



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

En nærstudie av psykomotorisk epikriser

Ingrid Sandnes Rønning

Masteroppgave i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Antall ord: 25.195

1 Innholdsfortegnelse

Tabelliste	2
Figurliste	2
1 INTRODUKSJON.....	6
1.1 Studiens bakgrunn.....	6
1.2 Epikrisens funksjon.....	8
1.3 Hensikt og problemstilling.....	9
1.4 En viktig presisering: fra praksis til tekst	9
1.5 Oppgavens struktur	10
2 SITUERING AV STUDIEN.....	11
2.1 Et historisk blick på medisinenes kunnskapsteoretiske utvikling	11
2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi	14
2.3 Et historisk blick på autoritetsrelasjoner i helsevesenet	16
2.4 Epikrisen som sjanger	17
3 TEORETISK BAKGRUNN	21
3.1 Diskursteori og systemisk funksjonell lingvistikk (SFL)	21
3.2 Operasjonalisering av diskursbegrepet	21
3.3 Et diskursteoretisk perspektiv på makt	23
3.4 Systemisk funksjonell lingvistikk	25
4 METODE OG ANALYSESTRATEGI	28
4.1 Metode og materiale	28
4.2 Avgrensning av kontekst.....	29
4.3 Utvalg og rekrutteringsprosess	30
4.4 Studiens kvalitet.....	30
4.5 Forskerrollen	31
4.6 Ethiske overveielser	32
4.7 Analytiske redskaper.....	33
4.8 Forskningsprosessen	40
4.9 Hvordan resultatene presenteres	41
4.10 Metodekritikk.....	41
5 ANALYSE OG RESULTATER	43
5.1 Epikrisens situasjonskontekst	43
5.2 Tekstorganisering som kunnskapsproduserende.....	44
5.3 Epikrisens tolknings- og definisjonsmakt.....	52
5.4 Epikrisens stemmehierarki.....	62
5.5 Tekster som personaliserer og tekster som depersonaliserer	70
5.6 Menneskelige deltagere i psykomotorisk fysioterapi	75
6 OPPSUMMERENDE REFLEKSJONER	81
7 Referanseliste	85
8 Vedlegg	94
Vedlegg 1: Informasjonsskriv	94
Vedlegg 2: Samtykkeerklæring pasient.....	97
Vedlegg 3: Samtykkeerklæring psykomotorisk fysioterapeut	98
Vedlegg 4: Godkjennelse fra NSD	99

Tabelliste

Tabell 1 – Forventet innhold i den psykomotoriske epikrisen.	35
Tabell 2 – Eksempler på bruk av aktiv, passiv og nominalisering.....	37
Tabell 3 – Eksempler på bruk av talegjengivelse.....	38
Tabell 4 (del 1 og 2) – Oversikt over epikrisenes tekstkomponenter.....	45
Tabell 5 – Forekomst av direkte talegjengivelse.....	63

Figurliste

Figur 1 – Epikrisen i lys av sin kontekst. Figur av Ingrid Sandnes Rønning.....	27
Figur 2 – Måter å skape koherens i tekst. Figur av Ingrid Sandnes Rønning.	34

Forord

Først og fremst vil jeg takke kolleger som har bidratt med epikriser. Uten dere vil oppgaven simpelthen ikke latt seg konstruere.

Jeg vil selvsagt takke min veileder Anne Gretland, som også har fulgt meg som lærer gjennom hele dette masterforløpet. Hun har alltid utfordret meg, på en trygg måte, til å tenke litt bredere og litt lengre enn jeg ellers ville gjort. Det har gjort at jeg sitter jeg her i dag med følelsen av å kunne møte kunnskapsforslag på en mer reflektert og kritisk måte.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til min kjære Øyvind, familie og nære venner som har bidratt med utallige pep-talks og fugleperspektiv på tidspunkter der jeg hadde hodet under vann.

Ingrid Sandnes Rønning

Oslo, mai 2020

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Utgangspunktet for studien er at språk, kunnskap og makt står i et innbyrdes avhengighetsforhold. Det er derfor ikke tilfeldig at det er store forskjeller i språkbruk mellom ulike fagfelt. Norsk psykomotorisk fysioterapi henter inspirasjon fra ulike fagtradisjoner; både humaniora og naturvitenskapen, men har historisk stått i et avhengighetsforhold til den naturvitenskapelige medisinen. Medisinens objektive, depersonaliserte og faktapregede skrivetradisjon må ses i sammenheng med dens empiristiske kunnskapsarv. Humaniora og samfunnsfag følger andre idealer. Der anses det som en styrke at det synliggjøres at det er mennesker som tar valg og vurderinger i fremstillingen av kunnskap. På bakgrunn av Norsk psykomotorisk fysioterapi sitt brede kunnskapsgrunnlag er det interessant å undersøke hvordan kunnskap formidles i fagets epikriser.

Hensikt: Undersøke og frembringe kunnskap om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter bruker språket til å konstruere og videreformidle kunnskap i sine epikriser. Videre er formålet å undersøke hvordan de sosiokulturelle forholdene som epikrisen opererer innenfor kan ses i sammenheng med språkbruken.

Problemstilling: Hvordan konstrueres og videreformidles kunnskap i psykomotoriske epikriser og hvordan kan dette ses i lys av sosiokulturelle forhold?

Materiale: Materialet består av en tekstsamling som inneholder tolv epikriser. Ti av epikrisene er innhentet fra praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter. To av epikrisene er hentet fra publiserte bøker fra fagfeltet. Epikrisene er skrevet i tidsrommet mellom 1985-2019.

Metode: Kvalitativ tekstanalyse som benytter metoder fra systemisk funksjonell lingvistikk (SFL) og diskursanalyse. Tekstanalysene ble gjort med tanke på å undersøke kunnskapsformidling i psykomotoriske epikriser i lys av sosiokulturelle forhold. Hovedfokuset har vært på maktforhold mellom ulike kunnskapssyn i helsevesenet. Kulturelle- og sosiologiske perspektiver er benyttet for å løfte den tekstnære analysen opp på et sosiokulturelt nivå. På makronivå har jeg studert overordnet tekstorganisering. På mikronivå har jeg undersøkt hvordan fysioterapeutene benytter seg av de språklige ressursene førstepronomen, epistemisk modalitet, aktive- og passive

setningskonstruksjoner, nominalisering og talegjengivelse for å konstruere og formidle kunnskap.

Hovedfunn: Tekstmaterialet viser stor grad av variasjon der kropp, helse og sykdom pakkes inn i språk og virkelighetsframstillinger av svært ulik karakter. Tydeligst fremkommer faktapregede og ikke-evaluerende påstander som synes å trekke på den biomedisinske «ekspert»-diskursen og en subjekt-objekt-tenkning. De fleste epikrisene fremsto med en depersonalisert skrivestil og det var en tendens til usynliggjøring og «animering» av pasientens egen fortelling. Enkelte epikriser formidler imidlertid det intersubjektive møtet mellom to kroppslige, sosiale og kulturelle subjekter som en ressurs for å utvikle ny kunnskap om pasientenes livsvansker. Tidvis ble også kunnskap om kroppen fremstilt ikke bare som et passivt objekt for tanken, men at gjennom menneskets manifestasjon uttrykker kroppen følelser, forestillinger, forventninger og tanker.

1 INTRODUKSJON

1.1 Studiens bakgrunn

Norsk psykomotorisk fysioterapi¹ (heretter omtalt NPMF) er et praktisk fag. Likevel utgjør tekstproduksjon en stor del av praksishverdagen til psykomotoriske fysioterapeuter og språkliggjøring av praksis er en lovfestet oppgave (Helsepersonelloven, 1999, § 39). I humaniora og samfunnsvitenskapen har det siden 1970-tallet vært en økende interesse for tekst som analyseobjekt. Dette kan ses i sammenheng med en erkjennelse av at tekster kan bidra til produksjon og reproduksjon av tankemåter og kunnskap i samfunnet (Berge, 2003).

Gjennom utdanning og yrkesliv sosialiseres psykomotorikere inn i et fagspråk. Dette innebærer å ta til seg abstraherende, generaliserende og systematiserende begreper for å kunne forstå og vurdere andre menneskers funksjonsproblemer. Epikrisen er en tekst der et slikt fagspråk kommer til uttrykk. Dokumentet har til hensikt å kommunisere kliniske resonnementer om pasienten og helsehjelpen som er gitt mellom ulike profesjoner i helsevesenet (jf. Helsepersonelloven, 1999, § 45 a). Epikrisen formidler i så måte et eksempel på hva NPMF kan være, i konkret klinisk praksis. Den står i spennet mellom det partikulære og det allmenne; mellom historier fra det virkelige liv og det generelle disse enkelthistoriene er med å representere; som behandlingsmåter, sykdomsetiologi, salutogenese², forståelse av kropp og sykdom. Epikrisen kan derfor sies å ha en epistemologisk funksjon. Den gir oss kunnskap om verden - tekstene konstruerer en virkelighetsforståelse.

Dokumentasjon av psykomotorisk fysioterapipraksis er vanskelig. Først og fremst kjennetegnes praktiske fag av en del taus kunnskap. Kunnskap som ikke lar seg verbalisere, men som viser seg i handling (Nortvedt & Grimen, 2004). Det er også mye kunnskap i fysioterapien som ikke er satt ord på, fordi faget lenge var unnlatt å dokumentere praksisen. Det var først i 2001 at det ble lovfestet at alle arbeidsgrupper med selvstendig ansvar har journalføringsplikt (Thornquist, 2009). Det kan derfor tenkes at faget har et manglede

¹ Tradisjonen benevnes i dag gjerne som «norsk psykomotorisk fysioterapi». Dette gjøres for å skille den fra andre metodiske tilnærminger som internasjonalt faller under paraplybegrepet «psykomotorisk». Fysioterapeuter med spesialistkompetanse i psykomotorisk fysioterapi omtales som psykomotoriske fysioterapeuter – en betegnelse jeg vil benytte meg av i denne oppgaven (Jf. Gretland, 2016).

² Begrepet salutogenese er utviklet av den israelske sosiologen Aaron Antonovsky. Teorien fokuserer på hva som fremmer god helse, og gir individer økt mestring og velvære. Salutogenese ble utviklet som en motstandsteori til patologien, som vektlegger årsak til sykdom (Antonovsky, 1987; 1996).

erfaringsgrunnlag for å utvikle et presist fagspråk (Thornquist, 1988; 2009). En annen påvirkningsfaktor kan være at den psykomotoriske grunnlagstenkningen henter inspirasjon både fra naturvitenskapelige- og humanistiske fag. Dermed kan det se ut til at profesjonen står med en fot i hver av «*de to kulturer*»³. Disse to fagkulturene har gjennom årene ikke bare skilt lag, men også utviklet et spenningsforhold til hverandre. Kunnskapsgrunnlagene er motsetningsfylt, det handler mye om spenningen mellom objektivitet og subjektivitet, del og helhet, kvalitativt og kvantitativt og å forklare og forstå (Falkum, 1998; Wulff, 1999).

Dagens medisin tilslutter seg imidlertid først og fremst naturvitenskapen⁴. Den moderne medisinen har lite rom for humanistiske tradisjoner (Snow, 1998; Annandale, 1998; Lupton, 2012). Naturvitenskapen representerer en mekanisk og reduksjonistisk forståelse av kroppen. Psyke og soma forstås som uavhengige fenomener, forholdet mellom observatør og studieobjekt forstås som nøytralt, og kunnskap om pasientens sykdom og behandling ligger i biomedisinske, objektive funn. I lys av en slik erkjennelsesteori er det forståelig at den medisinske skrivetradisjonen idealiserer en usynlig forfatter- og pasientstemme, objektive beskrivelser av pasienten som «taler for seg selv», uavhengig av subjektet som undersøkte dem (Thornquist, 2007). NPMF på sin side, er forankret i en grunnlagstenkning der psyke og soma står i et uløselig og innbyrdes avhengighetsforhold til hverandre. Det subjektivt kroppslig erfarende anerkjennes som en viktig kilde til kunnskap og undersøkelsesfeltet forstås slik at det skjer en gjensidig påvirkning mellom psykomotorikeren og pasienten (Gretland, 2007).

Trenden i dag, er likevel at helsepersonell tenderer til å skriftlig redegjøre for seg i tråd med det biomedisinske språket (Thornquist, 2009). Dette må ses i lys av at fysioterapien historisk har stått i et underdanig avhengighetsforhold til legestanden, der fysioterapien har måtte hente aksept fra medisinen for sin eksistens (Thornquist, 1988). I følge Thornquist (1988) vil ethvert fag som strever etter anerkjennelse, stå i fare for å tilegne seg teori, begreper og språk som ikke er i samsvar med praksis. At psykomotorikere ofte gir uttrykk for at de kommer til kort når de skal formidle og redegjøre for praksis, og at det i liten grad er utviklet et språk i helsevesenet som tar utgangspunkt i kroppen som kilde til erkjennelse, er derfor ikke overraskende.

³ Begrepet «*de to kulturer*» ble lansert av den britiske kjemikeren og romanforfatteren Charles Snow i 1959. Begrepet refererer til henholdsvis den naturvitenskapelige og den humanistiske kulturen (Snow, 1998).

⁴ I teksten bruker jeg biomedisinsk- og naturvitenskapelig- og den moderne medisin om hverandre da disse begrepene vanligvis brukes synonymt (jf. Thornquist, 2003)

Bakgrunnen for denne studien er altså den utfordrende posisjonen NPMF står i, med røtter i ulike vitenskapstradisjoner, i skjæringspunktet mellom naturvitenskap, sosiologi, samfunnsvitenskap og humaniora, og hvordan sosiale- og kulturelle forhold påvirker skriftliggjøringen av psykomotorisk fysioterapipraksis (jf. Nordtvedt & Grimmen, 2014).

1.2 Epikrisens funksjon

En epikrise springer ut av en journal (Helsepersonelloven, 1999, § 45 a.). En journal er «*en samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp*» (Helsepersonelloven, 1999, § 40 første ledd). Helsepersonell er pålagt å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999; Pasientjournalloven, 2014; Forskrift om pasientjournal, 2019). Jamfør Helsepersonelloven § 40 (1999) skal journalen være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Journalens formål er flere, men først og fremst å sikre forsvarlig helsearbeid ved at nødvendige og relevante opplysninger nedtegnes for å kunne gi forsvarlig behandling av pasienten. Pasientjournalen er i så måte et kommunikasjonsverktøy mellom helsepersonell (Helsedirektoratet, 2018a). Pasientjournalen har også til formål å gi tilsynsmyndigheter og andre relevante instanser innsyn i helsehjelpen som er gitt. Den brukes i kvalitetssikring av helsehjelpen blant annet i rettsaker og i forvaltningsmessige sammenhenger. I klage og rettsaker kan journaler bli lagt frem som bevis (Helsepersonelloven, 1999, § 47). Helsepersonell kan kritiseres, fritas og dømmes ut ifra hva som er skrevet i journalen. Av den grunn brukes ofte journaler som en objektiv representasjon av den helsehjelpen som er gitt (Thornquist, 2009).

Ordet «*epikrise*» stammer fra gresk og betyr «*bedømmelse*» eller «*vurdering*» (Braut, 2020). Helsepersonelloven §45 a (1999) definerer en epikrise som:

«Et sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte».

Epikrisens formål er å sikre pasienten god helsehjelp etter utskrivning og bidra til opplæring og kvalitetssikring hos henvisende helsepersonell. Fagutøveren skal redegjøre for sitt

vurderingsgrunnlag basert på hvilke opplysninger som bør videreformidles for best mulig videre oppfølging av pasienten. De fleste epikriser gjør rede for årsaken til ytelsen av helsehjelp, undersøkelse og diagnostikk, vurdering og behandlingsforløp, og i visse tilfeller også anbefalinger om videre oppfølging (Helsedirektoratet 2018a).

Av §45 a første ledd kommer det frem at pasienten bør få anledning til å opplyse hvem epikrisen skal sendes til. Jamfør første ledd andre punktum er hovedregelen at epikrisen sendes til henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger informasjonen for videre forsvarlig oppfølging og til pasientens fastlege (Helsepersonelloven, 1999).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikt: Undersøke og frembringe kunnskap om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter bruker språket til å konstruere og videreformidle kunnskap i sine epikriser. Videre er formålet å undersøke hvordan de sosiokulturelle forholdene som epikrisen opererer innenfor kan ses i sammenheng med språkbruken.

Problemstilling: Hvordan konstrueres og videreformidles kunnskap i psykomotoriske epikriser og hvordan kan dette ses i lys av sosiokulturelle forhold?

1.4 En viktig presisering: fra praksis til tekst

Tekstliggjøring av et psykomotorisk behandlingsforløp innebærer at meningsskapingen blir overført fra en situasjon til en annen, altså fra det kliniske møtet til en tekst. I denne overføringen skjer det en rekontekstualiseringsprosess der meningspotensialet i det som blir overført samtidig blir omformet. Rekontekstualiseringen er i så måte en meningsskapende prosess i seg selv (jf. Hitching et al., 2011). Det en pasient forteller om hodepinens karakter i en bisetning, kan fagutøveren gjøre til hovedtema i epikrisen, mens det som ble sagt om overgrep av far, kort noteres eller utelates. Slik kan den opprinnelige ytringen få ny mening i den nye sammenhengen.

Jeg vil gjøre meg noen innledende presiseringer som er viktige å ha med seg i lesingen av denne studien. Sosial praksis og tekst er to kvalitativt ulike fenomen. Språklig formidling vil

alltid omhandle begrensede deler av virkeligheten. Teksten vil alltid representere en tilkortkommenhet overfor virkelighetens sammenveving av levende ord, kroppslig orientering, gester, blikk og mimikk (Thornquist, 2009). At det foreligger korrespondanse mellom praksis og hva som skrives om praksis kan ikke tas for gitt. Denne studien inneholder empirisk materiale om hva som formidles om praksis og det kan ikke trekkes slutninger om hva praksisen inneholder i seg selv.

1.5 Oppgavens struktur

Studien er inndelt i seks kapitler. I kapittel to situeres epikrisen i sin sosiokulturelle kontekst. I kapittel tre behandler jeg diskursteorien og funksjonell systemisk lingvistikk (SFL) som teori og som metode. I kapittel fire konkretiseres de metodiske valgene jeg har foretatt meg fra start til slutt i forskningsprosessen og jeg vil beskrive min analysestrategi. Resultater og refleksjon presenteres samlet i kapittel fem. I kapittel seks oppsummerer og drøfter jeg funnene opp mot problemstillingen og reflekterer rundt hva funnene potensielt kan tilføre NPMF.

2 SITUERING AV STUDIEN

I dette kapitlet vil forskningens studieobjekt, den psykomotoriske epikrisen, ses i dialog med den konteksten den er situert i.

Helsefagenes historie, deriblant fysioterapien, er forbundet med medisinen. Fordi medisinske premisser har lagt føringer for alle helsepersonellgruppers tenkning og handling synes det nødvendig å innledende si noe om medisinen kunnskapsteoretiske utvikling (jf. Thornquist, 1988). Deretter belyses NPMF og autoritetsrelasjoner i helsevesenet, før epikrisene til slutt ses i lys av sjangerbegrepet.

2.1 Et historisk blikk på medisinen kunnskapsteoretiske utvikling

Journalføringspraksisen kan ikke ses isolert fra den vitenskapelige tradisjonen nedskriveren befinner seg i (Kveim Lie, 2012; Aaslestad, 1997). Et historisk blikk på medisinen kunnskapsteoretiske utvikling vil kunne belyse den arven dagens helsefaglige tekster bærer med seg.

Mennesker og kropp kan forstås på mange måter og gjennom historien har mennesker lagt til grunn ulike forklaringsmodeller i søken på å systematisere og organisere erfaringer. Ontologisk sett, dreier det seg om hva menneskekroppen er. Epistemologisk sett, dreier det seg om hvordan vi utvikler kunnskap om kroppen og hvilken rolle kroppen tillegges i hvordan vi skaffer oss kunnskap. I hundrevis av år har vitenskapsfilosofer forsøkt å besvare disse store spørsmålene.

Dagens rådende forståelse av kroppen skriver seg helt tilbake til renessansen på 15-1600-tallet, og fremveksten av naturvitenskapen (Thomassen, 2016). Den naturvitenskapelige orienteringen springer ut av en forståelse om at naturfenomener kan forklares ut ifra rent mekaniske årsakssammenhenger. Fremveksten av naturvitenskapen gjorde gradvis fortregning av den tidligere filosofiske forståelsen av menneske som en syntese av kropp, sjel og ånd og følgelig gikk mye av kontakten med humanistiske kunnskapskilder tapt (Monsen, 1987; Bondevik & Kveim Lie, 2007).

Det er ofte Galileo Galilei (1564-1642) og Rene Descartes (1596 – 1650) som regnes som grunnleggerne av moderne naturvitenskap (Thornquist, 2003). «*Naturens bok er skrevet på matematikkens språk*» skal Galilei ha skrevet. Descartes på sin side etablerte forståelsen av mennesket bestående av to helt adskilte substanser – en dødelig kropp som fungerte etter mekaniske lover, og en tenkende og udødelig sjel (Thomassen, 2016). I tillegg etablerte han en forestilling om en objektiv ytre verden som forstås uavhengig av den som ser. Denne tenkningen innebærer en forståelse om at kunnskap kan innhentes ved at subjektet, ved å følge bestemte metoder, på en korrekt måte, kan reflektere den objektive virkeligheten. Naturvitenskapen innebærer på denne måten et kunnskapsteoretisk skille mellom subjekt og objekt - en subjekt-objekt-tenkning (Bernstein, 1991).

Fremveksten av naturvitenskapen bidro til en interesse for å nedtegne journaler for å frembringe kunnskap om det generelle ved sykdom. Tidligere hadde pasientens symptombeskrivelse blitt betraktet som medisinsk tegn med primær selvstendig status, men sammen med fremveksten av naturvitenskapen ble det individuelle ved sykdom i større grad hvisket ut. Ved hjelp av de nye undersøkelsesteknologiene (stetoskop, perkusjon, spekel, etc.) var det kun legen, gjennom sin kunnskap og teknologi, som hadde kunnskap om pasientens sykdom. Gradvis ble det etablert et fast skille mellom legens objektive observasjoner, et «*medisinsk funn*» og det subjektive pasienten fortalte, et «*symptom*». I begrepsbruken ligger det ikke bare en forståelse om at det kan skilles mellom objektiv og subjektiv informasjon, men også at disse to klassene av informasjon ikke er likeverdige (Kveim Lie, 2012). Individets subjektive persepsjon fikk status som noe personlig, immaterielt, uforutsigbart, vilkårlig og noe som bare finnes i hodet. Den «*objektive*» informasjon fikk derimot status som noe som «*faktisk finnes*» på grunnlag av at objekter i den fysiske verden, har egenskaper som er iboende og målbare. Videre forstås kunnskap om disse egenskapene som uavhengige av menneskelige observasjoner, ved hjelp av den naturvitenskapelige metoden (Thornquist, 2003; Lakoff og Johnsen, 1980).

Historien om vitenskapliggjøringen av medisinen demonstrerer hvordan idealene om de objektive funnene er utformet og hvordan menneske- og sykdomsforståelsen har utviklet seg gjennom historien. Dagens helsevesen må ses i lys av et naturvitenskapelig kunnskapsgrunnlag og representeres gjennom en biomedisinsk tenkning der kropp og sjel, sykdom og liv, separeres (Kristoffersen, Skaug & Nortvedt, 2011). I denne sammenheng vil jeg sitere statsviter Ole Berg (1978) som har viet mye av sitt liv til å studere medisins historie og utvikling:

«Jeg har funnet det fruktbart å sette medisinen fragmentering i forbindelse med det perspektivet som preger den (...) nemlig det reduksjonistiske. Kort uttrykt går dette perspektiv ut på at et fenomen, (...) det menneskelige legeme, den menneskelige syke og miljø mennesket er en del av, best kan forstås hvis man forstår det med utgangspunkt i de elementer, de deler (delprosesser), det består av: man reduserer et fenomen til noe «lavere» enn fenomenet selv (...) Helheten går i stykker. (...) Å rette oppmerksomheten mot helheten – endog bare som en funksjon av delkunnskap, er en form for digresjon, det er å kaste bort tid (...)»

Den biomedisinske sykdomsmodellen er særlig egnet til å blant annet identifisere infeksjonssykdommer og sykdommer lokalisert til indre organer. Kunnskapsgrunnlaget må anerkjennes for at vi i dag kan vaksinere mennesker mot et bredt antall sykdommer som tidligere tok livet av millioner av mennesker (Kristoffersen et al., 2011).

Den biomedisinske modellen har imidlertid ingen kategorier som omfatter subjektiv opplevelse, livserfaringer og sosiale relasjoner. Modellen kritiseres derfor ofte for å komme til kort når den skal forklare sammensatte og komplekse lidelser, som i stor grad utgjør pasientdemografien i NPMF og dagens helsevesen generelt (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2008, Kristoffersen et. al, 2011). I løpet av de siste 20-30 årene er dog det dramatiske skillet mellom psyke og soma og den reduksjonistiske tankegangen noe utfordret, og medisinen anerkjenner i økende grad at psyke og soma står i et samspill (Kristoffersen et al., 2011). Begrepet psykosomatikk kan ses i lys av dette. Den biomedisinske tekningen kommer likevel fortsatt, implisitt og eksplisitt til syne gjennom medisinsk vitenskap, praksis og autoritetsrelasjoner i helsevesenet. Et eksempel er den medisinske spesialiseringen og subspecialiseringen vi kjenner i dag. Spesialister som tilhører felt av medisinen som kan forklare sykdom ved hjelp av den naturvitenskapelige metoden innehar større status og autoritet enn de spesialistene som har å gjøre med mer diffuse og sammensatte årsakssammenhenger. Dette kommer også til uttrykk i statusforskjeller mellom ulike diagnosegrupper der sykdommer som kan forklares via den naturvitenskapelige metoden får høy status (hjerteinfarkt, hjernesvulst, etc.), mens sykdommer som ikke lar seg like enkelt forklare, har lav status (ME/CFS, fibromyalgi, MUPS etc.) (Kristoffersen et. al, 2011). Den biomedisinske forståelsen av mennesket som «delt i to», kommer også til institusjonell uttrykk gjennom organiseringen av helsevesenet i en somatisk og en psykiatrisk del. Slik kan vi se at den naturvitenskapelige tankegangen er nedfelt i institusjoner og videreføres gjennom dem.

Fordi praksis utøves innenfor disse institusjonene, bidrar helsepersonell gjennom sin daglige praksis til at bestemte tenkemåter føres videre (Thornquist, 2009).

2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi

Forfatterne av epikrisene i denne studien tilhører den psykomotoriske fagtradisjonen⁵. Gjennom utdanning og yrkesutøvelse er de sosialisert inn i visse måter å tenke, forstå og handle rundt pasienters plager. Derfor vil jeg forsøke å redegjøre for NPMF både som en forståelsesform og som en konkret fysioterapeutisk metode og sammenhengen mellom tenkning og praksis.

NPMF er en veletablert behandlingsform i det norske helsevesenet, og det er i dag cirka 400 fysioterapeuter med takstkompetanse i Norsk psykomotorisk fysioterapi (NFF, medlemsregister). Behandlingsformen retter seg mot mennesker med psykosomatiske tilstander, psykiske lidelser og langvarige muskel- og skjelettsmerter. Pasientgruppen som kommer til psykomotorisk fysioterapi kjennetegnes ifølge Breitve et al. (2008) av diffuse og langvarige plager.

