

Fysioterapibehandlingens kompleksitet med fokus på kropp og kjønn

– en videoanalyse av et eksempel fra praksis

Kristi E. Heiberg, fysioterapeut cand.san.,
Sykehuset Asker og Bærum
kristi.elisabeth.heiberg@sabhf.no

Gunn Engelsrud, førsteamanuensis,
Seksjon for helsefag, UiO
gunn.engelsrud@helsefag.uio.no

Introduksjon

I fysioterapi handler praksisutøvelsen om metoder og teknikker, men også relasjoner. I dag er relasjonsfeltet aktuelt innen mange fagområder, media og litteratur. Interessen for virkelighets-TV kan være et eksempel på det. Ekeland (1) har vist fra psykoterapi at relasjonen mellom pasient og terapeut har større betydning enn metodene som anvendes. Vår for forståelse er at fysioterapi ikke kan reduseres til metoder og teknikker, men at relasjonen som behandlingen foregår innenfor alltid vil være sentral.

Artikkelen er basert på *en utvalgt situasjon* fra Heibergs hovedoppgave «Dypdykk i praksis. En kvalitativ videoanalyse av utvalgte aspekter ved fysioterapibehandlinger» (2). Vi har valgt for å fortolke den konkrete situasjonen i et perspektiv som har bakgrunn i livsverdensfenomenologi¹ og kjønnsteori (3). Det innebærer at vi i utgangspunktet betrakter virkeligheten vi undersøker som kompleks. Vi forstår personer som møtes i en gitt situasjon som erfarende subjekter som spiller sin forhistorie og forventninger

ut i kommunikasjon med hverandre.

Flere fysioterapiforskere, som Engelsrud (4), Ek (5), Thornquist (6) og Rosberg (7) arbeider med forskning der relasjonen er sentral. Både fysioterapeuten, pasienten og vi som skal forstå handlingene i praksis må basere oss på vår egen for forståelse og hvordan vi tolker det vi observerer og legger merke til. Dette vil alltid måtte oppfattes som selektivt og avgrenset. Det inngår også i en slik for forståelse at den ikke er uttømmende. Denne artikkelen viser hvordan vi gjennom videoanalyse kan foreta et dypdykk inn i en bestemt praksissituasjon for bedre å forstå hvordan samspillet mellom terapeut og pasient kan forløpe. Samtidig kan vi vise hvordan vi gjennom et sosialt kjønnsperspektiv kan få frem nye sider ved samspillets forutsetninger.

Metode og materiale

Artikkelen tar utgangspunkt i en studie(2) som kom i gang ved at det ble mulig å undersøke et allerede eksisterende videomateriale fra pasientbehandlinger hos en privatpraktiserende fysioterapeut. Videoopptakene av pasientbehandlingene ble god-

kjent av Regional komité for etisk godkjenning. Informantene samtykket til at videoopptakene kunne brukes i en hovedfagsoppgave.

Problemfeltet som behandlingen foregikk innenfor var rygglidelser. Materialet bestod av 12 pasienter og seks forskjellige fysioterapeuter. Videoopptakene var av første, andre og siste (tolvte) behandling hos fysioterapeuten. Etter en vurdering av flere opptak fra studiet, ble en av behandlingsprosessene valgt ut for en nærmere undersøkelse. En grunn for å velge det aktuelle opptaket var at det fanget interesse, både fordi det var noe gjenkjennelig og fordi det provoserte². Hovedfagsoppgaven begrunnes i en subjektiv interesse og et faglig engasjement, noe som også er utgangspunktet for denne typen forskning – nemlig at forskeren utnytter sin for forståelse og subjektivitet. Dette betyr først og fremst at vi arbeider innenfor en fortolkende tradisjon der et hovedanliggende er å undersøke hvordan mening skapes og endres. Forskningsinteressen ligger i å undersøke hva slags kunnskap som kan komme ut av et slikt utgangspunkt.

Videoopptakene var produsert for et an-

¹ *Livsverdensfenomenologi* legger til grunn et ikke reduksjonistisk og et integrerende syn på kropp – sjel, liv – verden, objekt – subjekt, fysisk – psykisk osv. Dette utgangspunktet er grunnlaget for bestemte metodologiske valg i bestrebelsene på å forstå en kompleks og menneskelig virkelighet i dens ulike former. Denne forskningsinnretningen har vist seg fruktbar i bl.a. helsefaglig forskning nasjonalt og internasjonalt. (www.med.uio.no/andre/helsefag/phenomenologisk_helseforskning.html)

² Med det mener vi at det var lett å se «feil» og bli opptatt av alt som fysioterapeuten kunne gjort «bedre». Det var altså provoserende å se hvor lett det er å være normativ på egen fagutøvelses vegne.

