Patientinddragelse: Hvad bliver det til?

En undersøgelse af patientinddragelse i fysioterapi

Hansen, Louise Søgaard

Publication date:
2021

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Hansen, L. S. (2021). *Patientinddragelse: Hvad bliver det til? En undersøgelse af patientinddragelse i fysioterapi*. Roskilde Universitet. Afhandlinger fra Ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi

Louise Søgaard Hansen

Patientinddragelse: Hvad bliver det til?

En undersøgelse af patientinddragelse i fysioterapi

- en ph.d.-afhandling fra Ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi

RUC

Louise Søgaard Hansen

Patientinddragelse: Hvad bliver det til?

En undersøgelse af patientinddragelse i fysioterapi

Vejleder:
Sine Lehn

Ph.d.-afhandling
Ph.d.-programmet Sundhed og Samfund
Ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi
Institut for Mennesker og Teknologi
Roskilde Universitet
Oktober 2021

Louise Søgaard Hansen:
Patientinddragelse: Hvad bliver det til? - En undersøgelse af patientinddragelse i fysioterapi

En udgivelse i serien *Afhandlinger fra Ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi*,
Roskilde Universitet

1. udgave 2021

ISBN: 978-87-91362-07-1

Omslag: Niels Hilfling Nielsen
Sats: Louise Søgaard Hansen
Tryk: Prinfo Paritas Digital Service

Forhandles hos Academic Books på RUC
Bygning 26
Universitetsvej 1
4000 Roskilde
Telefon: +45 44 22 38 30
E-mail: ruc@academicbooks.dk

Udgivet af: Ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi
Institut for Mennesker og Teknologi
Roskilde Universitet
Bygning 02, Postboks 260
4000 Roskilde
E-mail: forskerskolen@ruc.dk
Website: https://ruc.dk/phdskolen-mennesker-og-teknologi

Forskerskolens forord

Det er med stor glæde vi kan præsentere Louise Søgaard Hansens ph.d.-afhandling som bog. En ph.d.-afhandling er et 'svendestykke' som viser, at forfatteren har gennemført et selvstændigt forskningsarbejde under vejledning. En uddannelse ved Ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi, ved programmet Sundhed og Samfund indebærer, at den forskerstuderende indskriver sig i en humanistisk og samfundsvidenskabelig forskningstradition og bidrager med ny viden til feltet.

Sundhedsvæsenet er i disse år under voldsom forandring med tiltagende intensivering af arbejdsprocesser, øget specialisering og effektivisering. Der sker samtidig en forskydning af arbejdsopgaver fra sekundær til primær sektor samt til privatsfæren. I denne kontekst vokser begreber om evidensbasering, standardisering og brugerinvolvering også frem, både motiveret af forskellige brugerorganisationer, politik og videnskabelige innovationer. Det er i denne kontekst at Louise Søgaard Hansens afhandling er udarbejdet.

Afhandlingens hovedspørgsmål er:

Hvordan praktiseres medinddragelse i mødet mellem patienter og fysioterapeuter?

1. Hvilke dominerende tendenser kan identificeres i den internationale forskning om patientinddragelse i fysioterapeutisk praksis?

2. Hvilke sammenhænge er der mellem fysioterapeuternes praktisering(er) af inddragelse og de institutionelle rammebetingelser som det fysioterapeutiske arbejde udføres inden for?

3. Gennem hvilke logikker praktiseres patientinddragelse i mødet mellem fysioterapeuter og patienter?

Spørgsmålene besvares gennem interessante og grundige teoretisk informerede analyser af et omfattende empirisk materiale, bestående af observationsstudier, formelle og uformelle interviews med patienter og professionelle samt fokusgruppeinterviews. Desuden inddrages diverse styringsdokumenter.

Afhandlingen er en hybridafhandling, bestående af en reviewartikel i kombination med en udfoldet kappe. Reviewartiklen skitserer og analyserer den eksisterende forskning i inddragelse indenfor fysioterapeutisk praksis. Disse analyser bringes i spil med analysen af det empiriske materiale og til sammen udgør de herved et solidt fundament for identificering af tre styrende logikker; en ordnelogik, en målelogik og endelig en motivationslogik. Ordnelogikken systematiserer patienternes hverdagsliv ind i en fysioterapeutisk

håndterbar logik, gennem registreringsskemaer, handleplaner og dagbøger. Målelogikken kan ses i forlængelse af ordnelogikken; ved at måle og teste kropslige funktioner og derigennem skabe synlighed og orden. Denne logik har kroppen som sit professionsfaglige genstandsfelt, og tanken er, at ved at måle hver enkelt patient, så opnås en individuel plan. Målelogikken bliver forstået som inddragende, samtidig med at analyserne viser, hvordan standardiseringen af kropslige målinger udfordrer den faglige autonomi til at træffe beslutninger om fx varighed af behandling. Den tredje inddragelseslogik er en motivationslogik. I denne logik drejes fokus fra kroppen til patienternes mentale vilje til forandringer. Det er fysioterapeuternes blik på patienternes træning og især deres engagement i træningsaktiviteterne, som formes gennem motivationslogikken. Fysioterapeuterne forsøger løbende at 'opdrage' på patienterne med det formål at stimulere og motivere til mere og bedre træning. Ofte er det de patienter, som kan koble sig på de tilbudte konkurrence- og sportsdiskurserne, der fremstår som de mest ansvarlige patienter. Ideen er, at hvis det er virksomt blandt elitesportsudøvere, så er det det også blandt patienter med funktionsnedsættelser. Analyserne viser imidlertid problemerne ved denne logik; at den opleves fremmedgørende for mange patienter, med det resultat at de afkobles og reelt demotiveres. Til gengæld viser analyserne at det er muligt at arbejde med motivation på andre måder, som fx ved at inddrage hverdagslivet og patienternes egen dagsorden – og selv om der kun er få eksempler herpå i det empiriske materiale, kan dette antyde nye veje for motivation af patienter.

Det er på denne baggrund, at Louise Søgaard Hansen konkluderer, at patientinddragelse forstås og praktiseres gennem på forhånd temmelig faste professionslogikker i fysioterapi. Afhandlingen påstår således *ikke*, at der ikke eksisterer inddragelse i fysioterapeutisk praksis, men hovedpointen er, at der sker oversættelse af inddragelse ind i en fysioterapeutisk praksis, som er præget af logikker, hvis hovedformål det er at sætte hverdagslivet på skema; et skema der synliggør visse aspekter af hverdagslivet med funktionsnedsættelse. Dermed usynlig- og uvæsentliggøres væsentlige dele af hverdagslivet med sygdom og patienters ofte lange og mangfoldige erfaringer med funktionsnedsættelser. Resultatet bliver en inddragelsespraksis, der ofte taber båder patienterne og den viden de besidder om deres unikke situation og behov.

Afhandlingen udgør et vigtigt bidrag til og udfordring af normativt anlagte undersøgelser af patientinddragelse, som ofte i højere grad er optaget af den direkte udvikling af organisationer, professioner, viden og klinik. Med sin insisteren på at gå bagom de politisk-ideologiske og normative tænkemåder i forhold til patientinddragelse, bidrager afhandlingsarbejdet med vigtig viden om hvad der rent faktisk sker i praksis, der hvor inddragelsen finder sted. Undersøgelsen giver således et væsentligt bidrag til forståelse af både den samfundsmæssige, institutionelle og professionelle kontekst som indrammer og producerer mulighedsbetingelserne for patientinddragelse.

Bedømmelsesudvalget har hæftet sig ved at afhandlingen er både interessant, velbeskrevet, reflekteret, grundig og ambitiøs, idet hele konstruktionsarbejdet inddrager og tangerer en bred vifte af videnskabelige områder og tematikker fra sundhedspolitik og professionsteori til (videns)sociologi, hverdagslivsforskning, praxiologi, materialitetsstudier, medicinsk antropologi, institutionsanalyse og patientologi. Dette ses som en teoretisk styrke og argumenteres med fænomenets kompleksitet.

Derfor er det også både udvalgets og forskerskolens håb, at det afhandlingsarbejde der her foreligger i bogform, vil blive præsenteret for en bredere læserkreds.

Rigtig god læselyst!

Sine Lehn
Roskilde Universitet

Forfatterens forord

Denne afhandling er et resultat af store indsatser fra rigtig mange mennesker, og derfor vil jeg indlede med at sige tak.

Stor tak allerførst til de mange, mange patienter, jeg har mødt i mit arbejde gennem årene. I har alle lært mig om vigtige og væsentlige aspekter af, hvad det vil sige at søge efter mening med sygdom og finde gode måder at leve livet med de vilkår, det byder på.

Tusinde tak også til de fysioterapeuter og patienter, der inviterede mig indenfor i deres hverdag. Uden jeres velvilje, kunne dette projekt ikke være blevet realiseret.

Denne afhandling var heller aldrig blevet til noget, hvis ikke jeg havde nydt så stor opbakning, overbærenhed, engagement og ikke mindst tålmodighed fra en lang række mennesker:

Stor tak til mine alle mine gode kolleger på Center for Sundhedsfremmeforskning, Roskilde Universitet, men særlig tak til min vejleder Sine Lehn; uden dig, dine kloge input og din vedholdenhed – intet projekt! Stor tak også til min trofaste medlæser og kritiker Trine Schifter-Larsen for uundværlig støtte. Desuden naturligvis tak til alle mine ph.d.-kolleger, særligt Helle Vedsegaard, Marie Kolmos, Kitt Vestergaard, Nynne Barchager og Mai Schønau.

Tak til mine tidligere kolleger på fysioterapeutuddannelsen i Hillerød, Københavns Professionshøjskole for mange gode samtaler, og her en særlig tak til Rikke Schacht Laisen og Nils Erik Sjøberg.

I also want to take this opportunity to express my gratitude to all my colleagues at AUT, Centre for Person Centred Research, Aotearoa New Zealand. Especially Christine Cummins, Juliet Drown, Bobby-Jo Wilson, Gareth Terry, Joanna Fadyl, Suzie Mudge, David Nicholls, Barbara Gibson and Nicola Kayes who all engaged in valuable discussions about my work with this thesis, and in important and interesting conversations about person- and patient-centeredness. And Juliet; a special thanks to you for kindly assisting me in handling my English language, both in speaking and writing.

You all welcomed me with such warmth, overwhelming generosity and hospitality, for which I want to thank you very much.

Slutteligt vil jeg takke mine fantastiske, højtelskede venner og familie, min 'whānau'. I giver livet mening og værdi, og dette projekt står på skuldrene af jeres stor engagement

og aldrig svigtende opbakning. En helt særlig tak til dig; Thor, til min mor, til Mette og til Anne Mette for jeres ubetingede støtte.

Louise Søgaard Hansen
Oktober 2021

Indhold

Del I – Introduktion

Kapitel 1
Indledning

Denne afhandling handler om, hvordan patientinddragelse konstitueres i fysioterapeutisk praksis. Ideen om patientinddragelse har fået stigende fokus de seneste årtier både i hospitalssektoren og indenfor primærsektorens rehabiliteringstilbud, hvor fysioterapeuter er en stærkt repræsenteret profession. Hvorfor, hvordan og hvad det præcis vil sige at inddrage patienter findes der ikke entydige forståelser af, hverken forskningsmæssigt eller i praksis, og derfor er det også et fænomen der forandres, formes, forhandles og genforhandles alt efter de sammenhænge, hvori det praktiseres. Inddragelse er både en del af en bredere samfundsmæssig demokratiseringstendens, et varmt sundhedspolitisk emne, der trækker tråde både til økonomiske rationaler og kvalitetsforståelser i de ydelser patienter og borgere modtager, et begreb der nyder voksende forskningsmæssig opmærksomhed, men også en del af konkrete praksisser, hvori sundhedsprofessionelle og patienter mødes og hvor nogen skal inddrages i noget.

Fysioterapeuter er en central faggruppe indenfor genoptræning- og rehabiliteringsområdet, hvor et stærkt fokus på at inddrage patienter og borgere gennem deltagelse og aktiv involvering, også har vundet indpas. Men én ting er de politiske, økonomiske og teoretiske interesser og rationaler for hvorfor og hvordan inddragelse skal finde sted, noget andet er hvordan det konkret praktiseres i dagligdagen. Forskningen indenfor inddragelse og fysioterapi er sparsom, især i forhold til undersøgelser der beskæftiger sig med relationerne mellem de bredere samfundsmæssige og politiske tendenser og så den daglige praksis. Denne afhandling interesserer sig derfor netop for sammenhænge mellem forvaltningen af sundhedspolitiske målsætninger, og den konkrete fysioterapeutiske hverdag, hvor sådanne målsætninger skal forløses. Målsætninger, der både retter sig mod fysioterapeutens opgave om at sikre patientens funktionsniveau, men også retter sig mod mødet mellem de to, hvor fysioterapeuten skal sikre, at patienten inddrages.

Projektet er en etnografisk undersøgelse, der går tæt på den fysioterapeutiske virkelighed i tre kontekster udenfor sygehusvæsenet; Et fondsejet rehabiliteringscenter, en kommunal rehabiliteringsenhed samt en privat praksis. Jeg er interesseret i at undersøge sådanne praksisser af tre grunde; for det første fordi det er her langt de fleste fysioterapeuter i Danmark arbejder, for det andet fordi kontakten mellem patient og fysioterapeut her ofte er længerevarende og gentagen, og for det tredje fordi de tre forskellige organisatoriske forankringer tilføjer nuancer om forskellige mulighedsbetingelser for inddragelse af patienten.

Patientinddragelse
– Fremkomsten af en særlig ambition

Inddragelse af patienten har fået tiltagende opmærksomhed over de seneste årtier såvel sundhedsfagligt som politisk. Inddragelse fremstilles ofte som noget attråværdigt, noget som bør være helt grundlæggende i mødet mellem patient og sundhedsprofessionel. Noget, der ikke altid har været naturligt i mødet mellem patient og sundhedsvæsen, men som har fået tiltagende opmærksomhed gennem de seneste årtier. En udvikling, der er foregået samtidig med, at samfundene i den vestlige verden siden 1960'erne bredt set har oplevet, at demokratisering og borgerrettigheder har fået stigende opmærksomhed (Gimmler 2020). Indenfor sundhedsprofessionerne blev inddragelsesdagsordenen især sat i gang i slutningen af 1970'erne, hvor den medicinske etik blev formuleret (Beauchamp and Childress 1979), og hvor patienters rettigheder fik skærpet opmærksomhed. Det handlede om retten til at acceptere eller afslå behandlingstilbud, at blive behandlet ligeværdigt og retfærdigt og ikke mindst, at læger var forpligtede på at tale sandt (Jønsson et al. 2015).

Denne kobling mellem de bredere samfundsmæssige tendenser og professionel praksis ses fortsat, når det gælder patientinddragelse. Op gennem 80'erne, 90'erne og 00'erne, i takt med individualiseringstendenser i samfundet generelt, blev det i højere grad forventet, at patienterne var aktive, engagerede og tog ansvar for egen sundhed. Denne forandring skete i takt med, at nye former for styring af velfærdsstatens ydelser blev introduceret gennem New Public Management (Pedersen, 2010). Herigennem blev patienterne til brugere, der skulle behandles ligeværdigt med frihed til at vælge til og fra, men også med pligter til at holde sig sunde og raske. Især var der stor fokus på de såkaldte livsstilssygdomme, der som navnet antyder, blev knyttet direkte op på, at sundhed og sygdom var resultater af patienters valg af livsstil. I en dansk sammenhæng stod især KRAM-kampagnen fra midten af 00'erne stærkt, når det gjaldt formulering af menneskers ansvar og egne valg i forhold til egen sundhed (Mik-Meyer 2014). Den politiske bevågenhed, som patientinddragelse nyder godt af, er således både koblet op på en forandring i måden at forstå relationen mellem borgerne og velfærdssamfundet samtidig med at de nye styringsformer er stærkt forbundne med økonomiske rationaler (Holen 2015). Dermed kan patientinddragelse også forstås som en del af løsningen på en række udfordringer i velfærdsstaten, herunder den såkaldte 'dobbelte' demografiske udvikling med flere ældre. Hermed menes, at vi bevæger os mod et samfund med en større andel af ældre i befolkningen, dermed flere kroniske syge og mennesker med multisygdom samtidig med at der, grundet en mindre andel af unge i befolkningen, vil blive færre sundhedsprofessionelle til at varetage behandlingen (Gudnason et al., 2010; Liveng, 2016; Pedersen, 2012). Denne sammenhæng spores eksempelvis i servicelovens formuleringer om, at borgerne skal tilbydes rehabilitering, hvis det vurderes at kunne forbedre den enkeltes funktionsniveau i relation til at blive *mere uafhængig af hjælp* (Social- og Indenrigsministeriet 2020).

I sundhedspolitiske målsætninger forbindes patientinddragelse også med kvaliteten af de ydelser, der leveres. Dette gælder såvel udviklingen af sundhedspolitikker, organisering af indsatser og i det helt konkrete møde mellem professionel og patient. Det stigende fokus har manifesteret sig som én måde at måle kvaliteten i sundhedsvæsenet på. Inddragelse er indskrevet i Den Danske Kvalitetsmodel for hospitaler og kommuner (IKAS 2013, 2015), ligesom 'øget patientinddragelse' er formuleret som det ene ud af otte mål i det nationale program for kvaliteten i sundhedsvæsenet (Sundheds- og Ældreministeriet, KL, and Danske Regioner 2019). Patientinddragelse måles også jævnligt i landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser; de såkaldte LUP-undersøgelser (Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, KL, Danske Regioner 2016), som blandt andet kan bruges som et redskab til at udvikle kvaliteten i sundhedsvæsenet. Gennemgående i disse styringsdokumenter ses en grundlæggende fordring om, at patientinddragelse er centralt og at der bør arbejdes systematisk med at sikre den.

Hvordan patienten og medinddragelse kan forstås i sammenhæng med styrings-, kvalitets- og sundhedspolitiske rationaler, vil jeg komme nærmere ind på i det kommende kapitel, hvor jeg udfolder mulige sammenhænge mellem standardiseringer, kliniske retningslinjer og patientinddragelse. Men i denne mere overordnede introduktion har jeg med ovenstående søgt at anskueliggøre, hvordan inddragelse ikke blot drejer sig om de etiske fordringer om at lytte til patienten, men også har et politisk og økonomisk ophæng, hvor det ret konkret, set fra et ressourcemæssigt perspektiv, handler om nødvendigheden af patientens aktive deltagelse. Jeg vil nu for en kort stund vende blikket mod, hvordan inddragelse af patienten som ambition også har været forandrende for måder at forstå relationen mellem professionel og patient i sundhedsarbejdet.

Patientinddragelse i sundhedsfaglige forståelser

Sammenhængende og interagerende med den netop skitserede politisering af begrebet, udvikles, teoretiseres, konceptualiseres og diskuteres patientinddragelse også indenfor sundhedsvidenskabelig forskning og praksis. Her ses en udvikling fra et fokus på læge-patient relationen til at omfatte sundhedsfaglige professioner generelt. I den tidlige del af litteraturen kan også spores en anskuelse af inddragelse som en mere ideologisk båret forestilling, hvordan det kan forstås og praktiseres, som at se patienten som et unikt menneske (Balint 1969) og forstå patientens lidelser ved at se sygdommen med deres øjne (McWhinney 1989, i: (Mead and Bower 2000). I en tekst fra år 2000 foreslår Mead & Bower en model for 'patient-centeredness'[1] bestående af fem dimensioner (lægen, pati-

[1] Man kan diskutere om det engelske 'patient-centeredness' og det danske 'patientinddragelse' trækker på de samme idéhistoriske rødder, hvilket der ikke er et enkelt svar på. Direkte oversat

enten, den professionelle kontekst, den konkrete konsultations kontekst samt omverdens-faktorer) (Mead and Bower 2000). Ambitionen er desuden at diskutere, hvordan der kan udvikles mulige måder at måle patientinddragelse (eller: patient-centeredness) på.

Senere udvikles forståelsen til at omfatte det bredere rehabiliteringsfelt og i 2007 publicerede Leplége m.fl. en central artikel, der sammenfattede konceptualiseringer af person- eller patient-centeredness samt hvilke historiske rødder, begrebet trækker på (Leplege et al. 2007). Her viste de, hvordan ordet person havde vundet indpas i forståelserne, men at ordene 'patient' og 'person' blev brugt vilkårligt i relation til 'centeredness'. Man kan altså spore en form for opblødning af patientkategorien, idet hele rehabiliteringsfeltet begyndte at orientere sig mod 'personen' med en sygdom og ikke 'patienten' som repræsentant for en diagnose, altså en mere holistisk forståelse af patienten (ibid.)

I en senere diskursanalytisk undersøgelse viser Pluut (Pluut 2016), at patientinddragelse også kan ses som noget, der skal bidrage til bedre behandlingsudbytter. Denne forståelse, ser jeg, som værende forbundet med en mere biomedicinsk forståelse af, hvad inddragelsesperspektivet kan. Indenfor den forskningstilgang undersøges det blandt andet, hvordan og om det at inddrage patienterne kan have positiv indflydelse på selve udfaldet af behandlingen, og der peges på, at det kan være med til at øge patienttilfredsheden, at der bliver bedre overensstemmelse mellem patient og behandler samt bedre resultater af indsatserne (bl.a. (Coulter 2007; Coulter and Ellins 2006; Dierckx et al. 2013; Légaré et al. 2014; Martin et al. 2005). I forlængelse af den interesse, ses der i denne del af forskningen også en stor interesse i at udvikle forskellige redskaber til at sikre inddragelsen (se fx (Elwyn et al. 2012, 2014; Marrin et al. 2014; Stacey et al. 2017)

Slutteligt vil jeg pege på en sidste vigtig tendens, jeg mener har vist sig indenfor sundhedsvidenskaberne, som handler om at forstå patientinddragelse som et slags pædagogisk redskab, og hvor inddragelse blandt andet kommer til at handle om information, læring og motivation (se fx (Holmström and Röing 2010; Saha, Beach, and Cooper 2008). Jeg ser det som en forståelse, der er udviklet i et tværvidenskabeligt felt mellem sundhedsvidenskab, pædagogik og psykologi, hvor patientinddragelse ses som et lærings- eller motivationsredskab i forhold til at øge menneskers viden om sygdom eller få mennesker til at deltage i behandling og hjemmetræning og dermed tage ansvar for egen sundhed og sygdom. Denne tendens ses i forskningen ofte at hænge sammen et fokus på, hvordan motivation og de rette redskaber både kan sikre bedre behandlingsresultater, men også at sikre adfærdsændringer (Elwyn et al. 2014).

---

til engelsk vil inddragelse blive til 'participation' (eller 'engagement' og 'involvement'), og umiddelbart ser det ud til, at forskning, der anvender disse termer, i højere grad, handler om konkrete handlinger, som forventes af patienten, eksempelvis niveauet af deltagelse i særlige behandlingstilbud (som, hvor mange gange man er mødt op til fx genoptræning).

Opsamlende omkring inddragelsesbegrebet i disse nedslag i litteraturen, ser jeg, at det trækker i flere og modsatte retninger. På den ene side kobles inddragelse op på værdier om et holistisk syn på mennesker (Leplege et al. 2007), som knytter sig til en bred forståelse af sundhed, hvor sundhed ikke blot handler om fravær af sygdom, og at sundhed skabes i de sammenhænge, mennesker lever deres liv (WHO 1986). På den anden side bliver patientinddragelse koblet op på logikker om autonomi, som underforstået skal bringe den enkelte til at tage ansvar for egen sundhed gennem efterfølgelse af anvisninger, der er hentet i en sundhedsforståelse med rødder i en evidenstænkning (som eksempelvis KRAM kampagnen bygger på). Her er sundhed i højere grad defineret af fravær af sygdom.

Jeg vil til slut i denne introduktion til afhandlingens genstandsfelt ganske kort opridse nogle af de sammenhænge, som den fysioterapeutiske profession indgår i det danske sundhedsvæsen, og hvor patientinddragelse tænkes at foregå. En egentlig beskrivelse af fysioterapi i Danmark præsenteres i kapitel 3.

Fysioterapeutiske opgaver i sundhedsvæsenet

Fysioterapeuter varetager en række opgaver i det danske sundhedsvæsen, men er især knyttet til forebyggelses-, genoptrænings- og rehabiliteringsområderne. Fysioterapeuter arbejder med krop, bevægelse og funktionsevne og i mødet med fysioterapeuten er "information, vejledning og træning en vigtig del af behandlingen" (Sundhed.dk 2019). Traditionelt har fysioterapeuter varetaget genoptræning både i hospitals- og i praksissektoren, og i forbindelse med blandt andet strukturreformen i 2007 blev den kommunale fysioterapeutiske indsats styrket. Mødet og samarbejdet mellem fysioterapeuter og patienter kan ses som en afgørende faktor for patienters mulighed for at opnå og fastholde et hverdagsliv med mindst mulig smerte og funktionsnedsættelse og bedst mulig livskvalitet (Kristiansen et al. 2012; Martin et al. 2005). Det er i disse møder og samarbejder, at fysioterapeuter praktiserer deres faglighed indenfor nogle særlige institutionelle, sundhedspolitiske og –økonomiske rammer. Men også indenfor nogle særlige professionsfaglige rammer, som gennem de seneste årtier har betydet målrettet orientering mod akkrediteringer, evidensbasering af professionsudøvelsen og implementering af kliniske retningslinjer (Guldager 2014; Huus 2019; Lambrecht 2016, 2018). Det er i den rammesætning, at inddragelse af patienten tænkes at foregå. Hvordan det forløses i praksis, ser ikke ud til at være belyst i en dansk sammenhæng. Internationalt er forskningen stadig i sin vorden, men der peges på at til trods for en interesse i at arbejde patientinddragende indenfor fysioterapeutisk praksis, eksempelvis gennem en bio-psyko-social tilgang, er det uklart, hvad inddragelse vil sige, ligesom det ser ud til at være vanskeligt at få til at ske (Cheng et al. 2016; Dierckx et al. 2013; Jones et al. 2014; Schoeb and Bürge 2012; Wijma et al. 2017).

Problematisering

Med denne opridsning af patientinddragelse som politik, som sundhedsprofessionel aktivitet og den fysioterapeutiske praksis har det været min hensigt at vise, hvordan forskellige forståelser af patientinddragelse er ude at gå i det sundhedspolitiske og -faglige felt. At fænomenet gennem de seneste årtier, blandt andet via sundhedspolitiske og -faglige rationaler, er blevet til som et helt centralt og selvfølgeligt krav til sundhedsprofessionel praksis og noget som blandt andet fysioterapeuter implicit skal bestræbe sig på at praktisere i hverdagens møder med patienter.

Men én ting er at have sundhedspolitiske ambitioner om involvering og indflydelse, som samtidig kobles op på økonomiske rationaler, sådan at inddragelse også bliver et middel til at imødekomme knappe ressourcer i et presset sundhedsvæsen. Noget andet er hvordan denne rammesætning får effekter for, hvordan inddragelse kan forstås sundhedsfagligt og i princippet, hvilke spørgsmål patientinddragelse i en sundhedsfaglig optik skal svare på. Noget som stiller forskning i sundhedsvidenskab, og her i fysioterapi, en opgave med at skabe viden om patientinddragelse på måder, der svarer på de problemer, der sættes på dagsordenen; medbestemmelse, autonomi, frie valg, besparelser via indsatser der skal gøre patienten mere uafhængig af hjælp, kvalitetssikring af sundhedsydelser og ansvarliggørelse for egen sundhed. Litteraturen på området peger på, at disse udfordringer sandsynligvis også afspejles i den fysioterapeutiske professionsudøvelse, hvor det at arbejde patientinddragende synes at blive udfordrende. Inddragelse er noget, der skal indholdsudfyldes i den daglige praksis, hvilket stiller den enkelte fysioterapeut en opgave om selv at finde måder at praktisere patientinddragelse på, uden nødvendigvis at vide hvad det er, hvorfor og hvordan det gøres eller hvornår det er godt nok.

Gennem arbejdet med denne afhandling har jeg været optaget af at overskride mikro- og makroperspektiver og undersøge, hvordan de bredere samfundsmæssige problematiseringer og forestillinger om patientinddragelse får betydning i den konkrete daglige fysioterapeutiske praksis. Jeg stiller spørgsmål til, hvordan patientinddragelse "bliver til", og hvordan det forstås, fortolkes og omsættes til konkrete handlinger i den fysioterapeutiske hverdag.

Afhandlingen placerer sig indenfor en kritisk, humanistisk sundhedsforskningstradition. Min inspiration til overhovedet at stille spørgsmål, som grundlæggende udfordrer den selvfølgelig omgang med begreber som her; patientinddragelse, henter jeg i en poststrukturalistisk tænkning. Her er det netop ambitionen at stille spørgsmål til de selvfølgelige måder, vi indretter os på, og undres over hvordan noget helt naturligt bliver etableret som godt eller dårligt, rigtigt eller forket. Og i forlængelse af det; om der kunne være andre måder at forstå det på?

Jeg er overvejende inspireret af den franske idéhistoriker Michel Foucault, men undervejs udvides mit metodologiske blik med den hollandske filosof og etnograf Anne Marie Mol's praksisteoretiske tilgang. Tilsammen tilbyder de en mulighed for kritisk at se på det, der foregår i praksis, og i mit arbejde med denne afhandling at danne en ramme for mulige måder at forstå spørgsmål som; Hvilke forståelser af patientinddragelse ser ud til at virke her? Hvorfor og hvordan er de opstået? Hvordan gøres patientinddragelse? Hvilke betydninger ser det ud til at få, for fysioterapeuterne og for patienterne? Og hvilke andre måder at forstå og gøre patientinddragelse udelukkes gennem disse praktiseringer? Foucault's fokus på diskursiv praksis som virkelighedsskabende i sammenhæng med Mol's interesse for, hvordan praksis er situeret og hvor også materialitet som rum og fysiske objekter er virkelighedsskabende, danner således grundlaget for den forståelse, jeg har med mig, når jeg undersøger praktiseringer af fysioterapi i relation til patientinddragelse.

Med det videnskabsteoretiske udgangspunkt lægger jeg mig ikke fast på én specifik aftapning af patientinddragelse, men stiller mig derimod et sted, hvor jeg spørger til 'hvad det bliver til' i praksis? Det valg betyder dog ikke, at inddragelse kan være hvad som helst, og jeg vil i det kommende kapitel indkredse nogle overordnede forståelser, som jeg betjener mig af gennem afhandlingsarbejdet. Men at arbejde med en åben og bred forståelse af begrebet er uløseligt forbundet med min forskningsinteresse og mit metodologiske ståsted, og det får betydning for, hvordan jeg anlægger denne undersøgelse. At jeg så at sige må undersøge såvel forsknings- som praksisfeltet meget bredt for at se, hvordan inddragelse kan siges at emergere på varierende måder. Det kommer, som jeg vil vise gennem afhandlingen, til at udfordre mig analytisk, og vil også indebære, at jeg ikke kommer til at levere entydige svar på 'hvad inddragelse er eller bliver til' i fysioterapeutisk praksis. Gennem det etnografiske arbejde viste det sig, at inddragelse bliver til, men også bliver væk eller forsvinder på mangfoldige måder i møderne mellem fysioterapeuterne og patienterne, og ikke kan siges at være lokaliseret til særlige aktiviteter eller tidspunkter i de forskellige situationer. Dette er i sig selv et væsentligt fund, der leder til, at afhandlingen i højere grad siger noget om, hvordan særlige praktiseringer *også* kan ses som udtryk for patientinddragelse. Hvordan inddragelse så at sige opstår gennem praktiseringer af fysioterapi.

Med mit poststrukturalistiske afsæt for at forske i patientinddragelse, anlægger jeg grundlæggende det perspektiv, at patientinddragelse er en kompleks størrelse, der ikke nemt lader sig indfange. Derimod forstår jeg det som noget, der bliver til på mangfoldige måder, som noget der produceres og reproduceres gennem hegemoniske diskursive kampe og i konkrete, lokale praktiseringer. Inddragelse bliver så at sige til og forsvinder gennem de konstituerende kræfter, der virker i situationen. Jeg stiller med denne afhandling spørgsmål til 'hvad patientinddragelse bliver til' i fysioterapeutisk praksis?

Formål og forskningsspørgsmål

På denne baggrund er formålet med dette Ph.d.-projekt dermed at skabe ny viden om patientinddragelse som et fænomen, der er konstitueret af og bliver medkonstituerende for den fysioterapeutiske forskning og praksis. Det er målet at vise, hvordan patienter, fysioterapeuter, kontekstuelle forhold og indlejrede logikker, konstituerer særlige subjektpositioner, som får betydning for hvordan og på hvilke måder inddragelse bliver til i den konkrete praksis.

På baggrund af kapitlets opridsning af problemstillingen og mit metodologiske afsæt, stiller jeg følgende forskningsspørgsmål:

- Hvordan konstitueres patientinddragelse i fysioterapi?

Herunder opstilles tre underspørgsmål:

- Hvilke dominerende tendenser og logikker karakteriserer forskningsfeltet om patientinddragelse i fysioterapi?
- Hvordan håndterer patienter, der er i fysioterapeutisk behandling, livet med sygdom, og hvordan får det betydning for praktiseringer af inddragelse i mødet med fysioterapien?
- Hvilke positioner og subjektiveringsmuligheder opstår i mødet mellem patienter og fysioterapeuter, og hvordan får det betydning for praktisering at inddragelse?

Afhandlingens opbygning

Del I - Introduktion

Indeholder kapitel 1, 2 og 3. I kapitel 1, som er nærværende kapitel, har jeg med en mere overordnet tilgang indkredset afhandlingens forskningsambition, som har ført frem til forskningsspørgsmålet. I kapitel 2 introducerer jeg til det sundhedspolitiske og -faglige landskab, afhandlingen positionerer sig i, i relation til inddragelsesbegrebet. Kapitel 3 vil gå nærmere på fysioterapi og den fysioterapeutiske profession i en dansk kontekst.

Del II - Forskningsstrategi

Indeholder kapitel 4, 5, 6 og 7, som indledes i kapitel 4 med en introduktion til de ontologiske og epistemologiske grundlagsforståelser, afhandlingen hviler på. Herefter vil kapitel 5 indeholde en beskrivelse af den empiriske undersøgelse, herunder en introduktion til det empiriske felt og de metoder, der er anvendt. I kapitel 6 udfolder jeg to teoretiske begreber, dels om 'praktisering' og dels om 'subjektivering og kapitel 7 indeholder beskrivelse af analysestrategierne og processen. Afslutningsvist i kapitel 7 redegør jeg for to analytiske begreber om subjektpositioner og teknologier.