2.1.1 Grunnlagstenkning

Kunnskapsgrunnlaget faget bygger på, er svært bredt.⁶ Psykomotorisk fysioterapi er *fysioterapi*, og begrunnelsene for mange av de faglige resonnementene stammer fra naturvitenskaplige fagområder som nevrofysiologi, anatomi, sykdomslære, nevrologi og biomekanikk. NPMF ser altså ikke vekk fra naturvitenskapelig kunnskap, men trekker også inn kunnskap fra psykologi, samfunnsvitenskap, sosiologi og filosofi for å forstå hvordan mennesket kan utvikle psykosomatiske plager i forhold til sitt liv, erfaringer og livssituasjon

⁵ Når det gjelder denne oppgavens redegjørelse av psykomotorisk tenkning og praksis baserer jeg meg på skriftlige kilder (Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist 2006; Gretland, 2007; Gretland, 2016;). Disse kildene representerer noen ulikheter i form og innhold, men de formidler også noen fellestrekk i tenkning og praksis som kan sies å formidle kjernen i den psykomotoriske tradisjonen (Thornquist, 2006).

⁶ Først og fremst er et det ikke noen entydig enighet om NPMFs teoretiske plattform. I følge Bunkan (2001) utgjør psykoanalytisk teori og biomekanikk det teoretiske grunnlag for NPMF, mens Gretland (2007) knytter nyere psykodynamisk teori samt fenomenologisk teori til NPMF. Thornquist (2009) peker på at faget «befinner seg i skjæringsfeltet mellom naturvitenskapen og samfunnsvitenskapen», og er skeptisk til å forankre NPMF både i psykologien og i biomedisinen (Thornquist, 2009).

(Gretland, 2007; 2016). Et helt sentralt epistemologisk utgangspunkt i psykomotorisk fysioterapi er at kroppen anses som en kilde til innsikt og kunnskap, både for individet selv, og terapeuten. Ontologisk sett skiller det psykomotoriske perspektivet på kropp seg fra det tradisjonelle biomedisinske synet ved at biomedisinens klare skille mellom psyke og soma er hvisket ut. Kroppen er ikke noe vi bare *har*, men noe vi *er*. Kropp og følelser står i et gjensidig samspill gjennom at vi bruker kroppen til å uttrykke og regulere følelser i relasjon til omverdenen. Derfor betraktes kroppen som et uttrykksfelt og som et sosialt, kulturelt, historisk og relasjonelt fenomen (Gretland, 2007; Thornquist, 2006).

2.1.2 NPMF som klinisk praksis

Den helhetlige kroppsforståelsen gjenspeiler seg i den praktiske yrkesutøvelsen. Undersøkelse og behandling omfatter hele kroppen og en søker å forstå et lokalt problem i sammenheng med kroppen som helhet (Thornquist, 2006). Pasientens kroppslige væremåter og reaksjoner i møte med psykomotorikeren står i sentrum. Bevegelser, holdning, muskulatur og autonom aktivering ses både på som et uttrykk for biologiske strukturer og funksjon, men også som et uttrykk for kroppsliggjort liv (Gretland, 2016). Eksempelvis forstås pasientens holdning som et uttrykk, ut ifra en forståelse om at vi meddeler oss kroppslig med omverdenen, gjennom en oppstrammet eller oppgitt holdning.

Konklusjonen på undersøkelsen trekkes på grunnlag av hvordan pasienten reagerer på omstilling, altså små endringer kroppslige væremåter. Denne vurderingen gjøres ut ifra en oppsummering av alle funnene fra undersøkelsen, der de kliniske funnene får sin betydning og relevans i den sammenheng de står i. Psykomotorisk fysioterapi er *ikke* passiv behandling. Å endre og *omstille*, kroppslige og følelsesmessige vane- og reaksjonsmønstre krever aktiv deltagelse. Det etterstrebes å legge til rette for å gi pasienter mulighet til å utforske bevegelser, slik at de kan utvikle tillit til egne erfaringer og egen kropp. Slik kan man utforske sammenhenger og forbindelser mellom livserfaringer, kroppslige vaner, reaksjonsmåter, tanker og følelser. Gjennom å hjelpe pasienten i å utforske hvordan dette står i sammenheng og får utspille seg i livet kan psykomotorisk behandling sette i gang en selv bærende prosess og hjelpe pasienter til å stå stødigere på egne bein (Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2006).

2.3 Et historisk blikk på autoritetsrelasjoner i helsevesenet

Gjennom epikrisen kommuniserer psykomotorikeren med annet helsepersonell, først og fremst fastlege, men også pasienten (jf. Helsepersonelloven, 1999). All skriftlig rapportering i helsesektoren inngår i autoritetsrelasjoner og de sosiale sidene ved kommunikasjonen setter noen viktige rammer for produksjonen og resepsjonen av tekster (Thornquist, 2009). Jeg vil derfor synliggjøre de autoritetsrelasjonene epikriseskriving foregår innenfor, henholdsvis mellom psykomotorikeren, fastlegen og pasienten.

2.1.3 Psykomotorikeren som underordnet legen

Det asymmetriske maktforholdet mellom legen og psykomotorikeren, må ses i lys av fysioterapiens historie, dens avhengighet til medisinen og til kvinners rolle i samfunnet da fysioterapien primært var et kvinneyrke, mens legestanden hovedsakelig besto av menn (Thornquist, 1988).

Christina Medico-mekaniske Institutt, den første norske fysioterapiskolen, ble opprettet av leger og drevet av leger helt frem til 1974. Fysioterapeuten var i begynnelsen legens hjelper og var både faglig og organisatorisk legens underordnede, og var gjennom kvinne- og yrkessosialisering opplært til å akseptere legen som sine overordnede (Thornquist, 1988). Det manglende formelle ansvaret fysioterapeuter historisk har hatt som gruppe, inkluderer også manglende erfaring og skolering i fagformidling, skriftlig og muntlig. Journalen var lenge sett på som primært legens arbeidsredskap. Det er i hovedsak legen som har hatt bestemmelsesrett over hvordan journalen skal se ut, mens andre yrkesgrupper har vært fritatt fra å dokumentere og redegjøre for virksomheten (Thornquist, 2009).

Ifølge Thornquist (1988) har fysioterapien vært avhengig av aksept og anerkjennelse fra leger for sine behandlingsformer. Filosofen Lorraine Codes begrep «*retorisk rom*» er et begrep som synes nyttig i denne sammenheng. Begrepet forklarer hvordan kunnskap kan diskrediteres i sosial samhandling. Retoriske rom er sosiale sammenhenger der implisitte regler strukturerer og begrenser hvilken type utsagn som kan ytres med en rimelig sannsynlighet for å bli hørt, forstått og tatt på alvor (Code, 1995). Visse ytringer vil ikke møte anerkjennelse i disse retoriske rommene - ikke fordi de er usanne, men på grunn av maktspill der noen aktører diskvalifiseres med henvisning til lav troverdighet. Sosiologen Erving Goffman (1974) er også inne på noe av det samme i det han har kalt «*definisjon av situasjonen*». I dette ligger det at når mennesker utveksler budskap, setter de samtidig en

ramme for kommunikasjonen. Denne rammen omfatter hva som skal og hva som ikke skal snakkes om, hva som er tillatt og hva som er tabu, og hvilke over- og underordningsforhold som finnes i relasjonen. Ifølge Goffman vil den underordnede være sterkt preget av den overordnede oppfatning. På bakgrunn av dette kan det tenkes at et når et fag strever etter anerkjennelse, står utøverne i fare for å tilegne seg teori, begreper og språk som ikke er i samsvar med praksis. Å adaptere teori som er akseptert, er en måte å tilpasse seg andres vurderingsskala for å bli akseptert og tatt opp i «det gode selskap» (Thornquist, 1988).

Vi er bærer av vår historie, også i dag. Kunnskap om egen historie og et analytisk blikk på den kan gi forståelse for samtidens epikriser.

2.1.4 Psykomotorikeren som overordnet pasienten

Et hvert forhold mellom helsepersonell og pasient er grunnleggende asymmetrisk fordi den ene trenger hjelp og den andre har den etterspurte kompetanse (Thornquist, 2009). Det er tale om et maktforhold som på forhånd er institusjonalisert gjennom psykomotorikerens posisjon i det offentlige helsevesenet. Den asymmetriske maktrelasjonen kommer eksplisitt til uttrykk gjennom den oppgaven psykomotorikeren er tildelt når det kommer til nedskrivning av epikrisen. Fagutøverens beskrivelser av pasienten blir stående svart på hvitt⁷, og følger pasienten videre i systemet, selv om vedkommende er ferdigbehandlet (jf. Thornquist, 2009).

Det historiske skjeve maktforholdet mellom fagutøver og pasienten blir i dag utfordret av et økende krav om endret rollefordeling mellom partene. Dette kommer for eksempel til juridisk uttrykk i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 og § 5-1 (1999) som gir pasienten lovfestet rett til brukermedvirkning⁸ og innsyn i egen journal.

2.4 Epikrisen som sjanger

Det er mest nærliggende å assosiere epikrisen med sakprosa-begrepet. Da sakprosa-begrepet først ble innført i 1938 ble sakprosa forklart som «*objektiv prosa*». Saken var det viktige og

⁷ Selv om det er lovfestet i Helsepersonelloven (1999) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at informasjon i journalen skal kunne rettes eller slettes dersom den er feil, er det i praksis vanskelig (Thornquist, 2009).

⁸ «*Brugermedvirkning*» er et begrep som beskriver retten til aktiv deltagelse i valg som gjelder egen helse, undersøkelse, behandling og i utformingen av helse- og omsorgstjenester. Formålet er jevnere maktfordeling mellom velferdsstatens brukere og myndigheten og å gi mer makt til de som står svakest når det gjelder innflytelse på samfunnslivet (Engebretsen & Heggen, 2012).

sakprosatekstene skilte seg fra det skjønnlitteraturen ved at sakprosaen måtte forstås som speilbilder av virkeligheten (Engebretsen, 2007). Umiddelbart kan det virke som epikriser svarer godt til denne definisjonen. De tar jo utgangspunkt i virkelige hendelser. Dagens språkforskere har dog en mer utvidet forståelse av begrepet sakprosa:

«En sakprosatekst er en tekst som adressaten, ut fra sine forventninger, oppfatter som direkte ytringer om virkeligheten. Forventningene skapes bl.a. ut fra den sammenhengen teksten inngår i» (Tønnesson, 2012, s. 15).

Dagens forståelse av forskjellen mellom sakprosa og skjønnlitteratur ligger altså ikke nødvendigvis i teksten selv, men utenfor, i tekstens kontekst, sjangerkontrakten mellom skribenten og adressaten (Tønnesson, 2012). Konteksten bidrar til at den psykomotoriske epikrisen kategoriseres som sakprosa. Den produseres av offentlig autoriserte helsepersonell i sitt arbeid og helsevesenet som institusjon sikrer dets troverdighet. Alt dette bidrar til å skape forventninger om saklighet.

Innenfor sakprosapaplyen finnes det en rekke sjangre. En av «klassikerne» innenfor sjangerforskningen er artikkelen «*Genre as Social Action*» av Carolyn Miller (1984). Her forklares sjangerbegrepet som en type sosial handling som gjentas i visse situasjoner og som dermed har fått noen typiske trekk. Sjangre er altså ikke tekster, men tilgjengelige mønstre som genererer tekster.

Et kriterium for å bli hørt og forstått i ulike sammenhenger er kunnskap om sjangerkonvensjoner (Svennevig, 2019). Det er derfor verdifullt å besitte en velutviklet sjangerbevissthet og sjangerkompetanse. Sjangerkompetanse bidrar til å lette både produksjonen og tolkningen av teksten ved at sjangeren utgjør et sett tekstnormer for hvordan vi skal kommunisere. Tekstnormene som uttrykkes gjennom sjangeren kan forstås som kulturelt betingede føringer for hvordan en tekst i en gitt sammenheng skal skrives (Hågvar, 2007). Tekstnormene har de samme egenskapene som normer generelt og vil derfor fungere som retningslinjer for både produksjonen og mottakelse av tekster, og er tvingende nødvendige for at vi overhodet skal forstå hverandre (Skovholt & Veum, 2014).

Som normer ellers er tekstnormene historiske og kulturelle fenomener. Det er medlemmene i de ulike kulturelle felleskapene som etablerer disse, enten eksplisitt gjennom regler og veiledninger som epikrisemaler og lovgivning eller mer implisitt gjennom tekst- og samtalepraksis. De fleste sjangre læres gjennom praksis og blir aldri gjort eksplisitte for

deltagerne selv. De tilegnes gjennom å observere kompetente deltagere i kulturen og prøve dem ut i praktisk samhandling med disse deltakerne (Miller, 1984; 2004). En utfordring ved epikrisesjangeren kan være at den ofte står i en form for enveiskommunikasjon. Det kan derfor tenkes at fagutøveren har et begrenset tilbakemeldingsgrunnlag å justere sin kommunikasjon ut ifra.

Per dags dato foreligger det ikke noen forskning som kan fortelle oss om sjangertrekkene ved den psykomotoriske epikrisen på empirisk grunnlag. I medisinen og helsetjenesten generelt, er det i større grad forsket på språkbruken i journalpraksisen. Her pekes det på at tekstspraksisen kjennetegnes av en upersonlig skrivestil, som kommer til uttrykk ved at forfatteren gjør seg usynlig og lar observasjoner og resultater «*tale for seg selv*» ved at det sjelden benyttes førstepronomen (Anspash, 1988; Hertzberg, 1995; Skelton, 1997; Breivega, 2001; Tønnesson; 2008; Thornquist 2007; Helán, 2012). Et annet språklige kjennetegn ved den medisinske journalsjangeren er at pasientens stemme som regel er fraværende (Anspash, 1988; Monroe, Holleman og Holleman, 1992; Charon, 1992; Aaslestad, 1997). Videre er det en tendens til å benytte seg av talldata og «*objektive funn*» som et retorisk grep for å gi opplysninger og funn tyngde (Thornquist, 2009).

I dagens helsevesen har flere yrkesgrupper enn leger journalføringsplikt. I takt med at informasjonsmengden har økt, er det i økende grad etablert tekstnormer for å strukturere journalen⁹. Et mye anvendt journalføringsprinsipp på tvers av faggrupper i helsevesenet, som hjelper med å strukturere informasjonen i journalen er SOAP (Donelley & Brauner, 1992; Hunskår, 2005; Bostrøm & Saxstrup, 2005). SOAP¹⁰ har til hensikt å være et journalføringsverktøy som skal hjelpe klinikerens med å skille mellom pasientens subjektive symptomer og klinikerens objektive funn. Grunnlaget for et slikt skille springer ut av en forståelse om at klinisk informasjon enten er subjektiv eller objektiv (Donelley & Brauner, 1992). Ifølge Donelley & Brauner (1992) medfører denne begrepsbruken mer enn å sortere og

⁹ Struktur i pasientjournalen løftet frem som et satsningsområde som skal gi pasientene et bedre helsetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det er ikke noen entydige svar på strukturering av den medisinske journalen. Stortingsmeldingen fra Helse- og omsorgsdepartementet (2013) er klar på at man må legge mer enn ett perspektiv til grunn for strukturingsarbeidet: "Grad av strukturering må avstemmes med klinikerens behov og krav til enkelhet, og ønsket gjenbruk av data".

¹⁰ SOAP står for *S* (subjektivt) - *O* (objektivt), *A* («assessment»/vurdering) – *P* (plan) (Donelley & Brauner, 1992).

kategorisere kilden til klinisk informasjon. Slik språkbruk bringer også psyke-soma-
dikotomien inn i journalen.

3 TEORETISK BAKGRUNN

3.1 Diskursteori og systemisk funksjonell lingvistikk (SFL)

Denne oppgaven er forankret i diskursteori og systemisk funksjonell lingvistikk (SFL), både som teori og som metode, og behandles derfor samlet. Det finnes mange ulike retninger og metodiske «ferdigpakker» med utgangspunkt i diskursteori. De er ofte beskrevet på et høyt abstraksjonsnivå og er vanskelig å få tak på, noe som ofte medfører at hovedpoenget, nemlig å stille kritiske spørsmål til teksten, glipper opp i all filosofien og teknikken. Felles for alle er likevel at det gjøres en kritisk undersøkelse av etablerte tenke-, skrive- og snakkemåter, av «tatt-for-gitte» antagelser om hvordan verden er eller burde være (Johannessen, Rafoss, Rasmusen, 2018). Noen velger en rigid struktur, mens andre kombinerer ulike metoder etter ønsker og behov. Jeg har i all hovedsak latt meg inspirere av funksjonell systemisk lingvistikk (SFL)¹¹. SFL inngår ofte som et rammeverk innenfor en mer overordnet diskursanalytisk tilnærming (Skovholt og Veum, 2014). Min tilnærming er mindre filosofisk og teknisk raffinert, men jeg mener at den er velegnet for å undersøke oppgavens problemstilling – analyse av tekst i kontekst.

Sett i sammenheng med psykomotorisk litteratur er det helt nytt å vurdere en språklig innflytelse som en relevant forklaringsfaktor for sosiale spørsmål. Språk har gjerne vært underordnet, og fokuset har vært på praktiske psykomotoriske metoder. Jeg skal nå redegjøre for diskursteori og SFL som teori og metodologi og med det vise hvordan disse retningene kan ha relevans i et praktisk fag som NPMF.

3.2 Operasjonalisering av diskursbegrepet

Begrepet «*diskurs*» blir brukt i forskjellige betydninger i ulike sammenhenger og fagretninger. I denne oppgaven bruker jeg begrepet på to nivåer; i et språkvitenskapelig perspektiv om «*tekst i kontekst*», og på et mer overordnet nivå om en «*kollektiv*

¹¹ Jeg forholder meg til hovedsakelig til SFL slik den er beskrevet av Maagerø (2005) og Skovholt og Veum (2020). Andre aktuelle kilder som har vært til inspirasjon er Grue (2011; 2015), Svennevig (2020), Winther Jørgensen & Phillips (2008) og Fairclough (1992; 2008).

forståelsesramme» som dannes innenfor grupper, institusjoner og kulturer i samfunnet (Johannessen et al., 2018; Grue, 2015).

Diskurser kan studeres fordi de manifesterer seg blant annet som gjentagende mønstre av språkbruk, som faste måter å snakke og skrive på, som springer ut av og reflekterer samme forståelsesramme. Fordi diskurser handler om hvordan vi tenker om ulike fenomener, påvirker de også hvordan vi snakker, handler og organiserer samfunnet. Diskurser virker tilbake på vår forståelse; utsettes vi for eksponering av en rekke representasjoner av en bestemt type lærer vi opp i bestemte tankesett. Det er derfor ingen tilfeldighet at medlemmer av samme kultur utvikler felles måter å tenke og handle på (Johannessen et al., 2018). Utgangspunktet for diskursbegrepet er et dialektisk forhold mellom språk og samfunn, og mellom tekst og kontekst. Dermed kan tekster være en innfallsport til studier av institusjoner og normer som styrer oss, som skaper orden og sosiale fellesskap (Berge, 2003). Tekster oppfattes som formet av visse sosiale forhold, som for eksempel maktforhold, sjangerkonvensjoner, sosiale forhold, institusjoner og organisasjoner. Samtidig blir sosiale forhold formet av tekster. Tekster kan derfor bidra til å forme og forandre de sosiale forholdene de har sitt opphav i (Hornmoen, 2003).

Et sentralt poeng, som den franske filosofen Michel Foucault¹² var den første til å fremheve, er at diskursanalysens antakelse om at de språklige mønstrene *ikke* avspeiler omverden, identiteter og sosiale relasjoner på en nøytral måte, men heller spiller en aktiv rolle i å konstruere og forandre disse (Winther Jørgensen og Phillips, 2008). Til å beskrive dette benyttes ofte metaforen «*kart versus terreng*». Diskursen er kartet, som beskriver terrenget (fenomenet). Kartet gjenspeiler aldri et helt korrekt bilde av terrenget, men er *én* måte å representere det på. Diskursanalysen har ikke til hensikt å undersøke terrenget, men er mer opptatt av å studere kartet for å forstå kartmakerne og kartmakerenes kultur. Det handler altså ikke bare om å beskrive språkbruken, men også kunne gi mulige forklaringer på hvorfor ulike språkvalg blir gjort. Dette gjøres ved å analysere teksten i lys av sin sosiale, historiske og kulturelle kontekst (Johannessen et al., 2018).

Diskursanalysen er kritisk av natur ved at den søker mot å forstå hvordan vi mennesker bevisst eller ubevisst viderefører tankemønstre, verdier, holdninger, idealer og ideologier¹³ gjennom språklige praksiser som kan være negative for ulike grupper i. Hva som er negativt

¹² Winter Jørgensen & Phillips (2008, s. 22) viser til Foucault (1972; 1973).

¹³ Med begrepet ideologi menes oppfatninger om hvordan verden ser ut og bør se ut (Grue, 2011).

er et diskusjonstema i seg selv, men tradisjonelt har kritisk diskursanalyse rettet oppmerksomhet mot sosial ulikhet og marginalisering (Fairclough, 1992; Wodak & Meyer, 2009).

3.3 Et diskursteoretisk perspektiv på makt

Som vi så vidt var inne på er diskursanalysen opptatt av makt. Foucaults (1996; 1999) perspektiver på makt og sosial kontroll har hatt stor innflytelse på utviklingen av diskursteorien.

3.3.1 Operasjonalisering av maktbegrepet

Foucault forsøkte ikke å undersøke hva makt er, men rettet heller fokus mot hvordan makten er uunngåelig (Miller og Rose, 2008). Skal vi operasjonalisere maktbegrepet må vi derfor se til andre kilder. Sosiologen Steven S. Lukes (2005) beskriver maktbegrepet i boken «*Power – A Radical View*». En standard definisjon er at makt forekommer når A får B til å gjøre noe vedkommende ellers ikke ville gjort fordi A har mest makt. Her inkluderes alle de tilfellene der A fikk gjennomslag fordi B ikke fikk sine saker på dagsorden. Dette kan skje gjennom bruk av vold og tvang, men også i tilfeller der B vet hva han ønsker, men mangler kanaler for å gi uttrykk for det eller at innspillene eller kunnskapen til B defineres som utenfor det relevante. Dette tradisjonelle maktsynet har i senere tid blitt utfordret ved at det også finnes en makt som ikke umiddelbart er synlig for det blotte øyet. Maktutøvelse på det ideologiske planet kan skje ved at A får B til å gjøre det A vil, fordi B vil det samme (Lukes 2005).¹⁴

3.3.2 Diskursiv makt

Ifølge Foucault (1999) er ikke makt en «*ting*», men en egenskap ved sosiale relasjoner. At makt er knyttet til sosiale relasjoner innebærer at det finnes maktforhold i alle relasjoner. I og med at makt forstås som et relasjonelt fenomen ligger det makt i å beherske en diskurs, et fagspråk eller et gruppespråk – å tilhøre et diskursfelleskap.

¹⁴ Dette perspektivet på makt har Lukes (2005) hentet fra den marxistiske teorien om ideologisk hegemoni, hvor de «*herskendes tanker er de herskende tanker*». Lenger bak ligger fortellingen om herre og knekt, der herrens makt hviler på at knekten ser seg selv med herrens øyne (Hegel, 1999, s. 111).

Også den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1996) knytter diskurser til makt. Han trekker inn begrepet «*symbolsk makt*» som en beskrivelse av historiske betingede maktforhold som ikke oppfattes som makt, fordi de oppfattes som naturgitte. Ifølge han har de som har makt til å definere språkets form, innhold og sammenheng, symbolsk makt til å definere og organisere den sosiale virkeligheten:

«Symbolsk makt er makt til å konstituere det gitte, gjennom utsagn om det, til å få andre til å se og til å tro på en verdensoppfatning, til å bekrefte den eller til å forandre den, og gjennom verdensoppfatningen også handlingen i verden, og dermed verden selv» (Bourdieu, 1996, s. 45).

Språkbruk kan derfor ses på som en maktutøvelse i seg selv fordi det konstituerer en virkelighet. Ut ifra et diskursteoretisk perspektiv kan epikrisene derfor forstås som en diskursiv praksis og en maktutøvelse – hvilke diskurser epikrisene velger å presentere temaer gjennom, er med på å konstruere en viss type kunnskap om mennesker, kropp, helse og sykdom. Alle mennesker har imidlertid ikke like stor definisjonsmakt og ulike mennesker har ulike ressurser å trekke på. Når psykomotorikere skriver tekster gjøres dette innenfor rammene av tilgjengelige fagspråk, teorier og praksiser, hvor noen former for kunnskap er definert som mer meningsfull enn andre. Ifølge Foucault (1999) iverksetter diskursene en rekke «*utelukkelsesprosedyrer*» som bestemmer hvem som kan snakke om hva og hva som er akseptabel kunnskap. I helsevesenet har det hovedsakelig vært medisinen, den biomedisinske diskursen, som har hatt definisjonsmakten til å bestemme hva som er gyldig kunnskap om kropp, helse og sykdom (Thornquist, 2009). Når en diskurs vinner igjennom på denne måten refereres den ofte til som «*hegemonisk*». Ved at den biomedisinske diskursen kan ses på som hegemonisk innenfor helsevesenet, er det fort at kunnskap som faller utenfor disse rammene utelukkes. Derfor en diskurs også forstås som en reduksjon av muligheter å forstå noe(n) på (Laclau og Mouffe, 1985).

Språk og makt står dermed i et gjensidig avhengighetsforhold; språket vårt er farget av maktforhold i samfunnet og språket påvirker maktforhold. «*Kunnskap er makt*» og vi uttrykker kunnskap gjennom språket – «*språk er makt*».

3.3.3 Normativ makt

Avslutningsvis vil jeg trekke inn Foucaults (2000a; 2000b) normalitetsbegrep. Normalisering vil si at mennesker blir sammenlignet og differensiert i forhold til en ønskelig norm. Ifølge

Foucault (2000b) innførte fremveksten av den moderne medisinen nye og strengere normalitetskrav i forbindelse med kropp og helse. Et eksempel kan vi finne om vi ser til den norske medisinhistorikeren Anne Kvam Lie (2012) sine analyserer av den medisinske diskursen i 1800-tallets journaler. Samtidens forståelse av menstruasjon som sykdom og journalnedtegnelsens beskrivelse av disse kvinnenenes symptomer, konstruerte en sykeligjort kvinnelighet. Denne referansen er vanskelig å se i samtiden, men lettere å se hvis vi går tilbake i tid, da kunnskapsgrunlaget var annerledes, som i Kveim Lies (2012) studie om menstruasjon som sykdom. Et annet eksempel er Foucault (2000a) sin berømte studie «*galskapens historie*» der han viser hvordan det som i dag omtales som mental sykdom, tidligere ble sett på som interessante personlighetstrekk. Foucaults poeng er at det ikke er naturen som bestemmer hva som er sykt og friskt. Mennesker konstruerer disse kategoriene, noe som reflekteres av hvordan sykdomskategorier og normalitetsdiskurser har variert gjennom historiens løp. Dette kan knyttes opp mot det sosiologiske begrepet «*medikalisering*» som beskriver hvordan stadig flere av menneskers ikke-medisinske menneskelige problemer blir forstått og forklares gjennom biomedisinske årsakssammenhenger og dermed behandlet som medisinske problemer (Kirkvold, 2020; Sadler, Lee & Inrig, 2009).

