dels motsetningsfylt. Den kroppslige avstanden mellom de to, oppfattes som en kontrast til den tilsynelatende personlige

meningsutvekslingen. De utforsker stillingen «fra hver sin kant» av rommet, og terapeuten støtter seg først og fremst på hva Sara sier at hun kjenner og gjør, og hva hun ser utenfra. Saras utvidede refleksjoner og hennes stemmebruk, signaliserer at terapeutens fortolkning er gjenkjennbar. Terapeutens spørrende fortolkning virker altså samlende, kanskje fordi den er velbegrunnet og treffende. Samtidig får terapeutens fortolkning av hvordan ting henger sammen, selv om den er spørrende, definere hva som gjelder, og Sara godtar det.

4.2.3 Kroppssyn

De to opptakene er rik på ulike uttrykk for forståelser av kroppen i verden, som betegner ulike kunnskaps- og virkelighetsforståelser. Kroppssynet de ulike deltakerne formidler, representeres gjennom både enkeltmodaliteter og multimodalt samvirke, noe jeg vil beskrive og eksemplifisere i det følgende.

I video A sammenfaller **Anitas** kroppsspråk og hennes språklige framstilling. Slik jeg oppfatter det tegner hun et sammenhengende bilde av hvordan hun forstår kroppen. Når Anita skal forklare seg retter hun seg mot kroppen sin utenfra og som objekt, gjennom å peke på eller vise fram kroppsdelene. Samtidig som hun viser fram kroppsområdene hun har smerter i, understreker hun med ord hvilke deler av kroppen hun mener. Anita beskriver i begrenset grad sin funksjon erfaringsnært – altså retter hun seg relativt lite mot konkrete kroppslige erfaringer og opplevelser. Hun trekker fram smerten sin mange ganger i opptaket, men beskrivelsene av smerten handler ofte om lokalisasjon. Hun uttrykker et ambivalent forhold til at smerten, som hun har hatt store deler av livet, ikke er synlig: «*Vanligvis kan ingen se smertene utenpå meg (...). Jeg har lært meg å skjule den såpass godt*» og «*Det har vært viktig for meg (...) ikke å vise meg syk utad*». Samtidig sier hun at det kan ha vært dumt, og at hun noen ganger kanskje skulle vist smerten fordi: «*Jeg er jo syk selv om jeg ikke ser syk ut*».

Anita uttrykker tydelig sammenheng mellom sin funksjon og ulike ytre påvirkninger hun har blitt utsatt for. En bilulykke påførte «*et traume*» og «*en skade i ryggen*». Når fysioterapeuten bemerker et litt flatt parti i ryggen til Anita idet hun bøyer seg fram, sier hun at det nok er i «*den virvelen*» skaden sitter. Anita forklarer at hun kan risikere akutt vondt og at benet svikter: «*Hvis jeg sitter på vanlige stoler, så kan det risikere å hende*». Ulike medisinske funn og inngrep som er gjort trekkes også fram i sammenheng med hvordan hun fungerer. Anita forklarer for eksempel at balansen ikke er helt god og at hun kan være litt svimmel, hun

fortsetter: «... jeg har jo operert øret, så det har kanskje noe med det å gjøre». Hun fremmer slik en forståelse av et årsak-virkningsforhold mellom hendelser og plager. Anita beskriver kroppslige reaksjoner, eller bevegelser hun gjør spontant, som noe mekanisk, utenfor hennes kontroll, adskilt fra seg selv: «Overkroppen måtte stilles litt forover» (ikke: «Jeg måtte lene meg litt framover»). Hun stiller seg selv og kroppen sin til disposisjon for undersøkelsen. Å kle av seg til undertøy framstår som en selvfølgelighet for henne selv om hun blir filmet, og hun tillegger egen reflekterende medvirkning, og sine reaksjoner lite viktighet under kroppsundersøkelsen. Når fysioterapeuten spør om noe hun gjorde var vondt, basert på Anitas ansiktsuttrykk, sier Anita «Nei, bare ta! Det gjør ingenting!».

Fysioterapeuten i video A, er i stor grad opptatt av hva Anita kjenner og opplever i selve situasjonen: «Er det noe spesielt du legger merke til?» og «Hva kjenner du at du gjør nå?». Hun tillegger Anita subjektstatus gjennom å underbygge viktigheten av hennes refleksjoner og erfaringer. Der Anita forsøker å årsaks-forklare tilstanden sin: «Jeg vet ikke om det har noe med at jeg har blitt så stiv etter hvert (...)», bygger fysioterapeuten opp under Anitas subjektstatus: «Det er sånn det kjønes?». Samtidig bruker fysioterapeuten tid på å spørre om Anitas fungering på en rekke ulike områder, blant annet lunger og pust, fordøyelse og menstruasjon. Det representerer en interesse for å vite noe om «hele» Anitas fungering, og ikke kun de delene hun selv har trukket fram. På samme måte er undersøkelsen fysioterapeuten gjennomfører, som er en helkroppsundersøkelse, et uttrykk for hennes interesse for kroppslig helhet framfor deler. Fysioterapeuten utfordrer Anita til å forstå kroppen som dynamisk og omstillbar når hun spør: «Så du tenker ikke at det kan være noe annerledes?». Under undersøkelsen er fysioterapeutens årvåkenhet ovenfor Anitas små og store reaksjoner et klart signal om at også det som ikke sies med ord, kommuniserer noe viktig. Hun fanger opp bevegelsesintensjoner, og tillegger de mening. Idet fysioterapeuten spør Anita: «Kan du slippe deg enda lenger fram nå?» beveger Anita overkroppen litt opp, hun gjør det motsatte. Fysioterapeuten fanger det opp, og spør: «Eller vil du helst opp?». Fysioterapeuten tillegger altså kroppslige uttrykk betydning og spør hva de betyr; en liten grimase, en bevegelsesintensjon, en liten latter. Fysioterapeuten forklarer at måter å være på gjerne henger sammen med erfaringer: «Jeg tror alltid folk har gode grunner til det de gjør».

En del spørsmål under undersøkelsen fremmer en kroppsforståelse som antyder en sammenheng mellom belastning og smerte. Fysioterapeuten spør for eksempel om Anita har små barn, noe hun avkrefter, og fysioterapeuten fortsetter: «det er ikke (...) sånn at du må

bære og løfte (...) dem lenger?». I timens avsluttende samtale knytter fysioterapeuten Anitas plager til høy grad av kroppslig beredskap som igjen kan føre til stor muskulær belastning. Fysioterapeutens uttrykksmåte tegner omrisset av et annet syn på kroppen enn Anitas. Kroppssynet som trer frem oppfattes flerdimensjonalt, med et samtidig fokus på Anitas opplevelser og erfaring, og på grad av kroppslig belastning.

Sara, pasienten i video B, beskriver plagene sine med en erfaringsnær ordlyd: «*en dirrende nervøsitet og svimmelhet*». Ordene hun bruker for å beskrive sine plager retter seg mot det hun *kjenner* og erfarer, noe som underbygger en forståelse av at dette har betydning i denne situasjonen. Hun tillegger seg selv subjektstatus. Det hun sier forsterkes i stor grad av gester og kroppsspråk. Hun retter seg lite mot bestemte kroppsdelene, men understreker og tydeliggjør med kroppsspråket hvordan hun opplever situasjonen sin. Sara demonstrerer for eksempel følelsen av at det ble «*litt mye!*» ved å gestikulere med armene i store rykkete bevegelser før hun liksom «*faller*» bak inntil stolryggen. Innimellom bruker hun imidlertid en ordbruk som avpersonifiserer kroppen, gir den mekaniske egenskaper og skiller den fra selvet: «*Det er lettere sagt enn gjort, å deaktivere bena*» (ikke: «*Jeg klarer ikke så slippe aktiveringen i bena*»).

Hun forklarer at hun tror plagene kan relateres til en utfordrende jobbsituasjon, og at ting der må forandres, og det oppfattes slik at hun også knytter plagene sine til den jobbmessige belastningen. Samtidig sier hun at det er et trekk ved henne selv som fører til denne overbelastningen, fordi hun tar på seg mer enn hun må, hun begynner å: «*(...) koordinere på vegne av andre, selv (...) når ikke det er en del av jobben*». Hun tar selv mye av ansvaret for situasjonen hun nå står i. Sist gang hun hadde lignende plager fikk hun til slutt beskjed fra en lege om at: «*Symptomene er reelle, men det er ingen fysisk grunn*». Sara forklarer at det fikk henne til å slappe av med situasjonen, hun uroet seg ikke lengre for å være alvorlig syk, og etter en periode med hvile, ble hun gradvis bedre. Sara oppfattes interessert i å bruke ekspertkompetansen terapeuten besitter, og under timens avrundende samtale uttrykker hun at hun gjerne kunne tenkt seg en mer konkret handlingsplan, en «*oppskrift*». Ønsket om å få vite hvilke konkrete ting hun skal prøve å gjøre underbygger Saras opptatthet av **handling**, og at hun må gjøre noe for å bli bra, her som en kontrast til å vente eller hvile.

Terapeuten i video B retter seg også mot Saras erfaring, og hva hun kjenner både utenfor og i situasjonen; «*Her og nå, hvordan kjennes det (...)?*». Gjennomgående knytter ordbruken

hennes seg til de opplevelsene Sara har med sine plager, og erfaringene hun har med å håndtere de. Terapeuten spør også om Sara selv kan forstå hvorfor ting er som de er. Det tydeliggjør at terapeuten oppfatter Saras egne forståelser av situasjonen som vesentlig, hun tillegger henne subjektstatus og fremmer hennes medvirkning. Hun roser Sara når hun reflekterer over sammenhenger mellom sine plager og livssituasjonen hennes: «*Jeg hører jo at du plasserer ting (...) Du jo har reflektert!*». Hun skisserer enkelte fortolkninger som baserer seg på forståelser av at kroppslige uttrykk henger sammen med livssituasjon og væremåter. På samme tid kommuniserer kroppsspråket hennes en litt annen holdning. Når fysioterapeuten observerer Sara utenfra, noe hun gjør i relativt stor grad, blir det hun *ser* at Sara gjør tillagt viktighet. Saras kropp blir på den måten et objekt for undersøkelse og vurdering, selv om det i situasjonen også knyttes til hva hun kjenner og opplever. Også når terapeuten demonstrerer bevegelsene de skal gjøre antyder hun et kroppslig bevegelses-ideal, som eksperten.

