

Fysioterapeuters syn på barn

En diskursiv tekstanalyse om hvilke kunnskaper og sannheter som styrer fysioterapeutens arbeid med barn

Steinar Øvreås



Masteroppgave i helsefagvitenskap
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai, 2014

© Steinar Øvreås

2014

Tittel

Steinar Øvreås

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

II

Sammendrag

Denne masteroppgaven har sett på tekster skrevet av fysioterapeuter som jobber med barn. Formålet med oppgaven er å undersøke hvilke bilder av barn, som fremkommer gjennom de tekstlige beskrivelsene av fysioterapeuters oppfølging av barn. Hovedspørsmålene er: hvilke kunnskaper og sannheter disse bildene bygger på, og mulige konsekvenser fysioterapeuters syn på barn, kan ha for de barn som de følger opp?

Den teoretiske forankringen i oppgaven ligger innenfor sosialkonstruktivismen. Fysioterapeuters kunnskap blir i dette perspektivet sett på som sosialt konstruert. Det er valgt en kvalitativ tilnærming med diskursiv tekstanalyse inspirert av Laclau og Mouffes teorier. Gjennom nærlesing av fysioterapi fagbladet *Barnestafetten*, er ulike diskursive syn på barn lest frem. Diskursene er også sett i lys av Foucaults governmentality begrep.

Resultatene viser at barn både med og uten funksjonsvansker blir knyttet til et bilde om at foreldre har et ansvar på å følge opp barnets bevegelsesutvikling. Dette ansvaret er knyttet opp til en kunnskapsdiskurs om at barn har et potensiale som de må få hjelp til ta ut, og at det ligger en potensiell patologisk risiko hvis foreldrene ikke følger opp fysioterapeuters anbefalinger. Barn uten funksjonsvansker blir samtidig beskrevet med en egen driv til å utvikle seg i eget tempo, mens barn med funksjonsvansker er fremstilt i et bilde på at de trenger funksjonelle, spesifikke treningsmål som de finner betydningsfulle for å utvikle seg. Fysioterapeuter jobber for å gjøre foreldre til eksperter på egne barn, men samtidig regulerer de foreldrenes handlinger, og dermed også barnas hverdag gjennom veiledning, kurs, informasjonsmateriell og kartlegginger. I diskusjonen stiller jeg spørsmål ved om denne kunnskapsformidlingen også kan bidra til å gjøre foreldrene mer avhengige av fysioterapeuten gjennom de bilder av barn som fysioterapeuter formidler.

Abstract

“Physiotherapists views on children”

The purpose of this study is to examine physiotherapist’s views of children. The thesis also looks at which knowledge and truths these images are based upon, and how these views on children, affect their lives.

The theoretical framework lies within social constructionism, and a qualitative approach is chosen. The analysis is done with a discursive text analytic approach inspired by Laclau and Mouffe theories. Through reading texts written by physiotherapists, different discursive view of children is presented. These discourses are also seen in the light of Foucault's governmentality concept.

The results show that both children with and without disabilities are described as being dependent on their parents and that parents are given the responsibility to monitor their children's motor development. This responsibility is linked to knowledge based upon a belief about children having a movement potential they need help to achieve, and that there is a potential pathological risk if parents do not follow up recommendations given by the physiotherapist. Children without disabilities are described as having an inherent drive to develop at their own pace, while description of children with disabilities are linked to the need of meaningful, functional, specific training goals. Physiotherapists make parents experts in their child’s motor development, but they also influence the parents’ behaviour, and in turn the children's lives. These influences are achieved by educating the parents, counselling, information materials and surveys. One possible not intended result of making parents experts could be that parents actually get more dependent on the physiotherapist, because of the views of children the physiotherapists promote.

Forord

Masteroppgaven i helsevitenskap har vært en lærerik reise. Av alle eksamener jeg har hatt i livet har det vært fint å kunne være i en lengre prosess der en fordyper seg og jobber med et materiale over tid.

Det er fint at det er et i rom oppgaven til å takke. Jeg vil takke min veileder Eivind Engebretsen. Alltid rolig og støttende på det jeg gjør. Tydelig på tilbakemeldinger og har vært en veileder som har gitt meg troen på dette prosjektet når jeg selv kanskje har tvilt.

Jeg vil også takke det inspirerende miljøet på instituttet for helsevitenskap. Det har vært en ny verden som ble åpnet for meg ved å tre inn i dette studiet. Jeg har virkelig verdsatt den innsikten og de redskaper dette studiet har gitt meg, til å se og forstå det helt nære, til de store linjene i både mitt eget fag fysioterapi, men også innenfor tenkning rundt helse og sykdom. Jeg har nok ikke mer en skrapet på en overflate, men føler likevel jeg har lært mye.

Jeg har brukt litt lang tid på oppgaven, men samtidig har livet underveis blitt fylt av to små barn, flyttet til gammelt hus med hage, kjøpt bil og byttet jobb. Tanken var å ta studiet ved siden av jobb, men det var vel optimistisk. Når min egen verden ble vevd inn i en familie, og jeg ikke lenger bare hadde meg selv å tenke på, ble det tydelig hvor viktig det er å ta vare på de fine båndene som skapes mellom oss mennesker, og hvordan vi gjensidig påvirker hverandre. Det ble veldig tydelig da eldste gutten på tre kom hjem fra barnehagen med et ark full av streker. «Jeg har hjulpet deg med å skrive oppgaven din jeg pappa».

Så derfor takk til gutta mine og til all familie som har stilt opp som barnevakter og heiagjeng, til kollegaer som har støttet og bror Håkon for hjelp til språkvask. Helt til slutt er det en helt spesiell person å takke. Marit, du vært der hele tiden med meg, du har heiet på meg og gitt meg rom til å fullføre oppgaven. Din tålmodighet med meg er jeg utrolig takknemlig for. Håper jeg kan være like støttende tilbake i dine fremtidige prosjekter.

Steinar Øvreås, mai 2014

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Tidligere forskning	2
1.3	Problemstilling og forskerspørsmål.....	5
1.4	Oppgavens videre oppbygning	6
2	Fysioterapi og barn.....	7
2.1	Historisk utvikling av fysioterapi for barn	7
2.2	Fysioterapeutens oppgaver	9
2.3	Barnet som aktør.....	10
3	Teori	14
3.1	Sosialkonstruksjonistisk vitenskapsyn	14
3.2	Diskurs.....	15
3.3	Diskursanalyse.....	17
3.3.1	Nodalpunkt og mester-betegnere	18
3.3.2	Nærlesing av teksten	19
3.3.3	Hegemoni og antagonisme mellom diskurser	20
3.4	Makt og kunnskap	21
3.5	Governmentality	22
4	Metode.....	25
4.1	Analysen og diskusjonens oppbygning	25
4.2	Forskningsdesign	26
4.3	Datamaterialet.....	27
4.3.1	Barnestafettens representativitet	27
4.3.2	Om bruk av dokumenter som kilde	28
4.4	Etiske overveielser.....	29
4.5	Forskerrollen.....	30
5	Analyse og diskusjon	33
5.1	Kategorisering og diskursivt nivå.....	33
5.2	Barn uten funksjonsvansker.....	36
5.2.1	Det handlende barnet med egen driv	36
5.2.2	Barn må stimuleres og posisjoneres	39

5.2.3	Det patologiske barnet (eller det mulige skjeve og svake).....	43
5.2.4	Oppsummering av kategorien barn uten funksjonsvansker	47
5.3	Barn med funksjonsvansker.....	49
5.3.1	Trening av barn	49
5.3.2	Foreldre som ansvarlige	52
5.3.3	Barn og hjelpemidler	58
5.3.4	Oppsummering av kategorien barn med funksjonsvansker	64
5.4	Diskursorden barn.....	66
5.4.1	Bilder på barnet som aktør	66
5.4.2	Barn og bevegelsesaktiviteter eller trening	67
5.4.3	Barns potensiale	69
5.4.4	Barn og hjelpemidler	69
5.5	Fysioterapikunnskap og makt.....	70
5.5.1	Kunnskap og makt.....	70
6	Konklusjon	75
	Litteraturliste	77
	Figur 1 Oversikt over analyse og drøfting	25
	Figur 2 A: WHO ICF Original modell. B: Alternativ versjon av ICF. Fra Rosenbaum og Gorter (2011) "The F-word in childhood disability"	73

1 Innledning

I denne oppgaven ønsker jeg å belyse hvilke bilder fysioterapeuter kan ha om barn og hvordan oppfølgingen av barna beskrives. Særlig er jeg opptatt av hvilke kunnskaper og sannheter som styrer fysioterapeutens arbeid med barn. Jeg vil studere disse kunnskapene og sannhetene som sosialt skapt gjennom diskursiv tekstanalyse. Analysen vil være av tekster skrevet av fysioterapeuter i Norge, som jobber med barn.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Fysioterapi som fag har i lang tid hatt et krav om dokumentasjon av effekt og nytteverdi (Engelsrud, 1990; Paulsen, 1989). Fysioterapeuter har derfor fått et større fokus på målbar effekt av behandlingstiltak de siste par tiårene (Gibson & Martin, 2003). I samme tidsrom har synet på barn endret seg. Barn blir i dag i stor grad sett på som selvstendige aktører i samfunnet (Kjørholt, 2001). Dette har medført at barn har fått flere rettigheter i samfunnet og det er i mange sammenhenger lagt opp til at barn skal få mer innflytelse i forhold som berører deres egne liv. Dette er også i tråd med at pasientrollen har gått over til å bli en brukerrolle og vi har fått lov om pasient og bruker-medvirkning innen norsk helsevesen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Innen fysioterapi for barn er tema som barns deltakelse blitt satt fokus på (Engelsrud, 1990; Sætrang, 2004). Familie-sentrert praksis er også eksempel på et nytt begrep som blitt tatt i bruk (Baker et al., 2012). Spørsmålet er hvordan disse ulike begrepene og praksisene fylles med innhold og forståelse og hvilke konsekvenser det får for barn? Jeg er selv fysioterapeut og jobbet med barn i over 15 år, og har derfor vært med på en del endringer i faget. Etter å ha blitt student igjen er dette et tema jeg har blitt interessert i, og jeg håper derfor med denne oppgaven å kunne gå litt mer bakenfor den praksis jeg selv har drevet, og se på den med nye øyne.

Jeg vil senere i oppgaven beskrive fagområdet fysioterapi for barn og også ta for meg ulike forståelser av barn og barndom. Men først vil jeg beskrive kort noen studier som jeg opplever som relevante for min oppgave. Disse representerer noe av den fagforståelsen som har skjedd faget de sist 20 årene og bidratt også til prosessen rundt å forme min egen problemstilling og valg av datamateriale.

1.2 Tidligere forskning

Jeg vil her se på ulike artikler som har sett på fysioterapeuters syn på barn. En av dem er Engelsrud (1990) som ønsket i sin doktoravhandling å se hvilke kroppssyn som eksisterte ute i fysioterapi praksis. Hun var opptatt av om det var ett annet språk i praksis enn det teoretiske medisinske når fysioterapeuten stod i direkte relasjon til barnet og dets kropp. Hennes utgangspunkt var at i fysioterapi-litteraturen var pasienten beskrevet som en person som hadde et problem men ingen kunnskap. Fysioterapeuten ble tillagt en ekspertrolle, som en som kunne behandle med sine teknikker og oppnå god kvalitet, som tok gode faglige valg og hadde en god formidlingsevne. Samtidig ble også begrepet “taus” kunnskap brukt om den kliniske dyktigheten en fysioterapeut etter hvert fikk ved å praktisere faget. En kunnskap som handlet om uartikulert erfaring. Engelsrud ville sette et språk på denne kunnskapen. Hennes forståelse var at denne kunnskapen av barnets kropp oppstod og ble aktualisert i samspillet mellom fysioterapeut og barn. Engelsrud viste med sin studie at et bilde på barnet som deltaker og aktiv aktør var knyttet til at fysioterapeuten forstod og møtte barnets kropp med begreper som *iboende, egenskapte og naturlige* bevegelsesaktiviteter. Dette bekreftet også Sætrang (2004) i sin hovedfagsoppgave. Engelsrud beskrev også lukkede interaksjoner der det ble jobbet mer mekanisk med gitte øvelser. Hun stiller spørsmål til fysioterapeutens rolle som eksperten som har de «riktige øvelsene». Dette er noe jeg fra egen praksis kjenner meg igjen i. Samtidig som jeg opplever at ulike kartleggingsverktøy og tester fremmer en type fasit for hva det må jobbes med. Det er derfor interessant å se i mitt materiale på hvordan fysioterapeutens ekspertrolle er i dag. Det har nå gått 15-20 år siden Engelsrud beskrev og aktualiserte denne kunnskapen. Et spørsmål til min oppgave er om denne kunnskapen kun fortsatt eksisterer i praksis, eller om fysioterapeuter også tar den med seg i sine faglige diskusjoner og inni litteraturen som Engelsrud savnet. Engelsrud viser i denne oppgaven at språket er med å prege den kunnskapsforståelse fysioterapeuten legger til grunn og hvordan dette gir ulike behandlingsopplegg for barnet. Det gir også støtte til at jeg gjennom min oppgave kan studere fysioterapeuters språklige praksis.

I sin masteroppgave erfarte Haugstvedt (1998) at fysioterapeuter beskrev barn likt, men vurderte barn forskjellig i praksis. Vurderingene gikk rundt hvilke effekter ulike stimuli kunne ha opp mot barnets patologiske funksjon. En av hovedgrunnene til dette var en usikkerhet rundt hva som var optimalt for barnet. Fysioterapeutene var usikre på eget fag. Hun beskriver to ulike modeller i sitt materiale som representerte ytterpunkter av variasjonene

av samhandling. Et var et syn der barn kunne stimuleres til optimale bevegelser ved hjelp av fysioterapeutens kunnskap om normalutvikling. Det andre var at barn måtte få være i egen aktivitet og at utvikling skjer gjennom at fysioterapeuten er i samspill og tilrettelegger barnets miljø. En ting jeg finner interessant i hennes oppgave er hvordan fysioterapeuten endrer språket sitt ut fra om de ser på barnet med «faglige» øyne eller ikke. Haugstvedt beskriver at i «faglige» beskrivelser var kroppen løsrevet fra selve barnet og ble beskrevet opp mot normalutvikling uavhengig av situasjon, mens «generelle» beskrivelser beskrev barnets bevegelser aktivt i interaksjon med omgivelsene. Haugstvedt var som Engelsrud og Sætrang ute etter fysioterapeuters verbaliserte kunnskap. Jeg ønsker derimot å se på den skriftlige formidlingen av kunnskap mellom fysioterapeuter. Dette fordi de studiene jeg nå har vist til har knyttet seg opp til praksis og sett på kunnskapen i samhandlingssituasjoner. Men i et fagperspektiv kan det også være et behov for å se på hvilken kunnskap som formidles skriftlig fra praksis.

En av de som har sett på skriftlig formidling blant fysioterapeuter er Ytreberg (2006). Hun fant både vitenskapsteoretiske og kunnskapsteoretiske forskjeller mellom muntlig og skriftlig resonering av praksis blant fysioterapeuter som jobber med barn. Skriftlig formidling i journaler bar større preg av evidens basert praksis¹ og reflekterte i liten grad over de vurderinger og observasjoner som ble gjort i praksis. Muntlig var kunnskapen derimot knyttet til en kroppsfenomenologisk forståelse med barnet som et handlende og erfarende subjekt. Ytreberg mener den muntlige kunnskapen inneholder mye av den «tause kunnskapen» som Engelsrud (1990) også beskrev. Denne kunnskapen så hun ble borte fra muntlig til skriftlig formidling. Fysioterapeuter selekterte hvilken kunnskap de mente hadde verdi ovenfor den de skrev det for. Både jeg og Ytreberg er opptatt av hvordan fysioterapeuter formidler kunnskap fra praksis. Mange av hennes informanter forklarte endringen fra tale til tekst med at andre enn fysioterapeuter skulle lese det. Jeg vil i min oppgave se på formidlingen mellom fysioterapeuter. Mine data vil også være faglige tekster og ikke journaler og rapporter.

Engelsrud fant en annen type kunnskap i praksis, enn den medisinske dualistiske. Både hun, Sætrang, Haugstvedt og Ytreberg fremhever en praksis som inkluderer barnets som deltaker og aktiv aktør. Ytreberg er også kritisk til evidence basert kunnskap og mener den ikke inkluderer en slik kunnskap. De legger i sine studier vekt på en type kunnskap som passer

¹ Evidens basert praksis handler blant annet å lage systemer og prosedyrer for best praksis for å minske avstanden mellom forskningen og praksis og sikre at det tilbudet fysioterapeuter gir har effekt (Morris, 2003)

overens med en anerkjennelse av barnet som deltaker. Barns medvirkning og deltakelse er «nåtidens parole innenfor helsesektoren» skriver Nyquist (2012) i sin doktoravhandling. Hun og andre forskere har vært opptatt av hvordan få barn med funksjonsvansker til å bli aktive sosiale deltakere i sitt eget liv. Mye av deres forskning har fokusert på å intervju barn for å få frem deres egne meninger (Asbjørnslett, Helseth, & Engelsrud, 2013; Bekken, 2014; Bjorbækmo, 2011; Østensjø, Øien, & Fallang, 2008). I Nyquist sin studie, sa barn med funksjonsvansker at meningsfull deltakelse var knyttet til opplevelsen av å være sammen med venner, mestre et mangfold av ulike mulige bevegelsesferdigheter, gjøre egne valg og føle de hadde et fristed der de kunne prøve ut ulike aktiviteter. Den sosiale relasjonen i konteksten var avgjørende for barns opplevelse av et fristed for utprøving og læring (s193). Nyquist hadde i likhet med Bjorbækmo (2011) fokus på barn med funksjonsvansker sine ressurser. Bjorbækmo mener barn med funksjonsvansker har en spesialisert kunnskap på hvordan bevege seg, og det er derfor viktig å støtte opp under barns egen innsikt og egne erfaringer. Hun problematiserer normalitetsbegrepet innenfor medisinsk oppfølging av barn. Fysioterapeutens blikk og standardiserte kartlegginger gir fysioterapeuter et verktøy til å klassifisere hva som sees på som normalt, og hva som avviker fra det normale. Bjorbækmo (s 25) siterer Ingrid Moser (2000) på at dette blir en måte å hjelpe på, der en først ekskluderer for å kunne inkludere. Hun stiller også spørsmål rundt hvilken forutsetning har en «normal» kropp til å forstå en «unormal» kropp og vis a versa, og med det hvem er egentlig den normale. Normalitetsbegrepet er noe som også kommer frem i Asbjørnslett et al. (2013) sine intervjuer med barn. Barn med funksjonsvansker ønsker å føle og bli sett på som vanlige barn. De jobber derfor aktivt med å utvide normalitetsbegrepet selv, og noen barn er kritiske til å bli kategorisert som funksjonshemmet. De vil gjerne ekstrahere dette begrepet vekk fra deres egen identitet og heller kalle det en diagnose eller skade som gir de enkelte begrensinger i livet. Asbjørnslett et al. mener dette utfordrer helsepersonell og forskere på måten en omtaler, og forholder seg til barn med funksjonsvansker. Bekken (2014) fant også lignende funn i sine intervjuer med barn. Det å kunne føle seg normal og ressurssterk handlet om at helsepersonell var opptatt av deres sosiale liv og mestring av hverdagen, og ikke bare fokus på funksjonsvansker.

Jeg opplever også at alle disse studiene viser at fysioterapeutens praksis er preget av fysioterapeutens forståelse av hva barn er. Jeg vil i min oppgave ikke fremheve en type kunnskap eller syn på barn som mer riktig, men heller se hvordan ulike kunnskaper og syn er blitt skapt og hvilke mekanismer de utløser. Dette henger sammen med hvordan vi skal forstå

kvalitet. Alle studiene jeg har presentert handler også om kvaliteten i faget. Men det er ulike måter å se på kvalitet på. Tidligere på 1990- tallet var kvalitet ofte sett på som noe som lå gjemt og ventet på å bli oppdaget. En slik tenkning ble i større grad problematisert og utfordringen ble hvordan kvalitet kan romme både ulike kontekster og subjektive oppfatninger (Moss & Dahlberg, 2008). Moss og Dahlberg mener at kvalitet vil uansett bli formet av bestemte oppfatninger og underliggende forståelser og verdinormer, og at man ikke kan snakke om kvalitet som noe nøytralt eller selvbekreftende. Det er i denne forståelsen av kvalitet og kunnskap som jeg opererer med i denne oppgaven.

1.3 Problemstilling og forskerspørsmål

Oppgaven handler ikke om riktige og gale behandlingsmetoder. Som jeg vil komme innom senere i teorikapittelet ligger det utenfor rammen av den teoriforståelse jeg legger til grunn. Oppgaven kan derimot være et bidrag til en kritisk refleksjon rundt fysioterapipraksis og til forståelsen av kvalitet. Dette er tenkt gjort gjennom analyse av ord, begreper og handlinger som er med på å beskrive barnefysioterapeuters oppfatninger og tanker om barn. Et ønske er også å se hvilke kulturelle føringer som ligger til grunn for de ulike oppfatninger, og hvilke konsekvenser de har for barnet, og med dette åpne opp en større forståelse av faget.

Jeg har valgt meg tekster skrevet av fysioterapeuter og publisert i et blad for fysioterapeuter som jobber med barn og ungdom. Teksten er hentet fra en 5 års periode av medlemsbladet *Barnestafetten*, til Norsk fysioterapeutforbunds (NFF) faggruppe for barne- og ungdomsfysioterapi.

Min problemstilling er: Hvilke bilder av barn blir formidlet i fysioterapifaglige tekster skrevet av fysioterapeuter i Norge. Jeg har valgt å operasjonalisere dette i to forskningsspørsmål

1. Hvilke kunnskapsdiskurser bygger fysioterapeutenes bilder av barn på
2. Hvilke konsekvenser får de ulike diskurser for barnet i fysioterapioppfølging

1.4 Oppgavens videre oppbygning

Jeg vil nå videre i kapittel 2 beskrive fagfeltet fysioterapi for barn og gå nærmere inn på ulike teoretiske syn på barn og barndom. Videre i kapittel 3 – teorikapittel, presenterer jeg det teoretiske grunnlag for oppgaven. Jeg presenterer her diskursbegrepet, Laclau og Mouffes diskursanalyse og Foucaults begrep governmentality. Siden teori og metode henger tett sammen i diskursanalyse presenterer jeg også her hvordan teorien konkret er blitt brukt i analysen. Jeg har likevel i kapittel 4 et eget metodekapittel der jeg gjør rede for øvrige metodiske valg i oppgaven som valg av datamateriale, etiske refleksjoner og egen forskerrolle opp mot reliabilitet og validitet. Kapittel 5 er analyse og diskusjon, som jeg har valgt å presentere i et felles kapittel. Jeg presenterer her først to ulike kategorier av barn: *barn uten funksjonsvansker* og *barn med funksjonsvansker*, som jeg bruker videre i analysen. Analysen og diskusjonen er videre bygd opp ved at jeg analyserer frem ulike diskurser innenfor de enkelte kategorier. Etter det ser jeg de ulike diskursene opp mot hverandre og knytter på slutten av kapittelet de ulike diskursene opp mot Foucaults begrep governmentality. Til slutt kommer en konklusjon i kapittel 6 med oppsummering og refleksjon rundt oppgavens relevans.

2 Fysioterapi og barn

Jeg vil her beskrive fysioterapifagområde. Først vil jeg presentere et kort historisk tilbakeblikk der jeg også viser til enkelte teoretiske forståelsesrammer faget har hatt og har, og hvordan det har preget hvilken måte barnet har blitt forstått og fulgt opp. Jeg vil også ta for meg hvordan fysioterapeuter jobber med barn i dag og ulike syn på barn i dagens samfunn.

2.1 Historisk utvikling av fysioterapi for barn

At barn skulle trenge behandling er noe som først kom frem mot midten av 1900-tallet. Holdningen i 1930 årene var knapt nok massasje på små barn og aktive øvelser først når barnet var i skolealder og kunne reagere på tiltale (Haugen, 1997). Den teoretiske forståelsen den gang var at bevegelser ble formet gjennom reflekser. Dette medførte passiv trening på enkeltmuskler da forståelsen gikk på at fysioterapeuten kunne forme pasientens bevegelser gjennom å stimulere på utsiden av huden. Barnet trengte derfor ikke være en aktiv medspiller i behandlingen, men mer la seg lede og instrueres gjennom spesifikke bevegelser. I Norge var det polymeliitt-epidemiene på 40- og 50-tallet og behandling av Cerebral parese (CP) som medførte et synlig behov for fysioterapeuter for barn. Behandling av barn ble først tatt inn i fysioterapiutdanningen i Norge på slutten av 40-tallet. Under 2.verdenskrig utviklet en kunnskap om aktiv opptrening etter krigsskader, og faget fikk økt fokus på bevegelsesterapi (Haugen, 1997). Innen fysioterapien ble det fra 50-tallet vanlig å benytte bestemte behandlingsmetoder eller program, basert på nevrofysiologiske hierarkiske teorier rundt læring av bevegelse. Nå hadde man forstått at det var hjernen som styret bevegelsene og ikke refleksene. Unormale reflekser og bevegelser var nå tegn på skader lengere opp i sentralnervesystemet, og læring/relæring av bevegelser ble basert på motoriske programmer med fokus på bestemte bevegelsesmønstre. Basert på studier av barns bevegelsesutvikling mente en at noen bevegelsesmønstre var forutsetninger for andre, og fokuset på treningen var å la barn gå gjennom ulike nødvendige stadier i riktig rekkefølge. Hjernen var i utgangspunktet forprogrammert og det ble derfor viktig å hemme noen reflekser og fremme andre for å oppnå normalisering av bevegelsene (Eikrem & Amdam, 1996). Mye av behandlingene gikk ut på at barnet utførte de ulike bevegelsesmønstrene i ulike posisjoner og stillinger bestemt av fysioterapeuten. Det var lite etterutdanningsmuligheter i Norge og på 70-tallet reiste flere ut av landet for å lære metoder for behandling som ad modum Bobat, Vojta

og Petø. Det første kurset i Norge på Vojta- behandlig ble arrangert i 1984 (Andrup & Bech, 1995). Andrup og Bech sier videre at det utviklet seg kraftige fagdebatter om hvilke tilnærminger som var best.

På 70- og 80- tallet ble det sådd tvil om det objektive naturvitenskaplige synet på sykdom. Det ble nå mer viktig å forstå pasientens livsvilkår. Pasienten ble aktiv med i egen behandling (Lund, Bjørnlund, & Sjöberg, 2010). Dynamisk systemteori som nå var kommet, gikk ut på at et bevegelsesmønster alene ikke var med på å utvikle hjernen. En bevegelse må settes inn i en kontekst. Det ligger en motivasjon bak, en intensjon om medfører en handlingsrettet aktivitet. Erfaringer fra målrettede bevegelseshandlinger medfører også oppmerksomheten på hvordan en utfører bevegelsen, og utvikling av bevegelsens kvalitet. Barnets egen motivasjon og interesse ble med denne forståelsen mer viktig i selve behandlingen. Dette medførte nye fagdiskusjoner. Var gammel praksis verdiløs eller hvordan skulle en forholde seg til ny viten? Andrup og Bech (1995) gjengir uttrykk som “hell ikke barnet ut med badevannet” og “vi gjør det samme, men forklarer det på en annen måte” som fagholdninger på den tiden. Denne diskusjonen kan ha mange årsaker i seg. For det første mente man at det ikke lenger fantes en stor teori som forklarte all bevegelsesutvikling og som man kunne støtte seg til. Bevegelsesutvikling hos barn ble i større grad kulturelt forstått. En annet moment var at teoriene nok hadde vært med å påvirke praksis, men selve praksis inneholdt også en del «taus kunnskap» som kunne ha verdi (Engelsrud, 1990).