Sammendrag

Artikkelen bygger på hovedoppgaven «Dypdykk i praksis. En kvalitativ videoanalyse av utvalgte aspekter ved fysioterapibehandlinger». Utgangspunktet er at relasjonen mellom fysioterapeut og pasient alltid vil være sentral i behandlingen. I dette materialet er begge kvinner.

Analysen viser at fysioterapeuten og pasienten kommer inn i et kommunikasjonsspor fra første behandling. Pasientens erfaring og opplevde kropp gis lite oppmerksomhet fra fysioterapeuten. Derimot blir pasientens kropp et objekt som fysioterapeuten med sine metoder (trening, øvelser og «gode råd») har til hensikt å endre. Fysioterapeuten veksler i sin rolle mellom å

være styrende og jovial.

Gjennom et sosialt kjønnsperspektiv belyses hvordan de spesifikt kvinnelige erfaringer som begge har kommunisert kun gjennom jovialitet. Forståelsen av kjønn kan gi nye perspektiver og mening inn i behandlingskonteksten. Ved å gjøre behandlingsinteraksjonen mer transparent og åpen utvikles ny kunnskap om hvilke perspektiver på kropp og kjønn som involveres og uttrykkes i fysioterapipraksis.

Nøkkelord: fysioterapi, kvalitativ metode, videoanalyse, relasjon, kjønn, kropp

net formål enn for den aktuelle hovedoppgaven. Materialet forelå som en film vi selv ikke hadde medvirket til å produsere, og vi hadde dermed ingen forhistorie med de konkrete personene som var involvert i filmen. Prinsipielt kunne dette gi mulighet til å studere materialet med et åpent blikk på handlingene og samtaleformene som tas i bruk. På den annen side kan ikke fortolkningene støttes av deltagernes selvforståelse, deres uttalte erfaringer og begrunnelser. Slik sett gir materialet (som et hvert annet forskningsmateriale) både muligheter og begrensninger. Det er likevel flere fordeler med å ha et filmet materiale til rådighet for analyse.

Forskeren får mulighet til å fange opp mange sider og detaljer ved yrkesutøvelsens handlingsdimensjon og samtidig beholde et sammenhengende bilde av praksisen (4, 5, 8). Her gis mulighet for presisjon og grundighet i analysen fordi det gis anledning til avspilling flere ganger. Erickson (8) kaller muligheten som bevaring av informasjon på film gir «the capacity for completeness of analyses». Når hendelsene er bevart på film, kan de studeres gjentatte ganger. Det viser seg ofte at det kan identifiseres stadig nye elementer og fortolkningsmuligheter. Dette kan redusere faren for å trekke for raske konklusjoner og fortolkninger.

En annen fordel ved videoobservasjon er at mange aspekter fremstår tydelig på filmen og at uttrykkene blir ekte. Det gis ingen mulighet til å forklare seg eller bortforklare «uheldige» episoder (2).

Imidlertid står forskeren i fare for å miste dialogen med konteksten for handlingens opprinnelse. Alt som skjer på videoen skjer i en konkret sammenheng og har sin bestemte betydning nettopp i denne sammenhengen. Forskeren kan bli stående overfor dekontekstualiserte enkelthandlinger dersom det filmede materialet oppfattes som det «sanne» bildet av virkeligheten, og forskeren posisjonerer seg i en betrakterposisjon til filmen (4). Et annet spørsmål som ofte stilles er hvorvidt det å filme behandlingssituasjonen kan være med på å prege samhandling mellom personene. I et livsverdensperspektiv arbeides det innenfor forutsetningen om at verden og subjektet gjensidig alltid er til stede. Forskeren har ingen privilegert posisjon for å være objektiv eller ha et fullstendig uten fra perspektiv på forskningsområdet. Det er derfor viktig å tydeliggjøre forforståelsen og gjøre forskningsprosessen intersubjektivt tilgjengelig, slik at dette kan diskuteres med andre.

Prosjektets tilnæringsmåte til materia-

let kan fortolkes som åpen i den forstand at inngangsspørsmålet var: Hva dreier dette materialet seg om? Hva er det som skjer i disse videofilmene? Oppgaven bestod i å beskrive handlingsforløpet i filmene på en så lite evaluerende måte som mulig. Dette ble en lang prosess. Først ble det filmede materialet «oversatt» til tekst via transkripsjon. Etter å ha sett igjennom materialet mange ganger, stoppet, spolt tilbake, sett uten lyd, hørt på samtalene med lukkede øyne og så videre, kom noen temaer til å skape interesse. Fortolkningsarbeidet ble deretter organisert omkring dette. Temaene er enten typiske for materialet som helhet eller som mønstre som ble gjentatt. De fire temaene er «biomekanisk perspektiv», «fysisk aktivitet», «kommunikasjon» samt «kropp og kjønn». I denne artikkelen vil vi fokusere på kropp og kjønn, og eksemplene vi bruker vil være hentet fra dette tema.