5 Diskusjon

Diskusjonsdelen har til hensikt å trekke linjer mellom de teoretiske og kontekstuelle bakteppet og resultatene som trer fram i datamaterialet mitt. Først kommer en redegjørelse for diskursene jeg har identifisert i datamaterialet, og hvilke subjektposisjoner som fremmes gjennom dem. Videre vil jeg diskutere hvordan diskursene er i spill og virker sammen i konkrete situasjoner fra resultatkapittelet, samt hvordan det gjennom diskursene fremmes muligheter for nye virkelighetsforståelser, subjektposisjoner og felles forståelser.

En redegjørelse for arbeidet med å identifisere diskurser er presentert i metodekapittelet. I det følgende vil jeg argumentere for mine avgrensninger. Jeg vil redegjøre for hvordan de identifiserte diskursene representeres i datamaterialet og hvordan de knytter seg til den teoretiske og kulturelle konteksten. Diskursene benyttes utover i diskusjonen som et fortolkningsverktøy, med hensikt å få et innblikk i hvilke virkelighetsforståelser og hvilken kunnskap som legger grunnlaget for det som foregår i praksissituasjonene.

5.1 Den biomedisinske diskursen

Den biomedisinske diskursen trer tydelig fram i datamaterialet. Den gjør seg gjeldende i begge opptakene, men særlig i video A. Her fremmer pasienten en kroppsforståelse som knytter seg til det målbare, med ensidige og erfaringsfjerne årsaksforklaringer nært tilknyttet diagnostiske kategorier. Etter mye kontakt med helsevesenet forholder Anita seg til en ensidig forståelse av helse som fravær av sykdom, og gjør seg til objekt for medisins definisjonsmakt. I video B, forholder Sara seg til tider til en dualistisk kroppsforståelse ved å beskrive kroppen som avpersonifisert og mekanisk, og ved å akseptere et skille mellom den fysiske og psykiske kroppen.

Den biomedisinske diskursen har sterkt fotfeste i medisinen og helsevesenet slik vi kjenner det. Kunnskapsgrunnlaget springer ut fra naturvitenskapen, og en reduksjonistisk dualistisk tankegang (Thornquist, 2018, s. 25; Gretland, 2007, s. 17). Den biomedisinske diskursen representeres ved at biologien og det fysiske målbare tillegges viktighet. I en undersøkelsessituasjon er det gjerne det målbare som betegnes som objektiv kunnskap, som videre får bestemme og styre handlinger. Diskursen knytter seg til et gjeldende kunnskapshierarki, der målbar kunnskap rangeres høyere enn subjektiv kunnskap (Thornquist,

2009, s. 91). I den biomedisinske diskursen oppfattes sykdom som et påvisbart avvik fra en definert normaltilstand. Sara forholder seg til denne forståelsen ved å slå seg til ro med legens vurdering om at det ikke var noe *fysisk* galt med henne, til tross for at hun kjente seg dårlig. Ved å vektlegge sine «objektive» avvik, kategorisert i diagnoser gjennom tidligere kontakt med helsevesenet, forholder Anita i video B seg til kroppen som et biologisk fenomen, og fremmer en forståelse av at hennes plager eksisterer utenfor henne selv. Den biomedisinske tradisjonen objektiverer kroppen gjennom å forstå den som et ensidig biologisk uttrykk, uten å knytte linjer til den sosiale og kulturelle virkeligheten den eksisterer i (Gretland, 2007, s. 17-18). Ved å basere seg på den biomedisinske tradisjonen, kan diskursen virke både normaliserende og normativ. Kategorisering av avvik gjennom diagnoser innebærer tydelige skillelinjer mellom hva som er ønskelig og uønsket. Dette forsterkes av at det er diskursens eksperter som får definerer hva som «gjelder», hvilke plager en skal eller kan ha. Gjennom medisinsk testing og prøvetaking kontrolleres og kategoriseres kroppslige og biologiske uttrykk. Det som faller utenfor en biomedisinsk definisjon på normalvariasjon stemples gjerne som avvikende, og behandlingstrengende. Plager som ikke passer inn i biomedisinens diagnostiske rammeverk, som mangler objektive eller biologiske markører, kan imidlertid risikere å falle utenfor helsevesenets virkeområde (Thornquist, 2009, s. 54).

Gjennom diskursen vokser det fram ulike subjektposisjoner, som gjør seg gjeldene i datamaterialet. Pasienten Anita stiller kroppen sin til disposisjon for undersøkelse og ekspertvurdering av fysioterapeuten. Fysioterapeutens subjektposisjon i diskursen er som **ekspert** med helse og bevegelse som sitt fagområde, mens pasienten gjøres til et **kroppslig objekt** for undersøkelse og eksaminasjon, og fraskrives i stor grad ansvar og medvirkning. Inntakelse av objekt-status gjør pasientens subjektive erfaringer lite tilgjengelig, samtidig som fysioterapeutens ekspertstatus fremmer makt.

5.2 Den individorienterte diskursen

Den individorienterte diskursen trer fram i flere deler av datamaterialet, og viser seg særlig i video B. Her løftes det fram et syn på kropp og helse som et individuelt ansvar og forbedringsprosjekt. Pasienten, Sara, framstår ansvarsbevisst. Hun har tatt og ønsker å ta videre grep for å forbedre sin egen situasjon, som hun i tillegg antyder at hun har bidratt til å havne i selv. Gjennom å gi seg selv subjektstatus tillegger hun også egne bidrag viktighet. Ved at hun faller til ro med at det ikke er noe «*fysisk*» galt med henne, fremtrer hennes

individuelle ansvar. Hun interesserer seg for handling og vil vite hva hun selv bør gjøre for å bli bedre. Terapeuten underbygger også at hovedansvaret for framgang, for å stake ut veien videre, hviler hos pasienten.

Den individorienterte diskursen knytter seg til gjeldende samfunnsmessige helsetrender. Den henger tett sammen med forståelser om at god helse er fravær av lidelse, samtidig som det fordrer egeninnsats for å minimere risiko og usikkerhet (Thornquist, 2009). Den enkelte gis ansvar for å ta helsemessig gode valg, eller oppsøke hjelp der det trengs, for å ivareta eller forbedre helsen (Thornquist & Kirkengen, 2020). Dette representeres gjennom Saras ansvarstaking, og vilje til å ta grep for å bedre egen helsesituasjon. Samtidig underbygger hennes utsagn at god helse for henne innebærer å være sprek og velfungerende. Helse forstås altså også som sunnhet og sprekhet, et område med nærmest uendelige muligheter for forbedring (Higgs, 2012). Kroppen kan forbedres eller omformes til å innfri de estetiske idealer eller krav til funksjonsnivå som gjelder i samtiden (Skårderud & Isdahl, 1998, s. 119; Thornquist, 2009). I den individorienterte diskursen trer kroppen fram som en formbar størrelse, som noe som lar seg kontrollere eller modellere, og slik gjøres til et objekt for identitetsbygging. Slik antydes en dualistisk forståelse av kroppen også i den individorienterte diskursen. Baumann¹⁶ beskriver at konsumentrollen trer frem i samtiden, med et marked som både forsterker usikkerheter i individet og blir en tilbyder av løsninger på usikkerheten (Higgs, 2012). Dette knytter seg til resultatene ved at terapeuten framstår som en tilbyder av en tjeneste Sara kan velge å benytte. Hun gis imidlertid selv ansvaret for å ta beslutninger om veien videre, og finne ut hva som er best for henne. Satt på spissen kan framveksten av konsumentrollen innebære, at hver enkelt kan «kjøpe» seg fra dårlig helse, usikkerhet eller risiko. Dette uttrykker seg i video A, der Anita betegner helsehjelp som tjenester hun benytter seg av for å ta bort plager. Hun antyder at mer forbruk av helsetjenester kan fjerne mer av hennes ubehag og føre til bedre helse. Slik fremmes en forståelse av at økt konsum av helsetjenester skal kunne gi bedre helse.

Diskursen trer altså fram i en samtid der pasientrollen blir mer lik en kunde som kjøper helsehjelp. Dette tegner omrisset av subjektposisjonene som tilbys i den individorienterte diskursen. Pasienten blir en **konsument** som, i jakten på helse og sunnhet, oppsøker en

¹⁶ Higgs (2012, s. 24) referer til Baumann, Z. (1995) *Life in Fragments*. London: Basil Blackwell

helsetjeneste terapeuten er **produsent** av. Pasienten som konsument tar en aktiv rolle og tillegger seg selv ansvar, mens fysioterapeuten posisjoneres på sidelinjen, som tilbyder av noe pasienten kan velge å benytte eller velge bort.

5.3 Den psykomotoriske diskursen

Gjennom praksissituasjonene framtrer kunnskap og fortolkningsmåter som er alternative til, og grunnleggende annerledes enn den veletablerte biomedisinske forståelsen. Fortolkningene knytter seg til den psykomotoriske fagtradisjonens kunnskapsgrunnlag, og former det jeg har valgt å kalle for den psykomotoriske diskursen. Diskursen er ikke like etablert, entydig eller utbredt som de andre diskursene, men representeres gjennomgående i datamaterialet – først og fremst gjennom fysioterapeutenes opptreden, oppmerksomhetsområder og handlinger. Fysioterapeutene fremmer gjennomgående en forståelse av at pasientenes kroppslige væremåter henger sammen med deres øvrige liv, med hvordan de opptrer i hverdagslivet. På samme tid underbygger de pasientenes subjektstatus, ved å tillegge pasientenes deltakelse og meninger betydning.