I 1982 kom loven om kommunehelsetjenester der fysioterapi var en lovpålagt tjeneste i kommuner. Dette medførte etterhvert en økning i fysioterapeuter som jobbet med barn. Paulsen (1989) beskriver i en rapport om kommunefysioterapi at det var i hovedtrekk to forskjellige målgrupper fysioterapeutene jobbet med. Det ene var barn med klare funksjonshemninger og diagnoser og “gråsonerbarn” som var barn uten sykdom eller diagnoser som hang etter i sin bevegelsesutvikling.

Selv arbeidsoppgavene for barnefysioterapeuter varierer i stor grad. Noen jobber i spesialisthelsetjeneste med utredninger, behandling og kontroller eller postoperativ oppfølging. Andre jobber i kommuner med forebyggende helsearbeid på helsestasjon og skole. I tillegg jobber fysioterapeuter i kommunene behandlende med barn som trenger oppfølging i barnehage og skole. Privatpraktiserende fysioterapeuter jobber med barnet på

eget institutt eller reiser ut der barnet befinner seg². Jeg vil nå gå inn på noe av innholdet i de arbeidsoppgaver en har når en jobber som fysioterapeut med barn.

2.2 Fysioterapeutens oppgaver

I NFFs brosjyre for barne- og ungdomsfysioterapi står det at en av de viktigste oppgavene fysioterapeuter har, er å hjelpe personer til selv å kunne forebygge mot sykdom og skade. Samtidig er det også barn som har behov for fysioterapi ved: «... usikkerhet rundt barnets utvikling, ved kjente risikofaktorer, diagnoser som tilsier behov, sen eller avvikende bevegelsesutvikling, smerte eller påfallende slapphet eller stivhet» (NFF faggruppe for barn og unge, 2011). Målet med behandling fysioterapeuter gir, er å bevare eller bedre barnets fungering, gi det bedre velvære og livskvalitet, og så langt det er mulig kompensere for deres funksjonssvikt (Langeland & Øien, 2008, s. 291).

Det å jobbe helsefremmende og forebygge, og det å behandle barn med bevegelsvansker er oppgaver som fremkommer i det jeg har brukt av mitt datamateriale. Fysioterapeuter som jobber helsefremmende og forebyggende gjør dette ovenfor foreldre til barn og barn, der barnet ikke nødvendigvis har bevegelsvansker. Dette arbeidet foregår på helsestasjon og i skolehelsetjeneste, der foreldre og barn har en jevnlig tilknytning³. Oppgavene har da ett fokus på å gi råd og kunnskap om barns motoriske utvikling og ivaretagelse av egen helse.

Når det gjelder barn med behandlingsbehov er det, mange av de barna som følges opp over tid har omfattende hjelpebehov. Disse barna omfattes da av forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Forskriften definisjonen på habilitering og rehabilitering er:

«Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet».

Assistanse perspektivet i forskriften handler om at når hjelpebehovene blir omfattende blir det viktig å forankre oppfølgingen i en familiesentrert praksis (Baker et al., 2012; Langeland & Øien, 2008; Rosenbaum, 2011). Her er det da hele familiens behov som er viktig å legge til grunn for planlegging og oppfølging, og helsepersonell assisterer familien i sine egen prosess.

² <http://www.fysio.no>

³ <http://www.helsedirektoratet.no>

Forskriften ansvarliggjøring derfor den enkelte med å understreke at det også handler om egen innsats for å oppnå bedre funksjon og mestring. Derfor benevnes barnet som bruker i forskriften, for å understreke at brukermedvirkning er avgjørende for at barnet skal oppleve mening i de tiltak og planer som settes i gang (Hesselberg & Tetzchner, 2008).

For å kunne hjelpe barn og familier har fysioterapeuter en rekke verktøy og metoder. Fysioterapeuter bruker både samtale med foreldre og barn eller andre nærpåsoner til barnet, observasjon av barnets bevegelser og ulike undersøkelsesmetoder for å forstå mer av hva hjelpebehovet er og hvilke tiltak som kan være aktuelle. For å kvalitetssikre oppfølgingen kan fysioterapeuter også kartlegge barnets bevegelsesfunksjon opp mot ulike klassifikasjonssystemer og standardiserte tester. Måling og vurdering av kroppes bevegelighet og styrke er også aktuelt, for å vurdere hvilke forutsetninger barnet har for å bevege seg (Langeland & Øien, 2008).

Et verktøy og helseperspektiv som brukes er rammeverket ICF og ICF-CY⁴ som er utviklet av Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 2007). ICF handler om å se barnets helse ikke bare opp mot barnets funksjonsvansker på et biologisk medisinsk nivå, men også se det i perspektiver rundt muligheter for aktivitet og sosial deltakelse (Se figur 2). I tillegg belyser den at barnets funksjonsvansker må sees som et gap mellom barnets forutsetninger og miljøets utforming (Rosenbaum, 2011). Det som ICF viser med sin kompleksitet, er at man må være forsiktig med å lage klare årsakssammenhenger mellom bedring på kroppslig funksjons- og struktur-nivå opp mot økt bedring på aktiviteter og deltakelse. ICF er tenkt som et felles språk mellom ulike fagfolk og også mellom familier og helsearbeidere (Tetzchner, Hesselberg, & Schiørbeck, 2008).

2.3 Barnet som aktør

Fysioterapi har en sterk forankring i en biomedisinsk vitenskapelig forståelsesmåte, men er samtidig et fag som er veldig relasjonelt. Mye av barnefysioterapifagets innhold handler om å skape endring i barns hverdag, enten med å jobbe med endring hos barnet, eller i miljøet. Jeg vil i dette kapitlet se både på synet rundt det å endre barn til noe annet en det er og det å se på barn og deres barndom som noe som har en verdi i seg selv her og nå.

⁴ International Classification of Function, Disability and Health, forkortet ICF. ICF-CY er Children and Youth Version. <http://www.who.int>.

Når det gjelder det relasjonelle ble FNs Barnekonvensjon vedtatt i 1989, og denne ble i 2003 inkludert i Norges lover (Barne og familiedepartementet, 2003). Spesielt artikkel 12 har vært viktig i forhold til en økt holdning om å anerkjenne barn som kompetente sosiale aktører. Del 1 av artikkel 12:

Partene skal garantere et barn som er i stand til å gjøre danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet. (s 13)

Artikkelen garanterer at barn skal kunne ha innflytelse på alle de ulike arenaer som barn er en del av, og bli inkludert som en aktiv deltaker. Barn med psykiske og fysiske funksjonsvansker har i tillegg artikkel 23 første del som spesifiserer deres rettigheter.

Partene anerkjenner at et barn som er psykisk eller fysisk utviklingshemmet, bør ha et fullverdig og anstendig liv under forhold som sikrer verdighet, fremmer selvstendighet og bidrar til barnets aktive deltakelse i samfunnet.(s 18)

I denne artikkelen fremheves også barnets selvstendighet sammen med deltakelse. Dette synet støttes også fra barndomssosiologien, som er en fellesbenevnelse på en forskertradisjon som for et par ti år siden utfordret den klassiske utviklingspsykologien dominerende syn på barnet som et umodent individ. De mente at barn måtte sees på som aktive, kompetente, handlende aktører i eget liv. Barnet måtte ses som «human being» og ikke som «human becoming» som representerte noe uferdig (James, Jenks, & Prout, 1998; Qvortrup, 1994). Barns egen barndom ble en egenverdi i seg selv, og ikke bare som et stadium på vei til å bli voksen. Barn er personer, med rettigheter og behov og som sosiale aktører som kan være med å påvirke sine omgivelser. Dette var med på å skape en kontrast til evolusjonsperspektivet som så på barn som utvikler seg til voksne fra enkelhet til kompleksitet og fra irrasjonelle til rasjonelle i sine handlinger (James & Prout, 1997). I dag er barnet som sosial aktør et dominerende trekk både innenfor helse, utdanning, politikk og forskning. Kjørholt (2010) spør likevel om barn får reel innflytelse i sine liv, eller om begrepene medvirkning og deltakelse brukes som overskrifter uten innhold i offentlige dokumenter. Clark, Kjørholt og Moss (2005) mener at utfordringer med å la barn bli hørt, er blant annet at noen fortsatt kan selekterer det de vil lytte til, og det blir mer et middel for å kontrollere barn. Det å lytte til barn gir også en innsikt og kunnskap om barns indre tanker, som også gjøre de mer sårbare for å kunne bli manipulert. Det er derfor en utfordring både i forskning og praksis å bruke metoder som både gir beskyttelse og deltakelse (Nyquist, 2012). Selv om barn sees som kompetente, er det et asymmetrisk maktforhold mellom voksen og barn. Det er derfor viktig mener Østrem (2012) at barn har

rom for å kunne ytre seg kritisk til prosedyrer og selvfølgeligheter i sin egen hverdag. Det må samtaler med barn, ikke bare være den voksne som forsøker å tolke og forstå barn mener Ulvik (2014), men at barn og voksne i fellesskap er aktører som heller tolker og prøver å forstå den interaksjonen som oppstår i samtalen. Da blir dialogen ikke bare til for å muligens fremme deltakelse, men dialogen blir å delta sammen for å skape mening. Disse perspektivene på deltakelse sett opp mot fysioterapi kan sammenfalle med Nyquist (2012) funn på at mening i fysiske aktiviteter er knyttet til sosiale relasjoner. De åpne interaksjonene mellom fysioterapeut og barn som Engelsrud (1990) beskriver, kan også sees på som kroppslige samtaler der mening skapes.

Et annet spørsmål er om diskursen om barn som aktive kompetente aktører er til det beste for barn. Perspektivet på barns som selvstendige aktører er blitt kritisert for å representere en vestlig, normativ diskurs med fokus på det romantiske, idylliske barnet (Kampmann, 2003; Kjørholt, 2004). En annen kritikk har gått på et manglende fokus på at barns kropper faktisk vokser og utvikler seg. Det er også et «becoming» som selv barn opplever og relaterer seg til. Barndomssosiologiens kritikk av kun en biologisk oppfattelse av barnet som «naturlig», medførte en dikotomi mellom biologisk og kulturell utvikling. Enkelte forskere har derfor blitt opptatt av interaksjonen mellom biologi og kultur, og hvordan de påvirker hverandre. Armstrong (1983,1997, i følge James et al., 1998) viste hvordan synet på barn har utviklet pediatrien fra ikke å forholde seg til alder opp mot sykdom, til å ha blitt opptatt ikke bare av barns sykdommer, men også deres helse og utvikling. Medisinen har med dette også produsert en rekke kategorier vi i dag bruker på barn. Det nervøse barnet, det mistilpassede, det overfølsomme barnet eller det ustabile barnet. I interaksjonen mellom biologi og kultur iverksetter også kroppen selv handlinger, eller er en kilde til handlinger. Forkjølelse vil for eksempel kunne slå en helt ut, og kroppen kan også bli noe vi ønsker å kontrollere i form av trening, slanking eller tatovering (Fingerson (2006) i følge Qvortrup, Corsaro, & Honig, 2009). I lys av disse perspektivene vil også barn med funksjonsnedsettelse som får oppfølging av fysioterapeuter også være barn som i stor grad forstås gjennom interaksjonen mellom kultur og biologi. En kropp med bevegelsesvansker vil kunne oppfattes som en kropp som daglig påvirker barnets muligheter, på samme måte som den også kan bli dominerende i livet i form av et ønske å kontrollere den. Christensen (2000, i følge Qvortrup et al., 2009) viser også at forkjølelsen som slår barnet ut, ikke nødvendigvis linkes til de kroppslige symptomene, men i sterkere grad hvordan det påvirker deres sosiale liv. Sykdom blir av barnet beskrevet som å ikke kunne gjøre det en pleier å gjøre. James (2012) fremhever at det

ikke er noe motsetning mellom «being» og «becoming», så sant de ikke kommer i konflikt med hverandre.

Nick Lee (2001, i følge Wenzer, 2004) kritiserer human being-begrepet med at det tegner opp et bilde av barn som selvstendige uavhengige individer, som ikke får se på seg selv som ukomplett og med behov for noe mer. For Lee er subjektet aldri komplett og nettopp det å søke etter mer er vårt redskap for å nå våre mål. Disse målene er heller ikke subjektet sine, men er skapt på grunnlag av det samfunnet individet lever i. Individet kan ikke sees uavhengig av politikk, økonomi eller biologi. I Lees øyne er vi alle «human becoming» Dette vil si at både barn og voksne er ukomplette. I stedet for det liberale og individuelle barnet, er det isteden et avhengig barn. Både barn og voksne skapes i sin avhengighet av sitt nettverk, samtidig som de er nettverket: « *And this becoming is actually all there is. It is the becoming «word» of «me» and the becoming «me» of the «world»* (Wenzer, 2004, s. 328). Lee perspektiver gjør at vi også kan se fysioterapeuten og barnets foreldre som ukomplette og avhengige av barnet for å mestre sine roller.

Disse perspektivene håper jeg er med på å sette fysioterapi for barn inn i en større kontekst. Fysioterapeutene jobber sterkt med «becoming» perspektivet i sin hverdag. Med det tenker jeg at en kropp blir diagnostisert til å ha en sykdom, en lidelse, en skade eller et potensiale som i et medisinsk perspektiv er ønskelig å gjøre noe med. Det er med andre ord alltid et fokus på et tiltak for å bedre en tilstand eller vedlikeholde den, hvis det i hele tatt skal være behov for å forholde seg til den medisinske verden. Det er stor variasjon mellom de forskjellige tiltakene fysioterapeuter utfører. Det kan være alt fra enkel rådgivning til og gjennom flere år følge opp barn med fysisk funksjonshemminger. Felles for alle tiltakene er ønsket om å bedre en tilstand. Forskjellen er tidsperspektivet og hvor omfattende tiltakene er. Når tiltak blir mer omfattende vil det i større grad ha en mer dominerende plass i den enkeltes liv. Enkelte barn vil ha tiltak eller behandlinger som preger det livet de lever. De kan med det få et dobbelt «becoming» perspektiv å forholde seg til? Både i egenskap av å være barn, og samtidig i egenskap av å skulle forbedre sin funksjonsvanske. Eller har de bare et annet «becoming»? enn andre barn?

3 Teori

Winther Jørgensen og Phillips (1999) understreker at ved bruk av diskursanalyse må det teoretiske og metodiske grunnlaget henge sammen som et hele. Hvilket vitenskapssyn en legger til grunn og dens ontologiske oppfattelse av verden må være i samspill med de teorier og teoretikere en velger å bruke. Teoriene og metodene og de konkrete analyse-teknikker en velger å bruke må basere seg på de samme oppfattelsene av hvordan vi forstår verden (ontologi) og hvordan vi med dette ser på produksjon av kunnskap og sannhet (epistemologi). Jeg har delt teori og metode i to ulike kapitler men metodedelen må likevel sees i sammenheng med teoridelen. Jeg har også valgt å redegjøre for hvordan jeg bruker teorien metodisk i gjennomgangen av teorien. I dette kapitlet vil jeg først beskrive den det sosialkonstruksjonistiske vitenskapssynet som danner ontologien i oppgaven. Videre vil jeg presentere begrepet diskurs og diskursanalyse og gå inn på oppgavens bruk av diskursteori som teori og metodegrunnlag og hvilke analytiske grep jeg har benyttet meg av. I slutten av kapitlet vil jeg komme også inn på begrepet governmentality som danner det teoretiske perspektivet for den siste delen av min analyse.

3.1 Sosialkonstruksjonistisk vitenskapsyn

Oppgaven legger til grunn et sosialkonstruksjonistisk vitenskapssyn. Det er ingen klar definisjon av sosialkonstruksjonisme, men Burr (2003) angir fire elementer som kan representerer vitenskapssynet. Det ene er en kritisk innstilling til at det finnes en objektiv sannhet. Mange av de sannheter vi tar for gitt og måten vi forstår virkeligheten på, er ofte kulturelt dannet av hvordan vi i har kategorisert verden rundt oss. Det neste kjennetegnet er nettopp at de sannheter vi har i samfunnet endrer seg over tid, da de oppstår fra historiske og kulturelle endringer. Vårt syn og forståelse av verden er derfor alltid i endring. Samtidig fornekter ikke sosialkonstruksjonismen en fysisk virkelighet (det objektive) eller våre (det subjektive) tanker og bevissthet som fenomen. Derimot mener den at kunnskapen om virkeligheten oppstår via sosiale prosesser (Esmark, Bagge Laustsen, & Åkerstrøm Andersen, 2005). Dette er det tredje som særpreger sosialkonstruksjonismen. Meningen vi tillegger den fysiske verden og våre tanker ligger ikke i den fysiske verden eller i tankene i seg selv, men skape ved sosiale prosesser. Som et siste element er derfor kunnskap og sosiale prosesser

sterkt knyttet sammen. Konstruksjonen av kunnskap som sosiale prosesser skaper, påvirker igjen de sosiale prosessene.

Som en følge av dette vil denne oppgaven gå under betegnelsen kritisk forskning, som går ut på å se på maktrelasjoner og normative perspektiver i samfunnet (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Kritisk forskning har til hensikt å identifisere og stille spørsmål til det vi i dag tar for gitt og ser på som naturlig eller mest hensiktsmessig. Men selv om forskningen åpner opp for nye måter å se verden på legger den likevel ikke til grunn én endelig sannhet. Michel Foucault mente at det klassiske bildet på at vitenskapen stadig gikk fremover og ble mer sann og pålitelig ikke stemte. I følge han går ikke vitenskapen fremover, men konstruerer ulike sannheter. Oppgavens analyse vil derfor ikke være mer sann enn det som i dag finnes, i følge Foucault. Schaanning (1997) mener at selv Foucault måtte mene at det var en hensikt siden han selv skrev og analyserte. Selv om en ikke kan si noe om hva som er sant, kan det være viktig å være bevisst hvilke oppfatninger en bygger sin sannhet på. Nygård (1993) snakker om det å være bevisst og ha kunnskap om den sannheten en forholder seg til. I et fagutviklings perspektiv og innenfor en profesjons vil jeg si at det vil være viktig å være kritisk til nettopp de sannheter en bygger sin vitenskap på. De handlinger og normer som dannes skapes i samspill med hva som er gjeldende kunnskap eller «sannheter». Kritisk forskning vil derfor kunne bli sett på som politisk ved at den kan være samfunnskritisk (Stormhøj, 2006). Diskursteorien som jeg bruker til tekstanalysen, er også en politisk teori, ifølge Laclau (Åkerstrøm Andersen, 2003). Winther Jørgensen og Phillips (1999) understreker likevel at innenfor diskursteori må ikke politikk forstås som partipolitikk, men at det understreker den kontinuerlige endringen i sannheten som nettopp er en av elementene i et sosial konstruksjonistisk vitenskapssyn. Det politiske er forsøk på å låse fast sannheten slik at noen muligheter utelukkes mens andre er åpne innen for et samfunn. Dette er noe jeg vil komme tilbake til når jeg skal snakke om diskursteori, men først vil jeg gå inn på begrepet diskurs og hva diskursanalyse er.

3.2 Diskurs

Hva en diskurs er, finnes det ikke enighet om. Michel Foucault, fransk filosof og idehistoriker, sees på som grunnleggeren av diskursanalyse og som en sentral person rundt anvendelsen av begrepet diskurs. Hans definisjon er:

We shall call discourse a group of statements in so far as they belong to the same discursive formation; it does not form a rhetorical or formal unity, endlessly repeatable, whose appearance or use in history might be indicated (and, if necessary, explained); it is made up of a limited number of statements for which a group of conditions of existence can be defined (Foucault, 1969/1971, s. 117).

Foucault tar med denne definisjonen avstand fra å tolke ytringer og utsagn som språklige avspeilinger av hva som er ment og sagt opp gjennom historien av ulike aktører. For Foucault er ikke språket et representasjonsmedium som ved å høre eller lese det som er ytret og sagt gir oss en tilgang til menneskers indre hensikter, meninger og livsverdener eller ytre objektive saksforhold (Schaanning, 1997). Foucault tar utgangspunkt i Saussures oppfatning av språket, som betrakter språket som adskilt fra virkeligheten. Språket har en struktur i seg selv. Et eget nettverk med forbindelser mellom ulike tegn. Det er i dette nettverket Foucault mener vi også finner reglene som er satt og som regulerer det som til en hver tid sies. Språkets struktur og begreper er med på å sette de rammer vi forstår verden innenfor, eller er med på å skape de diskurser som gjør at vi tolker og forstår verden på den ene måten og ikke på den andre. Språket har et uendelig antall mulige sammenstillinger sier Foucault, men: “The field of discursive events, on the other hand, is a grouping that is always finite and limited at any moment to the linguistic sequences that have been formulated” (Foucault, 1969/1971, s. 27).

Foucault sier i sin definisjon at de ulike ytringer som former diskursen befinner seg innenfor den samme diskursive formasjon. Diskursiv formasjon er blitt av flere tolket til å bety det rommet som diskursen (eller diskursene)⁵ befinner seg i (Schaanning, 1997; Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Det vil si at språket i diskursen blir til innenfor bestemte institusjoner som helsevesen og utdanning eller ulike fagområder. Schanning oversetter Foucaults begrep med «tilblivelsessystemet». Generelt sett er det ett sosialt rom der de ulike diskurser opererer og det er mulighet for diskursive konflikter. Winther Jørgensen og Phillips (1999) mener å definere en diskursiv formasjon er et nyttig overbyggende begrep for å sette rammen for kampen om diskursene i den diskursive analysen. I min analyse vil barn være min diskursive formasjon i form at det er barn som fysioterapeuter omtaler.

En konsekvens av definisjonen av diskursbegrepet er at Foucault mener vi som forsker ikke kan stå utenfor diskursen og se hva som er sannhet. Siden all sannhet er konstruert vil vi selv bygge vår konstruerte sannhet rundt det vi ser innenfor det språket vi selv bruker og som er en

⁵ Foucault fremstilte bare en dominerende diskurs innenfor ulike historiske epoker, men andre diskursanalytikere snakker om flere forskjellige diskurser innenfor samme sosiale område (Winther Jørgensen & Phillips, 1999).

del av diskursen. Foucaults diskursbegrep legger derfor også grunnlaget for hva hans diskursanalyse handler om. Formålet med analysen blir å avdekke reglene for hva en kan si og hva som er utenkelig å si, for å avdekke strukturen i hva kunnskapen og sannheten om verden bygger på. Dette gjør at diskursanalyse henger sammen med det sosialkonstruksjonistiske grunnlaget om at sannheten og kunnskapen om verden er konstruert og forstått gjennom sosiale prosesser.

Det finnes ulike teorier og analysemåter innenfor diskursanalyse. De ulike diskursteoretikere har også i varierende grad utviklet helhelhetlige metoder. Foucault lagde aldri en helhetlig teori, men bruker heller ulike analysestrategier (Åkerstrøm Andersen, 2003). Han ønsket ikke å danne en skole for hvordan det skulle gjøres, men mente sitt arbeid var mer en verktøykasse som enhver leser selv måtte være kreativ rundt hvordan den kunne brukes (Schaanning, 1997). Dette som en konsekvens av de premisser som ligger til grunn i de ontologiske og epistemologiske forutsetningene for diskursanalyse. Når sannheten er konstruert, vil også de analyseverktøyene en bruker gi konstruere sannheter. Dermed gir det ene verktøy ikke nødvendigvis mer sannhet enn et annet. Jeg vil nå gå nærmere inn på hvilke verktøy jeg har valgt for å få gjort en analyse av datamaterialet. Ett av dem er diskursteori.

3.3 Diskursanalyse

Jeg vil i denne oppgaven ta utgangspunkt i Laclau og Mouffes diskursanalyse. Deres diskursanalyse kaller de diskursteori. Laclau og Mouffe har aldri laget noe metode til sin diskursteori. Forskeren er selv nødt til å trekke inn formålstjenlige verktøy, men som må henge sammen med de teoretiske rammene. Winther Jørgensen og Phillips (1999) viser frem en vei inn i materialet som jeg i stor grad har valgt å følge. Laclau definerer diskurs på denne måten:

Discourse is a structural totality of differences that is a result of an articulatory practice. The totality is, however, never fully achieved. Discourse is a never-completed fixation process that takes place through articulation within a field of discursivity with drifting relations (i følge Åkerstrøm Andersen, 2003, s. VI)

Laclau og Mouffe kaller både språklige og ikke språklige handlinger for *artikulasjoner*. Når noe blir sagt vil den som sier det være med på å bestemme (lukke) hvilken betydning de tegn vi har tilgjengelig i språket skal ha. Dette er måten en skaper diskursen gjennom *articulatory practice*. I min oppgave vil det fysioterapeuter skriver og det som kommer frem av hva de

gjør, være disse *artikulasjonene*. Jeg må derfor lese frem hvordan de gir innhold til ulike handlinger, tegn og begreper i tekstene. Utgangspunktet for Laclau og Mouffes teori bygger som Foucault, blant annet på Saussures strukturalistiske lingvistikk. Saussures så på alle tegn i språket som knuter i et fiskenett, og utfordringen mente han var å finne tegnenes tilknytning og ulike avstand til hverandre i nettet, for å kunne beskrive språkets struktur. Samtidig skilte han mellom språkets iboende struktur og det hverdagslige talespråk. Hverdagslig talespråk var for Saussures unøyaktig ved at tegn ble brukt i feil sammenhenger og med feilaktige betydninger. Mens Saussures var opptatt av språkets struktur, tok Laclau og Mouffe og snudde hele Saussures inndeling på hodet. De mente det var ingen indre struktur i språket som kunne oppdages, men det var hverdagsspråket som via sosiale prosesser som prøver å fiksere og låse betydninger av tegnene i språket og dermed danner strukturene som Saussures beskriver (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Ser vi videre på definisjonen på diskurs ovenfor, mener Laclau og Mouffe at det aldri blir noen total låsning eller lukning. Igjen er det den *articulatory practice* som samtidig skaper endringene. Laclau og Mouffe sier at diskursen oppstår innenfor et diskursivt felt. Feltet representerer hele den verden som diskursen befinner seg i, og i denne verden er det en rekke tegn som de kaller for *elementer*. Elementer er tegn som ikke har fått noen bestemt betydning innenfor diskursen. De er åpne og kan ha flere betydninger. Når noe blir sagt, skrevet eller en handling blir gjort, vil Laclau og Mouffe si at artikulasjonen lukker elementene inn i diskursen. Elementene blir gjort entydige og de blir da av Laclau og Mouffe kalt *momenter*. Sannheten innenfor diskursen blir skapt ved å gjøre tegnene entydige og fastlegge dem i relasjon til andre tegn. Da vil andre relasjoner og betydninger bli utelukket. (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Når de samtidig sier at endringene av diskursen også skjer gjennom artikulasjon, så handler det om det Saussures påpekte, - at hverdagsspråket var unøyaktig. Hver gang noen representerer diskursen, vil aldri formuleringene være helt like. Derfor oppstår «driften» av tegnenes relasjon seg imellom, og med det også endring av diskursen. Som en båt som vil forskyve seg litt og litt for hver bølge som treffer den og dermed drive av sted, slik vil også diskursene være i konstant endring for hver språklige artikulerende praksis (Winther Jørgensen & Phillips, 1999).

3.3.1 Nodalpunkt og mester-betegner

Det er også viktig å se på hva diskursen forteller noe om. Laclau og Mouffe sier diskursen dannes rundt *nodalpunkt*. Nodalpunkt er flytende begreper som de andre tegnene (momentene) strukturer seg rundt for å forklare. Momentene knyttes sammen i en

ekvivalenskjede og denne kjeden av momenter gjør at nodalpunktet får innhold, og dermed skapes vår forståelse av verden. Et eksempel er kroppen som diskurs. Nodalpunktet er i dette eksemplet begrepet kropp som i utgangspunktet er tomt for innhold, men de enkelte diskurser vil fylle det med mening. En medisinsk diskurs vil beskrive kroppen på en annen måte enn en religiøs diskurs.