Del III – Analyser

Denne del indeholder kapitel 8, 9, 10, 11 og 12, hvor kapitel 8 primært udgøres af en forskningsartikel, der undersøger tendenser og logikker i forskningen om patientinddragelse i fysioterapi. Kapitel 9 handler om patienter i fysioterapeutisk behandling og deres håndtering af livet med sygdom, hvorefter kapitel 10 handler om praktisering af inddragelse gennem det, jeg kalder 'ordne-logik', som handler om, hvordan hverdagens krav og forventninger til behandlingen kan ordnes og struktureres gennem særlige teknologier. Kapitel 10 er en analyse af, hvordan praktisering af inddragelse også hviler på en 'målelogik' som primært drejer sig om målinger af kroppens duelighed. Og det sidste analysekapitel 12 udfolder det, jeg kalder 'motivations-logik', som handler om hvordan fysioterapeutisk træning og behandling indebærer et arbejde på kroppen, som patienterne motiveres og stimuleres til gennem særlige måder at tale og instruere på.

Del IV – Afslutning

Indeholder kapitel 13 og 14 som er afhandlingens vidensbidrag/konklusion og afrundende diskussion.

Kapitel 2
Inddragelse som politik og forskningsgenstand

Formålet med dette kapitel er at invitere ind i nogle af de grundlæggende forståelser, der har informeret arbejdet med denne afhandling, og afslutningsvist vise hvordan jeg forstår og bruger inddragelsesbegrebet gennem analyserne. Med kapitlet bestræber jeg mig på at 'vikle' nogle overordnede tematikker, der har særlig relevans for mit projekt, ud af de konstellationer, som jeg ser inddragelsesfænomenet være en del af.

Min undersøgelse handler om konstituering af inddragelse i én profession, men ideerne om inddragelse opstår, forandres og udvikles gennem mange sideløbende processer i forskellige felter, som fletter sig ind og ud af hinanden på talrige måder. Jeg har allerede i det indledende kapitel introduceret til rammerne for min undersøgelse, nemlig hvordan patientinddragelse konstitueres i mødet mellem sundhedsfaglige og -politiske ambitioner, og så den samtidige ambition om humanisering af sundhedsvæsenet. Med nærværende kapitel er det mit mål at uddybe, udvide og nuancere blikket på disse medkonstituerende kræfter, hvorigennem jeg så at sige foretager de nødvendige tilskæringer af feltet for at rammesætte min forskningsinteresse.

Jeg lægger ud med at gå mere i dybden med koblingen mellem patientinddragelse og de seneste årtiers politisering af 'patienten', men også til det stigende fokus på standardisering, kvalitetssikring og retningslinjer, der er sket i den periode. Derefter undersøger jeg, hvordan sådanne koblinger mellem inddragelse og politik får effekter indenfor den sundhedsfaglig forskning og praksis. Her vil jeg forsøge at optegne nogle af de fremtrædende positioner indenfor forskningen med henblik på at vise, hvordan jeg med min undersøgelse knytter an til allerede eksisterende viden, men også hvordan dette projekt adskiller sig herfra. Opsummerende vil jeg til slut, ved hjælp af kapitlets fremskrivninger, vise hvilke overordnede forståelser af inddragelsesbegrebet, jeg lægger mig op ad gennem denne afhandling.

Kapitlets skal ikke anses for at være en udtømmende beskrivelse af forskningen på området med henblik på at finde videnshuller men derimod at vise, hvordan forskellige underliggende logikker er med til at problematisere, definere eller forsøge at løse inddragelsesspørgsmålet (Alvesson and Sandberg 2011). En egentlig udfoldning af de dominerende tendenser og indlejrede logikker i forskningen om patientinddragelse i fysioterapi fremstilles i en forskningsartikel, jeg i samarbejde med min vejleder og en kollega har udarbejdet som en del af denne afhandling; "Patient-centeredness in physiotherapy – a

literature mapping review" (Hansen, Præstegaard, and Lehn-Christiansen 2021). Artiklen indgår i det første af afhandlingens analysekapitler (kapitel 8).

Patientinddragelse som politik

Som allerede slået an i indledningskapitlet ser jeg patientinddragelse som et begreb, der er opstået i gensidighed mellem bredere udviklinger i det moderne samfund, politiske og økonomiske rationaler, etiske fordringer og sundhedsvidenskabelige tendenser. Jeg interesserer mig for, hvordan patientinddragelse er opstået som et så selvfølgelig fokus i sundhedssektoren, at selv kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser blandt andet måles på tilfredsheden med at blive inddraget, noget der ville have været svært at forestille sig for 60-70 år siden. For at forsøge at komme det nærmere vil jeg indlede med at introducere til nogle af de politiske ideal-forestillinger, der ser ud til at herske omkring 'patienten' og relationen mellem patient og stat. Jeg ser sådanne fremstillinger af patienten som informerende for, hvad patientinddragelse kan tænkes at bidrage med i relation til velfærdsstatens sundhedsindsatser.

Patienten som politisk subjekt

Gennem den senmoderne periode er menneskers sundhed blevet et samfundsmæssigt anliggende i en sådan grad, at vi ifølge Kickbusch kan tale om, at vi lever et 'sundhedssamfund' (2007). Gennem det 20. århundrede har den biomedicinske viden ifølge Kickbusch fået magt til dels at definere konstruktioner om sundhed og sygdom, ligesom den har haft betydning for udvikling af dominerende styreformer (ibid.). Sidstnævnte får også betydning for, hvordan vi kan forstå det at være patient, og er medvirkende til, at denne er opstået i en ny og 'politisk' form. I en diskursanalyse af patienten som styringsredskab identificeres to dominerende diskurser, der ser ud til at være opstået i takt med velfærdsstatens udvikling (Pedersen 2010). Den ene, som kan ses som en forløber for den senere såkaldte 'markedsdiskurs', konstituerer et patientideal om en '*aktiv, ansvarsfuld, økonomisk bevidst og selvhjælpende patient*' (ibid.:28) som ikke unødigt belaster sundhedsbudgettet. Én, som har realistiske forventninger til sundhedsvæsenet, og selv yder et stykke arbejde for at holde sig sund og rask. 'Patienten' blev dermed allerede tidligt i den moderne velfærdsstat, i 1970'erne, forbundet med økonomisk styring og politiske ambitioner om at holde sundhedsudgifterne nede. Den anden patientdiskurs, der opstår i kølvandet på den første, særligt op gennem 1990'erne, er 'markedsdiskursen'. Den kan siges at være et udtryk for, at patienterne ikke længere forstås som sårbare og syge borgere, der skal drages omsorg for, men konstitueres som borgere der er forbrugere og brugere af sundhedsvæsenets ydelser, der ofte omtales som 'tilbud' (Pedersen and Kjær 2017).
Det ser altså ud til at særlige ideer om, hvordan 'patienten' forstås, knytter sig til særlige politiske problemer og løsninger (Pedersen 2010). Det betyder, at patienten både forstås

som en ansvarlig borger, der passer på sig selv og ikke stiller for store krav til sundhedsvæsenet, og som en 'kunde', der er aktiv og engageret vælgende. Denne moderne udgave af 'patienten' etablerer mulighedsbetingelser for at forstå patienten som én, der er ansvarlig for valg og fravalg, og dermed også som én der er ansvarlig for egen sundhed (ibid.). At pålægge individet et eget ansvar for såvel sundhed som sygdom blev tydeligt skrevet ind i den danske sundhedspolitik i slutningen af 1990'erne. Her tilføjede den daværende regering formuleringer om den enkeltes eget ansvar for sundhed og sygdom ind i den officielle sundhedspolitik (Vallgårda 2009b). Dette blev understreget og accentueret i årene efter, og i det nationale sundhedsprogram 'Sund hele livet' fra 2002, blev individets valg og ansvar skrevet tydeligt frem (Regeringen 2002). Senere kobledes også den enkeltes ansvar for sygdom sammen med disse forståelser, noget der i Danmark tog fart gennem den senere KRAM-diskurs, der opstod i kølvandet på en større undersøgelse af befolkningens sundhed i forhold til faktorerne; kost, rygning, alkohol og motion (Syddansk Universitet 2009). Gennem KRAM-diskursen blev biomedicinsk viden om årsagssammenhænge mellem en række faktorer og udvikling af sygdomme som blodpropper, åreforkalkning, diabetes, KOL[2] omsat til forebyggelsespolitik, hvorved mennesker som ikke tog de anbefalede doser af forebyggende træning, eller rygeophør til sig implicit kunne drages til ansvar for at have pådraget sig sygdom (Vallgårda 2009a). Man kan tale om en paradoksal forvandling af biomedicinsk viden om årsagssammenhænge i relation til sygdomme, som vendes på hovedet og gør individet ansvarlig for de sygdomme, de groft sagt påfører sig selv ved ikke at undgå risikofaktorer, uagtet at risikofaktorerne blot udgør en lille del af den samlede årsagsforklaring på sygdommes opståen.

Denne konstruktion af patienten som ansvarlig for såvel sundhed, men indirekte også for sygdom, ser ud til at blive betydningsfuld for politiseringen af inddragelsesbegrebet (Kjær and Reff 2010), og dermed også for de ambitioner og idealer, der kommer til at blive rammesættende for, hvordan inddragelse som begreb bliver til indenfor sundhedsforskningen. I konstitueringen af patienten som ansvarlig, aktiv og vælgende kobles patientinddragelse sammen med disse idealer. Derved risikerer patientinddragelse at blive en styringsteknologi, som skal sikre den enkeltes engagement og aktive deltagelse i egen helbredelse (ibid.).

Indenfor fysioterapien har konstruktionen af patienten som aktiv og deltagende været fremtrædende som ideal gennem en årrække (Præstegaard and Andersen 2018), hvilket jeg ser som værende etableret i en gensidig udvikling med blandt andet den fysioterapeutiske forskning, hvor der er produceret (og produceres) en stadig voksende mængde af studier, der undersøger evidensen for fysisk aktivitet som forebyggelse og behandling. Indenfor professionen er der forsket meget i, hvordan patientens aktive deltagelse og efterlevelse af fysioterapeutens instruktioner og vejledning kan sikres, hvilket i en del af

[2] KOL: Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (Sundhed.dk 2020)

forskningen kobles direkte sammen med at være karakteriseret som en patientinddragende tilgang (se fx (Bennell, Dobson, and Hinman 2014; Lawford et al. 2018; Loew et al. 2016).

Kvalitetssikring, retningslinjer – og patientinddragelse

Sideløbende og sammenkoblet med denne forandring af patientbegrebet, sker der en forandring i forståelsen af kvalitet, og hvordan den skal sikres, evalueres og måles i sundhedsvæsenet. I 2007 søsatte den daværende regeringen en kvalitetsreform "Bedre velfærd og større arbejdsglæde: Regeringens strategi for høj kvalitet i den offentlige service" (Regeringen 2007), som skulle sætte fokus på tre dimensioner af kvaliteten nemlig den faglige, den organisatoriske og den brugeroplevede. Sidstnævnte handlede især om målinger af 'brugertilfredsheden' med henblik på at vurdere kvaliteten, og som en mulighed for patienterne til at sammenligne tilfredshed på tværs af sundhedsvæsenet. Derigennem stadfæstes konstruktionen af patienten som en kunde, der kan anse sundhedsvæsenets ydelser som varer, man kan være mere eller mindre tilfreds med.

I denne periode blev også den danske kvalitetsmodel introduceret og styrket med etablering af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet i 2004. I beskrivelsen af målet med den danske model står blandt andet: "*Kvalitetsmodellen skal baseres på et fælles vurderingsgrundlag bestående af fælles, danske standarder med tilhørende indikatorer. Kvalitetsmodellen skal understøtte og fremme en systematisk, kontinuerlig selvevaluering og kvalitetsforbedring i de sundhedsinstitutionerne*" (IKAS 2016a). Med indførelsen af modellen og med kravet om akkreditering baseres kvalitet ikke længere på de professionelles vurderinger, men på evaluering af fastsatte nationale standarder og ekstern akkreditering[3] (Rasmussen 2012). Modellen skal, som det fremgår af citatet, også fremme 'selvevaluering', som kan ses som et nybrud, idet det installerer en selvstyringsteknologi; det, som Foucault kalder 'governmentality' (Dean 2006), som indebærer at de professionelle gennem selvevaluering bliver pålagt at 'styre og regulere' sig selv i en kvalitetsorienteret retning, eksempelvis gennem interne audits[4]. Derved bliver ansvaret for at sikre kvaliteten distribueret fra den oprindelige opdragsgiver og magthaver, nemlig staten, og ud til de lokale sundhedsprofessionelle praksisser, hvor sundhedsydelserne leveres. De professionelle kvalitetsovervåger og -udvikler dermed 'sig selv' i samarbejde med sundhedsmyndigheder og stat (Rasmussen 2012). Som en del af kvalitetsarbejdet, indføres desuden kliniske retningslinjer, der skal vejlede de sundhedsprofessionelle, som læger og fysioterapeuter, i behandlingen af sygdomme og

[3] Akkreditering: "*Kvalitetsvurdering, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt af fælles standarder.*" (Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet, 2006 fundet i (IKAS 2016a).

[4] Audits: "*Audit er en proces, hvor en gruppe fagpersoner analyserer resultatet af en dataindsamling fra forskellige datakilder, journaler, sygeplejefaglige optegnelser ol. På baggrund af analysen kommer gruppen med forslag til eventuelle forbedringstiltag*" (IKAS, 2013, p. 12)

funktionsproblemer. Ifølge Obling (2010) kan denne bevægelse forstås som en mulig forklaring på den stadig tættere kobling mellem politiske og administrative styringsformer og de sundhedsprofessionelles arbejde, der i stigende grad orienterer sig mod tilrettelæggelse af arbejdet efter standarder og beskrevne procedurer. Kliniske retningslinjer bliver et af de værktøjer, der skal sikre en evidensbaserede praksis, hvorigennem en kobling mellem biomedicinsk evidenstænkning og kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet etableres. Igennem sin undersøgelse af særlige pakkeforløb for kræftpatienter viser Obling (ibid.), hvordan ord hentet fra moderne styringsidealer om 'effektivitet' og 'optimering' er blevet indoptaget og genfindes som sundhedsprofessionelle begreber, som et udtryk for den tætte alliance mellem klinikeren i det medicinske felt og det administrative system (2010:123). Og netop kliniske retningslinjer har stor bevågenhed også indenfor fysioterapien i Danmark, hvor alle kendte og relevante retningslinjer ligger tilgængelige på de faglige selskabers hjemmesider, og opdateres løbende (Dansk Selskab for Fysioterapi 2021b). Der arbejdes desuden målrettet på at udvikle selvstændige retningslinjer for fysioterapi på en lang række områder (ibid.). Fysioterapi i regioner og kommuner har ligeledes gennemgået akkrediteringsprocesser, og netop i disse år er praksissektoren (de private fysioterapiklinikker) også undervejs med at blive akkrediteret.

I relation til patientinddragelse, er der i den danske kvalitetsmodels akkrediteringskrav, formuleret, at "*standarderne skal sikre [..] inddragelse af patienter [..]*". Indenfor eksempelvis sygehus- eller kommunale indsatser indebærer akkrediteringsstandarderne for borgerinddragelse, at "*Partnerskab handler ikke kun om at give borgeren valgmuligheder og mulighed for at bestemme. Det handler også om, at borgeren og personalet sikrer sig et fælles udgangspunkt. Dette kan ske ved, at borgeren stiller spørgsmål, forstår sin sygdom, bidrager med viden om egen situation og aktivt tager del i de indsatser, der ydes til borgeren*" og at "*Det handler ikke om, at den professionelle kan overdrage sit ansvar til borgeren. Den sundhedsprofessionelle kommer med faglig viden, og borgeren kommer med viden om egen livssituation og med sine oplevelser og præferencer*" (IKAS 2016a). Der fastsættes altså nogle grundlæggende og ret brede formuleringer af, hvordan medinddragelse skal forstås, som jeg i højere grad læser som en slags hensigtserklæring, der beskriver en idealiseret forestilling om, hvad inddragelse skal være, mere end en egentlig 'standard', men dog med forventninger om inddragelse af borgerens viden, og til gengæld også en forventning om dennes aktive deltagelse. I regionerne måles patientinddragelse gennem de nationale LUP-undersøgelser[5], hvor patienter via spørgeskemaer blandt andet svarer på, om de har talt med de professionelle om, hvordan de skal håndtere deres sygdom og om de har været involveret i beslutninger vedrørende behandlingen. Sygehusene opfordres til at bruge disse undersøgelser i deres videre kvalitetsudvikling. I akkrediteringsstandarderne for praksissektoren i fysioterapi, som netop er i færd med at blive akkrediteret, har det været en interessant iagttagelse, at inddragelse ikke er nævnt i materialet til forskel

[5] LUP: "*Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser som årligt måler patienter og pårørendes oplevelser af mødet med det danske sundhedsvæsen på tværs af regioner og hospitaler*".(Region H 2021)

fra de andre sektorer indenfor sundhedsvæsenet (IKAS 2019), hvilket kan hænge sammen med, at det er en privat sektor, som primært er styret via økonomiske rammeaftaler. Som jeg ser det, bygger akkreditering på logikker, hvor arbejdsprocesser med undersøgelse og behandlinger af patienterne kan og skal skemalægges, standardiseres, optimeres og strømlines med henblik på kunne vurdere, sammenligne og evaluere arbejdet. I en del af den litteratur, der findes indenfor den sundhedsvidenskabelige forskning om patientinddragelse, ser jeg netop, hvordan styrings-, målings- og effektiviseringslogikker gennemtrænger, især den mere biomedicinsk orienterede tilgang til inddragelse, hvilket jeg vender tilbage til om lidt. Jeg har allerede været inde på alliancen mellem det medicinske felt og kvalitets- og optimeringstænkningen, som Obling peger på i sit studie (2010), og det er blandt andet sådanne inddragelsesforståelser, jeg vil udforske nærmere i det følgende, ligesom jeg også udfolde de mere kritiske forskningsperspektiver på området.

Patientinddragelse i sundhedsfaglige forskning

Jeg har valgt i det følgende at foretage nogle nedslag i forskningen, som jeg mener kan illustrere nogle overordnede linjer i det spændingsfelt den fysioterapeutiske, sammen med andre professioner, befinder sig i, når det drejer sig om forskning og praktisering af patientinddragelse. På den ene side, i en evidens- og effektivitetsorienteret tilgang, kan inddragelse forstås som et redskab til at forbedre behandlingsresultater (Légaré et al. 2014) og på den anden side som en adgang til patienternes viden om livet med sygdom (Langberg, Dyhr, and Davidsen 2019). Jeg vil vise, hvordan patientinddragelse på forskellig vis konstitueres i sundhedsforskningen, hvor begrebet fortolkes og omsættes på mangfoldige måder. De flertydige forståelser rejser en problematik om, at der på trods af enighed om, at inddragelse er ønskværdigt, ikke er enighed om, hvad det egentlig indebærer, endsige hvordan (og om) ambitionen indfries i det daglige arbejde med patienterne (Freil et al. 2014; Jönsson et al. 2013). Derfor kalder det også på en kritisk forholden sig til, både hvad der menes, og hvad der rent faktisk gøres, når vi taler om inddragelse, hvilket aktualiserer denne afhandlings centrale spørgsmål.

Det er ikke min hensigt at tegne et blot tilnærmelsesvist fyldestgørende billede af forskningen på området, men derimod at søge at positionere mit projekt i nogle af de bredere tendenser, der tegner sig og derigennem til slut vise, hvordan det har informeret den forståelse af inddragelse, jeg lægger til grund for min undersøgelse af, hvordan inddragelse konstitueres i fysioterapi.

Patientinddragelse ét begreb – mange udgaver

Flere har nærmet sig inddragelsesbegrebet gennem afsøgning af den tilgængelige litteratur på området i den hensigt at undersøge og klarlægge diskursive konstruktioner af inddragelsesbegrebet, ofte med det formål at etablere en fælles forståelse (Langberg et al. 2019; Leplege et al. 2007; Mead and Bower 2000). Helt overordnet peger de samstemmende på, at inddragelse handler om at anlægge en holistisk bio-psyko-social tilgang, at se patienten som person og inddrage dennes viden og erfaring med livet med sygdom samt sikre, at patientens ønsker og værdier adresseres. Leplege m.fl. (2007) finder, at det ikke kun drejer sig om at inddrage patientens viden, men også omvendt; at behandlingen skal adressere de udfordringer som den enkelte har i hverdagslivet. Desuden fremhæver de også den etiske komponent om at respektere 'personen bag sygdommen', sikre værdighed og undgå stigmatisering. I en dansk sammenhæng beskriver Danske Patienters[6] videnscenter for brugerinddragelse; ViBIS, at (individuel) inddragelse "*handler om at bruge den viden patienterne har om livet med sygdom og de praktiske omstændigheder, der former det, deres erfaringer med behandling og pleje, og deres præferencer og holdninger til risici*" (ViBIS 2018).

Flere peger samtidig på, at der findes andre og tilgrænsende begreber, der ofte bruges sammen med eller som erstatning for inddragelsesbegrebet. Det drejer sig eksempelvis om begreber som patient-empowerment, -deltagelse, -involvering, hvis forskellige anvendelser indenfor en hospitalskontekst, er undersøgt i et andet review (Castro et al. 2016). Her ser det ud til, at empowerment bruges som en bredere term, som handler om at gøre patienterne i stand til at tage hånd om eget helbred gennem kapacitetsopbygning (ibid.). Patientdeltagelse (patient participation) handler om, at patienterne er deltagende i de beslutninger, der tages i forhold til deres behandling og endeligt, at begrebet patientinddragelse (patient-centeredness) handler om, at undersøgelse og behandling hviler på en bio-psyko-social, individualiseret og empowerment-faciliterende tilgang til patienten. Dermed viser denne undersøgelse, at patientinddragelse kan ses som en vej til at skabe til empowerment (ibid.:1931), og dermed en tilgang, der skal sikre patienternes evne til at tage hånd om eget helbred.

Indenfor den fysioterapeutiske forskning er der også et voksende fokus på selve inddragelsesbegrebets betydning, hvilket er undersøgt i flere litteraturreviews (Cheng et al. 2016; Dukhu, Purcell, and Bulley 2018; Schoeb and Bürge 2012; Wijma et al. 2017). Disse studier peger på flere forskellige forståelser og kvaliteter ved inddragelsesbegrebet, blandt andet at det handler om individualiseret behandling, om fastsættelse af behandlingsmål, om ligeværdig kommunikation og om patientuddannelse. I det tidligere omtalte review,

[6] Danske Patienter: En paraplyorganisation, der har en lang række af danske medlemsorganisationer, der repræsenterer patient- og pårørendeforeninger. I skrivende stund er der 23 medlemsorganisationer og 104 foreninger (Danske Patienter 2021)

som præsenteres i afhandlingens kapitel 8, har jeg selv, i samarbejde med andre, undersøgt hvordan der forskes i patientinddragelse i fysioterapi. Her finder vi også, at der er flere inddragelsesforståelser i spil, som hviler på forskellige underliggende logikker (Hansen et al. 2021). Helt overordnet finder vi to gensidigt udelukkende tendenser i forskningen, nemlig én der anser patientinddragelse som komplekst og sammenhængende med patienters oplevelser med livet med sygdom, og én der handler om at forstå patientinddragelse som et fænomen, der kan "løses" ved hjælp af nogle særlige greb, som eksempelvis standardiserede modeller og teknologier (ibid.).
Cheng m. fl. (Cheng et al. 2016) peger på, at i de studier, der indgik i deres undersøgelse ikke fandtes nogen egentlige bud på, hvad patientinddragelse drejer sig om, men derimod beskrivelser af, hvordan det skulle implementeres og hvad det betyder for praksis. De problematiserer den manglende enighed og fælles definition (ibid.), fordi de mener, at så længe der ikke findes et egentligt fælles udgangspunkt for hvad inddragelse er, så vanskeliggør det "operationalisering og effektmåling" af det. Denne problematisering finder jeg vigtig i relation til min egen forskningsambition, fordi den viser noget om, hvilke underliggende antagelser omkring inddragelsesbegrebet, der kan findes i forskningen; at der i fysioterapien (og i øvrigt også i resten af det sundhedsfaglige felt) er interesse i at operationalisere og effektmåle inddragelse. Dette ser jeg som sammenhængende med ambitionerne om at standardisere og kvalitetssikre arbejdet, men især ser jeg det som et udtryk for at inddragelse er en sundhedsmæssig foreteelse, der skal kunne 'betale sig', at der skal være effekt, og at det skal kunne måles.

Jeg vil i det følgende ridse op, hvordan fokus på effektmåling og effektivitet kommer til udtryk i dele af forskningen på området.

Patientinddragelse som intervention?

Bredt set findes der indenfor den sundhedsvidenskabelige litteratur en del, der viser, hvordan patientinddragelse kan bidrage til forbedring af såvel behandlingsresultaterne som af de øvrige indsatser, patienterne modtager i sundhedsvæsenet (vejledning, uddannelse o.l.) (Coulter 2007; Coulter and Ellins 2006; Légaré et al. 2014; Martin et al. 2005; Rathert, Wyrwich, and Boren 2013; Stacey et al. 2017). En tilsvarende forskningsinteresse findes også, hvis man dykker ned i det fysioterapeutiske felt, (se fx (Bishop et al. 2012; Feldthusen et al. 2016).

At forstå patientinddragelse som en form for 'intervention', der har til formål at skulle forbedre behandlingens effekt, mener jeg er interessant, men også vigtigt for rammesætningen af min undersøgelse. Især da noget tyder på, at denne forståelse er udbredt i det fysioterapeutiske felt, sådan som vi også viser det i vores review i kapitel 8 (Hansen et al. 2021). Én effekt ved at se inddragelse som en art intervention er, at det giver anledning til at udvikle praksisorienterede, standardiserede og målbare metoder, der kan bringes i

anvendelse, når patienten skal inddrages (Coulter and Collins 2011; Elwyn et al. 2012; Stacey et al. 2017). Derfor ses en interesse i at udvikle forskellige teknologier i form af modeller, samtaleværktøjer og andre kommunikationsredskaber, som har til formål at både at sikre, at patientinddragelse sker, men også at kunne måle om og hvordan det virker. Eksempler på sådanne teknologier kunne være Shared Decision Making (SDM), der skal sikre at alle elementer i en inddragende tilgang inkluderes (Elwyn et al. 2012), eller 'Option Grid™decision aids', som skal assistere professionelle og patienter i fx at sammenligne forskellige behandlingsmuligheder (Marrin et al. 2014). Eller slutteligt de særligt udviklede, validerede og meget aktuelle spørgeskemaer; patient rapporterede oplysninger (PRO)[7].

Når patientinddragelse begrebssættes som en form for behandlingstiltag, der kan arbejdes med via særlige metoder, bliver nogle af de kvaliteter, som begrebet tillægges, så som at inddrage patientens egen viden om livet med sygdom, at skabe fælles beslutninger med udgangspunkt i en individualiseret tilgang o.l. også til en form for professionelt 'værktøj', der har til formål at effektivisere og optimere sundhedsvæsenets ydelser. Det problematiserer Coulter & Ellins blandt andet (Coulter and Ellins 2006), når de påpeger at en patientfokuseret tilgang er mere uforudsigelig og kontekstbunden og derfor langt sværere at måle på, end andre kliniske interventioner, der kan undersøges ved hjælp af kliniske effektstudier. Og de advarer da også policy-makers om at fokusere på en inddragende tilgang som et svar på, hvordan man kan effektivisere og kvalitetsforbedre sundhedsvæsenet, fordi et sådant fokus også vil sløre nogle af de egentlige sundhedsmæssige fordele ved at arbejde patientinddragende (ibid.). Og derfor peger de på at for at opnå ovennævnte effekter, skal den inddragende tilgang ses som et supplement eller en forstærkning af den indsats, der allerede ydes og ikke som en erstatning herfor (Coulter and Ellins 2006; Martin et al. 2005)

Kritiske blikke på inddragelsesbegrebets rationaler og diskurser

I den kritiske forskning ses både nationalt og internationalt undersøgelser, der interesserer sig for spørgsmålene om, hvordan og hvorfor patientinddragelse er opstået og hvilke problemer det skal være med til at løse (se fx Holen 2015; Leplege et al. 2007; Pedersen 2010; Pedersen and Kjær 2017; Pluut 2016). Sådanne perspektiver er især væsentlige for denne afhandling, fordi jeg med mit videnskabsteoretiske afsæt i poststrukturalismen netop stiller spørgsmål ved selvfølgelige antagelser. Antagelser som i relation til medinddragelse kunne være, at patientinddragelse er af det gode og noget man som sundhedsprofessionel er forpligtet til at sikre – og noget der relativt enkelt kan løses ved hjælp af diverse redskaber, som jeg netop har været inde på.

[7] "PRO-data er patientens svar på spørgeskemaer om deres helbredstilstand, som patienten/borgeren selv udfylder. Svarene kan anvendes i mødet mellem patient og sundhedsfaglig, fx til beslutningsstøtte eller dialogstøtte, og på tværs af sektorer" (pro-danmark.dk 2021)

I en undersøgelse af patientinddragelse viser Holen (2015), gennem en diskursanalytisk tilgang, hvordan medinddragelse af patienterne ser ud til at trække på en række forskellige rationaler, herunder et neoliberalt rationale, der handler om styring og relationen mellem borgere og stat, som også Pedersen viste i sin diskursanalytiske undersøgelse af 'patienten' (Pedersen 2010). Holen viser desuden, at der også trækkes på et biomedicinsk rationale, hvor inddragelse handler om at få informationer fra patienterne, et professionsfagligt rationale, der handler om udviklingen af et nyt domæne som særligt knytter an til semiprofessionerne, et patientorganisatorisk som handler om at sikre patienternes stemme, og endelig et etisk og omsorgsorienteret rationale, der handler om at se patienten som et 'helt menneske' (Holen 2015). Medinddragelse ser altså, iflg. Holen, ud til at trække på mange og komplekse sammenhænge, og herunder også de tidligere nævnte ideer, der henter tankegods fra politikker om, at den enkelte har ansvar for egen sundhed. Og dermed også bestemte måder patienter og sundhedsprofessionelle skal 'gøre' inddragelse på, blandt andet at inddragelse handler om udveksling af informationer mellem patient og professionel, hvor patientens bidrag vil være at tilføre de professionelle viden, sådan at de kan informere patienten om de 'rigtige' handlinger, så patienten, gennem rationelle processer, vil tage de rigtige beslutninger i forhold om egen sundhed (ibid.). Derved ser 'inddragelse' ud til at blive til indenfor nogle faste tankefigurer om, hvad de professionelle kan/gør, og hvad patienten kan og skal.

I relation til det internationale forskningsfelt, vil jeg for en kort bemærkning vende tilbage til to litteraturgennemgange af konceptet (Leplege et al. 2007; Pluut 2016), som på lignende vis beskæftiger sig med, hvordan inddragelse etablerer forskellige forståelser af hvad det indebærer for patient og for professionel. Leplege m.fl. (Leplege et al. 2007) peger i deres undersøgelse af begrebet (patient- or personcenteredness) på, at en del af forklaringen på vanskelighederne for sundhedsprofessionelles konceptualisering af begrebet er, at der er en indlejret dobbelthed, som indebærer at patienten (eller personen) både konstitueres som objektet – den der handles på – og som det handlende subjekt. Det efterlader blandt andet spørgsmålene om, hvem der skal inddrages af hvem og i hvad? Skal patienten inddrages i egen behandling i den forstand, at man modtager viden og information og deltager aktivt fx gennem træning og hjemmeøvelser? Eller er det den professionelle, der skal inddrages i patientens oplevelser og symptomer på sygdom?

Lignende spørgsmål rejses også hos Pluut (Pluut 2016) i den senere diskursanalyse, hvor hun identificerer tre overordnede diskurser indenfor inddragelsesfeltet; Én som trækker på en omsorgstænkning, hvor det handler om at lindre og kompensere patientens udfordringer med sygdom. En anden der handler om lydhørhed, hvor menneskelig identitet er foranderligt og kontekstbundet, og hvor skræddersyet kommunikation står centralt. Og en sidste, der i højere grad trækker på en empowerment-forståelse, hvor patienten vejledes og coaches i forhold til at tage ansvar for beslutninger og til at tage hånd om egen

situation gennem hjælp til selvhjælp (ibid.). Pluut peger på, at der er stort fokus på at beskrive, hvordan begrebet konstrueres i de pågældende diskurser, med andre ord; hvad der er den 'rigtige' betydning af patientinddragelse. Men også hvordan diskurserne konstruerer patienter og professionelle på vidt forskellige måder, og hvordan diskurserne stiller vigtige spørgsmål til hinanden. Et af de centrale spørgsmål er, hvilken rolle de professionelle skal have; skal patientens ønsker og muligheder udforskes og følges i det omfang patienten ønsker det? Eller skal den professionelle overbevise patienten ind i en særlig retning? Pluut lægger op til at undgå en overfladisk omgang med begrebet, men netop anerkende diversiteten, diskurserne og de konflikter der kan peges på og dermed åbne for kritisk refleksion over, hvordan det kan forstås og gøres (ibid.).

Konstituering af afhandlingens inddragelsesforståelse

Med udgangspunkt i denne meget brede orientering i litteraturen på inddragelsesfeltet, som jeg netop har fremstillet, vil jeg nu vise, hvordan det har informeret de forståelser, jeg betjener mig af gennem mit arbejde med denne afhandlings analyser. Jeg har med kapitlet illustreret et (lille) udsnit af det landskab afhandlingen positionerer sig i, både i relation til hvordan patienten kan ses som en del løsningen på sundhedssektorens ressourceudfordringer, men også hvordan sådanne konstitueringer af patienten som selvstændig, ansvarlig og aktiv deltagende fletter sig sammen de mulighedsbetingelser, der rammesætter patientinddragelse i sundhedsvæsenet, og dermed også i fysioterapi. Sådanne politiserede patientidealer får betydning for fremvæksten af et vidensfelt om inddragelse, hvor hegemoniske kampe udspiller sig. Kampe om hvilke værdier patientinddragelse knytter an til, hvordan det skal forstås som sundhedspraksis og ikke mindst hvordan det skal omsættes til virkelighed i mødet med patienterne. Inddragelse kommer blandt andet til at virke som en kvalitetsparameter og til at blive en form for ydelse, patienten modtager og som kan håndteres gennem forskellige metoder og dermed også kan gøres til genstand for måling og evaluering. Samtidig kommer det til virke som en tilgang, der skal sikre ligeværdige relationer mellem patienter og sundhedsprofessionelle, og hvor patienternes viden og erfaring skal bringes ind.