Psykomotorisk behandling som tradisjon står som en kontrast til medisinsk reduksjonisme og biomedisinsk tradisjon (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 12). Den psykomotoriske diskursen trer altså fram som et alternativ til den biomedisinske diskursen som knytter seg til den biomedisinske tradisjon. Diskursen tillegger pasienten subjektstatus, der den biomedisinske diskursen ensidig objektiviserer. I tråd med Gretlands (2007, s. 87) beskrivelse forstås kroppen som meningsbærende, preget av sosial og kulturell kontekst, samtidig som den oppfattes som en biologisk organisme. I den psykomotoriske diskursen gjøres subjektets kunnskap og erfaringer til viktige informasjonskilder i fortolkning av helseproblemer. Dette framkommer i empirien gjennom at fysioterapeutene gjennomgående spør etter pasientenes erfaringer og slik forsøker å trekke pasienten inn som en aktiv og kompetent deltaker. Kroppslige bevegelsesvaner fremmes i datamaterialet som uttrykk for væremåter som er formet gjennom sosialt liv og relasjoner, og «hele» kroppen tillegges interesse i undersøkelsen. Fysioterapeutene i datamaterialet knytter seg lite til sykdomskategorier, og fremmer en forståelse av helse som en opplevelse i individet. I empirien fremmes det enkelte kvalitative idealer, for eksempel gjennom at fysioterapeutenes er ute etter at pasientene skal kunne ha en avslappet muskulatur og kjenne hva de gjør – i tråd med kvalitetene som vektlegges innenfor den psykomotoriske behandlingstradisjonen (jf. Thornquist & Bunkan, 1995).

Fysioterapeutenes forsøk på å *utvide* normalitetsbegrepet trer imidlertid tydelig fram, gjennom å underbygge at sykdom og plager er en del av normalvariasjonen. Ved at fysioterapeutene retter seg mot det erfarte og kvalitative skapes større muligheter for individuell variasjon i forståelse av fungering og normalitet. Samtiden preges av at mange lidelser ikke finner fotfeste i medisinsens rammeverk (Svenaas, 2005, s. 26). Den psykomotoriske diskursen, trer altså fram som et kontrasterende motsvar til den biomedisinske diskursen som preger helsevesenet. Diskursen tilbyr utvidede begreper om normalitet, og en utvidet forståelse av kroppen.

Den psykomotoriske diskursens subjektposisjoner viser seg gjennom den psykomotoriske praksisen. Både pasienten og fysioterapeuten tilbys en subjektposisjon som et meningsbærende kroppslige **subjekt og objekt** – de forstås som både erfarende sosialt vesen og fysisk kropp. Fysioterapeutens subjektposisjon står slik i sterk kontrast til den biomedisinske diskursens ekspert-posisjon. Fysioterapeuten og pasienten blir mer likeverdige samhandlingspartnere, og gjennom dette gis pasienten deltakelsesmuligheter og ansvar.

5.4 Undersøkelse som eksaminasjon

Foucaults (1977, s. 164) eksaminasjonsbegrep kan brukes til å løfte fram maktstrukturene som eksisterer i en undersøkelsessituasjon. Eksaminasjonen knytter ifølge Foucault kunnskap til makt. I opptakene ser vi pasienter som søker hjelp hos en med mer kunnskap på feltet, og situasjonene har slik en innebygget maktstruktur. I eksaminasjonen er det alltid noe eller noen som gjøres til objekt for undersøkelse (Foucault, 1977). Pasienten som møter en profesjonell er parten med minst makt, relasjonen de imellom er asymmetrisk (Thornquist, 2009, s. 30). Helt overordnet, er altså det eksaminasjonspregede ved undersøkelsessituasjonene uunngåelig, en undersøkelse er på mange måter en form for eksaminering. En kan i tillegg si at alle deltakerne i studien er utsatt for eksaminasjon. I kraft av å bli filmet og studert gjøres de til objekter for min undersøkelse.

I video A trer pasienten inn i den biomedisinske diskursens subjektposisjonen ved å gjøre seg til et objekt for undersøkelse, som en forsøkskanin i en undervisningssituasjon. Med Foucaults (1977) ord gjøres hun til en kasus for eksaminasjon. Det institusjonelle preget over de praktiske og materielle rammene innebærer at eksaminasjonspreget forsterkes. Som en kontrast til dette, gir fysioterapeuten pasienten subjektstatus ved å tilby henne mulighet for

deltakelse og medvirkning. Hun involverer pasienten i det de gjør og etterspør stadig hennes opplevelser og responser. Slik fremmer fysioterapeuten et viktig premiss for psykomotorisk praksis, pasienten forstås som samtidig subjekt og objekt. Hun motsetter seg samtidig subjektposisjonen som ekspert, som tilbys gjennom den biomedisinske diskursen. I video B er pasienten en deltaker i en vanlig praksis, sett bort fra at undersøkelsen blir filmet.

Eksaminasjonspreget som er innebygget i undersøkelsessituasjonen dempes av rommets personlige utforming og fravær av uniform. Det skapes en atmosfære som kan tenkes å vekke tillit eller virke trygghetsskapende, noe som kanskje legger til rette for en mer personlig og likeverdig samhandling. Dette kan tolkes som et forsøk på å balansere ut makt i en situasjon med innebyggede maktstrukturer. Samtidig står terapeuten ofte litt på avstand til pasienten, kanskje større avstand enn forventet i en fysioterapisituasjon. Avstandtaking kan underbygge statusforskjeller, å ta avstand kan kommunisere inntakelse av en maktposisjon (Thornquist, 2009). Måten terapeuten til tider inntar en posisjon som observatør, samtidig som hun plasserer seg litt på avstand, oppfattes å kunne forsterke eksaminasjonspreget og kanskje antyde inntakelse av en subjektposisjon som ekspert. Avstandtakingen kan slik tenkes å fremme asymmetrien ved relasjonen og pasientens objekt-status. På samme tid kan avstanden tolkes som et uttrykk for etterdønninger av en tid med sterke innstramminger i samfunnet knyttet til koronapandemien som brøt ut i 2020. Det å holde kroppslig avstand kan også oppfattes som et uttrykk for respekt for pasienten, ved at hun ikke kommer for nær pasientens private sfære, eller trækker over grenser. Situasjonen som helhet bærer generelt lite preg av profesjonell maktbruk. Pasientens medvirkning og bidrag tillegges viktighet gjennom terapeutens konsekvente fokus på hennes opplevelser og refleksjoner.

Begge fysioterapeutene bruker tepper over pasientene når de ligger på benken. Thornquist (2009) beskriver betydningen kroppsstillinger og grad av kroppslig nærhet har for samarbeidsklimaet. En liggende pasient kan føle seg forsvarsløs (Thornquist, 2009, s. 221). Både en liggende kroppsstilling, og å bli berørt av den med mest situasjonsbetinget autoritet, kan tolkes som et uttrykk for at pasientene fratras ytterligere makt. Det ligger imidlertid i *situasjonsdefinisjonen* (Goffman, 1974), tydelige forventninger til hva som er akseptabelt og uakseptabelt med henhold til berøring. At pasienten blir berørt av fysioterapeuten er på mange måter forventet i en fysioterapisituasjon, mens det motsatte, at pasienten tar initiativ til å berøre fysioterapeuten, kunne blitt oppfattet som uhørt og normbrytende. Bruk av tepper kan derfor tolkes som gjennomtenkte tiltak for å moderere situasjonenes eksaminasjonspreg og dempe asymmetrien mellom partene. Det kan virke som en avgrensning av fysioterapeutens

interesseområde, og gjøre situasjonen forutsigbar, ved at berøring som regel skjer sted der teppet er trukket til siden. Teppet kan også fungere som et beskyttende lag mellom fysioterapeutens hånd og pasientens kropp. Valget om teppebruk innebærer at pasientens kropp beskyttes fra å bli et objekt for beskuelse av et eksaminerende blikk, slik Foucault (1977) beskriver det. Teppet er en form for representasjon av den psykomotoriske diskursens forståelse av kroppen som meningsbærende og sosial. Det formidler at kroppen, også i denne situasjonen bærer mening og erfarer. Teppet ivaretar pasientens private sfære og integritet, som en kontrast til at hele kroppen stilles til disposisjon for det profesjonelle blikk.

5.5 Normalitet, avvik og idealer

Eksaminasjon og undersøkelse innebærer noe normativt, ved at noe vurderes av en ekspert på feltet. Foucault (1977, s. 162) beskriver at eksaminering fremmer et normaliserende blikk. Samtidig med en vurdering av det normale trer også avvikene fram gjennom diskursenes idealer og normalitetsbegrep.

Den biomedisinske diskursen har tilsynelatende klare avgrensinger av hva som er normalt og avvikende ved at den knytter seg nært medisinske sykdomskategorier. Anita, i video A, forholder seg til disse kategoriene. Hennes forståelse av normalt og avvikende representerer den biomedisinske diskursen hun posisjonerer seg i. Anita eksemplifiserer avvikene gjennom å trekke fram medisinske funn og diagnoser, og betegner de som behandlingstrengende. Hun forteller at hun gjerne skulle hatt enda mer fysioterapibehandling. Hun tillegger slik fysioterapeutene hun går til en ekspertposisjon, og antyder at behandlingen kan «ta» bort plagene (avvikene) hennes. Anitas forståelse av avvik kan knyttes til Albums (1996) beskrivelse av **sykdom som et utvendig objekt**, noe en er rammet av. Gjennom sitt erfaringsfjerne språk, og forståelse av kroppen som objekt som kan repareres og fikses, synes Anita å ha integrert den biomedisinske forståelsen av sykdom. Ved å bli værende i den biomedisinske diskursens subjektposisjon forblir avviket noe «utenfor» Anita som person, som hun således ikke selv er ansvarlig for å gjøre noe med. I stedet tillegges ansvaret for å «normalisere» hennes kropp til helsepersonellet hun oppsøker. Det er nærliggende å tolke det som at noe står på spill, dersom hun forlater subjektposisjon hun har inntatt i den biomedisinske diskursen. Inntakelse av andre subjektposisjoner, som tillegger henne ansvar og muligheter for å påvirke sin situasjon, kan tenkes å svekke fordelene («sykdomsgevinsten» jf. Svenaus, 2005) ved sykdomsidentiteten hennes. «Sykdomsgevinsten» kan tenkes å knytte

seg til hennes status som uføretrygdet. Det synes også som at hun forsøker å fremme sin status som syk og med manglende ressurser, ved å betegne smertens usynlighet som en ulempe. Ved å understreke sitt behov for hjelpemidler synliggjør hun problemene sine og fremmer sykdomsidentiteten, som kanskje innebærer at det stilles færre krav til henne.