Kort beskrivelse av behandlingskonteksten og filmens aktører

I materialet møter vi to kvinner som begge er mellom 40 og 50 år. Pasienten er henvist for «low back pain». Hun har hatt ryggplager av varierende grad de siste 20 år. Pasienten har forsøkt ulike typer behandling og kan oppfattes som en «gjenganger» i behandlingsapparatet. Når vi ser pasienten på videoen, får vi inntrykk av en person som beveger seg tungt og som snakker i en oppgitt tone om sine problemer. Denne fortolkningen bygger på at pasienten snakker om at hun har «prøvd alt» og ikke vet hva hun skal gjøre med smertene i ryggen. Bevegelsene oppfattes som «slepde» og besværet.

Fysioterapeuten har mange års erfaring fra privatpraktiserende fysioterapi. Vårt inntrykk av henne er at hun virker trygg i sin yrkesrolle. Måten hun møter pasienten på oppfatter vi som hyggelig og jovial, og dette kan sies å være en fysioterapirolle vi selv har lært og praktisert.

I den første behandlingen tar fysioterapeuten opp en kort anamnese og forsøker å sette seg inn i pasientens sykehistorie. Fysioterapeuten er opptatt av hvor lenge pasienten har hatt smerter, hvor smerten «sitter» (spesifikk smertelokaliserings) og hvilke typer behandlinger hun har hatt tidligere. Fysioterapeuten spør også om pasientens arbeidssituasjon. Fysioterapeuten foretar en spesifikk ryggundersøkelse som inkluderer hofter og bekken, og hvor fokus er på smertelokal-

sering. Etter hvert blir undersøkelsen over i instruksjon og utøvelse av «aktive øvelser» for rygg, bekken og hofter. Øvelsene som brukes er «kjente» fysioterapiøvelser. Vi merker oss at fysioterapeuten ikke spør etter pasientens familiesituasjon og erfaringsverden. Det bli ikke spurt om pasientens egne tanker rundt problemene, hvordan pasienten selv forholder seg til smertene, når smertene kommer, måter å takle smerter på også videre.

Neste behandling starter med noen supplerende undersøkelser. Deretter gjennomfører pasienten oppvarming på en ergometersykel. Dette følges opp av at terapeuten foretar massasje ved hjelp av G5-apparat, og pasienten instrueres videre i «aktive øvelser». Siste behandling starter med ergometersykling, deretter massasje med G5 og «aktive øvelser».

Et gjennomgående tema i alle behandlingene er at fysioterapeuten oppfordrer pasienten til å være mer fysisk aktiv ved å gå tur, svømme og sykle. Fysioterapeuten foreskriver fysisk aktivitet og bevegelse, noe som i dag også fremstilles som et svært viktig fysioterapiiltak³. Forslagene avvises imidlertid av pasienten, som både verbalt og med sin måte å bruke kroppen på ikke tar til seg fysioterapeutens forslag.

Fysioterapeuten foretar ingen oppsummering av behandlingsresultatet eller avklaring av pasientens sluttstatus. Ut fra det vi kan observere på videoen beveger imidlertid pasienten seg mer ubesværet og virker «lettere» enn slik vi så henne første gang⁴.

Analyse av noen situasjoner.

Hensikten ved vise noen utdrag fra materialet er å belyse hvordan kommunikasjonsmåten som benyttes også er mettet med mening og symboler. Fysioterapeuten utfører sine metoder og tar parallelt i bruk et språk. En sentral side ved den aktuelle fysioterapeuten er at vi tolker henne som jovial. Tonen mellom henne og pasienten i behandlingssituasjonen er gjennomgående jovial og hverdagslig. Det benyttes lite faguttrykk – i stedet benyttes «folkelige» uttrykk som «det fløy helt ned i benet», «kjenner det bak i stjerten», «skal ikke herje helt vilt med deg», «skal vi preke litt først», «du må måle høyden på dørterskelen».