Fysioterapien har tradisjonelt vært preget av en biomekanisk diskurs, hvor en har vært opptatt av avvik fra en sosialt konstruert anatomisk idealkropp (Thornquist, 2014). Enkeltmenneskers avvik fra denne idealmalen har følgelig blitt en forklaringsmodell på ryggsmarter og ikke minst metaforen «*dårlig holdning*». De normalitetskravene fysioterapeuter setter for kropp og helse og det språket de benytter for å viderefremde dette, påvirker pasienters forståelse av egen kropp, håp, tro på bedring og handlingsmønster (jf. Darlow, 2016; Darlow et al., 2013). Foucault (2000a; 2000b) beskriver normalisering som en form for maktutøvelse. Ved at epikrisedokumentet i kraft av Helsepersonelloven (1999, § 45) skal formidle en faglig vurdering av et annet menneske, forstår jeg epikrisesjangeren som grunnleggende normativ.

3.4 Systemisk funksjonell lingvistikk

Som sagt inngår *Systemisk funksjonell lingvistikk* (SFL) ofte som et rammeverk innenfor en mer overordnet diskursanalytisk tilnærming. Dette er en teori om hvordan mennesker skaper mening gjennom språk og andre uttrykkformer i en sosial kontekst og følgelig må all

meningsskaping studeres i sammenheng med konteksten. Det er altså snakk om et grunnleggende sosialt språksyn der språket aldri kan løsrives fra konteksten det blir til i (Maagerø, 2005). Det finnes to hovedkomponenter som summerer opp kjernen i SFL, henholdsvis kontekst og de tre metafunksjonene.

3.4.1 Kontekst

Ordet kontekst betyr «*med teksten*», altså det som er sammen med eller rundt den. Fordi ingen kommunikasjon foregår i et vakuum, er utgangspunktet i SFL at enhver meningsskaping inngår i en kontekstuell ramme. Derfor er det nødvendig å først plassere teksten i konteksten teksten har blitt skapt i (Maagerø, 2005).

Kontekstbegrepet inndeles i to abstraksjonsnivåer; situasjonskonteksten og kulturkonteksten. «*Situasjonskonteksten*» forstås som den umiddelbare situasjonen hvor teksten produseres og blir lest i. Teksten må forstås som uløselig knyttet til kommunikasjonssituasjonen den ble til i; en uttrykker seg på en annen måte i en epikrise enn i en privat tekstmelding, på grunn av konteksten. Det er særlig tre variabler ved samhandlingssituasjonen som er av særlig betydning for språkbruken og som er nyttige å ta for seg ved analyse av situasjonskonteksten. Det har å gjøre med situasjonens «*felt*» (hvilken sosial handling som foregår og emnet det skrives om), «*relasjon*» (status, roller og maktfordeling mellom deltagerne i kommunikasjonen) og «*mediering*» (den rollen språket spiller i samhandlingen) (Maagerø, 2005).

Situasjonskonteksten, er i sin tur påvirket av et større kulturelt rammeverk, «*kulturkonteksten*». Kulturkonteksten legger føringer for hvordan menneskene innenfor denne kulturen samhandler for å utveksle og skape mening. I dette ligger det tradisjoner, økonomiske-, politiske-, geografiske- og historiske forhold og kulturelle ritualer som er nødvendig å kjenne til for å få en helhetlig forståelse av kommunikasjonen. En kan tenke på kulturkonteksten som en ramme rundt situasjonskonteksten, som i sin tur er rammen rundt situasjonen der vi aktualiserer språket, og skaper mening (Maagerø, 2005). Alle disse rammene er til stede i enhver språklig samhandling, og kan illustreres som figur 1.



Figur 1. Illustrasjon av epikrisen i et dialektisk forhold med sin kontekst på to abstraksjonsnivåer.

Relasjonen mellom situasjonskonteksten og kulturkonteksten er ikke en statisk størrelse, men er i et dynamisk forhold der gjensidig påvirkning er med på å konstituere en kultur. Endringer i situasjonskonteksten kan over tid virke inn på kulturen slik at den endrer seg (Maagerø, 2005).

3.4.2 Språkets tre metafunksjoner

Et grunnleggende element i SFL, og som har fått stor utbredelse i moderne tekstvitenskap er teorien om de tre metafunksjonene; at alle ytringer eller tekster realiserer tre grunnleggende typer mening.

Den første metafunksjonen, den *ideasjonelle metafunksjonen*, handler om at vi mennesker bruker språket til å fortelle noe om verden. Den andre metafunksjonen betegnes den *mellompersonlige metafunksjonen* og refererer til hvordan språket etablerer og opprettholder roller, status og relasjoner mellom personene i kommunikasjonen. Den siste metafunksjonen betegnes som den *tekstuelle metafunksjonen*. Denne metafunksjonen skaper sammenheng og relevans mellom de to andre metafunksjonene og viser til hvordan vi skaper sammenheng i tekster gjennom ulike mekanismer (Maagerø, 2005).

4 METODE OG ANALYSESTRATEGI

Jeg har hovedsakelig valgt å presentere diskursteorien og SFL som en del av oppgavens teoretiske perspektiver, men vil nå belyse hvordan jeg konkret har gått frem i forskningsprosessen. Jeg har gjort en pragmatisk analyse tilpasset akkurat denne oppgavens problemstilling. Derav betegnelsen analysestrategi, en betegnelse som impliserer at jeg har måtte foreta en rekke valg som har konsekvenser for den videre forskningen. I det følgende vil jeg derfor forklare, begrunne og diskutere ulike metodevalg, der jeg søker å bringe klarhet over de beslutningene jeg har tatt underveis i forskningsprosessen.

Fokuset for oppgaven er som formulert innledningsvis å undersøke hvordan kunnskap konstrueres og formidles i psykomotoriske epikriser, i lys av et sosiokulturelt rammeverk.

4.1 Metode og materiale

Med mål om å undersøke meningsinnholdet i skriftlige tekster, og fordi jeg mener epikrisenes meningsskaping må undersøkes sosiokulturell sammenheng har jeg valgt å gå metodisk til verks inspirert av SFL og diskursteori, fremfor en «ren» tekstanalyse.

Datamaterialet består av naturlig forekommende data, det vil si at jeg har benyttet meg av eksisterende kilder, i form av psykomotoriske epikriser (jf. Skrede, 2015). Epikriser ble valgt som studieobjekt fremfor en innkomstjournal eller «*dag-til dag*»-journalføring. Dette valget ble gjort på bakgrunn av at epikrisen er et slags resyme av et helt behandlingsforløp, og kan derfor forventes å inneholde hele «gangen» i NPMF samt eksplisitte faglige vurderinger. I og med at epikrisen inngår i kommunikasjon med annet helsepersonell, vil de virkelighetsbildene den konstruerer potensielt ha sosiale konsekvenser. I lys av mine teoretiske perspektiver gjør dette epikrisen til et interessant studieobjekt.

Datamaterialet består av tolv epikriser fra ti ulike psykomotorikere fra hele landet. Tekstene er skrevet i tidsrommet 1985-2019. Jeg har nummerert tekstene tilfeldig fra 1-12 for å holde orden i materialet og for at tekstfremstillingen skal bli oversiktlig. Materialet er på ingen måte ment å være homogent. Derimot representerer hver enkelt epikrise et unikt behandlingsforløp. Jeg har ikke vært ute etter å oppnå et materiale hvor de enkelte tekstene utfyller hverandre i

en søken etter én bestemt type «*sannhet*». Materiale ses heller på som rikt i kraft av sin ulikhet.

4.2 Avgrensning av kontekst

Fordi den valgte metoden fordrer at man skal undersøke teksten i lys av konteksten har dette ført til at det har vært nødvendig å bruke mye plass på å situere den sosiokulturelle konteksten som et rammeverk som epikrisen formes av og er med på å forme (viser tilbake til oppgavens del to). En sentral utfordring i forskningsprosessen har vært å avgrense konteksten. Med utgangspunkt i Hitching, Nilsen & Veum (2011) forstår jeg kontekst som subjektiv avgrensning, ikke en objektiv størrelse og dreier studien i en bestemt retning. Det synes derfor viktig å tydeliggjøre at den avgrensede konteksten reflekterer mine valg og at disse valgene setter noen begrensninger og muligheter for tolkningen av tekstene.

Når det gjelder hvordan man skal avgrense kulturkonteksten peker Fairclough (2008) på at det kan være nyttig og overordnet skille mellom tre: økonomiske, politiske (som har å gjøre med makt og ideologi) og kulturelle (som har å gjøre med verdier og identitet). Dette har dannet utgangspunkt for min avgrensning av kulturkonteksten. Som det fremkom av oppgavens del to har jeg avgrenset epikrisens kulturkontekst til helsevesenets kunnskapsteoretiske utvikling, NPMF, autoritetsrelasjoner i helsevesenet og epikrisens sjangerdialog.

Når det gjelder situasjonskonteksten ville det vært ideelt å analysere hver enkelt epikrise i lys av sin egen situasjonskontekst (Jf. Halliday & Matthiessen, 2004). Den helt konkrete situasjonskonteksten som hver av de enkelte epikrisene ble til i, er dessverre utilgjengelig for meg. Situasjonskonteksten har i så måte avgrenset seg selv. Min analyse av situasjonskonteksten er derfor på et mer overordnet nivå der jeg trekker frem fellestrekk som kan tenkes å gjelde for hele materialet. Hvordan faktorer som kjønn, alder, tidligere samarbeid og relasjon til fastlegen, relasjonen til pasienten, morsmål, andre videreutdanninger, når epikrisen ble skrevet og hvor travelt fagutøveren var i skrivesituasjonen, etc. virker inn på situasjonskonteksten er derfor ikke tatt høyde for.

4.3 Utvalg og rekrutteringsprosess

Rekrutteringsprosessen ble gjort gjennom Norsk fysioterapeutforbund sin faggruppe for psykomotorisk fysioterapi sin Facebookside samt direkte mailkontakt med psykomotorikere. Åtte psykomotorikere tok kontakt med meg med ønske om å delta i studien. Disse tok selv kontakt med aktuelle pasienter de hadde skrevet epikriser om, med spørsmål om deltakelse til studien. Dersom pasienten ønsket å delta, ble det sendt informasjonsskriv og samtykkeskjema til både fysioterapeuten og til pasienten, som måtte underskrives som et formelt samtykke til deltagelse i studien (se vedlegg 1, 2 og 3). To av epikrisene er hentet fra publiserte kilder (Thornquist, 2009; Ekerholt & Falck, 1995).

4.4 Studiens kvalitet

For å ivareta studiens kvalitet har jeg sørget for å ivareta studiens gyldighet og pålitelighet.

Gyldighet handler om hva resultatene er gyldige om og under hvilke betingelser. Dette innebærer spørsmål om metoden er tilpasset forskningsspørsmålet og om det er sammenheng mellom bakgrunn, teorier, problemstilling, metode og resultater (Malterud, 2017). Under hele arbeidet med planleggingen av dette prosjektet har jeg vært bevisst på å utføre et metodisk grundig arbeid. Når det gjelder under hvilke betingelser resultatene er gyldige, kritiseres ofte kunnskapen som frembringes ved hjelp av kvalitative metoder, fra et naturvitenskapelig perspektiv, å være relativ, partikulær, subjektiv og kun knyttet til tid og sted. I tråd med denne studiens teoretiske perspektiver forstås heller kunnskap som sosialt konstituert og forskeren er mer opptatt av kunnskapens mangfold og kontekstavhengighet (jf. Kvale & Brinkmann, 2009). Generaliserbarhet, slik vi kjenner det fra kvantitativ forskning, blir da et lite nyttig begrep. Jeg ser det slik at min undersøkelse ikke handler om å generalisere, men å kontekstualisere og vekke nysgjerrighet og refleksjon, og om mulig, å finne gjenklang i annen forskning på feltet.

Pålitelighet, slik vi kjenner det fra kvantitativ forskning handler om hvorvidt forskningen er troverdig, om resultatene lar seg reprodusere. Det naturvitenskapelige idealet om objektivitet er ikke mulig i en kvalitativ tekstanalyse, og heller ikke et mål. Det betyr likevel ikke at alle forskningsresultater er like gode eller at man ikke kan forholde seg kritisk (Winther Jørgensen & Phillips, 2008). Innen kvalitativ forskning snakkes det heller om *refleksiv objektivitet*.

Begrepet viser til at man som forsker anerkjenner at man påvirker forskningsprosessen og reflekterer rundt og synliggjør hvordan egne verdier, kultur, teorier og forforståelse påvirker forskningen (se oppgavens del 4.5). *Transparens* er også et begrep som knyttes til studiens pålitelighet og handler om at forskningsprosessen synliggjøres, slik at den kan vurderes utenfra (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette har jeg ivaretatt ved at jeg har dokumentert hele forskningsprosessen fra start til slutt, så godt det går, i denne oppgaven. I oppgavens resultatdel har jeg også lagt frem en rekke tekstutdrag fra det empiriske materialet, slik at det blir mulig for andre forskere å vurdere troverdigheten i de tolkninger og resultater jeg har fremstilt (Jf. Kvale & Brinkmann, 2009).

4.5 Forskerrollen

Jeg vil nå redegjøre for forskerrollen min kan ha påvirket analysen og resultatene. I denne sammenheng vil jeg trekke frem at jeg selv er en del av fagområdet som studeres.

Forskningen springer ut av en interesse for fagformidling og at jeg til stadighet finner meg selv grublende over hvordan jeg skal formulere meg i epikrisen. Min situering i NPMF har nødvendigvis påvirket hvordan epikrisene ble lest, og mer eller mindre ubevisst styrt blikket mitt mot visse fenomener og vekk fra andre. Jeg har forsøkt å bruke min nærhet til feltet til min fordel. Jamfør Hitching et al. (2011) kan forskning på eget felt ofte være mer pålitelige fordi forskeren har innsikt i den bestemte kulturkonteksten.

Min forforståelse i forkant av studien var påvirket av samtaler jeg har hatt med annet helsepersonell om deres inntrykk av psykomotoriske epikriser. På bakgrunn av dette hadde jeg på den ene siden en forhåndsoppfatning av at mange av fagets epikriser formidler innsiktsfull kunnskap om menneskelig lidelse, sykdomsforståelse, tilfriskning og relasjonelt helsearbeid. Imidlertid, hadde jeg også en mistanke om at det kunne være en distanse mellom praksis og hva som ble formidlet om den, basert på samarbeidende helsepersonell tidvise referanser til NPMF som «*avspenning*» eller «*pusteterapi*».

Jeg har forsøkt å ikke la min nærhet til feltet og forhåndsantagelser påvirke meg til å se bort fra eller legge for mye vekt på enkelte fenomener i analysen. Winther Jørgensen og Phillips (2008) foreslår at forskeren må prøve å sette parentes rundt seg selv og sin viten. Denne

presiseringen opplevde jeg som nyttig for å bevisstgjøre meg selv om egen situering. Jeg har forsøkt å gå inn i analysen med en åpen innstilling og en profesjonell distanse til empirien.

Jeg har vært genuint interessert i å forstå hva som skjer i epikrisene som i stor grad likner de jeg selv har vært med å produsere. Analysen er derfor også et uttrykk for refleksjon over egen skrivepraksis, med teorigrunnet som et refleksivt bakteppe for nye innsikter.

4.6 Etiske overveielser

Personverd: Gjennom et informasjonsskriv ble alle deltagerne på forhånd informert om hensikten med studien, hvordan resultatene skal formidles og brukes og at de til et hvert tidspunkt, uten begrunnelse, kan trekke seg fra studien (se vedlegg 1). Alle deltagerne har lest informasjonsskrivet og signert på samtykkeskjema (se vedlegg 2 og 3). Epikrisene som er hentet fra publiserte kilder er tilgjengelige for offentligheten og har derfor ikke gått gjennom denne samtykkeprosessen.

Personvern: Før oppstart av studien ble den meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, med svar om at studien er godkjent (vedlegg 4). Alle innsamlede data er behandlet konfidensielt og oppbevart etter samme kriterier som gjelder for pasientjournaler og makuleres etter studiens slutt. Videre er personvernet ivaretatt på best mulig vis ved at alle psykomotorikere anonymiserte tekstene, ved å skjule de delene av teksten som var knyttet til personopplysninger, før de sendte dem inn. Deretter har jeg anonymisert tekstene ytterligere ved å endre opplysninger som jeg ikke anså som viktige å ha med i tekstene for min analyse, eksempelvis ved å bytte ut yrke, datoer, navn, antall barn, etc. De tekstutdragene som benevner navn, alder, bosted, hobbyer, yrke, etc, er *mine* endringer for å unngå at teksten skal kunne spores tilbake til personen, men samtidig bevare flyt og meningsskapingen i teksten. Til tross for nøye anonymisering, er det, fordi dataene består av sensitive opplysninger om personlige forhold, alltid muligheter for at enkeltmennesker kan gjenkjenne personlige forhold om seg selv.

Etterrettelighet, respekt for datamaterialet og bruk av andres arbeid: Til tross for omfattende anonymisering av epikrisene er det begrensninger for anonymisering. Det handler om transparens i forskningen og om lojalitet til metode og resultatet. Dessuten er det et poeng at epikrisene ikke anonymiseres i den grad at teksten forvrenges. Et viktig prinsipp i

diskursanalyse er å unngå parafrasering fordi en parafrasering innebærer tolkning og omforming av det opprinnelige materialet og metoden fordrer at deler av materialet gjengis i oppgaven. I tråd med Kvale og Brinkmann (2009) har jeg forsøkt å vise til rikholdige og kontekstuelle beskrivelser. Dette innebærer at det tidvis i oppgaven gjengis store deler av de ulike epikrisene. I andre tilfeller trekker jeg frem kortere tekstutdrag. Å trekke ut sitater enkeltvis løsriver dem fra sin opprinnelige kontekst og for å yte sitatene og min egen vitenskapsteoretiske posisjon rettferdighet, der alle ytringer må ses i lys av sin kontekst, burde epikrisene vært lagt ved som vedlegg. Jeg veier dog det etiske hensynet om ivaretagelse av deltagerens personvern av høyere verdi.

Et annet viktig forskningsetisk poeng er at studien ikke retter seg mot enkeltpersoner, å vurdere psykomotorikeren eller pasienten per se, men heller hva som skjer i teksten. Som profesjonsutøver gjør man seg vurderinger og tanker i undersøkelse, konklusjonsarbeid og behandling som ikke kommer frem i analysen. En viktig presisjon er at jeg ikke har tilgang til psykomotorikerens tanker og hensikter, men kun fremstillingen slik de foreligger i teksten.

Jeg er klar over at min studie kan oppleves som en belastning både for nedskriveren og for pasienten. I denne sammenheng vil jeg presisere at denne studien ikke gjør krav på én entydig sannhet, men er situerte kunnskapsforslag. Analysen retter seg heller ikke mot skriftlige fremstillinger er riktige eller gale. Jeg har imidlertid hatt et nysgjerrig blikk på hvordan tekstene formidler kunnskap. Jeg har først og fremst ønsket en bevissthet og refleksjon rundt fagformidling for å bidra til å utvikle et fagspråk som synes stå i stil med NPMFs praksis og grunnlagstenkning. En utfordring når man forsker på eget felt, har med lojalitet å gjøre. De færreste ønsker å fremstille egen yrkesgruppe i dårlig lys, men å unnlate å stille seg kritisk til eget fag, er å frata faget, seg selv og kolleger utviklingsmuligheter (Thornquist, 2003). Jeg tror derfor at studiens nytteverdi overstiger ulempene og kan ha positive implikasjoner for psykomotorikere som hver dag står overfor større eller mindre dilemmaer i dokumentasjonsarbeidet og for pasientene som får sine historier svart på hvitt.

4.7 Analytiske redskaper

Det analytiske rammeverket for analysen ble utviklet i en «runddans» mellom empiri og teori, og ble valgt ut på av bakgrunn av hva som fanget min interesse i lesingen av tekstene med

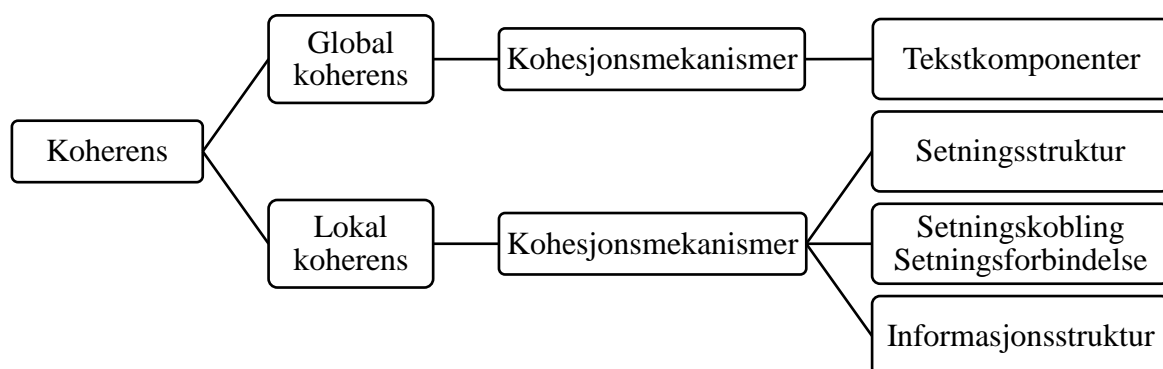
utgangspunkt i problemstillingen. Lesingen styrte oppmerksomheten min mot hva som var interessante fenomener å analysere, mens teorien ga meg et begrepsapparat og konkrete verktøy til å undersøke dette. Sammen styrte det utvelgelsen av analyseredskapene. Videre følger en teoretisk fremstilling av de analytiske verktøyene, som jeg i resultatdelen vil anvende i praksis på det empiriske materialet.

4.7.1 Sammenheng i epikrisene

I språkvitenskapen brukes *koherens* om sammenheng i tekst. Det er koherensen som hjelper leseren å markere og forstå hva som henger sammen, hva som ikke gjør det og hva slags relasjon det er mellom delene. På denne måten gjør koherens at de enkelte delene av teksten og teksten som helhet, oppleves som meningsfull. Koherens i epikrisene er derfor en forutsetning for at epikrisen skal fungere som et kommunikasjonsmiddel (jf. Skovholt & Veum, 2014).

Det skilles gjerne mellom lokal- og global koherens (se figur 2). Global koherens betyr at hele teksten fungerer som en sammenhengende tekst, mens lokal koherens betyr at avsnitt og setninger er strukturert slik at de henger sammen på en logisk måte. Gjennom analyse kan vi undersøke hvordan tekstskaperen skaper sammenheng, og dermed mening i teksten.

Sammenheng i tekst kan skapes av koblinger mellom ord, setninger eller større tekstavsnitt, og disse språklige mekanismene vi bruker for å markere sammenheng kalles kohesjonsmekanismer (Skovholt & Veum, 2014).



Figur 2. Måter å skape koherens i tekst.

4.7.1.1 Tekstkomponenter

I de fleste tekster kan man finne en overordnet struktur som er typisk for sjangeren teksten forholder seg til. Denne strukturen utgjøres av ulike tekstkomponenter (Skovholt & Veum, 2014). Ulike sjangre har altså ulike tekstkomponenter. I epikrisen er ofte en tekstkomponent markert med en overskrift. Jeg har utviklet en tekstguide for de tekstkomponentene epikrisen bør inneholde for å oppfylle Helsepersonellovens (1999, § 45 a) krav til epikrisens innhold: «Anamnese (sykehistorie/aktuelt) – Undersøkelse – Konklusjon (vurdering) – Behandling – Videre forløp». Tekstguiden er knyttet opp mot hva psykomotorisk litteratur tillegger av vekt i de ulike de ulike komponentene (jf. Bunkan, Thornquist, 1986). Se tabell 1:

Sjanger	Tekstkomponent	Innhold
Epikrise	Aktuelt/ Anamnese/ Sykehistorie	Opplysninger innhentet fra pasienten om kroppslige plager (nåværende og tidligere), naturlige funksjoner, traumer, sykdommer, autonome reaksjoner, sosiale forhold.
	Undersøkelse	Registrere og vurdere; respirasjon, kroppsfunksjon, kroppsholdning, muskulatur og annet bløtvev, autonome reaksjoner samt andre reaksjoner på undersøkelsen, med hensikt om å danne seg et inntrykk av pasientens omstillingsevne.
	Konklusjon/ vurdering	En kvalitativ vurdering av funne sett i sammenheng med hverandre. Funnene fra delundersøkelsene settes i relasjon til kunnskap om kroppen som helhet og den aktuelle sosiale situasjonen. Det dreier seg altså om å utarbeide seg en helhetlig oppfatning av personen, som skal munne ut i en vurdering om pasienten kan ha nytte av NPMF.
	Behandling	Beskrivelse av behandlingsforløpet. Det overordnede målet med psykomotorisk behandlingen er å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og sammenheng mellom kropp og følelser og å utvikle en følelse av kroppen som «meg».
	Videre oppfølging	Terapeutens beskrivelse av sine vurderinger og anbefalinger vedrørende videre oppfølging av pasienten.

Tabell 1. Forventet innhold i den psykomotoriske epikrisen.

4.7.1.2 Informasjonsstruktur

Tekstens informasjonsstruktur innebærer at hvert avsnitt har et tydelig avgrenset tema (Skovholt & Veum, 2014). Min analyse undersøker sammenheng mellom overskrift og avsnittet som følger med tanke på sammenheng.

4.7.1.3 Setningskobling og setningsforbindelse

I enhver tekst forventer vi sammenheng mellom ytringene, vi søker altså hele tiden lokal koherens. Vi kan ikke oppfatte språklige ytringer uten å oppfatte mening, og slik kan vi heller ikke lese to ytringer i sekvens uten å søke en eller annen sammenheng mellom dem (Svennevig, 2020). I læreboka «*Tekst i kontekst*» (1993) skilles det mellom to måter å skape sammenheng mellom ulike deler. Eksplisitt via setningskopling¹⁵ og implisitt via setningsforbindelse. Eksemplene nedenfor er hentet fra «*Tekst i kontekst*»:

«*Sigrid Undset fikk Nobelprisen fordi hun skrev gode romaner*». (Setningskopling)

«*Sigrid Undset fikk Nobelprisen. Hun skrev gode romaner*». (Setningsforbindelse).

Et tekstuelt prinsipp er at så lenge det ikke er signalisert eksplisitt, forventes det at en ytring er relevant i forhold til den forrige ytringen, og dermed at det er en sammenheng mellom dem (Vagle, Sandvik og Svennevig 1993).

4.7.1.4 Referentkobling

Når en referent er innført, for eksempel «*pasienten*», kan vi vise tilbake til den ved for eksempel bruk av pronomenet «*hun*». Det er altså snakk om ord som refererer til samme objekt eller fenomen. Når sentrale referenter gjentas for å skape sammenheng, blir det dannet *referentkjeder*. Ved å kartlegge referentkjeder kan vi få et inntrykk av hva som er det mest sentrale innholdet i teksten. Hvordan tekstens referenter omtales og hvilke funksjoner de har kan gi et innblikk i et mer underliggende budskap (Skovholt & Veum, 2014).