I den individorienterte diskursen er normalitet knyttet til god funksjon og evner. Slik Sara beskriver seg selv synes det å ligge høye forventninger til hva som er normalt for henne. Det synes å ligge en forventning i henne om at hun skal være på «*topp*» ved at hun for eksempel burde tåle mer enn én times skitur. Dette kan sammenfalle med Lians (2012) beskrivelse forventningspresset mange utsettes for, og utsetter seg selv for i dagens medikaliserte samfunn; «*kroppen skal være sprek, velfungerende, ungdommelig, slank og vel trent, sinnet skal være lyst og lykkelig*» (Lian, 2012, s. 48). Saras forståelse av avvik kan knytte seg til Albums (1996) sykdomskategori: **sykdom som hinder for alminnelig liv**, ved at hun trekker fram hva hun er forhindret fra å mestre som et resultat av sine plager. Det er et relativt spørsmål hva som synes å være alminnelig liv. At Sara stiller tilsynelatende høye krav til det alminnelige, kan tolkes som et uttrykk for hennes posisjonering innenfor en individorientert diskurs, som er preget av en samtid der selvrealisering, mestring og lykke forventes å være en del av det helt hverdagslige. Det kan også knytte seg til en kultur der kroppens grenser og kapasiteter stadig tøyles (Nichols & Gibson, 2010; Thornquist, 2009). Det som er alminnelig i dag er ikke det det en gang var. Å ikke mestre noe, blir et stadig fjernere alternativ. Å ha kontroll over seg selv og det usikre trer fram som et ideal i den individorienterte diskursen. Selvkontroll er således innebygget i diskursens premiss, der god helse er et individuelt ansvar, og følgelig noe en selv må kunne «kontrollere».

Normalitetsbegrepet som fremmes i den psykomotoriske diskursen synes å være utvidet, sammenlignet med både den individorienterte og den biomedisinske diskursen.

Fysioterapeuten trygger Anita på at det som har trådt fram i undersøkelsen er normalt. Men også innenfor den psykomotoriske diskursen idealiseres noen kroppslige uttrykk framfor andre, for eksempel gjennom fysioterapeutens vurdering av pasientens bevegelsesmåte.

Fysioterapeutene er særlig ute etter pasientenes evne til å *slippe* muskelspenninger, evne til å *kjenne* hva de gjør og evne til å *reflektere* omkring sine væremåter og reaksjoner. Overordnet kan det tolkes som at å være bevisst egen kropp er ønskelig, og framtrer som et ideal innenfor den psykomotoriske diskursen. I video B tydeliggjøres dette ved at Sara roses for sin evne til både å kjenne hva hun gjør, og sin evne til refleksjon om sine plager og vaner. Idealene kan

knytte seg til den psykomotoriske fagtradisjonens oppmerksomhet mot sammenheng mellom kroppen og følelser (=evne til å kjenne og reflektere), men også idealer om en fleksibel og bevegelig kropp og en fri respirasjon, uhindret av muskulære bremses (=evne til å slippe muskelspenninger) (Thornquist & Bunkan, 1995). Idealene som trer fram i disse undersøkelsessituasjonene knytter seg til erfarte kvaliteter, som en motsetning til det kvantitative eller målbare i den biomedisinske diskursen og det kontrollerende i den individorienterte diskursen. Selv om idealene er kvalitative, knytter det seg altså noe normativt til de, noe oppfattes som mer riktig enn noe annet. Idealene om å være bevisst egen kropp kan samtidig innebære en form for selvkontroll og objektivisering av kroppen. Å undersøke kvaliteter innebærer dog ikke å definere noe som enten normalt eller avvikende, det plasserer seg, innenfor den psykomotoriske diskursen på en linje mellom hensiktsmessig-uhensiktsmessig. Forståelser om sykdom i den psykomotoriske diskursen kan slik knyttes til Albums (1996) tredje sykdomskategori; **sykdom som sanset opplevelse**, der den individuelle kroppslige erfaringen er sentral.

Leder (1990) hevder imidlertid at å være for bevisst på egen kropp, også kan være til hinder for ens frie livsutfoldelse og fungering. Gjennom begrepene *disappear* og *dys-appear* beskriver han skillet mellom en velfungerende kropp som trer i bakgrunnen av ens livsutfoldelse og forsvinner (*disappear*), og at kroppslig *dys*-funksjon – plager - trer inn i bevisstheten (*appear*)¹⁷. Idet en retter seg innover mot kroppen kan ens plager intensiveres, og forhindre en fra å være rettet mot verden (Leder, 1990, s. 83-87). Idealene om å være bevisst på kroppen i den psykomotoriske diskursen, kan altså tolkes som uheldig. Satt på spissen kan psykomotorisk fysioterapi stå i fare for å ha så mye fokus på bevissthet om kroppen, at det kan komme til hinder for ens frie livsutfoldelse.

5.6 Diskursiv kamp og motstand

Generelt sett oppfattes pasienten i video A, Anita, å være sosialisert inn i en biomedisinsk diskurs gjennom hele sin opptreden og sine uttrykk. Jeg vil trekke fram sekvensen «Jeg kjenner det i symfysen», for å eksemplifisere hvordan fysioterapeuten og Anita synes å entre situasjonen med ulike virkelighetsforståelser.

¹⁷ Mine oversettelser og uthevninger

Anita, uttrykker gjennom både ord, oppmerksomhet mot utsiden av kroppen (peker), og sine responser på fysioterapeutens spørsmål at hun har inntatt den biomedisinske diskursens subjektposisjon, som et objekt for undersøkelse. Posisjoneringen innebærer at hun videre beskriver smertene ved å forklare hvor de befinner seg i kroppen hennes. Peking på kroppsområdene kan tolkes som en forståelse av at fysioterapeuten vil kunne påvise årsaken til problemene gjennom nærmere undersøkelse av kroppsområdene. Anitas fokus på kroppsområder og ledd, framfor for eksempel sine opplevelser, trekker klart og tydelig på en biomedisinsk kroppsforståelse. Det synes slik at hun i møtet med fysioterapeuten har klare forventninger til hva fysioterapeuten trenger av informasjon for å kunne gjøre en vurdering og gi behandling. Det er nærliggende å tenke at Anita opptrer som hun gjør på grunnlag i sine utallige erfaringer som pasient i kontakt med helsevesenet. Anita kan slik ha integrert det biomedisinske objektive blikket på kroppen gjennom sine erfaringer med å være et objekt for undersøkelse og vurdering innenfor den biomedisinske diskursens praksiser.

Fysioterapeuten på sin side, virker å interessere seg i mindre grad for lokalisasjoner og det konkrete leddet Anita trekker fram («*symfyssen*»). Hun peiler derimot oppmerksomheten mot Anitas erfaring med smerter. Gjennom å spørre hvordan plagene hennes er, tilbyr hun Anita subjektstatus. Samtidig antyder fysioterapeuten at det Anita har kommet med så langt ikke egentlig er det viktige i denne situasjonen. Som den profesjonelle har fysioterapeuten mest makt (Thornquist, 2009, s. 221). Fysioterapeuten benytter sin maktposisjon til å skifte fokus fra Anitas erfaringsfjerne forklaringer, til å rette fokus mot det Anita selv kjenner. Hun dominerer tematisk og interaksjonelt, ved å lede samtalen dit hun vil og styre Anitas responsmuligheter (jf. Svennevig, 2020). Ved å samtidig fremheve Anitas subjektive erfaringer som viktige, tilbyr fysioterapeuten en subjektposisjon tilknyttet den psykomotoriske diskursen. I samhandlingssituasjoner kommuniserer en imidlertid ikke alltid det en mente, eller ønsket (Thornquist, 2009, s. 34). Å fremme et alternativ, kan utelukke et annet. At Anitas forklaringsmåte på et vis blir «oversett» framstår slik som en utilsiktet konsekvens av fysioterapeutens interesse for hennes erfaringer. Det er vesentlig for den videre samhandlingen at hun samtidig tillegger Anita subjektstatus og løfter henne fram som en deltaker og bidragsyter i situasjonen. På den måten kan en tolke det som at fysioterapeuten primært tar avstand fra en reduksjonistisk biomedisinsk fortolkning, med de ensidige årsaksforklaringene som Anita gjengir, i sitt forsøk på å løfte fram Anitas egne ressurser og forståelser.

Situasjonen som helhet eksemplifiserer en diskursiv avstand mellom de to, som innebærer at begge partene til dels blir avvist av den andre. Det synes som at de ikke oppnår felles intersubjektiv forståelse (Thornquist, 2009; Gretland, 2007). På samme tid er det nærliggende å tenke at sekvensen påvirker det som skjer senere i opptaket. Gjennom uenighet og motstand, lærer fysioterapeuten og Anita hverandre bedre å kjenne. Kontrasten gir dem innsikt i hverandres virkelighetsforståelser, og kan tenkes å skape nye muligheter for felles forståelse.

Jeg vil eksemplifisere dette ved å trekke fram utdraget: «*..en form for reaksjon på kroppen*» fra resultatene. Denne situasjonen foregår lengre ut i undersøkelsen enn den forrige. Her kommer Anita med betraktninger om sammenhenger mellom hvordan hun reagerer på det fysioterapeuten gjør og livssituasjonen sin. Sekvensen underbygger en utvikling, ved at Anita har et tilsynelatende utvidet perspektiv på sine kroppslige væremåter. Fra at hun i tidligere sekvenser beskrev kroppslige reaksjoner og væremåter som noe automatisk, noe utenfor hennes kontroll, knytter hun de nå til sin livssituasjon. Med det beveger hun seg mer mot den psykomotoriske diskursens subjektposisjon. Hun tillegger sine kroppslige erfaringer betydning og gir sin kroppslige væremåte mening. Det synes som at partene møtes om en felles forståelse et øyeblikk, før Anita trekker seg tilbake til sin opprinnelige subjektposisjon, ved å si at hun bare er sånn og at det ikke kan være annerledes. Gjennom å returnere til en subjektposisjon i den biomedisinske diskursen fraskriver Anita seg igjen ansvaret for at hun kan gjøre noe med egen situasjon, hun forblir i en forståelse av kroppen som noe objektivt. Plagene forblir noe hun er rammet av og som er utenfor hennes kontroll.