Denne måten å kommunisere på kan tolkes som en måte fysioterapeuten selv bidrar til å redusere sin faglige autoritet på. Et spørsmål er om fysioterapeuten faglig sett

³ Jfr. Norsk Fysioterapeutforbunds kampanje «beveg deg», <http://www.beveg-deg.no>

⁴Vi diskuterte her om den «lettelser» vi synes å observere også kunne fortolkes som at pasienten var glad over å være ferdig med denne typen behandling.

har noe å tilføye pasienten med en slik språkbruk. Motsatt kan en slik språkbruk forstås dit hen at fysioterapeuten stiller seg på nivå med pasienten. Det kan være en styrke å bryte ned autoritetsforholdet som strukturelt eksisterer mellom behandler og pasient. Vår hovedtolkning av behandlingsforløpet er at fysioterapeuten som behandler kommer i bakgrunnen til fordel for en form for «venninne», som kommer med hverdagslige og joviale råd.

Problemkroppen som «objekt»

Ved flere anledninger tolker vi at fysioterapeuten «snakker bort» pasientens signaler og antydninger om sine problemer. Dette gjelder for eksempel pasientens initiativ til å snakke om mat og vektproblemer. Vi kan vise dette gjennom et eksempel fra teksten (2, s. 83-84):

Fysioterapeuten og pasienten står foran ribbeveggen etter at de har prøvd ut en øvelse der. Pasienten har kun på seg BH og strømpebukse. Plutselig legger fysioterapeuten hånden på pasientens nakne mage:

F: Mat, var det det du sa noe om når du kom?

P: Ja. Gått opp syv kilo.

F: Nå har jeg anbefalt deg parken i nærheten. Og så måler du den mila til dørstokken.

P: Ja, måle høyden.....

F: Hvor høy den er.....

P: Ja, og så får jeg se på været.

F: Nei! Kle på deg! Det er ikke farlig når det regner.

Med bakgrunn i at vi tidligere har sett pasienten bevege seg tungt og besværet, fortolker vi at det å trene og å gå ned i vekt har vært tema flere ganger i behandlingen og at en dyp og komplisert problematikk for pasienten møtes med lettvinde råd fra fysioterapeuten. Fysioterapeuten viser sine normer og forventninger ganske direkte til pasienten. Selv om kommunikasjonen foregår innenfor den samme joviale tone, det underliggende budskap tolkes som at det gjelder for pasienten «å ta seg sammen», trene og å være fysisk aktiv. Vi får ingen tegn på videoen om at denne typen råd treffer pasienten og skaper lyst eller mening for henne. En tolkning er at jovialitetens bakside kan være at pasienten opplever at hun ikke blir anerkjent som den hun er som person. Det foregår ingen kommunikasjon som skulle tilsi at pasienten her opplever en god og forståelsesfull relasjon med terapeuten. Med det mener vi at det ikke dveles ved de antydninger pasienten viser, og at hennes erfaring ikke blir et tema. Når vi ser behandlingssekvensene

samlet, kan det stilles spørsmål ved om nettopp en slik manglende anerkjennelse fra fysioterapeutens side kan medvirke til at pasienten ikke oppnår noen endring av sin passive holdning til sitt livsmønster.

En annen måte å fortolke dette på er at fysioterapeuten har støtte i sin fagkunnskap og dermed er i sin fulle rett til å råde og formane pasienten til å slanke seg og trene. Pasienten har jo nettopp oppsøkt fysioterapeuten for å få hjelp med sine ryggproblemer og andre problemer. At fysisk trening er viktig, er slik sett uttrykk for en forståelse som gjelder blant fysioterapeuter i dag og som har full støtte fra forskning (9). Det kan også være viktig at helsepersonell ikke glatter over, men tør å være direkte og ærlige overfor pasientene. Ek (5, s. 274-275) peker på betydningen av at fysioterapeuten ikke forsøker å «snakke bort» det som oppstår og frustrerer pasienten, men lar pasienten snakke ut om det som er viktig for henne. Annen forskning har, i følge Ek (5), vist at mødre til syke barn sluttet å høre på de legene som ikke tok hennes bekymringer alvorlig, og mødre kunne derfor ikke huske den informasjonen som var gitt dem.

Med dette eksemplet har vi til hensikt å peke på hvordan fysioterapeutens forsøk på å motivere pasienten overskrider en grense da hun brått legger hånden på pasientens bare mage. Denne direkte handlingen ser ut til å plage pasienten uten at hun har ord for det i situasjonen. Handlingen viser, selv om den «pakkes inn» i jovialitet, at fysioterapeuten vurderer pasientens kropp som et objekt det kan gjøres endringer på. Jovialiteten ser ikke ut til å føre til at pasienten blir mer motivert og får lyst til å trene. I stedet kan en slik hendelse bidra til at pasientens forhold til egen kropp kompliseres ytterligere.