Igennem denne afhandling er det min ambition at finde ud af, hvordan inddragelse konstitueres i den fysioterapeutiske profession, og derfor er det nødvendigt at klargøre, hvordan jeg arbejder med inddragelsesbegrebet i anlæggelsen af min undersøgelse – fra design til de endelige analyseprocesser. Med en ambition om en kompleksitetssøgende tilgang, anser jeg det for væsentligt, at jeg på den ene side forholder mig åbent overfor de medkonstituerende kræfter, der viser sig, hvormed inddragelse potentielt kan blive til på et væld af måder og med mange fremtrædelsesformer. Og på den anden side, for ikke at lande i en situation, hvor hvad som helst kan forstås som inddragelse, må jeg også forholde mig til, hvad jeg forstår ved begrebet, bredt set.

Jeg har netop demonstreret, at inddragelsesbegrebet befinder sig i et meget komplekst felt, og med det in mente vælger jeg helt grundlæggende at anlægge den forståelse, at inddragelse dybest set handler om "nogen skal inddrages i noget". Og mere konkret er jeg informeret af de teoretiske fremskrivninger i kapitlet, som anser patientinddragelse for blandt andet at handle om at inddrage patienternes viden og erfaringer om livet med sygdom, smerter og funktionsnedsættelser, og hvordan det er med til at forme hverdagen på nye måder (Langberg et al. 2019; Leplege et al. 2007; Mead and Bower 2000; ViBIS 2018). Og at inddragelse også handler om, at det, der foregår i mødet mellem professionelle og patienter retter sig mod at adressere de udfordringer, patienterne oplever i hverdagen (Leplege et al. 2007).

Denne fremskrivning af en meget bred forståelse af, hvad patientinddragelse kan dreje sig om, etablerer min indgang til undersøgelsen. Samtidig vil jeg undervejs bestræbe mig på at være bevidst om mit iagttagelsesperspektiv med henblik på at udforske de mulige konstitueringer. Inden jeg introducerer til, hvordan jeg vil arbejde med de bestræbelser, vil jeg i det kommende og afsluttende kapitel i Del I, gå tættere på den fysioterapeutiske profession, som jo er der, afhandlingens empiriske udforskning tager sit udgangspunkt.

Kapitel 3
Fysioterapeuter som inddragelsesprofessionelle

For at sætte de senere analyser ind i en mere overordnet ramme præsenterer jeg i dette kapitel en kort introduktion til den fysioterapeutiske professions historie og arbejdsområder i Danmark. Herefter vil jeg vise nogle af de betydninger akademisering af professionen har fået i forhold til dominerende vidensforståelser samt betydningen heraf i relation til inddragelse. Kapitlet afsluttes med et indblik i nogle af de professionsfaglige fremskrivninger af patientinddragelse, som kan findes i fysioterapeuternes faglige organisation.

Fysioterapi som profession i Danmark

Jeg indleder med et kort tilbageblik i den fysioterapeutiske professions udvikling; hvordan den har forandret sig fra at være et løst forbundet netværk af kvindelige massøser sidst i 1800-tallet til den nuværende velfærdsprofession, der er fast forankret i det danske sundhedsvæsen, og som har set en stigende akademisering af faget gennem de seneste årtier.

I Danmark opstod forløberne til den fysioterapeutiske profession i sidste halvdel af 1800-tallet som resultat af en række lægers interesse for den svenske sygegymnastik (Jacobsen 2018). I den periode opstod flere institutter for medicinsk gymnastik i København, og behandlingerne begyndte langsomt at indbefatte massage, som allerede var en medicinsk behandlingsmetode. Uddannelsen til massøse foregik på privatejede institutter i København og i 1909, i forbindelse med oprettelsen af Sundhedsstyrelsen, blev massøser for første gang omtalt som en faggruppe og massage som en anerkendt lægefaglig behandlingsmetode (ibid.). I årene efter fandt en længere intern faglig kamp sted mellem lægerne om, hvorvidt man kunne bakke op om en egentlig autorisation af massøser, da det ville udgøre en ny stand, der var i konkurrence med lægerne selv og udfordre deres monopol på behandling. Enden blev dog en lægefaglig autorisation, som blev en realitet første gang i 1915, og i 1918 organiserede massøser sig i en fælles faglig organisation[8], i dag kendt som Danske Fysioterapeuter[9]. I Danmark, som ikke deltog i 1. verdenskrig, hvor massøser fx i Storbritannien ellers bidrog til behandlingen af sårede soldater, blev det tiden efter den næste store krig, der kom til at blive banebrydende for fysioterapeuterne. Her blev

[8] "Den almindelige danske Massageforening" med undertitlen 'Organisation for de lægeautoriserede Massører og Sygegymnaster i Danmar*k*' (Jacobsen 2018)
[9] Danske Fysioterapeuter: Fag- og interesseorganisation for fysioterapeuter I Danmark

det særligt genoptræning af soldaters krigsskader og polioepidemiens effekter, der fik stor betydning for faget, som blomstrede i årene efter som følge af de gode behandlingsresultater.

Fysioterapeuter løser i dag opgaver i stort set alle dele af det danske sundhedsvæsen, og det centrale i arbejdet er menneskers evne til at bevæge sig (Bjørnlund, Lund, and Sjöberg 2018). Fysioterapeuter arbejder med kroppens smerter og funktionsevne, dvs. bevægefunktioner i led, muskler og sener, både i forhold til sundhedsfremme, forebyggelse og behandling. Iflg. Verdenssammenslutningen for Fysioterapi (WCPT) handler fysioterapi om at "*identificere og optimere livskvalitet og bevægelsespotentiale inden for områderne forebyggelse, behandling, intervention, habilitering og rehabilitering. Det omfatter psykisk, emotionelt og socialt velbefindende. Fysioterapi indebærer interaktion mellem fysioterapeut, patienter og klienter, andre sundhedsprofessionelle, familier, plejepersonale og lokalmiljø i en proces, hvor der vurderes bevægelsespotentiale, og der aftales mål ved hjælp af den viden og de færdigheder, som er unikke for fysioterapeuter*" (WCPT i: (Bjørnlund et al. 2018:131)

I Danmark er der ca. 12.000 erhvervsaktive fysioterapeuter. Deres faglige organisation 'Danske Fysioterapeuter' varetager de danske fysioterapeuters interesser og fungerer både som et fagpolitiske fællesskab, men har også tæt tilknytning til Dansk Selskab for Fysioterapi, som er en paraplyorganisation for de fysioterapifaglige selskaber[10], og det er kun muligt at blive medlem af et fagligt selskab, hvis man er medlem af Danske Fysioterapeuter. Foreningen handler om organisering, løn og ansættelsesforhold, og derudover kan man finde efteruddannelsestilbud især indenfor det professionsfaglige område. Dansk Selskab for Fysioterapi "*har til opgave, at styrke de faglige miljøer i fysioterapi for at sikre specialiseret og evidensbaseret fysioterapi*" (Dansk Selskab for Fysioterapi 2021a). Via de faglige selskaber er det muligt at finde viden om forskningen i faget, herunder Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) samt mere specifikke fysioterapifaglige retningslinjer i relation til udvalgte problemstillinger eller diagnoser. Desuden er det muligt at få grundig indsigt i en stor mængde af validerede måleredskaber samt evidensvurdering af behandlinger (Dansk Selskab for Fysioterapi 2021a).

Bevægelsen mod akademisering

I Danmark opnåede fysioterapeuter endelig statsautorisation i 1968, hvor staten ligeledes overtog ansvaret for uddannelsen. For at udøve fysioterapi i Danmark er professionen, i lighed med andre sundhedsprofessionelle med mellemlange videregående uddannelser,

[10] Faglige selskaber: "De faglige selskaber arbejder for at fremme og styrke de faglige miljøer i fysioterapien og den specialiserede og evidensbaserede fysioterapi i Danmark"

som sygeplejersker og ergoterapeuter, underlagt autorisationsloven. Den stadfæster hvem, der har autorisation til at udføre hvilke behandlinger. Lægen havde indtil 2007 autoriteten til at stille diagnoser, og ordinere fysioterapeutisk behandling. Herved underordnedes fysioterapeuterne lægernes faglige position, og har ligesom andre såkaldte semiprofessionelle i sundhedsfeltet været en del af de magtkampe, der foregår dér i relation til anerkendelse, både internt, men også mere bredt i samfundet (Larsen 2008). I 2007 blev det muligt at modtage fysioterapeutisk behandling uden lægehenvisning, men i så tilfælde var det også uden offentligt tilskud. Indtil 2019 var det nødvendigt at have en lægehenvisning, såfremt man skulle modtage fysioterapi i offentligt regi eller være tilskudsberettiget til behandling på privat klinik. Men siden efteråret 2019 har en række kommuner fået tilladelse til at lave pilotforsøg med 'Direkte adgang til fysioterapi', hvilket ifølge Danske Fysioterapeuters formand er '*en sejr for faget*' og "*en enorm anerkendelse af vores fag og den udvikling, det har gennemgået*" (Lambrecht 2019).

Akademisering, forskning og vidensformer

Siden 2001 har fysioterapeutuddannelsen været en professionsbacheloruddannelse, hvilket har betydet øget akademisering af faget. Akademiseringen har været debatteret gennem årene og fronterne ind imellem trukket skarpt op, som her, hvor to forskere; en speciallæge og en fysioterapeut i et debatoplæg i fysioterapeuternes fagblad for 10 år skriver: "*Fysioterapeutuddannelsen i Danmark bør ændres til at være en en-strenget akademisk kandidatuddannelse, i stil med hvad der findes i visse andre lande (eks. USA), hvis man ønsker øget evidensbaseret terapi, øget selvstændig ordinationsret til behandling, og øget anseelse af faget fysioterapi. [].* Med en total akademisering af fysioterapiområdet opnås, at også de fysioterapeuter, der ikke forsker, vil være uddannet i at tænke forskningsbaseret og evidenssøgende. []. Danske Fysioterapeuter bør gøre sig helt og utvetydigt klart, hvorvidt man ønsker et klart skift i retning af at ændre uddannelse til at være akademisk og dermed blive universitær og forskningsbaseret. Det er vores klare opfattelse, at enhver anden løsning, som søger en kombination at professionsbachelor- og kandidatuddannelse med deraf følgende forsøg på at lette overgange i et tostrenget system, ikke vil løfte fysioterapeutfaget i relation til anseelse, ordinationsbeføjelser, eller evidensbaseret behandling. Hvis man ønsker en akademisering, bør dette meldes ud og øvrige strategiske målsætninger kompromisløst underlægges dette hovedmål*" (Kjær and Magnusson 2010). Her ekspliciteres den tætte kobling mellem akademisering, evidensbasering af faget og så den tilhørende anseelse. Til trods for denne argumentation for en enstrenget universitetsuddannelse, blev en selvstændig akademisk overbygning i form af kandidatuddannelsen i fysioterapi en kendsgerning på Syddansk Universitet året efter. Der er da også mange fysioterapeuter, der videreuddanner sig, dog ikke nødvendigvis på den kandidatuddannelse, men indenfor flere forskellige discipliner. Af alle fysioterapeuter med en professionsbachelor har næsten hver tiende erhvervet en akademisk efteruddannelse, deriblandt tager mange også en forskeruddannelse (Jacobsen 2018). Ved et hurtigt kig på Danske Fysioterapeuters hjemmeside er der i dag ca. 150 fysioterapeuter med en Ph.d.-grad og 13 kliniske professorater.

Akademiseringen af faget betyder, at fysioterapeutisk forskning gennem de seneste årtier er øget markant. Ligesom andre af semi-professionerne er fysioterapeuterne også opstået fra et udgangspunkt som medhjælper for den egentlig (klassiske) profession, nemlig lægerne, hvilket har sat et tydeligt præg på fysioterapien, som kan siges at have kopieret lægernes tilgang til sygdom og sundhed (Nicholls 2018; Praestegaard, Gard, and Glasdam 2015). Gennem forskningen har professionen da også søgt den omtalte anseelse, anerkendelse og prestige gennem en biomedicinsk orienterede videnstilgang. Det har blandt andet også betydet, at begreber som standarder, normværdier og evidens-baseret praksis er blevet centrale i faget (Bjørnlund and Sjöberg 2018), og på den fysioterapeutiske kandidatuddannelse er der da også en klar vægtning i indholdet mod en naturvidenskabelig og biomedicinsk vidensforståelse. På uddannelsens første år, inden et valgfrit modul og kandidatspeciale, optager modulet omhandlende humanistiske forskningstilgange 5 ECTS-point, hvorimod moduler om 'epidemiologi og statistik', 'evidensbaseret fysioterapi', 'systematiske reviews og metaanalyser' samt 'kvalitetssikring af fysioterapi' fylder i alt 35 ECTS (SDU 2020). Derfor er det heller ikke overraskende at ud af de 102 Ph.d.-afhandlinger, der er tilgængelige på Danske Fysioterapeuters hjemmeside[11], er blot de 7 er baseret på humanistiske og samfundsvidenskabelige forskningsparadigmer (Danske Fysioterapeuter 2021b). De resterende 95 er for manges vedkommende RCT-studier[12] eller studier anlagt i lignende medicinske designs, som undersøger specifikke behandlinger (fx særlige træningsregimer for specifikke sygdomme/muskler/sener/led, behandling af en bestemt type af skade o.l.). Som nævnt i kapitel 2 har det målrettede arbejde på at evidensbasere fysioterapien også ledt til, at Danske Fysioterapeuter i samarbejde med Dansk Selskab for Fysioterapi søger at fremme fysioterapeuters brug af nationale kliniske retningslinjer eller udvikle selvstændige fysioterapeutiske retningslinjer, der relaterer til de fysioterapeutiske specialer.

Med denne meget korte fremskrivning af, hvordan legitim viden i fysioterapi kan forstås, har jeg valgt nogle enkelte (og få) elementer, som sætter fokus på aspekter, jeg mener er vigtige i forhold til mit ærinde i dette projekt. For det første mener jeg, at orienteringen mod den biomedicinske viden, er relevant i relation til nogle af de sammenhænge mellem kvalitetssikring, standardisering, kliniske retningslinjer, biomedicinsk viden og koblingen til patientinddragelse, som jeg skrev frem i kapitel 2. Og for det andet, mener jeg, at netop fordi den fysioterapeutiske profession i Danmark har udviklet sig indenfor en evidensbaseret, naturvidenskabeligt informeret praksis med en stærk orientering mod standarder og retningslinjer, bliver professionen interessant at studere, når man, som jeg, ønsker at forstå, hvordan patientinddragelse bliver til gennem interagerende, medkonstituerende kræfter på tværs af kontekstuelle forhold, her; på tværs af institutionelle rammer med

[11] Maj måned 2021
[12] RCT: Randomized Controlled Trial (randomiserede kontrollerede forsøg)

organisatoriske og evidensbaserede retningslinjer og det konkrete møde mellem fysioterapeuter og patienter.

Jeg vil nu i den afsluttende del af kapitlet vise, hvordan patientinddragelse kommer til syne i nogle af de faglige styringsdokumenter, man som fysioterapeut kan orientere sig i.

Inddragelse – en ny fysioterapeutisk opgave?

Grundfortællingen om faget er ifølge Danske Fysioterapeuter blandt andet at "*Fysioterapeuter behandler børn, unge voksne og ældre. Vejleder og motiverer dem til at tage ansvar for kroppen, så de kan være aktive så længe som muligt. Sammen gør vi syge mennesker raskere. Svage mennesker stærkere. Sunde mennesker sundere. Vi holder mennesker i bevægelse. Det er godt for den enkelte, for familien, kærligheden, arbejdet og økonomien*" (Danske Fysioterapeuter 2021a).

Med denne formulering ser jeg en direkte kobling til fx skiftende regeringers sundhedspolitikker gennem de seneste 20 år, hvor den enkeltes ansvar for sundhed er ekspliciteret (Regeringen 2002, 2014). En diskurs som mange, både borgere og professionelle i Danmark, herunder altså også fysioterapeuterne, har taget til sig. I sådanne formuleringer ser jeg tydeligt professionens forståelse af egen rolle i relation til stat og politik, nemlig at fysioterapeuter skal bidrage til at få mennesker til at bevæge sig, tage ansvar for kroppen, hvilket også indebærer, at fysioterapeuter tager et medansvar for samfundets økonomi. Som Præstegaard & Andersen skriver, er den individualiserende sundhedsdiskurs noget "*fysioterapeuter (mere eller mindre bevidst) understøtter*" (2018:45).

Når det kommer til patientinddragelse, har foreningen i 2016 formuleret et holdningspapir, hvori det beskrives, hvordan patient og pårørendeinvolvering kan forstås og begrundes. Desuden indeholder det en række anbefalinger til, hvordan involvering af patienter og pårørende kan øges. I dette papir fremgår det blandt andet, at der er tale om "*en ny praksis*", hvor patienter og pårørende inviteres til at indgå et partnerskab med den sundhedsprofessionelle om at "*identificere symptomer og træffe beslutninger om undersøgelse og behandling, fordi det bedste resultat nås, når patienternes ønsker, behov og erfaringer med sygdom indgår i behandlingsforløbet*" (Danske fysioterapeuter 2016:1). I holdningspapiret fremsættes mange argumenter for at involvere patienter og pårørende, og er overvejende rundet af tre diskurser; Patientfordele, behandlingsfordele og samfundsøkonomiske fordele. I forhold til patienten vil inddragelse øge tilfredsheden, patienten vil blive bedre til at følge behandlingsplanen, få højere livskvalitet, og grundlæggende er involvering uomgængeligt i et menneskeligt, etisk og juridisk perspektiv. I relation til behandling vil det give bedre effekt

og det naturlige afsæt for partnerskabet mellem patient og professionel er, iflg. holdningspapiret, ICF-modellen[13]. Endelig i forhold til de økonomiske aspekter, er ressourcerne i sundhedsvæsenet begrænsede og inddragelse vil kunne bidrage til at holde udgifterne nede, fordi behandlingseffekterne øges, ligesom patienterne, gennem viden og information, bliver bedre til at mestre de nye livsvilkår og derigennem bidrage til økonomisk bæredygtighed.

I forhold til min forskningsinteresse i at undersøge, hvordan patientinddragelse konstitueres i fysioterapi, mener jeg, at dette officielle dokument som udstikker en retning for det professionelle arbejde med inddragelse, er interessant og vigtig. Det er det, fordi det fortæller noget om, hvordan den praksis, jeg er på vej for at undersøge, blandt andet også er informeret i relation til at arbejde med patientinddragelse. Helt overordnet ser jeg i dette holdningspapir, at inddragelse bliver en form for værktøj, der skal løse en række udfordringer eller opgaver, der stilles fra sundhedspolitisk hold. Der er eksempelvis klare referencer til den aktive og deltagende patient, når det fremhæves, at involvering vil betyde, at patienten "*i højere grad følger behandlingsplanen*" (ibid.). Og inddragelse kobles også direkte til omkostningseffektivisering, hvilket hænger sammen med konstruktionen af den "*aktive, ansvarsfulde, økonomisk bevidste patient*" (Pedersen 2010:28), som jeg berørte i kapitel 2. I holdningspapiret ser jeg flere og divergerende forståelser af, hvad inddragelse kan handle om, idet der indledningsvist nævnes, at fysioterapeuter skal arbejde med at involvere patienterne, da der er en "*erkendelse af, at det bedste behandlingsresultat nås, når patienternes ønsker, behov og erfaring med sygdom indgår i behandlingsforløbet*" (Danske fysioterapeuter 2016:1) samtidig med, at inddragelse handler om mere effektive resultater, økonomisk bæredygtighed, og efterlevelse af de professionelles råd.

Afslutning på afhandlingens første del

Igennem afhandlingens første tre kapitler har jeg søgt at redegøre for min forskningsambition, men desuden også at positionere mit afhandlingsarbejde i relation til patientinddragelsesbegrebet i den politiske, den forskningsmæssige og den professionsfaglige verden, hvor der alle tre steder ses mange forhåbninger til, hvad inddragelse af patienterne kan føre til. Hvordan, om og på hvilke måder disse mangerettede ambitioner på inddragelsesbegrebets vegne, får effekter i de konkrete fysioterapeutiske kontekster, jeg undersøger, viser jeg gennem afhandlingens 4 analysekapitler – kapitel 8, 9, 10 og 11. Men inden da, vil jeg i den næste del af afhandlingen (Del II) introducere til min forskningsstrategi, herunder metodologi, empiri, afhandlingens begreber om praktisering og subjektivering samt analysestrategien.

[13] ICF-modellen: International klassifikation af helbred og helbredsrelaterede tilstande. ICF- modellen (MarselisborgCentret 2016).

Del II – Forskningsstrategi

Kapitel 4
Metodologi

Med dette kapitel vil jeg vise, hvordan jeg med afsæt i en poststrukturalistisk informeret ramme etablerer det forskningsapparat, hvorigennem jeg søger at skabe viden om praktiseringer af patientinddragelse i fysioterapeutisk praksis. Indledningsvist introducerer jeg til de grundlagsforståelser af ontologi og epistemologi, som projektet hviler på. Herefter argumenterer jeg for, hvordan jeg med min forståelse af egen position og det at skabe viden situeret kan udsige noget substantielt om mit genstandsfelt. Og hvordan objektivitet kan forstås i et sådant apparatus.

Med udgangspunkt i disse grundlæggende forståelser, introducerer jeg til, hvordan de har virket informerende for mine forskningsspørgsmål, hvor det helt centralt står, at det er mødet mellem fysioterapeut og patient samt praktiseringer, der er i fokus.

Poststrukturalisme – en metateoretisk indramning

Patientinddragelse er, som vist i de indledende kapitler, et begreb der er blevet aktualiseret og politiseret gennem de seneste årtier. Det, at inddrage patienter er altså ikke blot et professionsfagligt eller etisk spørgsmål, men i høj grad også et spørgsmål om at svare på aktuelle krav fra sundhedspolitisk hold, det være sig nationale sundhedspolitikker, patientforeningers eller andre interessenters krav. Så når jeg med denne afhandling har sat mig for at undersøge, hvordan inddragelse praktiseres, kalder det på en forskningstilgang, der på én og samme tid kan indfange det, der konkret 'går for sig' i det lokale møde mellem professionel og patient, men samtidig have blik for, hvordan det 'der går for sig' er konstitueret af andre elementer, der rækker ud over den lokale situation og som er vævet sammen med elementer gennem komplekse netværksrelationer. Jeg anlægger dermed en forskningstilgang, der så at sige har til hensigt at overskride dikotomien mellem mikro- og makroniveau og indfange, hvordan patientinddragelse i fysioterapeutisk praksis bliver til gennem et komplekst netværk af, hvad Højgaard og Søndergaard ville kalde 'multimodale tilblivelsesprocesser' (Højgaard and Søndergaard 2015).

Anskuet således er min forskningsinteresse en klassisk poststrukturalistisk problemstilling (det vender jeg tilbage til om et øjeblik), hvor min ambition gennem en dekonstruerende analytisk optik er at undersøge, hvordan patientinddragelse i fysioterapeutisk praksis praktiseres gennem nogle grundlæggende forestillinger, som blandt andet er skabt gennem hegemoniske kampe om viden-/sandhed. Jeg vil med andre ord søge at kigge bag om den umiddelbare selvfølgelige praksis og spørge til, hvordan og gennem hvilke

processer inddragelse er blevet til, og hvilke effekter sådanne implicitte antagelser får ift. hvad der kan foregå.

Når jeg skriver, at min forskningsinteresse er en 'klassisk poststrukturalistisk problemstilling' kalder det på en uddybning. Med det mener jeg, at det oprindelige udgangspunkt for netop poststrukturalismen var at stille spørgsmål ved det humanistiske oplysningsprojekt om at skabe sikker viden, og derimod forstyrre en sådan forståelse af sandhed og selvfølgeligheder. Poststrukturalismen anser virkeligheden og viden herom som værende kulturelt, socialt og historisk betinget, dermed også socialt skabt og foranderlig (Stormhøj 2006). Og ambitionen indenfor denne metateoretiske ramme er at stille spørgsmål til, hvordan og på hvilke grundlag viden skabes ved at skærpe blikket for sammenhængen mellem politik, magt og viden. I poststrukturalismen gælder, at sandhed, viden og virkelighed ikke er stabile kategorier, men altid er bevægelige og 'altid led i uendelige kæder af referencer' (Søndergaard 2000). Og ved at rette mit fokus på hvordan det, der foregår, overhovedet bliver muligt, og stille spørgsmål ved de tilsyneladende uproblematiske og selvfølgelige praksisser, bliver det min opgave at undersøge, hvordan de er blevet til gennem tæt forbundne processer, der rækker ud over det konkrete møde, hvormed jeg søger at besvare spørgsmålet om 'hvordan patientinddragelse praktiseres'.

Gennem undersøgelsen forsøger jeg således at undslippe på forhånd im- og eksplicitte fastlagte forståelser af såvel "inddragelse", men også begreber som eksempelvis "patienter", "fysioterapeuter" og "behandling". Det betyder naturligvis samtidig, at jeg ikke opererer med en antagelse om, hvordan god – eller for den sags skyld dårlig – inddragelse tager sig ud. Dermed ikke sagt, at jeg som forsker kan undslippe mine egne forestillinger, men understreger vigtigheden af, at jeg kontinuerligt bestræber mig på at artikulere dem og forholde mig til dem mhp. at tydeliggøre udgangspunktet, hvorfra jeg bedriver forskning i dette felt. Min ambition gennem arbejdet med dette projekt har været, at jeg forholder mig åbent, udforskende og spørgende til, hvordan mon inddragelse ser ud i fysioterapeutisk praksis? Gennem hvilke processer og relationer bliver den til? Ikke som en fixeret kategori, men som noget der bliver til gennem de relationer, der indgår.

Afhandlingens ontologi og epistemologi

Den metateoretiske ramme for denne afhandling er således overvejende informeret af et poststrukturalistisk idégrundlag, særligt Foucault's tænkning, men også senere teoretiske og filosofiske videreudviklinger hans ideer, eksempelvis af den hollandske filosof Annemarie Mol.

Indenfor poststrukturalismens forståelsesramme eksisterer sand viden om virkeligheden ikke, idet det ontologiske og epistemologiske spørgsmål knyttes sammen gennem fordringen om, at vores viden om virkeligheden konstitueres gennem erkendelsen. Ontologien kan dermed "*ikke isoleres fra epistemologien, eftersom 'det værende' ikke kan adskilles fra dets artikulation*" (Stormhøj 2006:479). Indenfor sundhedsforskningen, og særligt i den forskning om patientinddragelse i fysioterapeutisk praksis, som jeg og mine medforfattere har identificeret i det tidligere omtalte litteraturreview i kapitel 8 (Hansen et al. 2021), er spørgsmål som "hvordan inddragelse, patient eller professionel 'bliver til' gennem særlige praktiseringer" utraditionelle. Her bliver forskningsspørgsmål typisk stillet ud fra den præmis, at vi ontologisk ved, hvad inddragelse 'er', og interessen ofte samle sig om det epistemologiske spørgsmål om, hvordan vi kan få adgang til viden om inddragelse eller hvordan vi via teknologier kan 'måle' på inddragelse (se fx (Bishop et al. 2012; Hutchinson and Barrie 2015; de Vries et al. 2016). Og hvis der stilles spørgsmål til, hvad inddragelse 'er', bygger det ofte på antagelsen, at den viden kan høstes fra eksempelvis de mennesker, der indgår i praksis (se fx (Kåringen, Dysvik, and Furnes 2011; Stenner et al. 2016; Trede 2012), hvorved det ontologiske udgangspunkt om, at inddragelse 'er' noget og har en essens, efterlades uforandret. En sådan essentialistisk ontologi-forståelse kritiseres bl.a. af Mol (Mol 2002) for at være 'perspektivisme', noget der efterlader selve undersøgelsens genstandsfelt (i Mol's undersøgelse drejer det sig om arteriosklerose) uudforsket, idet man ved blot at spørge til menneskers tanker, erfaringer, meninger og oplevelser, kun opnår adgang til et eller flere perspektiver på et fænomen, men ikke er kommet selve genstanden nærmere.

Når jeg spørger til, hvordan 'inddragelse praktiseres' som et spørgsmål om, hvordan det 'bliver til' eller 'enactes' er jeg således på linje med Mol (Mol 2002:6), når hun skriver at ontologien ikke er indskrevet i 'tingene selv' men i stedet skabes, opretholdes eller forsvinder ontologier i de daglige socio-materielle praksisser. Med det perspektiv skriver jeg mig dermed også ind i en forskningstradition, hvor jeg undersøger situerede praksisser (Haraway 1988), hvilket indebærer at arbejdet med min undersøgelse af inddragelsespraksis foregår indenfor en videnskabsteoretisk præmis om, at det ontologiske og epistemologiske spørgsmål er vævet sammen. Jeg kan med andre ord ikke svare på det ontologiske spørgsmål uden også at forholde mig til det epistemologiske. I en sådan forståelse er selve det at bedrive vidensproduktion et ontologisk virke, fordi det at skabe viden er medproducerende for den virkelighed, der studeres.

Indenfor poststrukturalismerne gælder, at det forskningsapparatus, der anstilles virker med-producerende for selve genstanden for forskningen. Derved adskiller denne forståelse sig væsentligt fra andre videnskabsteoretiske tilgange, hvor teori eksempelvis fungerer som repræsentation af virkeligheden eller hvor teori kan "åbne" for udforskningen af genstanden (Høyer 2011). I poststrukturalismen er de teoretiske valg med til at beskrive og konstruere genstandsfeltet og bliver derfor bestemmende for det, der kan siges noget

om. Dette forhold udfoldes i en dansk sammenhæng af bl.a. Esmark, Laustsen og Andersen, om poststrukturalismerne (Esmark, Laustsen, and Andersen 2005), hvor det grundlæggende gælder, at man ikke kan etablere et blik på en genstand, men at blikket eller iagttagelsesperspektivet på én og samme tid formes af og former såvel iagttager som genstand (ibid:10). Med andre ord er det aldrig muligt at etablere et blik 'ingen steder' fra (Haraway 1988). Konkret betyder det, at jeg selv som forsker er en del af feltet og af det observerede. Hvad der noteres i feltdagbogen, hvordan jeg deltager i aktiviteter eller hvad jeg spørger andre om er medproducerende for den vidensskabelse, som jeg selv er en del af.

Men betyder det så total relativisme og opgivelse af projektet om at skabe videnskabelig viden? Ikke iflg. Haraway (ibid.), der rejser en kritik mod såvel en særlig aftapning af postmodernismen og radikal social konstruktionisme samt modpolen; nemlig 'blikket' der er afkoblet en krop og dermed hævder at undersøge verden ovenfra, eller 'ingen steder' fra. Haraway (ibid.) afskriver forestillingen om, at viden skabes fra en betragter-position, der er afkoblet subjektet. Det er en illusion, en slags 'trylleri', eller et 'gude-trick' som hun kalder det. Deleuze & Guattari har en tilsvarende betegnelse for sådanne forskningstilgange, som de kalder 'de kongelige videnskaber' ('Royal Sciences'), hvor genstandsfeltet betragtes som stabilt og reproducerbart, så længe konteksten holdes konstant (Deleuze and Guattari 2000). I stedet introducerer Haraway begrebet 'situeret viden', hvor man som forsker bestræber sig på, på én og samme tid at redegøre for vidensproduktionens historicitet, forholder sig kritisk til egen sprogliggjorte meningsdannelse OG samtidig forpligter sig på kontante, ligetil og troværdige redegørelser for den 'virkelige' verden (Haraway 1988:187). Om objektivitetsspørgsmålet er dette under alle omstændigheder et spørgsmål om, hvordan man adresserer ovennævnte forhold, hvor Haraway foreslår at det *er* muligt at skabe feministisk objektiv viden om en genstand ved at arbejde situeret. At dette handler om at insistere på, at det udforskende blik er partikulært og legemliggjort, hvor forskeren kontinuerligt bestræber sig på at tydeliggøre egen position i forhold til det udforskede. Objektivitet kommer blandt andet til at handle om, at forskerens egen involvering i vidensproduktionen gøres transparent hele vejen gennem processen. At arbejde situeret har således også at gøre med gyldigheden, eller med andre ord validiteten, af den viden, jeg producerer. At jeg gennem tydeliggørelse af min egen position og informering bestræber mig på at gøre det muligt for andre at følge min vej gennem arbejdet med denne afhandling.

Dette leder mig tilbage til spørgsmålet om iagttagelsesperspektiv. Iflg. Andersen fordrer min epistemologiske tilgang, at jeg etablerer en 'iagttagelse af anden orden' (Andersen 2008). Et begreb Andersen henter fra Luhman, som definerer iagttagelse som en forskel; forskellen på det, der iagttages og det, der så ikke iagttages eller det der efterlades u-iagttaget. At man ved at rette blikket mod noget, ikke retter blikket mod noget andet,

hvilket er iagttagelser af første orden. Med anden-ordensperspektivet bliver det min opgave at iagttage, hvordan mit blik rettes og etablerer forskel mellem det, der iagttages og det, der ikke gør. Anden-ordensperspektivet er, med Andersens ord "*at iagttage iagttagelser som iagttagelser*" (ibid:22), eller at iagttage egne iagttagelser *som det de er, nemlig* valg og fravalg.

Patientinddragelse som en diskursiv- og sociomateriel praksis

Hvordan den ovenfor skitserede indramning af mine grundlæggende forståelser af dette forskningsarbejde har informeret mine teoretiske valg og muliggjort formuleringen af forskningsspørgsmålene? Det er nogle af de spørgsmål, jeg vil søge at besvare i dette kommende afsnit.

Jeg ser især Foucault og Mol som inspirerende for min måde at tænke om praksis på. Mol både står på skuldrene af Foucault på samme tid, som hun på flere måder skriver sig ud af eller videretænker hans ideer (Mol 2002:70). Hvordan jeg agter at arbejde metodologisk, teoretisk, empirisk og analytisk med deres ideer, foldes ud hen ad vejen bl.a. i min fremskrivning af afhandlingens centrale begreber om praktiseringer og subjektivering. Fælles for Foucault og Mol er, at de anskuer virkeligheden som i kontinuerlig tilblivelse gennem erkendelsen af den. Netop denne grundlæggende præmis har været afgørende for, at jeg overhovedet kan stille kritiske spørgsmål til, hvordan fx patientinddragelse 'bliver til' i en særlig type af praksis, og hvordan det kan være, at inddragelse er så højaktuelt et emne netop nu, netop her. Deres teoretiske blikke er kompleksitetssøgende og kan bidrage til at forløse min forskningsambition om at få øje på, hvordan patientinddragelse etableres i en praksis, som foregår mellem mennesker, hvor implicitte normer om magt- og rollefordelinger patient og professionel imellem er i spil, hvor institutionelle rammesætninger, rum og materialitet tillige er væsentlige faktorer. Foucault har blik for, hvordan diskursiv praksis er med til at etablere særlige sandheds- og vidensregimer (Foucault 2003), og Mol hvordan praksis/virkeligheden er konstitueret af de handlinger, der foregår; hvordan 'gørelser' eller 'enactments' er praksis (Mol 2002:31–32).