¹⁵ Det finnes mange ulike setningsforbindere ofte inndelt i kategoriene *temporale*- (koble sammen budskap med tidsmessige forbindelser: først, da, når, så, kort tid etter), *adversative*- (koble sammen og utrykke ulike perspektiver: men, derimot, selv om, på tross av, likevel) og *kausale forbindelser* (koble sammen sammenheng om årsak og virkning: fordi, slik at, derfor, på grunn av) (Skovholt og Veum, 2014, s. 122-124)

4.7.2 Aktive og passive setningskonstruksjoner

Den eller de som utfører handlingen i en setning, kalles aktører¹⁶. Når en bruker passiv form, realiseres ikke aktører i teksten (Maagerø, 2005). Passiv kan dannes på to måter. Enten ved å bruke hjelpeverb som for eksempel «*behandlingen ble avbrutt grunnet manglede oppmøte*» eller ved bruk av s-passiv som for eksempel «*behandlingen avbrytes grunnet manglede oppmøte*». En motsetning til dette er en aktiv setningskonstruksjon, der subjektet ansvarliggjøres for handlingen som utføres, som i «*jeg avbrøt behandlingen grunnet manglende oppmøte*». Når personer ikke er eksplisitt til stede i ytringen fremstår menneskeskapte handlinger, tilstander og utviklinger, som noe som «bare skjer». Passiv er et typisk trekk ved naturvitenskapelige fagtekster. Dette har å gjøre med kunnskapssyn, der aktørene forstås som uvesentlige fordi det er fenomenet, hendelsene eller tilstandene som skal løftes frem (Nergård & Tonne, 2008).

4.7.3 Nominaliseringer

Nominalisering vil si at et verb eller et adjektiv gjøres om til et substantiv ved hjelp av et suffiks som fra «*behandle*» til «*behandling*» eller fra «*kompleks*» til «*kompleksitet*».¹⁷ Ved hjelp av nominaliseringer kan tekstskaperen fremstille prosesser i samfunnet som ting eller enheter – heller enn prosesser og handlinger. Når prosesser presenteres nominalt og ikke verbalt, innebærer det ofte at aktøren, og dermed også ofte ansvarsforhold skjules (Veum & Skovholt, 2014).

Aktiv	Passiv	Nominalisering
Pasienten har gradvis økt bevegelsesutslaget i skulderleddet de siste fire månedene.	Bevegelsen i skulderleddet er gradvis blitt økt de siste fire månedene	Økningen i bevegelsesutslaget i skulderleddet har de siste 4 månedene økt.

Tabell 2. Eksempler på bruk av aktiv, passiv og nominalisering.

¹⁶ Aktør kommer fra det latinske ordet «*actor*» som betyr «*handlende person*» (Det norske akademis ordbok, 2020).

¹⁷ I nominaliseringer av verb brukes ofte endelsene -ing, -else og -sjon (som i å behandle – behandling, begrunne – begrunnelse og argumentere – argumentasjon). For adjektiver brukes ofte endingene –het, -skap og -itet (usikker – usikkerhet, nøytral – nøytralitet og kompleks – kompleksitet) (Skovholt & Veum, 2014).

4.7.4 Personlig pronomen

I skriveforskningen blir bruken av førstepersonspronomen betraktet som den mest direkte form for forfattermanifestasjon (Breivaga, 2001). Å analysere hvordan førstepersonspronomen benyttes eller ikke benyttes, kan derfor si noe om skribernes tilstedeværelse i epikrisen. Uteblivelse av personlige pronomen betegner det man i språkvitenskapen kaller en depersonalisert og objektiv skrivestil fordi forfatteren trer tilbake og lar resultatene «*tale for seg selv*» (Svennevig 2020).

4.7.5 Talegjengivelse

Analyse av talegjengivelse i epikrisene kan fortelle oss noe om hvem som får komme til orde, og hvordan (jf. Aaslestad, 1997). Dersom psykomotorikeren synes det er hensiktsmessig for å få frem relevant kunnskap om saksforholdet, kan hun delegere ordet til pasienten. For å få til dette kan hun benytte seg av direkte-, indirekte- og fri indirekte stil/talegjengivelse:

Ulike former for talegjengivelse		Eksempel	Forklaring
1	Direkte talegjengivelse	Pasienten brøt ut « <i>Jeg føler meg som en vridd klut</i> ».	Personen formidler selv sine ord og tanker. Markerer med anførselstegn.
2	Indirekte talegjengivelse	Pasienten forteller at hun føler seg som en vridd klut.	Skriveren gjenforteller personens ord
3	Fri indirekte talegjengivelse/stil	<i>Pasienten føler seg som en vridd klut</i>	Skriveren forteller om personen.

Tabell 3. Eksempler på bruk av talegjengivelse.

Den direkte talegjengivelsen (1) er en ren persontekst, mens anføringen «pasienten forteller» i den indirekte talegjengivelsen (2) er en ren fortellertekst. I den indirekte talegjengivelsen er altså hele utsagnet skriverens. Eksempel (3), den frie indirekte talegjengivelsen /stilen er en blandingsform mellom direkte- og indirekte tale, og kjennetegnes av manglende anførselsverbal, overgang fra første- til tredjepersonspronomen og ved tempusforskyvning. Dette innebærer at en aldri kan være helt sikker på hvem som «*eier*» ordet (Aaslestad, 1997).

4.7.6 Epistemiske modalitetsmarkører

I språkvitenskapen skilles det mellom to typer modalitet; epistemisk- og deontisk modalitet (Skogholt & Veum, 2014). Det er førstnevnte som jeg vil ta for meg her og benytte i analysen.

Ordet *epistemisk* betyr «*sikker viten*», mens ordet «*modalitet*» er avledet fra det latinske ordet «*modus*» som betyr «*måte*» og impliserer «*en måte å se ting på*». Epistemisk modalitet eller modalitetsmarkører brukes som et uttrykk for talerens kunnskap om saksforholdet og involverer uttrykk for grader av sikkerhet eller sannsynlighet.¹⁸¹⁹ Bruk av modalitet fremstiller informasjon som meninger mens fravær av modalitetsmarkører fremstiller saksforhold som «objektive fakta». Ved hjelp av for eksempel de modale hjelpeverbene (skulle, ville, måtte, burde, kunne) kan sannhetsverdien av et utsagn modifieres (Skovholt & Veum, 2014). Ved å benytte det modale hjelpeverbet «*å kunne*», modifieres sannhetsverdien av utsagnet «*pasienten er utmattet som følge av (...)*» til «*pasienten kan være utmattet som følge av (...)*». ²⁰ Å modifisere saksinnholdet i en påstand fremstiller det som mer subjektivt og gjør forfatterstemmen mer merkbar (Svennevig, 2020). Dette gjelder selv om skriveren ikke kommer til syne via førstepersonspronomen fordi det gjennom bruk av modalitetsmarkører blir tydelig at det er en instans eller en person som har vurdert ytringen. Bruk av modalitet bidrar til å opprette en mer likeverdig og symmetrisk relasjon mellom deltagerne i kommunikasjonssituasjonen ved at teksten gir «tillatelser» der mottakeren får lov til å gjøre noe, i motsetning til der påstander fremstilles som absolutte sannheter som det virker umulig å komme utenom (Skovholt & Veum, 2014). I et diskursteoretisk perspektiv kan ytringer uten modalitetsmarkører ses på som et uttrykk for makt eller et ønske om å oppnå makt over et emne og avspeile og fremme autoritet (Fairclough, 1992, Winther Jørgensen & Phillips, 2008).

¹⁸ Modalitetsmarkører refereres også ofte til som «*dempere*», «*garderinger*» eller «*hegdes*» i litteraturen fordi de «*demper*» sannhetsverdien i ytringen.

¹⁹ Ulik litteratur benytter seg av ulike begreper for å beskrive epistemisk modalitet. Fairclough (1992) slik det beskrives i Winther & Jørgensen (2008) bruker blant annet begrepene *subjektiv*-, *objektiv*-, og *kategorisk modalitet*. Jeg har valgt å forholde meg til begrepsbruken tilhørende SFL (Maagerø, 2005) og Skovholt & Veum (2014).

²⁰ Det finnes også andre måter å uttrykke modalitet på, eksempelvis gjennom adverb («*pasienten har antagelig en ME-diagnose*»), partikler («*pasienten har nok presset seg for mye*»), tempus («*pasienten skal ha sett aper på trikken*») og modifierende setninger («*pasienten er i gang med en arbeidsavklaringsprosess, så vidt jeg vet*») (Svennevig, 2020, s. 23-24).

4.8 Forskningsprosessen

Analyseprosessen var en sirkulær prosess der jeg vekslet mellom empiri og teori. Mitt utgangspunkt i forskningsprosessen var å etterstrebe en bevegelse der jeg vekslet mellom perspektiver som informerte mitt blikk og undersøkende åpenhet for hva som kjennetegner det empiriske materialet. Teksten, kulturkonteksten og situasjonskonteksten ble analysert i en sirkulær prosess hvor jeg så de ulike delene i et dialektisk forhold til hverandre. Å presentere analyseprosessen som en «*steg-for-steg prosess*» gir ikke et representativt bilde av den faktiske prosessen kunnskapen ble utviklet i.

Jeg tilnærmet meg den tekstnære analysen ved gjentatte gjennomlesninger, der jeg forsøkte å stille meg så åpen som mulig for teksten. Mitt umiddelbare inntrykk etter første gjennomlesning var at det samlede materialet pekte i ulike retninger og med stor variasjon både med tanke på form, innhold og språkdrakt. På bakgrunn av at tekstene var av så ulik karakter og at hele materialet opplevdes som uoversiktlig, var en hensiktsmessig plass for meg å starte å undersøke epikrisenes tekstkomponenter (se tabell 4, del 5.2.1). På denne måten fikk jeg en oversikt over de ulike epikrisenes likheter og ulikheter, og det ble lettere å navigere seg videre i analyseprosessen.

Deretter beveget jeg meg inn i den mer tekstnære analysen. På dette tidspunktet hadde jeg lest en del språkvitenskap, noe som hjalp meg i å legge merke til språklige valg i tekstene. Etter å ha gjennomgått inntrykkene av alle epikrisene forsøkte jeg å se om det var noen mønstre av språktrekk som særlig belyste studiens problemstilling. Disse inntrykkene utgjorde grunnlaget for de analytiske redskapene jeg har benyttet meg av. Deretter leste jeg meg ytterligere opp på de språklige ressursene jeg ønsket å analysere før jeg i detalj analyserte hver enkelt epikrise i lys av disse, med tanke på å belyse problemstillingen. Ut av analysene vokste det frem fem temaer som jeg skal presentere analysen gjennom. Disse fem temaene er:

- Tekstmaler som kunnskapsproduserende
- Epikrisens tolknings- og definisjonsmakt
- Epikrisens stemmehierarki
- Tekster som depersonaliserer og personaliserer
- Menneskelige deltagere i psykomotorisk fysioterapi

4.9 Hvordan resultatene presenteres

Tekstutdragene presenteres i tekstbokser og er gjengitt så direkte som mulig²¹. Jeg har ikke korrigert skrivefeil eller forkortelser da jeg anser dette som viktige funn i seg selv, uten at jeg kommer til å kommentere dette ytterligere.

Tekstutdragene følges opp av analytiske kommentarer og drøftinger. Analysen blir med dette konkret knyttet til empirien, men er totalt sett basert på et noe bredere grunnlag enn det leseren her får direkte tilgang til gjennom de utvalgte tekstutdragene. Jeg setter tekstutdrag fra ulike epikriser opp mot hverandre for å illustrere og eksemplifisere hvordan ulike språklige valg bidrar til produksjon av ulike diskurser. Eksemplene jeg trekker frem må ikke forstås som illustrerende for hele tekstmaterialet, men er valgt ut nettopp for å trekke frem eksempler som belyser min problemsstilling.

Alle sitatene som trekkes frem belyser mange ulike språklige ressurser og interessante funn. Det har derfor vært vanskelig å inndele kapitlene i resultatdelen. Jeg har til en viss grad forsøkt å dele dem inn etter hva jeg opplevde som hovedanliggende i ytringen, men som det fremkommer av resultatene, er det mange interessante funn i hvert utdrag som dessverre ikke kan poengteres på grunn av begrensninger i oppgavens omfang.

4.10 Metodekritikk

Denne masteroppgaven representerer ikke et fullstendig eller representativt bilde av psykomotoriske epikriser, men er et lite punktnedslag i et stort felt. Tilnærmingen handler om å bidra til kunnskapsutvikling i faget ved å løfte frem nyanser i materialet og indikasjoner på tendenser og mønstre i tekstene som kan være fruktbare i en videre drøfting av tematikken.

Studiens utvalg kan ses på som en begrensning. Det viste seg å være vanskelig å rekruttere deltagere til studien og datamaterialet består av alle som ønsket å delta. Jeg kunne derfor ikke foreta et strategisk utvalg for å få et så interessant datamateriale som mulig.

Psykomotorikerene som har deltatt i studien har selv valgt ut epikrisene, og det kan derfor

²¹ Viser tilbake til oppgavens del 4.6 for presisering av hvordan anonymiseringsprosessen foregikk.

tenkes at de har valgt epikriser som de selv er fornøyd med. Jeg anser ikke dette som et problem, men et poeng jeg likevel ønsker å synliggjøre.

Av analytiske begrensninger vil jeg tydeliggjøre at jeg ikke har gjennomført en uttømmende analyse av epikrisene. Avgreningene jeg har gjort av situasjons- og kulturkonteksten setter også begrensninger for den meningsskapingen som kan analyseres ut av tekstene. Andre analytiske valg hadde mest sannsynlig dreid forskningen i andre retninger og gitt andre resultater.

5 ANALYSE OG RESULTATER

Jeg vil nå presentere analysens resultater, fortolkninger og refleksjoner i en løpende prosess. Først presenteres analysen av den mer abstrakte situasjonskonteksten før den mer tekstnære analysen presenteres gjennom fem ulike temaer.

5.1 Epikrisens situasjonskontekst

I oppgavens del 3.4.1 presenterte jeg SFLs «modell» for analyse av situasjonskonteksten. Det er denne jeg ønsker å bruke når jeg nå kort skal gjøre rede for den konkrete situasjonen.

5.1.1 Felt

Epikrisene er forfattet av en psykomotorisk fysioterapeut som skriver en oppsummering av et psykomotorisk behandlingsforløp. Teksten er blitt til innenfor helsevesenet og den er forfattet i jobbsammenheng. På grunnlag av dette er det sannsynlig at ordvalget i stor grad er bevisst.

Jamfør Helsepersonelloven § 45 a (1999) er det naturlig å anta at epikrisen er skrevet for å informere henvisende lege om behandlingen som er gitt. Epikrisen er basert på tidligere journalopplysninger; innkomstjournalen med anamnese og undersøkelse, og «dag-til-dag»-journalene. Dermed kan vi si at hvert journalnotat epikrisen baserer seg på, utgjør sin helt egen situasjonskontekst.

La meg trekke frem innkomstjournalens situasjonskontekst. Psykomotorikeren lytter til pasientens historie for så å nedtegne den. Historien blir altså nedtegnet av en annen enn den som fortalte den. Basert på pasientens fortelling og den psykomotoriske kroppsundersøkelsen vurderer psykomotorikeren om pasienten kan ha nytte av NPMF og hva slags behandling som kan være til hjelp, i en konklusjon. Når psykomotorikeren så skal skrive epikrisen, potensielt lang tid etter innkomstjournalen ble nedtegnet, hentes innkomstjournalen frem igjen. I tillegg nedskrives et resyme av behandlingsforløpet, og eventuelt anbefalinger om videre ivaretagelse av pasienten. Alt dette nedtegnes i et dokument, epikrisen, som sendes elektronisk eller per post til fastlegen og eventuelt annet helsepersonell som trenger informasjonen.

5.1.2 Relasjon

Vi kan her både snakke om psykomotorikerens relasjon til pasienten og relasjonen til legen som adressaten. I begge relasjonene er relasjonen asymmetrisk, men på forskjellige måter, som redegjort for i oppgavens del 2.3. Som autorisert helsepersonell får psykomotorikeren respekt gjennom sin institusjonelle rolle i det norske helsevesenet og gjennom myndighetene vedkommende har til å forfatte en epikrise. Psykomotorikeren legger premissene for journalføringens språkdrakt og hvilken kunnskap som nedtegnes om pasientforløpet. Pasienten har en privat rolle som den hjelpetrengende i forhold til fysioterapeuten, og vi kan derfor si at relasjonen er asymmetrisk. Den ene trenger hjelp og den andre har den etterspurte kompetanse. Epikrisen skal så sendes til pasientens fastlege, som tradisjonelt sett står over psykomotorikeren i helsevesenets statushierarki. Maktrelasjonen epikrisen står i er med det tvetydig; overordnet pasienten, men underordnet legen, i tradisjonell forstand. I den mer tekstnære analysen skal vi se hvordan denne tvetydige situasjonskonteksten kan komme til uttrykk i tekstenes innhold og form.

5.1.3 Mediering

Epikrisene er mest sannsynlig sendt til fastlege på papir via posten, eller elektronisk via norsk helsenett (Norsk helsenett, 2020). Hele kommunikasjonen er basert på den skriftlige teksten og derfor kan vi si at skriftspråket konstituerer samhandlingen mellom deltakerne. Kommunikasjonsdeltagerne er atskilt i tid og rom, uten visuell kontakt. Denne distansen åpner for refleksjon for alle parter – både for psykomotorikeren som bruker språket i skrivesituasjonen, og for leseren som har større rom for refleksjon over innholdet ved å kunne lese partier om igjen flere ganger (Maagerø, 2005).

5.2 Tekstorganisering som kunnskapsproduserende

At teksten oppleves koherent, er en forutsetning for meningsskaping (Svennevig, 2020). Dersom epikrisen skal kunne oppfylle sin primære hovedoppgave om å viderefordre nødvendig helsehjelp mellom helsepersonell, er sammenheng i teksten en forutsetning. Videre er det interessant å stille seg spørsmålet *hvilken* sammenheng som skapes. Innledende vil jeg si noe om hvordan epikrisene skaper koherens på et globalt nivå, hvordan de organiserer og

strukturerer tekstene, fordi det er en tett sammenheng mellom form og innhold, og dermed kunnskapsproduksjon (jf. Vagle et al., 1993).

5.2.1 Epikrisenes tekstorganisering

For å få oversikt over epikrisenes form og struktur delte jeg epikrisens tekstkomponenter inn i en tabell ut ifra overskriftene skriverne selv hadde valgt ut (se tabell 4). Innholdet i epikrisene er ført i kronologisk rekkefølge slik de fremkom i teksten, inn i tabellen. Tre av epikrisene (3, 6, 8) * var skrevet som en sammenhengende tekst. I disse tilfellene gjorde jeg en skjønsmessig kategorisering av innholdet inn i ulike tekstkomponenter.

1	2	3*	4	5	6*
Diagnose fra lege	Diagnose fra lege	Aktuelt	Anamnese og sykehistorie	Vurdering	Henvisningsbakgrunn
Aktuelt	Aktuelt	Undersøkelse	Undersøkelse	Aktuelt	Undersøkelse
	Aktuelle plager				
Anamnese	Konklusjon	Behandling	Status presens	Funn/ Undersøkelseresultat	Behandling
Undersøkelse				Planer for videre oppfølging	Undersøkelse
Behandling				Situasjon ved avslutning	Henvisningsdiagnoser

Tabell 4 del 1. Epikrisenes ulike tekstkomponenter.

7	8*	9	10	11	12
Sammendrag av undersøkelse ved start	Bakgrunn for behandling /sykehistorie	Henvisningsbakgrunn	Sammendrag undersøkelse	Hovedfunn fra undersøkelsen	Fra samtale
Undersøkelse	Undersøkelse	Egen historie	Konklusjon	Konklusjon	Undersøkelse
Konklusjon	Behandling	Undersøkelse	Behandlingsforløp		Konklusjon
Situasjon ved avslutning	Status presens	Konklusjon Situasjon ved avslutning	Situasjon ved avslutning		Behandlingsforløp

Tabell 4 del 2. Epikrisenes ulike tekstkomponenter.

Som det fremkommer av tabell 4 del 1 og 2 er det variasjon i dokumentene angående hvilke overskrifter som benyttes og rekkefølgen de plasseres i. Det ser ut til at det velges ut noen overskrifter som fungerer som avgrensning og inndeling av tekstenes ulike tekstkomponenter. Dette kan være et forsøk på å sikre faglighet, likebehandling og at Helsepersonelloven (1999, § 45 a) krav til epikriser oppfylles. Bruk av underoverskrifter er hjelpsomt i en travel praksishverdag. Det synes å skape en oversikt og struktur som er lett å navigere i.

Variasjonen av overskrifter kan tyde på at disse bestemmes ut ifra en skjønnsmessig vurdering, og at psykomotoriske fysioterapeuter ikke forholder seg til én felles oppsatt mal, men heller strukturer teksten på eget vis. Dette kan være med på å forklare hvorfor dokumentene er ulike.

Overskrifter skaper generelt sett noen eksplisitte tekstnormer som skriveren må forholde seg til og de kan dermed forstås som styrende for tekstkomponentens innhold (Skovholt & Veum, 2014). Eksempelvis peker overskriften «*konklusjon*» mot en viss type informasjon. De av epikrisene som ikke har med denne overskriften har heller ikke med denne typen informasjon. Slik kan overskriftene ses på som en ramme som både virker inkluderende og ekskluderende; kunnskap som passer innenfor overskriften inkluderes, mens kunnskap som ikke passer inn, ubevisst og bevisst ekskluderes. Fordi skriverne ser ut til å organisere teksten på sin egen måte, heller enn å skrive etter én felles mal, gjør det at de setter ulike rammer for innholdet i epikrisene. Dette må vi ha med oss når vi senere i analysen skal bevege oss mer tekstnært. Med utgangspunkt i Foucault (1999) er det interessant å stille seg spørsmålet om hvordan diskursene NPMF produserer skapes og begrenses av slike rammer. Dette kommer jeg tilbake til.

Jamfør tabell 4 ser det ved første øyekast ut til at tre av de tolv epikrisene oppfyller Helsepersonellovens (1999, § 45 a) krav til innhold.²² Tre av tolv epikriser er skrevet uten noen form for konklusjon.²³ Uten en konklusjon kan det for utenforstående helsepersonell være vanskelig å forstå sammenhengen mellom de ulike tekstkomponentene, for eksempel funn fra undersøkelsen og behandlingen som er gitt. Ut ifra et sosialt språksyn søker

²² Til tross for at jeg gjorde en innledende innholdsanalyse der jeg har kommentert på hvordan innholdet forholder seg til Helsepersonellovens (1999) føringer, er ikke epikrisene analysert i lys av en juridisk «*gullstandard*». Analysen fokuserer på detaljer som vanskelig kan reguleres av loven, nemlig den språklige representasjonen av enkeltmennesker i det virkelige liv og de språklige ressursene psykomotorikerens trekker på for å skape og viderefremme kunnskap om dette.

²³ Jeg forstår begrepene «vurdering» og «konklusjon» synonymt, men vil for enkelthet skyld forholde meg til begrepet «*konklusjon*» i resten av oppgaven da det er begrepet som oftest benyttes i datamaterialet.

mennesker alltid å skape sammenheng mellom ulike deler av teksten (Skovholt & Veum, 2014). I de tilfellene der konklusjonen mangler, blir det i større grad opp til leseren selv å skape sammenheng mellom de ulike tekstkomponentene. Fordi ulike profesjoner er forankret i ulike teorier og syn på virkeligheten, vil mottakeren i større grad måtte søke sammenheng og konstruere kunnskap på egne premisser. Dermed står man i fare for at teksten lettere rekontekstualiseres til et helt annet virkelighetsbilde enn det skriveren hadde sett for seg. Eksplisitte vurderinger som redegjør for sammenhengene mellom tekstkomponentene kan derfor ses på som viktig for at informasjonen når frem til mottakeren slik den i størst mulig grad var tiltenkt. Dette kan sørge for at den spesialiserte kunnskapen og perspektivene psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra med i helsevesenet, i møte med mennesker som opplever helseproblemer, videreformidles. Å utelate en konklusjon kan derfor ses på som en barriere for at epikrisen skal fungere som et tverrfaglig kommunikasjonsverktøy (jf. Helsepersonelloven, 1999, § 45 a).

Det kan også ses på som problematisk at tre av epikrisene ikke inneholdt en konklusjon med tanke på NPMFs rolle som profesjonell aktør i helsevesenet. Profesjonsstatusen er forankret i en samfunnskontrakt, en offentlig legitimering av psykomotorikerens kompetanse (jf. Helsepersonelloven, 1999). I begrepet «*profesjonell yrkesutøvelse*» ligger det at praksis ikke er tilfeldig, basert på vane eller ubevisst tradisjon, men at praksis er et resultat av kliniske resonnementer og begrunnede vurderinger (Thornquist, 2003). At dette også kommer tydelig frem i skrift, kan ut ifra profesjonalitetsbegrepet derfor sies å være en forutsetning for at epikrisene fremstår som nedskrevet av profesjonelle yrkesutøvere. I de tilfellene der konklusjonen uteblir, er det uklart hvordan teksten kan fungere med hensyn til når det gjelder kunnskapsformidling om psykomotorikerenes faglighet.

5.2.2 Tekstorganisering og kunnskapssyn

La oss vende tilbake til Foucault (1999) og hans problematisering rundt hvordan prosedyrer og rammer kan skape og begrense ulike diskurser. Ut ifra dette perspektivet ønsker jeg å vise hvordan den globale koherensen, strukturen, i epikrisen kan ses på som en slik prosedyre eller ramme.

I denne sammenhengen er det viktig å ha med seg at den tekststrukturen- og organiseringen som er typisk for epikrisenjangeren ikke har oppstått i et vakuum, men bærer med seg en historisk vitenskapsteoretisk arv, der psyke og soma forstås som uavhengige fenomen. Fordi

fagutøverens forståelsesbriller kontrollerer hvilken type informasjon som innhentes og videreformidles om pasienten, var et analytisk poeng å undersøke hvilken informasjon som hadde blitt innhentet og videreformidlet i epikrisens ulike tekstkomponenter.²⁴ Som det fremkommer av tabell 4 ser vi at ingen av psykomotorikerene benytter seg av begrepsbruken tilhørende SOAP-modellen; «*subjektiv*» versus «*objektiv*». Går vi derimot til saksinnholdet i tekstkomponentene, skal vi se at SOAPs ideal om å skille mellom subjektive symptomer og objektive funn, i henholdsvis «*aktuelt*» og «*undersøkelse*», tidvis gjør seg gjeldene tekstmaterialet:

Aktuelt: 27-årig kvinnelig pasient, henvist fra dr. Larsen grunnet vedvarende ryggsmertesiden (dato). Pasienten er p.t. fullt sm, fra arbeidet hvor hun jobber som lærer. Pasienten har en datter på 13 år, har ny samboer etter samlivsbrudd med barnets far for ca fem år siden.

Pas kan ikke rapportere noen sannsynlig utløsende årsak i form av tidligere ulykke/fall / fysisk traume. Tidligere fotballspiller. (...)

Ble utsatt for seksuelt misbruk/ overgrep inkludert gjennomført samleie som 17 åring av eldre trener som hun hadde et tillitsforhold til i en skjev maktrelasjon. Mange i miljøet fikk innsikt i dette og treneren ble avskjediget, men ingen ytterligere tiltak iverksatt, ingen anmeldelse og ingen ivaretagelse og oppfølging av pasienten etter dette. Foreldrene ble ikke informert. Pas antyder at reaksjoner hun ble møtte med i etterkant av disse hendelsene ansvarliggjorde henne for overgrepene. (...) Imidlertid oppleves forholdet til foreldrene vanskeligere etter at hun nå som voksen har fortalt dem om overgrepene hun ble utsatt for som ungdom.

Funn/undersøkelsesresultat:

ROK

Undersøkelsen fullføres ikke i dag, holdningsvurdering i stående ikke gjennomført. Under samtalen retter hun seg aktivt opp og har en energikrevende sittestrategi, strammer seg opp, løfter hælene, redusert kontakt til understøttelsesflate.