Øyeblikket med felles forståelse kan tolkes som et uttrykk for fysioterapeutens stadige forsøk på å dra subjektet Anita inn i samhandlingen. Ved å stadig etterspørre Anitas refleksjoner, har hun gjort en ny og deltakende subjektposisjon tilgjengelig for Anita. Fysioterapeuten har samtidig innebygget autoritet og definisjonsmakt som helsepersonell (Thornquist, 2009), og muligheter for å dominere samhandlingen (Svennevig, 2020). Det er implisitt i situasjonsforventningen at det er pasienten som skal tilpasse seg etter fysioterapeutens opptreden og virkelighet, og at definisjonsmakten hviler på fysioterapeuten. Anita entrer også situasjonen som objekt for undersøkelse av en ekspert, i den biomedisinske diskursen, en posisjonering som innebærer at hun skal la seg lede av eksperten. Derfor er det vanskelig å være sikker på hva som skjer i denne situasjonen. Lar Anita seg lede til å opptre, og besvare spørsmål, slik hun får inntrykk av er forventet av henne i en psykomotorisk undersøkelse?

Eller utvides hennes virkelighetsforståelse virkelig, slik at hun entrer en ny subjektposisjon, og tillegger sine refleksjoner viktighet? Etter å ha vært gjennom flere deler av undersøkelsen, der fysioterapeuten og Anita tilsynelatende ikke møtes om en felles forståelse, kan det tenkes at Anita oppfatter at hun ikke opptrer slik fysioterapeuten forventer. Anitas gjentakende latter underveis i undersøkelsen kan tolkes som uttrykk for hennes usikkerhet på hva som er forventet av henne. Slik Goffman (1974) beskriver styrer situasjonsbetingede normer ens opptreden i ulike situasjoner. Det kan tenkes at Anita prøver å tilpasse seg fysioterapeutens forståelse og normer, som parten med minst makt. Å tilpasse seg kan videre forstås som et uttrykk for Anitas behov for å styre fysioterapeutens inntrykk av seg selv, «impression management», for å unngå pinlighet (jf. Goffman, 1959). Det kan altså være at Anita tilgjengeliggjør seg for den psykomotoriske diskursens subjektposisjonen kun ved å tilpasse seg de situasjonsbetingede normene. I kraft av sin tilpasning til situasjonen, kan det også hende at hun faktisk entrer en ny subjektposisjon, som videre tilbyr henne nye innsikter om seg selv.

5.7 Ansvar

Gjennomgående i datamaterialet framkommer et viktig tema, når det gjelder helsehjelp: ansvar. Hvem som har ansvar for pasientens helse er vanskelig å besvare enhetlig. Det framkommer imidlertid differanser i datamaterialet, kanskje med utgangspunkt i ulike diskursive posisjoneringer og kontekstuelle betingelser. Det overføres ansvar fra fysioterapeut til pasient i begge situasjonene, men på ulike grunnlag.

I video A kommer det fram at Anita, har hatt rikelig kontakt med helsevesenet. Hun synes å plassere seg naturlig innenfor den biomedisinske diskursens subjektposisjon - pasient i kontakt med en ekspert. Gjennom å innta denne subjektposisjonen fremmes en oppfatning om at plagene hun har er utenfor hennes kontroll, og i behov for ekspertbehandling. Det innebærer sannsynligvis også forventninger om at hun kommer til en ekspert som vil ta ansvar for hennes tilfriskning, og at det ikke stilles krav til henne som pasient.

Fysioterapeuten knytter seg til den psykomotoriske fagtradisjonen. Pasienter skal gis mulighet for å delta og ta medansvar i behandlingssituasjonen (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 42).

Fysioterapeuten underbygger fra tidlig i undersøkelsen, at pasientens bidrag er av betydning. Hun fremmer subjektet Anita, ved å løfte fram hennes erfaringer og oppfatninger. Anitas tilsynelatende svake ansvarsfølelse møtes altså av en fysioterapeut som forsøker å fremme

hennes egne ressurser, og samtidig overfører både ansvar og deltakelsesmuligheter. Situert i en psykomotorisk diskurs knytter fysioterapeuten seg altså til fagtradisjonen ved å gjøre pasientens tilfriskning til et felles prosjekt. Fysioterapeuten forsøker å hjelpe Anita til å ta ansvar for egne handlinger, bevegelsesmåter og væremåter. Anita på sin side framstår litt motvillig til å ta imot ansvaret hun gis. Det tar tid før hun nærmer seg den psykomotoriske diskursens subjektposisjon, og reflekterer rundt hvorfor hun gjør som hun gjør. I den psykomotoriske fagtradisjonen forstås kroppslige væremåter som hensiktsmessige tilpassinger til det en erfarer og utsettes for gjennom livet (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 21). Når fysioterapeuten sier til Anita at: «*Jeg tror alltid folk har gode grunner til det de gjør*» fremmer hun en forståelse om at kroppslige væremåter er noe subjektet selv *gjør* (=har ansvar for), samtidig som at det er en følge av det en har erfart eller blitt «utsatt» for gjennom livet (=utenfor ens ansvar/makt). Fysioterapeutens utsagn antyder at Anita har anledning til å endre på noe av det hun gjør, selv om det er en følge av noe hun er blitt utsatt for som er utenfor hennes makt. Hun fremmer altså en forståelse av at Anita kan ta ansvar for noe. Dette knytter seg nært Svenaus' beskrivelse av en hensiktsmessig ansvarsfordeling: «*Det er viktig å skille ansvaret for det å bli friskere fra ansvaret for at man ble syk.*» (2005, s. 165). Den psykomotoriske diskursen posisjonerer seg altså til dels på en slik ansvarsfordeling, men praksisen er ikke entydig.

I video B framstår pasienten, Sara, handlingsrettet. Gjennom beskrivelser av sine forsøk på å få det bedre på egen hånd og reflekterte innsikt i egen situasjon og vaner, oppfattes hun også svært ansvarsbevisst. Saras ansvarsfølelse viser seg også gjennom hennes opptreden i selve undersøkelsen – hun tar initiativ til egen deltakelse ved å prøve ut bevegelser, tar initiativ til refleksjon og fortolkning, hun står frem på foten og tar sosialt ansvar i situasjonen. Sara forteller at hun attpåtil overtar andres ansvar i jobbsammenheng. Den individorienterte diskursen representeres slik gjennom hennes handlingsrettet-het, som underbygger et syn på individets egenansvar for forbedring av seg selv og sin helse. I tillegg fremmer terapeuten i stor grad Saras medvirkning og deltakelse. Saras oppfatninger får tre fram og i stor grad prege hvordan ting skal forstås. Det knytter seg tydelig til den psykomotoriske fagtradisjonen, som fremmer viktigheten av at pasienten involveres i behandlingen fra første øyeblikk (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 42). I den psykomotoriske diskursen får altså den subjektive, erfarte kunnskapen «gjelde». Terapeuten oppfattes generelt lite opptatt av å ta styring eller dominere situasjonen. Det kan tolkes som en representasjon av den psykomotoriske diskursen, der terapeuten knytter seg til faglige idealer om å la pasienten komme med sitt. Hun underbygger

Saras selvrefleksjon og bidrar til enkelte felles fortolkninger av hennes kroppslige vaner. Samtidig benevner hun i begrenset grad sine mer overordnede fortolkninger av hennes problemer, som den profesjonelle part. At en skal unngå å fortolke andres problemer kan knytte seg til ideen om at den psykomotoriske fysioterapeutens rolle er som klagemur, fra fagtradisjonens opprinnelse (Bülow-Hansen, 1982). Hun tar samtidig tydelig avstand fra den biomedisinske subjektposisjon som ekspert, ved å unnlate å definere Saras problemer på vegne av henne. Sara får velge hva hun ønsker å ta med seg ut av behandlingstimen, og om hun ønsker å fortsette i behandling, men uten at terapeuten gir en klar faglig vurdering av hva behandlingen kan hjelpe henne med. På et vis kan det framstå som om terapeuten også overfører ansvaret for den faglige vurderingen til Sara. Denne dynamikken kan samtidig være et uttrykk for det personlige samspillet dem imellom, Sara som en «*frampå*» og tilsynelatende utadvendt type som motsetning til terapeuten med en mer åpen og tilbakeholden framtoning. Begge partene underbygger altså Saras individuelle ansvar for egen helse, og den individorienterte diskursen forsterkes her i møtet med den psykomotoriske diskursen.

I datamaterialet kan altså en paternalistisk ekspert-holdning knyttes til den biomedisinske diskursen, der ansvaret hviler på den profesjonelle part. Valgfrihet og økt selvbestemmelse synes å være en hovedrepresentasjon i den individorienterte diskursen, samtidig som den gir pasienten mer ansvar. Den psykomotoriske diskursen kan tilby et alternativ til både den biomedisinske og individorienterte diskursen gjennom sine subjektposisjoner som i større grad er likeverdige deltakere, med både et felles prosjekt og et delt ansvar. Samtidige idealer om delt ansvar og at fysioterapeuten skal holde tilbake sine tolkninger og være en klagemur, innebærer en risiko for at det faglige ansvaret blir utydelig - særlig dersom fysioterapeuten inntar en for åpen holdning. Faglitteraturen underbygger imidlertid viktigheten av at den profesjonelle tar ansvar for å avgrense og definere situasjonen, for å gjøre situasjonen forståelig og trygg for pasienten (Gretland, 2007). Å tegne et slikt forutsigbart rammeverk for hva som skal skje og hva som er akseptabelt, kan også knyttes til Goffmans (1974) *situasjonsdefinisjon*. En uklar situasjonsdefinisjon kan altså skape forvirring rundt hva som er forventet og akseptabelt i situasjonen. I møtet mellom terapeut og pasient er etablering av en klar situasjonsdefinisjon en del av det profesjonelle ansvar, og nødvendig for å skape trygge rammer og forutsigbarhet i behandlingssituasjonen (Gretland, 2007, s.94-95). Innenfor den psykomotoriske tradisjonen virker det dermed å eksistere samtidige, men kontrasterende idealer når det gjelder ansvarstaking og tolkning, idealer som kan tenkes å komme i konflikt. På den ene siden kan en fysioterapeut som tar mer styring og ansvar bidra til tydelige rammer,

forutsigbarhet og trygghet, men samtidig risikere å dominere samhandlingen og potensielt avvise pasientens virkelighetsforståelse. På den andre siden kan en fysioterapeut som forholder seg for åpen, og unnlater å gi en klar situasjonsdefinisjon, kunne forsterke samtidens idealer om valgfrihet og individuelt ansvar, som videre kan tenkes å innebære fraskrivning av profesjonelt ansvar. Slik kan behandlingssituasjonen potensielt bli utrygg og utydelig for pasienten. Det er nærliggende å tenke at disse ulikhetene trer fram til dels i kraft av situasjonenes kontekstuelle betingelser i ulike tider. Mer individuelt ansvar trer tydeligst fram i det nyeste opptaket, i en nåtid sterkt preget av idealer om individualisme og valgfrihet.