Et begrep Winther Jørgensen og Phillips (1999) viser til, er Lacans begrep mester-betegner som de sidestiller med en identitetens nodalpunkt. Laclau og Mouffe støtter seg til Lacans subjektforståelse inn i diskursteori. Subjektet blir da forstått som et individ som stadig leter etter å finne seg selv. Identitet handler om å velge om å identifisere seg med de ulike subjektposisjoner et individ blir tilbudt innen en diskurs. Dette gjelder både på individ og på gruppenivå. I forhold til hvordan identitet skapes så er det igjen *artikulasjonen* som lukker de ulike momenter og skaper en entydig framstilling. Men det skjer ved at artikulasjonen omhandler en *representasjon* av individet eller gruppen. Hvis mester-betegnelsen er mann, kan mann både linkes til for eksempel *myk, barnekjær og ansvarlig i hjemmet*, mens i en annen diskurs linkes opp mot *vold, aggresjon og rastløshet*. Det kan være et enkelt individ, eller en representant for en gruppe, som skaper representasjonen og den diskursive identiteten av seg selv eller gruppen. Identitet kan også oppstå ved at andre snakker om individet eller gruppen. Barndomssosiologiens vekt på barnet som being og ikke becoming, er også eksempler på hvordan barnet blir representert ulikt av andre. I denne oppgaven vil jeg lete etter fysioterapeuters fremstillinger av barn, så også her vil jeg se hvordan en annen gruppe snakker om og fremstiller noen andre.

Jeg vil i min analyse ta utgangspunkt i barn som mester-betegner. I min tekstanalyse av materialet vil jeg identifisere de ulike tegnene og begrepene som blir momenter i ekvivalenskjedene. Jeg kan derfor ikke bare se på ett og ett tegn for seg men hvordan de også sammen etablerer meningsinnholdet i de ulike diskursene rundt mester-betegneren barn.

3.3.2 Nærlesing av teksten

Laclau mener at i diskursanalytisk praksis trenger man å ta i bruk dekonstruksjon, som er et konsept hentet fra Derrida. Ved dekonstruksjon av teksten vil man få oppløst og synliggjort diskursene (Winther Jørgensen & Phillips, 1999; Åkerstrøm Andersen, 2003). Måten jeg har oppløst teksten for å få frem ekvivalenskjedene, er ved nærlesing av datamaterialet. Jeg har brukt tekstanalysegrep inspirert av Fairclough kritiske diskursanalyse (Winther Jørgensen &

Phillips, 1999). Analysen omhandler begrepene transivitet, nominalisering, modalitet og å se etter aktive metaforer i teksten. Transivitet handler om de forbindelsene som beskrives i teksten og de som ikke beskrives. Et eksempel er om iverksetter av handlingene er nevnt, eller bare effekten av handlingene nevnes. Nominalisering er en å utelate verb og la bare navord (subjekts-form) dominere teksten. Dette er former som fjernes agenten/iverksetteren, den ansvarlige i teksten og hva den gjør og er med på å styre fokuset leseren får i sin lesing. Modalitet er skriverens tilslutning til teksten. Skriveren kan posisjonere seg ved å gi regler på hva som er tillatt, og skriveren kan velge hva som fremstilles som subjektive meninger og hva som fremstilles som fakta. Selve språkets intonasjon har også noe å si på skriverens tilslutning. Ord som «lissom», «litt» eller mer tøysete tone, kan være med å moderere innholdets verdi. Aktive metaforer er beskrivelser av verden på en symbolsk måte. Mange av ordene vi bruker til daglig er metaforer og blir tatt for gitt som for å skape en forståelse av verden. «barn er ikke modne nok» er et eksempel på metaforbruk. Barn blir da koblet opp mot egenskapene til frukt og grønnskaper. De må få næring og omsorg og tid før de kan brukes til noe nyttig. Metaforer er med på å påvirke vårt syn på verden gjennom de bilder og sammenhenger de gir oss.

3.3.3 Hegemoni og antagonisme mellom diskurser

For å synliggjøre hvordan de enkelte diskursene er konstruert foreslår Winther Jørgensen og Phillips (1999) å støtte seg til andre kulturer og forskning som kan stille spørsmålsteget med teksten. Jeg har i analysen derfor gått inn på hver enkel diskurs, og sett på hvilke kulturelle syn på barn som ligger til grunn. Dette har jeg gjort ved å knytte det bilde momentene skaper opp mot andre kilder.

Foucaults fremstillinger var oftest en herskende diskurs innenfor ett område. De fleste diskursanalytikere mener at det alltid vil være flere diskurser som eksisterer samtidig. Dette åpner også for at en kan tenke seg at det kan eksistere flere fremstillinger av barn innen fysioterapi. Laclau og Mouffe bruker Antonio Gramscis begrep – hegemoni - organisert samtykke, for å forklare dynamikken i hvordan en diskurs både kan være stabil over tid og samtidig forholde seg til andre diskurser. Innenfor en diskurs vil det mellom ulike individer og grupper oppstå en herskende konsensus som er en hegemoni. Den blir den sannheten som eksisterer innenfor en diskurs. Laclau og Mouffe bruker også begrepet hegemoni for å forklare hvordan flere diskurser kan eksistere ved siden av hverandre. Samtidig vil det alltid

være en spenning innen for en diskurs og mellom diskurser, som går på at hegemoniets konsensus kan bryte sammen. Denne utløses ved at noen diskurser ikke er forenlige med hverandre. Diskursene blir da i følge Laclau og Mouffe, antagonistiske til hverandre (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Disse spenningene og konfliktene er steder der en kan oppdage diskursenes konstruerte sannheter.

En del av analysen og diskusjonen i oppgaven vil ta utgangspunkt i begrepene hegemoni og antagonisme. Dette gjør jeg ved først å fremstille de ulike diskursene først i et hegemonisk bilde, og så lete frem steder der det er brudd mellom dem.

3.4 Makt og kunnskap

For å kunne se nærmere på hvordan virkeligheten skapes må vi se på begrepene makt og kunnskap. Når Foucault og også Laclau og Mouffe, snakker om makt er det ikke en tvangsmakt, knyttet til bestemte grupper og interesser eller en autoritær stat. Foucault kobler makt til en kraft i en hver sosial relasjon. Makten er ikke i utgangspunktet undertrykkende men heller produktiv. Vi kommer aldri unna makten, den ligger der hele tiden. Den ligger i både språklige handlinger, men også i andre handlinger, praksiser og fysiske reguleringer. Å overbevise sitt barn om å pusse tennene kan sees på som en produktiv makthandling i en relasjon. Bruken av en skoleklokke som ringer inn etter friminutt og samler barna til timen er også en makthandling som barna forholder seg til, og når barn overbeviser foreldre at de er store nok til å gå selv til lekeplassen bruker også barn en produktiv makthandling. Disse makthandlingene fletter seg igjen sammen med at foreldre er blitt overbevist om kunnskap om fordelene rundt renslighet i munnhulen, om troen på et skolesystem slik vi har i dag og at barn får lov til å gå alene kan knyttes opp til at foreldre har hørt at andre foreldre lar sine barn få lov. Makt slik Foucault ser det, er en del av den sosiale praksis. Makten kobles derfor sterkt opp til viten, kunnskap og sannhet, og til hvem som til en hver tid klarer å definere den sannhet som gjelder innenfor ett sosialt område (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Maktens teknikker er med på å skape normer og regulere og disiplinere frem bestemt adferd hos mennesker i ulike kontekster. Når dette skjer gjennom viten og kunnskapspåvirkning er maktens reguleringsmekanismer ikke å gi ordre, men har heller form som rådgivning, veiledning og undervisning. Dette er oppgaver fysioterapeuter driver med til daglig og derfor er det aktuelt å se praksisen opp mot et maktbegrep.

Hos Laclau og Mouffe er makt knyttet opp til begreper som politikk og objektivitet. Politikk blir som tidligere nevnt sett på som den vedvarende prosessen rundt hvordan vi organiserer det sosiale samfunn. Objektivitet er de sannheter i samfunnet som vi ser på som selvfølgeligheter. De er diskurser som er blitt tatt for gitt i en slik grad at vi ikke lenger tenker over at de er konstruerte. Det kan derfor trekkes en linje fra politikk som begrep, som beskriver den tydelige kampen om diskursene, til hegemoni som representerer en herskende konsensus, og videre til objektivitet, som da er det selvfølgelige. Makten i politikken, det vil si de sosiale prosesser er det som i følge Laclau og Mouffe produserer hegemoniet og objektiviteten. De beskriver derfor på samme måte som Foucault makt som både produktiv og begrensende, ved at den er med å skape konstruert objektivitet (Winther Jørgensen & Phillips, 1999).

3.5 Governmentality

Det siste team jeg vil belyse i teoridelen, er Foucaults begrep governmentality som er et perspektiv som bringer forståelsen av makt og kunnskap videre. Vestlig kultur har i dette århundre fremmet menneskers sivile rett, autonomi og frihet, der mennesker ikke kan tvinges med makt og trusler, men der det enkelte individ skal ha like mye rett som andre. Men makten forsvinner ikke i et slikt samfunn mener Foucault, den tar bare andre former. Foucaults kaller det for governmentality, når makten ikke lenger er synlig fra en øvre myndighet, men der makten utøves gjennom å påvirke menneskers ved å bygge opp under deres egen kapasitet, slik at de regulerer seg selv, og deres meninger og adferd går i den retningen andre ønsker (Rose, 1999). Governmentality er ingen bestemt metode eller teori, men et perspektiv og fokus for å sette lys på hvilke maktstrukturer som kan ligge i samfunnet. Rose (1999) understreker at maktstrukturene kan både være nyttige og viktige, og målet er ikke nødvendigvis å fjerne dem, for et enda «friere» samfunn. Analyser av makt handler i følge Rose om å se hvordan makten oppstod og hvilke etiske linjer som ligger til grunn.

Dette bildet er komplekst. Menneskers påvirkes av media, offentlig informasjon, arkitektur, utdanning og andre institusjoner på hva som er riktig å mene og å gjøre i sitt eget liv. Menneske blir sett på som fornuftig og moralsk, til å ivareta seg selv og sin, men ledes allikevel til å lede seg selv via sin egen samvittighet ut fra all den informasjon det blir møtt med hver dag. Kunnskapen påvirker subjektene regulering av egen adferd (Rose, 1999). Denne påvirkningen finner vi nede på små mikro-praksiser, vi styres gjennom følelsen av

frihet. Vi kan spise den maten vi vil, men vi følger likevel kostrådene. Små merker på brødposene forteller deg om hvor grovt brødet er. Puls klokken er utstyrt med kaloritellere, slik at du får innspill på å koble matinntak opp mot trening. Alt dette er mikro-praksiser som påvirker vår adferd. Fysioterapeuter er også med på denne mikro-praksisen med sine handlinger, praksiser og veiledninger. Det ligger også i fagets hensikt å få påvirket menneskers adferd og handlinger til det bedre.

Rose hevder videre at vi i et samfunn med fokus på individets autonomi også får en annen dreining: staten er ikke lenger alene ansvarlig for å dekke alle sosiale krav. Individet kan bestemme sin egen skjebne, og blir samtidig også ansvarlig for den. Politikk handler ikke bare om velferdsgoder, men også om å påvirke individets moral, ansvar og etiske handlinger. En følge av dette bilde mener Rose, er at en faggruppe ikke lenger en autoritær, monopolistisk ekspert, men har makt gjennom å dele ut kunnskap. Dette er aktuelle mekanismer å se etter i mitt materiale rundt hvordan fysioterapeuters gjennom sitt arbeid jobber med å gjøre andre kompetente, men som samtidig også får en sterk påvirkningskraft gjennom å gjøre andre autonome. En mekanisme i dette er dette at når ekspertene låner ut sine forklaringer, prosedyrer, teknikker og vurderinger så hver enkelt kan opptrer litt som ekspert, oppstår ofte det at istedenfor at ekspertene prøver å fortelle andre noe, ender det med at andre nå løper etter ekspertene for å vite mer (Rose, 1999, s. 92). Rose illustrer dette skifte med Donald Winnicott radiotale i 1944, «support for Normal Parents». Talen viser hvordan foreldre både blir gitt et ansvar, men samtidig tiltrodd som kompetente og kunnskapsrike, så sant de tar i mot kunnskap fra eksperter:

The State in England take pains to leave parents free to choose, and to accept or refuse what the State offers... [It] does recognize the fact that a good mother is the right judge of what is good for her own child, provided she is informed as to facts and educated as to needs (s 83).

Foreldre styres selv om de er gitt friheten. Den som eier kunnskapen om hva som er en god mor, eller god far, har i følge Foucault definisjonsmakten på hva som er riktig å gjøre (Winther Jørgensen & Phillips, 1999).

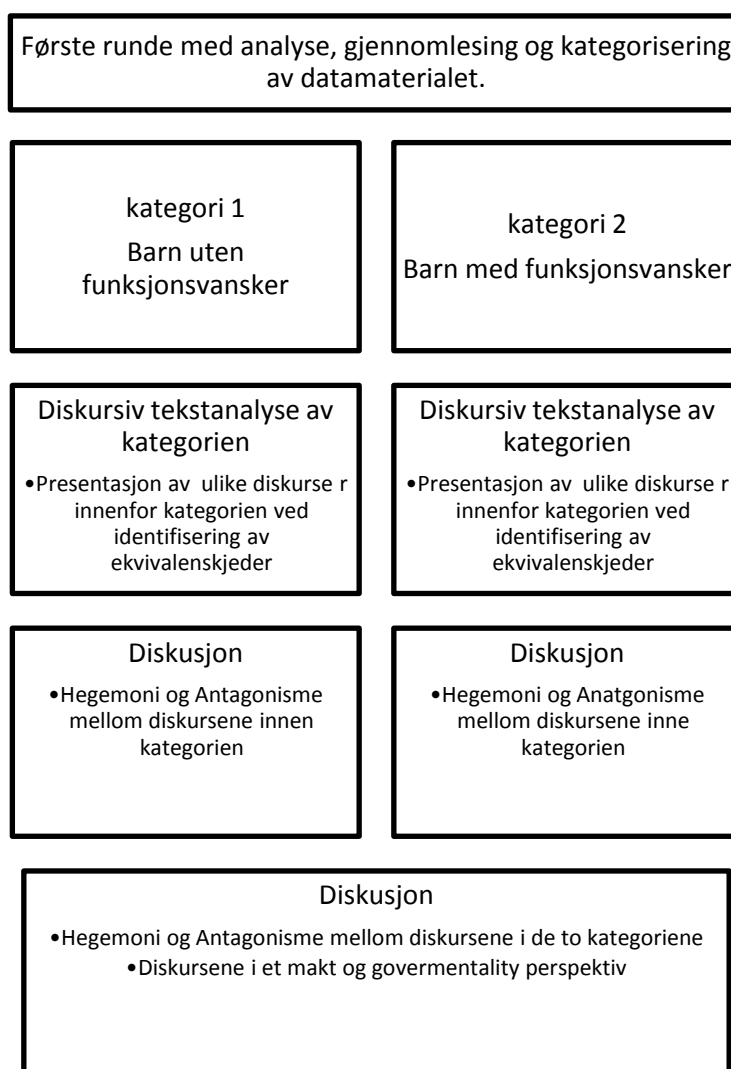
Å bli ekspert er et resultat av at velferdssamfunnet har gitt plass for en rekke yrker, som knytter kontakten mellom institusjoner som sykehus, kommuner og utdanning opp mot menneskers privatliv. Helsesøstre, kommunale fysioterapeuter for barn, ergoterapeuter og kontaktlærere er eksempler på yrker som påvirker barnefamiliers helsevaner. Alle rådene som

blir gitt og moralske vanene som etableres, er et resultat av forskning og respekt for eksperter kunnskap og hver enkelt menneskes sosiale ansvarsfølelse. Vårt sosiale liv er i dag full av ulike normer for hva som er normalt og riktig både innenfor utdanning og helse. De fremstår som selvfølgeligheter i våre hverdager. Kunnskapen som fysioterapeuter har er derfor også knyttet opp mot perspektiver på å kunne definere hva som er normalitet og hva som anses som normalt. Jeg vil i diskusjonsdelen å se diskursene opp mot Foucaults begrep governmentality for å se menneskers autonomi og individuelle frihet i relasjon til fysioterapeutenes påvirkning.

4 Metode

Jeg vil her beskrive hvilke metodiske tilnærminger jeg har gjort i oppgaven. Jeg vil argumentere for hvorfor jeg har valgt av teori og metode, presentere datamaterialet, etiske overveielser og gjøre rede for min egen rolle som forsker. På grunn av oppgavens teorigrunnlag knytter også min forskerrolle seg også opp mot oppgavens reliabilitet og validitet.

4.1 Analysen og diskusjonens oppbygning



Figur 1 Oversikt over analyse og drøfting

Jeg vil her gi en oversikt over min bruk av teori og metode i oppgaven. Analysen og diskusjonen er delt opp i flere steg, og jeg presenterer stegene i oppgaven på samme måte som jeg har jobbet metodisk med dem. Første runde med analyse var å lese gjennom datamaterialet og lete etter tekster der fysioterapeuter fremstilte og snakket om barn. Jeg valgte her å dele datamaterialet i to kategorier. Jeg redegjør for dette valget i starten av analyse- og diskusjonskapitlet. Videre gjorde jeg en diskursiv tekstanalyse for å få frem ulike diskursive bildene av barn. De ulike diskursene blir presentert innenfor de to kategoriene *barn uten funksjonsvansker* og *barn med funksjonsvansker*. Innenfor hver kategori har jeg avsluttet hver analyse med å oppsummere diskursene innenfor kategorien og diskuterer mulige konflikter (antagonister) og hegemonier. Jeg har videre sett på diskursene innenfor de enkelte kategoriene opp mot hverandre i lys av den felles diskursordenen barn. I siste del har jeg sett på diskursene opp mot et governmentality-perspektiv.

4.2 Forskningsdesign

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming for å belyse min problemstilling. Jeg har i denne oppgaven basert meg på ferdig skrevet tekst som datamateriale i analysen. Datamaterialet er medlemsbladet «*Barnestafetten*» til NFF faggruppe for barne- og ungdomsfysioterapi.

Problemstillingen min var hvilke bilder av barn som fysioterapeuter i Norge formidler i skriftlig arbeid. Jeg lagde to konkrete spørsmål til dette problemet. Det ene var hvilke kunnskapsdiskurser bygger de ulike bildene av barn på, og den andre var hvilke konsekvenser de ulike diskursene får. Måten jeg ville belyse denne problemstillingen var å gå inn på det som blir beskrevet av ulike behandlinger, behandlingsmetoder, oppfølginger og annen faglig formidling og se om det var mulig å lese frem et eller flere ulike syn på hva barn er. Jeg valgte derfor diskursanalyse som redskap for å lese frem de ulike kunnskapsdiskursene.

Samspeillet mellom fysioterapeut og barn vil være preget i ulik grad av det samfunnssynet vi har i dag har på barn, og de kunnskaps-forståelser, teknologier og strategier som er og utvikles innen faget. Ovenfor disse praksiser og forståelser argumenterer Gibson, Nixon og Nicholls (2010) for bruk av kritisk teoretisk forskning innen fysioterapi. En slik innfallsvinkel kan bidra til å se hvordan praksis også kan gjøres på andre måter. Jeg ønsker derfor via både diskursanalyse og bruk av Foucaults governmentality-perspektiv å få belyst perspektiver på hvilke konsekvenser de ulike diskursene får.

4.3 Datamaterialet

Jeg har allerede i min problemstilling tatt utgangspunkt i at datamaterialet må være skreven tekst, at det må være skrevet av fysioterapeuter, og at det må omhandle barn. Winther Jørgensen og Phillips (1999, s. 58) sier det bør være en «overenstemmelse mellom representanten og dens gruppe, han eller hun representerer». Det tekstlige materialet må derfor være representativt for hva fysioterapeuter skriver om barn. En aktuell kilde til dette er journalnotater gjort av fysioterapeuter som følger opp barn. Fysioterapeuter som helsearbeidere er forpliktet til journalføring. *Barnestafetten* har ulike forfattere som er fysioterapeuter ute i praksis og derfor mente jeg at den som kilde også gav med god tilgang til fysioterapifeltet. Journaler ville krevet godkjenning fra regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) , og ble noe jeg ikke valgte å gå videre med for å komme raskere i gang med oppgaven. Lærebøker, forskningsartikler, mastergrader og doktorgradsavhandlinger kunne være andre aktuelle skriftlige kilder. Dette er offentlig og lett tilgjengelig. Grunnen til at jeg allikevel valgte *Barnestafetten* var både fordi jeg håpet å få en kilde der terskelen for å publisere var lavere.

Et annet perspektiv rundt det å bruke *Barnestafetten*, var at et dette bladet kanskje i større grad enn journaler, bøker og forskning, kanskje også gir rom for å inneholde andre faglige refleksjoner og diskusjoner. Etter at jeg hadde satt i gang med oppgaven begynte også faggruppen med et eget lukket diskusjonsforum på internett. Det kunne også vært spennende å se hvordan dialogen der arter seg i forhold til de artiklene jeg har sett på. Hvis internett åpner for flere forfatterstemmer og flere meningsytringer vil jeg tro materialet også kunne vært annerledes.

4.3.1 Barnestafettens representativitet

Per januar 2012 hadde NFFs faggruppe for barne og ungdomsfysioterapi 635 medlemmer, Totalt er det ca 14000 fysioterapeuter i Norge, hvor i underkant av 10000 er medlem av NFF (Helsedirektoratet, 2012). Selv om medlemsantallet i faggruppen utgjør en liten andel av forbundets totale medlemsantall, vil faggruppen likevel representere en stor andel av de

fysioterapeuter som jobber med barn i Norge, sett i forhold at de er en av de største faggruppene i forbundet av 13 ulike faggrupper som finnes⁶.

Medlemsbladet *Barnestafetten* kommer ut 3 ganger i året og er blitt utgitt siden 1984. Jeg har valgt å se på utgivelsene i 5 årsperioden 2007-2011 for å sette fokus på den siste tidens fagformidling. Periodens tidsomfang er valgt ut fra at dette ble vurdert som et passende omfang av data. Tidsperioden 2007-2011, er valgt ut fra at arbeidet med masteroppgaven start et i 2011, og det ble da brukt det materiale som på den tiden eksisterte. Mine data bestod med dette av 15 blader i A5 format på ca 35-40 sider og med ca 8-10 små artikler hvert blad. Ikke alle disse artiklene var skrevet av fysioterapeuter eller gav perspektiver på fysioterapeuters bilder av barn. Det ble derfor et utvalg på ca 50 artikler som var aktuelle.

En svakhet med materialet kan være at det på grunn av taushetsplikt ikke kommer så tett på praksis som en journalnotat kanskje kunne ha gjort. Men samtidig vil materialet gi innsikt i hva som blir skrevet når en skriver utenfor taushetsplikten. Jeg tok også en mail henvendelse til en av redaktørene av bladet innenfor den tidsperioden jeg analyserer. Min forespørsel var på om tilgangen til fagstoff. Hun svarte på mail at det har vært krevende å få inn artikler og fagstoff, og få har sendt inn på generell oppfordring. Fysioterapeuter med mye erfaring og lang kompetanse har heller ønsker å publisere i mer forskningsbaserte tidsskrift, så derfor er de fleste bidragene fra personer som ikke driver med så mye forskning i faget⁷. Datamaterialet kan derfor være preget av redaksjonens referanser og forespørsler, men samtidig også favne andre data enn det jeg ville fått fra forskningsrelatert materiale.

Barnestafetten er tilgjengelig gjennom enkelte bibliotek i Norge, men jeg hadde allerede tilgang til materialet privat da jeg har vært medlem av NFF og faggruppen i flere år.

4.3.2 Om bruk av dokumenter som kilde

En fordel med bruken av dokumenter at teksten er ferdig produsert og materialet påvirkes ikke av å være i interaksjon med forskeren. Men samtidig siden dette er offentlige tekster, vil forfatteren kunne ha hatt en selvjustis på måten ting er blitt skrevet på (Dahler-Larsen, 2005). Men det er i denne sammenheng kanskje disse dokumentenes styrke. Noen tekster og dokumenter kan sees på som makttekster i og med at de har en sentral rolle i regulering av

⁶ www.fysio.no

⁷ Mailkorrespondanse august 2012

menneskers adferd. Det kan være direktiver, utredninger og lovverk. Mitt datamateriell er ikke slike makttekster. Uten at jeg vet noe om det, kan det hende at bladet i liten grad blir brukt som faglig kunnskapsstøtte ute i praksis. Tanken rundt å velge *Barnestafetten* er at tekstene likevel kan gjenspeile rådende sannheter innenfor fysioterapi for barn, gjennom hvordan kunnskap formidles. Governmentality-perspektivet ligger derfor til grunn for utvelgelsen av materialet. De ulike forfatterne i *Barnestafetten* representerer ikke bare et syn på barn, men vil også innenfor diskursen fremstille barnet slik de tenker de bør fremstilles i fagmiljøet. Det er derfor ikke bare hvordan samfunnet snakker om barn generelt som kommer frem i tekstene, men også kunnskapen om barnet innen fysioterapi, en kunnskap som også blir konstruert av fagmiljøet selv gjennom selvregulering på hva som er riktig å skrive (Haldar & Engebretsen, 2013).

4.4 Etiske overveielser

En mulig etisk utfordring ved bruk av *Barnestafetten* som datamateriell er at forfatterne ikke har gitt sitt samtykke til at tekstene deres blir brukt som data i en helt annen sammenheng. Bladet er offentlig tilgjengelig så det er ikke noe krav til informert samtykke, men det kan være en mulighet at forfatteren lett kjenner igjen sitt bidrag. Analysen ønsker ikke å tolke forfatterens intensjoner. Foucaults tanker om diskursanalyse går på å koble teksten og dokumentet fra forfatteren og dens posisjon, og via dette perspektivet kan se andre sider av diskursen enn hvis en trekke inn intensjonene som kan ha ligget til grunn for teksten (Schaanning, 1997, s. 173). Jeg velger å se fysioterapeutene som en felles gruppe, men den enkelte forfatter kan likevel oppleve det som ubehagelig å se sin tekst bli analysert og tolket i et annet formål. Selv om analysen heller ikke gjør en evaluering av det faglige innholdet i artiklene kan jeg ikke garantere for at noen tolker og opplever det slikt. Selv om det i oppgavens forskningsdesign ligger perspektiver som ser bort i fra forfatteren som person, stilles det fortsatt etiske krav til meg som forsker å klare å ivareta dette perspektivet i min analyse og tolkning av materialet. Samtidig kan oppgavens hensikt også sees som en etisk handling. Det å se kritisk på hvilken kunnskap som ligger til grunn for de ulike tiltak en gjør innenfor et yrke, kan være et bidrag til etiske diskusjoner i faget.

Fysioterapeuter er pålagt taushetsplikt i sitt yrke. De kan ikke videreformidle medisinske opplysninger om barn uten at det er gitt tillatelse fra bruker eller foresatte. I noe av datamaterialet er barns sitater og navn gjengitt, og det forekommer også bilder og beskrivelser

av barnas hverdag. I disse tilfellene kan ikke jeg vite om fysioterapeuten holder seg innenfor helseetiske retningslinjer når de fremstiller barna i tekstene. Det er derfor i tillegg til et forfatterperspektiv også tredje parter som barn og foreldre som kan berøres av oppgaven. Det jeg har valgt for å sikre mest mulig konfidensialitet er å ikke bruke eventuelle navn som er gjengitt i materialet. Jeg har vært usikker på om jeg skulle i analysen gjengi med detalj hvor i de ulike bladene jeg har hentet ut sitater til analysen. Jeg har valgt å la være for og ytterligere anonymisere kildene, selv om dette gjør det vanskeligere for andre å finne tilbake til der sitatene er hentet fra, og dermed kan sees på som en svekkelse av reliabilitet.