Når jeg ser Foucault og Mol som særligt inspirerende og informerende for, hvordan jeg undersøger konstitueringer af patientinddragelse og dermed for etableringen af mine forskningsspørgsmål og mit forskningsapparat, betyder det ikke, at jeg ikke løbende inddrager andre teoretikere. Jeg lader mig undervejs i processen inspirere og gå i diskussion med andre indenfor denne tradition, men min oprindelige inspiration har jeg fået gennem Foucault's tænkninger og kritiske blik på de normer, sandheder og selvfølgeligheder, der er med til konstituere den verden, vi lever i. Til trods for, at Foucault ikke selv erklærede

sig som poststrukturalist (Andersen 1999), er det ikke desto mindre den læsning eftertiden forstår ham igennem. Han var eksplicit optaget af diskurser, magt og hvordan sammenhængen mellem diskurser, viden og magt konstituerer virkeligheden og vores muligheder for at 'blive til' som subjekter. Senere har filosoffer indenfor den feministiske tradition, som Judith Butler, Bronwyn Davies, Annemarie Mol og Karen Barad taget afsæt i, skrevet sig op imod, men også videreudviklet Foucault's tanker. De har med forskellige toninger søgt at indfange konstitueringer af virkelighedens kompleksitet gennem eksempelvis fokus på subjektivitet, materialitet, rumlighed og temporalitet og hver især givet bud på, hvordan vi bedst mulig får fat om virkeligheden og erkendelsen af denne. Fælles for disse tilgange er, at de er optaget af tilblivelsesprocesser som komplekse, og såvel socialt, som diskursivt og materielt konstitueret (Højgaard and Søndergaard 2015).

I det efterfølgende vil jeg vise, hvordan deres begreber har haft betydning for mit studie af praksis. Hvordan jeg fremskriver centrale begreber så som 'praktisering' og 'subjekt/subjektivitet' udfoldes i de næstkommende kapitler, idet de er udviklet et samspil mellem såvel min metodologiske og teoretisk ramme.

Diskurser som virkelighedsskabende

Indenfor poststrukturalistisk tænkning står diskursbegrebet centralt, idet diskurser anses for konstituerende for virkeligheden. Diskurser handler om, hvordan viden produceres gennem sprog, og hos Foucault hvordan udsagn og praksisser træder frem som sammenhængende og regelbundne på historisk og kulturelt specifikke måder (Mik-Meyer and Villadsen 2007). Foucault præsenterer sin forståelse af diskursbegrebet, når han siger:

> "If I spoke of discourse it was not to show that the mechanisms or processes of the language (langue) were entirely preserved in it; but rather to reveal, in the density of verbal performances, the diversity of possible levels of analysis; to show that in addition to methods of linguistic structuration (or interpretation), one could draw up a specific description of statements, of their formation and of the regularities of proper to discourse." (Foucault 2013:220)

Foucault ser altså ikke blot diskurs som et lingvistisk fænomen, men som en slags formation af ytringer, som er styret af særlige regler. Disse udgør også en ramme for, hvad der muligt og ikke-muligt at sige noget om, indenfor den konkrete diskurs (Mik-Meyer and Villadsen 2007). Med Foucault's ord ved man "*meget vel, at man ikke har ret til at sige alt, at man ikke ved hvilken som helst lejlighed kan tale om alt, at slutteligt ikke hvem som helst kan tale om hvad som helst*" (Foucault 1980:43). Diskurser er hos Foucault konstituerende for viden- og sandhedsregimer, idet diskurserne konstruerer vidensobjekter, og intet eksisterer udenfor diskurserne. Ikke at han afviser, at objekter eksisterer i fysisk forstand, men at disse objekter ikke har nogen egentlig mening udenfor diskurserne, altså udenfor måden man taler om dem og agerer på dem. Altså knyttes mening og handling til objekterne,

som eksisterer, men ikke har en fixeret betydning. De bliver først meningsfulde og institutionaliserede gennem det sprog og de sociale praksisser, der knyttes til dem. Dermed kobler Foucault også magt og viden sammen, idet verden kategoriseres og forstås gennem diskurserne. De bliver således gensidigt betingende, idet magten finder støtte i den viden, der er legitim i den diskursive praksis. Om viden skriver han:

> ”This group of elements, formed in a regular manner by a discursive practice; and which are indispensable to the constitution of a science, although they are not necessarily destined to give rise to one, can be called ‘knowledge’. Knowledge is that of which one can speak of in a discursive practice” (Foucault 2013:201)

Når Foucault taler om diskursiv praksis taler han om relationer mellem de objekter, der muliggøres indenfor diskurserne og hvordan de fremtræder særligt regelbundne:

> “We sought the unity of discourse in the objects themselves, in their distribution, in the interplay of their differences, in their proximity or distance – in short, in what is given to the speaking subject; and, in the end, we are sent back to a setting-up of relations that characterizes discursive practice itself; and what we discover is neither a configuration, nor a form, but a group of rules that are immanent in a practice, and define it in its specificity” (Foucault 2013:51)

Relationen mellem magt og viden er indskrevet i de diskursive praksisser og i den sammenhæng er det væsentligt, at Foucault ikke forstod magt som undertrykkende, men som produktiv og allestedsnærværende, noget som er virksomt og indlejret i de diskursive, hegemoniske kampe (Foucault 1994). Om sammenhængene mellem magt, viden og etableringen af sandhedsregimer forklarer Foucault her i et interview:

> ”The important thing here, I believe, is that truth isn’t outside power or lacking in power; contrary to a myth whose history and functions would repay further study, truth isn’t the reward of free spirits, the child of protracted solitude, nor the privilege of those who have succeeded in liberating themselves. Truth is a thing of this world; it is produced only by virtue of multiple forms of constraint. And it induces regular effects of power. Each society has its regime of truth, it’s “general politics” of truth – that is, the types of discourse it accepts and makes function as true; the mechanisms and instances that enable one to distinguish true and false statements; the means by which each is sanctioned; the techniques and procedures accorded value in the acquisition of truth; the status of those who are charged with saying what counts as true”. (Foucault 2003:316)

Patientinddragelse skal altså ses som en historisk, kulturelt diskursiv praksis, som bliver til i de relationer, som iflg. Foucault etableres mellem ”*institutions, economic and social processes, behavioral patterns, systems of norms, techniques, types of classification, modes of characterization*” (Foucault 2013:49). Til trods for, at Foucault således anskuer diskurser og diskursiv praksis som mere end sprogliggørelse, er hans egne værker primært filosofisk orienterede analyser af tekst og dermed beskrivelser. Min forskningsinteresse retter sig mod konkrete

empiriske situationer, hvor patientinddragelse finder sted, og min ontologiske grundforståelse af praksis retter sig også mod, hvordan eksempelvis konkrete teknologier, rum og andre materialiteter får medkonstituerende effekter. Derfor retter jeg nu blikket mod filosoffer og teoretikere, der har arbejdet videre med Foucault's tankegods, og som giver nogle inspirationer til at bringe materialitet mere i spil.

Materialitet som virkelighedsskabende

Fysioterapeutisk praksis foregår i en kontekst, hvor institutionelle rammesætninger og materialiteter sætter sig igennem og er væsentlige faktorer. For at få fat i betydningerne af dette udvider jeg min metodologiske ramme med forståelser, der i mere eksplicit forstand formulerer, hvordan disse i ontologisk forstand bidrager til inddragelsespraksis. Her trækker jeg i særlig grad på den hollandske filosof Annemarie Mol's etnografiske filosofiske praxiografi (Mol 2002; Mol and Law 2004).

Annemarie Mol er empirisk filosof (Gad 2013) og har blandt andet i et omfattende etnografisk studie af arteriosklerose undersøgt, hvordan sygdom kan forstås situeret, som 'enactment' i de konkrete socio-materielle praksisser, de er en del af. Her undersøgte hun tilblivelsen af 'praksis' og hvordan diagnosen 'arteriosklerose' bliver til eller 'gjort' på mange forskellige måder i hverdagen på et større hospital i Holland.
Med dette arbejde søger Mol '*to shift from an epistemological to praxiographic inquiry into reality*' (2002:32), ved at rette blikket mod praksisser og handlinger – og ikke mod de enkelte aktører. Åreforkalkning bliver til på én måde hos patologen i laboratoriet, når blodkar undersøges i mikroskopet. Her bliver sygdommen til præparater med forskellige farver, der fortæller noget om fedtaflejringer i årerne. Hos patienten bliver åreforkalkning til som smerter i benene, når hun går. Mol skriver sig her ud af (og op imod) sociologiens epistemologiske fordring om, at virkeligheden erkendes gennem perspektiver, og som noget der eksisterer og kan begribes gennem det perspektiv, der anlægges. Og hvor flere forskellige perspektiver vil bidrage til at belyse virkeligheden mere nuanceret. Mol anlægger ikke et sådant blik, idet perspektivisme risikerer at gøre forskningsgenstanden, her krop og sygdom til noget, der bliver talt om, noget man har meninger om, noget man har perspektiver på – medens sygdommen *selv*, kroppen *selv* – efterlades uberørt (Mol 2002). Mol afskriver en sådan tilgang, og ønsker at overskride denne skelnen mellem det ontologiske og epistemologiske spørgsmål ved at forstå sygdomme som noget, der gøres (enactes) og som dermed løbende skaber multiple virkeligheder. Denne forskningsambition forfølger hun ved at sætte praksisser, gøren, materialiteter og begivenheder i forgrunden (ibid.). Mol søger at overskride dikotomier som natur/kultur og subjekt/objekt og forstår viden som noget, der er lokaliseret i aktiviteter, handlinger og materialiteter i de praksisser, hun undersøger (ibid.:32). Viden er med andre ord inkorporeret i praksisser, der ikke foregår i subjekter alene, men også i eksempelvis de fysiske artefakter, bygninger, teknologier og dokumenter, der indgår i de enkelte situationer:

> ”If practices are foregrounded there is no longer a single passive object in the middle, waiting to be seen from the point of view of seemingly endless series of perspectives. Instead objects come into being – and disappear – with the practices in which they are manipulated” (Mol 2002:5). [..].
>
> “[Practices] locates knowledge primarily in activities, events, buildings, instruments, procedures and so on” (ibid.:32)

Virkeligheden bliver i Mol’s praxiografi ’enactet’, som er det begreb, hun udvikler, og som indebærer at fokus flytter sig fra vidende subjekter og passive objekter, der blot venter på repræsentation, men at alle disse elementer tilsammen bliver virkelighedsskabende. Praksisser er både multiple, lokale og forbundne via netværk, der er koordinerede såvel spatialt, som temporalt. Hvordan jeg i mit projekt kan forstå den inddragelse, der praktiseres i de konkrete situationer, skal derfor analyseres som tæt forbundet eller ’koordineret’, som Mol skriver, i interne netværk. Men også med netværk af andre medkonstituerende elementer, der rækker ud over og forbinder sig med andre i et sammenvæv af relationer (ibid.:70).

Opsamling

Med denne redegørelse har jeg vist, hvordan jeg ontologisk set forstår praksis og praktiseringer som noget, der er i kontinuerlig tilblivelse via komplekse relationer mellem diskurser, materialitet og andre medkonstituerende elementer. Jeg har behandlet de ontologiske og epistemologiske spørgsmål, som gennem projektets rammesætning ikke kan ses som adskilte, idet det er gennem erkendelsen af virkeligheden, at denne konstitueres. Derved har jeg gennem kapitlet også søgt at vise, hvordan jeg har etableret mit forskningsapparat i forhold til måden, jeg forstår viden og erkendelse på, hvordan det har betydning for den status min vidensproduktion kan have i forhold til gyldighed og objektivitet samt hvordan den konkrete empiriske virkelighed kan forstås som konstitueret af komplekse virkelighedsproducerende netværk.

Jeg vil i det følgende kapitel vise, hvordan jeg er gået til det empiriske arbejde, samt hvordan min forskersubjektivitet og den metodologiske ramme får betydning for planlægning og udførelse af det etnografiske arbejde.

Kapitel 5
Empiri

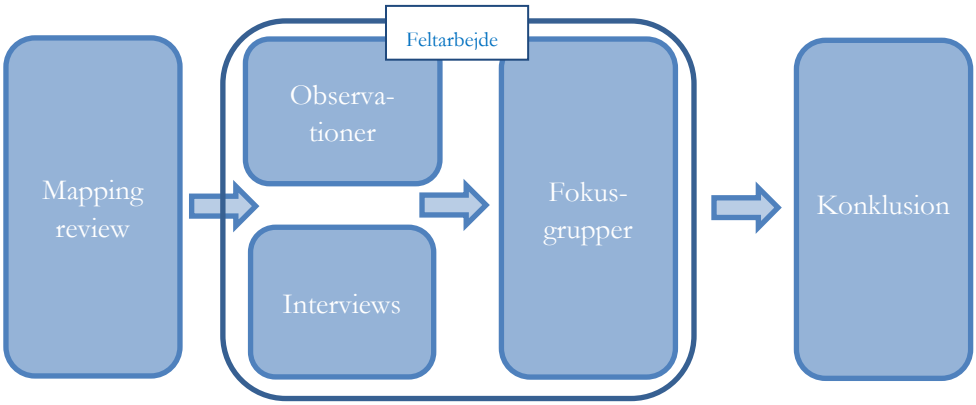
Formålet med dette kapitel er dels at redegøre for den konkrete tilrettelæggelse af undersøgelsen og generering af empiri, og dels at fungere som en forlængelse af diskussionen om, hvordan spørgsmål om undersøgelsens gyldighed og pålidelighed kan besvares, herunder også den troværdighed afhandlingens analyser og konklusioner kan tillægges.

For at kunne svare på min forskningsambition om at undersøge, hvordan patientinddragelse konstitueres i fysioterapi, har jeg valgt at undersøge såvel forskning som praksis ud fra den grundlæggende antagelse, at forskningen på et givent felt er med til at informere praksis og derfor kan ses som medkonstituerende for, hvordan inddragelse praktiseres her. Derfor har jeg i mit design kombineret flere metoder; dels en undersøgelse af forskningslandskabet ved hjælp af et review, dels en undersøgelse af den fysioterapeutiske praksis gennem en etnografisk tilgang.

Kapitlet indledes med et overblik over den empiriske strategi, altså konstruktionen af den metodiske ramme. Derefter introducerer og argumenterer jeg for kombinationen af tilgange, for derefter at præsentere de empiriske kontekster, der indgår i afhandlingen. I kapitlet beskriver jeg desuden, hvordan jeg forholder mig til de etiske forhold, både i relation til deltagerne i projektet som til det at undersøge eget felt, hvilket foldes yderligere ud gennem min redegørelse og refleksioner over egen forskersubjektivitet, som afslutter kapitlet. Inden da beskrives de metoder, der er benyttet i det etnografiske arbejde; observationer, interviews og fokusgruppediskussioner.

Empirisk strategi

Jeg vil indlede med at beskrive og reflektere over min samlede tilgang til at svare på forskningsspørgsmålene, hvilket foregår gennem de nævnte metodiske tilgange. Disse præsenteres mere udfoldet i de efterfølgende afsnit, hvor jeg blandt andet også vil argumentere for valget af netop disse metoder og de tre empiriske kontekster. I nedenstående figur har jeg søgt at overskueliggøre, hvordan selve det metodiske design er konstrueret af fire kvalitative metoder, som udgøres af et mapping review af forskningen på området, og et etnografisk feltarbejde bestående af interviews, observationer og slutteligt med reflekterende fokusgruppediskussioner med de professionelle. Det etnografiske arbejde er foretaget i tre forskellige empiriske kontekster; en kommunal genoptræningsenhed, en fysioterapeutisk klinik samt et fondsejet rehabiliteringscenter, som alle præsenteres senere i kapitlet.



I konstruktionen af netop denne tilgang, har jeg været optaget af at skabe mulighed for at undersøge hvordan og gennem hvilke processer inddragelse ser ud til at blive produceret i fysioterapi. Inspireret af Søndergaard (2005) har jeg derfor søgt at anlægge en tilgang, hvor det bliver muligt at få blik for sådanne tilblivelsesprocesser, der foregår gennem komplekse netværk, det Søndergaard kalder at fokusere på 'konstituerende dynamikker' (2005:244). Jeg har i konstruktionen af det etnografiske materiale kombineret forskellige tilgange; jeg har observere dagligdagen i mange typer af møder mellem fysioterapeuter og patienter, jeg har haft kortere og længere samtaler med både patienter og professionelle i pauser eller under træningsseancer, læst pjecer, procedurebeskrivelser og kliniske retningslinjer, ligesom jeg har interviewet patienter om fysioterapi og hverdagen med sygdom, og afslutningsvist har jeg haft længerevarende fokusgruppediskussioner (Baarts and Mehlsen 2006) med grupper af fysioterapeuter.

I udarbejdelsen af min undersøgelsestilgang har jeg hentet inspiration litteratur om mixed methods forskning (MMR), særligt den som anser anvendelse af forskellige empirigenererende tilgange som et mixed methods studie, uagtet om der er paradigmatiske forskelle i metoderne eller ej (Frederiksen 2014). Ofte handler argumentationen for at anvende denne tilgang om en trianguleringsambition (Greene 2007), men kan også anses for at være en strategi, der har til hensigt at komplementere (ibid.). Selve trianguleringsbegrebet kan derfor forstås på flere måder og kan hente sin forklaringskraft i en række forskellige teoretiske afsæt. I dette projekt er hensigten med at anvende forskellige empiriske metoder (mapping review, etnografisk feltarbejde bestående af observationer, interviews samt fokusgruppediskussioner) at få et nuanceret og fyldigt materiale, som kan give mig mulighed for at undersøge konstitueringer af inddragelse som et komplekst fænomen. Kort beskrevet (fyldigere redegørelser og refleksioner omkring de enkelte metoder uddybes i selvstændige afsnit), har review-metoden til hensigt at skabe viden om, hvilke dominerende forståelser af patientinddragelse, der ses i forskningsfeltet, og hvilke logikker de hviler på. I det etnografiske materiale, kan man tale om et trianguleringsformål i den

forstand, at de foreløbige analyseresultater fra observationsmaterialet bliver reflekteret og i en vis forstand 'gyldighedsprøvet' i den afsluttende del af feltarbejde, hvor der afholdes fokusgruppediskussioner med de professionelle (Greene 2007; Hammersley 2008). Empirien herfra vil indgå i en iterativ proces med den øvrige empiri, og derved inddrages i den samlede analyseproces. Herigennem er det hensigten at øge mulighederne for at få blik for kompleksiteten i, hvordan inddragelse praktiseres inden for den empiriske ramme. I et postmoderne trianguleringsperspektiv kan man iflg. Hammersley (2008:29) få blik for tvetydigheder og billedligt set se data som lys gennem en krystal, hvor det reflekteres og brydes (refracts) og derved skaber forskellige og nye former, mønstre og farver.

Efter denne overordnede introduktion til den empiriske strategi, vil jeg i de følgende afsnit komme nærmere ind på min aftapning af især etnografien. Jeg vil kort berøre litteraturreviewet som metode, men har henlagt hovedparten af mine metoderefleksioner og videnskabsteoretiske overvejelser omkring valget af denne metode til selve det kapitel, hvor reviewet præsenteres (kapitel 8).

Litteratur review

Litteraturreviewet er designet som et såkaldt 'mapping review' (Gough, Oliver, and Thomas 2017; Gough, Thomas, and Oliver 2012), som er en sociologisk metode til kortlægning af et forskningsområde. Det omhandler forskningsspørgsmålet om 'hvilke dominerende tendenser og logikker, der karakteriserer forskningsfeltet om patientinddragelse i fysioterapi', og adskiller sig på flere punkter væsentligt fra et traditionelt systematisk review, som oftest har til formål at undersøge effekten af en behandling med henblik på at give et bud på evidensgrundlaget. En nærmere udfoldelse af argumentationen for netop at vælge denne type af review og et kritisk blik på, hvordan det både har fælles træk, men også adskiller sig fra andre og mere tæt beslægtede tilgange præsenteres som sagt i kapitel 8. Her indgår også den forskningsartikel jeg, i samarbejde med andre, har udarbejdet på baggrund af litteraturgennemgangen. De fund, der præsenteres og diskuteres i artiklen, kommer til at danne afsættet for den videre etnografiske undersøgelse og er på mange måder blevet informerende for, hvordan jeg har stillet yderligere spørgsmål til min forskningsgenstand.

Valget og de tilhørende refleksioner og argumenter for at foretage et litteraturstudie præsenteres også først i kapitel 8. Det er der to grunde til; Den første handler om, at et litteraturreview i en afhandling, der er informereret af en poststrukturalistisk og dermed antiessentialistisk tilgang, er et brud af metodologisk karakter. Den viden, der almindeligvis tilstræbes i et review, handler om at akkumulere og syntetisere, det 'vi ved om et givent fænomen', hvilket bryder med den grundlæggende poststrukturalistiske forståelse

af, at viden om virkeligheden ikke eksisterer, men at den konstitueres gennem erkendelsen. Den anden grund drejer sig om, at en forskningsartikel bryder med det format, som i øvrigt kendetegner resten af denne afhandling, og som man normalt vil forbinde med en monografi. Der er kun en enkelt artikel, og de øvrige analyser præsenteres som selvstændige kapitler. Af disse to årsager anser jeg det for mest relevant og logisk at præsentere mine overvejelser omkring metodologi og form i umiddelbar sammenhæng med artiklen.

Etnografi – en metasituering af feltarbejdet

Jeg har valgt at anlægge en etnografiske tilgang, der kombinerer observationer af praksis, uformelle samtaler undervejs, interviews med patienter og fokusgruppediskussioner med de professionelle. Desuden har jeg talt med de professionelle om, hvordan arbejdet organiseres og tilrettelægges, ligesom jeg har orienteret mig i pjecer, og beskrivelser af retningslinjer, hvilket ikke i alle tilfælde har været muligt at få adgang til som dokumenter, både fordi man ikke har ønsket at udlevere det, men også af anonymiseringshensyn. Kombinationen af metoder giver mig mulighed for at komme tæt på praksis og for nuanceret at undersøge, hvordan inddragelse bliver til på mangfoldige måder og gennem mangfoldige processer. Dette etnografiske design er inspireret af Hammersley og Atkinson (Hammersley and Atkinson 2019), som peger på, at etnografi egentlig er en overordnet tilgang, der trækker på flere typer af empiriske data. Hensigten med at arbejde etnografisk er at undersøge mennesker i deres daglige kontekst, uden en forudbestemt og detaljeret plan, men med en åbenhed over for det, der opstår i det situerede. Dette indebærer også, at man ikke forinden har etableret analysekategorierne eller planlagt helt præcist, hvordan observationer og feltnoter skal foretages, men at man er åben og sensitiv over for det felt man træder ind i (ibid.). Min etnografiske strategi er også inspireret af 'multi-sited ethnograpy', som både betyder at forfølge sin forskningsinteresse i flere forskellige empiriske kontekster, altså konkret geografisk at være til stede flere steder. Den anden betydning er iflg. Marcus (Marcus, 1995) at udforskningen af et socialt fænomen ikke kan afgrænses til et enkelt sted, men at fænomener hænger sammen på tværs af rum og må undersøges ved at følge mennesker, forbindelser og relationer på tværs (Falzon 2016).

Tidligere etnografiske tilgange har trukket på positivistisk videnskabsteori, og senere også den mere naturalistisk inspirerede, men for begge gælder det, at sociale fænomener antages at eksistere uafhængigt af erkendelsen (Hammersley and Atkinson 2019). Min tilgang til etnografien har været en anden. Inspireret af Foucault, er jeg ikke ude efter 'sandheden' om inddragelse, eller i at undersøge om det eksisterer eller praktiseres på den rigtige måde, men hvordan og gennem hvilke processer det bliver til. Mit udgangspunkt er, at etnografisk arbejde ikke er en transparent og neutral praksis, der kan beskrive virkeligheden objektivt. Men i forlængelse af mit videnskabsteoretiske ståsted, anser jeg det for at være en

diskursiv og sociomateriel praksis, hvor jeg selv som forsker ikke kan adskilles fra det felt, jeg undersøger. Som Widerberg skriver i en introduktion til institutionel etnografi, må man som forsker anses for at være situeret og i relation til andre; og "*ikke et fritsvævende subjekt*" (2015:21).

Min forskningsambition indebærer blandt andet, at jeg undersøger praktiseringer af inddragelse med en bred og åben tilgang, men lægger mig dog op ad den forståelse, at det blandt andet handler om inddragelse af patienters hverdag med sygdom. Ved at anlægge sådan en bredere tilgang, har jeg nærmet mig inddragelsesfænomenet ved at undersøge de sammenhænge, det er en del af. Mit udgangspunkt er, at inddragelse er situeret, og opstår i de situationer, der foregår mellem professionelle og patienter i nogle særlige sammenhænge og med nogle særlige procedurer og logikker, der virker ind i mødet. Denne tilgang er inspireret af Annemarie Mol's praxiografiske tilgang (Mol 2002), fordi jeg netop, som hun, er optaget af at undersøge, hvordan ting hænger sammen såvel i det konkrete møde, men hvordan dette også er sammenhængende med den bredere kontekst, hvori praksisser foregår. Derved søger jeg gennem det etnografiske arbejde at overskride mikro-makrodikotomien, og eksempelvis rette blikket mod, hvordan regler, procedurer, retningslinjer osv. bidrager til de praktiseringer, jeg undersøger. Widerberg, som beskæftiger sig med institutionel etnografi, beskriver, at aktiviteter er sociale og koordinerede, hvorved individers handlinger ikke skal ses som individuelle, men som noget der er indgår i det, hun kalder handlingskæder, som er knyttet til andre individer og andre aktiviteter (2015). En lidt anden måde at forklare relationer mellem aktører, men som er i tråd med Mol's ambition om at undersøge, hvordan "things hang together" (Mol 2002).

Men nu over til, hvordan det empiriske arbejde formede sig, hvor jeg starter med at præsentere det indledende arbejde og rekruttering for derefter at vise, hvordan det konkrete empiriske arbejde med observationer, interviews og fokusgrupper er informeret teoretisk.

Feltarbejdet

Fysioterapeutisk praksis og professionsfeltet var allerede meget velkendt for mig, inden jeg startede dette projekt. Jeg er oprindeligt selv uddannet fysioterapeut og har arbejdet i klinisk praksis i rigtig mange år. Det er dog ved at være ti år siden, jeg holdt op som udøvende fysioterapeut, men har i den periode blandt andet været ansat som underviser på fysioterapeutuddannelsen, hvor jeg gennem besøg i de studerendes kliniske undervisningsforløb igen har stiftet bekendtskab med den fysioterapeutiske virkelighed. Senere i dette kapitel vil jeg forsøge at indkredse, hvilke betydninger det kan have på hele dette afhandlingsarbejdet, men for nu tegner denne erfaring med feltet et billede af mine potentielle muligheder for at skabe kontakt til det fysioterapeutiske praksisfelt og etablere aftaler om at lave feltarbejde.

Helt konkret havde jeg et ønske om at undersøge tre forskellige kontekster, som alle skulle være i primærsektoren eller som minimum ikke være et sygehus eller ambulatorie. De skulle desuden være organiseret forskelligt og have forskellige overordnede styringsformer. Årsagerne til disse kriterier er flere, hvoraf den ene handler om, at kontakten mellem fysioterapeut og patient ofte er meget sporadisk og kortvarig i sygehussektoren. Den anden handler om, at jeg havde et ønske om at udføre min undersøgelse i kontekster, hvor de fleste fysioterapeuter arbejder med henblik på at få indblik i praksisser, der kan siges at være typiske for professionen. Ifølge Danske Fysioterapeuter er minimum tre fjerdedele af alle erhvervsaktive fysioterapeuter ansat udenfor sygehussektoren[14]. Den tredje årsag knytter sig til det endelige valg af præcis de tre kontekster, og handler om, at de qua deres forskellige organisatoriske forankringer giver mig mulighed for at få blik for hvordan institutionelle rammesætninger, logikker, procedurer og retningslinjer virker ind i de praktiseringer, jeg får øje på. De tre forskellige steder er henholdsvis en kommunal genoptræningsenhed, en privatklinik og et fondsejet rehabiliteringscenter, og jeg introducerer til de overordnede karakteristika ved de tre forskellige politiske, organisatorisk og økonomiske ophæng under præsentationen af de konkrete kontekster (se senere). Men inden jeg gør det, vil jeg beskrive, hvordan jeg overhovedet endte med at få adgang til netop dem.

Adgang til felten

Med mit ønske om at observere praksis, interviewe patienter og afholde fokusgruppediskussioner (eller hvad jeg i starten kaldte workshops) med fysioterapeuter, tog jeg kontakt til mit netværk, dels fra min tid som praktiserende fysioterapeut, dels fra mit job som underviser på fysioterapeutuddannelsen og desuden også til de respektive praksiskonsulenter i regionerne. Det viste sig at være langt vanskeligere end forventet at blive inviteret indenfor. De fleste svarede ikke på henvendelsen, og de, der gjorde, havde mange andre igangværende og ressourcekrævende projekter, herunder implementering af Sundhedsplatformen[15]. Sidstnævnte havde naturligvis førsteprioritet for den offentlige sektor i de to berørte regioner, men det viste sig, at det var blandt de private klinikker, det var mest udfordrende at finde deltagere. Det skulle være min rolle som oplægsholder og paneldebat-deltager på en konference om fremtidens fysioterapi[16], der blev åbningen til såvel den kommunale sektor som det fondsejede rehabiliteringscenter. Umiddelbart efter konferencen blev jeg kontaktet af en leder og en klinisk specialist og i løbet af de næste måneder fik vi arrangeret mine besøg.

---

[14] Oplyst pr. mail ved henvendelse til Danske Fysioterapeuter

[15] Sundhedsplatformen: Sundhedsplatformen er et fælles it-system for Region Hovedstaden og Region Sjælland.

[16] Konference i anledning af Danske Fysioterapeuters 100-års fødselsdag; *"Fysioterapi i det 21. århundrede"*

Der var dog fortsat ingen private klinikker, der kunne se sig selv i projektet. Jeg deltog i temaaften om patientinddragelse i fysioterapeutisk praksis, arrangeret af Region Hovedstaden (som er ansvarlig for praksissektoren), hvor jeg håbede at komme i kontakt med potentielle samarbejdspartnere. Interessant nok var der kun 5 deltagere denne aften med 3 oplægsholdere. Ud af de 5 tilhørere var jeg den ene, en anden var en ansat i Regionen og var med som observatør. Det endte desværre heller ikke med en aftale den aften.
Derfor udarbejdede jeg informationsmateriale om projektet (Bilag 1), som jeg uopfordret fremsendte til nogle større privatklinikker rundtom i Danmark. Klinikker, som jeg har stiftet bekendtskab med i andre faglige udviklingssammenhænge eller som andre i mit fysioterapeutiske netværk opfordrede mit til. Dette førte desværre heller ikke til et samarbejde, men efter ca. 6 mdr. kom der et gennembrud via kontakter i mit netværk, hvilket resulterede i en aftale med en mellemstor klinik i en provinsby i et landdistrikt.

Præsentation af de tre empiriske kontekster

Fondsejet, specialiseret rehabiliteringscenter: Modtager patienter fra flere forskellige steder både praktiserende læger, hospitaler og pensionskasser. Det er ejet og drevet af en patientorganisation, som har flere centre placeret forskellige steder i landet. Det er således underlagt de økonomiske rammer, som bestyrelsen tilrettelægger. Centrene er akkrediterede efter Den Danske Kvalitetsmodel, hvilket blandt andet også har betydet, at de gennem de senere år har arbejdet målrettet på at inddrage patienter.
For at komme i betragtning til genoptræning, både ambulant eller som et ophold af nogle ugers varighed, kan man enten betale det selv, få dækket de økonomiske omkostninger gennem forsikrings- eller pensionskasse eller blive henvist af en læge (praktiserende, speciallæge eller hospitalsafdeling). På centrene er der ansat psykologer, ergoterapeuter, receptionister, fysioterapeuter, speciallæger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, servicepersonale og diætister. Der tilbydes flere forskellige forløb, som dog alle følger bestemte retningslinjer, blandt andet i form af ensartet testning før, under og efter forløbet. Desuden følger man, så vidt det er muligt, også de nationale kliniske retningslinjer på en række områder. Indsatsen er tværprofessionel og indledes med en indledende undersøgelse, og er det i forbindelse med et intensivt rehabiliteringsforløb, vil det foregå et par uger eller tre før opstart. Såfremt det drejer sig om et ophold af nogle ugers varighed, indledes den første dag med en samtale med et tværgående team (kan fx være læge, sygeplejerske, ergoterapeut og fysioterapeut). Her udarbejdes mål for opholdet og den egentlige fysioterapeutiske undersøgelse foretages. De fleste patienter, der deltager i et forløb, har en eller flere, ofte kroniske, sygdomme. Der er ca. 10 fysioterapeuter ansat her.

Kommune: Den kommunale trænings- og rehabiliteringsenhed er politisk og økonomisk styret af kommunalbestyrelsen. Kommunerne og kommunal genoptræning følger den

danske kvalitetsmodel, og arbejder således under akkrediteringsstandarden, der er udviklet for træningsområdet (IKAS 2016b). Det er kommunerne, der har ansvar for at udarbejde kvalitetsstandarder for genoptræningen, som blandt andet fungerer som styringsredskaber i forhold til hvilken form for behandling der ydes, hvor ofte den tilbydes, samt evt. standarder for testning o.l. (Sundheds- og Ældreministeriet 2018b). Helt konkret kan det indebære, at der er særlige rammer for, hvor lange forløb må være, hvad de skal bestå af, og hvilke kriterier der er gældende, hvis et patientforløb skal forlænges.
Det kommunale genoptræningscenter tilbyder blandt andet fysioterapeutisk behandling. Rehabilitering er forankret i social- og sundhedsforvaltningen og behandlingen foregår vederlagsfrit efter Sundhedslovens § 140, 251 og 251a eller Servicelovens § 86 og § 88. Førstnævnte sikrer patienters rettigheder til at modtage genoptræning i forlængelse af sygehusbehandling (Sundhedsloven), sidstnævnte at alle borgere skal have tilbud om at bevare fysisk funktionsniveau (Serviceloven). De fleste kommuner har kun ganske få diagnosespecifikke tilbud til patienter, da det almindeligvis er funktionsniveau eller andre problematikker der er grundlaget for kategorisering af fysioterapeutiske tilbud. I denne kommune følger man desuden så vidt muligt de Nationale Kliniske Retningslinjer på en række områder (iflg. samtale med terapeut under feltarbejdet). En del af empirien hentet i kommunen handler om patienter med en eller flere, ofte kroniske, problemstillinger. Den pågældende mellemstore kommune har sundhedscentre spredt på mange adresser, der er 35 fysioterapeuter ansat, og her bliver patienterne i overvejende grad tilbudt træning på forskellige hold.