Bruk av symboler og kjønn som sosial faktor

I neste eksempel skal vi se hvordan begge parter benytter utstrakt bruk av metaforer og symboler. Egen kropp og egen aktivitet omtales på en måte som kan knyttes til en mer grunnleggende kroppsforståelse. Her arbeider pasienten og fysioterapeuten med ryggøvelser (2, s. 88-89):

Pasienten står på alle fire på benken og strekker ben og motsatt arm opp/bak og opp/ fram.

F: Er det uvant?

P: Ja, jeg er ikke vant til å lee på meg nesten i det hele tatt, jeg!

F: Bare jobber?

P: Det og, men nå, etter at jeg ble sykemeldt, har jeg bare sittet der. Fra morgentil kveld.

F: Men du kan vel komme over den terskelen etter hvert nå vel?

P: Ja, røre på seg litt!

F: Ja. Kunne du like å svømme?

F: Jeg svømmer som et strykejern.

F: Strykejern?

P: Ja. Rett til bunns. (Begge bryter ut i latter). Nei da, jeg har da.....badstu og sånt, etterpå.

F: Ja. Det er ikke lange biten til svømmehallen....

P: Nei, det er ikke det, vet du.

F: Men har du for høy terskel hjemme, da? Dørstokkmila er for lang? Ta med målebånd og mål hvor lang den er!

P: Ja, det skal jeg prøve!

F: Ja. Jeg tror den ikke er lengre enn at du kan hoppe over den!

P: Nei. Jeg blir bare så giddesløs, altså.

Symbolene som fysioterapeuten her benytter kan knyttes til en mekanistisk forståelse. «Målebånd», «terskel» og «dørstokkmila» er eksempler på dette. Når fysioterapeuten foreslår svømming som en aktivitet svarer pasienten at «jeg svømmer som et strykejern. Rett til bunns». Dette kan tolkes som at pasienten ikke kan svømme, at hun synker rett til bunns. Hun benytter en metafor for å formidle det: Hun tar i bruk metaforer om sin egen kropp som om den var som et strykejern; tung og hard og ubevegelig. Den synker. Videre på videoen kommer det imidlertid fram at pasienten kan svømme. Pasientens talemåte kan derfor forstås som en humoristisk måte å uttrykke en avvisning av fysioterapeutens forslag på. Men den kan også forstås som om pasienten her formidler noe «sant» om sin egen erfaring. Som om hun bokstavelig talt føler kroppen sin som tung, hard, kompakt og ubevegelig, den synker. Hun vil ikke gå til svømmehallen og svømme. I dette utsnittet tolker vi at fysioterapeuten og pasienten med sin måte å snakke på, kommer enda lenger fra hverandre. Når vanskelig problematikk og humor kombineres på en måte som ingen er i stand til å forholde seg til, kan det som her virke som om pasienten nærmest «tvinges» til å latterliggjøre seg selv.

Et annet eksempel fra teksten (2, s. 103-104) kan illustrere hvordan kjønn er til stede som en underliggende sosial faktor i relasjonen mellom fysioterapeut og pasient:

Fysioterapeuten henter massasjeapparat og håndkle. Pasienten ligger på magen på benken.

F: Det var visst litt stort dette (håndkleet).

P: Men jeg kan godt ta med meg et mindre...?

F: Nei, når vi først har begynt å bruke det så behøver vi ikke å vaske oss i hjel, vel?

(Fysioterapeuten skrur på massasjeapparatet. Det bråker kraftig.)

F: Nå får du si ifra hvis det er vemmelig. Har du jobbet i hjemmesykepleien hele tiden, siden -86?

P: Hele tiden.

F: Har du gjort det fordi du synes den type jobb er morsomt? Interessant?

P: Nei. Jeg gjorde det fordi det var det som passet best.

F: Det var det som passet best med...?

P: Med jentungen.

F: Åssen innrettet du deg, med vakter og sånn?

P: Jeg jobbet halv stilling bare om kvelden... og etterpå så ble det bare til at jeg har vært der.

Her kommer det fram at pasienten har sin bestemte jobb fordi den passet best i forhold til barnet, og siden har hun bare blitt værende der. Hun har ikke denne jobben fordi hun trives godt og ønsker akkurat denne formen for arbeid. Når pasientens situasjon kommer fram, så kommer passiviteten som pasienten har uttrykt i forhold til å trene i et nytt lys. Her trekker begge inn husarbeid og strevet med å velge for seg selv. Fysioterapeuten solidariserer seg med pasienten og sier at «vi trenger ikke vaske oss i hjel». Dette er interessante fenomener som kan problematiseres videre i forhold til ryggproblemet pasienten har og at hun er en «gjenganger». Fysioterapeuten benytter igjen sin rolle som «venninne», som kan forstås som et forsøk på å skape en god relasjon med sin måte å være kvinne på. Det kan se ut til at hun forsøker å knytte dem sammen i fellesskap, «oss kvinner imellom», så og si. På den andre siden kan dette reproducere noen bestemte måter å være i verden på som kan forhindre kvinner fra å ta valg på egne vegne.