4.5 Forskerrollen

Siden diskursanalyse er forankret i en ontologisk og epistemologisk forståelse om sannhet som konstruert viten, vil også mine drøftinger og funn være skapt viten og subjektive tolkninger. Dette vil også ha konsekvenser for hva en kan si om reliabilitet og validitet av oppgavens funn.

Reliabilitet handler om muligheten for andre å kunne gjenta mine analyser og få samme funn. Jeg som forsker vil prege utvelgelsen av tekstutdrag og tolkning av disse. For å oppnå en form for reliabiliteten i en slik forskerrollen argumenter Winther Jørgensen og Phillips (1999, s. 152) for en systematisk tekstanalyse der en underbygger de argumenter en trekker ut fra materialet. Hvis dette gjøres på en god måte kan leseren følge hvert skritt i prosessen og selv ha muligheter til å gjøre egne vurderinger. Jeg vil derfor både redegjøre for prosessen som gikk forut for tekstanalysen i utvelgelse av tekster til analysen og samtidig gjøre en tydelig analyse av de valgte tekstene.

En kvalitativ metode handler om hvordan analysen kan være med på å berike og utdype det som blir sagt og skrevet (Kvale & Brinkmann, 2009). I en kritisk forskningstradisjon handler analysens berikelse og utdypelse om å vise mulige måter å lese teksten på. Det er derfor ikke noe mål i denne analysen å vise alle mulige måter barn fremstilles på, men å vise noen, for igjen vise hva disse beskrivelsene av barn medfører av ulike sannheter og hvilke relasjoner de inngår i. Selv om diskursene er konstruerte og ikke er avspeilinger av virkeligheten, kan de likevel ha relevans for virkeligheten. Winther Jørgensen og Phillips (1999) fremhever viktigheten av å begrunne de ulike diskurser og diskursordner som en fremstiller. Gjennom begrunnelsen argumenter en diskursens eksistens og relevans. Dette grepet mener jeg er med

på styrke validiteten i oppgaven. Jeg vil gjennom bruk av Laclau og Mouffes teoretiske begreper bygge opp i analysen begrunnelsen for de ulike diskursene som blir presentert.

Et annet perspektiv som Winther Jørgensen og Phillips (1999) trekker frem er at i noen tilfeller er en utfordring med tekstanalyse at man bare får presentert små deler av materialet. De understreker derfor at det da er behov for et grundig bakgrunnsarbeid for å kunne representere diskurser som er gjenkjennende for området en går inn i. Dette er en utfordring jeg mener jeg har i mitt datamateriale, da det består av ganske mange og korte artikler. Samtidig er det en utfordring med diskursanalyse å velge utsagn som viser til en regelmessig diskursiv praksis. De tekstene jeg bruker må ha en rekke utsagn som er regelmessig knyttet opp til en gjenkjennende praksis, for at de skal kunne karakterisere diskurser (Nissen & Vardinghus-Nielsen, 2007). For å møte begge disse utfordringene har jeg funnet flere artikler som ulike kilder til hver diskurs som et grep for å sikre mer representative diskurser, og med det også styrke validiteten.

Analysen tar utgangspunkt i to ulike kategorier av barn. Det ene er barn med funksjonsvansker og den andre er barn uten funksjonsvansker. Jeg vil komme tilbake til dette valget senere i oppgaven. I løpet av analysen har jeg tenkt å se disse to gruppene opp mot hverandre, og en kritikk som kan være aktuell å rette er om ikke selve funksjonsvansken påvirker måten en fremstiller barn på, og derfor gjøre sammenstillingen uaktuell. Denne kritikken kan også knyttes til den teorien og metoden jeg bruker da diskursteori legger til grunn at verden forstås gjennom språklig praksis. Laclau og Mouffe erkjenner at det finnes en materiell virkelighet, men de tillegger den ikke noe stor betydning. De mener at det er først gjennom språklig formidling at mening skapes i forhold til den fysiske verden (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Men til gjengjeld har de et vidt perspektiv på hva som kan sees på som språk og tekst. Som nevnt mener Fingerson (Qvortrup et al., 2009) at biologi også kan være det som iverksetter handlinger som blir kulturelt tolket. Torfinger (i følge Nissen & Vardinghus-Nielsen, 2007) tolker også Laclau og Mouffe dithen at det finnes klassifikasjonssystemer som er fastlåste, og som er umulige å endre. Grunnstoffer, kroppens oppbygning med muskler og skjelett kan være eksempler på dette. Torfinger sier videre at det er uklart hvordan Laclau og Mouffe tenker en kan definere slike systemer og hvilken betydning de har for diskursive endringer. Jeg mener min bruk av diskursteori ikke svekker de funn jeg gjør gjennom at den ikke forholder seg til en mulig biologisk påvirkning av diskursene. Diskursteori må sees på som et metodisk grep som er med på å fremskaffe en viss

type viten om fysioterapeuters syn på barn. De funn og perspektiver som fremkommer kan likevel sees og forklares opp mot biologiske og kulturelle påvirkninger i ettertid. Barn behandles materielt sett forskjellige i forhold til for eksempel voksne. De går i barnehage og skole og behandles med det forskjellig enn de voksne i det fysiske rom (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Så ut fra dette perspektivet kan barn med og uten funksjonsvansker være knyttet opp til ulike praksiser. Men samtidig så omtaler vi de som barn og det er også nettopp derfor det er interessant å se på de også som en felles gruppe. Det analysen og diskusjonen kanskje tydelig kan få frem her er hvilke forskjeller som muligens blir konstruert.

5 Analyse og diskusjon

Jeg vil her presentere hvordan jeg kategoriserte datamaterialet i forkant av tekstanalysen. Videre presenter jeg analysen av de enkelte diskurser og videre diskusjon.

5.1 Kategorisering og diskursivt nivå

«Å analysere betyr å dele noe opp i mindre biter eller elementer» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 201). Men samtidig må den enkelte forsker finne sin vei inn i analysen. Kvale og Brinkmann snakker om å gå i «dialog med teksten og innlede en imaginær samtale...» (s. 200). I løpet av den tid jeg jobber med materialet møter jeg det på nytt flere ganger, med stadig nye refleksjoner, ny kunnskap, nye ervervede begreper og forståelsesrammer. Mitt arbeid med datamaterialet var å lete etter steder i tekstene der det kom frem beskrivelser av barn, og samhandling med og rundt barn. Laclau og Mouffe kaller alle språklige og ikke språklige handlinger som diskurser (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Jeg har derfor også sett etter samhandling og handlinger fysioterapeuter gjør. En viktig brikke som måtte med var foreldrene. Mye av samspill var knyttet til barnet og foreldrene og hvordan fysioterapeuten påvirket dette samspillet. Denne triangelkommunikasjonen ble veldig aktuell i datamaterialet.

Totalt ble det ca. 50 artikler som jeg fant interessante i form at de var skrevet av fysioterapeuter og at de hadde fokus på fysioterapi for barn i Norge. Jeg kjente at det var en utfordring å være fysioterapeut selv, da jeg lett ble opphengt i faget. I gjennomlesningen hadde jeg et stort behov for å sortere artiklene ut fra om de var skrevet fra praksis i kommunal helsetjeneste, eller om de var skrevet fra fysioterapeuter som jobbet på sykehus og habiliteringstjenester som del av spesialisthelsetjenesten. Fokuset i artiklene var forskjellige ut fra fysioterapeutenes arbeidssted. Også diagnoser og temaer i artiklene preget også hvordan innholdet var formulert. Jeg vurderte å sortere stoffet på mange ulike måter for å få til et validitets perspektiv ved å finne større tekstvolum rundt hver enkel potensiell kategori eller bilde av barn for slik å underbygge diskursenes relevans. Jeg forsøkte derfor en tid å systematisere artiklene i forhold til faglige tematikk, som for eksempel forebyggende arbeid, intensivtrening, hjelpemidler, spedbarns motoriske utvikling, testing av barn og terapeutiske teknikker. Samtidig så jeg at artiklene veldig ofte manglet barnas alder og kognitive funksjonsnivå, noe jeg også tenkte kunne være en viktig kategorisering i synet på barn. Det at alder og kognitivt nivå manglet fant jeg interessant, da jeg opplevde at det kanskje lå en

underforstått forståelse på at man forstod dette ut fra hvilke institusjoner, som hadde skrevet eller ut fra hvordan barna ble omtalt. Dette har jeg ikke gått noe videre inn på i denne oppgaven, men jeg ut fra egen erfaring fra å jobbe som fysioterapeut og det jeg leser ut av materialet har nok mye av de tekstene jeg har valgt handlet om yngre barn, fra nyfødt til under skolealder. Dette har også gjort at foreldrene har fått en sentral rolle i mitt materiale.

Jeg valgte å kategorisere artiklene i fire kategorier. Det var *barn uten funksjonsvansker*, det var *barn som var med intensiv treningsprogrammer*, det var *barn som måtte forholde seg til hjelpemidler* og den siste posisjonen var *barn i kritiske faser i form at de var nyopererte og måtte gjennom en opptreningsfase eller hadde sykdommer som fysioterapi var sett på som livsnødvendig tiltak*. Dette var det som særpreget de enkelte:

Barn uten funksjonsvansker – helsefremmende og forebyggende helsearbeid småbarn. Ulike artikler omhandler helsefremmende og forebyggende arbeid med barn. Barna har ingen funksjonsvansker eller direkte behov for fysioterapioppfølging, men fysioterapeuter veileder, og da som oftest foreldrene, i hvordan barn best utvikler seg motorisk.

Barn i intensive treningsprogram - Artikler som tar opp tema intensiv trening og familiesentrerte program. Dette er en treningsform der barn trener spesifikt på et eller flere ferdighetsmål innenfor en begrenset periode men der treningen integreres i hverdagen for å få til flere timer trening i løpet av dagen. Artiklene omhandler målsetning, organisering, motivasjon, foreldresamarbeid, medvirkning, veiledning.

Barn med hjelpemidler - Barn som trenger hjelpemidler for støtte og bevegelse. Artiklene omhandler hjelpemidler som blir tilpasset barn, og som noen barn bruker i sin hverdag. Det er ulike treningshjelpemidler, korsett, ståstativ, gåstativ, og bevegelses- og balansestabiliserende lycradresser.

Barn i kritiske perioder - barn med kompliserte lidelser og barn som nettopp gjennomgått omfattende operasjoner. En artikkel omhandler lungefysioterapi, der det er fokus på håndtering av lungeproblemer for å unngå komplikasjoner som kan medføre sykdom og død. Andre artikler tar opp multilevel operasjoner. Artiklene går på oppfølgingen av barn der en velger å operere flere ledd og muskler samtidig, istedenfor å ta en og en operasjon over tid. Formålet er å gi bedre gange,

forflytningsevne, mindre smerter, økt livskvalitet, alt etter barnets forutsetninger. Det er utarbeidet retningslinjer for fysioterapioppfølgingen etter disse operasjonene.

Artiklene tar opp målsetning, motivasjon, egenopplevelse.

Jeg var etter dette noe usikker på valg av kategorier. Men det ble klart for meg at analysen må utgangspunkt i at verden er konstruert og uansett hvilke kategorier jeg velger vil de være diskursivt konstruerte av meg. Winther Jørgensen og Phillips (1999) sier diskursen må sees på som et analytisk grep som legges over teksten for å skape den avstanden en trenger for sin forskning. Derfor må den enkelte forsker strategisk velge et diskursnivå som tjener formålet. Diskursen er derfor ikke noe som finnes ferdig i materialet, men som konstrueres for det formål forskningen har. Jeg støtter meg her til Winther Jørgensen og Phillips sine tanker rundt det å se på diskursteori og diskurs som et analyseverktøy for å få frem «skjulte» perspektiver i teksten. Min veileder gjorde meg også oppmerksom på at analysen jeg gjør ikke handler om fag, men om språk og tekst, og at i det perspektivet også må tenke at dette arbeidet også kunne vært gjort av en uten fysioterapi bakgrunn. Winther Jørgensen og Phillips (1999, s. 31) sier man må som forsker på eget fagfelt «fremmedgjøre sig fra materialet». Jeg følte derfor at de kategorier jeg hadde funnet var muligens for påvirket av meg som fysioterapeut, og at jeg lot kulturelle oppfatning av verden styre mitt arbeid. Dette medførte at jeg etter hvert forstod at jeg kunne løsrive meg enda mer fra de kategorier jeg i utgangspunktet var kommet frem til. Jeg endte med å ha to kategorier, men samtidig også å se mer på tvers i det utvalget jeg først hadde forsøkt å gruppere. Jeg har valgt en kategori som er barn uten funksjonsvansker som fortsatt er den første kategorien jeg beskrev. Videre er den neste kategorien barn med funksjonsvansker. Analysen av denne gruppen omfavner da artikler fra alle de tre tidligere nevnte kategoriene: *barn i intensive treningsprogram, barn og hjelpemidler og fra barn i kritiske perioder*. Begrepet *funksjonsvansker* er valgt, da det er et begrep som går igjen i artiklene. Samtidig så mener jeg dette begrepet også favner mer enn ordet funksjonshemmet, som knytter seg til varig sykdom skade og lyte (Tetzchner et al., 2008, s. 2). Jeg mente funksjonsvansker var mer representativt for de barn fysioterapeuter følger opp, siden noen av de barna er uten diagnoser og varige problemer. Å lande på to i utgangspunktet enkle kategorier, vil jeg si var et resultat av å være i prosess med datamaterialet og forflytte seg fra fagperson til forsker og se etter mønster og ikke etter fag.

Mine to kategorier kan ses på som forenklinger av virkeligheten, men samtidig så representerer de også den virkeligheten som barna er en del av. Noen opplever de har

funksjonsvansker eller noen mener de har funksjonsvansker og til og med kanskje også diagnostiseres pga. funksjonsvansker. I dagligtale snakker vi lett i dikotomier om det friske og det syke, og det normale og det som avviker fra det normale, selv selve sykdom og diagnosebilde er mye mer sammensatt (Søvik, 2001). Kategoriene representerer et diskursivt valg i oppgaven for å sette fokus på to ulike grupperinger av barn innenfor fysioterapi. Foucaults mener at dikotomier gjør at man lett å havne i et maktperspektiv der den ene blir undertrykt i forhold til den andre (Schaanning, 1993). Jeg vil derfor understreke at kategoriene er mer en metodisk grep i første del av analysen for å få frem om det foregår ulike praksiser og forståelsesrammer innenfor de to gruppene, og så i andre runde løse opp bildet for å se på hvordan ulike mekanismer og strategier innen fysioterapi for barn virker og med det også stille spørsmål til begge kategoriene.

5.2 Barn uten funksjonsvansker

En rekke artikler handler om forebyggende helsearbeid opp mot småbarn. Barna har i utgangspunktet ikke diagnoser eller bevegelsesvansker, men fysioterapeuter har utarbeidet gode råd og veiledningsbrosjyrer til foreldre med nyfødte barn. Disse brosjyrene er gjengitt i *Barnestafetten* og en del av tekstene jeg bruker er derfor skrevet direkte til foreldrene. Noen tilbyr også kurs med fokus på bevegelsesaktiviteter for barna og veiledning av foreldre. Hovedfokuset i artiklene er på hvordan barn lærer seg bevegelser, på fagspråket kalt motorisk utvikling (Campbell, Vander Linden, & Palisano, 2006).

5.2.1 Det handlende barnet med egen driv

Denne diskursen fremstiller et naturlig og handlende barn. Barnet som handlende blir det som fyller mester-betegnerne barnet med innhold. Dette kommer frem av ekvivalenskjeden av begreper som *egen driv*, *utforskende*, *kontaktsøkende*, *jobber i sitt eget tempo*, *vil lære*.

Fra en av brosjyrene som gis til foreldre med nyfødte står denne beskrivelsen av barn:

Barn utvikler seg i ulikt tempo gjennom et mangfold av stillinger og bevegelser. De lærer de forskjellige ferdighetene når de er modne for det

Barnet fremstilles som en aktiv aktør, «*barn utvikler seg i ulikt tempo*». Det er barnet som er den handlende. Barnet fremstilles samtidig som noen som skal bli noe, som «*utvikler seg*», men fremstilles også som den de er til en hver tid ved å si at de utvikle seg i «*ulikt tempo*». I

neste setning ser vi at barnet både fremstilles aktivt og passivt: «*de lærer når de er modne for det*». Barnet er aktivt ved å «*lære*», men samtidig ikke før de er «*modne*», som er en passiv betegnelse. Teksten fremstiller barn som umodne og uferdige, men at barna jobber aktivt selv med å øke sin kompetanse. Samtidig fremhever teksten et tidsrom der barn er barn. Både ulikt tempo og modenhet innebærer at barnet bruker tid på å være barn. Ordet «*mangfold*», som betyr at det er stor variasjon⁸, fremstiller også at den tiden barnet er barn er et rikt prosjekt. Det skjer mye.

En lignende informasjonsbrosjyre til foreldre illustrerer de samme tekstlige fenomenene. I denne teksten knyttes også bevegelse opp til et sosialt element rundt det å utvikle seg:

“Barn er fødte med ein driv til å utvikle seg. Dei søker kontakt med personane rundt seg, ønskjer å utforske omgivnadene, kome seg opp mot tyngdekraften og rundt i miljøet.

Barnet fremstilles også her som en aktiv aktør som ønsker å utvikle seg. De er «*fødte med ein driv til å utvikle seg*». De er født med noe i seg som gjør at de kommer seg fremover. «*Driv*» er en kraft en iboende framdrift. Det samme er «*ønskjer å utforske omgivnadene*». Barnet blir fremstilt som handlingskraftig og med et ønske om å utforske og lære. «*Dei søker kontakt med personane*», fremstiller en sosial driv rundt barnets ferdigheter. Barnet søker andre, og jobber selv for å komme til personene rundt seg. Barnet ønsker også å «*kome seg opp fra tyngdekraften og rundt i miljøet*». Her blir det å komme seg opp linket til muligheten til å komme seg videre. Barnet skal opp og frem. Opp er en metafor på noe positivt. Barnet jobber «*mot tyngdekraften*». Den må overvinne tyngdekraften for å entre miljøet. Foreldrene får derfor råd om hvor de skal plassere barnet i rommet. «*Barn bør oppholde seg mest mulig på gulvet*» skrives i den første teksten, mens den andre fremhever at det etter hvert er «*naturlig*» for barnet å ligge på gulvet. Bruken av «*bør*» i den ene teksten fremhever det den andre sier om at dette er det naturlige. Barnet skilles med dette fra de voksnes verden. Det skal starte sin ferd i livet nede på gulvet og jobbe seg oppover. Barnet ønsker seg underforstått her å gå. Det å stå og gå er det som gir deg muligheten til å komme seg «*rundt i miljøet*».

Når jeg nå går fra nærlesing til å beskrive denne diskursen, gjør jeg det ved å se på ekvivalenskjedens begreper. Hva barn er kommer fram av hvordan begrepene sammen skaper et bilde på hvordan barn fremstilles. Denne diskursen knyttes opp til et klassisk romantisk bilde av det lekende barnet (Ailwood, 2003). Barnet er da linket til idealer som natur, renhet

⁸ Bokmålsordboka på nett. <http://nob-ordbok.uio.no/>

og uskyld. Det er gjennom barnets egen lek og utforskning at det utvikler seg i harmoni med seg selv og omgivelsene. Dette ser vi understøttes i tekstene med at barnet skal få utvikle seg i eget tempo, og lærer når de er modne til det. I følge Laclau og Mouffe vil det si at begreper som «*eget tempo*», «*lærer seg*» og «*når de er modne*», blir sammen momenter i en diskurs som går på å la barnet greie seg selv. Ailwood sier barnets lek har et ideal om frihet fra ytre regler. Lekens er en naturlig motivasjon og mening skapes gjennom lek og ikke av sluttproduktet. Dette er også gjenkjennelig fra tekstene ved at egen driv og en søken om å undersøke og komme seg rundt blir momenter i diskursen. Dette er en diskurs linket opp til vestlig tenkning i form av filosofen Rousseau (1712-1778) fremstilling av det naturlige uskyldige barnet (Woodhead, 2005). Barnefysioterapeutene fremhever barns naturlige motoriske utvikling som noe som ligger i barnet med egen driv og at læringen skjer gjennom et mangfold av bevegelser. Senere vil vi også se at foreldrene skal heller ikke forsere denne utviklingen, «*Forsere utviklingen*» blir knyttet til diskursen gjennom å vise hva diskursen utelukker og ikke skal være. Ved å vise til kontrasten og hva er galt i diskursen, underbygges et bilde av at barnets utvikling må skje av seg selv.

Det er samtidig to utsagn som bryter med bildet av barnet som handlende og aktivt, med egen driv og som søker sosiale relasjoner. De voksne fremtrer også som en aktør i forhold til barnet. Her er et eksempel på at den sosiale søken barnet har medfører regler for de voksne

Barnet snur seg gjerne etter kjende ansikt, stemmer, lys, leiker og gode lydar. Legg barnet slik at det kan sjå til og få stimulering frå begge sider.

Barnet snur seg etter «kjende ansikt» og «gode lyder». Dette er koblet til positive verdier og barnets egne aktive handlinger. Samtidig må denne søken som barnet har etter sosiale relasjoner styres i bestemte retninger. Barnet må «få stimulering frå begge sider» De sosiale relasjonene blir knyttet til begrepet «stimulering» og barnet fremstilles som et redskap som de voksne må håndtere på rett måte. Samtidig fremkommer det også en risiko for at denne stimuleringen ikke fører frem og det fremtrer en uro for barnet. Dette kan vi se i neste eksempel som også viser en grense for diskursen rundt det naturlige handlende barnet.

Dersom barnet berre vil liggje med hovudet til ei side, ta kontakt med helsestasjon eller direkte med fysioterapeut.

Barnet klarer seg ikke selv lenger alene, eller med hjelp av foreldrene. Det trenger assistanse fra fysioterapeuten. Disse to tekstene viser til momenter i teksten som knytter seg til de to neste diskursene som også fremtrer i tekstene.

Først vil jeg gå inn på en diskurs om at barna er avhengige av at foreldre eller andre voksne som støtter dem i denne utviklingen.

5.2.2 Barn må stimuleres og posisjoneres

I de samme to tekstene finner vi også anbefalinger til foreldrene om hvordan barna skal være ovenfor sine barn. Ekvivalentene til mester-betegnere barnet er her *håndteres, stillinger, stimuleres, støttes, og ikke forsere utviklingen, samspill og kosetid.*

Dei voksne si rolle blir å leggje til rette og støtte barnet i denne utviklinga. Barnet treng variasjon i stimulering, handtering, stillingar og underlag tilpassa alder og utvikling.

De voksne rundt barnet får oppgaven her med å være med på å utvikle barnet, «*Dei voksne si rolle blir å leggje til rette og støtte barnet i denne utviklinga*». For selv om barnet fremstilles med en egen driv, så er de voksne som må hjelpe det frem. Teksten ramser også opp hva barnet trenger; «*Barnet treng variasjon i stimulering, handtering, stillinger og underlag tilpassa alder og utvikling.*» Fysioterapeutene er her direkte talsmenn for barnas behov ved å bruke «Barn treng». Foreldrene skal både stimulere barnet på ulike måter, det skal håndtere det på ulike måter og det skal posisjonere barnet i ulike stillinger på ulike underlag. Denne variasjonen skal igjen være «*tilpassa alder og utvikling*». Foreldrene må ha kunnskap om barns behov for variasjon i forhold til alder og utvikling, for å gi det barnet trenger. Billedlig sagt kan dette ligne på et matematikkstykke med mange variabler som må en må kjenne verdien på. Det er videre i teksten også en begrensning av foreldrenes oppgave.

...Det er viktig å ikke framskynde den motoriske utviklingen ved å plassere barnet i stillinger de ikke kan innta selv, for eksempel sitte og stå.

Det er her snakk om å plassere barnet i stillinger de ikke kan innta selv, som sitte og gå. Men tidligere i teksten så skulle foreldrene stimulere og posisjonere i ulike stillinger. Barnets bevegelsesutvikling skal derfor både stimuleres og samtidig ikke fremskyndes på uheldige måter. Foreldrene blir derfor fortalt at de kan gjøre feil, og dette ikke er bra. Engelsrud (2006) beskriver mange av de samme rådene som viktige i barns utvikling og legger til grunn en sensibilitet over barnets kroppslige uttrykk i kommunikasjonen med barnet.

Det å gi barn rom og tid for å bevege seg, er forskjellig fra det å sette dem opp i stoler før de selv har satt seg opp, eller tilby leker i hånden uten at de får ta initiativ til å gripe etter leken. Fenomener som overstimulering og invadering har sitt utgangspunkt i bruk av kommunikasjonsmåter som mangler sensitivitet for hvordan barnet responderer kroppslig (s 121)

Foreldrene må derfor også praktisk mestre de ulike teknikkene for å stimulere og håndtere. Noen råd eller kanskje mer riktig, regler, blir gitt foreldrene. Disse kommer jeg tilbake til i neste diskurs da disse også synliggjør også hvorfor fysioterapeutene er så opptatt av foreldrenes ansvar. Men først vil jeg vise at foreldre også oppsøker denne kunnskapen.

To artikler forteller om en barnefysioterapeut som har startet egen bedrift, og lever nå av å selge aktivitetskurs for barn i alderen 4 -12 måneder. Kursene tilbyr et tilrettelagt miljø for motorisk utvikling med rom for gode samspillsituasjoner og veiledning av foreldre. Initiativtakeren sier at kursene er forbyggende helsearbeid.

I teksten står det at kursene *«lar barna få utvikle seg i eget tempo, og få varierte bevegelseserfaringer og glede seg over å være i fysisk aktivitet sammen med andre»* Som i forrige diskurs kommer barns egen deltakelse frem med å: *«få utvikle seg i eget tempo»*, men kontrasten er at kursene *«lar»* barnet få gjøre det. Kursene gir med andre ord barnet mulighet til å utvikle seg. Dermed er barnets egen utvikling underordnet noen andre. Vi har sett at foreldre måtte støtte opp under barnets egen driv. Her er det kursene som *«lar»* barna utvikle seg og få *«varierte bevegelseserfaringer»* Erfaringer gjennom bevegelse er her fremstilt som noe barnet får gjennom kurset, og ikke noe barnet selv tilegner seg. Det at noen *«lar»* barnet få noe, betyr også at det er en formening om at dette er noe som barn ikke nødvendigvis får men burde ha fått. Dette kommer klarere fram videre i teksten.

Målet med kursene er at barna skal få prøve ut hele sitt bevegelsesrepertoar, og at de skal få mange ulike erfaringer og mestringsopplevelser, -for å legge grunnlag for at de blir trygge på seg selv og forblir glade i aktivitet...Barna oppmuntres til utvikling og fremskritt i eget tempo, og de voksne får en lettfattelig innføring i generell bevegelsesutvikling og mange tips og ideer til hvordan de kan være i aktivt samspill med barnet i hverdagen.

Et av målene til kursene er at barnet skal få ta ut *«hele sitt bevegelsesrepertoar»*. Barnet har med det en ressurs av bevegelser som det må få vise og *«prøve ut»*. Dette er fremstilt som noe barnet trenger, eller har godt av å gjøre. Dette må ikke være uprøvd. Dette gjør de *«trygge på seg selv»* og de *«forblir glade i aktivitet»*. I tidligere diskurs leste vi at barn har en indre driv og lærer seg ferdigheter i eget tempo. Her må barnet i tillegg *«oppmuntres»* for å utvikle

seg «*i eget tempo*». Barnet klarer ikke nødvendigvis i følge teksten å følge sitt eget tempo. Nå er det ikke bare foreldrene som kan forsere eller forsinke tempoet, men også barnet. Det at barnet har et «*eget tempo*», setter fokus på barnet som en egen person. Dette tempoet fremstilles som noe som barnet må forholde seg til, da det er sitt «*eget*». Igjen ser vi at barnet skal «*få mange ulike erfaringer*» men at det må balanseres ut fra barnets sitt «*eget tempo*». Barnet er i denne teksten fremstilt som aktiv handlende. Det er barnet som «*prøver*» og barnet som «*oppmuntres*», men det er samtidig noen som gir barnet det barnet trenger.