Privat klinik med overenskomst med den offentlige sygesikring: Den sidste empiriske kontekst er den private fysioterapiklinik, der hører under praksissektoren, som er mere kompleks og hvor behandling kan tilbydes på mange forskellige vilkår, herunder markedsvilkår udenom det etablerede sundhedssystem (Højgaard and Kjellberg 2020). Men mest almindeligt er det, at behandlingen tilbydes indenfor rammerne af en overenskomst med den offentlige sygesikring, som sikrer at patienterne modtager tilskud til egenbetalingen. Styringen af den fysioterapeutiske praksissektor handler i helt overvejende grad om at kontrollere de offentlige udgifter til fysioterapeutisk behandling, og om at sikre let og lige adgang til sundhedsvæsenet (ibid.). Dette foregår gennem en overordnet økonomisk regulering, hvor fysioterapeuten 'måles' på det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient. Det vil sige, at privat praksis primært er bundet op på en samlet økonomiske ramme og altså ikke er detaljestyret ift. det enkelte patientforløb. Behandlingerne er ikke, som i den offentlige sektor, underlagt effekt- og kvalitetsmålinger, selvom der de seneste år er taget skridt mod en egentlig kvalitetssikring gennem akkreditering af klinikkerne (IKAS 2019). Denne forventes fuldt implementeret i 2022 og kommer til at indebære målinger af behandlingseffekt samt indførelse af Nationale Kliniske Retningslinjer i det daglige arbejde, sådan som det allerede nu ses i den etablerede offentlig sundhedssektor. Behandling og genoptræning på den pågældende privat klinik foregår ligeledes iht. til ovenstående lovgivning samt bekendtgørelse om tilskud til fysioterapi (Sundheds- og

Ældreministeriet 2008). Den klinik der indgår i denne undersøgelse, er en mindre privat praksis med 5 fysioterapeuter, 2 sygeplejersker samt 1tilknyttet speciallæge, der har konsultation ca. 1 dag hver 14. dag. Klinikken ligger i en provinsby.

Tilrettelæggelse af feltarbejdet

Ved indgåelsen af de respektive aftaler, arrangerede vi samtidigt et orienterende møde, som skulle foregå på de enkelte steder. Til brug ved disse møder havde jeg udarbejdet en præsentation af projektet, og jeg fik desuden lavet aftaler om at udføre pilot-observationer 1-2 dage hvert sted, et par måneder inden det egentlige feltarbejde skulle gå i gang. Ved disse møder gik det op for mig, at min fysioterapeutiske baggrund var den afgørende adgangsbillet til felten, hvilket i sig selv naturligvis ikke var overraskende, da vi havde etableret kontakt ved en fysioterapeutisk konference eller gennem mit professionelle netværk. Men adgangsbilletten handlede også om, at der fra starten var en stemning af indforståethed; at vi talte et fælles 'fysioterapeut-sprog' og dermed også et fælles sprog om, hvad inddragelse 'er'. Jeg blev opmærksom på, at hvis jeg skulle forfølge min ambition om at anlægge en bred tilgang til undersøgelsen af praksis og dermed udforskningen af, hvordan inddragelse praktiseres – ja så var det nødvendigt at 'gå med' ind i det fælles sprog. Jeg gjorde mig nemlig ret hurtigt nogle erfaringer med at mine samarbejdsrelationer (alle fysioterapeuter med lidt forskellige professionelle roller) forholdt sig uforstående og distanceret, hvis jeg forsøgte at forklare den kritiske, humanistiske tilgang til undersøgelsen. Min argumentation, for eksempelvis min kvalitative forskningstilgang, blev afprøvet ved flere lejligheder; Hvordan kunne jeg forske uden at indsamle (rigtige, troværdige) data fx i form af tilfredshedsmålinger, eller testning af specifikke inddragelsesmodeller som motiverende interviews eller Shared Decision Making? Hvordan kunne jeg undgå at mine data var 'biased', når de bestod af noter? Ville det ikke være meget mere validt, hvis jeg videofilmede? Og en række andre spørgsmål. Et par gange fik jeg fornemmelsen af, at de havde svært ved at se meningen med at engagere sig i et så løst designet projekt, men heldigvis var der ingen, der trak deres interesse og accept tilbage. Perioden mellem møderne og det egentlige feltarbejde, gav mig anledning til at overveje den oprindeligt tilbudte insider-position, som nu også blev en position, hvor jeg fremstod lidt alternativ og uvidende om, hvad forskning egentlig går ud på. Og hvad kunne det betyde for min undersøgelse? Det blev da også noget, jeg meget bevidst blev nødt til at forholde mig til gennem hele feltarbejdet, hvilket jeg kommer lidt nærmere ind på i afsnittet om forskersubjektivitet.

Etiske og juridiske forhold

Undervejs i feltarbejdet har jeg overfor alle, både patienter, pårørende, fysioterapeuter, eller andre ansatte på det pågældende sted gjort opmærksom på, at al deltagelse var fri-

villig, og alle deltagere blev anonymiseret. Jeg udarbejdede skriftligt materiale til alle berørte ansatte (Bilag 2) og et særligt informationsbrev til patienterne (Bilag 3). Når jeg udleverede materialet, gjorde jeg opmærksom på mine kontaktoplysninger i tilfælde af spørgsmål, tvivl eller ønske om at trække deltagelsen tilbage. Inden jeg overhovedet fik mulighed for at deltage i de enkelte situationer, havde fysioterapeuten på forhånd vurderet og talt med patienten om jeg evt. kunne deltage. På alle hold blev holddeltagerne spurgt, inden jeg ankom, og hvis der var en enkelt, der ikke ønskede min tilstedeværelse, deltog jeg ikke. Men hvis de accepterede, startede jeg med at præsentere mig selv og mit projekt ganske kort, ligesom jeg sikrede mig, at patienterne havde fået et informationsbrev. For patienter og fysioterapeuter, der har deltaget i interviews, har de underskrevet en samtykkeerklæring (Bilag 4).
Alle deltagere er således anonymiseret, og hvilket i forhold til observationerne allerede blev foretaget ved skrivningen af feltnoter. I kommunen arbejder forholdsvist mange fysioterapeuter, hvorimod der kun er hhv. fem og ca. ti i den anden. Nogle af de steder jeg har besøgt, har jeg kun fulgt nogle få fysioterapeuter, og derfor har jeg gjort brug af en række anonymiseringsgreb, sådan at de ikke vil kunne identificeres, særligt af kollegaer, patienter eller andre nære samarbejdspartnere. Det kan dreje sig om at dele den samme fysioterapeut op i to eller flere personer, at ændre alder, køn eller andre kendetegn. Af hensyn til de fysioterapeuter, der indgår i undersøgelsen, har det været nødvendigt at være meget omhyggelig med anonymisering også af de konkrete empiriske kontekster. Dette til trods for min analytisk interesse i at undersøge institutionelle logikker, regler, retningslinjer og procedurer. Dog har det ind i mellem af netop af de årsager været nødvendigt at angive, om det er fra den private klinik, kommunale genoptræning eller rehabiliteringscentret, at materialet stammer fra og derfor så meget desto mere væsentligt, at fysioterapeuterne er anonymiseret så godt, som det nu er muligt. Jeg har derfor også haft stort fokus på, i videst muligt omfang, at undgå at anvende citater eller henvisninger til dokumenter som jeg har fået adgang til og som er udarbejdet i præcis den specifikke kontekst.

Da den første planlægning af feltarbejdet gik i gang, ansøgte jeg Videnskabsetisk Komité om godkendelse af projektet. Det viste sig ikke at være nødvendigt for denne type af projekter (Bilag 5 og 6). Desuden har det efter 25. maj 2018 heller ikke længere været nødvendigt at melde denne type af projekter til Datatilsynet. Jeg har undervejs fået bistand og vejledning fra Roskilde Universitets juridiske afdeling. Det har handlet om rådgivning i forhold til opbevaring af det empiriske materiale, og desuden har juristen dér godkendt samtykkeerklæringen. Opbevaring af materialet er foregået dels ved, at RUC's IT-afdeling har opretter et særligt sikret og krypteret drev, hvor al skriftliggjort empiri er opbevaret. Hvis det har været nødvendigt at printe noget af det, har det været opbevaret i et aflåst skab, hvor kun jeg har haft adgang.

Samlet generering af empiri

Den samlede generering af empiri endte med at være ret omfattende;

Pilotobservationer: 2 dage på rehabiliteringscenteret, 1 dag i den private praksis og 1 dag i kommunen.
Observationer: 24 dage i alt fordelt ligeligt på de tre organisationer. Alle steder blev observationer og interviews udført sideløbende, og strakte sig typisk over en periode på 3 på hinanden følgende uger.
Uformelle samtaler med patienter og professionelle: Talrige
Formelle interviews med patienter: 17. Jeg foretog ikke en målrettet udvælgelse, men i forbindelse med observationer, inviterede jeg til, at de interesserede kunne kontakte mig enten dér eller bagefter. Alternativt ringe eller skrive til mig. Antallet af interviews var dermed ikke givet på forhånd men noget, der var åbent og afhængigt af, hvor mange interesserede der var. Alle, der har kontaktet mig med ønske om deltagelse, er blevet interviewet.
Fokusgruppediskussioner: En hvert sted á mlm. 1-3 timers varighed. Ved en enkelt var der ca. 15 deltagere, som blev fordelt i to grupper. I de to andre var der hhv. 6 og 4 deltagere. I alt har ca. 25 fysioterapeuter deltaget i de tre fokusgruppediskussioner, og desuden også lektor Rikke Schacht Laisen fra Københavns Professionshøjskole[17], som både deltog i planlægningen og den konkrete afvikling af fokusgruppediskussionerne. Der blev undervejs produceret en række notater om patientinddragelse[18].
Dokumenter: (blot et udsnit af, hvad jeg har orienteret mig i, hvoraf nogle af dokumenterne har været centrale for at forstå de procedurer og standarder, der fungerer i den konkrete praksis): Notater om patientinddragelse fra alle deltagere i fokusgruppediskussionerne[18], pjecer til patienter om de konkrete tilbud på stedet, vejledninger vedr. forskellige sygdomme, handleplaner, forløbsprogrammer, Den danske Kvalitetsmodels akkrediteringsstandarder for fysioterapi (IKAS 2019), Den danske Kvalitetsmodel for det kommunale område: standardpakke for træning (IKAS 2014), diverse bekendtgørelser (fx (Sundheds- og Ældreministeriet 2005, 2008, 2018a, 2018b) og nationale kliniske retningslinjer på udvalgte områder (Dansk Selskab for Fysioterapi 2021b).

[17] Rikkes deltagelse har været en del af samarbejdsaftalen med professionshøjskolen. Rikke har været sparringspartner i forhold at udvikle og planlægge de tre fokusgruppediskussioner. Hun har deltaget som ordstyrer, tidsholder, referent (korte noter) og aktivt engageret sig ved at stille nysgerrige, åbne spørgsmål.
[18] Ved fokusgruppediskussionerne producerede alle deltagere et notat på et udleveret stykke papir, der indledte med "Patientinddragelse er……..". Se i øvrigt under "Fokusgruppediskussioner" senere i kapitlet.

Præsentation af interviewede patienter

Navn (anonymiseret)	Oplysninger
Bjarne	Bjarne er 49 år gammel og har gennem de sidste mange år lidt af kroniske smerter og en invaliderende tarmsygdom. Han er førtidspensioneret og bor sammen med sin kæreste. De har tilsammen 2 børn (et hver) og to børnebørn. Bjarne har en 'dunkel fortid' som uddeler af tæsk og bøder, kriminel og misbruger. Bjarne har arbejdet med alt mlm. himmel og jord, men er også uddannet kok. Lige nu er han i gang med et 4 ugers intensivt genoptræningsforløb på rehabiliteringscentret.
Camilla	Camilla er 45 år gammel, og hun arbejder fuld tid som skolelærer. Hun har været diagnosticeret i fire år, med en kronisk livslang gigtsygdom, som hun skal modtage medicin for, og som nedsætter hendes funktionsniveau betragteligt. Hun bor med sin mand og to børn. Hun er lige nu i gang med et 3 ugers intensivt genoptræningsforløb på rehabiliteringscentret. Noget som er etableret i samarbejde med kommunen.
Ditte	Ditte er ca. 70 år gammel, og bor sammen med sin mand. De to har tidligere haft et pensionat sammen, selvom Ditte har lidt af en hoftesygdom, som har givet hende betydelige smerter og funktionsnedsættelser de seneste mange år. Hun har nu fået en ny hofte, og går i et ca. 2 måneders genoptræningsforløb i kommunen.
Edith	Edith er 80 år gammel, og har en række sygdomme, herunder leddegigt, tre andre mere sjældne gigtsygdomme, diabetes og knogleskørhed. Edith har tidligere arbejdet som hjemmehjælper, men blev pga. sin helbredstilstand pensioneret som 50-årig fra sit hjemmehjælperjob. Hun har to voksne børn og børnebørn, som bor i nærheden og som hun har daglig samvær med. Lige nu er hun i gang med et intensivt træningsforløb i rehabiliteringscentret.
Erna	Erna er omkring 80 år gammel, bor alene i et rækkehus i flere etager, og har lidt problemer med at komme op og ned ad trapperne og har desuden haft KOL[19] i mange år. Efter hun mistede sin hund, er det gået ned ad bakke med hendes fysiske velbefindende. Derfor er hun i gang med et forløb i den kommunale fysioterapi, hvor hun træner to gange om ugen for at øge sin fysiske kapacitet.
Esben	Esben er 72 år gammel og stadig erhvervsaktiv på fuld tid som ingeniør. Esben har været syg med kræft, og har været vant til altid at klare alting selv og været den, der har taget sig af alle praktiske ting derhjemme. Han er nu ganske svækket, og har igennem

[19] KOL: Kronisk obstruktiv lungelidelse

	det sidste år gået flere gange ugentligt til træning hos den kommunale fysioterapi. Det går væsentligt bedre, men der er stadigt langt igen for Esben
Henning	Henning er 50 år gammel. Han har egentlig arbejdet som automekaniker, men for cirka 20 år siden fik han flere diskusprolapser i lænden, og har været behandlet på hospitalet mange gange. Han er nu førtidspensioneret, og er i et intensivt genoptræningsforløb på rehabiliteringscentret. Henning skal måske genovervejes til flexjob, men i øvrigt forsøge at få sin hverdag til at hænge sammen ved hjælp af forskellige træningsprogrammer og medicinsk behandling for sine kroniske smerter.
Iris	Iris er 64 år gammel og har haft leddegigt siden 40-års alderen. Derudover har Iris rigtig mange andre alvorlige diagnoser. Hun har tidligere arbejdet som sagsbehandler, men har været førtidspensioneret i en del år. Iris er i gang med et intensivt genoptræningsforløb på rehabiliteringscentret. .
Jette	72 år gammel og har post-polio syndrom[20]. Hun bor på landet samen med sin mand, hvor de har et aktivt landbrug. Jette har tidligere arbejdet som sygehjælper og har både børn og børnebørn. Hun har kroniske smerter og funktionsnedsættelser, og derfor træner hun to gange om ugen hos den privat praktiserende fysioterapeut i byen, hvilket hun har gjort i flere år. Jettes mand klarer "alt det udenfor", mens Jette, så godt hun kan, forsøger at holde hus og passe sine børnebørn.
Lea	Lea er 62 år gammel og meget påvirket af psoriasisgigt, som hun har levet med siden hun var 25. Hun har mange smerter og problemer med sine led, og blev derfor førtidspensioneret, da hun var 55 år. Inden da arbejdede hun som social- og sundhedsassistent. Lea bor med sin mand og har voksne børn og børnebørn, der bor i USA. Hun går til træning 1 gang om ugen hos en fysioterapeut på den private klinik. Her går hun desuden også 1 gang om ugen til 'manuel behandling' (massage, ledmobilisering o.l.).
Lis	Lis er 53 år gammel, men har været pensioneret i flere år pga. af en lang række gigtlidelser. Hun bor med sin mand og har voksne børn, som hun meget ofte er sammen med, ligesom hun også tager sig af sine børnebørn. Lis går til træning hos fysioterapeuten på en privatklinik, hvor hun også får massage og andre 'blødgørende og smertelindrende' behandlinger.

[20] Post-polio syndrom: Er en tilstand, der rammer polio-overlevere mange år efter, de er kommet sig efter sygdommens debut. Ofte oplever polio-overlevere en langsom, fornyet svækkelse af muskler, der tidligere var ramt af virusinfektionen. De mest almindelige symptomer er langsom progredierende muskelsvaghed, udmattelse og langsom formindskelse af muskelmassen (egen oversættelse efter: (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2021)

Liv	Liv er 59 år gammel og har en række sygdomme som KOL, udbredt gigt, en rygsygdom, angst og depression. Liv har været førtidspensioneret i mange år, og bor alene med sin hund. Liv har ingen børn eller anden tæt familie. Hun har et dårligt knæ, som giver hende mange bekymringer, fordi det går ud over hendes mulighed for at gå tur med hunden, som betyder alt for hende. Liv går til træning i den kommunale fysioterapi 2 gange om ugen. Hun har tidligere også fulgt det såkaldte GLA:D forløb[21]
Marlene	Marlene er 69 år gammel, og har egentlig ikke fejlet noget ud over slidgigt i hoften. Derfor har hun fået en operation og en ny hofte. Marlene går til træning i den kommunale fysioterapi på et såkaldt 'hoftehold', hvor hun træner 1 gang om ugen.
Palle	Palle er 72 år gammel og går til træning i kommunen på et såkaldt forløbshold efter han har haft en blodprop i hjertet. Derudover har Palle en ryglidelse, der giver ham mange smerter. Han er tidligere togkonduktør og bor med sin hustru i et rækkehus.
Preben	Preben er 79 år gammel, og har mange smerter og problemer med gigt i knæene. Han venter nu på en operation, hvor han skal have et nyt knæ. Preben er stadig lidt aktiv i sit tidligere firma, som han selv stiftede og som for 4-5 år siden blev overtaget af sønnen. Bor ved siden af firmaet sammen med sin kone, og går til træning på den private fysioterapiklinik 1 gang om ugen.
Sabine	Sabine er 22 år gammel. Hun er studerende, og bor i en større by. Hun er forholdsvis nydiagnosticeret med en livslang lidelse, som kræver medicinsk behandling og varig fysioterapeutisk indsats. Der er endnu lidt usikkerhed om, hvorvidt det er den ene eller den anden af to specielle gigtlidelser. Hun har kendt til sin sygdom i 2 år og er igennem et længere udredningsforløb. Nu er hun i gang med et 4 uger langt, intensivt specialiseret genoptræningsforløb, som skal forberede og hjælpe hende til at klare den hverdag, der venter, når hun skal i gang med sit studie igen.
Søs	Søs er 42 år gammel og oprindelig pædagoguddannet. Hun har været sygemeldt i flere år på grund af forskellige bevægeapparatsproblemer. Hun bor med sin mand og 3 børn (4, 9 og 13 år). Søs har været behandlet gentagne gange af en række forskellige fysioterapeuter, både kommunalt, regionalt og i privat praksis. Lige nu er hun i et 3 ugers intensivt genoptræningsforløb på rehabiliteringscentret, noget som er etableret i samarbejde med hendes socialrådgiver.

[21] **G**odt **L**iv med **A**rtrose i **D**anmark, i daglig tale 'GLAD' (SDU, 2013). Det er et koncept, der er meget udbredt i fysioterapeutisk praksis.

Kombinationen af to empirigenererende metoder

Selve kombinationen af metoder; observationer, interviews med patienter og fokusgruppediskussioner med fysioterapeuterne, som jeg indledningsvist kaldte 'workshops' udsprang, som nævnt, af et ønske om at få et nuanceret indblik i patientinddragelse i fysioterapeutisk praksis. Jeg vil i det følgende beskrive, hvordan de forskellige metoder er teoretiske informeret, samt hvordan jeg konkret har valgt at arbejde med dem.

Observationer

Valget af deltagerobservationer hænger sammen med, at det er en velegnet metode til undersøge og forstå "*det lokale, partikulære, situerede og sociale i menneskers hverdagsliv*" (Szulevicz 2015). I min tilgang har jeg blandt andet været inspireret af Järvinen & Mik-Meyer interaktionistiske tilgang til observationer (Järvinen and Mik-Meyer 2010). De lægger vægt på at interessere sig for det, der foregår i det sociale og ikke på enkelte individers meninger og oplevelser af det sociale, samtidig med at de inddrager konteksten. Derved handler deltagerobservationer om at studere relationer mellem mennesker, men også kontekst så som materielle forhold (ibid.). Denne tilgang til observationer er i tråd med min egen forskningsambition om ikke at anlægge en perspektivistisk tilgang, som Mol ville kalde det (Mol 2002), men netop interessere mig for det, der konstitueres mellem de humane og non-humane aktører i situationen. Som jeg selv, er Järvinen & Mik-Meyer også optaget af relationen 'institution-praksis', idet aktører i institutionen "*bruger diskursive ressourcer til at organisere konkrete handlinger på*" (Miller 2004 i (Järvinen and Mik-Meyer 2010). Som Beedholm m.fl. anfører om kliniske afdelinger i deres studie af det patientinvolverende hospital (Beedholm, Andersen, and Lomborg 2017) anser jeg heller ikke de fysioterapeutiske praksisser, for at "passive kontekster for implementering" af eksempelvis patientinddragelse, men at de er kontekster, hvor politiske ambitioner herom skal omsættes og praktiseres.

Iflg. Szulevicz (Szulevicz 2015) handler deltagerobservationer både om at deltage i de aktiviteter, der foregår, men også som begrebet antyder; at være på afstand og observere. I realiteten har jeg arbejdet med begge dele, afhængigt af situationen og hvad der har været muligt. Måden jeg konkret har 'gjort' observatør eller observationer på, vil jeg komme nærmere ind på nu

Observationsstrategi

Jeg startede ud med at foretage en eller to dages 'prøveobservationer' hvert af de tre empiriske kontekster. De dage brugte jeg dels til at gøre mig nogle erfaringer omkring dagligdagen dér og til at afsøge forskellige mulige tilgange til at være med som observatør.

Til trods for mine mange års kliniske erfaring, har jeg selv primært arbejdet på ambulatorier eller i private klinikker, så to af de tre steder var ikke velkendte praksisser for mig. Derfor var det en god forberedelse til det egentlige feltarbejde at være til stede et par dage for at forstå, hvordan den fysioterapeutiske hverdag så ud, og for fysioterapeuternes mulighed for at lære mig lidt at kende. Da jeg vendte tilbage efter et par måneder, havde mine kontaktpersoner alle tre steder uopfordret lagt en ret detaljeret plan for mig, og fundet de primære fysioterapeuter, jeg skulle følges med. To steder havde jeg 2-3 'faste' makkere i de ca. 8 dage, jeg var hvert sted, det tredje sted fulgte jeg 8 forskellige terapeuter (af anonymiseringshensyn er det ikke angivet hvor hvad gjorde sig gældende). Derudover fulgtes jeg med andre til enkelte aktiviteter, fx en hjemmebehandling, en patientundervisning, en holdtræning eller en enkelt behandling. I alt har jeg i de ni uger fulgt ca. 20 forskellige terapeuter og 70 patienter.

Med mit videnskabsteoretiske ståsted anser jeg ikke mig selv som en 'flue på væggen', til trods for at flere fysioterapeuter præsenterede mig som sådan. Derimod forstår jeg mig selv som en del af situationen og ser således min tilstedeværelse som medkonstituerende for det, der foregår. Idet jeg i langt de fleste tilfælde allerede var blevet præsenteret som fysioterapeut og som en, der 'bare ville gå i et med tapetet', var jeg fra starten positioneret både som en professionel og som en 'anden', ikke tilhørende deltager. Ofte, især i træningssituationer, resulterede det i, at patienterne spurgte mig til råds eller søgte vejledning, hvor jeg skulle finde et passende svar. Men da det er lang tid siden, jeg selv har praktiseret fysioterapi, var svaret oftest – i overensstemmelse med sandheden – at 'det ved jeg ikke'. Enkelte gange er jeg også af fysioterapeuterne blevet spurgt om konkrete ting, hvilket jeg erfarede handlede om, at jeg var underviser på uddannelsen. Men også her var jeg på bar bund, fordi jeg ikke har med det kliniske område at gøre. På den ene side måtte jeg altså finde ud af at forhandle min position som nysgerrig og relativt fremmed forsker på samme tid som jeg blev anset for at være en insider. Der har ikke været en enkelt passende 'løsning' på disse situationer, men noget jeg har forsøgt at håndtere løbende og noteret i mine feltnoter.

Min konkrete tilgang til at observere har været meget afhængig af situationen og hvilke muligheder, der bød sig her. Eksempelvis har jeg deltaget aktivt i alskens forskellige træningssessioner men også siddet på en stol langs væggen efter anvisning fra fysioterapeuten, efter at være blevet præsenteret som fysioterapeut og som 'fluen på væggen'. Jeg har siddet med rundt om bordet, eller ved siden af, under diverse samtaler, og jeg har trænet i styrketræningsmaskiner, på kondicykler og gået stavgang i skoven sammen med patienterne. Hvordan jeg har deltaget, har i overvejende grad været bestemt af omstændighederne sat af patienten/deltagerne eller fysioterapeuten. Enkelte gange har jeg selv taget initiativ til at bryde med, hvad jeg blev tilbudt. I træningssituationer var det lidt nemmere at 'blende ind', fordi jeg kunne deltage i aktiviteterne eller gå rundt og tale med deltagerne eller fysioterapeuterne.

Jeg har arbejdet med en åben observationsstrategi, hvor jeg ikke på forhånd havde defineret konkrete elementer, jeg ville kigge efter. Årsagen var, at jeg ønskede at forholde mig åbent til, hvad der virker medkonstituerende for patientinddragelse, og at jeg inden observationerne ikke meningsfuldt ville kunne definere det. Jeg har rettet min opmærksomhed på deltagerne i situationen, hvad der blev gjort, hvad der blev talt om og hvordan. Desuden har jeg forsøgt også at være opmærksom på, hvilke artefakter der er indgået og hvordan rummet var indrettet. Disse iagttagelser blev skrevet ned i noteform under selve observationen, hvilket stort set altid var muligt. Hvis ikke, skrev jeg hurtigt nogle noter i en pause. Hvordan jeg har arbejdet med feltnoter, vil jeg beskrive i det følgende.

Feltnoter

I forlængelse af det, jeg netop har beskrevet om ikke at lægge sig fast på bestemte observationskategorier på forhånd, er jeg også inspireret af Emerson m.fl. (Emerson, Fretz, and Shaw 2011). Iflg. dem fordrer generering af empiri i felten, at forskeren er sensitiv overfor, hvad der sker og dermed også sagt, at man ikke kan forudsige, hvad man vil skrive om. Feltnoter er intuitive og reflekterer forskerens fornemmelser for, hvad der er vigtigt, samt empati for hvad der i felten er spændende og vigtigt for de, der observeres. Iflg. Emerson m.fl. (ibid.) 'indskrives' i etnografisk feltarbejde og feltnoter, social diskurs gennem selve den handling at skrive det ned. Ved at skriftliggøre hændelser sker der en reduktion af det sociale, da feltnoter og beskrivelser uundgåeligt rammesætter begivenheder på bestemte måde, og dermed udelukker andre mulige måder. Det er en forståelse, jeg er helt enig i, idet det er en naturlig følge af første-ordensperspektivet, hvor jeg gennem hele forskningsprocessen allerede har anlagt et særligt blik, hvormed jeg iagttager min forskningsgenstand. Det har jeg søgt at bringe med ind arbejdet med at tage feltnoter, hvor jeg både har forsøgt ret konkret at skrive ned, hvem der taler, hvad der siges osv., men samtidig bestræbt mig, gennem anden-ordensperspektivet, at notere mine egne overvejelser, tanker om det der foregår, undringer og tvivl. Indimellem har jeg spurgt ind til det efterfølgende, men har også brugt det i forberedelserne til interviews med patienter eller fokusgruppediskussionerne med fysioterapeuterne. Emerson m.fl. (ibid.) beskriver nogle grundlæggende præmisser for en interaktionistisk tilgang til konstruktionen af feltnoter, som jeg har ladet mig inspirere af i selve arbejdet. Det handler blandt andet, som en forlængelse af overvejelserne omkring andenordensperspektivet om, at det observerede er uadskilleligt fra selve den proces at observere det, og det er væsentligt ikke at dikotomisere det at 'gøre observationer' og det at 'skrive feltnoter'. Det er ikke to adskilte aktiviteter, men står i dialektisk forhold til hinanden (ibid.). De foreslår også at skrive feltnoter samtidig med begivenhederne foregår, hvilket jeg har gjort i stort set alle situationer. Alle noter blev renskrevet samme dag, som observationerne var foretaget for at forhindre, at jeg havde glemt ting og derfor skulle forsøge at rekonstruere dem på et senere tidspunkt.

Interviews

Hensigten med de forskellige typer af interviews og samtaler med professionelle og patienter har været at få tilgang til oplevelser med inddragelse, og for patienternes vedkommende deres fortællinger om at håndtere en hverdag med sygdom, smerter og funktionsnedsættelse. Patienternes fortællinger om hverdagen med at skulle håndtere livet med sygdom er vigtige for min undersøgelse om, hvordan medinddragelse konstitueres i praksis. Det er de blandt andet, fordi medinddragelse handler om patienternes viden og erfaringer, og fordi det er i patienternes liv med sygdom og de medfølgende problemstillinger, at alt det, der foregår i fysioterapien, skal virke. Et andet vigtigt argument for at tale med patienterne om deres oplevelser er, at det giver mig adgang til at forstå om og på hvilke måder, deres viden og erfaringer indgår og bliver omsat eller transformeret i mødet med de fysioterapeutiske fagprofessionelle. Og til at forstå hvilke elementer fra patienternes hverdag, der bliver betydningsfulde. De efterfølgende fokusgruppediskussioner, men også de løbende, mere uformelle samtaler, jeg har haft med de professionelle undervejs, har haft til formål at give mig indblik i, hvilke implicitte forståelser af inddragelse og ambitioner, begrebet tillægges. Hvordan forestiller de sig, at inddragelse skal foregå? Hvad forestiller de sig, at inddragelse skal kunne bidrage med? Og hvordan tænker de om inddragelse i forhold til de konkrete ting og handlinger, der bliver betydningsfulde i mødet med patienterne?

Rubow (2010) beskriver, hvordan observationer og samtaler, sådan som det også kan forstås i mixed methods tilgangen, fungerer som supplerende tilgange, hvor sidstnævnte kan bidrage med nye og andre perspektiver. Jeg har dog ikke været interesseret i perspektiver som sådan, men i højere grad haft et ønske om at høre om oplevelser og erfaringer og anser, på linje med Rubow, de to metoder som supplerende tilgange. Samtaler genererer andre former for data fx konkret information om det, der foregår, og kan også skabe et rum for refleksion, som er med til at organisere og ændre, det man taler om.

Interviews

I planlægningen af de mere formelle interviews med patienterne forsøgte jeg at anlægge en tilgang, som kunne åbne patienter og professionelles oplevelser og forståelse, og for patienterne særligt deres fortællinger om, hvordan sygdom udfolder sig for dem i deres eget arbejds- eller hverdagsliv. For at understøtte interviewprocessen valgte jeg at arbejde med en overordnet skitsering af spørgsmål (Bilag 7). Denne tilgang er inspireret af Staunæs & Søndergårds (Staunæs and Søndergaard 2005) kompleksitetssøgende interviewtilgange, hvor interviews er udforskende samtaler, som åbner for, at de interviewede får mulighed for at udfolde egne erfaringer og 'virkelighed'. Staunæs & Søndergaard understreger, i tråd med mit eget videnskabsteoretiske udgangspunkt, at forskeren ikke er et neutralt vidne, men er medproducerende for empirien (ibid.). I denne tilgang handler det

ikke om at stille lukkede og præcise spørgsmål, men om at skabe en samtale, hvor *"den interviewede [søges] positioneret som et subjekt med mulighed for at reflektere over og i interviewet [..]"* (2005:57) og dermed også at være medkonstruerende i, hvordan det empiriske materiale kommer til at se ud. Min måde at gå til interviewsituationerne har været, via den meget overordnede rammesætning af de temaer eller emner jeg gerne ville tale om, at have en række forslag til åbnende spørgsmål i tilfælde af, at de(n) interviewede gik i stå eller havde svært ved at forstå, hvad jeg mente. Jeg har desuden været optaget af at spørge til konkrete oplevelser eller beskrivelser, for som Rubow (2010) anbefaler, er det en god idé at forsøge at holde fast i konkrete fortællinger og ikke at lade informanten tale for meget om 'hvorfor', da det risikerer at blive for fortolkende og dermed fjerne samtalen fra den umiddelbare oplevelse/erfaring.