²⁴ Vil minne om at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom hva psykomotorikeren samlet inn av informasjon og hva som ble videreformidlet i epikrisen.

Respirasjon; Holder magen inne, thorax står i inspirasjonsstilling, gir slipp og synker sammen når hun gråter. Respirasjonen er grunn og overfladisk med bruk av accessorisk muskulatur i nakke og hals. Overfladisk pustestrategi for å holde emosjoner under kontroll, men har evne til omstilling ved å uttrykke emosjonene.

Funksjon: i fremliggende og ryggliggende kan pasienten la seg bevege passivt i underex, vanskeligere for å gi slipp i overex og hode.

Palpasjon: Stiv i thorax, øket stivhetsgrad og volum i q. lumb spes ve side, erectores, glut med. med ledsagende kjent ømhet tilsvarende områder. Uttalt palpasjonsømhet og øket spenningsgrad i ve. Iliopsoas. Ellers sterk, vital og uøm i muskulatur i ekstremitetsmuskulatur med adekvat konsistens og fylde, inkludert legger.

Emosjonelle reaksjoner: Gråtlabil under samtalen. (Epikrise 5)

Under «aktuelle plager» kommer det frem at pasienten er henvist for «vedvarende ryggmerter fra dr. Larsen» og det presiseres i andre avsnitt at «Pas kan ikke rapportere noen sannsynlig utløsende årsak i form av tidligere ulykke/ fall/fysisk traume». Ut over dette er det ingen opplysninger om fysiske forhold som kan bidra til å forstå pasientens ryggplager, som hun jo er henvist for. I den psykomotoriske anamnesen, slik den fremkommer i litteraturen, er det viktig å spørre om kroppslige forhold som hvordan smerten arter seg både av karakter og døgnvariasjon, hvilke omstendigheter den oppsto i, andre sykdommer, autonome reaksjoner og funksjoner, og naturlige funksjoner som eksempelvis søvn, menstruasjon, etc. som et ledd i å skape forståelse av pasientens funksjonsproblemer (Thornquist & Bunkan, 1986). Slike opplysninger kommer ikke frem i denne epikrisen og tekstkomponenten «aktuelt» dreier seg i all hovedsak om pasientens vonde livserfaringer.

Av den psykomotoriske undersøkelsen kan vi lese beskrivelser av pasientens kroppslige forhold som objektivt beskrevet. Det er flere forhold som kan synes å bidra til at funnene fremstilles som objektive. For det første er både psykomotorikeren og pasienten usynlige i teksten. Ingen av dem kommer frem i teksten via pronomensform eller navn. Dermed beskrives funn uavhengige av personen som har gjort seg vurderinger og funnene frakobles personen de tilhører. Dette forsterkes videre av at alle kliniske funn er beskrevet uten modalitetsmarkører og dermed fremstår de som gjengivelse av objektive fakta. Dette kan synes å konstruere et kunnskapssyn der kropp ses uavhengig av sosialt liv og reduseres til

mekanikk. Dermed utelukkes kunnskap som berører personen som subjektiv kroppslig erfarende i fremstillingen av den psykomotoriske undersøkelsen (min stemme i standard skrifttype):

«Holder magen inne, thorax står i inspirasjonsstilling, gir slipp og synker sammen når hun gråter.» - Når begynte hun å gråte, hvorfor det?

«Overfladisk pustestrategi for å holde emosjoner under kontroll, men har evne til omstilling ved å utrykke emosjonene.» - Hvilke emosjoner holdes under kontroll og hvordan uttrykkes de?

«Emosjonelle reaksjoner: Gråtlabil under samtalen.» - Hva er det som berører henne?

Som det fremkommer av de tre ytringene over ekskluderes kunnskap om pasientens erfaringer knyttet til de kroppslige funnene psykomotorikeren har gjort seg. Eksempelvis fremstilles «Gråtlabil under samtalen» som et objektivt funn, uten å la pasienten få tre frem for å frembringe kunnskap om hva det er som berører henne. Det kan dermed se ut til at teksten forholder seg til den biomedisinske undersøkelsens ideal om «objektivitet» og fravær av subjektive «forstyrrelser». Fordi det ser ut til at pasientens perspektiver ikke «passer inn» innenfor tekstkomponenten «undersøkelse», ekskluderes kunnskap fra pasienten som subjektiv kroppslig erfarende i teksten. Dette kan problematiseres ut ifra flere forhold. For det første, kan en slik fremstillingsform synes å videreføre en subjekt-objekt-tenkning og gi et misvisende bilde av hva psykomotorisk praksis faktisk er, relasjonell virksomhet mellom to individer (jf. Gretland, 2007). For det andre, ved at beskrivelsen av den psykomotoriske undersøkelsen reduseres til objektive kroppslige funn, ekskluderes kunnskap om det erfaringsnære meningspotensiale som ligger i pasientens kroppslige meddelelser. Dette kan synes å ikke samsvare med den psykomotoriske grunnlagstenkningen (viser tilbake til del 2.2.1).

Psykomotorikerens fokus på psykososiale forhold i anamnesen kan tolkes som at skriveren anerkjenner pasientens livshistorie som viktig kunnskap i sammenheng med henvisningsårsaken – ryggsmertene. Selv om psykomotorikeren ikke lager noen direkte forbindelse mellom ryggsmertene, psykososiale forhold og funnene fra undersøkelsen, realiseres dette implisitt gjennom at vi mennesker leser tekster på jakt etter sammenheng (jf.

Vagle, et al., 1993). Denne teksten kan derfor se ut til å implisere, på en subtil måte at ryggsmertene og livet står i en slags dialog, til tross for at det «subjektive livet» og den «objektive kroppen» adskilles i teksten.

Analysen viser hvordan epikrisens tekstorganisering synes å tilpasse seg SOAP-modellens ideal om å skille subjektive erfaringer i en tekstkomponent og objektive funn i en annen. På den måten kan tekstorganiseringen fungere prosedyre som reproducerer en biomedisinsk diskurs. Til tross for at begrepsbruken avviker fra SOAP-modellen, kan det allikevel se ut til at modellen ligger som et slags «*kulturelt bakteppe*» som helsepersonell bevisst og ubevisst er sosialisert inn i (jf. Donnelly & Brauner, 1992). Ikke bare synes dette å konstruere et skille mellom psyke og soma, men også en hierarkisk rangering av kunnskap, der pasientens kunnskap blir stående som underordnet den «objektive ekspertkunnskapen».

Det er fort å legge skylden på den tradisjonelle tekstorganiseringen av epikrisen som et hinder for å viderefremme sammenhenger mellom levd liv og kroppslige symptomer. I den sammenheng vil jeg fremheve en epikrise som forholder seg til epikrisens tradisjonelle struktur (se tabell 4), men likevel synes å konstruere et alternativ til det biomedisinske kunnskapssynet:

U.S: (...) I løpet av undersøkelsen blir hun rennende svett i armhuler og håndflater; det siste knyttet til at hun strekker beina med hælen ned – «markerer» seg. Hun kjenner igjen mye av seg selv under u.s. og blir veldig taktsom på hvordan kroppen reagerer på ulike livshendelser. (Epikrise 10)

Dette tekstutdraget er hentet fra tekstkomponenten «undersøkelse». Som vi kan lese kombineres det «objektive» kliniske blikket til psykomotorikeren med pasientens erfaringer. Psykomotorikeren redegjør først for observasjonen, «*I løpet av undersøkelsen blir hun rennende svett i armhuler og håndflater*», før hun så trekker inn pasienten subjektive erfaringer som kilde til kunnskap. Fagutøverens bruk av sin «utenfra-kunnskap» og inklusjon av pasientens «innenfra-kunnskap», gjør at de sammen konstruerer ny kunnskap; at det å «*markere seg*» kroppslig og ta plass var ubehagelig for pasienten og at når hun gjør det utfordrer hun noen grenser. Dermed løftes psykomotikeren observasjon av pasientens kroppsuttrykk opp en sosial kontekst. Dette kan synes å konstruere et kunnskapssyn der

kroppsuttrykk forstås i lys av sosiale funksjoner og i så måte bidrar teksten med et alternativ til det biomedisinske perspektivet på kropp og sykdom, der sykdom og helse hovedsakelig fremstilles i enten fysiske eller psykiske termer. Ved at subjektet får ta del i kunnskapsproduksjonen i «undersøkelsen» utfordrer denne teksten idealet om den objektive undersøkelsen. Teksten synes derfor å utfordre subjekt-objekt-tenkningen og den ekspertstyrte biomedisinske diskursen.

5.3 Epikrisens tolknings- og definisjonsmakt

Den biologiske og fysiologiske grunnlagsforståelsen av det syke mennesket, innebærer en objektiv skrivestil som formidler av sannhet (Thornquist, 2009). Enten viser laboratorieprøvene at pasienten har for lave verdier av D-vitamin i blodet, eller så er han innenfor grenseverdiene. Det er i så måte enten eller, og naturligvis ikke behov for modalitetsmarkører. I NPMF derimot, er det ikke instrumenter som undersøker pasientene, det er levende subjekter som gjør skjønnsmessige undersøkelser og vurderinger, ut ifra en viss faglig tenkning. Ut ifra et diskursteoretisk perspektiv må psykomotorikerens beskrivelser ses på som én av flere måter å se og forstå pasienten på. I utformingen av epikrisen sitter psykomotorikeren med råderett over utformingen av teksten og med makten til å konstruere og definere kunnskap om pasienten, svart på hvitt, ut ifra sine perspektiver. Hvordan ulike fagutøvere forvalter denne definisjonsmakten kan vi få et inntrykk av ved å analysere epistemisk modalitet fordi et uttrykk uten modalitetsmarkører påstår absolutt sannhet om saksforholdet (jf. Svennevig, 2020). Deretter skal vi se hvordan slike språkvalg må ses i dialog med den sosiokulturelle konteksten, med fokus på maktforhold og underliggende kunnskapssyn.

5.3.1 Epikrisen som formidler av objektive fakta

I tekstboksene under har jeg løftet frem fire tekstutdrag som er skrevet uten modalitetsmarkører:

Hun sitter smalnet og spent i beina spesielt. Evner ikke trampe, har nedsatt evne til rytme. Økt svairygg lumbalt. Økt bekkenhelning. Det er nedsatt strekkbarhet benas bakside. (...). Respirasjonen er tydelig ufri. Hun har mye oppmerksomhet i hodet, og

hun snakker på inn- og utpust. Kroppskontakten er nedsatt. Kroppslig smalner hun seg. (Epikrise 2)

Ved oppstart av behandlingen hadde han betydelige kroppsfunn. Store holdningsavvik feilstillinger i ankler og føtter, avflatede krumninger i columna og fremskutt hode. Nedsatt balanse, stiv, og urytmisk gange og redusert bevegelse i hofter, knær og ankler. (Epikrise 8)

*Pasienten har stram og rett holdning, med utpreget muskelpanser. Spenningsnivået i muskulaturen er høyt, muskulaturen er meget palpasjonsømt. Kjevemuskulaturen har spesielt høyt spenningsnivå.
Respirasjonen viser svært liten omstillingsevne. Det er motstand mot passive bevegelser av kroppen. Hun reagerer med mental «fjernhet» og uro ved undersøkelsen av muskulære forhold, ved passive bevegelser og ved respirasjonspåvirkning.
(Epikrise 11)*

Ellers ingen vesentlige avvik. (...) Ellers adekvate funn. (Epikrise 10)

Fordi informasjonen fremstilles som om den er innhentet på et distansert, nøytralt og objektivt grunnlag gir tekstene et inntrykk av sannhetsverdi og som en formidler av naturgitte fakta om pasienten. Dette realiseres ved at alle påstandene er formulert uten modalitetsmarkører; «*Det er nedsatt (...)*», «*Evner ikke trampe*», «*Kroppskontakten er nedsatt*». Dette blir ytterligere forsterket av at psykomotorikerene har utelatt seg selv som ytringssubjekt. Dette henger sammen med tekstutdragenes bruk av ufullstendige setninger, passiver og nominaliseringer: «*Evner ikke trampe, har nedsatt evne til rytme. Økt svairygg lumbalt. Økt bekkenhelning. Det er nedsatt strekkbarhet benas baksida*» og «*Spenningsnivået i muskulaturen er høyt, muskulaturen er meget palpasjonsømt*». Dette språket skjuler at det er et subjekt som har foretatt disse observasjonene. Eksemplene illustrerer at det objektive spesialistspråket kan synes å representere en type definisjonsmakt som gjør at det kreves mer tankevirksomhet av leseren for å gjennomskue at dette nettopp er, subjektive vurderinger, og ikke objektive fakta.

Som Idema et al. (1994, s. 4) hevder, inngår det i enhver fremstilling av fakta et «*complex system of value judgments*». Uten modalitetsmarkører skjules dette.

Ut ifra diskursteoretiske perspektiver på makt er slike språkvalg interessante. For det første tildeles epikrisen makt i seg selv ved at den assosieres med sakprosa. Dette gjør at mottakeren har en grunnholdning om at teksten formidler virkeligheten. For det andre, kan det se ut til at ytringene tilskriver seg ytterligere autoritet og definisjonsmakt over pasienten ved at det lukkes for andre perspektiver å forstå fenomenet på. Uttrykksmåten styrer at leseren forstår virkeligheten ifra ett særskilt perspektiv (jf. Berge, 2003). Berge (2003, s. 31-32) skriver at en tekst kan utøve makt ved at den «*gjentar, bekrefter, forsterker og/eller kvalifiserer en viss ideologisk posisjon som vi må forstå teksten utfra dersom vi skal forstå den på en relevant måte (...)*». Ved at tekstutdragene fremstiller subjektive evalueringer som objektive fakta kan det se ut til at de henter makt ved å trekke på den biomedisinske diskursen. Kulturen psykomotorikeren skriver i og dets syn på kunnskap og kunnskapsproduksjon kan spille en rolle i måten vedkommende formulerer seg på. Språket eksemplene viser kan derfor forstås i lys av helsevesenets historiske kontekst, der fakta og objektivitet har vært et profesjonelt ideal (jf. Thornquist, 1988; 2009).

Den faktapregede fremstillingsformen kan peke på fagutøvere som assosierer seg med det naturvitenskapelige kunnskapsgrunnlaget. I så måte kan tekstene ses på som uttrykk for at psykomotorikerene har tilegnet seg konvensjonene i fagkulturen i helsevesenet og et uttrykk for sjangerkompetanse. Alternativt kan det også ses på som et uttrykk for at skriveren ikke ønsker eller ikke opplever å ha muligheten til å utfordre sjangerkonvensjonene dersom vedkommende ønsker å bli hørt.

Beskrivelser av pasienter som faktum kan også tolkes som et tegn på endrede maktforhold i helsevesenet. Ved å utelukke tvil i sine påstander skaper det et inntrykk av at tekstene tilskriver seg profesjonell dominans og kontroll over helse og sykdom. Det kan også skape et inntrykk av at psykomotorikeren opptrer som en selvstendig profesjonell aktør i teksten, som legitimerer egen kunnskap og ikke lenger ser seg selv som underdanige legestanden. Berg (1987) beskriver hvordan den medisinske profesjonens autoritet er redusert i helsesektoren til fordel for ikke-medisinske profesjoner. Dermed kan det tenkes at behovet for å forsvare og dempe sin kunnskap minskes.

I tekstutdraget under skal vi se hva som skjer med virkelighetsbildet som skapes når psykomotorikeren i større grad uttrykker seg med epistemisk modalitet:

Kroppsundersøkelsen peker entydig mot langvarig, omfattende og lite omstillbar kroppslig beredskap. Kroppslig "bremsing" ved hold av muskulatur og pust, samt manglende evne til å la seg bevege, forstås som uttrykk for kontroll av følelser. Ubehag medfører at hun bremses seg ytterligere, mens hun ved å smile "motsier" sin egen erfaring av ubehag. Det er nærliggende å se kroppslig beredskap i sammenheng med hennes historie med mye ansvar for andre og langvarig maktmisbruk i skolesituasjon. Pas. har vært i sosiale situasjoner hvor hun i stor grad har vært behersket av andre, som tildels har vært svært uforutsigbare. Undersøkelsen mobiliserer minner hos henne og utløser vegetative reaksjoner, men følelser bevisstgjøres i mindre grad. (Epikrise 9)

Selv om psykomotorikeren har utelatt seg selv som ytringssubjekt og tidvis formulerer seg uten modalitetsmarkører, gir teksten allikevel et inntrykk av at det er en person som står bak vurderingene ved hjelp av modalitetsmarkøren «*nærliggende*». Dette skaper i større grad et bilde av at resonnementet representerer psykomotorikerens versjon av virkeligheten og ikke virkeligheten i seg selv. Slik kan modalitet ses på som en språklig ressurs som åpner for tolkningsmangfold og vilje til forhandling. På denne måten trenger ikke modalitet å være forbundet med tvil eller vaghet, en usikker fagstemme, men kan derimot signalisere at psykomotikeren er villig til å forhandle med, eller vil forsvare, alternative syn og oppfatninger. Tekstens vekslings mellom «fakta», forklaring og modifisering gir inntrykk av på samme tid en faglig, trygg, autoritær og ydmyk psykomotoriker som anerkjenner sin subjektivitet i sine tolkninger, uten at dette degraderer verdien av kunnskapen. Eksempelvis skriver psykomotorikeren: «*manglende evne til å la seg bevege, forstås som uttrykk for kontroll av følelser (...)*». Selv om ytringssubjektet er strøket skaper ordet «forstås» et inntrykk av at dette er slik psykomotorikeren forstår det, ut ifra sine forståelsesrammer, og at vedkommende i større grad er åpen for å gå i dialog med andre virkeligheter.

Avslutningsvis vil jeg se tekstutdragets i lys av Goffmans (1974) perspektiver på hvordan maktrelasjonen mellom kommunikasjonsdeltagerne kommer til uttrykk gjennom språket. Goffman peker på at underordnede lar seg påvirke og tilpasse sin kommunikasjon til sin overordnede. Sett i lys av medisinsens historie der legen har stått som overordnet alle andre

fagutøvere er det ikke urimelig å tenke seg at dette i praksis vil kunne få andre fagutøvere til å benytte modalitetsmarkører for å utrykke sin kunnskap så forsiktig og ydmykt som mulig for å vise respekt for legens kunnskap.²⁵

5.3.2 Epikrisen som formidler av en normalitetsdiskurs

Vi skal ikke forlate de forrige tekstutdragene, men jeg skal belyse dem i et nytt perspektiv. La meg starte med å hente frem igjen noen sentrale deler av ytringene som vi skal bruke i den videre analysen:

(...) Evner ikke trampe, har nedsatt evne til rytme. (...) Hun har mye oppmerksomhet i hodet og hun snakker på inn- og utpust. (...) Kroppskontakten er nedsatt (...).
(Epikrise 2)

(...) utpreget muskelpanser. (Epikrise 11)

(...) Ellers ingen vesentlige avvik. (...) Ellers adekvate funn. (Epikrise 10)

Som vi kan lese slår ytringene fast at pasientene har både utpreget muskelpanser, har mye oppmerksomhet i hodet, snakker på inn- og utpust, ikke har kroppskontakt, adekvate funn eller ingen vesentlige avvik. Bruken av ord som «evner ikke», «betydelige», «spesielt», «svært», «avvik», uten modalitetsmarkører forsterker inntrykket av sykелighet og avvik. Undersøkellesbeskrivelsene kan altså gi uttrykk for å søke å forstå mennesker eller avvik gjennom noen uuttalte normer for normalfunksjon. Nytt eksempel:

(...) Betydelige kroppsfunn (...) Store holdningsavvik (...) feilstillinger i ankler og føtter. (...) Urytmisk gange (...) (Epikrise 8)

Ved å skrive «Store holdningsavvik» kan det se ut til at pasienten måles ut ifra hvor mye vedkommende avviker fra en eller annen sosial konstruert anatomisk «idealkropp». På den

²⁵ I denne sammenheng er Thornquists (1992) sin studie av studie av fysioterapirapporter interessant. Hun fant i muntlig intervju med fysioterapeutene at de strevde med å få gehør for sin kunnskap og sin plass i psykiatrien og i stor grad måtte benytte seg av tilleggsforklaringer. De følte også at de gjennom fysioterapirapportene ikke bare skulle skrive om pasienten og helsehjelpen, men også følte på en forpliktelse til å formidle hva fysioterapi er.

måten synes epikrisen å sirkle inn hva vi skal forstå som normalt, og hva vi skal forstå som avvik.

Ved en intuitiv lesning, er dette kanskje ikke noe man som leser tenker nevneverdig over. En vesentlig funksjon epikrisen har, er jo nettopp å synliggjøre funn som bryter med «normalen» for å kunne forklare pasientens helseproblemer, og gjennom det kunne tilby forsvarlig helsehjelp. Men ved en mer kritisk lesning, ut ifra sosiologiske perspektiver, kan dette problematiseres. Som vi vet har hva som betraktes som normalt og hva som betraktes som sykdom eller avvik, svinget gjennom historiens løp og i takt med samtidens rådende sosiale og politiske ideologier (Foucault, 1996; 2000a; 2000b; Svendsen, 2006; Kveim Lie 2012). Gjennom det «medisinske blikket» som Foucault (2000b) kalte det, kan altså medisinen konstruere kunnskap om hva som skal defineres som sykdom og avvik. Aktører med makt, slik psykomotorikeren er tildelt via sin rolle i helsevesenet og sin jurisdiksjon²⁶ til å forfatte epikriser, kan gjennom sine beskrivelser bidra til å påvirke hva som skal oppfattes som normalt eller avvikende. Det vil si at aktørene i stor grad forvalter det som kan betraktes som normalitetsmakt (jf. Sirnes, 1999). Ser vi tilbake til tekstutdragene kan det se ut til at beskrivelsene av pasientenes kropp i epikrisene konstruerer noen rammer for hva som må forstås som avvik og dermed forklaringsmodeller for sykdom: «*holdningsavvik, utpreget muskelpanser, feilstillinger, snakker på inn- og utpust, ikke har kroppskontakt*». Slik kan journalnedtegnelser virke som subtile normative referansesystemer som har potensiale til å utøve en form for skjult makt.

Fordi ytringene jeg har løftet frem her utelater ytringssubjekt og modalitetsmarkører fremstilles grensen for hvor normalt stopper og avvik starter, i ytterligere grad, som noe naturgitt. Ved å gjøre det, skjuler påstandene sin referanse i NPMFs litteratur og teori fordi de pretenderer å vise frem ren natur. Ved å unnlate modalitetsmarkører har psykomotorikerene ubevisst eller bevisst valgt å lukke for å gå i dialog med andre perspektiver. Det kan i så måte se ut til at de tilskriver seg ytterligere makt og kontroll over kunnskapsdomenet.

Ifølge Foucault (2000b) kan beskrivelser av sykdom og avvik bidra til hvordan vi mennesker forstår helse og sykdom og hvordan vi definerer dette. Jeg mener ikke å si at sykdom og helse

²⁶ Den kontroll over visse samfunnsoppgaver som en profesjon har kalles jurisdiksjon, som betyr myndighetsområde. Når noe er underlagt en profesjon sin jurisdiksjon er dette en måte å si at det tilhører deres territorium. Jurisdiksjon er ikke nødvendigvis statisk og kan utfordres ved konkurranse mellom profesjonene. Når yrkesgrupper gjør krav på jurisdiksjon er dette krav på bruk av statsmakt (Abbott, 1988; Molander & Terum, 2013)

ikke eksisterer, men poenget er heller å bevisstgjøre fagutøvere den definisjonsmakten de besitter og derigjennom makten til å konstruere og videreføre visse normalitetsdiskurser. Skriverens ord blir stående svart på hvitt, som en objektivert versjon av virkeligheten og noe av makten i epikrisedokumentet er at den så å si aldri har et motsvar.

5.3.3 Identitetstilskrivelser i epikrisen

Vi skal holde fast ved tanken om epikrisens potensiale til å konstruere fakta og normalitetsdiskurser. Vi skal nå se hvordan denne definisjonsmakten kan ha potensiale til å forme menneskers identiteter. Dette har å gjøre med at epikrisene ikke forsvinner ut i intet, men blir lest av andre aktører, deriblant pasienten selv. Dermed står epikrisen i en posisjon der den ikke bare har makt til å konstruere sin egen virkelighet hva angår pasienten, men også leserens virkelighetsforståelse. Vi skal i følgende to eksempler se hvordan utelatelse av modalitetsmarkører og ytringssubjekt, kan synes å tilskrive pasientene en identitet som arbeidsufør og konstruere rammer for hvem som passer innenfor rammene av arbeidslivet:

Hun har tydelig anspent holdnings- og bevegelsesmønster og dårlig kroppskontakt. Dette hemmer god funksjon og hennes evne til å stå i jobb. (Epikrise 2)

Pasientens funksjonsnivå lavt, for lavt at det er forenelig med arbeid. (Epikrise 6)

Disse to ytringene er frie for modalitetsmarkører og dermed konstateres det som fakta at pasientene ikke har mulighet til arbeidsdeltagelse. Uttalelsene får ytterligere sannhetsmanifestasjoner ved at subjektet som uttaler seg er utelatt. I det første eksemplet begrunnes nedsatt arbeidsevne med «*anspent holdnings- og bevegelsesmønster og dårlig kroppskontakt*», mens i det andre eksempelet er det «*lavt funksjonsnivå*» som ligger til grunn. Med utgangspunkt i Foucault (2000a; 2000b) sitt normalitetsbegrep, kan disse tekstutdragene se ut til å konstruere noen normalitetskrav for arbeidsdeltagelse, som er for snevre til at mennesker med eksempelvis «*anspent holdning*» passer inn. Når «*anspent holdnings- og bevegelsesmønster og dårlig kroppskontakt*» brukes som begrunnelse for at pasienten ikke kan arbeide synes epikrisen å innlemme en stor del av menneskelige problemer i patologier og kan dette kan potensielt lede til unødvendig sykeliggjøring og urettmessig avviksidentifisering.

Ut ifra sosiologiske teorier om makt og identitetsutvikling kan fremstillingsformen disse to tekstutdragene representerer bidra til å tillegge personen den omhandler, en sykeliggjort

forståelse av seg selv. Mitt teoretiske utgangspunkt er at identitet ikke er noe vi er født med, men forstås som et intersubjektivt fenomen som betinges av en persons sosiale og institusjonelle sammenhenger. Mennesker forsøker å se seg selv gjennom andre, hvor andre fungerer som «*speil*» og dermed oppnår mennesker bevissthet om seg selv gjennom interaksjon med andre (Mead, 1934; Goffman, 1974). I denne sammenhengen vil jeg trekke frem Goffmans (1974) forståelse av sykerollen. Han peker på at det ikke er sykdommen i seg selv som skaper sykerollen, det er snarere omvendt, den som stemples som syk, gjør det som forventes og slik læres mennesker opp til å bli pasienter. I lys av dette er det ikke «*anspent holdning*» eller «*lav funksjon*» som skaper arbeidsuførhet, men fagutøverens stempeling av personen som uten evne til å arbeide. I disse to utdragene kan det derfor se ut til at psykomotorikeren tilskriver pasienten rollen som arbeidsufør, og på den måten legger til rette for en rolle pasienten potensielt kan tre inn i. Slik kan tenkemåter i faget, eller mer eller mindre ubevisste retoriske valg, som nedfeller seg i skrift bidra til å tilskrive mennesker en skjørhet som gjør det vanskelig for dem å mobilisere ressurser i møte med livets prøvelser. Fordi maktrelasjonen mellom psykomotorikeren som «*eksperten*» og pasienten som den «*hjelpetrequende*» er asymmetrisk, kan det tenkes at slike beskrivelser virker enda mer inngripende i personens selvforståelse. Likevel må det presiseres at denne diskursive makten kan virke tvetydig; den kan virke som en maktdiskurs over individet som stakkarsliggjøres og som begynner å forstå sin kropp som «*avvik*» og i «*feilstilling*». Men den representerer også makt til å vinne igjennom en sak, for eksempel offentlige ytelser og videre helsehjelp. Å ikke lenger være identifisert som syk gir nye muligheter, men samtidig står man i fare for å miste viktige rettigheter i velferdsstatens fordelingsapparat (jf. Bjelland, 2001).