Foreldrene får en «*lettfattelig*» opplæring i barns bevegelsesutvikling. At det må være «*lettfattelig*», tyder på at temaet kan være vanskelig å forstå. Kurset er da også startet opp fordi kanskje foreldre ikke føler de har kompetansen som skal til for å tilrettelegge for sine barns fysiske aktivitet. Det fremheves at det er foreldre selv som har ønsket dette tilbudet:

Et fokus kurset har er ideer til «*aktivt samspill*» med barna. Foreldrene trenger ideer for å kunne være aktivt sammen med barna. Aktiv er her positivt ladet og det motsatte av passiv. Passivt samspill er ikke forenlig med at barn skal utvikle seg. Samspill handler om å skape harmoni mellom barn og voksen; «*kosetid*» og «*se hverandre inni øynene*» er også elementer som det fokuseres på. Dette er det også fokus på i en av brosjyrene til foreldre med nyfødte. «*Utnytt tida når barnet er vaken og mett, til samspel*». «*Ver ansikt til ansikt med barnet, fang blikket. Smil og blunk med augo*». Også disse rådene er med på å forme forholdet mellom foreldre og barn.

Igjen går jeg fra den nære tekstanalysen og ser på hva diskursen representerer. I denne diskursen kobles blant annet begreper som «*kosetid og samspill*» sammen med «*håndtering, stimulering og stillinger*». Sammen blir dette momenter i diskursen som fremstiller barnet som avhengige av sine foreldre både for læring og hygge. Opp gjennom historien har flere kulturelle diskurser påvirket foreldres hverdag og deres bilde som gode forelder. Et eksempel er oppdagelsen av bakterier som medførte en større forståelse av barnedødeligheten i forrige århundre. Man forstod da at morsmelk inneholdt et immunforsvar mot sykdom. Samtidig ble helsetjenester for barn etablert, og en viktig oppgave ble få mødre til å amme sine barn, da man mente dette forhindret barnedødelighet. Idealet ble at dette var den naturlige måten å fø sitt barn på, og derfor den mest ønskelige. Slik ble det skapt en diskurs på at du var ingen god mor, om du ikke fulgte disse rådene. Barnedødelighet som fenomen skiftet fokus fra å være det normale, som noe man ikke bestemmer over, til at det ble noe man unngikk for en hver

pris (James et al., 1998). Rogoff (2003) viser til en «Instruction to Mother» brosjyre fra et amerikansk sykehus i Kansas i 1949

Don't listen to careless advice of friends and relatives. Do as our physician advises. He knows more about you and your baby than they do...Handle infant as little as possible. Do not pick up to show to relatives and friends. Keep quiet and free from commotion and infection...Do not pick baby up every time it cries. Normal infants cry some every day to obtain exercise. Infant is quickly spoiled by handling (p 130).

I en tid var idealet å stimulere barna minst mulig. Da var det smittefaren som var i fokus. Nilssen (2007) innleder sin hovedfagsoppgave «nye mødre» med et perspektiv på dette. Hennes mor uttrykte at det nå var mer «styr» og mer slitsomt å være mødre. Idealet om kroppsnærhet og felles aktiviteter, var stor kontrast fra hennes tid som småbarnsmor, da ungene skulle ligge i ro store deler av dagen, og hadde faste tider til mat med rom for prat. Hennes mor beskriver en lettelse over å ha en enkel oppskrift, i motsetning til flere ulike aktiviteter som foreldre blir anbefalt å gjøre. Det er flere underliggende idealer her. Det ene er et ideal om å være sammen med sine barn. Å være sammen med barnet er koblet til positive ladet momenter i ekvivalensskjeden som kosetid og samspill. I Norge har en også offentlige ordninger som foreldrepermisjon etter fødsel, som legger til rette for at barn og foreldre skal kunne tilbringe tid sammen⁹. I tillegg leser jeg ut av tekstene to andre idealer. Barn har et potensiale som de må få utvikle. Barnet måtte få brukt sitt bevegelsesrepertoar, som blir brukt som begrep i diskursen. Ailwood (2003) knytter denne diskursen opp mot at lek skal være utviklende. Det andre idealet er at voksne har et ansvar for å tilrettelegge for lek som stimulerer barnet. Tekstene viser at dette er også foreldre opptatt av og de søker aktivt kunnskapen som fysioterapeutene har.

Andre kulturer har ikke det samme fokuset på voksen barn-samspill og -stimulering. Rogoff (2003) viser til at i Mexico leker småbarn sjelden med foreldrene. De lekte heller med barn i ulike aldre. Barna som lekte med småbarn var mer tolerante og støttende i leken med småbarn, sammenlignet med barn i samme alder i USA. Faktisk var leken og samspillet like komplekst og omsorgsfullt som mor barn-lek i USA (p124). Hogbin (1943, i følge Rogoff, 2003) møtte denne forståelsen på New Guinea rundt det å lære barn å gå; *“I would be saying next that trees had to be instructed in how to bear fruit.”* Kulturelle forskjeller på familiestrukturer kan forklare noe av at vestlige familier er mer fokusert på å følge opp sine

⁹ Foreldrepenger ved fødsel og adopsjon, med egen spesifisert mødrekvote og fedrekvote samt også ordninger med kontantstøtte som er økonomiske ordninger for å være hjemme med sine barn opp til 3 år, se www.nav.no

barn. I land som Polynesia, Vest Afrika og India er hele samfunn engasjert i oppdragelsen og omsorgen rundt barna. Vi har her i vesten også i større grad yrker som barnefysioterapeuter, helsesøstre, jordmødre, førskolelærere som innehar den ekspertrollen andre samfunn får gjennom egen familie (Rogoff, 2003). «Kosetid» og «samspill» som diskursen trekker frem, er hentet fra utviklingspsykologiske perspektiver på å jobbe med barnets sosiale kompetanse. Roghoff viser også at forskjellige kulturer har ulike måter å samhandle med barnet på. Vestlige land har ofte dobbelt så mye ansikt til ansikt-interaksjon med sine barn enn mødre i Japan. I andre land holder de heller barnet med ansiktet utover, slik at de kan se hva den voksne ser, og i større del ta del i aktivitetene. I Polynesia oppfordrer mødre nyfødte til å ha interaksjon med hverandre. De snur også barnet utover mot den sosiale gruppen. De voksne lager også babystemmer og snakker på vegne av barna. I vestlig kultur opprettholder de voksne i større grad ansikt til ansikt interaksjonen med sine barn, selv om de er samlet i større grupper. Barn koblet aktivitetsglede og bevegelsesutforskning opp mot sosiale relasjoner (Nyquist, 2012). Men hvorfor kobler foreldre i vesten dette så sterkt opp til sosial relasjon mellom voksen og barn? Sagberg (2003) mener at barn alltid har vært viktige for voksne. Men tidligere var det fordi barna skulle ta over gården og sørge for de voksne når de ble gamle. I dag mener Sagberg at barn kanskje er viktige for å skape mening og innhold i de voksnes liv. Kosetid og samspill med barn blir i dette perspektivet også en trøst i voksnes identitetskrise.

Diskursen viser at foreldrene har et ansvar for å følge opp sitt barns bevegelsesutvikling. Dette innebærer både å ha kunnskap om hvordan og ferdighetene til å gjøre det. I vår vestlige verden er det fysioterapeuter som jobber med barn, som er eksperter på denne kunnskapen. Denne kunnskapen har sitt grunnlag i diskursens idealer, både gjennom et bilde på at barnet skal få ta ut et potensiale og, at barn og foreldre skal ha det hyggelig sammen. Men det ligger også et utviklings og helseperspektiv til grunn for at barnefysioterapeutene informerer. Denne vil jeg nå gå inn på i den tredje diskursen.

5.2.3 Det patologiske barnet (eller det mulige skjeve og svake)

Woodhead (1997) spør hvor grensen mellom barns naturlige behov og de behov vi tillegger barn å ha. Ofte vil barns behov variere fra kultur til kultur. Han viser til tre måter å argumentere for barns beste. Det ene er at vi sier at barnet trenger noe. La oss kalle dette noe for Y. Dette er en konsekvenspåstand, fordi det innebærer at hvis ikke barnet får Y vil det få konsekvenser. Det ligger derfor en Z bakenfor som barnet bør få ved hjelp av Y. For

eksempel trenger barnet kjærlighet (Y), noe som innebærer en konsekvenstenkning om at kjærlighet (Y) vil gi barnet emosjonell stabilitet (Z). Woodhead argumenter for at siden det skal være holdbarhet i argumentsrekken, medfører det at vi også må kunne si at barn som ikke får kjærlighet blir emosjonelt ustabile. Andre argumenter sier at barnet ønsker/strekker seg etter Z og Y er veien å komme dit. Disse to modellene identifiserer et behov i barnet, men en annen modell argumentasjonen på at barn har godt av Y for å oppnå Z. Det ligger da en mer universell kvalitet i barns livskvalitet til grunn. Woodhead kaller dette en mer patologisk tilnærming, slik en lege stiller en diagnose og forskriver en behandling. Barnet blir fremstilt som sårbart, hjelpeløst og avhengig, og ansvaret blir lagt på omsorgspersonene rundt barnet. I denne diskursen vil vi se flere argumenter for barns beste.

Jeg har valgt å kalle denne diskursen det patologiske barnet. Dette fordi patologi handler om «*pathos*» = lidelse, og «*logos*» = lære¹⁰. Det vil si læren om årsaken og kunnskapen om sykdom og skade. Denne diskursen handler om å formidle kunnskap om risikofaktorer for barnet. Ekvivalentskjeden i denne diskursen lukker sammen begreper som: *skal ligge på rygg, unngå skjev hodefasong, lett påvirkelig, myk, gode vane, sterke musklatur, og stimulere motorisk utvikling.*

Teksten er hentet fra de samme informasjonsbrosjyrene som tidligere. Jeg har her tatt ut noen konkrete råd som går på hvordan og hvorfor foreldre skal håndtere og stimulere barnet:

Når barnet ditt sover, skal det ligge på ryggen. En bør da bytte på å legge hodet til høyre og venstre side for å unngå skjev hodefasong siden barnets kranie er «mykt» og lett påvirkelig for trykk. Når barnet ditt er våken, skal det ligge mye på magen. Begynn med dette like etter fødsel så det blir en god vane. Dette styrker barnets muskulatur, og stimulerer den motoriske utviklingen

Teksten har en kommanderende stil. «..skal det ligge på ryggen», «En bør da bytte på..» og «..skal det ligg mye på magen». Teksten er en fremstilling av en entydig sannhet om «ditt barn». Bruken av eiendomspronomen i første setning peker kommandoen direkte mot foreldrene, mens avsender er ikke nevnt og heller ikke hvorfor barnet skal ligge på ryggen om natten. Det forklares ikke, det er underforstått i teksten. Vi kjenner her igjen den patologiske tilnærmingen som Woodhead (1997) beskriver. Siden barnet skal ligge på rygg kommer det frem at «En bør da», bytte på hodestilling. Teksten er litt mildere med bruk av «bør» istedenfor «skal» men samtidig gir denne setningen også klare regler på hva foreldre bør

¹⁰ Bokmålsordboka på nett. <http://nob-ordbok.uio.no/>

gjøre. I tillegg forklares det her at dette er for å «unngå skjev hodefasong». Skjevt hode er underforstått noe man ikke ønsker, og som vil kunne oppstå når barnet sover på rygg. Påstanden har er form som en konsekvenspåstand, men her argumenteres det med konsekvensen hvis foreldrene ikke gjøre det, og ikke hva barnet oppnår med tiltaket.

Hvorfor barnet skal ligge på magen forklares med at «det styrker barnets muskulatur, og stimulerer den motoriske utviklingen». Posisjoneringen av barnet er til for at det skal bli sterke og stimuleres til å utvikle seg. Det er et fokus på fremtiden. Teksten henvender seg til de voksne rundt barnet, og formidler en oppskrift på hvordan barnet skal plasseres. Barnet blir en passiv aktør i teksten, og blir bare plassert til det beste for seg selv. Det er plasseringene som fremheves effekten: «Dette styrker barnets muskulatur». Barnet selv er ikke nevnt som en aktiv deltaker. Også her er det en fremstilling av at barnet har godt av mageliggende (Y) for å oppnå sterke muskler (Y) (Woodhead, 1997). Videre fjernes barnet selv som deltaker da mageliggende er viktig for å: «stimulerer den motoriske utviklingen». «Den motoriske utviklingen» blir presentert som noe eget som stimuleres. Foreldrene bør starte tidlig med å legge barnet på magen «så det blir en god vane». Den mageliggendestillingen er derfor noe som må innarbeides som en «god vane». Det er ikke automatisk gitt at barnet vil ligge på magen. En annen tolkning er at det er det foreldrene som skal innarbeide den gode vanen for det beste for sitt barn, eller at begge skal få den gode vanen.

Den andre informasjonsbrosjyren tar opp det samme temat:

Ryggleie er anbefalt som sovestilling. Det er difor godt for barn å erfare mageleie når dei er vakne, allereie frå fødselen av... Hovudet til spedbarn er mjukt og kan endra fasong. Dersom barn ligg konsekvent i ei stilling, kan hovudet bli skeivt. Hjelp barnet med å variere side.

Bekymringen for barnets kroppslige utseende og utvikling ligger også i denne teksten. Den er mykere pakket inn som anbefalinger. «Ryggleie er anbefalt som sovestilling» Også her blir ikke årsaken til anbefalingen av ryggleie forklart. Mageleie blir heller ikke forklart, men anbefales som en konsekvens av at barnet sover på ryggen. Formuleringen «difor godt for barnet å erfare mageleie», argumenterer for at det er god fornuft å gjøre begge deler. Det er et ønske om symmetri som ligger i denne teksten. At det er godt for barn er en argumentasjon som Woodhead (1997) sier ligger som et ønske i barnet. Dette er noe barnet vil ha, fordi det er godt for det. Symmetri er også et fokus ved at hodestillingen kan bli skjev: «Hjelp barnet med å variere side». Barnet er noe passivt som må hjelpes, og foreldrene får hjelperrollen.

I teksteksemplene over er en av sannhetene i diskursen låst rundt momentet at barn *må ligge på rygg og sove* og videre at dette kobles sammen med *fare for skjevt hode, leke på magen, styrke muskulatur og få gode vaner*. Et paradoks her er at barn skal sove på rygg, selv om det kan være uheldig for barnets hode. Det gis ikke andre muligheter enn å ligge på rygg, og dermed har det oppstått et nytt problem med økt antall skjeve hoder. Ryggliggende har vært en av de mest effektive virkemidler for å redusere krybbedød de siste tiår. Men fortsatt vet man ikke hvorfor det er gunstig å unngå å sove på magen (Evans, Bagnall, Duflou, & Semsarian, 2013; Ostfeld, Esposito, Perl, & Hegyi, 2010). Å sove ryggliggende er derfor blitt det «normale» for barn på grunnlag av en medisinsk sannhet, som ut fra et sosialkonstruksjonistisk syn er kulturelt konstruert. Jeg henviser til Rogoff (2003) for kulturelle forklaringer i forhold til krybbedød. Jeg skal ikke følge dette temaet videre, men se på konsekvensen av de skjeve hodene som oppstår på grunn av dette. Diskursens ekvivalenskjede knytter både det *å sove på ryggen*, sammen med *faren for skjeve hoder* og derfor videre blir også det *å leke på magen* et moment i diskursen. Barnefysioterapeuter fremmer mageliggende som det naturlige gode for barnet for å unngå disse skjeve bakhodene. Mageliggende blir samtidig fremstilt som en gunstig stilling for å «*styrke barnets muskulatur og fremme den motoriske utvikling*». Men er mageliggende den eneste løsningen for å unngå skjeve hoder? En barnefysioterapeut rapporterte følgende fra en kongress:

Hollandske fysioterapeuter bruker ¼ av sin tid på oppfølging av skjeve hoder fordi foreldrene ikke tør å legge barna på magen når de er våkne. Mange spedbarn utstyres med hjelm betalt av forsikringsselskap. Disse hjelmene brukes også i Sverige, så OBS! Her gjelder det at norske fysioterapeuter fortsetter sin praksis med å informere på helsestasjon om betydningen av stillingsforandring og mageleie for spedbarn. En Australsk fysioterapeut påpekte at flatt og skjevt bakhode var blitt en epidemi i Australia pga. foreldres frykt.

Hjelmen som kommenteres her fremstilles som en ikke akseptert løsning. Barnet skal ikke trenge ekstra utstyr for å utvikle seg. Svaret er «*stillingsforandringer og mageleie*».

Barnefysioterapeutene må fremheve denne «*betydningen*» for å motvirke forelderens «*frykt*». Her fremstilles to ulike verdivalg. Det ene er barnefysioterapeutenes bekymring for barns skjeve bakhoder og motoriske utvikling og den andre er foreldres bekymring for at barnet deres skal dø ved å ligge på magen. Setningen over tegner opp en historikk: «*Her gjelder det at norske fysioterapeuter fortsetter sin praksis*». Fysioterapeuter har allerede fra før fremmet mageleie og stillingsforandringer. En av årsakene til dette kan vi finne i de tidligere teorier på motorisk læring. Tidligere var det et mer hierarkisk syn på motorisk utvikling, der en mente barn måtte gjennom ulike stadier i sin utvikling. Det ble da viktig å være innom alle stadiene,

noe som medførte en oppfatning om at barn måtte krabbe før de kunne gå (Sigmundsson & Pedersen, 2000). Det var da viktig å legge barn på magen for å fremme krabbing. I dag er det mer forståelse for at barn bevegelser er mer individuelle. Ikke alle velger krabbing før de begynner å gå. Samtidig er fortsatt mageleie ut fra et treningsperspektiv gunstig. Ferdigheter kobles nå ikke til stadier, men at barnet utvikler motorisk kompetanse på det det blir utfordret på (Sigmundsson & Pedersen, 2000). Mageleie som ideal kan også knyttes opp mot den første diskursen der barnet skulle jobbe seg opp fra gulvet. Spørsmålet jeg da stiller, er om mageleie er den mest gunstige måten for barn å utvikle seg motorisk på, og for å unngå skjeve bakhoder. Både Sigmundsson og Pedersen (2000) og Rogoff (2003) viser eksempler på at dette kan være et kulturelt fenomen. I Afrika lærer babyer seg ofte raskere å sitte og gå en de gjøre i USA. Foreldrene graver små groper i bakken som støtter barna slik at de kan sitte. De går ofte med nyfødte med deres refleksgange og har for vane og hoppe og gyngende opp og ned med barna. Krabbing er det ingen fokus på. I New Guinea oppfordres ikke barn til verken krabbe eller gå før de er nesten to år og kan ta mer vare på seg selv. Barn som prøver på dette, blir straks putt inn i et hjørne for å være i trygghet. Når de endelig får lov til å begynne å gå, begynner barna å gå etter to til tre dager. Sigmundsson og Pedersen (2000) fremhever sine eksempler som argumenter for at barn kan stimuleres til raskere motorisk utvikling, mens Cintas (1995) viser at det finnes andre kulturelle diskurser på hvordan barn skal utvikle seg motorisk, og at ved senere alder kan man ikke se store forskjeller på barns motoriske kompetanse.

5.2.4 Oppsummering av kategorien barn uten funksjonsvansker

Jeg vil nå vise ulike hegemonier og anatagonister mellom de diskursene jeg til nå har presentert.

I et hegemonisk bilde beskriver barnefysioterapeutene barnet med en egen driv til å utvikle seg. Det blir støttet opp av sine foreldre som tilrettelegger og gir barnet variasjon i hverdagen. De passer på og både posisjonere barnet og seg selv slik at barnet oppnår en symmetrisk hodefasjon og styrker sin motoriske utvikling. De er også vare på ikke å forsere barnets utvikling, men har respekten for at barnet har sitt eget tempo, og gir det rom til å være i det og ta ut sitt potensiale. Barnet ligger på ryggen om natten og ligger mye på magen om dagen. Dette blir en god vane for både foreldre og barn, og de har samtidig mange gode samspillsituasjoner med mye øyekontakt. Foreldrene leser informasjonen fra fysioterapeuten

og er de usikre går de også på kurs for å sikre et tilrettelagt miljø for sitt barn, og lære om motorisk utvikling og få ideer til samspill.

Retter vi så et kritisk blikk på diskursene og ser etter konflikter er det flere brudd i mellom diskursene. Er barnet det naturlige, handlende barnet, eller er det på grunn av instruksjonen om ryggliggende sovestilling blitt et patologisk barn. Når variasjonen er et ideale for bevegelser og posisjonering, så er dette i konflikt med at kun én stilling er akseptert når barnet sover. Det er også andre momenter som spiller inn rundt denne konflikten. Det ene er selve informasjonen sett opp mot foreldrenes frykt. De to informasjonsbrosjyrene nevner ikke med et ord faren for krybbedød, men tydeliggjør istedenfor risikoen for skjeve hoder. Men barnefysioterapeuter har samtidig ikke kontroll på om foreldrene følger rådene. Her skjer det en todeling i diskursene. Det er en bekymring rundt foreldre som ikke leser og/eller ikke følger rådene, og det er foreldre som oppsøker mer kunnskap i form av kurs, da de ønsker veiledning. Det kommer frem i tekstene at fordi kursene koster penger har det medført at det har blitt et tilbud for de «ressurssterke» foreldrene.

Derfor har jeg hatt samtaler med helsesøstre, fysioterapeuter og barneverntjenesten om mulig måter å gi også ressursvake et tilbud om disse kursene.

Det som kommer frem som et ideale her, er at fysioterapi for barn handler om å nå de ressursvake. De ressursvake er det som ikke forstår hva som er det beste for barnets bevegelsesutvikling. Et konkret eksempel på de ressursvake finner vi i kursreferatet fra verdenskongressen som er nevnt tidligere. I Australia var det mange foreldre som fryktet krybbedød og ikke fulgte fysioterapeutenes råd:

Dette gjaldt særlig barn av mødre med lite utdanning som hadde fått både muntlig og skriftlig informasjon av fysioterapeut, men som likevel valgte hjelm og ryggleie i babystol fremfor stillingsforandring/mageleie.

Dette viser at ikke alle foreldre er kunnskapssøkende og at ikke alltid kunnskapen som blir formidlet blir tatt ut i praksis.

Jeg har til nå vist i oppgaven hvordan fysioterapeuter bruker ulike begreper og med det beskriver barn uten funksjonsvansker. De er fremstilt som både aktivt handlende og som avhengig av sine foreldre både for å kunne ta ut sitt potensiale innen bevegelsesaktiviteter og for å ikke bli påført skjevheter og bli forsinket i sin motoriske utvikling.

Jeg vil nå se videre på den andre kategorien i oppgaven, som er barn med funksjonsvansker. Jeg vil her på samme måte nærlese frem ulike begreper og se hvordan de brukes for å beskrive barnet.

5.3 Barn med funksjonsvansker

I denne kategorien møter vi barn som har funksjonsvansker. Det er barn som er med i intensive treningsopplegg og familisentrerte habiliteringsprogram, der foreldre er aktive i oppfølgingen av sine barns utvikling. I flere artikler i bladet *Barnestafetten* har barnefysioterapeuter som driver med disse treningene beskrevet oppleggene. Andre temaer i analysen er barn med funksjonsvansker og bruken av hjelpemidler.

5.3.1 Trening av barn

Det trenbare barnet. I denne diskursen linkes mester-betegnere barn opp til ekvivalensbegreper som *trening, stimulering, målrettet, funksjonelt, spesifikt, dosering, potensiale, motivasjon og vante rytme*.

[Navn] ...kom med eksempler på hvordan de....vektlegger å jobbe målrettet, funksjonelt og spesifikt i forhold til hvert enkelt barn. selv om det meste av treningen foregår i gruppe. Motivasjonen til å trene 2-3 timer om dagen over flere uker fikk barna mye gjennom at målene skulle være betydningsfulle for dem, og det å trene sammen med de andre i gruppa, evt. to og to sammen.

I overskriften til artikkelen er barnet satt i passiv form. Det er «*trening av barn*», og ikke kurs om barn som trener eller trening for barn. Det jobbes «*målrettet*», «*funksjonelt*» og «*spesifikt*». Det vil si at jobben er rettet mot å oppnå et mål, jobben er formålstjenlig og samtidig tilpasset barnet. Barna er her fremstilt her med et fokus på fremtid, med å oppnå noe. Denne jobben skjer «*i forhold til hvert enkelt barn*» Forhold antyder en tilknytning, samtidig som ordene målrettet, funksjonelt og spesifikt antyder at dette forholdet handler om effektivitet og fokus på arbeidet. Barnet er fortsatt fremstilt passivt. Det er fysioterapeuten og foreldrene som jobber i forhold til barnet. At det trenes i gruppe fremstilles som noe som kunne vært negativt i forhold til at det samtidig skal være spesifikt for hvert barn. Det understrekes at det er spesifikt «*selv om*» grupper brukes til trening. Gruppe fremstår her som noe kollektiv som kanskje ikke kunne ivareta den enkeltes målarbeid. Det er treningen som foregår i gruppe. Barnet er ikke nevnt i setningen. Det er treningen som har fokus når det gjelder måten det jobbes på. Barnet fremstilles deretter aktivt i neste setning. Barnet trener,

men dette er det ikke noe barnet nødvendigvis gjør av seg selv. Treningen trenger motivasjon. Den er ikke en selvdreven aktivitet. Barna har to motivasjonsfaktorer. Det ene er at målene de jobber med er «*betydningsfulle*» og at de trener i gruppa. «*betydningsfulle*» vil si at barna ser verdier i målene, som gjør at de er motivert. Barna har fått lyst til å utvikle seg mot det bestemte målet. Den andre faktoren er gruppen. Barnet inngår i en sosial relasjon. Barnet fremstilles her som både å bli motivert av å være sammen med andre. Men samtidig er også det enkelte barn motivator for andre barn. Barnet beskrives her med en aktiv rolle som motivator for andre barn.

... Kan være en tendens for at for eksempel barn med CP har for lavt dosert trening slik at barnet ikke får utnyttet potensialet det faktisk har.

Ordet «*dosering*» omtales i teksten. Barnet blir her omtalt som et objekt som skal doseres. «*har for lavt dosert trening*». De gjør ikke for lavt dosert, men «*har*» for lavt dosert trening. Trening blir med andre ord fremstilt som noe andre regulerer for barnet, ved å «*dosere*» ut riktig. Dosering kommer av «*gave*» eller «*porsjon*» og handler om mengde av et legemiddel¹¹. Dosering innen medisinen er små milligram eller milliliter av virkestoffer, mens det i overført betydning er blitt en metafor på å regulere trening. Argumentet for å «*dosere*» treningen er at barn med CP ikke får utnyttet «*potensialet*» sitt. Barnet har en utviklingsmulighet som denne treningen ønsker at de skal oppnå. Det er ikke barnet selv som er skyld i lav dosering, det har ikke lavdosert seg selv, men «*har for lavt dosert trening*». Den viser også på at det ansvaret ligger hos de voksne.

Et ideal som kommer frem i tekstene er at barnet skal opprettholde sine daglige aktiviteter.

Barna følger sin vante rytme og rutine hvor målrettet trening og stimulering i størst mulig grad skal inngå i barnets daglige aktiviteter...