Interviewstrategi

De patienter, der indgår i materialet, har alle meldt sig frivilligt, og jeg havde besluttet at gennemføre interviews med dem, der var interesserede, og hvor vi kunne lave en aftale i den periode, hvor jeg udførte feltarbejdet. Samtalerne er alle, på nær en enkelt som foregår i patientens hjem, udført i de respektive empiriske kontekster.
Jeg havde i begyndelsen af projektet en idé om, at patienternes tidligere erfaringer med fysioterapi, ville være væsentlige at høre om, fordi jeg ikke anser patienterne for at tomme og erfaringsløse subjekter i mødet med fysioterapien. Men at de er subjektiveret gennem velkendte repertoirer og med ideer om, hvad fysioterapi er eller kan være. Denne idé forfulgte jeg, men i takt med at min metodologiske ramme udviklede sig, blev det klart at disse oplevelser blot var meninger og perspektiver på nogle udvalgte fysioterapeut-subjekter, hvilket ikke var det, jeg var på udkig efter. Desuden er fysioterapeuter heller ikke tomme og erfaringsløse subjekter i situationen, og derfor besluttede jeg mig i analyseprocessen for at undlade at bruge den del af interviewmaterialet. Efterhånden som jeg havde interviewet nogle stykker, kom disse fortællinger også mere i baggrunden, til fordel for nogle mere fyldige samtaler om patienternes kortere eller længere sygdomsforløb, om hverdagen, familie- og arbejdslivet, samt de spontane fortællinger om forpligtelser til at holde sig sunde og rask. Sidstnævnte fik mig til undervejs at reflektere over, hvorfor patienterne stort set alle sammen kom ind på deres hverdagslige praksisser omkring fysisk aktivitet, og bekendelser om sundhedsadfærd. Tilsyneladende positionerede jeg mig ubevidst, og blev også i flere tilfælde positioneret, som fysioterapeut og ikke som forsker. Og det interessante her er, at interviewsituationen tilsyneladende kom til at virke gennem samme rammesætning, som en slags 'sundhedssamtale'. De diskursive positioneringer produceredes og blev reproduceret, og patienterne kom i samtalen ind på, hvordan de ikke selv har gjort det, de burde, eller hvordan de mener, at de har gjort alt, hvad de kunne, osv. Interviewsituationen producerede associationer til en form for bekendelsessamtale, hvor de skulle gøre regnskabet op fx i relation til deres manglende "sunde adfærd", manglende efterlevelse af hjemmetrænings-regimerne eller den generelle dårlige

samvittighed i forhold til krop, sundhed og sygdom. Det så ikke ud til, at det var noget, jeg kunne ændre på ud over, at jeg i situationen gjorde, hvad jeg kunne for at komme tilbage på sporet. Og samtidig mener jeg, at det i sig selv er en interessant analytiske iagttagelse.
Alle interviews blev optaget og er efterfølgende blevet transskriberet af en studentermedhjælper. I forbindelse med de indledende analyseprocesser har jeg lyttet lydfilerne igennem flere gange samtidig med, at jeg har læst og korrigeret i transskriptionen, hvis der var fejl eller misforståelser.

Fokusgruppediskussioner med fysioterapeuter.

Den afsluttende del af feltarbejdet bestod i at afholde i alt tre fokusgruppediskussioner med et antal fysioterapeuter hvert sted. Antallet af deltagere blev afgjort af fysioterapeuterne og ledelsen, idet det foregik i arbejdstiden. Jeg havde først haft intentioner om at afholde aktionsforskningsinspirerede workshops med fysioterapeuter, fordi aktionsforskningsmetoder anvendt i praksis, kan tilbyde forskellige feedbackformer, som kan 'spejle' feltets praksis (Kildedal and Laursen 2014). Men af praktiske grunde, som handlede om den tid, der kunne sættes af til mødet, var det ikke en mulighed. Jeg valgte derfor en 'mellemvej', som er inspireret af metoden om fokusgruppediskussioner (Baarts and Mehlsen 2006). Frem for at skabe en interviewsituation med spørgsmål-svar, som er kendetegnende for fokusgruppeinterviewet, søger denne metode at skabe samtaler mellem deltagerne med det formål at konstruere forståelser og betydning af fx et fænomen som inddragelse. Ved hjælp af forskellige redskaber, søgte jeg derfor at skabe dialog mellem de deltagende fysioterapeuter, med henblik på at undersøge hvordan forskellige diskursive konstruktioner om og omkring begrebet blev forhandlet. Hensigten var at tale om og reflektere over patientinddragelse samt præsentere dem for nogle praksissituationer, hvor jeg helt kort bad dem drøfte, om den situation var et udtryk for inddragelse eller om der var noget helt andet på spil. De situationer, jeg valgte ud til fokusgruppediskussionerne, hang tæt sammen med analyseprocesserne, der på dette tidspunkt var i et tidligt stadie. Jeg havde foretaget de indledende gennemlæsninger og ordninger af materialet, og havde indkredset en række 'typiske' og 'atypiske' situationer på tværs. Derfor blev det sådanne situationer, der blev omdrejningspunktet i den sidste del af diskussionerne. Når jeg vælger at tale med de professionelle om nogle af de ting, jeg har oplevet i praksis, er det både for at afprøve nogle af mine indledende analytiske tanker. Men det er det også for at nuancere mit eget blik og åbent interessere mig for, hvordan de forstår patientinddragelse både retorisk og i praksis.

I selve situationen anvendte jeg to metoder, som jeg har brugt mange gange i min undervisning på professionshøjskolen. Den første handler om at sætte en diskussion i gang om, hvad et begreb kan betyde eller indebære og den anden om at reflektere over egen praksis.

Den første metode blev brugt som indledende aktivitet ved hver fokusgruppediskussion og havde til formål at skabe en egentlig fælles samtale om, hvordan patientinddragelsesbegrebet kan forstås, men også hvordan man kan 'gøre' inddragelse. Her indledte jeg med at udlevere et stykke papir til hver deltager, hvor der øverst stod "Patientinddragelse er……." (Bilag 8), hvorefter de fik 5 min. til at notere alt, hvad de måtte tænke om det. Herefter blev papirerne blandet, og hvis der var to grupper, byttede de papirer. Selve metoden går ud på, at alle er anonyme, og at en deltager læser et udsagn op, hvorefter alle angiver med et antal fingre (eller noget andet; tændstikker, papirkugler osv.), hvor enige de er i det, der står. Herefter startes diskussionen med, at de der har givet hhv. laveste og højeste point, argumenterer for, hvorfor de er mere eller mindre enig. Og herefter fortsættes snakken, indtil næste udsagn drøftes. Dette førte til meget fyldige og ind imellem også lange snakke, som jeg fik stor glæde af i analyseprocesserne. Efter denne første aktivitet, havde jeg udvalgt en række forskellige cases ud fra de kriterier, at det skulle være nogle 'typiske/atypiske situationer', og at de skulle repræsentere et bredt udsnit af forskellige typer af møder (individuel træning, indledende undersøgelser, afsluttende undersøgelser, holdtræning). Her spurgte jeg helt åbent om de ville drøfte, hvorvidt det der foregik også kunne handle om inddragelse. De tre workshops blev alle lydoptaget, og desuden var lektor Rikke Schacht Laisen (se tidligere i dette kapitel) med som referent og tidsholder. Af de fire optagelser (i den ene kontekst måtte vi dele gruppen op i to, pga. antallet af fremmødte) er én på 1 time og de tre øvrige hver på mellem 2 og 3 timer. Derfor er kun mindre dele blevet transskriberet (se i øvrigt kapitel 7).

Til slut runder jeg dette kapitel af med mine refleksioner omkring det at være fysioterapeut, forske i eget felt og hvordan jeg ser min forskersubjektivitet have betydning for denne afhandling.

Forskersubjektivitet

Som beskrevet i kapitel 4 anser jeg, med mit videnskabsteoretiske udgangspunkt, min forskerposition som en del af feltet og som sådan involveret i de processer, jeg undersøger. Det skal også ses som led i den samlede argumentation for pålideligheden af de analyser og resultater, jeg skriver frem.

Med min baggrund som fysioterapeut og til trods for, at jeg forlod praksis for en del år siden, er dagligdagen som fysioterapeut og mødet med patienter meget velkendt og jeg har selv været aktør i tilblivelsen af inddragelsesprocesser mange gange. Og jeg er også et menneske, som selv haft brug for fysioterapeutisk behandling og ad den vej været involveret i tilblivelse af inddragelse. Som underviser har jeg ofte undervist kommende fysioterapeuter i emner som sundhedspædagogik, sundhedsfremme og kommunikation og i

den anledning ikke kunnet løbe fra at vælge og fravælge ift. min formidling af, hvad inddragelse kan være, og hvordan det kan praktiseres. Jeg har selv tidligere undersøgt, hvordan fysioterapeutstuderende orienterer sig mod det kommende sundhedsfremmende arbejde og deres forståelser af sundhed og sygdom (Hansen 2014, 2015) og skrevet lærebogskapitler om sundhedspædagogik samt borger- og patientinddragelse til kommende fysio- og ergoterapeuter (Hansen 2018; Hansen and Andersen 2021; Hansen and Nielsen 2021; Hansen and Rosholm 2021).

De erfaringer kan jeg ikke undslippe, og under det etnografiske feltarbejde har det været med til at forme mit iagttagelsesperspektiv såvel om selve den praksis, jeg studerer. Oplevelser fra tiden med patienter i konsultationsrummet eller mødet med de studerende, der sammen med deres patienter i klinisk praksis forsøger at få ting til at lykkes – har alt sammen været en vigtig del af tilblivelsen af min forskningsinteresse.

Så hvordan gå fra at positionere sig og blive positioneret som insider til at forsøge sig med en lidt 'uvidende' outsiderposition? Er det muligt? Nej, det mener jeg ikke, og den empiriske verden bekræftede, som beskrevet, den antagelse. Det ville i øvrigt også være i modsætning til min ontologiske og epistemologiske forståelse af, at viden om virkeligheden sker gennem erkendelsen af den, som derved umuliggør en insider/outsider dikotomi. Men betyder det så, at den viden jeg kan frembringe i dette projekt er uvæsentlig og ikke kan betragtes som et værdifuldt forskningsbidrag? Det mener jeg heller ikke, men det kalder på en særlig fokuseret opmærksomhed på min egen involvering i feltet, sådan som Haraway er inde på med sit begreb om situeret viden (Haraway 1988). Tilsvarende beskriver Mol sin filosofiske tilgang som et skift i måden at forstå videns-frembringelse på (2002:152–53), hvor viden ikke længere behandles som refererende, som et sæt af påstande om virkeligheden, men som en praksis der forstyrrer og blander sig med andre praksisser. I denne afhandling forsøger jeg at forholde mig udforskende til inddragelsesbegrebet. Dermed ikke sagt, at jeg ikke har en forestilling om, hvad 'inddragelse' er eller kan være, hvilket jeg vil forsøge at udfolde i dette afsnit. Samtidig forsøger jeg under empiri-indsamling og analyseproces at fastholde en nysgerrig og udforskende tilgang til, hvordan det produceres og tilskrives mening i den konkrete praksis. Inddragelse knytter sig til det, der foregår i den empiriske verden og for at forstå, hvordan handlinger og betydninger knyttes an til begrebet, må man udforske, hvad der sker og hvad der gøres når inddragelse optræder (Nilsen 2015).

I afhandlingens indledende kapitler illustrerede jeg, hvordan inddragelse som begreb, både teoretisk og praktisk produceres i den lokale kontekst; som et etisk og psykologisk imperativ, som politik og som sundhedsfaglig ambition blot for at nævne nogle. Men for denne afhandling er det ikke tilstrækkeligt blot at konstatere, at det er et komplekst og flydende begreb. Jeg er i færd med at undersøge de konkrete praktiseringer og må derfor

forsøge at indfange min egen position for at tydeliggøre, hvad jeg skriver mig ind i og op imod.

Patientinddragelse var ikke noget, man talte om, da jeg blev uddannet fysioterapeut og heller ikke noget, der var sat som en tydelig faglig dagsorden, selv ikke da jeg sluttede i praksis i 2010-11. Jeg har således ikke i min egen praktisering af fysioterapi, forholdt mig til patientinddragelse som et særligt begreb, som skulle knytte an til nogle særlige praktiseringer. Men i de år, jeg var aktiv udøvende fysioterapeut, udviklede jeg, via to kliniske specialiseringsuddannelser, en praksis for grundige og omfattende samtaler med patienterne, som handlede om at invitere til detaljerede fortællinger om livet med sygdom. Det primære formål med disse samtaler var dog ikke at inddrage, men at kunne målrette undersøgelsen og stille præcise diagnoser. Men den praksis har haft betydning for min umiddelbare forståelse af, at inddragelse må handle om at lytte til patienternes fortællinger, ud fra en grundlæggende antagelse om, at jeg derved kan lære noget om deres liv og deres aktuelle sygdom, som kan få betydning for mine professionelle handlinger. Denne implicitte kobling mellem en grundig anamnese[22] og patientinddragelse var jeg for så vidt bevidst om, men ikke i hvilken grad det alligevel havde formet mit blik på undersøgelsen. Det fik også betydning for mit arbejde med analyserne, idet jeg indledningsvist slet ikke kunne se, hvordan de praktiseringer, jeg havde observeret kunne siges at handle om at inddrage patienterne. Hvordan jeg måtte arbejde på at løse det, kommer jeg ind på igen i kapitel 7 om analysestrategi.

Til trods for at jeg ikke har været aktiv udøvende professionel i praksis i mange år, oplevede jeg gennem det etnografiske arbejde en gennemgribende kropslig genkendelighed med hele den drejebog, der subtilt og uudtalt ligger for, hvordan den fysioterapeutiske praksis formes og hvordan professionelle og patienter interagerer. Samtidig blev jeg også mødt, genkendt, inviteret ind og gjort forståelig som en 'insider', der ved, hvad det vil sige at arbejde i dette felt. En implicit tillidserklæring, som også indebar at jeg blev inviteret ind i den professionelle praksis, med det udgangspunkt at "*vi forstår hinanden. Du kender jo selv det her indefra, og ved hvordan vi arbejder*" (citat fra et indledende møde med en fysioterapeut i en potentiel empirisk kontekst) – samtidig med, at jeg (som beskrevet tidligere) på grund af min forskningstilgang, også blev positioneret som en outsider, der ikke vidste så meget om 'rigtig' viden og regler for, hvordan det produceres. Men i forhold til patientinddragelse erfarede jeg de første dage, at der, pga. min fysioterapeutiske baggrund, var en implicit antagelse om, at vi alle var enige om, hvad det handler om. Grundet mit lange fravær fra fysioterapien, inden jeg gik i gang med afhandlingsarbejdet, havde jeg faktisk ingen anelse om, hvorvidt patientinddragelse var aktuelt og presserende for praksis og heller ikke, hvordan de sundhedspolitiske ambitioner på feltet blev transformeret til konkret praksis. Indledningsvist, og noget naivt, forestillede jeg mig, at denne

[22] Anamnese: Patientens redegørelse for sygdomshistorien

uvidenhed ville være gunstig for mine muligheder for at etablere et udefra blik. Men som dagene i felten gik, og det gennem samtaler med de professionelle gik op for mig, at patientinddragelse ikke er en dagsorden i praksis, men noget der antageligt sker af sig selv og ikke artikuleres, ej heller i faglige sammenhænge, blev det klart for mig, at jeg måtte skærpe mit fokus på betydningen af min egen forståelse af, hvad inddragelse handler om. Det betød blandt andet, at jeg genlæste de første par dages feltnoter for at undersøge, hvordan mit blik var rettet og mod hvad, for det var ikke tilstrækkeligt, at jeg ikke selv havde arbejdet professionelt med inddragelse. Eller at jeg havde anlagt en relativt åben tilgang til, hvad det kan dreje sig om udover at 'inddrage patienternes hverdag', for den inddragelse, der foregik – ja den foregik så at sige ofte 'mellem linjerne'. Jeg har derfor anstrengt mig for at anlægge et bredere blik på hele den praksis, jeg undersøger og også rette mit blik mod det, jeg selv oplever som almindelige, genkendelige handlinger og rutiner for at kunne give et bud på, hvordan patientinddragelse kommer til syne i denne praksis.

Efter i dette kapitel at have redegjort for den ramme, jeg har sat op for det empiriske arbejde og udfoldet tilgangene til de valgte metoder, og hvordan jeg konkret gik til værks, vil jeg i næste kapitel udfolde afhandlingens centrale teoretiske begreber om praktisering og subjektivering.

Kapitel 6
Centrale begreber

Dette kapitel har til formål at vise, hvordan jeg gennem teoretisk informering og diskussion mellem en række teoretiske perspektiver konstruerer afhandlingens begreber om praktisering og subjekt. Disse to begreber er særligt centrale, fordi jeg i min undersøgelse af praksis spørger til, hvordan 'praktiseringer' af inddragelse tager sig ud i mødet mellem 'subjekter' (her; fysioterapeuter og patienter). Min forståelse af såvel praktiseringer som subjektiveringer fungerer som overordnede analytikker, der er såvel metodologisk som teoretisk og empirisk begrundet. I kapitel 7 udfoldes nogle mere empirinære analysebegreber, der helt konkret hjælper mig til at rette blikket under arbejdet med det empiriske materiale. Disse begreber tænker jeg som en del af den konstellation, jeg ser praktiseringsbegrebet som et udtryk for.

Praktiseringsbegrebet handler om analytisk at få øje på 'det, der finder sted' i den fysioterapeutiske praksis, og udfoldes med afsæt i andre forskeres udviklinger og fremskrivninger, primært Holen, Lehn-Christiansen og Neidel, der i samarbejde og alligevel med lidt varierende betoninger, har udviklet begrebet (Holen 2011; Lehn-Christiansen 2011; Neidel 2011). Det empiriske materiale fremstår med en række udtryk for erfaringer og tidligere oplevelser, hvorfor det er blevet klart, at jeg ligeledes må afsøge teoretiske vinkler på subjektbegrebet, som kan åbne for at undersøge disse. Min forståelse af 'subjektbegrebet' udvikles gennem en teoretisk informeret diskussion af en række positioner indenfor den poststrukturalistiske ramme samt STS-inspirerede tilgange (fx (Foucault 1982; Højgaard and Søndergaard 2011; Mol 2002, 2008; Nickelsen 2008; Søndergaard 2003).

Praktisering

Jeg vælger at se praktisering som en konstellation, fordi jeg anskuer praktiseringer som summen af det, der "italesættes, materialiseres, rutiniseres og praktiseres" (Højgaard and Søndergaard 2015) og med inspiration fra Mol, når hun skriver, hvordan 'en sygdom bliver til' gennem processer, der er koordineret og 'hænger sammen' på tværs af hospitalets forskellige praksisser:

> "The "disease to be treated" is a composite object. The elements that compose it may strech all the way from the numbers that come out of the vascular laboratory to the possible future anger of someone's disappointed children. Such different elements together make a patchwork. A patchwork singularity, the disease-to-be-treated of a specific patient. A composite reality that is also a judgment about what to do." (Mol 2002:72).

I denne afhandling handler det ikke om the-disase-to-be treated, men om praktisering af inddragelse. Og forskningsambitionen med det praktiseringsbegreb, jeg i det følgende vil søge at etablere, er at udvikle en analytik, der kan rumme de forhold, jeg har udfoldet i afhandlingens indledende kapitler om inddragelsesbegrebets indlejring i politiske, forskningsmæssige og professionsfaglige forhold, mine metodologiske grundlagsforståelser i kapitel 4 samt den empiri, jeg konstruerede gennem det etnografiske arbejde. Som konstellation ser jeg helt overordnet praktiseringsbegrebet som et udtryk for, hvordan inddragelse 'gøres' gennem en række tæt sammenfiltrede processer, der handler om såvel mennesker, som rum, materialitet, institutioner og bredere samfundsmæssige tendenser/diskurser/forhold. Begrebet er udviklet som en analytisk optik til at få øje på det, 'der finder sted' og samtidig kunne gribe om de bredere magt/-videns relationer, som det, 'der finder sted' er en del af (Neidel 2011:91). Det betyder også, at der med praktiseringsbegrebet kan stilles ind såvel på de konkrete hændelser i de konkrete møder, men også at se hvordan disse er er en del af forhold, der rækker videre og udover dem. Dermed kan begrebet ses både som en fastholdelse, men også et opgør med mikro-/makrodikotomoien (ibid.:96).

Praktiseringsbegrebet som analytisk optik

I kapitlet omhandlende afhandlingens ontologiske og epistemologiske indramning beskev jeg kort, hvordan jeg selv i formuleringen af forskningsspørgsmål og altså i min grundlæggende ontologiske forståelse, har været inspireret af såvel Michel Foucault som Annemarie Mol's forståelser af praksis, som virkelighedsskabende.

I mit eget etnografiske feltarbejde blev det hurtigt klart, at det der foregik i de enkelte situationer ikke blot lod sig forklare ved at lytte til det, der blev sagt eller se på det, der blev gjort af de mennesker, der deltog. Der var tydeligvis noget andet og mere, der strukturerede situationerne. Noget, der havde at gøre med implicitte forventninger fra såvel patient som fysioterapeut, som på den anden side havde noget at gøre med de lokaler og indretninger, det foregik i eller med påklædning og rollefordeling at gøre. Noget, der havde at gøre med implicitte regler for, hvad man skulle igennem ved sådan et møde. Jeg blev med andre ord hurtigt bevidst om, at jeg ville få brug for at forstå inddragelse som noget, der foregår gennem mangfoldige processer, der er tæt sammenknyttede, såvel indenfor som udenfor situationerne. Processer, der er forbundene via mangfoldige netværk og relationer. Relationer af såvel de deltagende subjekter, som af rumlige (her; lokaler og institutioner), materielle (her; eksempelvis uniformering, måleredskaber og andre teknologier), af institutionelle logikker (her; rutiner, formelle og uformelle retningslinjer), af professionelle logikker (her; herskende vidensformer indenfor fysioterapi), faglige standarder og sundhedspolitiske målsætninger.

Praktisering gennem diskursiv praksis

Opstarten af afhandlingsarbejdet tog udgangspunkt i Foucault's tænkning om diskurser, diskursiv praksis og etableringen af sandhedsregimer, og derfor vil jeg indlede med atter at vende mig mod hans forståelse af diskurser og diskursiv praksis. Dette fordi Foucault gennem disse begreber giver forklaringskraft til nogle af de processer, der foregår i den praksis, jeg undersøger. Som jeg læser Foucault, anvender han begrebet om 'diskursiv praksis' som et analytisk redskab til at undersøge forskellige praksisser (fx strafferetslig, medicinsk eller psykiatrisk praksis), og de sandhedsregimer, der etableres herindenfor. Foucault forklarer om sin analyse af fængslet:

> "The target of analysis wasn't "institutions", "theories", or "ideology" but practices – with the aim of grasping the conditions that make these acceptable at a given moment; the hypothesis being that these types of practice are not just governed by institutions, prescribed by ideologies, guided by pragmatic circumstances – whatever role these elements may actually play – but, up to a point, possess their own specific regularities, logic, strategy, self-evidence and "reason." It is a question of analyzing "regime of practices" – practices being understood here as places where what is said and what is done, rules imposed and reasons given, the planned and the taken-for-granted meet and interconnect." (Foucault 2003:248)

Diskursiv praksis er således steder, hvor det, der siges og gøres, møder og forbinder sig til særlige selvfølgeligheder, begrundelser og regelbundetheder. Tilsvarende læser Bacchi og Bonham (Bacchi and Bonham 2014) Foucault's begreb om diskursive praksisser, som omhandlende såvel det sproglige som det materielle. Gennem analyse af hans tekster og i diskussion med en række andre forskere og filosoffer udfolder de deres læsning af Foucault's begreb. De er særligt optaget af at gå i rette med eksempelvis Barads læsning af Foucault's diskursbegreb som værende entydigt optaget af sprog, og hendes insisteren på nødvendigheden af at supplere hans tænkning med et blik for materialitet. De anerkender ikke en sådan dikotomisk forståelse af 'diskursiv praksis', som begrebslige modsætningspar mellem diskursivitet/ikke-diskursivt og tekstualitet/materialitet, men anfører at det er i modstrid med selve Foucault's ambition om at undersøge forskellige rum, hvori viden konstitueres (Bacchi and Bonham 2014:191). Om det siger Foucault:

> Discursive practices are not purely and simply ways of producing discourse. They are embodied in technical processes, in institutions, in patterns for general behavior, in forms for transmission and diffusion, and in pedagogical forms which, at once, imposed and maintain them (Foucault 1977:200)

Derimod ser Bacchi & Bonham (2014) Annemarie Mol som den, der kommer tættest på at videreudvikle Foucault's projekt om praksisser og refererer til hendes arbejder med, såvel med multiple ontologier som udviklingen af begrebet 'logic'.

Selv forstår jeg Foucault som særligt optaget af genealogiske og arkæologiske analyser. Min forskningsinteresse handler i højere grad om det, der 'går for sig' i nogle konkrete empiriske situationer. Derfor vender jeg mig også mod netop Mol's forståelser af praksis,

enactment og logics, som alle er begreber, der er udviklet i tæt relation til konkrete sundhedsfaglige praksisser, og som informerer og supplerer mit blik for, hvad praktiseringer kan være i den empiriske virkelighed, jeg undersøger.

Praktisering gennem socio-materielle praksisser

Annemarie Mol skriver sig ind i en Science and Technology (STS) tradition, tæt koblet til aktør-netværks teoretisk tænkning (ANT), hvor virkeligheden består af aktører og netværk (Jensen 2015). Hun udvikler gennem flere større etnografiske feltarbejder begreber, der åbner blikket for, hvordan praksis konstituerer virkeligheden. Ved at inddrage Mol's tænkning i min forståelse af praktiseringsbegrebet får jeg mulighed for at rette det analytiske blik mod, hvordan 'subjekter og andre af virkelighedens elementer ses som gensidigt medkonstituerende aktører i netværk' (Gad 2013).

Mol er optaget af 'gøren', af 'praksisser' og de mere eller mindre verbaliserede handlinger. Det, der er med til at strukturere dagligdagen, som i dette projekt er den fysioterapeutiske hverdag i mødet med patienterne. Selvom Mol taler om 'praksis' og ikke 'praktisering', forstår jeg netop hendes begreb om praksis; objekter, der 'gøres' jf. kapitel 4, eller enactes som Mol ville kalde det, som et væsentligt bidrag til at få greb om, hvad praktisering er. I denne afhandling drejer det sig om, hvordan 'patientinddragelse' enactes i praksis.

Jeg læser Mol's etnografiske praxiografi som en kritik af sociologiens priviligeren af human agens og måske til dels også poststrukturalismernes optagethed af sprog. Med sit afsæt i STS-traditionen er Mol i udgangspunktet særligt optaget af teknologier og det materielles betydning for tilblivelsen af praksis, og hun retter, som tidligere nævnt, en skarp kritik mod sociologien for at være *for* optaget af at undersøge humane aktørers perspektiver på forskningsgenstande. Dette perspektivismekritiske standpunkt kan jeg med min egen forskningstilgang til humane aktørers agens i praksis ikke fuldstændigt tilslutte mig. Med min forskningsinteresse i, hvordan inddragelse praktiseres *i mødet mellem fysioterapeuter og patienter*, må jeg nødvendigvis i dette projekt rette min opmærksomhed mod de humane aktører og hvordan deres agens virker konstituerende, *men samtidig ikke se bort fra* det materielles, det institutionelle, det spatiales og temporales medkonstituerende effekter. Når et fænomen som inddragelse materialiseres, eksempelvis gennem artefakter som spørgeskemaer eller samtaleteknologier, kan de kun 'blive til' inddragelse ved hjælp af humane aktørers interaktion og sprogliggørelser. Derfor anlægger jeg også det perspektiv i min undersøgelse, at menneskers perspektiver på inddragelse *også, men ikke alene*, har betydning. Jeg undersøger, hvordan inddragelse praktiseres gennem såvel humane, som non-humane aktører, men priviligerer ikke kun det, der opstår nu og her – jeg ser det som produceret også gennem processer der krydser tidslige og rumlige dimensioner, gennem eksempelvis menneskelig erfaring og mening, der indgår i relationer til andre aktører som sundhedspolitikker, teknologier, og kliniske

retningslinjer. Derved mener jeg fortsat, at min fremskrivning af praktiseringsbegrebet ligger på linje med STS-tilgangen, i den forstand *"at forskeren fralægger sig sine antagelser om hvem eller hvad der handler i en given situation"* og afholder sig fra at opdele verden i på forhånd afgrænsede kategorier, som "*det kommunikative, det sociale eller det teknologiske"* (Jensen 2015:410). Tilgangen har fokus på, at analyser skal være symmetriske, og åbner for et blik på virkeligheden som skabt i relationer mellem mennesker og andre aktører, så som teknologi. Men hvor STS-tilgangen i sin kerne tager udgangspunkt i teknologierne, tager jeg udgangspunkt i *såvel* teknologier og materialiteter *som* human agens eksempelvis gennem sproglige handlinger.

Jeg læser også Mol's begreber som videreudviklinger af bl.a. Foucault's tanker. Fx når hun i sin udvikling af begrebet 'logics' skriver, at det minder om Foucault's 'diskursbegreb', hvor diskurs forstås som ord, materialiteter og praksisser, der hænger sammen på specifikke, historiske og kulturelt situerede måder (Foucault 2013; Mol 2008). Jeg mener dog ikke, at diskursbegrebet kan erstattes af 'logics', men netop ses som en udvidelse, og som noget, der kan bidrage til min forståelse af praktiseringsbegrebet. Med logics-begrebet ønsker Mol at introducere et analytisk redskab, der kan skabe blik for de rationaler, der producerer en lokal praksis (2008). Hun udvikler det gennem en udforskning af 'logic of care' i modsætning til 'logic of choice' ved at kigge på, hvordan 'care' (i en bred forstand i relation til det engelske 'health care') produceres i relation til diabetesbehandling. 'Logic' skal ikke forstås som et sammenhængende rationale, men som mønstre i den måde – i dette tilfælde – 'care' bliver 'gjort' på. Og hvor noget bliver mere passende at gøre i situationen end andet. Og til trods for, at man kan forstå de praksisser, der foregår, som sammenhængende, vil der iflg. Mol altid ske uventede ting og brud, som kræver andre måder at handle på. Med logics-begrebet bliver det muligt at få blik for, hvordan eksempelvis rutiner og handlinger er en del af de særlige logikker inddragelse praktiseres på i de enkelte sammenhænge. Praktiseringer hviler så at sige på logikker. Som en del af Mol's perspektiv undersøger hun det institutionelle og samfundsmæssige gennem det konkrete. For at komme det nærmere har jeg ladet mig inspirere af Thornton, Ocasio and Lounsburys begreber om institutionelle logikker (Thornton, Ocasio, and Lounsbury 2012)

Praktisering gennem institutionelle logikker

Gennem afhandlingen anvender jeg begrebet 'institutioner' i såvel den hverdagslige betydning, forstået som en konkret instituion fx et kommunalt træningscenter, men også i en teoretisk forstand. Her forstår jeg institutionsbegrebet som bredere og er inspireret af det Thornton, Ocasio and Lounsbury (2012), kalder 'institutionelle ordner' som eksempelvis familien, religionen eller professionerne. Hver institutionel orden adskiller sig fra andre ved sine særlige principper, praksisser og symboler, som har betydning for

såvel individuelle som organisatoriske handlinger. De udvikler begrebet om institutionelle logikker som er et metateoretisk begreb, og som de definerer som:

> "Institutional logics are the socially constructed patterns of cultural symbols and material practices, assumptions, values, beliefs, and rules by which individuals and organizations produce and reproduce their material subsistence, organize time and space, and provide meaning to their social reality" (Thornton 2015:550)

Begrebet om institutionelle logikker udvider mit blik for, hvordan de logikker, der virker fx indenfor hospitalet, som er det Mol undersøger, også er forbundne med bredere samfundsmæssigheder. Thornton, Ocasio og Lounsbury kritiserer ældre organisatorisk praksisforskning for at overse eller tilsidesætte betydningen af sådanne bredere samfundsmæssige dynamikker (Thornton et al. 2012). Deres ærinde med at undersøge praksis og institutionelle logikker i sammenhæng er at tilbyde et analytisk blik for, hvordan individuelle og organisatoriske praksisser altid er indlejret i den samfundsmæssige kontekst. At praksis og logik fungerer sammen, idet praktiseringer manifesterer logikken. De eksemplificerer dette via Friedland & Alford (ibid.:129), som at "et demokrati konkretiseres gennem det at stemme", hvorved det at afgive sin stemme både bliver den måde mennesker rituelt udlever det symbolske system (fx demokratiets institutionelle logik) og et redskab til at kontrollere, hvem der bestemmer over dem. Grunden til, at jeg søger at udvide min anvendelse af begrebet om 'logics', er, at jeg med det insitutionelle begreb kan anskue sundhedsprofessioner, i mit tilfælde den fysioterapeutiske, som en 'institutionel orden', der trækker på og praktiserer på særlige måder, som udtryk for en fælles institutionel logik. Men også, hvordan disse praktiseringer konkretiserer institutionelle logikker om, hvad sundhed er, og hvordan patienter kan/skal inddrages i relation til herskende sundhedspolitiske diskurser, og bredere endnu til historiske og kulturelle diskurser om individets forpligtelser og ansvar i det moderne samfund.

Praktisering gennem relationer og infrastruktur

At konkrete handlinger er forbundet med hinanden er ikke nyt, og Mol har for så vidt også beskæftiget sig netop med samme netværkstanker. Hun har blot undersøgt dem i mere lokale entiteter, i forbindelse med hendes undersøgelse af arteriskleroses multiple ontologier indenfor hospitalet. Jeg undersøger, som vist ovenfor praktiseringer, som konstitueret af en række aktører/agenter, men er i høj grad også optaget af, hvordan relationerne mellem de forskellige medkonstituerende aktører/agenter tilsammen producerer en særlig praktisering af inddragelse. Noget som Mol i sin undersøgelse af hospitalet sætter fokus på ved at kigge på koordinering, eller det hun beskriver som 'måder hvorpå ting hænger sammen':

> ”It tells that in the hospital the organism hangs together thanks to the paperwork that travels from one department to the other; the correlation studies that correlate the outcomes of different diagnostic tests; the formulae and pictures that translate numbers and other data back and forth; the meetings where different specialisms come to agree on the diagnosis and treatment of individual patients.” (Mol 2002:84)

> ”Thus, an ethnographer/praxiographer out to investigate diseases never isolates these from the practices in which they are, what one may call, enacted. She stubbornly takes notice of the techniques that make things visible, audible, tangible, knowable. She may talk of bodies – but she never forgets about microscopes” (Mol 2002:33)

Indenfor antropologien har bl.a. Anand og Larkin (Anand, Gupta, and Appel 2018; Larkin 2013) beskæftiget sig med bevægelser og forbindelser gennem teoretiske udviklinger af begrebet ’infrastruktur’. De ser infrastruktur som noget, der rækker ud over den umiddelbare betydning, og som både omhandler systemer bestående af materialitet, men også de elementer sådanne infrastrukturer mobiliserer. Larkin beskriver infrastruktur som:

> ”matter that enable the movement of other matter. Their [infrastructures] peculiar ontology lies in the facts that they are things and also the relation between things. As things they are present to the senses, yet they are also displaced in the focus on the matter they move around” (Larkin 2013:329).