For å løfte dette videre, kan en stille spørsmål ved nåtidens idealistiske fokus på medvirkning og pasientstyring. Svenaus (2005) beskriver at økende grad av selvbestemmelse kan sees som en motsetning til en paternalistisk ekspert-holdning. En hensiktsmessig fordeling av ansvar mellom pasient og terapeut, der de lærer av hverandre og *deler* ansvaret for tilfriskning, kan viskes ut dersom pasientens selvbestemmelse og ansvarsposisjon blir for dominerende (Svenaus, 2005, s. 155-156). Det er tankevekkende om medvirkningskulturen innebærer overføring av så stort ansvar til pasienten, at den profesjonelle blir stående på sidelinjen. Selv i en samtid med fokus på medvirkning og pasientstyring, er det stadig fysioterapeutens ansvar å avgjøre hvem som skal ha behandling, og vurdere om behandling kan være til nytte for pasienten.

6 Avsluttende betraktninger

Psykomotoriske undersøkelser er møter mellom to mennesker, og følgelig møter mellom to virkeligheter. Måter å forstå virkeligheten på er hverken statiske eller universelle, og avhenger av hvilke diskurser som til enhver tid er gjeldende og dominerende. I datamaterialet mitt har jeg identifisert tre overordnede diskurser; den biomedisinske, den individorienterte og den psykomotoriske diskursen. I diskursene representeres ulike forståelser av kropp, helse og sykdom, og følgelig fremmes ulike tilnærminger til helsehjelp.

I undersøkelsessituasjonene settes diskursene i spill; de forsterker hverandre, prøver å dominere hverandre og kjemper om å definere hva som gjelder i situasjonene. Det sentrale ved **den biomedisinske diskursen** er synet på og håndteringen av kroppen som materie, uavhengig av subjektet. Pasienten blir et objekt i møte med en ekspert. **Den individorienterte diskursen** representeres gjennom stadig økt individuell valgfrihet og medvirkning, og overføring av ansvar til den enkelte. **Den psykomotoriske diskursen** fremmer en forståelse av kroppen som meningsbærende, erfarende og sosial, og tillegger pasienten subjektstatus og likeverdige deltakelsesmuligheter.

Diskursene oppfattes både å forsterke og kontrastere hverandre i datamaterialet. Den psykomotoriske diskursens fortolkningsrammer og utvidede normalitetsbegrep fremtrer her som avvæpnende på den biomedisinske diskursens diagnostiske kriterier for normalitet og avvik, ved å rette seg mot individets erfaringer og kroppslige kvaliteter. Den psykomotoriske diskursen fremmer også individets ressurser, som kan tenkes å ha blitt svekket i den biomedisinske diskursens ensidige forståelse av sykdom og plager som kroppslige avvik. Selv ved å framstå som et alternativ til, og grunnleggende annerledes enn, den biomedisinske diskursen, kan en posisjonering i den psykomotoriske diskursen dominere samhandling og virke normativ, innenfor sin forståelsesramme. Når pasient og terapeut posisjonerer seg i ulike diskurser, kan det innebære en risiko for at den profesjonelle part, gjennom å fremme sin virkelighetsforståelse, avviser pasienters forståelser og ugyldiggjør deres virkelighet.

Den psykomotoriske diskursen trer imidlertid også fram som en del av samtiden, der spørsmål om individets ansvar og muligheter er sentralt. I datamaterialet finner jeg at den psykomotoriske diskursen gjennom å knytte seg til faglige idealer, også kan bidra til å forsterke individets ansvar. Det står som en motsetning til den biomedisinske diskursen som

gjennom å gi terapeuten eksperstatus, frigir pasienten ansvaret for håndtering av sin sykdom. I samtiden er individets ansvar for egen helse sentralt, brukermedvirkning og valgfrihet er idealisert, og pasientrollen ligner mer og mer på en konsument som kan kjøpe seg til bedre helse. Utviklingen representeres i den individorienterte diskursen. Den oppfattes imidlertid ikke ensidig positiv. Det fremkommer en risiko for at den individorienterte og den psykomotoriske diskursen i samspill forsterker hverandre ved å overføre mer og mer ansvar for håndtering av helse og sykdom over på individet. Situert i et individfokusert samfunn risikerer altså psykomotorisk behandling å gjøre terapeut og pasientrollene *for* likeverdige og uthule det profesjonelle ansvar.

Det synes å være klare potensialer i den psykomotoriske diskursens forståelse av kroppen som meningsbærende og flertydig. Ved å fremme individets ressurser og ansvar, tydeliggjøres den enkeltes muligheter til å påvirke sin situasjon. Den psykomotoriske diskursen oppfattes gjennom dette som et viktig bidrag i helsetjenestene, og som et alternativ til den etablerte biomedisinske forståelsen. Når det gjelder ansvar balanserer imidlertid den psykomotoriske diskursen på en knivsegg, situert i et stadig mer individfokusert samfunn. Temaer som ansvar, roller og profesjonalitet er lite belyst i den etablerte faglitteraturen, og synes å tre fram som viktige områder å utvikle kunnskap om i fremtidig forskning knyttet til den psykomotoriske behandlingstradisjonen.

Referanser

Album, D. (1996) *Nære fremmede, pasientkulturen i sykehus*. Otta: Tano A.S.

Aakvaag, G. C. (2008) *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag

Appelkvist, R (2020) Nei, du har ikke angst, du er bare litt bekymra, *NRK*, 11.01.20. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/ytring/nei_-du-har-ikke-angst_-du-er-bare-litt-bekymra-1.14851137 (Hentet 20. september 2022)

Berger, P. & Luckmann, T. (1966) *The social construction of reality, A Treatise in the Sociology of Knowledge*. London: Penguin Books

Bjørk, R. F (2020) Diagnosespråket i dagligtalen. *Norsk psykologforening (Rune Flaaten Bjørks blogg)*, 17.01.20. Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/rune-flaaten-bjoerks-blogg/diagnosespraaket-i-dagligtalen> (Hentet 10. oktober 2022)

Braut, G. S. (2022) Helse i *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/helse> (Hentet: 15.oktober 2022)

Bråten, S. (2004) *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget

Bülow-Hansen, A. (1982) Psykomotorisk fysioterapi, i Bunkan, B.H, Radøy, L. & Thornquist, E. (red.) *Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow-Hansen*, Oslo: Universitetsforlaget, s. 15-21

Crawford, R. (2006) Health as a meaningful social practice. *An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10 (4), s. 401-420, DOI: 10.1177/1363459306067310

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) (2009) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>(Hentet: 12. oktober 2022)

Ekerholt, K. & Gretland, A. (2018) Norwegian psykomotor physiotherapy, a brief introduction, i Probst, M. og Skjærven, L. H. (red.) *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry, a scientific an clinical based approach*. Elsevier Ltd, s. 51-58

Fangen, K. (2010) *Deltakende observasjon, 2. utg.* Bergen: Fagbokforlaget

Foucault, M. (1977) *Overvåkning og straff*. Gyldendal Akademisk: Oslo

Fuggeli, P. & Ingstad, B (2001) Helse – slik folk ser det. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 30 (121), s.3600-3604. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser-det> (Hentet: 10. oktober 2022)

Førde, R. (1993) Sjukdomsbegrepet – fallgrop og utfordring. *Tidsskrift for den norske legeforening* 17(113), s. 2163-2166

Getz, L. O. (2022) Fastlegekontoret – en vitenskapsteoretisk lyttepost, *Universitetsavisa*, 07.10.22. Tilgjengelig fra: <https://www.universitetsavisa.no/fastlegeordningen-gjesteskrubenten-linn-getz/fastlegekontoret-en-vitenskapsteoretisk-lyttepost/369114?fbclid=IwAR1dpL0HOU28q-HWUTILOyh6jPz4Pq13t-57pArMtJTb9KHnj7WmncsoYXQ> (Hentet: 27. oktober 2022)

Goffman, E. (1959) *The presentation of self in everyday life*. Middlesex: Penguin Books Ltd.

Goffman, E. (1974) *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Pax forlag

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

Gretland, A. (2016) Psykomotorisk fysioterapi, med kroppen som innfallsport til personen, i Bergem, A. K. (red.) *Kroppen i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 138-161

Gretland, A. & Norrøne, M. (2021) Fysioterapeutens podcast om psykomotorisk fysioterapi – et seriøst faglig bidrag eller jazzing med gutta?, *Fysioterapeuten*, 12.12.21. Tilgjengelig fra: <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuten-fysioterapeuter/er-disse-gutta-seriose-eller-tendensiøse-les-meningsinnlegget-fra-to-i-tromso/138825?fbclid=IwAR3KeOdxg3ufRIZfVazLn-SzciwxmMy7C1IBDVYXyj88vei6ArvJcmchG18> (Hentet 27. oktober 2022)

Hall, S. (2001) Foucault: Power, Knowledge and Discourse, i Weterell, M., Taylor, S. & Yates, S.J. *Discourse Theory and Practice*. London: SAGE Publications Ltd, s. 72-80

Hellevik, M. M. & Halvorsen, J. M. (2021) Episode 5 – Norsk psykomotorisk fysioterapi – en særnorsk tradisjon med usikker effekt? [podcast] Lateralt og medialt. Tilgjengelig fra: <https://www.fysioterapeuten.no/norsk-psykomotorisk-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/episode-5-norsk-psykomotorisk-fysioterapi/137740> (Hentet: 27. oktober 2022)

Helsedirektoratet (2016) *Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten*. IS-2467. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/habilitering-rehabilitering-og-bruk-av-avtalefysioterapeuter-i-primærhelsetjenesten/Habilitering%20rehabilitering%20og%20bruk%20av%20avtalefysioterapeuter%20i%20primærhelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/67121895-551d-4d0f-bb44-fd8daf81cf69:1599bca32c4e681cc90d16df8a30e871038c5e94/Habilitering%20rehabilitering%20og%20bruk%20av%20avtalefysioterapeuter%20i%20primærhelsetjenesten.pdf (Hentet 20. september 2022)

Herner, L. B. (2020) Kropp eller psyke – det er begge deler!, *Norsk psykologforening (Helsepsykologibloggen)*, 31.08.20. Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/helsepsykologibloggen/kropp-eller-psyke-det-er-begge-deler> (Hentet 20. september 2022)

Hitching, T.,R, Veum, A.B. & Nilsen (2011) *Diskursanalyse i praksis - metode og analyse*.

Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Higgs, P. (2012) Consuming bodies: Zygmunt Bauman on the difference between fitness and health, i Scambler, G. (red.) *Contemporary Theorists for Medical Sociology*, New York: Routledge, s. 20-31

Johannessen, L.E.F, Rafoss, T.W. & Rasmussen, E.B. (2018) *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jordan, B. & Henderson, A. (1995) Interaction analysis: Foundations and practice. *The Journal of the Learning Science*, 4(1), s. 39-103, DOI: 10.1207/s15327809jls0401_2

Kvaal, S. B. (2020) «Når energiregnskapet skal gjøres opp», *En kritisk diskursanalyse av Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme*. Masteroppgave. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet

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

Leder, D. (1990) *The absent body*. Chicago: The University of Chicago Press

Lian, O. S. (2012) Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter, og implikasjoner i Tjora, A. *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. Gyldendal Akademisk: Oslo

Linnestad, L. (2016) Det meningsløse skillet mellom kropp og psyke. *Dagens medisin*, 6. desember. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/12/06/det-meningslose-skillet-mellom-kropp-og-psyke/> (Hentet 20. september 2022)

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

Malterud, K., & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4). DOI: 10.3402/qhw.v6i4.8404

Malterud, K., & Ulriksen, K. (2010). “Norwegians fear fatness more than anything else”—A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 47-52. DOI: 10.1016/j.pec.2009.10.022

Mengshoel, A. M. (2022) Kunnskap for å forklare og for å forstå – møte mellom ulike kunnskapssyn i diskusjonen om psykomotorisk fysioterapi, *Fysioterapeuten*, 30.09.22. Tilgjengelig fra: <https://www.fysioterapeuten.no/fagessay-forskning-psykomotorisk-fysioterapi/kunnskap-for-a-forklare-og-for-a-forsta-mote-mellom-ulike-kunnskapssyn-i-diskusjonen-om-psykomotorisk-fysioterapi/144746> (Hentet: 27. oktober 2022)

Meyer, S. & Sirnes, T. (1999) *Normalitet og Identitetsmakt i Norge*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Monsen, K. (1989) *Psykodynamisk kroppsterapi*. Otta: Tano A.S.

Neumann, I.B. (2021) *Innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget

Norris, S. (2004) *Analyzing multimodal interaction*. New York: Routledge

Nichols, D. A. & Gibson, B. E. (2010) The body and physiotherapy. *Physiotherapy theory and practice*, 26(8), s. 497-509. DOI: 10.3109/09593981003710316

Norsk fysioterapeutforbund, NFF (2018) *Direkte tilgang*. 28.11.2018. Tilgjengelig fra: <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Jus-arbeidsliv/Naeringsdrivende/Direkte-tilgang> (Hentet 16. oktober 2022)

Norsk Fysioterapiforbund, NFF (2020) *Hvordan bli psykomotorisk fysioterapeut*. Tilgjengelig fra: <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Organisasjon/Faggrupper/Psykomotorisk-fysioterapi/Hvordan-bli-psykomotorisk-fysioterapeut> (Hentet 20. september 2022)

Norsk Fysioterapiforbund, NFF. *Psykomotorisk fysioterapi*. Tilgjengelig fra: <https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi> (Hentet 20. september 2022)

Nylehn, P. (2009) Psyke og soma i helsetjenesten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 46, nummer 7 (2009), s. 709-710. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2009/07/psyke-og-soma-i-helsetjenesten> (Hentet 20. september 2022)

Ottesen, & Thornquist, E. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), s. 130–138. DOI: 10.18261/ISSN1504-3010-2015-02-04

Rake, S. K. & Ahlsen, B. (2022) I spagaten – en diskursanalytisk tilnærming til hvordan psykomotorisk fysioterapi posisjonerer seg som fagdisiplin og behandlingstilnærming, *Fysioterapeuten*. Tilgjengelig fra: <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/i-spagaten-en-diskursanalytisk-tilnaerming-til-hvordan-psykomotorisk-fysioterapi-posisjonerer-seg-som-fagdisiplin-og-behandlingstilnaerming/144025> (Hentet: 26. oktober 2022)

Rugseth, G & Engelsrud, G. (2020) Aktiv på egne premisser? En diskursanalyse av faglige retningslinjer. *Fysioterapeuten*, 20(8), s. 38-43 Tilgjengelig fra: <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-8-20/38/> (Hentet: 28. oktober 2022).

Rønning, I. S (2020) *En nærstudie av psykomotoriske epikriser*. Masteroppgave. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet

Roald, B. (2019) Sykdom i *Store Medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykdom> (Hentet: 15.oktober 2022)

Skrede, J. (2017) *Kritisk diskursanalyse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Skårderud, F. & Isdahl, P. J. (1998) *Kroppstanker: kropp – kjønn - idehistorie*. Oslo: Universitetsforlaget

Svenaas, F. (2005) *Sykdommens mening – og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal

akademisk

Svennevig, J. (2020) *Språklig samhandling, innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Sviland, R. & Dragesund, T. (2021) Det er evidens for Norsk psykomotorisk fysioterapi, *Fysioterapeuten*, 15.11.21. Tilgjengelig fra: <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuten-fysioterapeuter/det-er-evidens-for-psykomotorisk-fysioterapi/137955> (Hentet: 27. oktober 2022)

Thornquist, E. (1990) *Communication: What happens during the First Encounter between Patient and Physiotherapist?* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 8(3), s.133-138, DOI: 10.3109/02813439008994946

Thornquist, E. (1998) *Conceiving function, an investigation of the epistemological preconditions, conceptualizations and methodologies in physiotherapy*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo

Thornquist, E. (2006) Face-to-Face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic, *Medical Anthropology*, 25:1, s. 65-97, DOI: 10.1080/01459740500514489

Thornquist, E. (2009) *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten, 2.utg.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Thornquist, E. (2018) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995) *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget

Thornquist, E. & Gretland, A. (2003) Kropp, samtale og deltakelse, del 1: to praksissituasjoner – en sammenligning. *Fysioterapeuten*, 7, s. 18-24. Tilgjengelig fra: https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/435/4896/version/3/file/0703_Fagartikkel.pdf (Hentet 10. oktober 2022)

Thornquist, E. & Kirkengen, A. L. (2020) *Sammensatte lidelser, et samfunnsspeil*. Bergen: Fagbokforlaget.

UiT Norges Arktiske Universitet (2021) *Retningslinjer for behandling av personopplysninger i forskings- og studentprosjekt ved UiT Noregs arktiske universitet*. Tilgjengelig fra: <https://uit.no/Content/755221/cache=1637158889000/Retningslinjer+for+behandling+av+personopplysninger+i+forskings-+og+studentprosjekt+ved+UiT+%28oppdatert+300921%29.pdf> (Hentet 24.oktober 2022).

Universitetet i Oslo (2021) Om Tjenester for sensitive data. 29.03.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/mer-om/> (Hentet 24. oktober 2022)

Watzlawick, P., Bavelas, J. B. & Jacson, D.D (1967) *Pragmatics of human communication, a study of interactional patterns, pathologies, and practices*. New York: Norton & Company

Westeng, K. (2019) Psykiater advarer mot å sette diagnose på «alt som er vondt»: -Det er ingen som har sagt at det skal være lett å leve, *Nettavisen*, 10.10.19. Tilgjengelig fra: <https://www.nettavisen.no/livsstil/psykiater-advarer-mot-a-sette-diagnose-pa-alt-som-er-vondt-det-er-ingen-som-har-sagt-at-det-skal-vare-lett-a-leve/s/12-95-3423858861> (Hentet 20. september 2022)

Yates, S. J. (2001) Social interaction, i Weterell, M., Taylor, S. & Yates, S.J. *Discourse Theory and Practice*. London: SAGE Publications Ltd, s. 82-91

Øien, A. M., Iversen, S. & Stensland, P. (2007) Narratives of embodied experiences – Therapeutic processes in Norwegian Psychomotor physiotherapy, *Advances in Physiotherapy*, 9;1, s. 31-39, DOI: 10.1080714038190601152115

Øien, A. M. et al (2011) Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25; s. 53–61, DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x

Øvreberg, G. & Andersen, T. (2016) *Psykomotorisk fysioterapi, et kildeskift fra Aadel Bülow-Hansens praksis*, 3. utg. Utgitt på eget forlag, Fagtrykk Trondheim AS

Øvreberg, G. (1997) Om psykomotorisk fysioterapi: Metode – samarbeid - kommunikasjon. *Fysioterapeuten*, 6, s. 11-13

Øyehaug, G. A & Paulsen, A. K (2018) *Vondt å vente – et prosjekt om ventelistene hos fysioterapeuter med driftsavtale*. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/vondt-aa-vente-rapport.pdf> (Hentet 19. september 2022)

Vedlegg 1: Vurdering fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

27.10.2022, 21:41

[Meldeskjema](#) / [Språklige diskurser i psykomotorisk fysioterapi praksis](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
509404	Standard	25.08.2021

Prosjektittel

Språklige diskurser i psykomotorisk fysioterapi praksis

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Anne Gretland

Student

Karlotte Falch Sørheim

Prosjektperiode

01.06.2021 - 01.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 01.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 25.08.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 01.06.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/60ab73cc-91aa-4c3f-824c-807c4ad85a81>

Side 1 av 2

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2:

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

31.10.2022, 22:03

[Meldeskjema](#) / [Språklige diskurser i psykomotorisk fysioterapi praksis](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
509404	Standard	24.10.2022

Prosjektittel

Språklige diskurser i psykomotorisk fysioterapi praksis

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Sanna Bostad Kvaal

Student

Karlotte Falch Sørheim

Prosjektperiode

01.06.2021 - 01.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Rettslig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 01.06.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

Vi har registrert at Sanna Bostad Kvaal er ny prosjektansvarlig.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Lene Chr. M. Brandt

Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg 3:

Informasjonsskriv til pasient:

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Språklige diskurser i psykomotorisk fysioterapipraksis”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å **undersøke språkets plass i psykomotorisk fysioterapi**. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektets mål er å bidra til kunnskapsutvikling i fagfeltet psykomotorisk fysioterapi. I oppgaven min skal jeg undersøke på hvilken måte språket brukes i psykomotorisk fysioterapi. Jeg vil belyse hvordan kroppen og kroppslige plager beskrives med ord, og hvordan dette kan henge sammen med måter å tenke om helse. I analysen min ønsker jeg å belyse om måten terapeuten og pasienten snakker med hverandre kan henge sammen med etablerte eller tatt-for-gitte måter å tenke om, forstå, og håndtere, kroppen og kroppslige plager på.