Disse to ytringene synes ikke bare å være interessante med tanke på den definisjonsmakten psykomotorikeren erklærer overfor pasienten, men også overfor legen. Ved at epistemisk modalitet ikke markeres, påberoper psykomotorikerene seg en kunnskap og autoritet på feltet som ikke innbyr til tolkning eller diskusjon. I så måte tar psykomotorikerene på seg kunnskap og makt til å kunne vurdere pasientens arbeidsevne. I det norske helsevesenet kan fysioterapeuter bidra med funksjonsvurderinger, men det legen som skriver legeerklæring ved arbeidsuførhet (Helsedirektoratet, 2018b). Dermed kan det se ut til at psykomotorikerene i disse to tekstutdragene ikke bare uttaler seg ut over egen jurisdiksjon, hun invaderer også legens jurisdiksjon.

Neste analyse dreier seg også om individets mulighet for arbeidsdeltagelse, men som vi skal lese, medfører bruken av epistemisk modalitet og ytringssubjekt en annen virkelighet:

Dersom arbeidssituasjonen blir bedre tilpasset hans utfordringer har jeg stor tro på at han på sikt vil kunne fungere i jobb. (Epikrise 8)

I tekstutdraget over fremstår det som om skriveren ønsker å framstille sin ytring ikke som en påstand, men som et hennes syn på saken. Modalitetsmarkørene «vil», «tro» og «kunne» demper sannhetsverdien i ytringen og synliggjør at dette er en evaluering. Ytringen dempes ytterligere av at psykomotorikeren trer frem som subjekt og tar eierskap til vurderingen via førstepronomenet «jeg». For å eksemplifisere hvilke store konsekvenser slike tilsynelatende små språkvalg, har for virkelighetsbildet som skapes kan vi tenke oss at hun heller hadde formulert: «*Dersom arbeidssituasjonen blir bedre tilpasset hans utfordringer vil han på sikt fungere i jobb*». I dette tentative eksempelet der både modalitetsmarkørene og ytringssubjektet er strøket konstrueres pasientens fremtidige arbeidsmuligheter som sannhet, i tillegg at tilpasning på arbeidsplassen fremstilles nærmest som et krav.

Ut ifra den klassiske forståelsen av modalitet som uttrykk for usikkerhet kan en tenkes at hyppig bruk av modalitetsmarkører kan peke på en usikker og tvilende fagperson, eller at forfatteren ikke ønsker å ta ansvaret for opplysningen i tilfelle «fakta» skulle vise seg å være feil (Veum & Skovholt, 2014). Ved å formulere seg med modalitetsmarkører og ytringssubjekt, slik denne psykomotorikeren har gjort, fremstår uttalelsen som mer ydmyk. Videre påberoper psykomotorikeren seg i mindre grad makt og autoritet over det aktuelle kunnskapsdomenet og det kan tenkes at hun ønsker å vise legen respekt for at dette egentlig tilhører hans jurisdiksjon. Dette også kan tolkes som innsikt i egen begrensing når det kommer til å kunne vurdere pasientens arbeidsmuligheter. I så måte kan bruk av modalitetsmarkører i denne sammenhengen ses på som uttrykk for faglig integritet, ved at man gjenkjenner hvor grensene for eget kunnskapsfelt går.

Oppsummerende ønsker jeg å påpeke at dersom vi sammenligner de tre arbeidsvurderingene vi nå har vært igjennom, er det ikke slik at de to første eksemplene er fakta, mens den siste er en meningsytring. Det er heller slik at muligheten for tolkningsmangfold blir dempet i de to første eksemplene, mens i det siste blir fremhevet. Vi snakker altså om språklige valg som muligens kan være styrt av underliggende ideologiske betraktninger der siste epikriseeksempel, ved å åpne opp for flere tolkninger, i større grad viser til erkjennelsen av at alle tekster reflekterer én sosial virkelighet, ulike kunnskapsgrunnlag og skaper sosiale relasjoner (Wales, 2001).

5.3.4 Makten som omsorgsfull

Det har lenge vært vanlig å problematisere bruk av makt i møtet med pasienten og å forstå denne maktbruken som dominans og noe negativt (Fugelli, Vang, Wilmar, 2003; Nessa, 2005). Det er ikke så rart, vi har jo en umiddelbar følelse av at makt er ubehagelig og bør reduseres til et minimum. Kanskje særlig i helsevesenet som jo handler om omsorg for den syke. Det har jeg også vært inne på i denne oppgaven, ved å vise hvordan epikrisene synes å konstruere og kommuniserer visse normalitetsdiskurser, rolleforståelser og pasientidentiteter, og opprettholder den ekspertstyrte biomedisinske diskursen der pasientens kunnskapsforståelse usynliggjøres til fordel for fagutøverens allvitenhet. Samtidig skjønner vi at ethvert samfunn er bygd på maktforhold, og ikke kan fungere uten. I et så komplekst og mangfoldig helsevesen som vi har i dag, blir også maktforholdene komplekse og uoversiktlige. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen synes å være hvem vet hva om sykdom og helse, og av hvem og hvordan konstrueres slik kunnskap? Dette er store spørsmål som er langt utenfor denne oppgavens rekkevidde og med et flertydig svar. Verdien av disse spørsmålene dreier seg derfor ikke om svaret, men heller den refleksjonsprosessen de kan sette i gang.

I denne sammenhengen vil jeg trekke frem en epikrise som trekker pasienten inn som en diagnostisk kunnskapskilde i epikrisen:

Status presens: (...) Hun er i en god prosess. Hun har mindre angst og har ikke lengre behov for Sobril. Søvnene er også bedre. Det er slitenheten som plager henne mest nå. Det er krevende for hennes selvbilde å ikke mestre det hun så gjerne skulle ønske, og hun sørger over dette. Hun tenker selv hun har ME, noe jeg er enig i. (Epikrise 4)

Denne ytringen er på ingen måte representativt for det samlede tekstmateriale, men den er interessant for å belyse maktperspektivet fra flere sider enn vi hittil har beskjeftiget oss med. I siste setning ser vi at det er pasienten som fremstiller en diagnose, «ME», som så psykomotorikeren sier seg enig i. Hvorfor psykomotorikeren sier seg enig i at pasienten har en ME-diagnose er uklar, foruten beskrivelsen «Det er slitenheten som plager henne mest nå». Er det pasientens opplevelse av å være plaget med slitenheten som ligger til grunn for vurderingen? Det kan vi ikke vite, fordi det ikke eksplisitt redegjøres for. Som leser blir det derfor uklart hvilken informasjon psykomotorikeren legger til grunn for sine vurderinger og ytringer.

Dette tekstutdraget kan også være interessant å se i lys av en samfunnsutvikling som beskrevet av Måseide (1991) der den biomedisinske ekspertmodellen utfordres og avløses idealet om en samarbeidsmodell.²⁷ En slik utvikling er ikke uproblematisk og for å belyse dette vil jeg trekke frem maktbegrepet som mer enn dominans. Makt kan ses på som grunnleggende for at fagutøveren skal kunne behandle og ha omsorg for syke mennesker (Nessa, 2005; Måseide 1991). Fagutøverens maktutøvelse realiserer faglige handlinger og dermed kan den mellommenneskelige makten som ligger i profesjonsrollen komme pasienten til gode i form av styrket helse. Fagutøverens makt kan benyttes til å bygge opp pasientens autonomi (Stensland, Nessa, og Schei, 2014). Pasienter er ikke fagutøvere og det er derfor stor fare for å gå seg vill i all informasjonstilgangen vi har i dagens samfunn. Resultatet kan lett bli økt usikkerhet, selvdagnostisering, destruktive reaksjoner på sykdom og tap, samt selvmedikalisering, med større avhengighet av helsevesenet (Bjelland, 2001). Tekstutdraget over kan være et eksempel på hva som skjer når pasienten får styre diagnostikken, en diagnosetilskrivelse som kan peke mot sykkelighet og hjelpeløshet. Nessa (2005) peker på at den avmektige lege kan være like skadelige som den allmektige. I et psykomotorisk perspektiv kan det tenkes at en avmektig fagutøver står i fare for å tilby årelange behandlingsforløp på pasientens premisser. Streben etter å ta pasientens perspektiv må imidlertid ikke forlede oss til å overse det faktum at møtene i helsevesenet har to ulike parter og utgangspunkter, og at disse er forskjellige. På den ene siden har vi pasientens opplevelse og forståelse av sykdommen sin, på den andre siden har vi helsepersonells profesjonelle perspektiv når de forsøker å etablere en forståelse av pasienten som kan hjelpe hun tilbake til et friskere liv (Nessa, 2005). Og som Nessa (2005) skriver «*av og til handler det om å hjelpe pasienten til å ville, handle, ta ansvar og sjøl ta styringa over livet sitt*».

5.4 Epikrisens stemmehierarki

Psykomotorikeren er mellomleddet mellom stoffet og leseren, og formidler tekstens innhold. Dette innebærer at vedkommende sitter med makten over hvilke av praksissituasjonens

²⁷ Denne samarbeidsmodellen ser jeg i lys av det vi i dag betegner «brukermedvirkning» og «pasientsentrerte praksis». Modeller som har vokst frem som følge av et ønske om å utfordre den biomedisinske ekspertdiskursen som synes å opprettholde den asymmetriske relasjonen mellom pasienten og fagutøveren ved at pasienter skal ha mer innflytelse over egen diagnostikk og behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Engebretsen & Heggen, 2012).

deltagere som skal få komme til orde og hvordan de ulike kildene²⁸ skal orkestreres i teksten. Ikke sjelden i gjennomlesningen av tekstene oppdaget jeg at det som ble presentert som pasientens tale, viste seg å være psykomotorikerens.

5.4.1 Å få komme til orde er å få komme til syne

Den direkte talegjengivelsen kan ses på som et kvantitativt mål på å gi pasienten ordet.²⁹ Av de 12 epikrisene og 17 sidene med tekst var det totalt 15 forekomster av direkte talangivelse av pasientene, representert i seks av tolv epikriser, som vist i tabell 5.

Epikrise	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Forekomst av direkte talegjengivelse	1	0	0	0	0	0	1	1	7	3	0	2

Tabell 5. Forekomst av direkte talegjengivelse.

La oss starte med et knippe eksempler, der det kan se ut til at fysioterapeutene forsøker å løfte frem pasientens perspektiv ved hjelp av direkte talegjengivelse:

Han beskrev seg selv som en «pinnemann». (Epikrise 8)

Hatt muskelsmerter fra da hun "jobba på filèt" i slutten av ten-årene. "Tåler ingen ting" av aktivitet, får vondt i kroppen. (Epikrise 9)

Kjenner en urolig "puls" i hele kroppen - "det dunker" i nakken/hodet og ryggen. (Epikrise 9)

«Alt er stivt» når hun våkner. (Epikrise 10)

²⁸ Begrepet «kilde» blir definert som «*opphav til kunnskap*», og jeg vil i den videre teksten benytte meg av aktør eller deltager som synonym (Bokmålsordboka, 2020)

²⁹ I denne sammenheng må det presiseres at vi ikke kan ta for gitt at terapeuten har gjengitt sitatene er korrekt. I tillegg kan sitater som isolert sett er korrekt gjengitt, også brukes til å fortelle en ganske annen historie enn det kilden har sett for seg.

Her ser vi hvordan det benyttes anførselstegn for å markere at «nå snakker pasienten». Samtidig viser det seg ytterst vanskelig for psykomotorikeren å la personen slippe til i «jeg-form» mellom anførselstegnene, som språklig sett er det man forventer (Aaslestad, 1997). I tekstutdragene får pasientene tidvis skinne gjennom med egen stemme, men ytringssubjektet er strøket og i alle eksemplene avbryter psykomotorikeren pasientens fortelling og blir sittende med «siste ordet».

Hun forteller at hun opplever seg som i «konstant beredskap» etter store omsorgsbelastninger i forbindelse med sykdom i nær familie sammen et traumatisk samlivsbrudd. (Epikrise 7)

Situasjon ved avslutning: Pasienten sier selv at hun har forandret seg mye: Før var hun "som en maskin, som gjorde alt andre ba om", mens hun nå velger mer ut fra egne behov. (Epikrise 9)

Ved at psykomotorikerene bryter inn i pasientens direkte tale på denne måten blir meningsinnholdet i utsagnet om hva pasienten selv føler, bli til noe hun ikke selv får ha en kvalifisert mening om, eller språklig kontroll over (jf. Aaslestad, 1997). Tekstutdragene skaper inntrykket av at skriveren har forsøkt å la pasientens stemme komme til uttrykk i teksten, men personen får likevel ikke lov til å si «jeg». Det ville jo åpne opp mot en pasients beherskelse av situasjonen og i verste fall, fra psykomotorikerens side, en utligning av autoritetsrelasjonen mellom «eksperten» og pasienten, om vi betrakter den språklige observasjonen i dialog med den sosiokulturelle konteksten med det skjeve maktforholdet mellom pasienten og fagutøveren. Men den manglende pronomensvekslingen til førsteperson, som var å vente, kan også tolkes som et mer uskyldig resultat av en travel skrivesituasjon. Lest ut ifra det kritiske perspektivet, som jo preger denne oppgaven, kan denne språklige særheten også indikere en redsel for å si «jeg», en redsel for å gå inn i situasjonen på den andres premisser, bli lik den andre (jf. Aaslestad, 1997).

Pasientene får likevel innimellom tre frem via førstepronomenet «jeg» i teksten:

Mye plaget med magen, "det er vel der jeg lagrer følelsene". (Epikrise 9)

Svette mindre, føler seg ikke så overopphetet og har ikke sånn hjertebank og «travelhet» i kroppen. «Jeg slapper bedre av – kjenner det når jeg spenner meg, og så kan jeg slippe». (Epikrise 12)

Hun har blitt mye mindre «hjelpsom» i behandlingen – lar seg bevege uten å gripe inn. Sier hun «er blitt lat hjemme også – jeg spretter ikke opp lengre for å gjøre ting de kan gjøre sjøl». (Epikrise 12)

En aktør som blir sitert direkte, vil for leseren oppleves som mer sentral. I så måte ses direkte talangivelse ofte som den mest eksplisitte måten å synliggjøre viktige personer og uttalelser (Engebretsen, 1994)³⁰. Ved at pasientene blir direkte talegjengitt og får komme frem i «jeg»-form, som vi kan lese av disse tekstutdragene, synes tekstene å skape et inntrykk av at pasientenes egne tanker og erfaringer er viktige, relevante og en kilde til kunnskap. Gjennom den direkte talegjengivelsen blir det enklere for leseren «å høre» for seg perspektivet som akkurat denne personen betrakter verden og sin lidelse med - «*det er vel der jeg lagrer følelsene*». Slike språklige grep kan synes å utfordre den biomedisinske orienterte sykdomsforståelsen og dokumentasjonen av den, ved at også personlige sykdomserfaringer blir synliggjort for å forstå sykdomsetiologi og salutogenese.

Når noen kommer til *orde*, kommer de også til *syne* for oss. I så måte kan den direkte talegjengivelsen, gjennom å løfte frem pasientens egen stemme, gjøre teksten partikulær. Thornquist (2009) understreker at å beholde pasientens egne ord er et skriftlig grep for å bevare det enkelte menneskets opplevelser, erfaringer og meningsverden, og dermed enn inngangsport til å forstå den enkeltes plager og situasjon.

Pasientene i disse tekstutdragene synes dessuten, ved hjelp av førstepronomen og aktive setningskonstruksjoner som «*Jeg slapper bedre av (...)*» og «*jeg spretter ikke opp lengre (...)*» å fremstille pasientene som handlende og erfarende subjekter med sin unike sykdomsfortelling. Psykomotorikeren synliggjør pasientens identitet gjennom personens egne ord og handlinger, ikke gjennom en ytre beskrivelse (jf. Engebretsen 2007³¹).

Psykomotorikeren trer i så måte ned på pasientens nivå, og setter ikke sin egen vurdering av personen over personens egen innsikt. Dette kan se ut til å rokke ved noe av den ekspertstyrte

³⁰ Engebretsen (1994) refererer til Pietilä (1992, s. 57).

³¹ Engebretsen (2007) refererer til Bakthin (1970).

biomedisinske diskursen der fagutøveren vet mer om pasienten enn pasienten gjør om seg selv.

5.4.2 Å *nesten* få komme til orde

Epikrisen er psykomotorikerens tekst. I så måte er det naturlig at det er fagpersonen som fører pennen, selv om hun til tider, som vi så av forrige analyse, kan delegere ordet til pasienten. Via den indirekte talegjengivelsen kan psykomotorikeren gjenfortelle pasientens fortelling, men selv styre ordlyden:

Birgitte oppgir at hun føler seg svært sliten og at hun har utbredte kroppslige smerter. Hun forteller at hun opplever seg som i «konstant beredskap» etter store omsorgsbelastninger i forbindelse med sykdom i nær familie sammen et traumatisk samlivsbrudd. (Epikrise 7)

Den indirekte talen kommer frem via formuleringene «*Birgitte oppgir (...)»* og «*Hun forteller (...)»*. Skrivemåten markerer en kontrast, den er med på å skape distanse mellom skriveren og uttalelsene som refereres. Informasjonen som fremkommer knyttes til en kilde, altså pasienten, og det blir tydelig at det ikke er skriverens synspunkter som presenteres. Dette gjør at selv om det egentlig er psykomotorikerens stemme vi hører, oppleves teksten som Birgittes fortelling. Den indirekte talegjengivelsen kan derfor umiddelbart synes å skape en pasientnær fremstilling. Ifølge Fairclough (1995) er den indirekte talen preget av ambivalens fordi vi ikke kan vite om ordlyden er kildens egen, eller om den er tilpasset skriverens diskurs. Det er tydelig av tekstutdraget at psykomotorikeren opptrer som en gjenforteller av Birgittes erfaringer. Ser vi til ordbruken som Birgitte tilsynelatende bruker, er det fort å stusse på om erfaringene er omskrevet for å passe psykomotorikerens diskurs. «*Utbredte kroppslige smerter»*, «*konstant beredskap»* «*store omsorgsbelastninger»* og «*traumatisk samlivsbrudd»*. Disse termene representerer et distansert og formelt språk som i den empiriske virkelighet for de fleste hadde vært et svært unaturlige språk å beskrive vonde livserfaringer i. Det kan derfor tenkes at pasientens subjektive og erfaringsnære språk, blir til en faglig, formell og erfaringsfjern diskurs for å tilskrive teksten autoritet. Her kan det se ut til at psykomotorikeren forsøker å skape en pasientnær fremstilling gjennom den indirekte talegjengivelsen, men for å beholde tekstens «faglige» og formelle stil gjenfortelles pasientens historie på en måte som tilpasses fagutøverens diskurs og dermed animeres pasientens opprinnelige fortelling. Faglige

termer er viktige, de bidrar til systematisering, kategorisering og forsøk på å få nødvendig oversikt. Men de gjengir noe allment og typisk, heller enn noe særegent og unikt (Wifstad, 1994). En rekke begreper er benyttet i tilknytning til balansen mellom begreper med nærhet og avstand. Antropologen Clifford Geertz (1983) forbindes ofte med begrepene «erfaringsnære» og «erfaringsfjerne» begreper. Erfaringsnære begreper er de begrepene aktørene selv bruker seg av for å formidle hva de ser, forestiller seg, føler og tenker. Erfaringsfjerne begreper er begreper som eksperter bruker for å fremme sine vitenskapelige, filosofiske eller praktiske målsetninger.³² Bruk av erfaringsfjerne begreper som dette tekstutdraget viser, kan problematiseres med hensyn til om det er et tilstrekkelig språk for å gi mening til og forstå menneskelig lidelse. Ifølge Thornquist (2009) har helsepersonell i møte med pasienter med helseproblemer lett for å beskrive og definere problemene slik at de passer inn i sin forståelsesramme. Dette kan potensielt være en barriere for å kunne «forstå det pasienten forstår» og dermed også miste det helhetlige perspektivet på kropp og sykdom.

Fordi all gjenfortelling innebærer tolkning, kan vi ikke vite hva som har skjedd med Birgittes historie under omformingen fra den direkte talegjengivelsen til den frie indirekte stilen. En sier derfor at ved bruk av indirekte tale er teksten *skriverens tekst* og pasienten mister kontrollen over historien om seg selv (Aaslestad, 1997). Aaslestad (1997) skriver at slike språkvalg ofte ses på som bærere av ideologiske skjulte budskap. I denne sammenhengen kan det se ut til at psykomotorikeren ønsker å besitte full kontroll over pasientens sykdomsfortelling, og implisitt sørge for at det er hun som fremstår som eksperten og er øverste autoritet i relasjonen.

5.4.3 Hvem sa hva?

Bruk av fri indirekte stil viste seg å være noe av det stilistisk sett mest særegne ved tekstmaterialet. De to neste tekstutdragene er eksempler på dette. Tekstutdragene tilhører ett og samme avsnitt, men jeg har av analytiske årsaker valgt å dele dem to tekstbokser slik at det blir enklere å følge analysen:

Aktuelle plager: (...) I tillegg til at hun har lite kontakt med egne grenser og behov, så har hun en familie og også en storfamilie som forventer mye at hun innfrir deres forventninger og behov ift stadige feiringer, turer osv ved mange anledninger, som

³² Et eksempel på et erfaringsnært begrep kan være «mat», mens et erfaringsfjert kan være «ernæring» (Thornquist, 2003).

hun sjelden kan delta på. Det er påfallende hvor lite alle inkl. Anja selv, forholder seg til hennes behov. (Epikrise 2)

Ytringene i dette tekstutdraget er umulig å spore tilbake til en eksplisitt kilde og det blir opp til leseren selv å tolke hvem kunnskapen tilhører. Fravær av anførselstegn, slik vi kjenner det fra den direkte talangivelsen, gjør det naturlig å tolke dette ut som psykomotorikerens stemme. Videre er teksten skrevet i tredjeperson og den refererer heller ikke til at det er pasienten som forteller, slik vi kjenner det fra den indirekte talegjengivelsen. Samlet leder dette leseren til å knytte ytringene til psykomotorikeren.

Av første leddsetning, ser det ut til at psykomotorikeren kommer med en vurdering av Anja, «*hun har lite kontakt med egne grenser og behov*». Men fordi informasjonen fremkommer av tekstkomponenten «*aktuelle plager*», som helsepersonell er sosialisert inn i en forventning om å møte pasientens fremstilling av sine utfordringer, kan leseren også ledes til å tolke dette som psykomotorikerens gjenfortelling av Anjas ord. Ved at utsagnene refererer til pasientens indre opplevelser og private sfære, som familiære forhold, forventinger og behov, altså informasjon psykomotorikeren ikke har direkte tilgang til, kan leseren ledes til å knytte Anja som opphavet til informasjonen. Slik medfører den frie indirekte stilen at det fremstår som uklart hvem som er opphavet til erkjennelsen. Det kan på sett og vis, ved hjelp av den frie indirekte stilen se ut som psykomotorikeren fremstår som kunnskapskilden til pasientens indre. På den måten ser vi tingene gjennom Anjas øyne og språk, men samtidig også gjennom psykomotorikerens øyne og språk. Ifølge Aaslestad (1997) realiserer den frie indirekte stilen at leseren kan se gjennom pasientens øyne samtidig som en blir oppfordret til å se mer enn denne personen selv kan se.

Sammensmeltningen av psykomotorikerens og pasientens stemme medfører at distinksjonen mellom den faglige evalueringen og pasientens ytringer viskes ut. Bruken av fri indirekte stil på denne måten har en tvetydig effekt; den skaper en pasientnær fremstilling, på samme tid som den skaper en avstand til Anja (jf. Aaslestad, 1997). Teksten fortsetter videre:

Status nå er utmattelse som følge av at hun har presset egne grenser gjennom mange års studier. Og nå presser man på at hun skal søke seg jobb. Etersom jeg forstår, insiterer NAV på at hun skal søke full jobb, uansett om det er over hennes helsemessige kapasitet. Bare hun holder ut prøvetiden, så får hun sykemelde seg da.

*Dette samsvarer ikke med pasientens moral å lure arbeidsgiver slik. Dessuten vil det presse henne til (å prøve) å jobbe fullt, selv om hun selv ikke opplever å ha arbeidsevne nå. Dette er IKKE en god vei til å bli frisk. Det kan gjøre henne sykere.
(Epikrise 2)*

Foruten setning nummer tre «*«ettersom jeg forstår (...)*», er tekstutdraget formulert i den frie indirekte stilen, uten markerte skiller mellom Anjas ord og psykomotorikerens egne slutninger. Selv om psykomotorikeren trer frem i subjektsform ved bruk av førstepronomenet «*jeg*», distanserer hun seg allikevel fra resten av påstandene ved å skrive «*ettersom jeg forstår (...)*», som om hun gjengir det hun har forstått av pasientens meddelelser, men uten å eksplisitt referere til henne. Som leser er det derfor ikke enkelt å forstå om det er Anja eller psykomotorikeren som er kilden til de to første setningene: «*Status nå er utmattelse som følge av at hun har presset egne grenser gjennom mange års studier. Og nå presser man på at hun skal søke seg jobb*».

Blanding av ulike kilder og stemmer uten klare kildehenvisninger fortsetter: «*Ettersom jeg forstår, insiterer NAV på at hun skal søke full jobb, uansett om det er over hennes helsemessige kapasitet*». Ytringen om at arbeid er over pasientens helsemessige kapasitet er ikke direkte koblet til psykomotorikere som kilde. Dermed fremstår det som uklart om det er psykomotorikeren eller Anja som mener dette. Men fordi mennesker leser tekster på jakt etter sammenheng er det ikke en urimelig at mange vil koble informasjonen før og etter komma sammen for å skape mening og dermed knytte påstanden om arbeidsuførhet til psykomotorikerens faglige vurdering. Fordi ytringen er skrevet uten epistemisk modalitet, fremstår den ikke som en vurdering, men som en absolutt sannhet om Anjas arbeidsmuligheter. Konsekvensen av slik språkbruk kan se ut til at nedskriveren påstår arbeidsuførhet og på samme tid fraskriver seg ansvaret for innholdet i påstanden fordi det ikke direkte kan kobles tilbake til henne.

Som vi har sett handler det ikke bare om hvem som får komme til orde, men også *hvordan*. Epikrisene kan gi inntrykk av at pasientene får komme til orde, men gjennom tekstanalysene ser vi hvordan psykomotorikerene tidvis «*tar saken for han*», ved å fremsette egne påstander og ta full kontroll over teksten. Pasientenes refererte stemme blir ikke bare representert, også «*animert*» eller «*iscenesatt*». Særlig gjennom bruken av indirekte talemåter og fri indirekte stil konstruerer epikrisene et stemmehierarki, der terapeuten selv regjerer på toppen.