Diskursen knytter sammen det at barnet skal både «*trene*» og samtidig sies at «*Barna følger sin vante rytme og rutine*». Dette kan sees på som en respekt for barnet som subjekt å ikke ta barnet ut av sine daglige interesser og det sosiale miljøet barnet er en del av. Det er fokus på barnets barndom og det å være barn her og nå . Det har slik et «*being*», samtidig som det også har et «*becoming*» fokus . For samtidig skal treningen «*inngå*» i de daglige aktivitetene. Inngå er en metafor. Får du nye sko, må du gå de inn, slik at de former seg etter foten. Men i bokmålsordboka handler å inngå om å gjøre en avtale, dvs du går inn i avtalen med det den

¹¹ Bokmålsordboka på nett. <http://nob-ordbok.uio.no/>

innebærer. Som å inngå ekteskap¹². Man knytter en relasjon mellom to mennesker. Inngå er en overenskomst mellom flere parter. Setningen nedtoner helt mellom hvem dette «inngår» mellom, og setningen får form som en instruks. Spørsmålet her er også hva som er barnets vante rytme og rutine? Et annet sted står følgende: «*Øvelser/tiltak for integrering i hverdagen beskrives og hva de er gode for*». Øvelser som begrep er knyttet til konkrete handlinger som skal integreres i barnets vante rytme for det de er gode for noe. Integrere kommer av å gjøre hel, og handler om å innpasse til ett hele¹³. Utfordringen som ligger i tekstene her, er at barnet både er knyttet opp til konkrete aktiviteter som er blitt bestemt at barnet skal trene på, samtidig som det er tenkt at disse skal inngå som en helhet som tar hensyn til hva barnet er vant med å gjøre.

Ser vi nærmere på hva denne tekstanalysen har funnet av momenter som lukkes til ekvivalenskjeden, så skiller den seg noe fra diskursen rundt det handlende barnet som kom frem rundt barn uten funksjonsvansker. Barnet uten funksjonsvansker ble i den første diskursen fremstilt med egen driv til å bevege seg på eget initiativ, til å søke sosialt fellesskap og til å jobbe mot tyngdekraften. Det vil si at driven medfører at barnet gjør en innsats frivilling og med glede. Det er et mangfold av stillinger og den egne driven beskrives som en viktig læringskraft. Grunnen til at jeg viser til denne diskursen, er fordi begge diskurser handler om å *lære*, men i nå i denne diskursen er det ikke å utforske, søke kontakt og utvikle seg som blir brukt. Momenter som nå kobles sammen til læring, er ord som å trene på spesifikke mål for å bedre spesifikke funksjoner. Det ligger nå mer konkrete ønsker om konkrete ferdigheter bak barnets læring. *Motivasjon* som begrep blir også knyttet til diskursen. Motivasjon blir forklart med at barn finner målene betydningsfulle, og at barn trener med andre barn. At barnet finner det betydningsfullt, vil si at treningen er noe barnet verdsetter og ønsker å gjøre, slik som en egen driv også blir beskrevet. At barna blir motivert av å trene i gruppe kan også linkes til at barn har en driv til å være sosiale (Nyquist, 2012). Egen driv kan derfor til en hvis grad sammenstilles med ordet motivasjon. En forskjell igjen er at motivasjon kan inndeles i indre og ytre motivasjon (Wester, Wahlgren, Wedman, & Ommundsen, 2009). Indre motivasjon vil da kunne ligne indre driv, mens ytre motivasjon handler om at andre motiverer deg fremover. Vi kan se at dette kommer frem i den ulike ordbruken handler om hvem som er medbestemmer i det enkelte bevegelsesprosjekt. Barn med indre driv har sin egen agenda. De utforsker det de vil selv og lærer gjennom det som

¹² Bokmålsordboka på nett. <http://nob-ordbok.uio.no/>

¹³ Bokmålsordboka på nett. <http://nob-ordbok.uio.no/>

oppstår i hverdagen. Barn som har fått bestemte mål derimot, har sine aktiviteter linket opp til dette. Handlingene blir også her lagt til hverdagen til barnet, men den skal nå i tillegg inneholde trening mot spesifikke mål.

Barnes vante *rytme og trening* kobles til bruken av ord som «*målrettet*» og «*spesifikt*» som er ord som kan assosieres med begreper hentet fra New Public Management (heretter: NPM). NPM handler om et fokus på effektivitet og kvalitet i tjenesten. NPM finner vi i dag innenfor det offentlige, både innenfor helse og utdanning (Johansen, 2009; Rose, 1999). Tjenestene knyttes mer opp til et språk en kan finne innenfor økonomi og bedriftskultur, og handler mer om å produsere og levere varer på en effektiv måte ut fra brukerens behov. Brukerrettigheter og brukertilrettelegging spiller i større grad inn sammen med faglige vurdering. «kostnadseffektiv» er ett ord jeg også finner i datamaterialet i vurderingen av intensiv trening, og som også er et ord som handler om å se på tjenesten i en økonomisk ramme. Det er flere parametere som kan ligge under som årsaker til denne ordbruken. Det ene er at pasienter i helsevesenet nå ses på som brukere, og lov om pasient og brukerrettigheter sier «tjenesten skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker» (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Dette er for å sikre at pasienten blir et «handlende og velgende subjekt i eget liv» (Lunde, Lerdal, & Stubrud, 2011, s. 17). Lunde et al. understreker utfordringen med at barn ikke blir passive objekter som ekspertene behandler og undersøker. Teksten over viser at den inneholder begge perspektiver. Barn blir omtalt som noe som skal doseres og trenes, men samtidig trekkes også barnets fokus inn ved at en vektlegger at treningen er betydningsfull for barnet og inkluderes i barnets hverdag. Jeg vil komme mer inn på hvem som setter de ulike målene for barnet i den neste diskursen.

5.3.2 Foreldre som ansvarlige

I denne diskursen ser vi hvordan foreldrene må lage mål for sine barn, og trene sitt eget barn. Begreper som knytter seg til mester-betegnere barnet er *utfordre, bli kjent med sitt barn, trygge foreldrene, treningsprogram, minst mulig stress, må ønske mer kunnskap, må delta aktivt i treningen, undervisning, opplæring, rammeverk – ICF, begrepsapparat. Tester, tilbakemeldinger.*

Jeg fortsetter her med tekstutdrag fra artikler rundt intensiv treningsprogram:

Kursholderne belyste bla. dosering og intensitet av trening og viktigheten av god veiledning til foreldrene og personalet som har ansvar for barnet i hverdagen. Det er de som tilrettelegger for hvilke utfordringer barnet får, og hvor mye/hvilken hjelp som gis ... Mange ganger er det barnets foreldre som etterspør mer strukturerte og intensive treningsopplegg.

Foreldre og andre rundt barnet blir gitt ansvaret for doseringen av treningen ved formuleringen «tilrettelegger for hvilke utfordringer barnet får». Treningens innhold handler om «utfordringer barnet får» og hvordan de voksne regulerer hvor mye og hvilken «hjelp som gis». Barnet er en passiv mottaker og de voksne en giver av den konteksten barnet er i.

Foreldrene etterspør «mer strukturerte og intensive treningsopplegg». Denne setningen viser tilbake på fysioterapeuter som fagutøvere, på at «mange ganger» er oppleggene de gir barna ikke strukturerte og intensive nok. Dette utsagnet understreker et fokus på brukerperspektivet og deres behov, og blir samtidig formulert som om fagutøvelsen ikke er god nok. Ord som «strukturert» og «intensive» lades til å ha verdi innenfor fysioterapi. Det blir også lagt vekt på verdien å høre på hva foreldrene ønsker. Dette temaet kommer jeg tilbake til senere i kapitlet. Jeg vil nå se på et annet opplegg som også bygger rundt en strukturert og intensiv tanke.

[Foreldrene]... Gjennom veiledning og refleksjon blir de mer kjent med barnas muligheter og tryggere på hvorledes fremme sitt barns utvikling på de aktuelle områdene.... Under hver samling utarbeides et treningsprogram for det enkelte barn. Dette bygger på foreldrenes mål for barnet sitt. Øvelser/tiltak for integrering i hverdagen beskriver og hva de er gode for.

Det er foreldrene som skal bli «bedre kjent» med sitt eget barn, gjennom «veiledning» og «refleksjon». Veiledning handler om at noen leder deg på veien¹⁴. Det blir ledet av andre frem til å se hva barnet trenger. Refleksjon handler om «tenke over» det man vet, får vite¹⁵. Det er foreldrene som er i fokus og som skal bygge opp kompetanse til å bli «trygge» på å «fremme» sitt barns utvikling. Foreldrene er i utgangspunktet ikke trygge. Fysioterapeuten er fraværende i setningene. De kan utarbeide «treningsprogram» for barna, men det kommer ikke frem i teksten hvordan de blir «kjent med barnas muligheter», eller hva som gjør de «trygge» i situasjonen til å si hva som fremmer barns utvikling. Barnet har muligheter, men er fremstilt som en passiv aktør, da «treningsprogram» er bygget på «foreldrenes mål for barnet sitt». Barnet fremstilles her avhengig av at foreldrene ser sitt barns muligheter. Samtidig er det å se barnets muligheter knyttet opp til fysioterapeutenes veiledning.

¹⁴ Bokmålsordboka på nett. <http://nob-ordbok.uio.no/>

¹⁵ Bokmålsordboka på nett. <http://nob-ordbok.uio.no/>

En annen artikkel presenterer sitt familiesentrerte program og sier det bygger på en holdningsmodell og ideologi om dialog, likeverd og respekt. Her finner vi mer spesifikt hvordan veiledningen foregår.

Vi er opptatt av at barn oppnår best funksjon og livskvalitet i en støttende, mestrende og minst mulig stresset familie ... Programmet retter seg mot foreldre som ønsker mer kunnskap om barnets funksjonsnedsettelse, ønsker å bli inkludert og være deltakende i trening og stimulering av sitt barn ... Senteret tilbyr et program som kombinerer opplæring av foreldre og lokale fagfolk med fokusert trening og stimulering av førskolebarn med CP eller CP lignende diagnoser.

Både best funksjon og livskvalitet er noe de vil «at barn oppnår». Det er barnet som settes som aktiv handlende i målsetningen. Barnet daglige liv er avhengig av at andre i familien klarer å være «støttende, mestrende og minst mulig stresset». Foreldrene har krav på seg i sin væremåte, på hvordan de fremmer sitt barns livskvalitet.

Foreldrene må «ønske mer kunnskap om barnets funksjonsnedsettelse». De opplæres i trening og stimulering av barnet. Foreldrene får også undervisning i ICF (se neste sitat), et systematisk og felles språk om helse, som de skal bruke for å kommunisere med fagfolk. Ideologien til programmet var dialog, men det som fremheves her er kun undervisning og opplæring av foreldrene. Dialog som begrep handler om å ha en samtale og utveksle meninger¹⁶. Men i teksten fokuseres det bare på hva fysioterapeutene gir foreldrene av kunnskap og ikke hva de selv får ut av dialogen.

Flere steder i materialet er det nevnt at disse tilbudene er kommet i stand fordi flere foreldre etterspør trening med høyere intensitet. Men flere av tilbudene, som i eksemplet over stiller da krav om at foreldrene er deltakende på opplæring og trening av sine egne barn. Foreldre har etterspurt et annet innhold i tilbudene deres barn får, og har selv blitt en del av tilbudet. Barnet skal «trenes og stimuleres» av foreldrene, og ikke trene og stimulere seg selv.

... I undervisning gis foreldre og fagfolk en felles undervisningspakke hvor hensikten er å introdusere et bredere helseperspektiv, systematikk og felles språk gjennom kunnskap om ICF. ICFs rammeverk og begrepsapparat blir brukt i kommunikasjon med foreldre og lokale fagfolk

Foreldrene får videre en «undervisningspakke». Ordet pakke brukes om en gave, eller noe du får i posten. Pakken er et «videre helseperspektiv» det er et «felle språk», et «rammeverk» og

¹⁶ Bokmålsordboka på nett. <http://nob-ordbok.uio.no/>

et «begrepsapparat» til bruk for «kommunikasjon». Dialogen mellom fysioterapeut og foreldre foregår via et eget «felles språk», «rammeverk» og «begrepsapparat». En ramme er noe som setter en grense mellom noe og noe annet. Et «rammeverk» vil si at dialogens rammer handler om det som «begrepsapparatet» har av begreper. Kontrasten her er hvordan ICF som ramme, samtidig gir et «videre helseperspektiv». Rammen som grense skal samtidig vide ut perspektivet. Jeg vil nå se nærmere på en artikkel som har med en av foreldrenes egne erfaringer.

Det første som slo meg var at det var veldig godt å møte andre i samme situasjon. Både foreldre og barn. Vi delte mange erfaringer, problemer og gleder. ... Jeg kunne se at [Navn] koste seg i selskap med de andre.

Denne moren snakker om «å møte andre i samme situasjon» hun fremhever her «både foreldre og barn». Hun fremmer det sosiale fellesskapet med å dele. Og hun vektlegger både «problemer og gleder». Hun bruker ikke ordet «motivasjon» men at hennes barn «koste seg».

Vi snakket mye om hva som var viktig for oss foreldre når det gjaldt mål/forventninger vi hadde til oppholdet. Vi tok forskjellige tester bl.a. GMFM og språk-test for å se hvor langt [Navn] hadde kommet. Ut fra dette kunne vi se hva som var oppnåelig i nærmeste fremtid. ... Vi fikk veiledning om hvordan vi kan trene og stimulere for å oppnå målene ... I mars pakket vi bagen igjen. Da fikk vi mye god tilbakemelding. Noen av målene var oppnådd! Etter noen dager kunne de se store forandringer. [Navn] har gjort store fremskritt siden sist vi var der.

Hun benevner seg i «vi» -form, som aktiv deltaker i opplegget. «vi tok forskjellige tester» og «ut fra dette kunne vi se hva som var oppnåelig». Barnet må avdekke sin kunnskap via tester. Moren opplever testene som en døråpner for hennes barns fremgangsmuligheter. Som vi så tidligere var hensikten med programmene å la foreldrene bli kjent med sitt barns muligheter. Her beskriver moren at tester er en av de metodene som hun opplevde at det skjedde. Testresultatene er også med på å bestemme hvilke mål barnet skal oppnå. Når de skal tilbake til opplegget blir testene og fagpersonene nå fremhevet som «de». De er med på å avgjøre om foreldrenes trening har vært god nok. «Etter noen dager kunne de se store forandringer.» Nå er det «de» som ser forandringene. Mens «vi» fikk «mye god tilbakemelding». Moren viser i starten at hun trekker inn elementer fra oppholdet som ikke spesifiseres i de andre tekstene. Det sosiale og muligheten til å dele erfaringer. Hun ser på testene som veien til kunnskap om sin egen datter og hennes utvikling. Men hun beskriver ikke dette som en kunnskap hun har, men som hun må tilbake for på ny å avdekke endringen av.

Jeg går også her opp fra tekstanalysen og ser på helheten i diskursen. Under kategorien barn uten funksjonsvansker møtte vi også foreldre som måtte tilrettelegge for sine barns utvikling. Men som vi ser fra forrige diskurs «trening av barn», så er nå treningen koblet opp til et strukturert program med utarbeidelse av målsetninger for det enkelte barn. Det som kommer frem i denne diskursen er også et bilde på at barn er avhengige av sine foreldre. I tillegg så er det også et fokus på at det er foreldrene som setter målene for sine barn. Barnet som aktør rundt målformuleringene er ikke nevnt i dette tekstmateriale. En av tankene er at barnet har det bra hvis familien har det bra. Dette bygger på ideologien som tidligere nevnt om et brukerperspektiv på tjenesten. Det handler også om forskning som viser at det er en relasjon mellom foreldrenes og barnets velvære og trivsel (Rosenbaum, 2011). Baker et al. (2012) trekker frem i sin review rundt familie sentrerte program at det har tidligere vært lite dokumentasjon på effekt av en del behandlingsmåter og dette har medført et større fokus på å tilrettelegge opplegg slik at det ivaretar familiens behov og ønsker. Oversikten Baker et al. presenterer viser effekt av tiltaket både på barns motoriske utbytte og på tilfredshet hos foreldre, men baserer seg på få studier med små grupper. En årsaksforklaring som gis til økt tilfredsstillelse hos familien, går på at familiene er blitt involvert i treningen. I denne diskursen knytter ekvivalenskjeden av momenter sammen *trygge forelder* med at foreldrene *deltar aktivt* i opplæringen og *treningen* av sitt barn. Det blir ikke sagt noe om tilbudet for de som ikke ønsker opplæring eller ikke ønsker å delta i barnets trening. Nå er dette hentet fra artikler som handler om familiesentrerte tilbud og i følge Rosenbaum, King, Law, King og Evans (1998) bør foreldre i slike tilbud ha fullt ansvar for sine barn. Men dermed utelukkes foreldre som ikke ønsker å trene sine barn. Det som vektlegges er trygghet gjennom foreldres egne aktive deltakelse, og det artikuleres ikke noen annen måte å gjøre dette på enn å være aktiv deltaker. Her blir det etter det jeg kan se fremstilt et ideal og dermed et krav som foreldre kan og må innrette seg etter, for å få de tjenestene som gis. Grue (2011) viser til at foreldre til barn med funksjonsvansker har mer krevende oppgaver enn foreldre til barn uten vansker, og ofte lett knytter mer praktiske bindinger mellom seg og barnet enn andre foreldre. Dette kan medføre at barnet blir mer passivt enn å være aktør i eget liv. Det å ha et krav over seg å være aktivt med å trene sitt barn sees på som en relasjon som handler om praktiske bindinger. Øien, Fallang og Østensjø (2010) viser derimot i sin studie at noen foreldre som har deltatt i disse programmene sier de ikke vil kalle treningen trening, men heller daglige aktiviteter med barna, der foreldrene mer lot vær å gjøre en del av praktiske oppgavene som de tidligere gjorde, og la barna gjøre de selv. Et krav om deltakelse kan derfor være en måte å få dialog på

og slik få en relasjon med foreldrene. Samtidig kan dette også sees på som et konstruert ideal, på samme måte som det å amme sitt barn har blitt et bilde på å være en god mor (James et al., 1998).

Når det gjelder bruken av rammeverktøyet ICF er dette knyttet opp mot et ønske om et felles språk for å kommunisere bedre mellom foreldre og helsepersonell, og for å introdusere et videre helseperspektiv. Men er dette tilfelle? En artikkel har også tatt for seg en undersøkelse rundt bruken og nytteverdien av ICF som kommunikasjonsverktøy. Det var lite som skulle svarene uansett om de kom fra foreldre eller fagfolk:

Ubevist har vi brukt dette. Forståelsen er i bakgrunnen. Det utvidete helsebegrepet. Funksjonsnivå og fremgang var viktigere før, nå er det flere ting. Tilrettelegging er viktig ICF er tungt tilgjengelig, vanskelig å skille begrepene med daglig tale. Kanskje hvis hvert barn var klassifisert i ICF, hadde det vært lettere å forstå.

Svarene viser at både foreldrene og fagfolk jobber med å skille mellom ICF begrepene og daglig tale, og de snakker om det som en forståelse, «forståelsen er i bakgrunnen». Det jeg mener dette viser, er hvordan kunnskap både kan åpne for forståelse men kan også være med på å gjøre aktørene usikre. Et begrepsapparat vil si at du skal lære deg en forståelse og innhold knyttet til ulike begreper, som å lære seg ett språk du skal kunne håndtere for å uttrykke deg og kunne kommunisere. Kunnskapen derfor er både styrende på hva som får fokus, og den er styrende på hvordan du mestrer kunnskapen. Dette kom også frem i eksemplet der foreldrene forteller at de må komme tilbake for å få vite om barnet har utviklet seg. Foreldrene er med som medaktører men er fortsatt avhengig av fagkompetanse. Dette er i seg selv ikke galt, da en profesjon som for eksempel fysioterapi eksisterer nettopp for å kunne ha en kunnskap som andre ikke besitter. Det er mekanismene rundt hva dette medfører som blir interessant, når den skal brukes til det beste for andre. Det å lære å «se sitt barn, og sitt barns muligheter» er utsagn som knytter hvilken kunnskap en skal se, og mestre. Enkelte forskere har sett at det ikke alltid er barnets behov som blir det som blir målene i oppleggene rundt barna (Jeglinsky, Brogren Carlberg, & Autti-Ramo, 2014; Nijhuis et al., 2008), og at det trengs en bevissthet rundt hva kartleggingsverktøy ikke klarer å fange opp av behov (Østensjø et al., 2008). Gibson et al. (2009) viser til at mange verktøy som måler livskvalitet også har underliggende ideologiske preferanser på at livskvalitet er knyttet opp mot mindre hjelpebehov i hverdagen. Noe som igjen knyttes opp til samfunnsidealene rundt det å være en autonom og uavhengig person med stor grad av frihet i hverdagen.

Diskursen her viser at foreldrene fortsatt har et ansvar for å følge opp sitt barns bevegelsesutvikling. Når barn har funksjonsvansker må foreldre få kunnskapen om hvordan de skal kunne se sitt barns potensiale og lage konkrete mål for dem, for på en god måte kunne stimulere barnets utvikling. Fysioterapeuter bruker sin kunnskap til å øke foreldrenes kompetanse men samtidig så viser også diskursen et avhengighetsforhold mellom foreldre og fysioterapeut, da barnet må testes og kartlegges av fysioterapeuten. Avhengighetsforholdet er også knyttet til at fysioterapeuten mener at foreldrene må sette mål for sine barn, og derfor må ha læres opp av fysioterapeuten til å gjøre det. Fysioterapeuten fremstilles ikke som avhengig av foreldrene og selv om det snakkes om dialog, snakkes det ikke om hva fysioterapeuten kan lære av foreldrene. Derimot viser diskursen at kunnskapen i diskursen baserer seg på idealer om at barnet må trenes av sine foreldre, og dette er knyttet opp til at det skal skje i barnas faste hverdagsrytme. Jeg vil nå ta for meg den tredje diskursen, der jeg ser på hvordan hjelpemidler som fysioterapeuter tilpasser til en rekke av barna, også er med på å påvirke deres liv og hverdag.

5.3.3 Barn og hjelpemidler

En av de tema som går igjen er hjelpemidler. Det jeg ønsker å gå litt inn på her er kroppsnære og bevegelsesstyrte hjelpemidler. Dette er gjenstander barnet må forholde seg til i stor grad i løpet av hverdagen og som er med å sette premisser for deres hverdag. Først litt om ordet hjelpemiddel. Ordet å hjelpe kan i følge bokmålsordboka ha betydningen redde og berge, i forbindelse med at man føler fortvilelse eller oppgitthet, men blir også brukt i mer betydningen å ha virkning og være til nytte¹⁷. Et hjelpemiddel kan derfor kunne både sees på som en redning for en person med funksjonsvansker eller det kan sees på som noe som har en viss virkning. Men er det bare fysioterapeuten som opplever virkning og nytte, eller er det også barnet, og hvis ja opplever de den samme nytten? Et annet spørsmål er: hva reddes barnet fra? Er det sin egen funksjonshemning eller er bildet mer nyansert enn det. Dette er noe av det vi skal se nærmere på i denne analysen. Momentene som lukkes til ekvivalenskjeden i diskursen *er skreddersys, suppleres, understøtte, bestemt retning, korleksjon, feilstillinger, ufrivillige bevegelser, rettere, livskvalitet, deltakelse, sentral rolle i lek, mindre sliten, mindre smerte, gulping og varme.*

¹⁷ Bokmålsordboka på nett. <http://nob-ordbok.uio.no/>

Jeg vil først begynne med en spesialsydd drakt i elastisk materiale som er med på å forme barns kropper og bevegelsesmuligheter.

Ortosen lages i elastiske Lycra-basert materiale som klippes og sys sammen slik at strekk-retningen i stoffet understøtter dragretningen i muskulaturen. Dette skreddersys til tetsittende drakter, strømper og hansker i ulike kombinasjoner etter individuelle mål. I tillegg kan ortosene suppleres med individuelle forsterkninger der det er ønskelig med ytterligere påvirkninger på ledd og muskulatur i en bestemt retning

Barnet får en drakt som er spesialsydd etter dragretningen i kroppens muskulatur.

Beskrivelsen av drakten inneholder en del positivt ladete ord. Drakten «skreddersys». Den fremstilles med dette som et håndverk av god kvalitet. Dette henger også sammen med et individ fokus innen habilitering, med å tilpasse opplegget til det enkelte individ og dets behov. Den samme eksklusive fremstillingen kommer videre med at drakten kan «suppleres», og igjen i forhold til et individuelt behov, «der det er ønskelig». Det står ikke noe om hvem som har ønskene, men siden den tilpasses etter muskulaturens dragretninger så blir det kanskje fysioterapeuten med anatomisk kunnskap som muligens har de ønskene. Drakten beskrives med litt ulike funksjoner. Innledningsvis står det at den «understøtter» muskulaturen, men senere står det at den påvirker ledd og muskulatur i «en bestemt retning» og at målet er «korreksjons» (se sitatet under). «Korreksjon» er å rette på noe, mens «understøtte» er å bygge opp under noe¹⁸, det er derfor en tekst som både snakker om noe riktig og noe galt.

Forsterkninger kan bidra til korreksjon av loddlinjen og plassering av tyngdepunkt i forhold til gravitasjonskraften. Fleksibiliteten i materialet og mulighetene til individuell tilpasning av ortosen gjør det mulig å korrigere funksjonelle feilstillinger og bidra til en bedre symmetri.

Det kommer frem med at det er «feilstillinger» og en ønsker «bedret symmetri» som er målet. De som trenger drakten har en feil stilling og de er asymmetriske. Drakten er derfor til for å rette på avvik fra normale anatomiske stillinger. Senere i teksten kommer det også frem at drakten er med på å øke «motorisk presisjon» ved å dempe «ufrivillige bevegelser». Her ser vi at det ikke bare er en holdningsideal men også et bevegelsesideal ovenfor barnet som går på å kunne bedre presisjonen i bevegelser. Begrepet «ufrivillige bevegelser», beskriver at barnet gjør noe det egentlig ikke ønsker. Ordet frivillig handler om å gjøre noe av egen vilje, så ufrivillig blir da å gjøre noe en egentlig ikke vil. Barnet vil i overført betydning ikke sine egne

¹⁸ Bokmålsordboka på nett. <http://nob-ordbok.uio.no/>

bevegelser. Barnets bevegelser blir med disse ordene beskrevet i forhold til en normalitet og ikke i forhold til å ha spesialisert bevegelseskunnskap (Bjorbækmo, 2011).

Det kommer frem i tekstene at hjelpemidler ikke bare er en hjelp, men også kan være en belastning. Drakten er tettsittende og må være rett på huden og kan gi irritasjoner og gnag og det kan trenge en tilvenning med å ha den på. Korrigerende hjelpemidler blir rett ut beskrevet som noe som griper inn i barn og ungdoms liv ved at det beskrives som «*intervenerende*». Dette fremkommer i en sammenheng der man anbefaler å prøve ut dette materialet i strømpeform når en har ungdom som vegrer seg for å bruke stive skinner. Strømpen kan da være et «*mindre intervenerende tiltak som lettere kan aksepteres i denne fasen og bidra til korreksjon*». Men selv om hjelpemidler kan være en belastning for barnet, så balanseres dette opp mot hvilken hjelpeverdi det også kan ha. Flere steder i datamaterialet viser det seg at bruken av hjelpemidler styres av faglige overbevisninger. Først kan vi fortsette med lycra-drakten og en gjengitt erfaring fra foreldre.

Drakten gir [Navn] betydelig bedre bolstabilitet. Han sitter og står med en mer oppreist og stabil overkropp. Hodekontrollen blir litt bedre. Han er rettere i ryggen og rettere i hoftene ... Han protesterte litt ved spising i begynnelsen, mulig fordi den strammet over magen. På drakt nummer 2 ble det lagt inn glidelåser på magen. Disse åpner vi ved måltider og da fungerer det helt fint ... For [Navn] som ofte er forstoppet, sliter han litt med bæsjing i drakta. Vi merker også begrensninger i bevegelsen og aktiviteten med beina, spesielt ved rulling. Han løfter ikke beina like lett opp, og da strever han mye for å klare å komme over på siden.