Kjønn som et videre perspektiv på behandlingsforløpet

Når vi skal diskutere eksemplene i et videre perspektiv, har vi valgt å trekke inn kjønn. Vi ser ikke kjønn som et biologisk determinerende faktum her, men som forventninger som rettes mot det å være kvinne og hvordan det å være kvinne knyttes til bestemte symboler. Her hjelper en slik forståelse oss til å stille spørsmål om hvordan denne relasjonen og kommunikasjonen kan fortolkes ut fra at begge personene er kvinner. Hva kan kjønn bety i fortolkningen av egen og andres kroppslighet?

I medisin og helsefag har det vært reist alvorlige innvendinger mot å benytte et

kjønnsnøytralt perspektiv i møtet med pasienten (10,11,12). Det har også vist seg, i følge Solbrække (13), at samme symptom har fått ulik diagnose avhengig av om det er kvinne eller mann som har symptomet.

Kvinner får oftere psykiske diagnoser eller merkelappen «ubestemte plager» enn menn, selv når de presenterer de samme symptomene. Et eksempel er hjerteproblemer hos kvinner, som i større grad enn hos menn ikke blir tatt alvorlig, men forklart med tretthet eller at hun må trene mer. Belastningslidelser, som har vært stadig økende spesielt hos kvinner, fortøner seg som bildet av «en utbrent maskin koblet til et mørkt kvinnesinn». Dette kan knyttes til kvinnekroppen som en utpreget tvetydig informasjonskilde uegnet for den medisinske diagnostiseringsprosessen og en hindring for en mer adekvat kommunikasjon mellom lege og pasient. Videre sier Solbrække (13) at «vår kultur i dag preges av en ufullstendig helse- og sykdomsforståelse som forvaltes og reproduseres når kvinners symptomer har blitt, og fremdeles blir tilskrevet deres biologi eller psyke. Sykdom betraktes i stor grad som et avgrenset «tilfelle» og symptomer som ytre avbildninger av biologiske eller psykiske tilstander, og sjelden som en tilstand i forlengelsen av individets personlige livshistorie».

Vi observerer i videomaterialet at til tross for at begge personene er kvinner, blir ikke den kvinnelige erfaringen trukket inn i forståelsen av hennes (dvs. pasientens) symptomer og sykdomsbilde. Et spørsmål som kan stilles er om mangelen på å utdype pasientens erfaringer kan forstås som et språkproblem? Blir det kvinnelige kun levd og symbolisert, og ikke tematisert og utforsket? Vi har latt oss inspirere av hvordan noen teoretikere har beskrevet at det kvinnelige symboliseres, bl.a. Solheim (14) og Oliver (15). Sentralt hos Oliver er, at innenfor det hun kaller et patriarkalsk samfunn, mangler det rom og språk for kvinners erfaringer. Fravær av støtte til å uttrykke følelser i ord kan føre til at livserfaringer forblir i kroppen som utematiserte og vage. I vårt materiale forblir pasientens livserfaringer utematiserte. Hun kommer med noen signaler om erfaringer hun har gjort, men disse møtes med jovialitet eller «venninneprat» av fysioterapeuten. Tolker vi fysioterapeutens kommunikasjon i lys av Oliver, kan vi si at hun bidrar til å undertrykke pasientens subjektive erfaring. Det er den «mekaniske» kroppen med dens symptomer i kombinasjon med fysioterapeutens normer som får plass i behandlingen.

Det kvinnelige som symbol på det «flytende»

Det at begge informantene er kvinner ser her ut til å innebære at de tar i bruk bestemte kulturelle symboler om kvinnelighet, som passivitet, hjelpeløshet og ubestemmelighet. Det kvinnelige «flyter», med Solheims (14) terminologi, ut over grensene og etableres i et spor av ubestemmelighet. Et slikt symbolbestemt univers uttrykkes ikke nødvendigvis i konkrete utsagn, men er, ifølge Solheim (14), heller til stede som noe underliggende. I vårt materiale tolker vi at både fysioterapeuten og pasienten etablerte seg i sine bestemte roller allerede i første behandling. De kom inn i et spor som de ikke var i stand til å endre. Dette til tross for at sporet ikke førte dem mot en konkretisering av hva som ble erfart, hvordan de oppfattet problematikken de sto overfor eller at det ble reflektert over pasientens situasjon.