På et overordnet plan kan vi si at organisering av stemmer kan kobles til makt, ved at noen får komme til orde og andre ikke (Raddum & Veum, 2006). Tilfellene hvor jeg har analysert frem hvordan psykomotorikeren har en tendens til å fremstille pasientens verden gjennom seg selv, kan ses i lys av en mer generell forståelse av hvordan helsepersonell har utviklet sin profesjonelle og sosiale autoritet i samfunnet. Det kan tidvis virke som om psykomotorikerens «autorative» stemme er så naturliggjort at retten til å regissere og usynliggjøre pasientenes stemmer virker selvsagt og naturlig.

5.5 Tekster som personaliserer og tekster som depersonaliserer

Epikrisens to empiriske deltagere, psykomotorikeren og pasienten, kan ved hjelp av språklige valg både individualiseres og depersonaliseres³³ i teksten. Epikrisene synes å vise stor variasjon når det kommer til hvordan personene teksten omhandler depersonaliseres eller personifiseres.

5.5.1 Å bli degradert fra person til symptom

De mest konvensjonaliserte språktrekkene i dette tekstmaterialet, som bidrar til en depersonalisert skrivestil, er bruk av passive setningskonstruksjoner, nominaliseringer, ufullstendige setninger, tredjepersonspronomen og fravær av egennavn:

Behandling: Balanseøvelser. Instruksjon vedr å «møte» balanseutfordringer, heller enn å spenne seg for å unngå dirring og ubehag. Avspenning av hele kroppen. Øvelser for å stimulere spenst, rytme og funksjonelt bevegelsesmønster. Mye fokus beina for å bedre forutsetningene for å balansere seg godt, dessuten for nakke, kjeve og skuldre. Samtale. Støtte ift å regulere seg ift kroppsopplevelse, følelser og behov. (Epikrise 1)

Som vi kan lese av tekstutdraget over er det ingen eksplisitte referanser til pasienten. Dette kan først og fremst ses i lys av at tekstens deltagere er underforstått på grunn av sjangerdialogen. Dermed kan ufullstendige setninger, utelatelse av personer ved å stryke pronomen og egennavn ses på som et språklig valg for å meningsfortette teksten (jf. Svennevig, 2020). Motivasjonen for disse språklige valgene kan være å oppnå en så kortfattet tekst som mulig. Sett i lys av at epikrisen skal fungere som et kommunikasjonsverktøy i en travel praksishverdag er det et poeng at den ikke blir for lang. Dette kan synes å representere

³³ Slik jeg bruker depersonalisering handler det som fravær av referanse til individet det skrives om.

noe av det som gjør epikrisesjangeren vanskelig; hensynet til at den skal være oversiktlig og kortfattet, men på samme tid, å ikke miste viktige sammenhenger og betydningsfull informasjon. Mange av mine kolleger uttrykker at de opplever at epikrisene de skriver ikke blir lest av legen dersom de skriver «for langt». Å utelate personer i sin skriftlige fremstilling av et psykomotorisk behandlingsforløp kan derfor også være et resultat av psykomotorikere som forsøker å forkorte teksten for at de skal bli lest, og dermed tilpasser seg legens preferanser. Det er imidlertid alltid fare for å redusere kompleksitet når opplevd liv skal passe inn en snever tekst, og en står i fare for å miste viktige poenger, en med vitende vilje ikke ønsker å miste.

I de to utdragene som følger skal vi forfølge ideen om tekster som depersonaliserer, men fra et annet perspektiv:

Aktuelle plager: Smerter i muskulaturen, spesielt armer og bein. Nedsatt kognitive funksjoner: nedsatt korttidshukommelse. Hjernetåke, bomullsfølelse i hodet. Tregt fra tanke til evne formulere seg. Snøvler i blant. Hodepine. (Epikrise 2)

Fra samtale: Kommer p.g.a. nakke- og skuldersmerter som har vart over flere år. Har også hatt endel hodepine og svimmelhet. (Epikrise 12)

Emosjonelle reaksjoner: Gråtlabil under samtalen. (Epikrise 5)

Heller ikke her refereres det eksplisitt til personen teksten omhandler, men det ligger implisitt i sjangerdialogen. Fordi enkeltmenneskene er skjult styres leserens oppmerksomhet mot symptomene, sykdommen eller behandlingstiltaket, heller enn mot individet (Anspash, 1988). Dermed konstrueres en dikotomi mellom symptomene som isolerte objektive funn og personen som erfarer dem. Ifølge Anspash (1988, s. 11) kan dette ses på som «*the separation of biological processes from the person*». Dette kan skape inntrykket av at funnene, sykdommen, tiltaket, etc. er dekontekstualisert fra personen som erfarer dem og individet depersonaliseres og reduseres til symptomene sine.

Tekstmaterialets tendens til å skjule pasienten som *helt* menneske, for å løfte frem fragmenterte symptomer, funn, og tiltak i forgrunnen, kan ses på i lys av kunnskapsteoretiske maktforholdene i helsevesenet. Slik vi kjenner det fra den biomedisinske diskursen står

subjektive sykdomserfaringer underordnet «objektive funn». Ved å unngå å trekke subjektet inn i beskrivelsene fremstår teksten som mer «objektiv» og dermed av høyere sannhetsverdi. Ved å la de fysiske objektive funnene komme i forgrunnen, og individet kun underforstått tilstedeværende, fremstår de fysiske funnene som overordnet for å forstå pasientens helseproblemer. I disse tilfellene kan ytringene se ut til å konstruere et kunnskapssyn der subjektive og objektive funn kan adskilles, og der det er de fysiske funnene som anerkjennes som relevante. Depersonalisering av individer medfører på denne måten at kompleksiteten og ofte diagnostisk viktige subjektive opplevelsen av være syk reduseres til en objektiv rapport om symptomer. Dette kan synes som en motpol til kunnskapsgrunnlaget NPMF er forankret i. Ved depersonalisering av enkeltmennesker på denne måten kan det se ut til at NPMF mister noe av sin grunnleggende verdi.

I denne sammenhengen ønsker jeg å trekke frem et siste poeng angående epikrisenes bruk av et depersonalisert språk. Det har å gjøre med den statusforskjellen det er mellom teori og praksis, der praksis ofte metaforisk og ikke uproblematisk, betegnes som grumsete, i motsetning til elegante renskarne teorier. Som Grue (2015, s. 126) skriver «*teori er ren, praksis er skitten*». Teori kjennetegnes av at den er generell. Å utvikle teori handler om å generalisere og derfor er det teoretiske fagspråket språket depersonalisert og dekontekstualisert og krever en annen presisjon enn hverdagspråket. Thornquist (1988, s. 6) viser til Jensen (1985) som skriver «*Teori er i sitt vesen oppdelt, abstrakt og generell (...) den er ikke knyttet til person, tid og sted. Den lukter ikke, smaker ikke og har ikke navn*». Teori er viktig fordi det gir oss prinsipper og retningslinjer, språk, begreper og tankemodeller for hvordan vi opptrer i klinisk praksis (Thornquist, 1988). Men praksissituasjonen er langt fra generell, den er individuell ved at den er forankret i sin helt egne kontekst og alltid er knyttet til spesielle personer. Når vonde livserfaringer som pasienten har meddelt blir nedskrevet i epikrisen som «*emosjonelle reaksjoner: Gråttilbilde under samtalen*» synes et dekontekstualisert og depersonalisert fagspråk³⁴ å dempe det individuelle, erfaringsnære og unike som kjennetegner klinisk praksis. Dermed kan det synes at distansen mellom praksis og den skriftlige formidlingen av den øker. Fysioterapien med NPMF er utviklet gjennom praksiserfaringer og er en praktisk yrkesutøvelse. Det er kun i de senere årene at det har vokst

³⁴ I denne sammenhengen er det svært viktig for meg å presisere at det å ikke benytte seg av et depersonalisert språk ikke betyr at fysioterapeuten er *teoriløs* eller at språket ikke er faglig. Det de kan også uttrykke en fagperson som konkretiserer teorien til den individuelle praksissituasjonen.

frem teorier som belyser fagutøvelsen (Thornquist, 1988). Med utgangspunkt i Berg (1990) sin forståelse om at all kunnskap underkastes sosial vurdering, er det ikke urimelig å tenke seg at psykomotorikere bevisst og ubevisst benytter seg av et praksisfjernt og depersonalisert språk. Dette for å skjule fagets praktiske forankring, heve profesjonens status og som en måte å få aksept og anerkjennelse på for dermed å bli tatt opp i «det gode selskap».

5.5.2 Individet som substantiv

I åtte av de tolv epikrisene var det ingen referanser til pasienten ved navn. Et gjennomgående trekk i datamaterialet var at personen teksten omhandlet ble referert til som «pasient(en)»:

Pasienten har vært hos meg to ganger til undersøkelse med tanke på psykomotorisk behandling (PMF). (...) Funnene fra undersøkelsen tyder på at denne pasienten er alvorlig belastet over lang tid, og har stor motstand mot /angst for å få kontakt med egne følelser. En forutsetning for å anbefale PMF må være at pasienten går samtidig i psykoterapi, og at psykologen er enig i dette opplegget. (Epikrise 11)

I denne epikrisen refereres pasienten aldri til ved egennavn. Syv ganger refereres hun til ved substantivet «pasient(en)», og fire ganger via tredjepersonspronomenet «hun». I tekstutdragets siste setning fremkommer det: «*funnene fra undersøkelsen tyder på at denne pasienten er alvorlig belastet (...)*». Gjennom en slik fremstillingsform kan det synes som at de alvorlige belastningene ikke får et eget ansikt, men «*denne pasienten*» fremstår som en av «*røkla*». Dermed synes personen og kategoriseres og generaliseres til en hel gruppe mennesker – «*pasienter*». Å dele inn mennesker i sosiale kategorier kan sees som en sorteringsmekanisme (Hervik, 1999). Dette er noe vi alle gjør mer enn mindre ubevisst for å gjøre erfaringer enklere og mer oversiktlig for oss selv. Ifølge lingvisten George Lakoff (1987) og i tråd med denne oppgavens teoretiske perspektiver er ikke de kategoriene vi velger naturgitte, men sosialt konstruert. Derfor kan kategoriseringer også problematiseres. Ifølge Bourdieu³⁵ sier mennesker ofte mer enn de er klar over, fordi ordene og uttrykkene vi bruker bærer med seg mer mening enn vi er bevisst. I det vi putter noen i en kategori tillegger vi dem en visse ubevisste egenskaper vi assosierer med denne kategorien (Fairclough 2001). Sosiologen Thomas Scheff (1975) er også inne på dette. Han ser kategorisering ikke kun som en mental prosess hvor en abstraherer ett element fra en kompleks virkelighet. Han ser det

³⁵ Fairclough (2001, s. 33) oppgir ikke originalkilden for henvisningen til Bourdieu.

også som en prosess der en glemmer at kategorien er en abstraksjon og til slutt handler vi som om abstraksjonen var en ting i seg selv.

Tekstutdraget synes å male et bilde av «*en pasient*» heller enn et individ fordi ordet «*pasient*» utgjør en referentkjede i tekstutdraget. Når en referent først er introdusert, som i dette eksempelet «*pasienten*» brukes normalt pronomen for å referere tilbake til samme fenomen (Fretheim, Evensen, Sivertsen, 1993). I dette utdraget og epikrisen for øvrig, refereres det gjentagende tilbake til pasienten ved bruk av ordet «*pasienten*», stedet for ved «*hun*», som normalt språklig sett er å forvente. Ordet «*pasient*» er ikke et nøytralt ord, men kan ses på som verdiladet begrep, altså et begrep som bærer med seg mening. Ut ifra et sosialt språksyn gjelder prinsippet om at enhver ytring er dialogisk ved at den bærer i seg «rester av» tidligere ytringer. Som Fairclough (1992, s. 185) skriver «*words typically have various meanings, and meanings are typically 'worded' in various ways*». Selv om folk kan ha ulike oppfatninger av begrepet «*pasient*», vil det i den større sammenhengen forstås i relasjon til vår sosiokulturelle oppfatning. Idet personer ber helsetjenesten om hjelp og får hjelp, omtales de som pasienter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Ved at pasienten erklærer et behov for hjelp ligger det en iboende sårbarhet i begrepet. Ved at psykomotorikeren erklærer seg som hjelper og en som kan forstå og handle der hvor pasienten selv ikke kan, etableres uunngåelig en asymmetrisk relasjon (Jf. Stensland, Nessa & Schei, 2004). Psykomotorikerens kategorisering av enkeltmennesket som «*pasienten*» heller enn ved egennavn synes å tydeliggjøre den iboende maktforskjellen mellom partene, at de to ikke er like og tilhører ulike «kategorier» av mennesker. Pasientbegrepet kan i så måte virke for å opprettholde distansen mellom pasienten som den skjøre og fagutøveren som den sterke. Slik kan språket være fullt av språklige praksiser som skriveren ikke alltid reflekterer over eller er klar over hvordan disse praksisene er med på å etablere og opprettholde maktrelasjoner.

5.5.3 Et subjekt med navn

Selv om det i dette datamateriale tilhørte sjeldenhetene at epikrisen personaliserte praksisdeltakerne var det særlig én epikrise som utfordret den depersonaliserte stilen:

Elisabeth merker forskjell på anspent og avspent, kan sette ord på dette, og kjenner selv en sammenheng mellom respirasjon, spenning i muskulatur og følelser. Jeg vurderer det slik at Elisabeth har gode muligheter til omstilling, og at psykomotorisk fysioterapi kan være gunstig for henne. (Epikrise 7)

I denne epikrisen får pasienten tre frem ved navn – Elisabeth. To ganger i dette utdraget og fem ganger i hele epikrisen. Dermed skapes egennavnet «Elisabeth» som en referentkjede, heller enn substantivet «pasienten». Fordi referentkjeder signaliserer hva som er tekstens som mest sentrale innhold, kan det gjennom repeterende bruk av «Elisabeth» bidra til å konstruere et bilde av at kunnskapen som fremstilles i denne epikrisen er partikulær for akkurat Elisabeth., Teksten fremstår med det ikke som generell, men kontekstualisert og personalisert (jf. Skovholt & Veum, 2014).

Teksten personliggjøres ytterligere ved at psykomotorikeren trer frem i teksten via den mest direkte form for forfattermanifestasjonen førstepersonspronomen: «*Jeg vurderer det slik at Elisabeth (...)*». Begges eksplisitte tilstedeværelse i teksten gjør det enklere for leseren å forestille seg at bak teksten, er det levende enkeltmennesker i interaksjon. Dette skaper i større grad inntrykket av at vi har å gjøre med en subjekt-subjekt-relasjon. Slik kan språkvalget ses i lys av erkjennelsesteori og det er derfor ingen tilfeldighet at det innenfor humaniora og naturvitenskapen eksisterer to forskjellige skrivepraksiser når det kommer til personalisering og depersonalisering av språket (Breivaga, 2001). I humaniora ses subjektet som en forutsetning for å fremhente kunnskap og dermed blir tilstedeværelse av skriveren i teksten via førstepronomenet «jeg» naturlig. I så måte kan dette tekstutdraget synes å trekke på spor av en humanistisk diskurs.

5.6 Menneskelige deltagere i psykomotorisk fysioterapi

Det samlede materialet viste seg i stor grad å presentere et bilde av NPMF uten menneskelige deltagere. Dette språklige særtrekket er et kjennetegn ved den biomedisinske diskursen som et ledd i å skape et inntrykk av teksten som objektiv og av høy vitenskapelig verdi (Helán, 2012). Epikrisenes tendens til å skjule menneskelige aktører må ses i sammenheng med depersonaliseringstrenden som ble synliggjort i forrige analyse. Dette må være med inn i den neste analysen av hvem som deltar i psykomotorisk fysioterapi, slik det fremstilles i epikrisen.

5.6.1 Prosedyren som aktør?

Et påfallende mønster i tekstene var setningskonstruksjoner, der undersøkelsesmetoden var tildelt aktørrollen på bekostning av psykomotorikerne som utførte og tolket undersøkelsene:

<p><i>Innledende funksjonsundersøkelse avdekket redsel for bevegelse, særlig fremoverbøyning av columna. (Epikrise 3)</i></p>

Undersøkelsen viste begrenset respirasjon. (Epikrise 6)

Funksjonsprøver: Alle aktive funksjoner medfører innsats av mer muskulatur "enn nødvendig" (...). (Epikrise 9)

Konklusjon: Kroppsundersøkelsen peker entydig mot langvarig, omfattende og lite omstillbar kroppslig beredskap. (Epikrise 10)

I alle disse tekstutdragene har vi å gjøre med aktive setningskonstruksjoner der undersøkelsen fremstilles som aktør – den kan «avdekke», «vise», «medføre» og «peke». Hvis vi tar for oss det første tekstutdraget kan vi ved hjelp av tradisjonell syntaktisk analyse se at dette er en aktivkonstruksjon. I eksempelet er det «*innledende funksjonsundersøkelse*» som formelt fungerer som aktør; det er den som avdekker noe.

Dette er en skrivevinkling som kan synes å skape en distanse til «studieobjektet». Som vi kan lese av alle eksemplene beskrives pasienten av psykomotorikeren fra en posisjon utenfor handlingen. Hun deltar ikke som den som observerer, undersøker, tolker og vurderer, hun er skjult i teksten. Ifølge Lothe (2000) kan en slik distansert skrivevinkling bidra til å gi teksten autoritet. Ved å gjøre seg selv usynlig og ved å attribuere aktørrollen til den psykomotoriske metoden, fremstilles funnene som fremhentet av en teknisk metode. Følgelig skjules det at påstandene som er fremsatt i teksten egentlig er vurderinger foretatt av subjektive aktører. Målt ut ifra en naturvitenskapelig vurderingskala fremstår funnene som mer objektive og av høyere sannhetsverdi. Dette kan synes å trekke på et epistemologisk hierarki der jo mer objektiv undersøkelsesmetoden er jo høyere status har funnene. Å skjule at det er subjekter som utfører undersøkelsene kan derfor ses på som en måte å tilskrive funnene autoritet.

Når selve metoden behandles som kunnskapskilde objektiveres teksten i enda større grad enn passive setningskonstruksjoner som «bare» skjuler aktørene (Anspash, 1988). Ved å fremstille undersøkelsesmetoden som kunnskapskilde kan det gi et inntrykk av at psykomotorikeren ikke trenger å ta ansvar for funnene og tolkningene, fordi de er «*naturgitte*». Dette medfører at pasientens kroppslige meddelelser fremstilles som løsrevet fra en sosial kontekst. I tillegg skjules den komplekse, subjektive prosessen som ligger i å tolke kliniske funn. Det kan derfor

se ut til at det relasjonelle som ligger som en forutsetning for all psykomotorisk yrkesutøvelse underkjennes og fremstiller NPMF som redusert til en teknisk metode. En konsekvens av dette kan være et bilde av psykomotorikeren som en slags utenforstående ekspert som observerer den pasienten, uten å reflektere over det som er mellom dem i relasjonen. Pasienten skapes til objekt for observasjon og fortolkning og ikke et likeverdig subjekt. Gjennom dette diskursive rammeverket rettes fokus mot fortolkninger av pasientens kroppslige uttrykk uten at psykomotorikeren selv forstås som medskaper i pasientens meningskonstruksjon. Det er viktig å understreke at jeg her ikke mener at psykomotorikeren skal gjøre seg selv til hovedperson i teksten. Poenget mitt, er at det å oppdage og reflektere over at en selv er til stede som handlende subjekt i praksissituasjonen og den skriftlige formidlingen av den, kan bidra til en utvidet forståelse av at subjektene i interaksjonen påvirker hverandre og det er i det intersubjektive møtet kunnskap skapes.

5.6.2 Å være eller gjøre

Som vi så av forrige analyse fremsto tidvis den psykomotoriske metoden som aktør i behandlingen. Vi skal fortsatt beskjefte oss med språklige valg som skjuler at psykomotorisk fysioterapi består av menneskelige deltager:

Respirasjonen viser svært liten omstillingsevne. Det er motstand mot passive bevegelser av kroppen. (Epikrise 11)

Først og fremst kan vi lese av første setning at respirasjonen tildeles aktørrollen, det er den som handler – «viser svært liten omstillingsevne». Det kan derfor skape inntrykket av at respirasjonen er løsrevet fra personen som helt menneske. Å plassere respirasjonen som aktør kan være et ledd i å depersonalisere teksten for å tillegge funnet mer objektiv verdi.

Neste setning fremstår også depersonalisert: «Det er motstand mot passive bevegelser». Fordi psykomotorikeren ikke forklarer hva som danner grunnlaget for påstanden er det vanskelig å gjennomskue at informasjonen er en menneskelig vurdering, og ikke gjengivelse av fakta. Sannhetsverdien og autoriteten i påstanden forsterkes ytterligere av at det handlende subjektet er skjult og setningen er formulert uten modalitet. Påstanden er ikke noe som forfatteren bare mener, det er slik det er (jf. Tønnesson, 2008). I den empiriske virkeligheten kan vi tenke oss at psykomotorikeren beveger pasientens ekstremiteter og pasienten svarer på

psikomotorikerens handlinger med å *yte* motstand. I så måte representerer praksissituasjonen en interaksjon mellom to handlende mennesker. Ser vi tilbake på ytringen, kan vi lese at «*motstand*» beskrives som noe som bare «*er*» kontra noe som individet «*yter*» eller «*skaper*». I NMPF tenker man seg at individet meddeler seg og kommuniserer gjennom sine kroppslige *handlinger* (Thornquist & Bunkan, 1986). Ut ifra psykomotorisk grunnlagstenkning kan en derfor forstå «*motstand*» som noe som ikke «bare er», men som må utøves, og som har en sosial funksjon for personen som *motsetter* seg.

En slik språklig fremstilling som vi her har med å gjøre kan derfor synes å ikke samsvare med psykomotorisk tenkning slik den beskrives i litteraturen. Pasientenes kroppslige kommunikasjon til omverden reduseres til mekanikk. Ved å fremstille individet som en som handler, en som *motsetter seg*, synes å konstruere et annet menneskesyn enn beskrivelser av pasienten i statiske termer – «*det er motstand*». Dersom slike språklige trekk opptrer ofte kan det bidra til å redusere pasienten til et passivt objekt som ikke har handlekraft og dermed råderett over eget liv, og kan ses på som en prosess i å ta fra pasienten handlingsmuligheter.

5.6.3 Aktører har handlingsmuligheter

Selv om epikrisene i all sin hovedsak skjulte praksissituasjonens deltagere ble denne tekstpraksisen tidvis utfordret:

Hun bremses også bevegelsene sine i aktive funksjonsprøver, og tar i det hele tatt liten plass. (Epikrise 7)

Hun hjelper til mye ved passive bevegelser av armer, men kjenner dette selv og slutter. (Epikrise 10)

I disse tekstutdragene er det pasienten som fremstår som ansvarlig aktør ved at hun henholdsvis «*bremses*» og «*hjelper til*». Satt opp mot ytringen fra forrige analyse, «*det er motstand mot passive bevegelser*», fremstår pasientens kroppsfunn som noe hun *gjør* kontra noe hun bare *er*. Disse to ulike måtene å fremstille kroppsfunn på kan synes å avspeile og reprodusere ulike oppfatninger og meningsdannelser rundt kroppen som henholdsvis en gjenstand eller som et uttrykksfelt. En annen forskjell i fremstillingsformene er at det konstrueres to forskjellige virkeligheter av pasientrollen som henholdsvis passiv og aktiv i

behandlingen. Når pasienten fremstilles som aktiv deltager maler dette et bilde at personen er med på å fremhente kunnskap om seg selv, heller enn en passiv kasusbeskrivelse psykomotorikeren skal «løse». Å kunne handle er en forutsetning for å kunne skape endring i eget liv. Dermed kan slike språkvalg synes viktige med tanke på hvilken identitet NPMF tilskriver individer og hvilket bilde profesjonen maler av pasientrollen. Å forstå seg selv om et menneske som kan *handle*, realiserer andre livsmuligheter enn en selvforståelse av å være en passiv mottaker av NPMF. I et maktperspektiv kan sistnevnte lede til at folk fratras evnen til å selvstendig og personlig hankses med sine menneskelige livsutfordringer. Sett i lys av psykomotorisk fysioterapi som «hjelp til selvhjelp»³⁶, kan slike språkvalg synes å avspeile en «passiv-fiks-meg»-behandling kontra en behandlingsform med intensjon om en bærekraftig endringsprosess. Hvem epikrisen anerkjenner som aktør kan synes å berøre maktforholdet mellom fagutøveren og pasienten. Ved å anerkjenne pasienten som aktør, en med handlingsmuligheter og en som kan bidra med kunnskap i undersøkelsen og behandlingen, kan det tenkes å bidra til å heve pasientens sosiale status i helsevesenet. At dette for noen fagutøvere kan virke truende for den ekspertidentiteten medisinen gjennom tiår har konstruert og tildelt hjelperne, er fra et maktperspektiv ikke utenkelig. Å gjemme aktører og fremstille handlinger som tilstander, har ikke oppstått i et vakuum. Det kan ses på som en del av en større sosial og historisk prosess påvirket vitenskapsteoretiske maktposisjoner.

I oppgavens siste analyse vil jeg løfte frem et tekstutdrag som synliggjør NPMF som sosial samhandling:

Når hun skal strekke arm og bein mot min motstand, blir hun kraftløs; det begynner å dunke og dirre i brystet, og hun begynner så å gråte. Hun forbinder det med avmaktsfølelse. (Epikrise 9)

Dette tekstutdraget synes å være særegent for det samlede tekstmaterialet. Psykomotorikeren og pasienten deltar eksplisitt i den skriftlige formidlingen av praksissituasjonen. Det males et bilde av at de gjør noe sammen. Pasienten strekker arm og bein mot psykomotorikerens mostand og reagerer med å bli kraftløs, dunking og dirring i brystet, og gråt. Ved at psykomotorikeren i siste setning trekker inn pasientens opplevelse «*hun forbinder det med avmaktsfølelse*», løftes de kroppslige reaksjonene opp mot en større sosial funksjon, pasienten føler seg *avmektig*. I så måte formilder dette tekstutdraget kunnskap om kroppslige uttrykk som

³⁶ Ifølge norsk fysioterapiforbund (2020) har NPMF som mål å være «hjelp til selvhjelp».

noe som har sosialt innhold og som blir til i en sosial kontekst. For å få til dette har psykomotorikeren utfordret medisinenes tekstnormer ved at hun har inkludert seg selv og pasienten i teksten, som likeverdige, som handlende og begge med innsikt til erkjennelse. Dermed skapes et bilde av NPMF som relasjonell virksomhet, og at kunnskap oppstår i en intersubjektiv kontekst. Intersubjektivitet blir i så måte en ressurs for å utvikle kunnskap. Som Lakoff og Johnsen (1980) skriver, kan en ikke vite noe om den andre fra et utelukkende objektivt perspektiv, men kun gjennom vår interaksjon med den andre, og hvordan deres sykdom manifesterer seg.

Denne undersøkelsessituasjonen synes derfor å konstruere en annen type innsikt i kropp og helse. Kunnskap om kroppen som ikke oppdelt, men som en hel og samspillende enhet. Det er ikke snakk om tilstander eller gjenstander som skal «fikses», ikke om avvik fra en eller annen norm, men om interaksjon mellom individer, kropp, følelsesliv og erfaringer.