Når foreldrene snakker om gode effekter av drakten bruker de ord som «*bolstabilitet*» og «*hodekontroll*» De bruker da språklige fagtermer som ofte brukt innenfor fysioterapi, og kanskje ikke sine egne ord. De fremhever her stabilitet og kontroll og at han *er «rettere»*. Dette er ord som stemmer opp mot draktens hensikt som gikk på å hindre feilstillinger og øke symmetri. Videre ser vi at drakten også gir utfordringer. Hodekontroll og bolstabilitet er blitt fremmet på bekostning av at han nå strever med å kunne bevege beina og rulle over på siden. Selv om drakten skal «*understøtte*» muskulaturen så viser det seg også at «*korreksjonene*» er med på å påvirke hvilke aktiviteter Gutten kan få lov til gjøre. Andre kroppslige funksjoner som spising og bæsjing påvirkes også av draktens utforming.

Et annet hjelpemiddel som blir diskutert i en artikkel i datamaterialet, er ståhjelpemidler i form av ståstativ eller ståskall. Barn uten funksjonsvansker pleier å begynne å stå og gå rundt ett års alder, mens dette ikke er like vanlig hos en del barn med funksjonsvansker.

Diskusjonen går på om barn med Cerebral parese (CP) som har økt risiko for å få hofter ut av ledd, har nytte av å stå for å hindre dette. Hofter ut av ledd er ofte smertefullt i følge artikkelen og den nest mest vanlige deformiteten hos barn med CP. Konklusjonen er som følger:

Uansett manglende klare forskningsmessige funn som tilsier at belastning av hofter i stående stilling er en viktig del av tiltakende for å hindre/reducere tendensen mot luksasjon, nevnes stående stilling eller gangfunksjon som en del av flere tiltak som settes i verk for å hindre hofteluksasjoner. Vi må derfor fortsette bruken av ståstativ. Mye av det som gjøres i forhold til fysioterapibehandling har ikke dokumentert effekt, men vi gjør det like vel.

Hjelpemidlet blir brukt fordi man håper det virker. Fysioterapeutene står her uten «*forskningsmessige funn*». Samtidig som tiltaket «*nevnes*» i lærebøker. Situasjonen fremstilles som et dilemma der man ikke ønsker å bruke hjelpemidlet hvis det ikke hjelper, og samtidig ikke tør annet å bruke det i tilfelle det er til hjelp. Innledningsvis var hensikten å hindre smerte og leddutglidninger hos barnet, men videre i artikkelens konklusjon kobles også hjelpemidlet opp til andre perspektiver rundt barnets livskvalitet.

*Det er mange aspekter i dette. Hva er livskvalitet for barna opp i dette? Vi har erfaringer med at bruk av ståhjelpemidler oppfattes som positivt i situasjoner hvor barnet blir deltakende/får en sentral rolle i en lek, i motsetning til å bli tatt ut av sammenhengen fordi det står «*ståtrening*» på dagtavlen. Vi bare spør. Konklusjonene mangler vi...»*

Denne teksten løfter bruken av hjelpemidler inn på flere perspektiver. Tidligere har vi sett det problematiseres at hjelpemidler griper inn i barns liv. Man ønsker underforstått helst ikke hjelpemidler hvis de ikke hjelper. Her er det ikke fokus på de funksjonelle og biomekaniske forhold med hjelpemidlet, men det relasjonelle forholdet både mellom barn og hjelpemiddel og mellom barnet og omgivelsene. Hjelpemidlet kan «*oppfattes positivt i situasjoner*». Situasjonene er fremstilt som to typer. Den ene er at barnet opplever positiv deltakelse på grunn av ståhjelpemiddelet og derfor får et positivt forhold til sitt hjelpemiddel. Det andre er at barnet får nærmest en belønning ved å bruke hjelpemidlet: «*får en sentral rolle i en lek*». Jeg tolker den setningen mer at barnet får lov til å oppleve noe positivt fordi den bruker hjelpemidlet. Det som skiller disse to situasjonene er at i den første situasjonen har hjelpemidlet en positiv effekt i tillegg til det biomekaniske udokumenterte effekten. I det andre tilfelle så er det en skapt positiv tilleggseffekt på grunn av at man ønsker å bruke dette hjelpemidlet. Dette understrekes videre med å si at motsatsen er å bli «*tatt ut av*

sammenhengen». Et ideal er som vi tidligere har sett på intensiv trening rundt det å være i sin vante hverdag og med de sosiale relasjoner en har der.

Mye av utfordringene rundt hjelpemidler virker som handler om barns evner til å kommunisere. I møte med Gutten med lycra-drakt som var 3 ½ år ser vi at det er tolkning av at han protesterer ved spising som man tror knytter seg opp mot drakten. I diskusjonen med ståhjelpemidler er heller ikke barns egne kommentarer og erfaringer koblet inn. En artikkel rundt korsett for å påvirke håndfunksjon og hodekontroll har tatt med noen tilbakemeldinger fra barn. Dette er hva en 15 år gammel jente sa:

Jeg skriver bedre både for hånd og på data når jeg sitter med korsett. Jeg sitter bedre på hesten og kan holde tømmene.

Barnet opplever selv at hjelpemidlet hjelper. Korsettet blir her både koblet opp mot aktiviteter som går på formidling og fritidsinteresser. En annen jente sier hun er avhengig av korsettet for å fungere på skolen og sosialt i fritiden. «*Uten det blir jeg fort sliten og får smerter i ryggen og må skifte stilling ofte*». Denne jenta formidler en aktiv hverdag der korsettet hjelper henne å kunne beholde overskuddet i løpet av hverdagen. Slik hun beskriver sitt liv kan hjelpemidlet sees på som en redning og støtte med god nytteverdi. Samtidig ligger det et aldersspenn i denne analysen fra Gutten på 3 ½ år til de siste jentene, der minst den ene er 15 år. Kan Gutten på 3 år på samme måte som en jente på 15 formidle sine behov, eller blir det i større grad fysioterapeutens faglige meninger som styrer?

Et av temaene som tas opp er feilstillinger for å unngå smerte. For å unngå feilstillinger jobbes det med stående stilling, symmetri og stabilitet i hode og overkropp (bol). Dette er posisjoner som vektlegges i forhold til å kunne både unngå smerter. Det argumenteres også med at dette også er for å frigjøre hendene for å bruke de, og bedre øynenes posisjon for å kunne se og delta i verden. Tidligere var barnefysioterapeuter opptatt av at barn med funksjonsvansker skulle følge de samme stadiene i motorisk utvikling som man mente normale barn gikk gjennom. De skulle derfor både krabbe, stå og gå (Campbell et al., 2006). Vi ser at fortsatt er det de samme posisjoner som er idealet, men at de nå er knyttet opp mot smerteforebygging og sosial deltakelse i samfunnet. Artikkelen argumenterer for at skjevstilling av hodet gir problemer med samsyn og riktig synsbilde. Er du stabil i overkroppen kan du bruke hendene. Hendene muliggjør bruk av pc og annen kommunikasjon. Artikkelen om korsett sier at 5 av 19 velger å slutte med korsett på grunn av ubehag som

gulping og varme, begrenset bevegelighet og at det er arbeidskrevende. Men $\frac{3}{4}$ velger å fortsette på tross av ubehag. «Foreldrene ser ut til å være mer positive til å bruke korsettet enn de antar at barna er» står det i artikkelen. Foreldrene ønsker tydeligvis noe for sine barn som de mener at korsettet kan gi dem.

Jeg avslutter nå tekstanalysen og ser mer på hvilken diskurs momentene i den skaper. I denne diskursen ser vi hvordan hjelpemidler handler ofte om å finne argumentet for hjelpemidlet. De nesten «selges» inn med at de er fleksible og har mange mulige løsninger og tilpasningsmuligheter. Begrepene som brukes er *skreddersys*, *suppleres* og *individuelle mål*. Språket står i kontrast til språket som brukes om barnas egen funksjon. Barnet har *ufrivillige bevegelser og feilstillinger*. Det ligger i ordene at dette er noe som må rettes og som ikke er ønsket. *Korreksjon* for å oppnå *symmetri* er momenter koblet opp mot de skreddersydde hjelpemidlene med stor fleksibilitet. Det ligger også i denne diskursen underliggende idealer. Det er både argumenter innen en biologisk normalitets forståelse rundt for eksempel det å kunne få frigjøre armene og få en mer *rette* sitte og stående posisjon for å kunne se bedre. Men dette knyttes også opp mot sosiale og handlende perspektiver som å kunne være *deltaker* og bli sett i et fellesskap og kunne bruke hendene til ulike skapende og sosiale aktiviteter. Hjelpemiddelets argumentasjon rundt fleksibilitet kan derfor både handle om evnene til å korrigere i enhver posisjon, og om å gi barnet en økt fleksibilitet i sine aktiviteter.

Samtidig må kanskje barnet også leve med ubehag, rundt det å få i seg mat, kunne klare å gå på do, og at man blir svett og gulper lett. Noen barn vegret seg også på grunn av hjelpemiddelets utseende. Dette viser at det gjøres valg for eksempel mellom det å kunne sitte og stå opp mot svetting og gulping. Når hjelpemidlene får disse valgene ser vi også i teksten av foreldre støtter seg på ord og uttrykk som fysioterapeutene bruker. De ser at barnet ikke klarer å løfte beinene like lett lenger, men har bedre «bolstabilitet» Bolstabilitet blir koblet til at han sitter *rette*, mens det er beskrivelse av en ferdighet som er blitt borte når de beskriver problemet med å løfte beinet på grunn av hjelpemidlet. Det blir tatt et valg ut fra fokus på å oppnå andre funksjoner og ferdigheter en han i dag har. Fysioterapeutens kunnskap og troen på hva som er det beste hjelpemidlet styrer derfor både foreldrenes meninger og hverdagen til barna.

I denne diskursen blir barns bevegelser og stillinger fremstilt som uønsket eller uheldige for barna og med et behov for å korrigere barnets bevegelser og stilling. Dette gjøres ved bruk av

hjelpe midler en tror kan ha en positiv rolle på barnets hverdag. Det positive kobles både opp til barns deltakelse i sin egen hverdag, og til normalisering av kroppens funksjoner og struktur.

5.3.4 Oppsummering av kategorien barn med funksjonsvansker

Jeg vil nå prøve å oppsummere de ulike diskursene innenfor kategorien barn med funksjonsvansker i et hegemonisk perspektiv.

Barnet med funksjonsvansker har et potensial til å få bedret sin livskvalitet og funksjon i hverdagen med hjelp av barnefysioterapeuten. Fysioterapeuten er en katalysator til å lære foreldre med å se sitt barns muligheter, samt i refleksjon og diskusjon med foreldrene å sammen finne frem til mål som barnet kan oppnå og som barnet opplever som betydningsfulle også for dem. Fysioterapeutens rolle er å hjelpe foreldrene til å se barnets muligheter. Det vil si at foreldrene må læres opp og få undervisning innen et utvidet helseperspektiv, som vi kan finne innenfor WHO sitt ICF begrepsapparat, for å få en bedre forståelse av hvordan helse og livskvalitet henger sammen med funksjon og mestring. Det er et felles ønske hos både foreldre og fysioterapeuter om effektive tiltak som er strukturerte og har god kvalitet. Et ideal er også at tiltakene skal gjennomføres i barnets vante hverdag, slik at det fortsatt er en del av sitt sosiale fellesskap. Men det er også fint å la barnet få møte andre barn med samme funksjonsvansker for å se at andre har noe av de samme funksjonsvanskene som gjør at de også må trene. Foreldrene ønsker selv å være med på treningen av sine barn, og de og andre nærpå personer i barnets hverdag blir de som utfører tiltakene. Fysioterapeutene har også relevante tester og kartleggingsverktøy som både kan være til hjelp for å se barnets potensialer og ståsted, og være evalueringsverktøy av trening og andre tiltak. Hjelpemidler er også noe som barn får for å hjelpe de til å kunne bedre sin funksjon i hverdagen, unngå smerter og også bidra til å være med i sosiale fellesskap.

Så for å lese frem de konstruksjoner hegemoniene bygger på leter jeg så etter mulige konflikter mellom diskursene, og også litt rundt hva diskursene ikke sier noe om. I min gjennomlesning av de diskurser jeg har beskrevet, fant jeg det i utgangspunktet vanskelig å se at det var noe mellom diskursene som utfordret hverandre. De er på en måte tett vevd sammen i hverandre. Mulige konflikter i diskursene fant jeg mer rundt hva de ikke snakker noe om. Jeg har allerede nevnt at det ikke snakkes om foreldre som ikke vil være aktive med i å sette mål og være aktivt med på treningen. Men det er også noen andre perspektiver jeg vil gå inn på som ikke nevnes i diskursene.

En er hva lærer fysioterapeutene? Foreldre læres opp til å se sine barns muligheter. Det brukes rammeverktøyet ICF som en forståelsesramme og det brukes tester og kartlegginger. Dette er helsefagrelaterte verktøy som er tenkt å bidra til en økt forståelse hos foreldrene på helse som fenomen og fysioterapifaglige perspektiver. Tester og kartlegginger er også verktøy som fysioterapeuter bruker for å kunne se barnets kompetanse og bedre veilede og gi råd for trening (Langeland & Øien, 2008). Fysioterapeutene bidrar med å gi foreldrene hjelp til se sitt barns muligheter innenfor det kompetanseområdet som fysioterapeuter innehar, men det snakkes ikke om hvordan fysioterapeutene jobber for å lære å se barnas muligheter gjennom foreldrenes kompetanse. Tekstene vektlegger dialog, men handler mest om kunnskapsformidling til foreldre og hvordan foreldre læres til å se fysioterapeutenes perspektiver. Et av sitatene fra datamaterialet er fra en mor og hun vektlegger ord som barnet «koser seg» og verdien av å møte andre foreldre i samme situasjon, mens fysioterapeutene vektlegger opplæring. Hvis vi forfølger foreldrenes egne ord litt, så undersøkte Øien et al. (2010) i sin studie hvilke oppfatninger som foreldre hadde av det å være med å sette mål for sine barn. Jeg finner dataene i Øien et al. sin artikkel interessante fordi sitater fra foreldrene viser andre måter å se den familiesentrerte prosessen på. Som tidligere vist i diskursen rundt foreldre som ansvarlige understreker foreldre også i denne studien verdien av å være sammen med andre barn og foreldre for å få ideer til aktiviteter. De sosiale relasjoner som skapes og verdiene av disse er kanskje tenkt som en verdi i de familiesentrerte programmene, men det trekkes ikke frem av fysioterapeutene som skriver om programmene.

En annen kontrast i foreldrenes beskrivelser av opplegget og hvordan de beskrives i mitt datamateriale er at foreldrene i Øien et al. sin studie sier at de opplever ikke tiltakene som trening, men mer å følge barnets initiativ og la de selv finne løsninger. Foreldrene beskriver treningen mer som hvordan fysioterapeuter beskriver barn uten funksjonsvansker, med sin egen driv og utforskning. Og de sier at det er gjennom veiledning fra fysioterapeuten de ser disse mulighetene. Dette kan reflekter noe av det samme som Ytreberg (2006) fant i sin studie, at det er forskjell mellom hva fysioterapeuter muntlig formidler i praksis og hva de formidler skriftlig. Samtidig som foreldrenes beskrivelser og språket fra diskursen rundt det handlende barnet også viser at skriftlig praksis kan inneholde noe av den muntlige kunnskapen som blir formidlet.

5.4 Diskursorden barn

Tekstanalysen har fått frem hvordan barnefysioterapeuter vektlegger ulike ord og handlinger ut fra om barn er uten funksjonsvansker eller om de har funksjonsvansker. Jeg vil nå drøfte ulike perspektiver på diskursene sett opp mot hverandre, på tvers av kategoriene.

Utgangspunktet jeg har valgt videre er at barn uansett kategorisering befinner seg i den samme diskursorden. Målet mitt diskursjoen er å stille spørsmål med ved enkelte momenter knyttet til de ulike diskursene og drøfte deres betingelser i diskursen.

5.4.1 Bilder på barnet som aktør

Det første jeg vil se på er barn og aktør rollen. Sett i lys av begrepene being og becoming (James et al., 1998), er barn uten funksjonsvansker i større grad fremstilt med begge perspektivene. Barndommen bevegelser fremheves som noe med verdi i seg selv, samtidig som det beskrives en utvikling av bevegelser. Barn med funksjonsvansker blir i større grad fremstilt som becoming med tanke på deres bevegelser. Deres bevegelsesutvikling er ikke et prosjekt i barnet selv, men styrt av de voksne rundt. Det betydningsfulle målet er fremtidsrettet og ikke fremstilt som en her og nå-utforskende prosess. Barnet fremstilles også med et being, men da ikke knyttet til bevegelse, men å være en del av et sosialt miljø sammen med andre barn, eller drive treningen i sin egen hverdag.

Barn med funksjonsvansker fremstilles også som passive personer som skal trenes, doseres og utfordres. Barn uten funksjonsvansker fremstilles både i aktive og passive former. De har sin egen driv, og foreldrene skal understøtte denne. Samtidig så skal de håndteres og stimuleres. Når barn med funksjonsvansker fremstilles passivt, som et barn som skal trenes, forsvinner også perspektivet på kosetid og gode samhandlingssituasjoner i bevegelsesintrasjoner mellom voksne og barn med funksjonsvansker. Dette er derimot begreper som blir trukket frem rundt bevegelseslek for barn uten funksjonsvansker. Når foreldre skal understøtte barn uten funksjonsvanskers bevegelsesprosess, fremstilles barnet som et autonomt individ som foreldrene må invitere seg inn i et fellesskap til. Det er en tid til kos, det er en situasjon til god samhandling. Voksen og barn er individer som møtes til samhandling og kos.

Fysioterapeutene kobler disse situasjonene også opp som læringsarenaer for barnet. Det er slik foreldrene kan variere og stimulere i aktiv lek. Hvorfor er da ikke kos og samhandling nevnt hos barn med funksjonsvansker? Dette understøtter Grue (2011) perspektiver rundt at

barn med funksjonsvansker ofte får relasjoner som går mer på praktiske forhold i hverdagen. Diskursene rundt barn med funksjonsvansker viser at det er foreldrene som trekker frem fokuset på det å kose seg. Det var også foreldrene i Øien et al. (2010) som hadde fokus på understøtte barnets egen bevegelsesglede i et being-perspektiv, ved å vente med å sette nye mål. Samtidig kan det ut fra de eksemplene jeg belyste i Øien et al. sin studie, være mulighet for at fysioterapeuter formidler en annen kunnskap til foreldrene enn de trekker frem når de skriver om foreldresentrerte programmer til andre fysioterapeuter.

Noen av disse foreldrene mente at aktivitetene som ble iverksatt ikke var trening, men heller var daglige gjøremål som foreldre vanligvis gjør med sine barn. Jeg vil derfor nå se nærmere på begrepet trening.

5.4.2 Barn og bevegelsesaktiviteter eller trening

Fysioterapeuter bruker ikke ordet trening på barn uten funksjonsvansker, men velger heller å snakke om understøtte, håndtere og stimulere. Kan vi si at små barn uten funksjonsvansker trener? Sigmundsson og Pedersen (2000) sier at motorisk utvikling er trenbar. Foreldrene ble bedt om å legge barna i ulike posisjoner nettopp fordi det styrket barnets muskulatur og stimulerte den motoriske utviklingen. Sigmundsson og Pedersen bruker også ordet trening og stimulering om hverandre. Når så barnet legges på magen er dette et kulturelt valg av foreldrene som handler om å fremme spesifikke ferdigheter hos barnet, på samme måte som ordet trening blir brukt for å fremme spesifikke ferdigheter hos barn med funksjonsvansker. Cintas (1995) linker mageliggende stilling til et vestlig kulturelt bilde på individualisme. Barnet skal få utforske verden selv gjennom å krabbe rundt på egenhånd. Gulvet som det beste for barnet ble også trukket frem av barnefysioterapeutene. Gulvet kan sees på som en treningsarena for motorikk, men også linket til en sterk symbolverdi rundt det å kunne komme seg opp å stå på egne bein i livet.

Stimuleringen av barn uten funksjonsvansker er også linket opp til å unngå skjeve hoder og forsinket motorisk utvikling. Oppfordringen til stimulering er derfor også begrunnet i en frykt for barn skal utvikle funksjonsvansker og asymmetriske stillinger. Det foreldrene blir bedt om å gjøre med barn uten funksjonsvansker, kan kanskje like gjerne kalles målrettet trening. En av grunnene til at dette ikke er gjort i mitt datamateriale, er kanskje fordi barn uten vansker med å bevege seg, knyttes opp til et ideale om at de på egenhånd skal finne ut av det meste selv. De har en egen driv. Dette er også nettopp en forskjell mellom kategoriene. Barn med

funksjonsvansker trener spesifikt og målrettet, men dette kobles ikke opp mot egen driv og det å undersøke omgivelsene, og med det få opplevelser, som i større grad skaper fasinasjon og motivasjon for å fortsette å utforske og mestre ulike bevegelser. Noe av forskjellene kan muligens forklare i at barn med funksjonsvansker kanskje i større grad må bruke hendene til å støtte seg på, enn å ta på og rekke ut til ting rundt seg. Samtidig så vil også funksjonsvanskene sette begrensninger for impulser i form av for eksempel manglende førlighet i beina, eller motorisk ustøhet som medfører at barnet bruker mye krefter bare på å forflytte seg eller unngå å ramle (Mulderij, 2000). Men selv om barnet mangler funksjoner for på en lett måte å kunne ta inn verden, er begrepet egen driv noe som i den ene diskursen tildeles barn generelt som en egenskap. Øien et al. (2010) viste også at dette er noe som foreldre med barn med funksjonsvansker får hjelp av fysioterapeuter til å se etter. Bjorbækmo (2011) undersøkte om barn med bevegelsesvansker kunne utforske og skape sine egne bevegelsesuttrykk, ut fra et perspektiv om at de innehar en spesialisert bevegelseskompetanse. Jeg vil si at hun med det forsøkte å understøtte barnas egen driv, selv om de hadde en funksjonsvanske. Hun utfordret med det den diskursen jeg finner i mitt datamateriale rundt hvilke bevegelser barn med funksjonsvansker har behov for. Hun som fysioterapeut gikk vekk fra målrettede og spesifikke bevegelser og åpne seg for å se variasjonsrikdommen i de ulike aktivitetene barn gjorde. Innenfor Lee's terminologi si at hun jobbet like mye som barna i et becoming perspektiv (i følge, Wenzer, 2004). Dette stemmer bra med at Bjorbækmo utfordret perspektivene på hvem er den normale og hvem er den unormale i møte med barn med funksjonsvansker. Men selv om perspektivet på egen driv mangler i kategorien barn med funksjonsvansker, så mangler til gjengjeld barn uten funksjonsvansker begrepet trening. Når diskursen rundt det potensielle patologiske barnet også ligger der, kan det også være mulig å spørre om trening som begrep burde omfatte alle barn, og «normaliteten» er å trene. De anbefalinger fysioterapeuter gir som veiledning til foreldre med barn uten funksjonsvansker, kan sees på som en type treningsprogram.

Om det kan kalles trening eller stimulering eller understøtte barnets egne bevegelser, er noe jeg har diskutert her, men for alle perspektivene ligger det et ønske om å påvirke barns bevegelseskompetanse. Jeg vil derfor nå se nærmere på begrepet potensiale som kom frem i analysen

.

5.4.3 Barns potensiale

Et annet fellestrekk mellom de to kategoriene er et fokus på å ta ut sitt potensiale. Barn med funksjonsvansker er for lavt dosert og får ikke tatt ut det potensiale de faktisk har. Disse barna henger etter barn uten funksjonsvansker i motorisk utvikling, og potensialtanken knytter seg opp mot ferdigheter for å øke mobilitet og selvstendighet. Når barnefysioterapeuter begynner å selge kurs rundt motorisk utvikling finner vi igjen potensial tenkningen. Nå handler det om at barn må få ta ut sitt bevegelsesrepertoar. Barnet uten funksjonsvansker har noe uforløst som de må få tatt ut, noe vi ikke må hindre dem fra å bruke. I informasjonsbrosjyrene fra fysioterapeutene finner jeg ikke det samme fokuset på å ta ut et repertoar og bli trygg på å bevege seg, men derimot at det blir konstanter at barn selv utforsker et mangfold av bevegelser og at foreldrene ikke må forsere barnets egen utvikling. Det virker derfor som at barn uten funksjonsvansker får et treningsbehov når fysioterapikunnskap er noe som kan selges som et produkt. Eller det er språket som fysioterapeuter bruker om barn med funksjonsvansker som blir overført til barn uten funksjonsvansker for å synliggjøre et behov. Språket legitimerer med andre ord tilbudet. Samtidig er dette også noe nytt innenfor fysioterapi å tilby slike grupper. Tilbudet må derfor i følge Laclau og Mouffes begreper, knytte momenter inn til sin sannhet om barns behov, og derfor vil det også være ord som er knyttet til andre diskurser som nå lukkes til denne diskursen.

Jeg vil nå gå inn på begrepet hjelpemidler som ikke på samme måte som begrepet potensiale blir akseptert i en av kategoriene.

5.4.4 Barn og hjelpemidler

Analysen har vist at barnet uten funksjonsvansker også har en potensiell diagnose som alltid henger over det, på å bli forsinket motorisk og utvikle asymmetri. I diskursen det patologiske barnet var det sårbarheten til barn som ble understreket. Foreldrene fikk derfor innen begge kategorier klare ansvarsoppgaver med å hjelpe sine barn. Et moment i dette perspektivet som jeg vil trekke frem, er frykten for hjelmbruk for å forebygge skjeve hoder og krybbedød. Dette ble ikke sett på som «naturlig». Samtidig diskuteres hjelpemidler blant barn med funksjonsvansker uten denne kritikken. Der blir derimot hjelpemidlene i større grad vurdert med tanke på hvilke muligheter de gir for barna.

Når barnefysioterapeuter informerer foreldre med nyfødte barn og også tilbyr treningsgrupper, ligger det derfor en helsemessig risiko som de ønsker å forebygge. Hadde man alene hatt bildet av det autonome barnet med egen driv, ville det ikke være behov for slik informasjon. Bilde som kommer frem er at barn helt fra nyfødt løper en risiko. Det vil alltid være et bilde på et mulig patologisk barn som ligger til grunn. Denne risikoen blir sterkt knyttet opp til foreldrenes væren sammen med sine barn. De blir tiltrodd sine oppgaver, men samtidig ikke helt. Fysioterapeuten deler av sine kunnskaper for å sikre at de klarer det, og ser derfor på seg selv som nødvendige medaktører for å sikre kvalitet i samspillet mellom foreldre og barn. I dette samspillet passer da ikke hjelmen inn når barna ikke har funksjonsvansker. Hjelmen er kommet på markedet kanskje som et resultat av instruksjoner på å sove på ryggen, som også er et tiltak som fysioterapeuter støtter opp under, samtidig passer ikke hjelmen inn i bildet om det sunne, normale barnet som klarer seg selv. Foreldrenes kompetanse eller mangel på kompetanse er det som er utfordringen og løsningen i diskursene. Dette går jeg mer inn på nå.

5.5 Fysioterapikunnskap og makt

Fysioterapeut formidler ovenfor foreldre at de må trene eller stimulere sine barn, de setter et fokus på å plassere barn i visse posisjoner eller påvirke deres hverdag for treningsformål. Det er et fokus på å ta ut et potensiale hos barn og det er faglige meninger rundt bruken av hjelpemidler. Flere steder i analysen har jeg pekt på hvordan fysioterapeutens kunnskapsformidling påvirker barns og foreldrenes hverdag. Jeg vil i denne delen samle perspektivene rundt kunnskap og se de opp mot et governmentality-perspektiv (Rose, 1999).