Begrebet indbefatter altså en dualitet, hvor eksempelvis en teknologi som et digitalt dokumentationsskema i sig selv kan studeres som en teknologi, men samtidig ikke kan teoretiseres som et enkeltstående objekt. Når det fungerer i sundhedssystemet, fungerer det gennem grundlæggende infrastrukturer – i relationer med andre typer af digitale sundhedsværktøjer og sundhedsfaglige målsætninger.
Jeg inddrager begrebet om infrastruktur i min udfoldelse af praktiseringsbegrebet, fordi det lægger en dybere forståelse til Mol’s mere overordnede formuleringer om, at ”things hang together”. Infrastrukturbegrebet kan bidrage til at få øje på, hvordan fx målsætninger om inddragelse mobiliseres gennem komplicerede og skjulte relationer, gennem sammenhængende netværk indenfor og mellem forskellige sundhedsaktører. Som Larkin, der citerer Foucault påpeger:

> Infrastructures […] are interesting because they reveal forms of political rationality that underlie technological projects and which give rise to an ”apparatus of governmentality” (Larkin 2013:328)

Opsamling om praktiseringsbegrebet

Helt overordnet viser jeg gennem denne redegørelse, hvordan jeg ser praktiseringer som et analytisk perspektiv på ’det der finder’ sted i den fysioterapeutiske praksis. Og hvor det, ’der finder sted’, som vist i min rekonstruktion af praktiseringsbegrebet, skal forstås som en konstellation af en række elementer, der er vævet ind i hinanden i et netværk af

indre og ydre relationer. De konkrete kontekster, den fysioterapeutiske praksis foregår i, virker medkonstituerende for praktiseringer af inddragelse, og handler blandt andet om institutionelle logikker, procedurer, politikker, udmøntning af formulerede organisatoriske visioner, kliniske og lokale retningslinjer. Men også om faciliteter, indretning, artefakter og andre materialiteter som anvendte teknologier; eksempelvis ledmålere, omgangstællere, målebånd, spørgeskemaer, standardiserede samtaleværktøjer eller modeller for patientinddragelse. Praktisering handler også relationer mellem de professionelle, såvel mono- som tværfaglige, faglige og professionelle magt- og videnspositioner samt relationer mellem de professionelle og patienterne.

Subjekt – og subjektivering

Den centrale forskningsinteresse i afhandlingen fokuserer på konstituering af inddragelse, herunder hvordan dette praktiseres i mødet mellem *fysioterapeuter og patienter* – altså i mødet mellem subjekter. I mit empiriske arbejde har jeg genereret forskellige typer af empiri, både gennem observationer og samtaler, hvor man kan sige, at især sidstnævnte handler om at undersøge, hvordan mennesker taler om og danner mening om oplevelser i forhold til livet med sygdom og fysioterapeutisk behandling. Dette materiale kan på flere måder siges, om ikke at bryde med en insisteren på at undersøge praksis, så i hvert fald sætte spot på menneskelig oplevelse og fortællinger, blandt andet om, hvordan det opleves at skulle håndtere et liv med kronisk sygdom, eller om hvordan man professionelt går til værks, når man vil inddrage patienten i behandlingen. Observationsmaterialet handler også om menneskelig handlen, blandt andet gennem sproget, og hvordan det har betydning for, hvilke mulige måder, man kan bliver til som subjekt.

Jeg vil i det følgende udfolde, hvordan jeg forstår subjekt- og subjektiveringsbegreberne. Fælles for de teoretiske tilgange, der informerer min metodologiske ramme – poststrukturalistisme og STS-tilgang – er, at subjektet ikke kan forstås i en essentialistisk forstand, dvs. der er ikke tale om en forståelse af subjektet som stabilt, men skal forstås som dynamisk og som noget, der kontinuerligt er i tilblivelse. Dermed kan man heller ikke eksempelvis tale om et menneskes 'personlighed' eller 'identitet'. Indenfor feltet er der fortløbende teoretiske og filosofiske diskussioner omkring forståelserne af subjektet og subjektivering. Hvordan jeg forholder mig til og placerer mig i disse diskussioner, vil jeg vise her, hvor et af de spørgsmål jeg vil adressere er, hvordan jeg på samme tid, som jeg studerer praktiseringer som 'gørelser', også studerer betydningen af subjektiveringer og subjektive fortællingers betydning.

En poststrukturalistisk forståelse af subjektet

Indenfor poststrukturalismen, her; hos Foucault, forstås menneskelig tilblivelse som 'subjektiveringsprocesser', der er historisk og kulturelt betinget, konstitueret gennem diskurserne og den sociale praksis. Foucault søger ikke at 'afskaffe' subjektet, men ser det som de-centreret og i kontinuerlig tilblivelse gennem diskursive praksisser, hvor subjektiveringsmulighederne betinges af de gældende videns- og sandhedsregimer, der virker produktive ift. særlige muligheder for at blive til som subjekt (Stormhøj 2006). Foucault undersøgte blandt andet, hvordan historisk betingede forståelser af 'galskab', 'seksualitet' eller 'kriminalitet' gjorde særlige subjektiveringer mulige (Foucault 1994, 2000, 2002).
Hos Foucault foregår subjektivering således gennem sociale processer, som altid produceres gennem magt, ikke i en repressiv forståelse, men som et grundvilkår (Foucault 1994). Subjektivering indebærer en dobbelt bevægelse, hvor individet så at sige objektiveres for derigennem at subjektiveres gennem underkastelse og indskrivning i diskurserne i den diskursive praksis. Derved citeres diskurserne, og subjektet bliver derigennem selv formende for den diskursive praksis og altså for subjektiveringsressourcerne. Foucault indskriver i sin subjektforståelse en allestedsnærværende magt, som ikke skal forstås som repressiv, men som produktiv, idet den netop søger at stimulere særlige evner, hvorigennem individer bliver til og gør sig selv til særlige subjekter (Foucault 1982). Underkastelse bliver derved samtidig en mestring med iboende forandringsmuligheder, da diskurser ikke citeres fuldstændig, men ændres og formes gennem subjektiveringen (Davies 2006).

Den poststrukturalistiske forståelse af subjektet er på mange måder på linje med STS-tilgangen, hvor det også må forstås som decentreret, men hvor orienteringen mod teknologiers og materialiteters konstituerende effekter klart er i fokus. Mol betoner i sin praxiografi, at hun ikke er optaget af subjektets perspektiv, så hvordan jeg stiller mig i relation til dette, vil jeg forsøge at vise i det følgende.

STS-tilgangens forståelse af subjektet

Som beskrevet i kapitel 4 om afhandlingens ontologi og epistemologi rejser Mol en kritik mod sociologiens optagethed af at afdække og indhente viden gennem menneskers perspektiver. Hermed gør hun op med ideen om, at viden kan skabes ved at spørge til menneskers erfaringer med eller meninger og følelser om de studerede fænomener. Hun er i stedet optaget af, hvordan viden skabes gennem praksis, og anfører at også subjekter 'enactes' gennem de praksisser, de bliver til i og kan dermed, på linje med det poststrukturalistiske subjektbegreb, forstås som de-centrerede og situerede (ibid.:33-50).

I sine etnografiske undersøgelser trækker Mol på såvel dokumenter (bøger, journaler, vejledninger etc.), som omfattende feltarbejde med observationer og interviews. Om sidstnævnte fortæller Mol, hvordan interviews med patienter og professionelle bidrager

til at informere undersøgelsen ved at udvide og så at sige 'forlænge' det empiriske observationsmateriale (Mol 2008:11). Frem for at spørge til meninger og følelser er Mol interesseret i de hændelser og begivenheder, mennesker kan fortælle om i relation til sygdomme (2002). Hun vælger at betragte interview-deltagerne som med-forskere, eller som hun skriver; 'deres egen etnograf'. Ikke som følelsernes, meningernes og perspektivernes etnograf, men som én der kan bidrage med viden om dagligdagens begivenheder og aktiviteter i livet med sygdom. Viden der ikke ville være tilgængelig for forskerne på anden måde (Mol 2002:15–20). Med sit analytiske blik på praksis og enactment trækker Mol på de begivenheder mennesker fortæller om; om hvordan sygdom former ting og hændelser på særlige måder, som kun de kan berette om. Samtidig leder hun ikke efter enkelte menneskers perspektiv, betydnings-tilskrivelser eller meningsdannelser, men efter de faktiske konkrete betydninger, det får i livet med sygdom. Med Mol's praxiografiske tilgang i hånden bliver menneskers erindringer og erfaringer således til viden om faktiske begivenheder, der får reelle effekter i livet med håndtering af sygdom og som kan inddrages i forskerens analyseprocesser.

Så på én og samme tid som Mol anser subjektet som de-centreret, blivende til i det situerede, uden biografi og historicitet, anerkender hun deres fortællinger om begivenheder som 'viden', de kan bidrage med. Jeg læser dette, som at Mol pointerer, at man ikke kan fortolke eller analysere på fortællingerne, men må tage dem for 'gode varer' eller forstå dem i det, hun kalder 'realist mode' (2002), og dermed anse de begivenheder, der berettes om, for 'enactment' - omend det er i fortællende, repræsentativ og erfaringsbaseret form. Hun undersøger altså ikke følelser og stemninger omkring fx arteriosklerose, men derimod hvordan sygdommen bliver til i hændelser og handlinger. Det efterlader ikke destomindre en udfordring i forhold til, hvordan vi egentlig skal begribe betydningen af menneskers fortællinger, fordi Mol på én og samme tid anerkender deltagernes beretninger som betydningsbærende, samtidig med at hun udgrænser fortællinger og det taltes betydning, når hun kritiserer semantiske tilgange for ikke at komme tættere på det fænomen man studerer. Hun skriver, igen som en kritik af sociologiens perspektivisme:

> "In this semantic approach, social scientists no longer primarily take doctors to be colleagues [..] What doctors say when they talk about diseases is investigated with the theoretical tools that are crafted for studying words of patients. Like patients, or so it is said, doctors have *perspectives*. They attribute meaning to what happens to bodies and lives. [..] In perspectivalism, the words "disease" and "illness" are no longer used to contrast physical facts with personal meaning. Instead, they differentiate between the perspectives of doctors on one hand and those of patients on the other. [..] Like patients, professionals may be supposed to have perspectives of their own. However, these are *not* what I'll be telling about. There are, or so I want to argue, some problems with this line of work. It may seem that studying "perspectives" is a way of finally attending to "disease itself" – but it isn't. For by entering the realm of meaning, the body's physical reality is still left out; it is yet again an unmarked category" (Mol 2002:10–11)

Hvis man skal tage Mol på ordet, opstår der, som jeg ser det, et metodologisk problem i at bruge fx empiri fra interviews eller samtaler. For, hvordan konstitueres subjektiv betydning og menings-tilskrivelse i en teoretisk ramme, der ikke anerkender det taltes betydning, eller som ikke kan forklare subjektpositioner på tværs af sammenhænge og som andet end situeret, æterisk og multipel? Som aktør/aktant eller subjekt/objekt?
Fortællinger om begivenheder fx om livet med sygdom må være hentet i menneskelige erindringer, men hvordan Mol anerkender sådanne humane subjekt-bårne elementer, som erfaringer og minder, ind i analyser af situerede, flygtige og kontinuerligt tilblivende praktiseringer, giver Mol mig ikke umiddelbart et svar på.

Ligesom Mol (2002, 2008) trækker jeg i mit empiriske arbejde også på menneskers fortællinger blandt andet om livet med sygdom og om professionelles betragtninger om patientinddragelse, og medtager brudstykker af mange fortællinger i analyserne. Selv har jeg langt hen ad vejen i mine samtaler i felten samt i de mere formelle interviews lænet mig op ad samme tilgang, som Mol advokerer for, og netop spurgt ind til begivenheder, handlinger og hændelser om, hvordan det at leve med nye symptomer og ændrede betingelser har forandret hverdagen. Jeg har spurgt til konkrete eksempler på; hvad der er anderledes i hverdagen nu? Hvordan man har løst de udfordringer? Altså helt generelt haft en interesse i at høre om eksempler og historier om, hvordan livet med sygdom er anderledes end livet før. Men hvis jeg skal tage mit poststrukturalistiske afsæt alvorligt, vil de fortællinger, der bringes frem være konstruerede og blive til, ikke blot som matter-of-fact historier, men det som det enkelte menneske vælger at fortælle om. Derfor er det ikke helt så enkelt. Jeg er af den opfattelse, at dette er et udtryk for én af forskellene på Mol's forståelse af subjektet, som 'enactet' og så Foucault's forståelse af subjektet, som et resultat af diskursive videns- og magtkampe.

Helt overordnet anser jeg det for et grundlagsproblem i min metodologiske og teoretiske ramme at få hold på subjektet og subjektivering som andet og mere en blot flygtige, decentrede størrelser. Men hvilke forståelser af subjektet og subjektivering, jeg søger at anlægge i denne afhandling, vil jeg dykke ned i nu. Ikke at jeg kan løse udfordringen om et flygtigt subjektbegreb, men jeg kan vise, hvordan jeg forholder mig til de teoretiske diskussioner, der er ude at gå i dette felt.

Afhandlingens subjektbegreb

I mit empiriske materiale er det tydeligt, at jeg må forholde mig til et mere stabilt, men på ingen måde fast formet, subjektbegreb. Jeg søger måder at forholde mig til, hvordan fortællinger, erfaringer og erindringer gennem spatiale og temporale processer kan bringes ind i de konkrete praktiseringer af inddragelse og må altså gå længere end både Foucault's subjektbegreb og Mol's filosofiske etnografi kan hjælpe mig med.

Mennesker, som en del af de socio-materielle virkeligheder, træder ikke 'tomme og erfaringsløse' ind i de sammenhænge, jeg undersøger. Gennem de mange gennemlæsninger og begyndende analyser af det empiriske materiale blev det mere og mere tydeligt at ved udelukkende at fokusere blikket på det, som Mol advokerer for, nemlig; det, der gøres i de konkrete situationer, blev jeg blind for, hvordan disse på samme tid, i en eller anden form, var struktureret gennem andre processer, der *også* handlede om de erfaringer eller oplevelser de deltagende humane aktører har med sig i relation til sygdom og sundhed, og herunder også indlejrede magt/videns-diskurser samt de heraf følgende mulige subjektpositioner og subjektiveringsressourcer. Jeg søger altså en måde at begribe, hvordan subjekter kan forstås i såvel en poststrukturalistisk som socio-materiel tilgang, men hvor jeg samtidig får mulighed for at inddrage de fortællinger såvel patienter som fysioterapeuter har bidraget med, og gøre dem til genstand for en form for fortættet fortælling om, hvordan oplevelser med sygdom og sundhed får betydning for praktiseringer af inddragelse i de konkrete praksisser. Men også for at give et blik på, hvordan ikke blot materialiteter er en del af organisatoriske infrastrukturer, men hvor også mennesker som subjekter er en del af, hvad man kunne kalde en social infrastruktur, som er bærere af betydninger, følelser, erfaringer og oplevelser. Dette som et forsøg på at skrive mig ud af en forståelse af mennesket som et flygtigt subjekt, der kun eksisterer nu og her i den konkrete relation, de er er en del af. Og søge en forståelse af hvordan subjekter og subjektpositioner kan begribes som noget, der med Nickelsens ord internaliseres i specifikke kroppe, som på tværs af sammenhænge bringer 'ladninger' og 'mønstre' videre (Nickelsen 2008), ikke som "*noget man har, udfylder eller struktureres ind i, en gang for alle, men snarere udgør et sæt af forskellige strukturerede positioner, som trækker på eksisterende diskurser, og som man mere eller mindre flydende bevæger sig igennem og bliver bevæget igennem*" (ibid.:249). Denne problematik er noget som flere har forsøgt at adressere gennem såvel empiriske (Nickelsen 2008), som mere socialt- og psykologisk orienterede teoretiske fremskrivninger (Davies and Harré 1990; Højgaard and Søndergaard 2011; Schraube 2013).

Schraube (2013), som kommer fra en psykologisk og STS-inspireret tradition, problematiserer og diskuterer subjekt-forståelsen i STS/ANT-tilgangen, når han anfører, at den ikke tillægger menneskelig subjektivitet og inter-subjektivitet (her; erfaringer, perspektiver, meninger, tanker og engagementer) tilstrækkelig betydning, hvorved subjekter risikerer at forsvinde i relationerne og aktør-netværkene (Schraube 2013:19). Yderligere påpeger han, at man risikerer en ensidig, objektivistisk decentrerings praksis, hvor man nok, som tilgangen bygger på, følger de non-humane aktørers baner, men hvor de humane subjekters dilemmaer, ambivalenser, opførsler og handlinger risikerer at blive overset (ibid.:19). Samme problemstilling peger Nickelsen (Nickelsen 2008) på i et ANT-informeret casestudie, hvor han undersøger "*hvordan det handlende subjekt skabes og formes via aktiv deltagelse i konkrete praksisser*". Han opererer her med en subjektforståelse, hvor "*subjektpositioner skabes, ikke blot via diskurser, men multipelt og gensidigt interagerende via heterogene og delvise forbindelser*" (ibid.:248), og understreger at "*'subjektivitet' og 'subjektpositioner' ikke er noget man*

har, udfylder eller struktureres ind i, en gang for alle, men snarere udgør et sæt af forskellige strukturerede positioner, som trækker på eksisterende diskurser, og som man mere eller mindre flydende bevæger sig igennem og bliver bevæget igennem" (ibid.:249). Subjekter skabes således i lokale forbindelser, men samtidig er nogle subjektpositioner mere flygtige og nogle mere varige og at specifikke kroppe "*bringer bestemte mønstre og ladninger på tværs af kontekster og samtidigt fastholder en oplevelse af at være et integreret subjekt*" (ibid.:256).
Denne forståelse af et på én gang tilblivende, men også (temporalt) værende subjekt, som også subjektiveres gennem velkendte repertoirer, tilslutter jeg mig. Og jeg forsøger at følge Nickelsen, når han peger på nødvendigheden af at udvide forståelsen for at forklare, hvordan nogle positioner er mere permanente som eksempelvis i mit projekt; "fysioterapeut" eller "patient/bruger/borger".

Opsamling omkring subjektivering

I dette afsnit har søgt at udfolde en teoretisk diskussion mellem en poststrukturalistisk, overvejende foucauldiansk subjektforståelse og så en mere STS-inspireret subjektforståelse for at belyse, hvordan disse på flere måder adskiller sig, men dog samtidig trækker på noget af det samme tankegods. Foucault beskriver subjektivering som en dobbelt bevægelse, hvor subjektet må objektiveres gennem diskursen for derigennem at subjektiveres som det konkrete subjekt. Derved indskriver han i subjektiveringen den diskursive magt, men anser på linje med STS-tilgangen en forståelse af subjektet som distribueret, decentreret og i kontinuerlig tilblivelse.

Ved at trække på diskussioner indenfor STS-tilgangen, forstår jeg i afhandlingen subjektet både som tilblivende, men også som internaliseret i specifikke kroppe og som udgjort af en række forskellige strukturerede men mere eller mindre flygtige positioner.

Kapitel 7
Analysestrategi

I dette kapitel vil jeg vise, hvordan min vej gennem analyserne af det empiriske materiale fra feltarbejdet har formet sig. Veje, jeg forsøgte at skitsere på forhånd, men som også var i kontinuerlig udvikling og forandring undervejs i processen, som en form for pendling mellem de forskellige empiriske materialer, de teoretiske begreber og de igangværende analyser.

Min forskningsinteresse drejer sig om at få øje på, hvordan patientinddragelse konstitueres gennem komplekse processer, og derfor har jeg arbejdet med at adressere det faktum, at når det analytiske blik rettes i en retning, er man blind for andre – i hvert fald lige dér og lige i det øjeblik. Da analyseprocesser jo ikke er 'øjebliksbilleder' må mange processer gentages, forlades for en stund og genoptages, med det formål at få så rige og nuancerede analyser som muligt. Analyseprocesserne har derfor været langvarige, komplekse og måttet gentages flere gange for at indfange kompleksiteten i de medkonstituerende kræfter. I det følgende vil jeg udfolde, hvordan vejene gennem analyserne tog sig ud og gennem hvilke inspirationer, de blev til.

Afslutningsvist i dette kapitel redegør jeg for mere konkrete og empirinære analysebegreber, der fungerer som redskaber til at rette blikket under arbejdet med analysen, og som kan ses som en del af den konstellation, jeg har fremskrevet i min aftapning af praktiserings- og subjektiveringsbegreberne i kapitel 6.

At analysere komplekse tilblivelser

Der er mange mulige tilgange til poststrukturalistiske etnografiske analyser, men det er sjældent enkle arbejdsgange, og der findes ingen færdige opskrifter (Søndergaard 2005). Men indenfor den metateoretiske ramme anses det analytiske blik for at være anlagt gennem konstruktionen af genstandsfeltet og anden-ordens perspektivet (Andersen 2008; Esmark et al. 2005). Derved kan man hævde, at de analytiske processer allerede er undervejs fra de indledende faser, fra etableringen af forskningsspørgsmålene og i ikke-afsluttede forløb. Forstået på denne måde foregår de analytiske processer som iterative bevægelser, som pendlinger frem og tilbage i hele forskningsprocessen (Hammersley and Atkinson 2007). I selve det at engagere sig i det etnografiske arbejde, noteringer i feltdagbogen, når disse skrives ud, når samtalen under et interview udfolder sig – allerede dér starter de første analyser. Og alligevel sættes en særlig del af analysen i gang, når det

empiriske materiale er genereret og lægges frem til nærmere undersøgelse. I denne afhandlings poststrukturalistiske og socio-materielle inspirerede analyser, søgte jeg, blandt andet gennem et dekonstruerende blik, efter hvordan implicitte normativiteter og selvfølgeligheder virkede formende på særlige praktiseringer, som kunne have at gøre med inddragelse. Jeg rettede blikket mod, hvordan det materielle og anvendte teknologier virkede ind i situationerne, og hvordan praktiseringer foregik gennem professionelle og institutionelle logikker som politikker og rutiner. Mine teoretiske fremskrivninger af praktiserings- og subjektiveringsbegreberne er udviklet i et samspil med empirien, og jeg anser derfor heller ikke min teoretiske forståelser for at være noget, der skal 'genfindes' eller 'forklare' empirien, men at denne bevægelse mellem teori og empiri er med til at udvikle mine indsigter i, hvordan patientinddragelse kommer til syne gennem et bredere analytisk blik på praksis. Dette kommer eksempelvis til udtryk, når jeg drøfter og reflekterer over empiriske situationer med såvel patienter som fysioterapeuter. Her afprøver jeg gennem dialogen forskellige ideer, jeg har fået, og forsøger gennem dialektiske processer at lade teori, empiri og analyser berige og informere hinanden. Det foregår eksempelvis, når jeg i en fokusgruppediskussion med en gruppe af fysioterapeuter vælger at adressere, hvordan det at måle ser ud til at være en vigtig del af patientinddragelsen. Noget som jeg har brugt en del energi på at forstå; hvordan kan de mange tal, der er så gennemtrængende en del af hverdagen i den fysioterapeutiske praksis, have noget at gøre med patientinddragelse? Men som i samtalen med fysioterapeuterne nuanceres og bringer nye måder at forstå det empiriske materiale på og som også bringer andre analytiske blikke ind i de næste analyseprocesser. Her fortæller fysioterapeuterne om, hvordan tallene for nogle patienter med meget lange rehabiliteringsforløb, eksempelvis efter kræftsygdom, er med til at holde modet, håbet og troen på forbedring oppe.

Inspireret af Hammersley & Atkinson (Hammersley and Atkinson 2007:169) har jeg, med min interesse for praktiseringer, gennem det analytiske arbejde bestræbt mig på at lægge vægt på handlinger og ikke kun ord. Hele mit forskningsapparatus er anstillet i den hensigt at få blik for komplekse virkelighedsgørelser gennem praktiseringer, og netop den pointe er Hammersley & Atkinson optaget af, når de taler om vigtigheden af at observere og ikke at give interviewmateriale højere status end viden fra observationer. Gennem sidstnævnte har man mulighed for at indsamle viden om måder at gøre og handle på, og får derved adgang til andet end blot den enkeltes diskursive fremstilling af, hvad der går for sig. Dette er jeg naturligvis på linje med, idet jeg, som Hammersley & Atkinson, anser sådanne 'gørelser' for centrale i at forstå meningen i det, der sker. Og fordi handlen og gøren er "*skatkamre af situeret mening*" (ibid.:168).

Analyseprocesser

Jeg vil i det følgende beskrive, hvordan arbejdet med analyserne af det empiriske materiale helt konkret tog sig ud. Fra de første gennemlæsninger til de analyser, jeg vil præsentere i de følgende kapitler.

Indledningsvist arbejdede jeg med at blive fortrolig med empirien, som var ganske overvældende. Jeg endte op med at have ca. 150 sider feltnoter, 17 transskriberede interviews á 15-30 sider samt 4 lydfiler med 1-3 timers lydoptagelser af fokusgruppediskussionerne fra de forskellige empiriske lokaliteter. Med disse mængder af empiri var første trin, inspireret af Søndergaard (Søndergaard 2005), i analyseprocessen at foretage gennemlæsninger af materialet med det formål at etablere indledende kategorier. I forbindelse med tilrettelæggelsen af analyserne besluttede jeg efter den første gennemlæsning at benytte observationsmaterialet som 'forgrund', og materialet fra patientinterviews som 'mellemgrund'. Det har jeg valgt, fordi sidstnævnte handler om patienternes håndtering og oplevelser af livet med sygdom, og min forskningsambition er at undersøge, hvordan det får betydning for praktiseringer af inddragelse i praksis. Derfor kommer de fleste analytiske pointer herfra primært i spil, når de første analyseprocesser af praksis er foretaget. Analyserne af observationsmaterialet undersøger direkte møderne mellem patienter og professionelle i den fysioterapeutiske praksis, samt hvordan positioner og subjektiveringsmuligheder dér får betydning for inddragelsen. Derfor er det valgt som 'forgrundsmateriale'. Materialet fra fokusgruppediskussioner er derfor indledningsvist i 'baggrunden', men bliver i de endelige analyser særligt vigtige for at forstå, hvordan inddragelse kommer til syne, også i sprækkerne og det upåagtede. Derfor skal 'baggrund' heller ikke forstås, som at det er mindre vigtigt eller har lavere status, men at jeg bruger det til at diskutere og reflektere nogle af foreløbige konstruktioner af koder og temaer undervejs i analyseprocesserne med henblik på at undersøge, hvilke forståelser fysioterapeuterne trækker på.

Ordning af materialet

Feltnoter

Jeg startede med observationsmaterialet, som består af feltnoter, som jeg skrev rene undervejs hver dag efter feltarbejdet. Det var nødvendigt med flere gennemlæsninger, før jeg opnåede fortrolighed med materialet. Jeg havde en ambition om ikke at læse efter specifikke 'inddragelseshandlinger', men læse mere bredt efter situationer, hvor patienters hverdag med sygdom, problemer og udfordringer her kom til syne, hvordan det indgik i samtaler, behandling, træningsøvelser o.l. Jeg stillede derfor i udgangspunktet ret åbne spørgsmål til materialet, som dog alligevel var rettet mod de nogle af de grundlagsforståelser omkring inddragelse, som jeg skrev frem i kapitel 2. Efter de første gennemlæsninger stod det klart, at det ikke var en farbar vej, fordi inddragelse ikke så let lod sig indfange; der var simpelt hen kun få situationer, hvor eksempelvis patienternes erfaringer,

viden og oplevelser fra hverdagen med sygdom var tydeligt til stede. Eller når de var, var situationen ofte karakteriseret ved, at der samtidig foregik en række andre aktiviteter, der også virkede ind. Noget tydede på, at jeg med min forskersubjektivitet og forståelser af, hvad inddragelse handler om, og hvordan det kommer til syne i fysioterapeutiske praktiseringer, risikerede at blive blind for andre mulige alternativer. Jeg måtte udvide mit blik og etablere et andet perspektiv på materialet, og gik derfor i gang med at læse hele materialet igennem igen uden at kommentere eller notere. Jeg besluttede derefter, på tværs af materialet, at undersøge den fysioterapeutiske praksis mere bredt, og kigge efter elementer og situationer, der kunne karakteriseres som typiske eller almindelige. Eller modsat; situationer, hvor der skete noget overraskende eller helt uventet. I anden omgang begyndte jeg derfor at markere nogle af de situationer, som jeg fik indtryk af, var særligt typiske/atypiske, gentagne/unikke eller almene/iøjnefaldende for praksis og samtidig stille analytiske spørgsmål til, hvilke positioner og subjektiveringer, der blev tilgængelige her? Og hvilke implicitte normer og selvfølgeligheder, der herskede i de situationer, som kunne siges at have at gøre med patienters liv, kroppe, sundhed, viden, muligheder osv.? Jeg noterede mine indledende tanker, indskydelser, inspirationer og overvejelser og læste materialet igennem flere gange. Efterhånden fik jeg ordnet disse noter i nogle mere samlede kategorier, som blev ført ind i et skema, hvor jeg i takt med, at de opstod, markerede dem med en overskrift og en lille beskrivelse. Efterhånden, efter 2-3 gennemlæsninger, udviklede disse kategorier sig, og skemaet blev mere udførligt. Eksempler på sådanne indledende kategorier, kunne være "snak, støj og musik" med noter om, hvor og hvordan det optrådte i materialet. Andre eksempler på kategorier i denne fase kunne være "fysioterapeuts egne erfaringer", "medicinsk sprog", "nedgørelse", "planlægning", "omsorg", "modstand/på tværs" og "militær retorik". I alt havde jeg over 40 forskellige kategorier i disse indledende gennemlæsninger af feltnoterne.

Patientinterviews

Dernæst lyttede jeg alle patient-interviews igennem og noterede også her mine først indskydelser. Denne proces gentog jeg samtidig med, at jeg læste transskriptionerne igennem. Derved fik jeg også mulighed for at tjekke kvaliteten af disse og rette evt. misforståelser. I denne omgang markerede jeg i teksten de steder, jeg umiddelbart fandt væsentlige ift. subjektiveringer og især hvor fortællinger om forandringer i hverdagen, nye handlinger, sundhed, sygdom og fysioterapi var fremtrædende. Jeg udviklede, tilsvarende mit skema for feltnoterne, også her et overordnet overblik, som indeholdt en lang række af kategoriseringer som fortalte om, hvad der trådte frem hvor. Eksempler på disse indledende kategorier i interviewmaterialet kunne være: "fortielser", "sprog for følelser", "forventning til fysioterapeuten", "skam og dårlig samvittighed", "praktiske udfordringer" blandt mange andre.

Fokusgruppediskussioner
I sidste omgang lyttede jeg de fire lydfiler fra fokusgruppediskussionerne igennem, idet de først blev produceret i forbindelse med, at ovenstående processer var godt igang. Disse blev ikke transskriberet, da der i tre tilfælde er op mod 2-3 timers lydfiler, og det således kun har været muligt at få skriftliggjort mindre dele af det materiale. Måden, jeg har arbejdet med det på, har været ved gennem alle analysetrin at foretage gentagne gennemlytninger, og dernæst transskriptioner af udvalgte, kortere dele. Jeg har især gennem den sidste del af analyseprocessen genbesøgt dette materiale adskillelige gange og har således inddraget det i en gensidigt informerende og iterativ proces med observations- og interviewmateriale.

Afprøvning af digitalt analyseværktøj
Undervejs i de beskrevne processer, allerede i forbindelse med mine gennemlæsninger og indledende kategorier, havde jeg en oplevelse af, at såvel mængden af data var overvældende, som at antallet af kategorier voksede meget hurtigt. Derfor valgte jeg at afprøve analyseværktøjet NVivo, som jeg forsøgte at arbejde med i relation til ca. 10 dages observationsmateriale og 7 interviews. Jeg lagde de allerede etablerede kategorier ind og fortsatte processen med at etablere flere. Desværre oplevede jeg ikke, at det var hjælpsomt i forhold til at gøre materialet overskueligt, tværtimod så det ud til at pointen med at kode tekstbidder (sv.t. kategorierne), som så kan 'klippes ud' og samles i koder, var med til at instrumentalisere mit blik på materialet. De korte sekvenser fra empirien fremstod fragmenterede, og jeg oplevede at brugen af dette værktøj de-kontekstualiserede empirien på måder, jeg ikke fandt frugtbare for at forstå, hvad der var på spil. Jeg vendte derfor tilbage til de 'manuelt' producerede skemaer, som jeg afslutningsvist læste og skrev sammen, hvorved jeg forsøgte at ordne materialet i form af nogle mere samlende overskrifter, som endte som det, jeg kalder koder.

Inspirationer og refleksive diskussioner

Denne del af analysearbejdet faldt sammen med et forskningsophold i New Zealand, ved "Centre for Person Centred Research" ved Auckland University of Technology (AUT), hvor jeg opholdt mig i 5 mdr. Dette fik på mange måder stor betydning for såvel mit projekt, men særligt min arbejdsproces med analyserne af empirien. Dels blev jeg inviteret ind i et tæt samarbejdende forskningsteam på ca. 14-16 forskere, og deres tradition for ugentlige drøftelser af fortløbende forskningsprojekter og de tilhørende teoretiske og metodiske diskussioner. Her fik jeg mulighed for at afprøve nogle af mine ideer i forhold til analyserne. Og dels havde jeg løbende samtaler med særligt fire forskere, som på hver sin måde er optaget af nogle af de samme ting som jeg; men hvor især lektor Gareth Terry, som har udviklet en tilgang til tematiske analyser, gik engageret ind i diskussionerne om mit materiale, og hvordan jeg kunne arbejde med at få overblik og ordne det, og som insisterede på at dvæle ved de enkelte trin, gå lidt tilbage og genbesøge empirien for at

sikre mig, at mine kategoriseringer, kodninger og tematiseringer stadig var i tæt relation til den. Derudover deltog jeg i en workshop om analysetilgange, hvor jeg præsenterede dele af min analytiske proces, fik feedback og blev inspireret til det videre arbejde.