6 OPPSUMMERENDE REFLEKSJONER

Som det var slått fast i innledningen, har oppgavens problemstilling vært: *Hvordan konstrueres og videreformidles kunnskap i psykomotoriske epikriser og hvordan kan dette ses i lys av sosiokulturelle forhold?*

For å besvare problemstillingen har jeg forsøkt å forstå teksten ved hjelp av begreper innenfor diskursteori og systemisk funksjonell lingvistikk (SFL). Jeg har også undersøkt hvordan ulike, mer eller mindre (u)synlige sosiokulturelle krefter kan påvirke fagutøverenes kunnskapsformidling. I tråd med denne oppgavens teoretiske perspektiver velger jeg å oppsummere med at jeg heller enn å komme frem til én konklusjon, har problematisert og nyansert ulike sider ved NPMFs kunnskapsformidling og utfordret ofte «tatt-for-gitte» fremstillingsformer.

Først og fremst har analysen synliggjort den kompliserte prosessen psykomotorikerene befinner seg i. Epikrisen fremstår som en vanskelig sjanger som setter høye krav til både skriftlig formidlingsevne og faglig tenkning. Sjangeren setter krav til å skriftliggjøre store informasjonsmengder - velge ut, vurdere og sammenfatte informasjon som presist uttrykker det psykomotorikeren ønsker å formidle om den konkrete praksissituasjonen slik at pasienten kan ivaretas på best mulig vis. Gjennom analysene har vi sett hvordan ti psykomotorikere finner ulike språklige innganger til det de ønsker å formidle og hvordan de forholder seg til epikrisens uttalte og uttalte tekstnormer på ulikt vis. Overordnet viser tekstmaterialet stor grad av variasjon der kropp, helse og sykdom pakkes inn i språk og virkelighetsframstillinger av svært ulik karakter. Muligens er dette en refleksjon av fagtradisjonens brede kunnskapsgrunnlag.

Psykomotorikerene i dette materiale kan se ut til å balansere mellom å vise seg som fagperson og et ønske om å fremheve pasientens perspektiver og forståelse. Det er dermed også spørsmål om makt som synes å påvirke tekstene, der de forsøker å håndtere både den «autorative» og profesjonelle fagstemmen, og det tilsynelatende motstridende perspektivet pasienten bærer med seg. Og som vi har sett, er dette langt ifra en enkel oppgave.

Den sterkeste trenden i materialet er en sterk posisjonert terapeutstemme som overordnet pasientens stemme. I mange av epikrisene kommer pasientene i liten grad til orde med sin egen stemme. Ikke sjelden undertrykker eller iscenesetter psykomotorikeren pasientens

fortelling gjennom erfaringsfjerne faglige termer. Ofte trekker den sterkt posisjonerte skriverstemmen på konvensjonaliserte språklige grep for å ivareta en personfraværende skrivestil. Dette gjøres ved å fremstille subjektive vurderinger som objektive fakta og usynliggjøre seg selv. Dokumentasjon av NPMF kan dermed ofte synes å fremstå med en skjult makt der psykomotorikerene i liten grad legger igjen spor av egen tilstedeværelse, men likevel legger igjen spor av sin definisjons- og tolkningsmakt. I de tilfellene der skriveren opptrer faktapreget og med ikke-evaluerende ytringer er det en tendens til at pasientenes kroppslige uttrykk og reaksjoner reduseres til «*objektive funn*». Gjennom en slik objektivisering forsvinner tidvis pasientene som kroppslige subjekter fra epikrisen. Dermed fornemmes en holdning som bekrefter en subjekt–objekt-tenkning, der mennesker reduseres til naturfenomener og asosiale størrelser.

Mine analyser har også vist at slik det kommer skriftlig til uttrykk i dette materialet, er ikke NPMF én enhetlig metode, slik den representeres i litteraturen. Det ser ut til at ulike fagutøvere vektet ulike forhold som viktig – det være seg samtaleterapi, massasje, antyde diagnoser, avspenning, arbeidsevnevurderinger, øvelser, trening, etc. Dette kan igjen ses i lys av fagtradisjonens brede kunnskapsgrunnlag og fysioterapeuters stadige jakt på nye kurs, videreutdanninger og generelle kunnskapsiver. Fra et mer kritisk perspektiv, kan epikrisenes stadige ekspansjon av hva som blir relevant for psykomotorisk praksis betraktes som at faget forsøker å underlegge seg herredømme over flere og flere kunnskapsdomener.

Epikrisene viser også at det er rom for individuell variasjon. Tidvis har vi sett fagutøvere som utvider rammene for hva «*akseptabel*» kunnskap er. Materialet har vist beskrivelser av hvordan intersubjektive møter mellom to kroppslige, sosiale og kulturelle subjekter har utviklet ny kunnskap om pasientenes livsvansker. Enkelte av epikrisene har synliggjort kroppen, ikke bare som et passivt objekt for tanken, men at gjennom menneskets manifestasjon uttrykker kroppen følelser, forestillinger, erfaringer og tanker. De har vist hvordan naturvitenskapelig kunnskap om kroppen ikke trenger å stå som en motsetning til kunnskap om menneskers eksistensielle vilkår. Gjennom sine ord har de videreformidlet et alternativ til det biomedisinske perspektivet på kropp og sykdom og synliggjort hvilken kunnskap de kan bidra med i helsevesenet.

Samlet sett, ser det ut til at epikrisene i dette datamaterialet tilknytter seg og tidvis strever mellom ulike diskurser. Den sterkeste tendensen ser likevel ut til å være psykomotorikere som gjør det biomedisinske språket til sitt eget. I disse tilfellene kan det se ut til at tekstene

reflekterer samtidens epistemologiske nivå, sykeforståelse og kultur. Som jeg har synliggjort ser jeg slike språkvalg i sammenheng med forklaringsmåter som har å gjøre med vitenskapelige tradisjoner og maktforhold i helsevesenet som helhet, der den biomedisinske tenkningen står som overordnet alle andre forklaringsmodeller (jf. Thornquist, 2009). Funnene i denne studien kan derfor ikke betraktes isolert, som et direkte uttrykk for fagutøvernes perspektiv, men et bilde av hvordan de gjennom sin situering i helsevesenet er sosialisert inn normer for hvordan kunnskap burde og ikke burde kommuniseres.

6.1 Hva kan denne studien bidra med?

I følge Thornquist (2009) er det å forholde seg kritisk og undersøkende til begreper og tenkemåter er et sentralt aspekt ved fagutvikling. Denne studien mener jeg kan være et ledd i en slik fagutvikling. Forhåpentligvis kan denne studien stimulere fagutøvere til å reflektere over hvordan de selv formulerer seg i sin skriftlige kommunikasjon. En slik selvrefleksjon kan øke fagutøveres skrivekyndighet, som i sin tur kan legge grunnlaget for å kunne formidle kunnskap om kropp og sykdom i flere perspektiver enn det biomedisinske.

Økt skrivekyndighet kan også legge grunnlaget for å utvikle terminologi og et språk som omfavner det NPMF ønsker å formidle. Praksis har gitt oss læring i hvordan kroppslige reaksjoner og sykdom henger sammen med folks opplevelsesverden og livssituasjon (Thornquist, 1988). Som vi har sett i denne analysen, går det også andre veien; kroppen og lidelsen, kan manifestere seg i den konkrete teksten. Gjennom det kan epikriser potensielt bidra med å informere og videreutvikle fagets teorigrunnlag.

Ved å løfte frem konkrete eksempler fra praksishverdagen håper jeg mange fagutøvere vil kjenne seg igjen. Forhåpentligvis kan dette skape et grunnlag for refleksjon og diskusjon rundt NPMFs kunnskapsformidling i lys av faglige idealer og verdier. Slik selvrefleksjon kan gjøre det lettere å få øye på språklige praksiser en selv er innleiret i, uten å være klar over det, der maktbruk foregår ubevisst. Språklige praksiser der man uten hensikt stenger ute alternative perspektiver eller konstruerer kunnskap som ikke samsvarer med tenkningen. Dette mener jeg er viktig fordi måten å begrepsfeste pasienters plager på har direkte og indirekte innvirkning på andre yrkesgruppers tenkning om og samhandling med pasienter og pasienters selvforståelse (Jf. Thornquist, 2009).

Jeg påtar meg så absolutt ingen definisjonsmakt over epikrisens utforming eller innhold. Men etter et snaut år, tusenvis av sider lest og milliarder av tanker tenkt om temaet, tillater jeg meg å avslutte oppgaven med noen refleksjoner jeg har gjort meg angående de epikrisene jeg selv ønsker å produsere, forankret i en psykomotorisk tenkning om kropp, sykdom og tilfriskning.

Min kroppslige utside kan registreres og observeres av andre, men disse trekkene ved utsiden trenger ikke nødvendigvis «å være meg». På samme tid som mine observasjoner og erfaringer av din kropp, ikke nødvendigvis er det samme som «din kropp - å være deg». Erfaringen av egen kropp er noe ganske annet enn erfaringen av andre som kropp. Så tvetydig kan kroppen altså forstås. For å rettferdig belyse den kompleksiteten det ligger i å være kroppslige subjekter trenger vi å hente perspektiver fra ulike synvinkler. En tekst vil aldri yte den levende praksissituasjonen rettferdighet. En måte å belyse praksissituasjonen fra et så helhetlig perspektiv som mulig, kan være å etterstrebe epikriser som får frem pasientens beskrivelser i et erfaringsnært språk og vurderinger og konklusjoner fra fagutøveren som er teoretiske informerte. I møtet mellom de to perspektivene, som likeverdige, men fra ulike synsvinkler, kan man sammen etablere en ny type forståelse av pasientens plager, som overskrider dennes opprinnelige selvforståelse.

7 Referanseliste

Aarseth, G. (2018). *The language of work disability: a study of medical certificates written by Norwegian general practitioners*. (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Oslo.

Aaslestad, P. (1997). *Pasienten som tekst: Fortellerrollen i psykiatriske journaler: Gaustad 1890-1990*. Oslo: Tano Aschehoug.

Annandale, E. (1998). *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.

Anspach, R., R. (1988). Notes on the sociology of medical discourse: the language of case presentation. *J Health Soc Behav*, 29(4), 357-375.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 11(1), 11-18.

Berg, O. (1978). Medisinen og det moderne samfunn. I Ringen, A. (Red), *Helsepolitikk og samfunn*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.

Berg, O. (1987). *Medisinens logikk: Studier i medisinenes sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bernstein, R., J. (1991). *Bortom objectivism och relativism. Vetenskap, hermeneutikk och praxis*. Gøteborg: Röda Bokförlaget.

Binder, P. (2011). *Et oppmerksomt liv: Om relasjon, kropp og nærvær i eksistensens psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bjelland, A. (2001). Pasientrollen - i et sosialantropologisk perspektiv. *Utposten*, 30(2), 30-35.

Bondevik, H., & Kveim Lie, A. (2007). *Tegn på sykdom: Om litterær medisin og medisinsk litteratur*. Oslo: SAP/Scandinavian Academic Press.

- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolsk makt: Artikler i utvalg*. Oslo: Pax.
- Braut, G., S. (2020). Epikrise. Store medisinske leksikon. Hentet 3. april 2020 fra <https://sml.sn.no/epikrise>.
- Breitve, M., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 12: 19-26.
- Breivega, K., R. (2001). *Vitenskapelige argumentasjonsstrategier*. (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen, Institutt for litteraturvitenskap og lingvistiske fag.
- Brostrøm, S. & Saxtrup, N. (2006). *Subjektivt og objektivt. Anamnese, undersøgelse og journal*. (2. utg.) København: Munksgaard Danmark.
- Bruusgaard, D. (2020). Pasientsentrert metode. Store medisinske leksikon. Hentet 27. april 2020 fra https://sml.sn.no/pasientsentrert_metode.
- Charlton, T., L. & Short, C. (1879). *A Latin Dictionary*. Oxford: Clarendon Press.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286: 1897 – 1902.
- Darlow, B. (2016). Beliefs about back pain: The confluence of client, clinician and community. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 20, 53-61. 10.1016/j.ijosm.2016.01.005.
- Darlow, B., Dowell, A., Baxter, G., Mathieson, F., Perry, M., & Dean, S. (2013). The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *Annals of Family Medicine*, 11(6), 527-534.
- Det norske akademis ordbok. (2020). Aktør. Hentet den 1. mai 2020 fra <https://naob.no/ordbok/aktør>.
- Donnelly, W. & Brauner, D. (1992). Why SOAP is bad for the medical record. *Archives of internal medicine*, 152(3):481-4. DOI: 10.1001/archinte.152.3.481.
- Ekerholt, K. & Falck, M. (1995). *Fotfeste: En kroppsbasert behandlingsprosess*. Oslo: Pax.

- Engebretsen, E. (2007). *Hva sa klienten? Retorikken i barnevernsjournaler*. Oslo: Cappelen Damm.
- Engebretsen, E. & Heggen, K. (red). (2012). *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Engebretsen, M. (1994). Hvem vant valgkampen i VG? *Norsk Medietidsskrift*, 02/1994. 128-141.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social change*. Cambridge: Polity.
- Fairclough, N. (1995): *Media Discourse*. London: Edward Arnold.
- Fairclough, N. (2001): *Language and Power*, London, Routledge.
- Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse – en tekstsamling*. København: Hans Reitzels forlag.
- Flyum, K., H. (1996). *Når litteraturvitenskapen møter vitenskapslitteraturen. Forbildets forbilder. Norsk sakprosa. Andre bok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Falkum, E. (1998). Forstå og forklare. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 118: 4631.
- Foucault, M. (1999). *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus.
- Foucault, M. (2000a). *Galskapens historie*. (2. utg.). Oslo: De norske bokklubbene.
- Foucault, M. (2000b). *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzel.
- Foucault, M., & Eliassen, K. (1996). *Tingenes orden: En arkeologisk undersøkelse av vitenskapene om mennesket*. Oslo: Aventura.
- Fretheim T., Evensen L., S., Sivertsen E. (1993). *Tekst i kontekst: en artikkelsamling*. Oslo: Novus forlag.
- Fugelli P., Stang, G., Vilmar, B, (red.). (2003). *Makt og medisin*. Oslo: Makt- og demokratiutredningen.
- Geertz, C. (1883). *Local Knowledge Further essays in interpretive anthropology*. New York: Basics.

- Goffman, E. (1974). *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Dreyer.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gretland, A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi. I Bergem, A., K. (Red), *Kroppen i psykoterapi* (s. 139 - 158). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grue, J. (2011). Hva er kritisk diskursanalyse? I Hitching, R., T, Nilsen, A., B & Veum, A, *Diskursanalyse i praksis: metode og analyse*. Krisiansand: Høyskoleforlaget.
- Grue, J. (2015). *Teori i praksis: Analysestrategier i akademisk arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hågvar, Y. (2007). *Å forstå avisa: Innføring i praktisk presseanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Halliday, M. & Matthiessen, C. (2004). *An introduction to functional grammar* (3. utg.). London: Arnold.
- Hegel, G.,W., F. (1999). *Åndens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Helán, R. (2012). *Analysis of Published Medical Case Reports: Genre-Based Study*. (Doktorgradsavhandling). Masaryk University.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Én innbygger – én journal*. (Meld. St. 9 2012–2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meldst-9-20122013/id708609/>.
- Helsedirektoratet (2018b). Kapittel 7: sykemelding og erklæringer. Hentet den 07.05.20 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/sykmelding-og-erklæringer>.
- Helsedirektoratet. (2018a). Helsepersonelloven med kommentarer: Kapittel 8: Dokumentasjonsplikt. Hentet den 13.12.2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer#Dokumentasjonsplikt>.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.

Hertzberg, F. (1995). Uttalte og uuttalte normer for vitenskapelig skriving. I Johnsen, E., B., (red.), *Forbildets forbilder. Norsk sakprosa. Første bok*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hervik, P. (1999): *Den generende forskjellighet: danske svar på den stigende multikulturalisme*. København: Hans Reitzel.

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

Hjort P., F. (1988). Legerollen mot år 2000. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 108: 3276 – 7.

Hornmoen, H. (2003). «Forskningen har vist»: Roller i maktrelasjoner i forskningsjournalistikk. I Berge, K., Meyer, S., Trippestad, T. (Red.), *Maktens tekster*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hunskår, S. (red). (2005). *Allmennmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hurwitz, B. (2006). Form and Representation in Clinical Case Reports. *Literature and Medicine*, 25(2), 216-240.

Idema, R., Feez, S. & White, P. (1994). Appraisal and Journalistic Discourse. Hentet den 1.03.20 fra www.grammatics.com/appraisal/MediaLit-Comment.pdf.

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

Kirkevold, M. (2020). Medikalisering. Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet den 2 februar fra <https://sml.snl.no/medikalisering>.

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A. & Nortvedt, F. (red.). (2011). *Bind 1: Grunnleggende sykepleie*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitative forskningsintervjuen* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur.

Kveim Lie, A. (2012). Sykehistoriens eksempelbruk. I Rønning, A., Krefting, E., & Eriksen, A. (red), *Eksemplets makt: Kjønn, representasjon og autoritet fra antikken til i dag*. Oslo: Scandinavian Academic Press.

- Laclau, E., & Mouffe, C. (1985). *Hegemony and Socialist Strategy Towards a Radical Democratic Politics*. London: Verso.
- Lakoff, G. (1987). *Women, fire, and dangerous things: what categories reveal about the mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lothe, J. (2000). *Narrative fiction and Film. An introduction*. New York Oxford University Press.
- Lukes, S. (2005). *Power: A radical view* (2. utg.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Lupton, D. (2012), *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. (3. utg). London: Sage.
- Maagerø, E. (2005). *Språket som mening: Innføring i funksjonell lingvistikk for studenter og lærere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (1995). The legitimacy of clinical knowledge: Towards a medical epistemology embracing the art of medicine. *Theoretical Medicine*, 16(2), 183-198.
- Måseide, P. (1991). Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Sociology of Health & Illness*, 13(4), pp.545–561.
- Mead, H., G. (1934). *Mind, Self, & Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. London: The University of Chicago Press.
- Messel, J., & Slagstad, R. (2014). *Profesjonshistorier*. Oslo: Pax.
- Miller, C. (1984) Genre as a social Action. *Quarterly Journal of Speech*, 70 (1984), 151-167.
- Miller, C. & Shepherd, D. (2004). Blogging as Social Action: A Genre Analysis of the Weblog. University of Minnesota. Hentet den 21. mars fra <http://hdl.handle.net/11299/172818>.
- Miller, P. & Rose, N. (2008). *Governing the Present. Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge: Polity.

Monroe, W., F., Holleman, W., L. & Holleman, M., C. (1992). Is there a person in this case?. *Literature and medicine*, 11(1), 45. 10.1353/lm.2011.0241

Monsen, K. (1989). *Psykodynamisk kroppsterapi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Molander, A. & Terum, L. (2013). *Profesjonsstudier* (3utg). Oslo: Universitetsforlaget.

NAOB – Det Norske Akademis ordbok (2020). Aktør. Hentet den 08.05.20 fra <https://naob.no/ordbok/aktør>

Nessa, J. (2005). Allmektig eller avmektig lege? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125: 3080

Neumann, I. (2001). *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Norsk fysioterapeutforbund. (2020). Psykomotorisk fysioterapi. Hentet den 10.05.2020 fra <https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi>.

Norsk helsenett (2020). Norsk helsenett. Hentet den 10.05.2020 fra <https://www.nhn.no/>.

Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). Sensibilitet og refleksjon: Filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.

Pasientjournalforskriften. (2019). Forskrift om pasientjournal (FOR-2019-03-01-168). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>.

Pasientjournalloven. (2014). Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (LOV-2014-06-20-42). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42>.

Raddum, T., & Veum, A. (2006). Avistekstens mange stemmer. *Norsk Medietidsskrift*, 13(2), 135-158.

- Sadler, J., Lee, S. & Inrig, S. (2009). Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theoretical medicine and bioethics*, 30. 411-25. Doi: 10.1007/s11017-009-9122-4
- Scheff, T., J. (1975). *Labeling Madness*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Sirnes T. (1999). Alt som er fast, fordamper. I Meyer, S. & Sirnes T. (red). *Normalitet og identitetsmakt i Norge*. Oslo: Gyldendal.
- Skelton, J. (1997). The representation of truth in academic medical writing. *Applied Linguistics*, 18 (2): 121-40.
- Skovholt, K., & Veum, A. (2014). *Tekstanalyse: Ei innføring*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Skrede, J. (2017). *Kritisk diskursanalyse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Snow C., P. (1960). *De to kulturer*. Oversatt av Ragnar Kvam. Cappelen's upopulære skrifter. Oslo: Cappelen.
- Stensland, P., Nessa, J. & Schei, E. (2014). Medisinsk profesjonalitet: Mestring av legeyrket. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 1-2014, 10 årgang.
- Store norske leksikon. (2019). Direkte tale. Store norske leksikon. Hentet den 29. mars 2020 fra https://snl.no/direkte_tale.
- Svendsen, L. (2006). Patologiseringen av menneskelivet. *Samtiden*, (1), 131-139.
- Svennevig, J. (2020). *Språklig samhandling: Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Thomassen, M. (2016). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. & Bunkan, B., H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (1988). *Vårt selvbilde – hvordan vi formidler oss selv og faget vårt*. Bergen: Studia Forlag.

- Thornquist, E (1992). *Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2006) Psykomotorisk fysioterapi, tenkning og tilnærming. *Utposten*, nr. 5.
- Thornquist, E. (2007). Fysioterapeuters journaler – en undersøkelse av språkbruk. *Fysioterapeuten*, 74(9):22-28.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2014). Fysioterapeutene: fra kosmologi til fagpolitikk. I Messel, J. og Slagstad, R. (red.) *Profesjonshistorier*. Oslo: Pax.
- Tønnesson, J. (2008). *Hva er sakprosa*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tønnesson, J. (2012). *Hva er sakprosa* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Trippestad, T., Meyer, S. & Berge, K. (2003). *Maktens tekster*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vagle, W., Sandvik, M. & Svennevig, J. (1993). *Tekst og kontekst*. Oslo: Cappelen forlag.
- Wales, K. (2001). *A Dictionary of Stylistics*. London: Longman.
- Wifstad, Å. (1994). Møtet med den andre. Om ekspertkunnskapens grenser. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Vol .30: 3678 – 80.
- Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (2008). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Wodak, R., & Meyer, M. (2009). *Methods of critical discourse analysis*. (2. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Wulff, H. (1999) The two cultures of medicine: objective facts versus subjectivity and values. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92: 549 – 52.

8 Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet ”skriftlig formidling psykomotorisk fysioterapi i psykomotoriske fysioterapeuters epikriser”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på den skriftlige fremstillingen av psykomotorisk fysioterapi i epikrisen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet gjennomføres som en masteroppgave ved Universitetet i Tromsø, Institutt for helse- og omsorgsfag. Hensikten å få innsikt i hva journalteksten formidler om psykomotorisk fysioterapi.

Forskningsspørsmålene som skal adresseres er:

- Hva formidler den psykomotoriske epikrisen?
- Hva får vi vite mye om og hva får vi vite lite om? Hva utelates?
- Hva kjennetegner tekstens språkdrakt?
- Representerer tekstene noen særegne fellestrekk?
- Hva slags tankesett, handle- og væremåter fremmes?
- Hvordan kommer pasienten til syne?

For å undersøke dette ønsker jeg å gjennomføre tekstanalyser i form av en diskursanalyse av pasientjournaler skrevet av psykomotoriske fysioterapeuter.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektleder er Anne Gretland, fagansvarlig ved masterstudiet i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø, og mastergradsstudent er Ingrid Sandnes Rønning.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Datamaterialet i dette prosjektet består av psykomotoriske pasientjournaler. For å innhente et slikt datamateriale trengs deltagelse og samtykke fra psykomotorisk fysioterapeuter og deres

pasienter. Rekruttering av psykomotoriske fysioterapeuter skjer gjennom at prosjektet utlyses i Norsk fysioterapiforbund sin undergruppe «psykomotorisk fysioterapi». Terapeuter med ønske om å delta kontakter undertegnede og får samtykkeskjema sendt i posten. De tar selv kontakt med pasienter de har skrevet epikrise om, som de ønsker å bidra med. De kontakter og de pasientene som ønsker å delta får informasjonsskriv og samtykkeskjema sendt i posten. Prosjektets størrelse innebærer 10-15 terapeuter og pasienter.

Hva innebærer det for deg å delta?

I dette forskningsprosjektet skal det gjøres tekstanalyse av epikriser skrevet av en psykomotorisk fysioterapeut, om en pasient som har gått i psykomotorisk behandling. Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du tillater å dele opplysningene i epikrisen med student Ingrid Sandnes Rønning og prosjektets prosjektleder (Anne Gretland). Epikrisen vil være anonymisert slik at den på ingen måte kan gjenkjenne hverken terapeut eller pasient.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Prosjektleder Anne Gretland og student Ingrid Sandnes Rønning, vil ha tilgang på datamaterialet og vil foreta analysene. Vi er begge bundet av taushetsplikt. Epikrisene og arbeidsnotatene oppbevares på papir i et innelåst skap og i et elektronisk sikkert område godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata. Samtykkeskjema oppbevares separat fra dette. Ingen opplysninger som anvendes i selve prosjektet skal kunne knyttes til identifiserbare personer. Ved publisering av masteren vil ikke pasient eller terapeut kunne gjenkjennes. Så lenge studien pågår vil du når som helst kunne få innsyn i opplysninger som er lagret om deg selv.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. juni 2020. Etter prosjektslutt vil alle dokumenter og personopplysninger destrueres.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Tromsø ved *Anne Gretland* (anne.gretland@uit.no) Tlf.: +4777660694
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold (personvernombud@uit.no). Tlf.: 776 46 322 og 976 915 78
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Dette skjemaet returnerer du i den vedlagte konvolutten og sender tilbake til undertegnede.

Takk!

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring pasient

Samtykkeerklæring til pasient

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «skriftlig formidling av relasjonelt samspill i psykomotoriske fysioterapeuters epikriser», og har fått anledning til å stille spørsmål. Denne samtykkeerklæringen oppbevares i fysioterapeutens journal for å ivareta anonymitet. Jeg har mottatt informasjon om prosjektet og er klar over at deltakelse i prosjektet er frivillig. Jeg kan når som helst i løpet av prosjektperioden velge å trekke meg fra deltakelse uten krav om begrunnelse og uten ansvar for prosjektet

Jeg samtykker til:

- at min psykomotoriske fysioterapeut utleverer epikrise om meg som skal tekstanalysers i forbindelse med prosjektet «skriftlig formidling av relasjonelt samspill i psykomotoriske fysioterapeuters epikriser».

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *15. juni 2020*.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring psykomotorisk fysioterapeut

Samtykkeerklæring til psykomotorisk fysioterapeut

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «skriftlig formidling av relasjonelt samspill i psykomotoriske fysioterapeuters epikriser», og har fått anledning til å stille spørsmål. Denne samtykkeerklæringen oppbevares innelåst i et skap separat fra datamaterialet. Jeg har mottatt informasjon om prosjektet og er klar over at deltakelse i prosjektet er frivillig. Jeg kan når som helst i løpet av prosjektperioden velge å trekke meg fra deltakelse uten krav om begrunnelse og uten ansvar for prosjektet

Jeg samtykker til:

- å utlevere epikrise jeg har skrevet om en pasient, som skal tekstanalysers i forbindelse med prosjektet «skriftlig formidling av relasjonelt samspill i psykomotoriske fysioterapeuters epikriser».

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *15. juni 2020*.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Godkjennelse fra NSD

NSD Personvern

29.08.2019 08:22

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 752760 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

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 den 29.08.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.06.2020.

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 art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. 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 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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som

de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Tjenester for Sensitive Data (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 dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