5.5.1 Kunnskap og makt

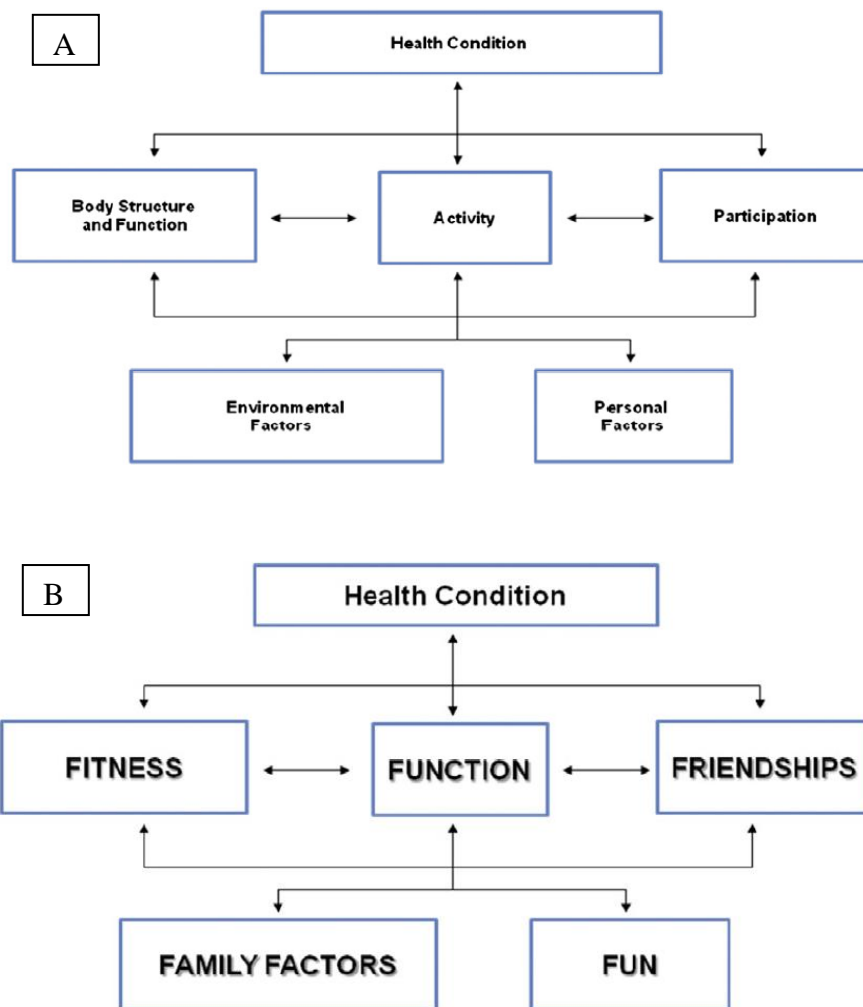
Foreldrene blir fremstilt som ansvarlige for sine egne barn i diskursene. Dette bygger opp under den individuelle autonomien samfunnet er preget av, og fokuset på individets frihet (Rose, 1999). Samtidig er også barna fremstilt med et klart individ fokus, men med en avhengighet av sine foreldre som støttende personer. Fysioterapeutens brosjyrer, kurs, veiledninger, understøtting av foreldrenes mål, treningsprogram, habiliteringstjenester og kunnskap går inn, og forsøker å påvirke relasjonen mellom barnet og foreldrene. Dette er derfor handlinger og mekanismer som prøver å gjøre at foreldrene og barna selvregulerer sin egen adferd.

Jeg har i denne oppgaven fremstilt ulike diskurser rundt hvordan barn blir fremstilt. De ulike fremstillingene og bildene på barn er med på å prege den veiledningen og kunnskapen som foreldre får av fysioterapeuter. Men det ligger også fremstillinger og bilder på foreldrerollen. Foreldrene skulle være støttende og ikke forsere sitt barns utvikling. Samtidig som de skal kunne se sitt barn. Det tegnes opp et ideal rundt hvordan foreldre skal være sammen med sine barn. Men samtidig er dette idealet ikke noe selvfølge, og det er her vi finner drivkraften til at fysioterapeuter informerer og veileder. I begge kategoriene av barn finner vi begrepet utrygge foreldre, og i et tilfelle også ressursvake foreldre. Det er disse foreldrene som fysioterapeuter ønsker å gjøre kompetente, og måten det blir gjort på er som Rose (1999) sier, gjennom å dele ut sin kunnskap, sine teknikker og vurderinger. Samtidig sier også Rose at dette gjør at foreldre igjen oppsøker mer kunnskap, og løper etter ekspertene. Jeg vil nå se på flere slike mekanismer som kan forklare at foreldrene i deres autonome posisjon etterspør mer kunnskap.

Brosjyrene som er beskrevet med informasjonen til foreldre med barn uten funksjonsvansker, er en kilde til kunnskapsavhengighet. Her er det ikke konkrete mål, men de blir tillagt en rekke ikke skalerte oppgaver som å variere, stimulere og håndtere. Oppgaver som ikke er målbare, men er mer prosessuelle og samtidig linket opp mot et underliggende ideal om å unngå en helsemessig risiko. Kontrasten i mine funn er at for barn med funksjonsvansker er nettopp konkrete mål og trening det som er argumentet for å trygge foreldrene og da er spørsmålet mitt, om disse ikke-målbare og lite konkrete oppgavene kan trygge foreldrene i like stor grad. Ett mulig tegn på dette er at foreldre etterspør mer konkret kunnskap for å trygge sin foreldrerolle. Dette gjør de ved å ønske seg kurs selv om barnet ikke har funksjonsvansker. Barns bevegelsesutvikling blir da til et produkt som foreldre kjøper, for å få kunnskapen om sine egne barn. Samtidig kan dette produktet delvis blitt skapt på grunn av fysioterapeuters bilder av barn, gjennom den informasjonen de gir. Når barnets naturlige, iboende kompetanse blir speilet opp mot et ideale på at dette er noe foreldrene må kunne se og understøtte, kan foreldre oppleve seg som utilstrekkelige. Foreldrene må i tillegg også forholde seg til den mulige patologiske diskursen som tydelig blir formidlet med fare for skjevheter og forsinkelser. Alt dette er derfor mekanismer som er med på å regulere foreldrenes adferd i forhold til det ansvaret de blir tiltrodd, og som skal bidra til å sikre at barn i dag blir lekt med av voksne og stimulert i sin bevegelsesutvikling.

Foreldre som har barn med funksjonsvansker opplever også at de skal kunne se sitt barn. Idealet rundt denne kunnskapen er for å gi dem kompetanse til både å sette mål for sine barn, dosere treningen, trygge seg selv og bli en mer støttende og mestrende familie rundt sitt barn. Det er ingen steder i materialet at foreldrene blir fremstilt som helt autonome, men det fremstilles mer som et samarbeid mellom foreldre og fysioterapeut rundt barnet. Men som et krav for samarbeidet, må foreldrene ønsket å få kompetanse, og delta aktivt i treningen med sitt eget barn. Selve habiliteringstilbudet er derfor konstruert slik at man får de foreldrene etterspør ekspertenes kompetanse. Som jeg tidligere har nevnt, kan dette kanskje ekskludere enkelte foreldre, men det kan også vise seg at kravet fremmer samarbeidet (Øien et al., 2010). Samtidig viser dette at påvirkningen av foreldres adferd også styres og påvirkes via hvordan offentlige organisasjoner er organisert, bygd opp og lokalisert (Rose, 1999).

Treningen har et sterkt fokus på ivaretagelse av familiens autonomi. Foreldrenes behov er det som er fokuset, og de er selv med å velge hva de vil legge vekt på. Samtidig som foreldres kompetanse kan påvirkes og styres av fysioterapeuten gjennom informasjon og undervisning, slik Rose siterte Donald Winnicott radiotale. Jeg har her allerede vært innom hvordan tester og kartlegginger som foreldrene kommer tilbake til for å få gjort, kan være styrkende for både målsetting og innhold i trening. Innholdet i den undervisningen som blir gitt, kan være en annen kilde til at de kompetente valg foreldrene tar er påvirket i en viss retning. ICF-modellen som et felles kommunikasjonsverktøy krever blant annet at en føler en mester og forstår perspektivene i modellen. En annen dimensjon er at den også blir normgivende for hva en bør fokusere på. Et eksempel er Rosenbaum og Gorter (2011) som i en artikkel bytter ut begrepene i ICF-modellen for å gi de enkelte delene i helsemodellen andre perspektiver.



Figur 2 A: WHO ICF Original modell. B: Alternativ versjon av ICF. Fra Rosenbaum og Gorter (2011) "The F-word in childhood disability".

Når modellen bytter ut kroppsstrukturer og kroppsfunksjoner med fysisk aktivitet (fitness), prøver forfatterne av artikkelen å flytte fokuset fra trening som terapi og behandling, til trening for ivaretagelse av helse og overskudd. Dette perspektivet trekker de også inn rundt det å bytte ut activity med function. Tradisjonelt har fysioterapi hatt fokus på å unngå «uheldige» bevegelsesmønstre og aktiviteter, i frykt for at aktivitetene medfører dårlige vaner. De utfordrer med dette kvalitetsfokuset i aktivitetene som ofte knytter seg opp mot «normal» tenking rundt kroppslige bevegelser og fremhever heller at hvert enkelt individ må få gjøre det de ønsker å gjøre og som fungerer for dem. Rosenbaum og Gorter fremhever her et bilde på barnet som autonomt og aktivt handlende, samtidig som de også utfordrer hva det fysioterapeutiske faglige fokuset skal være innenfor forståelsen av ICF-modellen. Diskursen rundt trening av barn handler derfor ikke bare om at målene er meningsfulle for barnet, men også innenfor hvilken modell og ramme en påvirker barnet og foreldrene til å finne

meningsfylte mål i. Men én ting er å endre fokus i en modell, i samfunnet er det også sterke normaliserende tanker rundt funksjonshemninger og det å kunne stå og gå (Gibson & Teachman, 2012). Dette er oppfatninger som både kan prege foreldrenes ønsker for hva de ønsker å sette fokus på, og på hvilke mål som barna opplever som motiverende i form av å være betydningsfulle. Fysioterapeuters kunnskapsformidling er derfor også flettet inn i andre diskurser i samfunnet.

Et siste perspektiv er den utfordringen foreldrene kan opplev med å skulle mestre, og gjennomføre alle de treningsprogram og veiledningsråd de får av fagpersoner. Når idealet blir å jobbe mot mål, kan også foreldre og barn føle nederlag hvis målene ikke blir nådd (Gibson et al., 2009). Her ligger kanskje styrken i det prosessuelle fokuset fra kategorien barn uten funksjonsvansker, sin styrke, da det blir sagt at treningen også er et utgangspunkt til kos underveis.

6 Konklusjon

Winther Jørgensen og Phillips (1999) mener styrken ved sosialkonstruksjonismen er dens prinsipielle perspektiv på å fremmedgjøre seg fra det som er tatt for gitt. Når en beveger noe fra et objektivt fiksert perspektiv og over til et politisk, gir denne synliggjøringen et rom for å ta stilling til om en er for eller mot det som er kommet frem. Analysen beskriver også steder der det er mulig å skape forandring hvis en ønsker (s165).

Innledningsvis i oppgaven stilte jeg spørsmål om hvordan ulike begreper og praksiser innen fysioterapi fylles med innhold og forståelse, og hvilke konsekvenser dette får for barn. Dette formulerte jeg videre i min problemstilling der jeg operasjonaliserte oppgaven i to forskningsspørsmål.

Jeg har ikke som andre forskere observert og intervjuet fysioterapeuter i Norge (Engelsrud, 1990; Haugstvedt, 1998; Sætrang, 2004; Ytreberg, 2006), men sett på skriftlige tekster. Det er derfor viktig å si at mine funn er fra skrivende fysioterapeuters fremstillinger. Jeg viste til i oppgaven at noen av mine funn på familiesentret trening var ulikt hvordan foreldre beskrev lignende opplegg (Øien et al., 2010). En mulighet for denne forskjellen er at mitt materiale ikke har klart å fange opp alle nyanser innenfor de ulike diskursene jeg har beskrevet. En annen mulighet er at skriftlig og muntlig formidling innen fysioterapi er forskjellig (Engelsrud, 1990; Ytreberg, 2006).

Mitt første forskningsspørsmål var om hvilke kunnskapsdiskurser bilder av barn bygger på. Jeg fant i mitt materiale at barn både uten og med funksjonsvansker ble knyttet til et bilde på at deres foreldre var ansvarlige for deres bevegelsesutvikling og foreldre måtte kunne mestre det å se hva barnet trengte av stimulering og støtte. Jeg presenterte i den forbindelse fire sammenstillinger i min diskusjon. Dette var barnet som aktør, barn og trening, barns potensiale og barn og hjelpemidler. Barn uten funksjonsvansker blir beskrevet med en egen driv til å utvikle seg i eget tempo som foreldrene måtte understøtte, mens barn med funksjonsvansker er fremstilt i et bilde på at de trenger funksjonelle, spesifikke treningsmål som de finner betydningsfulle for å utvikle seg. Her ble foreldrene oppfordret til å utfordre og dosere trening. Det var derfor en differensiering i fremstilling av barnets aktive aktørrolle på indre eller ytre motivasjon for bevegelse.

Foreldrenes ansvar ble også knyttet opp til en kunnskapsdiskurs om at barn har et potensiale som de må få hjelp til ta ut, og at det ligger en potensiell patologisk risiko hvis foreldrene ikke følger opp fysioterapeuters anbefalinger. Samtidig var den patologiske risikoen uforenlig med hjelpemidler for barn uten funksjonsvansker, fordi det bryter med et bilde på barnet som naturlig utvikler seg i sitt eget tempo, mens hjelpemidler var naturlig å vurdere når barn hadde funksjonsvansker.

Mitt andre forskningsspørsmål handlet om hvilke konsekvenser disse diskursene får for barn. Jeg trakk innledningsvis i oppgaven, frem Engelsrud (1990) spørsmål rundt fysioterapeuters ekspertrolle. I min oppgave ser jeg en fysioterapirolle som jobber for å gjøre foreldre til eksperter på egne barn. Foreldre blir ansvarliggjort, men påvirkes i sitt samspill med sine barn samtidig av de bilder fysioterapeuter har av barn. Disse bildene formidles gjennom hvordan fysioterapeuter strukturerer sine tilbud, og bruk av teknologier som tester og kartlegginger, undervisning, språk og innholdet i informasjon som blir gitt. En mulig konsekvens jeg stiller spørsmål med, er om fysioterapeuters fremstilling av barn, kan også medføre at den kunnskapen som formidles gjør foreldrene enda mer avhengige av fysioterapeutene en tiltenkt.

Disse funnene mener jeg kan være et utgangspunkt for en videre diskusjon rundt hvordan bilder av barn både påvirker språket og handlingene innen for fysioterapi. Oppgaven er et bidrag til å belyse betydningen med å stille seg spørsmål om hva fysioterapeuter tar som selvfølger i sin egen praksis og reflektere over den kunnskapen fysioterapeuter formidler.

Litteraturliste

- Ailwood, J. (2003). Governing early childhood education through play. *Contemporary Issues in Early Childhood*, 4, 286-299.
- Andrup, G., & Bech, R. (1995). *Fysioterapeuten i fokus: kartlegging av praksis* (Hovedsagsoppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Asbjørnslett, M., Helseth, S., & Engelsrud, G. H. (2013). 'Being an ordinary kid' – demands of everyday life when labelled with disability. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 1-13. doi: 10.1080/15017419.2013.787368
- Baker, T., Haines, S., Yost, J., DiClaudio, S., Braun, C., & Holt, S. (2012). The role of family-centered therapy when used with physical or occupational therapy in children with congenital or acquired disorders. *Physical Therapy Reviews*, 17(1), 29-36.
- Barne og familiedepartementet. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989, ratifisert av Norge 8. januar 1991 : revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Barne- og familiedepartementet.
- Bekken, W. (2014). 'I want them to see that I feel normal': three children's experiences from attending consultations in paediatric rehabilitation. *Disability & Society*, 29(5), 778-791. doi: 10.1080/09687599.2013.874329
- Bjorbækmo, W. S. (2011). *"My own way of moving": the movement experiences of children with disabilities* (Doktorgrad avhandling). Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Oslo.
- Burr, V. (2003). *Social constructionism*. London: Routledge.
- Campbell, S. K., Vander Linden, D. W., & Palisano, R. J. (2006). *Physical therapy for children*. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Cintas, H. L. (1995). Cross-Cultural Similarities and Differences in Development and the Impact of Parental Expectations on Motor Behavior. *Pediatric Physical Therapy*, 7(3), 103-111.
- Clark, A., Kjørholt, A. T., & Moss, P. (Red.). (2005). *Beyond listening: children's perspectives on early childhood services*. Bristol: The Policy Press.
- Dahler-Larsen, P. (2005). Dokumenter som objektiverer social virkelighet. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter*. København: Reitzel.

- Eikrem, T., & Amdam, T. V. (Red.). (1996). *Barn i førskolealder: fysioterapi i kommunehelsetjenesten* (2. utg. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Engelsrud, G. (1990). *Kjærlighet og bevegelse: fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse* (B. Rapport 1). Oslo: Statens Institutt for Folkehelse.
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlag.
- Esmark, A., Bagge Laustsen, C., & Åkerstrøm Andersen, N. (2005). *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Evans, A., Bagnall, R. D., Duflou, J., & Semsarian, C. (2013). Postmortem review and genetic analysis in sudden infant death syndrome: an 11-year review. *Human Pathology*, 44(9), 1730-1736.
- Foucault, M. (1969/1971). *Archaeology of knowledge* (A. M. Sheridan Smith, Overs.). New York: Pantheon books.
- Gibson, B. E., Darrah, J., Cameron, D., Hashemi, G., Kingsnorth, S., Lepage, C., . . . Menna-Dack, D. (2009). Revisiting therapy assumptions in children's rehabilitation: clinical and research implications. *Disability and Rehabilitation*, 31(17), 1446-1453. doi: doi:10.1080/09638280802621390
- Gibson, B. E., & Martin, D. K. (2003). Qualitative Research and Evidence-based Physiotherapy Practice. *Physiotherapy*, 89(6), 350-358.
- Gibson, B. E., Nixon, S. A., & Nicholls, D. A. (2010). Critical reflections on the physiotherapy profession in Canada. *Physiotherapy Canada*, 62(2), 98-100. doi: 10.3138/physio.62.2.98
- Gibson, B. E., & Teachman, G. (2012). Critical approaches in physical therapy research: Investigating the symbolic value of walking. *Physiotherapy Theory & Practice*, 28(6), 474-484. doi: 10.3109/09593985.2012.676936
- Grue, L. (2011). Barn og unge med nedsatt funksjonsevne. I H. Lund, B. Lerdal & L. H. Stubrud (Red.), *Habilitering av barn og unge: tiltak for helsefremming og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haldar, M., & Engebretsen, E. (2013). Governing the liberated child with self-managed family displays. *Childhood*. doi: 10.1177/0907568213508589
- Haugen, K. H. (1997). *En utdanning i bevegelse: 100 år med fysioterapiutdanning i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Haugstvedt, K. T. (1998). *Barnets utfoldelse på hverdagslivets arena: fysioterapeuters beskrivelser av samhandling med førskolebarn som har sentrale nevrologiske skader* (Hovedfagsoppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011).
- Helsedirektoratet. (2012). *Delutredning 1 Vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle helsepersonellgrupper*. Hentet 12.03.2014, fra www.helsedirektoratet.no
- Hesselberg, F., & Tetzchner, S. v. (2008). Planlegging i framtiden. I S. v. Tetzchner, F. Hesselberg & H. Schiørbeck (Red.), *Habilitering: tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger* (s. book). Oslo: Gyldendal akademisk.
- James, A. (2012). Childhood and sosial investment. I J. Qvortrup & A. T. Kjørholt (Red.), *The Modern child and the flexible labour market: early childhood education and care*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- James, A., Jenks, C., & Prout, A. (1998). *Theorizing childhood*. Cambridge: Polity Press.
- James, A., & Prout, A. (Red.). (1997). *Constructing and reconstructing childhood: contemporary issues in the sociological study of childhood* (2. utg.). London: Falmer Press.
- Jeglinsky, I., Brogren Carlberg, E., & Autti-Ramo, I. (2014). How are actual needs recognized in the content and goals of written rehabilitation plans? *Disabil Rehabil*, 36(6), 441-451. doi: 10.3109/09638288.2013.797511
- Johansen, B. (2009). Førskolelærere om barns oppholdstid i barnehagen. [Educational policy; Learning discourse; Life long learning; Childhood;]. *Tidsskrift for Nordisk Barnehageforskning*, 2(3), 99-113.
- Kampmann, J. (2003). Barndomssociologi - fra marginaliseret provokatør til mainstream leverandør. *Dansk Sociologi*, 14(2), 79-93.
- Kjørholt, A. T. (2001). The participating child - A vital pillar in this century? *Nordisk Pedagogikk*, 21, 66-81.
- Kjørholt, A. T. (2004). *Childhood as a social and symbolic space: discourses on children as social participants in society*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Kjørholt, A. T. (2010). Barn som samfunnsborgere - til barnets beste? I A. T. Kjørholt (Red.), *Barn som samfunnsborgere - til barnets beste?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Langeland, H., & Øien, I. (2008). Fysioterapi. I S. v. Tetzchner, F. Hesselberg & H. r. Schjørbeck (Red.), *Habilitering: tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lund, H., Bjørnlund, I. B., & Sjöberg, N. E. (2010). *Basisbog i fysioterapi*. København: Munksgaard Danmark.
- Lunde, E. V., Lerdal, B., & Stubrud, L. H. (2011). *Habilitering av barn og unge: tiltak for helsefremming og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morris, J. (2003). Evidence-based Practice: The way forward. *Physiotherapy*, 89(6), 330-331. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)60020-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9406(05)60020-X)
- Moss, P., & Dahlberg, G. (2008). Beyond Quality in Early Childhood Education and Care - Languages of Evaluation. *New Zealand Journal of Teachers` Work*, 5(2), 3-12.
- Mulderij, K. J. (2000). Dualistic Notions About Children With Motor Disabilities: Hands to Lean on or to Reach Out? *Qualitative Health Research*, 10(1), 39-50.
- NFF faggruppe for barn og unge. (2011). *Fysioterapi for barn og unge*. Hentet 12.07.2013, fra <http://www.fysio.no>
- Nijhuis, B. J., Reinders-Messelink, H. A., de Blécourt, A. C., Boonstra, A. M., Calamé, E. H., Groothoff, J. W., . . . Postema, K. (2008). Goal setting in Dutch paediatric rehabilitation. Are the needs and principal problems of children with cerebral palsy integrated into their rehabilitation goals? *Clinical Rehabilitation*, 22(4), 348-363.
- Nilssen, T. T. (2007). *"Nye mødre": en antropologisk analyse av paradokser i norsk moderskap* (Hovedoppgave). Universitet i Oslo, Oslo.
- Nissen, M. A., & Vardinghus-Nielsen, H. (2007). Diskurs eller ekskurs?: diskursanalysens sosiologiske muligheter og begrensninger. I R. Antoft, M. Hviid Jacobsen, A. Jørgensen & S. Kristiansen (Red.), *Håndværk & horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode* (B. 336, s. 161-188). Odense: Heraldisk Selskab.
- Nygård, R. (1993). *Aktør eller brikke?: om menneskers selvforståelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Nyquist, A. (2012). *Jeg kan delta!: barn med funksjonsnedsettelse og deltakelse i fysisk aktivitet - en multimetodestudie i en habiliteringskontekst* (doktorgrad avhandling). Norges idrettshøgskole, Oslo.
- Ostfeld, B. M., Esposito, L., Perl, H., & Hegyi, T. (2010). Concurrent Risks in Sudden Infant Death Syndrome. *Pediatrics*, 125(3), 447-453. doi: 10.1542/peds.2009-0038

- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 08.03.2014, fra <http://www.lovdatab.no>
- Paulsen, B. (1989). *Fysioterapien i kommunehelsetjenesten: hva dreier det seg om?* (B. R-6/89). Oslo: Kommunenes sentralforbund.
- Qvortrup, J. (1994). Childhood matters: An Introduction. I J. Qvortrup, M. Bardy, G. Sgritta & H. Wintersberger (Red.), *Childhood matters : social theory, practice and policies* Aldershot: Avebury.
- Qvortrup, J., Corsaro, W. A., & Honig, M.-S. (Red.). (2009). *The Palgrave handbook of childhood studies*. London: Palgrave-Macmillan.
- Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development*. Oxford: Oxford University Press.
- Rose, N. (1999). *Powers of freedom: reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosenbaum, P. (2011). Family and quality of life: key elements in intervention in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(4), 68-70.
- Rosenbaum, P., & Gorter, J. W. (2011). The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child: Care, Health and Development*, no-no. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., & Evans, J. (1998). Family-Centred Service. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 1-20. doi: doi:10.1080/J006v18n01_01
- Sagberg, S. (2003). Barnekulturforskningens utvikling og nytte. I S. Sagberg & K. Steinsholt (Red.), *Barnet: konstruksjoner av barn og barndom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schaanning, E. (1993). *Modernitetens oppløsning: sentrale skikkelser i etterkrigstidens idéhistorie*. Oslo: Spartacus forlag.
- Schaanning, E. (1997). *Vitenskap som skapt viten: Foucault og historisk praksis*. Oslo: Spartacus forlag.
- Sigmundsson, H., & Pedersen, A. V. (2000). *Motorisk utvikling: nyere perspektiver på barns motorikk*. Oslo: SEBU forlag.
- Stormhøj, C. (2006). *Poststrukturalismer: videnskapsteori, analysestrategi, kritik*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

- Sætrang, T. (2004). *Deltakelse - et sentralt og mangetydig begrep i habilitering: en kvalitativ studie med fokus på hvordan deltakelse kommer til uttrykk i relasjonen mellom fysioterapeut og barn i klinisk praksis* (Hovedfagsoppgave). T. Sætrang, Oslo.
- Søvik, O. (2001). Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121, 2624-2627.
- Tetzchner, S. v., Hesselberg, F., & Schiørbeck, H. (Red.). (2008). *Habilitering: tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ulvik, O. S. (2014). Talking with children: Professional conversations in a participation perspective. *Qualitative Social Work, Advance online publication*. doi: 10.1177/1473325014526923
- Wenzer, J. (2004). The Deterritorialization of the Being Child. I H. Brembeck, B. Johansson & J. Kampmann (Red.), *Beyond the competent child: exploring contemporary childhoods in the Nordic welfare societies*. Fredriksberg: Roskilde University Press.
- Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I., & Ommundsen, Y. (2009). Å bli fysisk aktiv. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Winther Jørgensen, M., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Woodhead, M. (1997). Psychology and the cultural construction of childrens' needs. I A. James & A. Prout (Red.), *Constructing and reconstructing childhood: contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: Falmer Press.
- Woodhead, M. (2005). Early childhood development: A question of rights. *International Journal of Early Childhood*, 37(3), 79-98. doi: 10.1007/BF03168347
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*: World Health Organization.
- Ytreberg, B. (2006). *Formidling av fysioterapikunnskap og praktisk kunnskap etter undersøkelse av et barn. En kvalitativ undersøkelse av erfarne barnefysioterapeuters verbalisering av kunnskaper i intervju og i skriftlige fysioterapirapporter*. (Masteroppgave). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Øien, I., Fallang, B., & Østensjø, S. (2010). Goal-setting in paediatric rehabilitation: perceptions of parents and professional. *Child: Care, Health & Development*, 36(4), 558-565. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.01038.x

- Østensjø, S., Øien, I., & Fallang, B. (2008). Goal-oriented rehabilitation of preschoolers with cerebral palsy-a multi-case study of combined use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) and the Goal Attainment Scaling (GAS). *Developmental neurorehabilitation, 11*(4), 252-259.
- Østrem, S. (2012). *Barnet som subjekt: etikk, demokrati og pedagogisk ansvar*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Åkerstrøm Andersen, N. (2003). *Discursive analytical strategies: understanding Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. Bristol: Policy Press.