En slik vaghet i forhold til sine erfaringer som kvinner oppfattet vi som svært tilstedeværende mellom «våre» personer. Fordi fysioterapeuten og pasienten aldri helt oppnådde å «møtes» i en dypere forstand og fysioterapeutens forsøk på å «endre» pasienten ikke førte fram, ble de værende i det sporet som ble etablert i den første behandlingen. Slike etablerte vanemønstre må også forstås som noe som er etablert utenfor den aktuelle situasjon, og som her ser ut til bare å bli forsterket. Måten å samtale på og tiltakene som ble foreslått var hele tiden de samme. Men det så ikke ut til at pasienten var mottakelig for fysioterapeutens metoder og innspill eller klar for endring av livsstil og levemåte.

Når vi står overfor disse to kvinnene og skal ta stilling til hva de skaper sammen, så tolker vi det som et gjennomgående vagt og statisk behandlingsforløp. En tolkning er at fysioterapeuten har lite faglig kompetanse til å møte «vaghet» hos pasienter. En slik type vaghet knyttes av flere forskere på feltet til ubestemte plager (16, 17). Kombinert med mange påkjenninger i livet, liten innflytelse og makt, stort omsorgsansvar og lite anerkjennelse av egen erfaring vil den egne kroppen blir preget av vaghet, smerte og byrde. Vi ser her at de symbolske måtene fysioterapeuten og pasienten forhandler om kjønn på bidrar til at begge nærmest forsterker problematikken og forblir preget av sin kjente hverdagskontekst. Denne bestemte måten de skaper relasjon seg i mellom på kan utdypes og stilles spørsmål til – nettopp ved hjelp av å trekke inn kjønn som analytisk filter.

Oppsummering og konklusjon

Artikkelen har satt søkelys på hvordan samhandling i fysioterapi praksis kan foregå. Hensikten har vært å ikke være evaluerende til det som foregikk på videofilmen. Vi har søkt å vise hvordan en relasjon utviklet seg som den gjorde. Gjennom å foreslå noen fortolkninger har vi pekt på mulige måter å forstå samhandlingen på i lys av et livsverdensfenomenologisk og kjønnet perspektiv. En fysioterapi behandling inneholder mange komplekse og mangetydige komponenter/elementer som dukker opp når det ryddes tid og rom for å studere utøvelsen i praksis, en utøvelse som ellers vanligvis glir raskt forbi.

Vi har vist en måte å se noen fenomener på som kan åpne opp for spørsmål om hva det kan innebære at fenomener forstås på en bestemt måte? Hvilke briller har fagpersonell på seg i møte med pasienter? Et kjønns-perspektiv som ser på kjønn som sosial forventning og meningsproduksjon kan være relevant og nyttig å dra med seg inn i tolkningen av fenomener fra fysioterapi-behandlingene. Det oppstår spørsmål som både pasienter og fysioterapeuter kan ha nytte av å reflektere over. Er det slik at det å opptre mer autoritært ikke assosieres med en «kvinnelig» væremåte? Kan den joviale, hverdagslige, «venninne-pregede» kommunikasjonsstilen ha sammenheng med fysioterapeutens hverdagskontekst og rolle-utforming som kvinne? Vi mener at det er spennende å reflektere over slike mulige sammenhenger fordi både vi som forskere og yrkesutøvere trekker kjønnede erfaringer og «kvinnbilder» med oss videre inn i kommunikasjon og møte med mennesker. Vagheten og det «flytende» viser Solheim (14) til som en kulturell måte å knytte spesifikke symboler sammen med det kvinnelige på.

Hvordan symptomer og plager fortolkes og gis betydning innebærer alltid at visse fenomener kommer i forgrunnen mens andre utelukkes. En kritisk selvrefleksjon fra fysioterapeuten kan synes viktig og helt nødvendig for at pasienten skal oppleve å møte anerkjennelse som den personen han/hun er, og for at en god og fruktbar relasjon skal kunne utvikles. Pasienter møter fysioterapeuter med kroppen sin og vice versa. Kroppen bærer spor av de erfaringer livet har gitt. Der som dette skrelles bort i konsultasjonen og fysioterapeuten ikke kan anerkjenne og bekrefte pasienten i sin erfaringsverden, kan pasientens problemer, slik som her, forbli vage og uavklarte. En hypotese er at dersom helsevesenet skal kunne hjelpe pasienter med mer ubestemte helseplager, bør pasientens erfaring trekkes inn og få plass i konsul-

tasjonen (2).