Problemstilling: Hvilke språklige ressurser benyttes, og hvilke språklige diskurser trer fram i samhandlingen mellom pasient og terapeut i en psykomotorisk førstegangsundersøkelse?

Prosjektet er min mastergradsoppgave, som del av Master i psykomotorisk fysioterapi ved UiT – Norges arktiske universitet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT – Norges arktiske universitet, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Deler av utvalget er strategisk, altså velger jeg å spørre informanter jeg tror kan gi nyttig informasjon for å besvare forskningsspørsmålet mitt. Fysioterapeuten som deltar er valgt ut strategisk. Du som pasient er ukjent for meg som forsker, men har blitt spurt om å delta av fysioterapeuten du skal gå til. Jeg som forsker har ikke lagt føringer for hvilken pasient som deltar, annet enn at jeg ønsker å observere et første møte mellom pasient og fysioterapeut.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta innebærer det at jeg gjør et video-opptak av en psykomotorisk førstegangsundersøkelse, der du er pasient. Jeg ønsker i tillegg å være tilstede for å observere timen. Jeg vil ikke delta aktivt i det som foregår mellom deg og fysioterapeuten, men observere i stillhet og ta notater. Behandlingen som filmes/observeres, skal gjennomføres som planlagt og være en del av vanlig behandlingspraksis. Det er vanlig praksis jeg er ute etter å undersøke. Likevel kan min tilstedeværelse og video-opptaket tenkes å påvirke situasjonen.

Video-opptaket vil bli transkribert (skrevet om til tekst) for å gjøre materialet klart for analyse. Videoen behandles som sensitive opplysninger, og vil bli lagret sikkert i egnede datalagringsystemer.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Hvis du vil trekke deg fra prosjektet kan du kontakte meg eller prosjektansvarlig (min veileder), og gi beskjed. Kontaktinfo er beskrevet under. Du kan også gi beskjed til fysioterapeuten hvis du vil trekke deg fra prosjektet. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. For deg som pasient, vil det heller ikke påvirke ditt videre behandlingsforløp hos den psykomotoriske fysioterapeuten du går til.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene som er beskrevet i dette skrevet. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun jeg, min veileder på prosjektet, Anne Gretland, og databehandler vil ha direkte tilgang til datamaterialet (video-opptak).
- Ved å lagre video-opptak i lagringssystemet Tjenester for Sensitive Data (TSD), vil jeg sikre at ingen andre får tilgang til sensitive data og personopplysninger om deg som deltar i prosjektet.

Du som deltaker vil anonymiseres i det bearbejdede (transkriberte) datamaterialet, og vil ikke være gjenkjennelig i den ferdige publikasjonen. I masteroppgaven vil ingen informasjon du gir, kunne knyttes til deg som person. Det kan likevel brukes utsagn fra behandlingen eller intervjuene, eller mine beskrivelser og fortolkninger av hendelsene i opptaket, i den ferdige publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes og oppgaven er godkjent, noe som etter planen er innen utgangen av 2022. Personopplysninger og opptak vil bli slettet ved prosjektets slutt, og etter avsluttet sensurprosess, senest 01.06.2023.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- **Veileder:** Anne Gretland, psykomotorisk fysioterapeut og Førstelektor ved det Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT – Norges arktiske universitet.
Telefon: 77660694 / Mail: anne.gretland@uit.no
- **Mastergradsstudent:** Karlotte Falch Sørheim, fysioterapeut og mastergradsstudent ved UiT - Norges arktiske universitet.
Telefon: 90967579 / Mail: karlottes@gmail.com
- **Personvernombud** ved UiT – Norges arktiske universitet: Joakim Bakkevold
Telefon: 77646322 eller 97691578 / Mail: personvernombud@uit.no

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

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

Med vennlig hilsen

Anne Gretland

Veileder

Karlotte Falch Sørheim

Mastergradsstudent

Samtykkeerklæring

Samtykket gis muntlig, og dokumenteres i video-opptak, i forbindelse med filming av undersøkelsen.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Språklige diskurser i psykomotorisk fysioterapipraksis*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- at det gjøres video-opptak fra en førstegangsundersøkelse der jeg er pasient
- at mastergradsstudenten er tilstede og observerer timen

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

Vedlegg 4:

Informasjonsskriv til fysioterapeut:

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Språklige diskurser i psykomotorisk fysioterapipraksis”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å **undersøke språkets plass i psykomotorisk fysioterapi**. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektets mål er å bidra til kunnskapsutvikling i fagfeltet psykomotorisk fysioterapi. I oppgaven min skal jeg undersøke på hvilken måte språket brukes i psykomotorisk fysioterapi. Jeg vil belyse hvordan kroppen og kroppslige plager beskrives med ord, og hvordan dette kan henge sammen med måter å tenke om helse. I analysen min ønsker jeg å belyse om måten terapeuten og pasienten snakker med hverandre kan henge sammen med etablerte eller tatt-for-gitte måter å tenke om, forstå, og håndtere, kroppen og kroppslige plager på.

Problemstilling: Hvilke språklige ressurser benyttes, og hvilke språklige diskurser trer fram i samhandlingen mellom pasient og terapeut i en psykomotorisk førstegangsundersøkelse?

Prosjektet er min mastergradsoppgave, som del av Master i psykomotorisk fysioterapi ved UiT – Norges arktiske universitet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT – Norges arktiske universitet, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Deler av utvalget er strategisk, altså velger jeg å spørre informanter jeg tror kan gi nyttig informasjon for å besvare forskningsspørsmålet mitt. Du som fysioterapeut er valgt strategisk og etter råd fra folk i fagmiljøet. Pasienten velges ut via deg som fysioterapeut. Jeg legger ingen føringer for hvilken pasient som deltar, annet enn at jeg ønsker å observere en førstegangs konsultasjon. Altså er pasienten ukjent også for deg som fysioterapeut.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta innebærer det at jeg gjør et video-opptak av en psykomotorisk førstegangsundersøkelse, der du er terapeut. Jeg ønsker i tillegg å være tilstede for å observere timen. Jeg vil ikke delta aktivt i det som foregår mellom deg og pasienten, men observere i stillhet og ta notater. Behandlingen som filmes og observeres, skal gjennomføres som planlagt og være en del av vanlig behandlingspraksis. Det er vanlig praksis jeg er ute etter å undersøke. Likevel kan min tilstedeværelse og video-opptaket tenkes å påvirke situasjonen.

Video-opptaket vil bli transkribert (skrevet om til tekst) for å gjøre materialet klart for analyse. Videoen behandles som sensitive opplysninger, og vil bli lagret sikkert i egnede datalagringsystemer.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Hvis du vil trekke deg fra prosjektet kan du kontakte meg eller prosjektansvarlig (min veileder), og gi beskjed. Kontaktinfo er beskrevet under. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene som er beskrevet i dette skrevet. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun jeg, min veileder på prosjektet, Anne Gretland, og databehandler vil ha direkte tilgang til datamaterialet (video-opptak).
- Ved å lagre video-opptak i lagringssystemet Tjenester for Sensitive Data (TSD), vil jeg sikre at ingen andre får tilgang til sensitive data og personopplysninger om deg som deltar i prosjektet.

Du som deltaker vil anonymiseres i det bearbejdede (transkriberte) datamaterialet, og vil ikke være gjenkjennelig i den ferdige publikasjonen. I masteroppgaven vil ingen informasjon du gir, kunne knyttes til deg som person. Det kan likevel brukes utsagn fra behandlingen, eller mine beskrivelser og fortolkninger av hendelsene i opptaket, i den ferdige publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes og oppgaven er godkjent, noe som etter planen er innen utgangen av 2022. Personopplysninger og opptak vil bli slettet ved prosjektets slutt, og etter avsluttet sensurprosess, senest 01.06.2023.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- **Veileder:** Anne Gretland, psykomotorisk fysioterapeut og Førstelektor ved det Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT – Norges arktiske universitet.
Telefon: 77660694 / Mail: anne.gretland@uit.no

- **Mastergradsstudent:** Karlotte Falch Sørheim, fysioterapeut og mastergradsstudent ved UiT - Norges arktiske universitet.
Telefon: 90967579 / Mail: karlottes@gmail.com
- **Personvernombud** ved UiT – Norges arktiske universitet: Joakim Bakkevold
Telefon: 77646322 eller 97691578 / Mail: personvernombud@uit.no

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

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

Med vennlig hilsen

Anne Gretland

Veileder

Karlotte Falch Sørheim

Mastergradsstudent

Samtykkeerklæring

Samtykket gis muntlig, og dokumenteres i video-opptak, i forbindelse med filming av undersøkelsen.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Språklige diskurser i psykomotorisk fysioterapipraksis*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- at det gjøres video-opptak fra en førstegangsundersøkelse der jeg er terapeut
- at mastergradsstudenten er tilstede og observerer timen

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