Et materiale med en fysioterapeut og en pasient gir ikke grunnlag for å si noe sikkert om hva som foregår i andre situasjoner. Imidlertid har vi ut fra dette materialet identifisert temaer som vi kjenner igjen fra praksisfeltet, og det er liten grunn til å tro at fenomenene bare opptrer i dette tilfellet. I analysen har vi lagt vekt på å få fram fortolkninger som igjen kan illustrere både teoretiske poeng og gi opphav til nye spørsmål. Videoanalyse har gitt gode muligheter for å gjøre et «dypdykk i praksis». En måte å utvikle fysioterapien og de andre helsefagene på kan være å tilby innsyn i utøvelsen, gjøre den mer transparent, samt forsøke å filtrere noe av det som skjer i møter mellom pasienter og profesjonelle ved å fortolke samhandlingen gjennom flere teoretiske perspektiver. Uten at situasjonene åpnes opp kan vi ikke vite helt hva som foregår og hva vi snakker om når det gjelder kommunikasjon og utøvelse av metoder. Med denne artikkelen har vi gitt et bidrag til å skape mer innsyn i en samhandling samt å vise våre tolkninger.

Artikkelen ble mottatt 14. juli 2003 og er vurdert av to eksterne referere. Akseptert 19. januar 2004.

Litteratur

1. Ekeland TJ. Evidensbasert behandling: Kvalitets-sikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1999, 36, 1036-47.
2. Heiberg KE. Dypdykk i praksis. En kvalitativ videoanalyse av utvalgte aspekter ved fysioterapi-behandling. Hovedfagsoppgave. Seksjon for helsefag. Det medisinske fakultet, UiO. 2001.
3. Bengtsson J. En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. I: Med livsvärlden som grund. Bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning. Studentlitteratur 1999.

4. Engelsrud G. Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse. SIFF. Helsestøttestiftelsen. Rapport nr 1-1990.
5. Ek K. Physical therapy as communication: Microanalysis of treatment situations. En oppgave for den filosofiske doktorgrad ved Michigan State University. 1990.
6. Thornquist E. Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Ad Notam. Gyldendal. 1998.
7. Rosberg S. Kropp, varande och mening I ett sjukgymnastisk perspektiv. Akademisk avhandling. Göteborgs Universitet. Institutionen för socialt arbete. 2000.
8. Erickson F. Audiovisual Records as a Primary Data Source. I: Sociological Methods and Research. (Special Issue on Sound-Image Records in Social Interaction Research.) Ed: A. Grimshaw. 11 (2), 213-232.
9. Statens råd for Ernæring og Fysisk Aktivitet (SEF). Fysisk aktivitet og helse – anbefalinger. Rapport, 2-2000.
10. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. I: Allmennpraktikerenserien. TANO. 1990.
11. Malterud K. Klinisk kunnskap om kvinners "ubestemte" plager – ulike perspektiver for innsyn og utsyn. I: kroppen som informasjonssystem. Senter for kvinneforskning. Arbeidsnotat. 2/94.
12. NOU: Kvinners helse i Norge. 1999:13.
13. Solbrække KN. Finnes det en kjønnsdelt helsekultur? I: Tidsskriftet Sykepleien. 3/1997.
14. Solheim J. Den åpne kroppen. Om kjønns-symbolikk i moderne kultur. Pax Forlag A/S. 1998.
15. Oliver K. Psychic Space and Social Melancholy. Paper og foredrag holdt ved Senter for Kvinneforskning 23. oktober 2000.
16. Råheim M. Kvinners kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk-hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter. Doktorgradsavhandling ved Det psykologiske fakultet og Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, 2001.
17. Engelsrud G og Lilleaas U-B. Par i bevegelse – opplevelse av arbeidsvaner og kroppsvaner. I: Arbeidsnotat 3/99 Universitetet i Oslo. Senter for kvinneforskning. 1999.

Abstract

This article is based on the Master thesis «Diving into practice. A qualitative analysis of certain aspects in physiotherapy treatment». The basis for this discussion is that the relationship of the physiotherapist and the patient will be a crucial part of the treatment. In this material they are both women. The analysis shows from the very beginning of the treatment that both women communicate in a very limited and inhabited way. The bodily experience of the patient is given little attention from the physiotherapist. By her way of communicating the physiotherapist turns the patient's body into an object that she has an intention to alter. The therapist changes her roles between being determined and jovial throughout the treatment. Through a perspective of social gender this article focuses upon the experiences of femininity and womanhood, how these experiences are communicated through joviality. This knowledge gives new perspectives and meaning to the context of treatment. By making the treatment interaction more transparent and open knowledge is developed on how body and gender are involved and expressed in physiotherapy practice.

Key words: physiotherapy, qualitative method, video analysis, relation, gender, body