Tematisk analysestrategi

På dette tidspunkt, var jeg var for så vidt godt i gang med de første trin i den tematiske analyse (Terry, Hayfield, and Clarke 2017), som beskrives som generisk og som en strategi, der kan tilpasses forskellige ontologiske og epistemologiske udgangspunkter (ibid.). Temaerne anses her for at være resultatet af den analytiske proces, mere end de er udgangspunktet. Kodning og tematisering er subjektiv og fortolkende og konstrueres mellem forskeren, forskersubjektivitet, det empiriske materiale, teoretiske og begrebslige rammesætninger, viden, forskningskompetencer og erfaring. Betegnelsen for det, jeg var i gang med, er 'induktiv kodning' (ibid.), som beskrives som en bottom-up tilgang, hvor empirien er udgangspunktet. Med min forskningstilgang giver det dog ikke helt mening at tale om, at empirien er *udgangspunktet*, eftersom jeg med det situerede blik og med mit videnskabsteoretiske udgangspunkt vedstår, at jeg altid vil rette opmærksomheden mod noget og ikke mod noget andet. Og selve analyseprocessen mere bredt set, kan heller ikke karakteriseres som induktiv, men forløb gennem en abduktiv tilgang, som foregår i bevægelser mellem *"(empirisk-ladet) teori og (teori-ladet) empiriske 'facts'"*[23] (Alvesson and Sköldberg 2018:7). I forløbet med analyserne blev mine praktiserings- og subjektiveringsbegreber således mere grundigt udfoldet, og derved blev det analytiske blik også stillet ind på situationer, fortællinger og beskrivelser, som netop kunne siges at handle om diskurser/magt- og viden, handlinger, materialiteter, forhandlinger/positioneringer, subjektpositioner, brud/modstand, rum og kroppe.
I den tilgang til tematiske analyse, som jeg er inspireret af, opererer man med såvel 'latente' som 'semantiske' koder. Jeg arbejdede primært med det, som man ville kalde 'latente koder', idet de er fortolkende og indfanger implicitte meninger, ideer, koncepter, forudfattelser som ikke er eksplicit sagte (i modsætning til en semantisk kodning). Men med et blik på diskursiv praksis, som også omfattende sprog, har jeg selvsagt også blik for konkrete sproglige ytringer.

Selve processen i den tematiske analyse består af flere trin, og jeg var allerede godt i gang med de første trin om at blive fortrolig med data og i gang med at generere koder, som i for mit vedkommende bestod i at læse nogle af de mange kategorier sammen og etablere koder. Det kunne dreje sig om kategorier som "medicinsk sprog", "nedgørelse", "sportsmetafor", "militær retorik", "skam", "dårlig samvittighed" osv., som endte med at blive til en kode, jeg kaldte "magt gennem tale-handlinger". Eller kategorier som "mekaniske

[23] Egen oversættelse

målere", "digitale måleapparater", "måleredskaber" endte med at blive kodet som "måleredskaber".

I de næste dele af analysen tog jeg de første skridt til en egentlig tematisering af de koder, jeg havde konstrueret. Det var en langsommelig proces, da det på én og samme tid var både åbenlyst, men også ind imellem vanskeligt at se, om og hvordan de enkelte koder hang sammen. Og hvordan de faktisk (naturligvis) også kunne hænge sammen på rigtig mange andre måder og med flere temaer. I dette arbejde indgik materialet fra fokusgruppediskussionerne mere aktivt, da jeg brugte diskussionerne med fysioterapeuterne som en aktiv del af min egen refleksive- og diskuterende proces. Når jeg eksempelvis undersøgte koden om "magt gennem sproglige handlinger" diskuterede jeg den med emner, der var drøftet i fokusgruppediskussionerne omkring kommunikation og vidensformidling for at udbygge og uddybe koden.

Materialet fra patientinterviews var mindre komplekst at arbejde med, selvom jeg også her udarbejdede en del koder, men de analytiske spørgsmål, jeg kunne stille til dette materiale, var mere fokuserede og handlede ret konkret om oplevelser af forandringer i hverdagen og påvirkninger af familie- og arbejdsliv.

Mellem strukturering og prøveanalyser

Den næste fase af arbejdet foregik som en form for pendulering mellem dele og helhed i materialet. Jeg fortsatte arbejdet med at kode og ordne materialet, men også at påbegynde nogle første spæde skriftliggørelser af de analytiske refleksioner og pointer. En hel del af de koder, jeg havde skrevet frem, handlede om målinger, tests og andre typer af teknologier, der har til formål at kvantificere diverse forhold. Inspireret af samtaler med forskningsgruppen i New Zealand om at bevæge mig mellem forskellige niveauer i analyserne samtidig, og som Emerson m.fl. foreslår som mulig vej (Emerson et al. 2011), skrev jeg derfor et meget empirinært narrativ frem omhandlende teknologier og målinger. At skrive et etnografisk tematisk narrativ adskiller sig væsentligt fra et analytisk, idet det skrives gennem brug af uddrag fra fx feltnoter (ibid.). Mine formuleringerne blev altså primært til ved hjælp af citater fra observationer og interviews som fungerede som en slags byggeklodser for konstruktionen og selve fortællingen. Dette narrativ, som forblev et dynamisk og foranderligt 'papir', kom til at udgøre det første trin i, hvad man kunne kalde en tematisk analyse af et tema om inddragelse og måling, som til slut, gennem gentagne analyseprocesser og i en noget anden form, er endt som det tredje empiriske analysekapitel (kapitel 11).

Denne tilgang virkede hjælpsom, idet jeg brugte forskellige dele af materialet, der indeholdt de samme og tilgrænsende koder (fx 'måleredskaber, 'at blive bedre', 'potentialer' o.a.) i denne narrative tematiske skrivning. Jeg arbejdede derfor videre med at undersøge,

hvordan koderne kunne hænge sammen, og hvordan de måske kunne hænge sammen på flere måder. Indenfor den tematiske analysemetode, er denne proces en del af den egentlige udvikling af temaer (Terry et al. 2017), og for mig blev det en meget kompleks proces, hvor jeg fandt, at mange af de udviklede koder hang sammen på mange måder. Jeg foretog i denne del af processen en række gennemskrivninger af de sammenhænge, jeg kunne konstruere mellem en række koder, med henblik på at undersøge om, jeg kunne etablere et egentligt tema.

Igennem disse gennemskrivninger fik jeg konstrueret en række narrativer, som bidrog til at indkredse de første temaer, som jeg i observationsmaterialet havde syv af, nemlig 'måleteknologier', 'kroppe', 'magt/styring', 'stille oprør/modmagt', 'følelser↔rationalitet', 'rammebetingelser', 'rum og materialitet'. I materialet fra patientinterviews havde jeg på dette tidspunkt fem, nemlig 'træthed', 'køn', 'balancering af ressourcer', 'håbløshed', 'ansvar, skyld/skam'.

Tematisering

Temaerne og de narrativer jeg havde produceret, var stadig karakteriseret ved at gå meget bredt på den fysioterapeutiske praksis, idet de fleste empiriske eksempler på overfladen handlede om noget helt andet – men samtidig også kunne siges at handle om patienternes liv, oplevelser, viden, kropslige symptomer osv. I denne fase var vi ved at lægge sidste hånd på artiklen om patientinddragelse i fysioterapeutisk praksis (Hansen et al. 2021). Her fik jeg inspiration til at undersøge, hvordan dele af den empiri, der indgik temaerne, kunne siges at trække på nogle af de forståelser af inddragelse, vi havde fået øje på i reviewet. Desuden brugte jeg materialet fra fokusgruppediskussionerne og begge dele viste sig at virke produktivt ind på den videre proces. Ved at gå med 'feltet' selv og lade mig inspirere af de indlejrede inddragelsesforståelser her, fik jeg et greb til at åbne for, hvordan nogle af de typiske, rutiniserede, daglige praksisser også kunne handle om patientinddragelse.

Jeg gik derfor i gang med at læse narrativer og de dertil hørende øvrige empiriske nedslag igennem igen, og stillede spørgsmål til materialet, som 'Hvordan de praktiseringer, subjektiveringer og positioneringer, der viste sig, kunne siges at trække på særlige inddragelsesambitioner?' Nogle af temaerne viste sig at være mere overordnede og virke i de fleste af de øvrige. Eksempelvis blev det tydeligt, hvordan temaet om 'magt/styring' stort set gik igen i alle de etablerede temaer, men også at der indenfor temaet opstod et selvstændigt analytisk tema, der handlede om forskellige former for diskursive konstruktioner af træning, sundhed, kropsarbejde og lignende. Sådanne konstruktioner er noget, jeg helt overordnet kobler sammen med at stimulere og motivere til fysisk aktivitet, træning, efterlevelse af professionel rådgivning, udførelse af hjemmeøvelser og deltage i behandling. Alt sammen noget, der lægger sig ind i nogle af de inddragelsesambitioner, jeg beskrev i

kapitel 2. Dermed blev de empiriske tekstdele, jeg havde læst som 'magt/styring', både inkluderet i andre temaer, men der udvikledes samtidig et nyt tema, der kom til at hedde 'inddragelse/opdragelse'.

På samme måde fandt jeg, at temaerne om 'rammebetingelser', 'kroppe', 'stille oprør/modmagt' og 'rum og materialitet' også var gennemtrængende i de andre temaer og dermed skulle skrives frem undervejs. Temaet om rammebetingelser handler blandt andet om rutiner, standarder, procedurer, kliniske retningslinjer samt institutionelle regler, normer og retningslinjer. Temaet om 'kroppe', viste sig i at handle om kroppe på mangfoldige måder; kropsområder i objektiveret form, som et knæ, en ryg eller skulder, kroppe der er veltrænede, velkoordinerede og hurtige, kroppe der er langsomme og kroppe, der skal 'tæmmes og arbejdes på'. Temaet om 'kroppe' kom derfor i stedet til at blive knyttet an til flere temaer, hvor en del af empirien og i særdeleshed det, der havde med måleteknologier og kvantificering af kroppen at gøre, endte med at hedde netop 'Måleteknologier'. Men 'kroppe' handler i det empiriske materiale også om særlige former for arbejde på kroppen gennem disciplinering og hård træning, et tema der empirisk hang tydeligt sammen med det, jeg havde kaldt 'opdragelse/inddragelse'. Temaet om 'følelser↔rationalitet' handlede om forskellige teknologier, der strukturerer eller skematiserer enten patienternes følelser, som håb og drømme for behandlingsforløbet eller deres hverdag og de aktiviteter, der skal foretages i forbindelse med behandlingen.

Selvom jeg nu havde en overordnet tematisering, manglede jeg stadig at komme tilstrækkeligt i dybden med materialet og forfølge min interesse for, hvordan inddragelsespraktiseringer bliver til gennem socio-materielle praksisser og relationer mellem aktørerne i de konkrete empiriske nedslag.

Inspiration fra Clarke's 'Situationelle analyser'

I arbejdet med det første narrativ om teknologi, var jeg blevet nysgerrig på, hvordan relationerne mellem de forskellige aktører i en af de empiriske "målesituationer" og så det, der rakte ud over, så ud til at hænge sammen på flere forskellige måder. Målingerne og anvendelse af teknologier handlede både om de konkrete involverede aktører, som fysioterapeuten, patienten, ledmåleren, dokumentationsskemaet osv., men også om konteksten, særligt om retningslinjer, procedurer og professionelle standarder. Disse sammenhænge eller relationer mellem aktørerne var det én af mine forskningsambitioner at få øje på, og noget jeg ikke kunne indfange med den tematiske analysemetode alene.

Allerede i det indledende arbejde med at forberede analyserne og tilrettelægge en analysestrategi havde jeg været optaget af Clarke's situationel analyse (Clarke, Friese, and Washburn 2018), fordi den går tæt på de konkrete empiriske situationer og kigger på relationerne mellem de konstituerende kræfter. Derfor valgte jeg at foretage en prøve-

analyse af en typisk 'målesituation' ved hjælp af 'situational mapping' (ibid.). Analysestrategien tager afsæt i selve situationen, er kompleksitetssøgende og posthumanistisk i sit tilsnit, og analyserne inddrager såvel humane som non-humane aktører ud fra en tænkning om "all matters matter" (Barad 2007). I situationel analyse er der fokus på heterogenitet i relation til de involverede aktører og at "ting" eller non-humane aktører spiller en vigtig rolle.

Jeg valgte en situation, der lignede mange andre i feltnoterne, og som i sin helhed kan karakteriseres som typisk for målinger på kroppen; en afsluttende undersøgelse af en kvinde, der har fået et 'nyt' knæ og som har deltaget i et genoptræningsforløb. Her var aktørerne blandt andet måleredskabet (et goniometer/ledmåler), briks, patientkrop, fysioterapeutkrop, computer, kliniske retningslinjer, ortopædkirurgens succesmål, knæet, smerter, dokumentationskrav, nationale kliniske retningslinjer for fysioterapi til 'nye' knæ og institutionelle rammer for et behandlingsforløb. Alle aktører blev tegnet ind på et 'situationelt kort', hvorefter jeg optegnede relationerne mellem de forskellige aktører, hvilket endte ud med et meget komplekst netværk, som samtidig tydeliggjorde hvordan nogle ting hænger sammen på 'usynlige' måder, som fx relationen fysioterapeut-tilfredshed-ortopædkirurg-vinkelmåler-måling-knæ-evidens-retningslinjer-forlængelse af forløb. Denne øvelse gav mig en analytisk optik, som indstillede og fokuserede mit blik mere på relationer, end jeg oprindeligt havde været opmærksom på. Jeg arbejdede videre med denne analysestrategi for tre andre situationer, jeg havde brugt i narrativerne, og fandt at det var en brugbar analytisk linse, som jeg bragte i anvendelse i sammenhæng med mit fokus på positioneringer og subjektiveringer. På grund af mængden af empiri, synes det ikke at være farbart at lægge denne strategi ned over alle analyser af alle empiriske situationer, men selve tænkningen om at kortlægge eller registrere de konstituterende elementer havde givet mig et blik og en måde at organisere empirien, som jeg kunne trække med i mine analytiske spørgsmål og processer.

Den endelige tematisering

Tilbage til den endelige tematisering; hvor jeg i forhold til observationsmaterialet og fokusgruppediskussionerne, nu var ved at have temaerne på plads, idet en del af de oprindelige syv, for nogles vedkommende både indgik i andre eller/og var etableret som et selvstændigt tema, havde jeg nu tre overordnede temaer, som også er endt med at blive til tre analysekapitler:

Kapitel 10: Inddragelse i en ordnelogik
Kapitel 11: Inddragelse i en målelogik
Kapitel 12: Inddragelse i en motivationslogik

Med hensyn til interviewmaterialet havde jeg oprindeligt etableret fem temaer ('træthed', 'køn', 'balancering af ressourcer', 'håbløshed', 'ansvar, skyld/skam'), hvilke jeg også havde

skrevet et tematisk narrativ om. I arbejdet med den skrivning, fandt jeg at til trods for det tydelige tema om køn, så faldt den empiri jeg havde udenfor min forskningsinteresse omkring inddragelse. Temaet om håbløshed var ikke tilstrækkeligt tydeligt, og blev derfor også skrevet ud. De sidste tre temaer, handlede alle om hverdagen og måder at håndtere et forandret hverdagsliv på. Derfor besluttede jeg at inkludere alle tre som en del af et overordnet tema, der udgør et selvstændigt analysekapitel:

Kapitel 9: Håndtering af livet med sygdom.

Som afslutning på dette kapitel vil jeg introducere til to analytiske begreber, som skal forstås som sammenhængende med praktiserings- og subjektiveringsbegreberne, som jeg udfoldede i kapitel 6.

Analysebegreber

Jeg vælger her at udfolde to empirinære analysebegreber, som hænger tæt sammen med den teoretiske fremskrivning af praktiserings- og subjektiveringsbegreberne i kapitel 6.

Positioneringsteori

Min forskningsinteresse handler blandt andet om at undersøge, hvilke positioneringer og subjektiveringer, der muliggøres i mødet mellem patienter og fysioterapeuter, samt hvordan disse får betydning for praktisering af inddragelse. I kapitel 6 udfoldede jeg mit subjektiveringsbegreb og vil i dette afsnit vise, hvordan jeg, ved hjælp af Davies & Harré's positioneringsteori (Davies and Harré 1990), helt konkret arbejder med positioneringer, forhandlinger og subjektivering i analyserne af det empiriske materiale.

Positioneringsteorien giver en teoretisk forståelse af, hvordan elementer som diskurser og magt/videns-relationer virker ind og gennem de subjekter, der indgår i praksis. Teorien giver en forståelse, som hjælper mig til at gribe om nogle af de elementer, jeg ser udspillet i praksis, hvor forhandlinger og hvordan man kan 'blive til' som subjekt gennem de positioner, der diskursivt stilles til rådighed. Fra en socialpsykologisk tradition udvikler Davies & Harré en teoretisk forståelse af, hvordan subjektivering foregår gennem diskursive praksisser, i deres fremskrivning 'samtaler', som de forstår som social interaktion og sproghandlinger (ibid.). I den sociale praksis etableres positioner, som konstrueres gennem de diskursive praksisser. Subjektet subjektiveres ved at 'tage' en position op eller omvendt at afvise den og etablere andre mulige subjektpositioner. Subjektet er altså selv med til at forhandle de positioner, der bliver mulige i den sociale praksis, og derved bliver det et åbent spørgsmål "hvem man er", hvortil der er flere svarmuligheder (Davies and Harré 1990). Subjektet forstås i positioneringsteorien altså som foranderligt og dynamisk,

subjektiveret gennem de positioner, der muliggøres i den diskursive praksis. Men Davies & Harré ser også mennesket som havende *'både'* en mere sammenhængende personlig identitet *og* en ikke-sammenhængende forskellighed på det personlige plan (Davies and Harré 2014:28).
Når fortællinger, der indeholder selvbiografisk materiale bringes ind i samtalen, vil man i en positioneringsteoretisk forståelse anse dem for en måde, hvorpå individet 'positionerer sig selv' og derved er med til at sætte specifikke historier i spil. Her vil fortællingerne etablere særlige subjektpositioner, og derved er individer selv er 'med til' at forhandle positioner. Jeg finder her altså en dynamisk og foranderlig måde at forstå subjektet, som samtidig kan gribe om erindringer, omend man indenfor positioneringsteorien vil forstå italesættelsen af sådanne som en måde at skabe særlige subjektpositioner indenfor den diskursive praksis, både for den talende og for andre. Der er her tale om en forståelse af, at subjektivering ikke blot handler om at 'underlægge' sig diskurserne, men at individet selv spiller en aktiv rolle for, hvilke subjektiveringstilbud der stilles til rådighed eller tages op. De advokerer dog ikke, som Mol, for at man kan anse fortællingerne som beretninger om hændelser, men at man *også* skal forstå dem som indlejret i de magt- og videnskampe diskursiv praksis består af.

Teknologier

I det empiriske arbejde har jeg lyttet til beretninger om og observeret brugen af en række forskellige teknologier, som viser sig på mange måder og kan siges at være gennemtrængende i de praktiseringer af inddragelse, jeg analyserer frem. Jeg vil derfor i det følgende søge at indkredse hvilke forståelser af teknologibegrebet, jeg læner mig op ad, når jeg får øje på det i mit empiriske materiale.

I daglig tale vil man forstå teknologi som noget materielt; apparaturer, maskiner eller forskellige former for værktøjer, men i denne afhandling trækker jeg på bredere forståelser af begrebet. Med henvisning til Huniche og Olesen (Huniche and Olesen 2014) som anfører at en entydig definition af teknologi ikke er mulig, lægger jeg mig op ad det, de kalder en 'vag' begrebsdefinition. De vender sig mod teknologi-filosofien for at søge efter, hvad der kendetegner en teknologi, hvad der er dens *væsen og egenskaber* (ibid.:44), og foreslår at se på teknologi som et system, nærmere betegnet et *socioteknisk system*, som skal forstås i sin *brugskontekst*. De foreslår derfor, at man i sin undersøgelse af teknologier interesserer sig for det, der sker med og rundt om teknologien for at kunne se på de roller teknologien spiller for eksempelvis relationer og samarbejder mellem patienter og professionelle. At man så at sige kigger på teknologier som andet end blot passive, neutrale – og dermed uskyldige – redskaber, der uproblematisk lader sig introducere i den sundhedsfaglige praksis. Men at teknologier, som også Annemarie Mol anfører, skal ses som en aktør i det netværk, der udgør praksis (2002, 2008). Teknologier er 'flydende' og er med til at forandre og forandres selv gennem de situationer, de indgår i (Martin, Spink,

and Pereira 2018). Noget der kan forstås gennem Latours begreb om mediering (Latour i; Huniche and Olesen 2014), som henviser til hvordan teknologier i deres anvendelse bliver formende for menneskers handlinger og organisering af eksempelvis det sundhedsfaglige arbejde og de tilhørende organisationer og strukturer. I dette projekt kommer det eksempelvis til udtryk, når fysioterapeuterne via de elektroniske journaler får adgang til særlige oplysninger om patienterne, som får betydning for deres praktiseringer af inddragelse. Eller når antallet af omgange måles med en omgangstæller, som dermed bliver medproducerende for en vurdering af patientens gangfunktion, hvorved teknologien også bliver transformerende for den måde patienternes sygdom eller sundhed kan forstås (Huniche and Olesen 2014). Gennem den objektivering, som en teknologi gør mulig, skabes rum for at kategorisere og ordne en række symptomer, som dermed kan give forklaringskraft til de udfordringer, patienter har med kroppen. Dette kan samtidig udfordre patienter, hvis symptomer ikke så let lader sig indfange eller undersøge teknologisk, eksempelvis smerter.
I tråd med min ambition om skabe viden om hvordan det partikulære fletter sig sammen med mere overordnede diskurser og logikker, anser jeg også teknologierne og deres anvendelse som sammenhængende med bredere tendenser. Hvornår og hvordan teknologierne bringes i anvendelse i mere lokale sundhedsfaglige sammenhænge, og ikke mindst hvilken betydning de tillægges, ser jeg dermed som noget, der er produceres gennem de praktiseringer, der foregår.

Biomedicinske teknologier
Lock & Nguyen (2010) undersøger gennem en antropologisk tilgang det, de kalder biomedicinske teknologier. I forlængelse af ovenstående anser de biomedicinske teknologier som indlejret i den socialitet, hvori de bringes i anvendelse og ikke som objektive redskaber, der kan udsige noget universelt om, det de måler. Når professionelle anvender teknologier i de konkrete situationer, er det altid i sammenhæng med de lokale og de bredere samfundsmæssige forhold, og effekterne af teknologierne skal derfor også ses i de sammenhænge, hvori de anvendes. Lock & Nguyen er inspireret af Foucault's begreber om teknikker og teknologier, som refererer til de handlinger og den viden, der knytter sig til særlige magtformer (Nilsson 2009).

Magtteknologier
Foucault interesserede sig for magtteknologier. Han koblede teknologibegrebet sammen med begreber om magt/videns-spørgsmålet, styringsrationaler og subjektivering. Foucault's teknologibegreber er blevet videreudviklet af blandt andet Nikolas Rose (Rose 1996) og det er nogle af deres fremskrivninger om teknologier, som får betydning for, hvordan jeg får øje på særlige udgaver af teknologier i mit materiale.

Som nævnt tidligere forstår Foucault magt som allestedsnærværende og adskiller sin magtforståelse fra en mere klassisk udgave, hvor magten anses for at være repressiv og

forbundet med statslig suverænitetsmagt. Foucault anser magten som produktiv og dynamisk og som noget, der opererer mere usynligt i den forstand, at den virker indefra gennem menneskets selv-forhold, frem for at virke udefra *på* mennesket. Når Foucault i værket "Overvågning og Straf" (2002) taler om disciplinær magt, skal det forstås som noget, der foregår gennem en række teknologier, som er kendetegnet ved at handle om "normalisering" af individer.

> "Disciplinen" kan hverken identificere sig med en institution eller med et apparat. Den er en form for magt, en udøvelsesmåde, der omfatter en hel samling af instrumenter, teknikker, metoder, anvendelsesniveauer og formål. Den er magtens "fysik" eller "anatomi", en teknologi (Foucault 2002:232).

Nikolas Rose forklarer om sådanne teknologier, hvor mennesket er teknologiens objekt:

> "Technology, here, refers to any assembly structured by a practical rationality governed by a more or less conscious goal. Human technologies are hybrid assemblages of knowledges, instruments, persons, systems of judgment, buildings and spaces, underpinned at the programmatic level by certain presuppositions and objectives about human beings. One can regard the school, the prison, the asylum as examples of one species of such technologies, those which Foucault termed disciplinary and which operate in terms of a detailed structuring of space, time and relations among individuals, through procedures of hierarchical observation and normalizing judgment, through attempts to enfold these judgements into the procedures and judgements that the individual utilizes in order to conduct his or her own conduct" (Rose 1996:26).

Selvets teknologier

Senere udvikler Foucault, begreber om selvets teknologier, som Rose forklarer som en slags 'selv-styringsmekanismer' (1996), der handler om måder individer oplever, forstår, bedømmer og opfører sig. Selv-teknologier tager form af særlige teknikker til at lede menneskets relation til sig selv. Foucault kalder denne type af magtudøvelse "governmentality", som handler om at få individer til at styre sig selv i en ønskelig retning. Begrebet dækker over en dobbelt betydning af magtens distribution, hvor det handler om, at nogen vil have andre til at gøre noget andet, end de ellers ville have gjort (Vallgårda 2004), som er det Foucault kalder conduct-of-conduct; at den, der styrer og det, der styres er det samme individ/subjekt (Dean 2006). "*Denne kontakt mellem teknologier for at dominere andre og selvteknologier kalder jeg governmentality*" (Foucault citeret i (Vallgårda 2004:118).

I denne magtforståelse, understreger Foucault, som jeg har været inde på tidligere, er der tale om frie individer, som subtilt ledes til at lede sig selv i retning af et særligt sæt af normer, som i dette tilfælde kunne være i retning af en norm om en vis daglig mængde bevægelse (træning og fysisk aktivitet). Herved er det hensigten, at de, der har ambitioner om at styre mennesker i en bestemt retning – som her fysioterapeuter – forsøger at skabe

overensstemmelse med menneskets egne bestræbelser på at styre sig selv (Vallgårda 2003). Det indbefatter også, at de, der ønsker at styre menneskelig adfærd, betragter adfærd, som noget der kan kontrolleres og reguleres. Gennem analyser af kristendommens tænkning, blandt andet om syndsforladelse, undersøger Foucault en særlig form for individualiseret magt, han kalder pastoralmagten, som trækker på en metafor om Gud som den gode hyrde. Pastoralmagten virker gennem subjektets bekendelse til denne 'alfaderlige' figur – flokkens hyrde – som værner om den enkeltes ve og vel. Derved udlægges den enkeltes inderste tanker, og hyrdens opgave bliver at lede vedkommende til at arbejde med sin egen frelse (Nilsson 2009). Denne form for magtteknologi ser Foucault som en del af en moderne, individualiseret styringsteknologi, som jeg også ser som virksom i mødet mellem fysioterapeut og patient, hvor man eksempelvis skal forklare, hvordan man har det med ikke at få lavet sine øvelser eller overholdt indgåede aftaler om træningsmængder.

Opsamling

Gennem dette kapitel har jeg redegjort for veje, afveje og udveje i analyseprocesserne. Jeg har vist, hvordan jeg inspireret af tematisk analysestrategi har arbejdet med at ordne mit empiriske materiale, og at det har vist sig at være frugtbart at komplementere med andre type af analytisk tilgang, her 'situational mapping'.

Til slut i kapitlet har jeg vist, hvordan jeg gennem to empirinære analysebegreber om positionering (herunder magt, diskurser og subjektivering) og teknologier (både som konkrete fysiske artefakter, men også som kommunikationsteknologier og magt-teknologier) etablerer et analytisk 'apparat', der kan indfange forskellige former for praktisering af inddragelse.

Efter således i Del II af denne afhandling at have vist, hvordan jeg har konstrueret mit forskningsapparat, fortsætter jeg nu videre til afhandlingens tredje del, der indeholder analyser af forskningslitteraturen samt af det empiriske materiale, der blev genereret i feltarbejdet.

Del III – Analyser

Introduktion til analyserne

I de følgende kapitler præsenteres afhandlingens analyser i relation til de tre underliggende spørgsmål:

- Hvilke dominerende tendenser karakteriserer forskningsfeltet om patientinddragelse i fysioterapi?
- Hvordan håndterer patienter i fysioterapeutisk praksis livet med sygdom, og hvordan får det betydning for praktiseringer af inddragelse i mødet med fysioterapien?
- Hvilke positioner og subjektiveringsmuligheder opstår i mødet mellem patienter og fysioterapeuter, og hvordan får det betydning for praktisering at inddragelse?

Analyserne falder i tre dele, og indeholder et litteraturreview samt analyser af det empiriske materiale fra det etnografiske feltarbejde:

Første del indeholder kapitel 8 og vil besvare spørgsmålet om "Hvilke dominerende tendenser og logikker karakteriserer forskningsfeltet om patientinddragelse i fysioterapi?". Det primære indhold i det kapitel udgøres af artiklen "Patient-centeredness in Physiotherapy. A Literature Mapping Review" (Hansen et al. 2021). Den er udarbejdet i samarbejde med min vejleder, Sine Lehn og en kollega fra Professionshøjskolen Absalon, Jeanette Præstegaard. Den vil vise, hvordan inddragelsesfænomenet i det fysioterapeutiske forskningslandskab kan karakteriseres. Kapitlet indledes med en introduktion, herunder også til de metodologiske overvejelser, hvorefter artiklen præsenteres i den færdige form.

Anden del indeholder kapitel 9, som er analyser af især interviewmaterialet. Det handler om, hvordan patienterne oplever at skulle håndtere hverdagen med sygdom, funktionsnedsættelser og de symptomer, der følger med. Kapitlet tager sit udgangspunkt i det empiriske materiale produceret gennem interviews med patienter. Her spurgte jeg blandt andet ind til, hvordan og på hvilke måder patienternes liv er forandret i forbindelse med deres nuværende problemstillinger samt hvordan de har oplevet at skulle håndtere hverdagen på nye betingelser. Kapitlet svarer på spørgsmålet om "Hvordan patienter i fysioterapeutisk praksis håndterer livet med sygdom?". Den sidste del af det forskningsspørgsmål, som det er formuleret i afhandlingens indledning, nemlig "hvordan det får betydning for praktiseringer af inddragelse i mødet med fysioterapien" er først muligt at besvare, når analyserne af praksis er præsenteret i de efterfølgende kapitler. Det vil derfor indgå i besvarelsen af det overordnede forskningsspørgsmål i kapitel 13 (konklusion).

Tredje og sidste del indeholder kapitlerne 10, 11 og 12, som er bredere analyser af praksis med udgangspunkt i hele det empiriske materiale med overvejende bidrag fra observationsmaterialet. Disse tre kapitler vil besvare det tredje forskningsspørgsmål om "Hvilke positioner og subjektiveringsmuligheder opstår i mødet mellem patienter og fysioterapeuter, og hvordan får det betydning for praktisering at inddragelse?"

I første omgang kigger jeg ikke direkte/specifikt efter inddragelse i de empiriske analyser af praksis, men derimod på møderne og hvordan positioneringer, subjektiveringer, institutionelle og professionsfaglige logikker praktiseres, og derigennem undersøger jeg, hvordan inddragelse ser ud til at blive produceret gennem de almindelige, hverdagslige praksisser. Samlet set går kapitel 10, 11 og 12 altså på, at inddragelse konstitueres gennem aktiviteter, der også handler om alt muligt andet, som fx undersøgelser af kroppen, træning og behandling. Det betyder også, at medinddragelse ikke bliver til som selvstændige eller særskilte aktiviteter, men som noget der opstår og produceres igennem andre handlinger og samvær med patienterne. Derfor går jeg i de afsluttende opsamlinger i slutningen af hvert kapitel tilbage og kigger på, hvordan inddragelse træder frem gennem sådanne praktiseringer.

Jeg peger i praksisanalyserne på, at inddragelse produceres gennem forskellige logikker, som adskiller sig på en række områder, men som også fletter sig ind i hinanden. Som jeg senere vil argumentere for i konklusionen, mener jeg, at de tre logikker helt grundlæggende trækker på en overordnet kausalitetslogik (se kapitel 13), hvilket er vigtigt at holde sig for øje, når jeg empirisk udfolder henholdsvis ordne-, måle- og motivationslogikken.

Strukturen i analysekapitlerne

De fire empiriske analyser (kapitel 9, 10, 11 og 12) indledes alle med en introduktion til indholdet i kapitlet, hvorefter jeg præsenterer de teoretiske inspirationer, der har informeret mit blik i analyserne. Dernæst udfolder jeg de empiriske analyser og har til slut en opsamling, hvor jeg argumenterer for, hvordan jeg ser de analytiske pointer koble sig op på inddragelse, og hvilke inddragelsesideer det knytter an til.

Forkortelser anvendt i analyserne

I analyserne af det empiriske materiale fra feltarbejdet benyttes følgende forkortelser:

P – Patient
F – Fysioterapeut
I – Interview (efterfølgende tal refererer til linjenumre i transskriptionerne)

FG – Fokusgruppeinterviews (hvis, der er angivet et efterfølgende bogstav, refererer det til den konkrete kontekst):

K – Kommune

R – Rehabiliteringscenter

P – Privat praksis

Kapitel 8
Forskningslandskabet

Introduktion til review

Dette kapitel består overvejende af forskningsartiklen "Patient-centeredness in physiotherapy – a literatur mapping review" (Hansen et al. 2021). I erkendelse af, at det er utraditionelt med en artikel i forhold til afhandlingsformatet, der som helhed fremstår som en monografi, men også fordi det er utraditionelt med et review i en poststrukturalistisk informeret metodologi, vælger jeg at indlede med at præsentere mine overvejelser desangående.

Et litteraturreview i en poststrukturalistisk afhandling – hvorfor?

Helt oprindeligt var et review af forskningslitteraturen et ønske fra forskningsenheden på den professionshøjskole, hvor jeg var ansat. Da jeg fra starten havde sat mig for at arbejde indenfor en kritisk, humanistisk ramme, brugte jeg en del energi på at finde en tilgang, som ville være relevant i forhold til min forskningsinteresse, og som samtidig kunne forsvares og forklares i relation til mit videnskabsteoretiske ståsted. Det at arbejde med at indsamle og undersøge forskningslitteratur har udfordret mig i forhold til mit ontologiske og epistemologiske afsæt, fordi reviewmetoder ofte har en essentialistisk forskningsambition, hvor målet er at etablere evidens. Resultaterne præsenteres almindeligvis som en syntese af de fund, der indgår i de inkluderede artikler. Derved er indlejret en norm om, at den viden, der indgår i reviewet, er objektiv, sand og sammenlignelig for de inkluderede forskningsundersøgelser, hvorved den viden kan akkumuleres, syntetiseres og udsige faktuel og sand viden om det undersøgte fænomen (Gordon 2016). I kapitel 4 udfoldede jeg mit ontologiske og epistemologiske afsæt, hvor jeg netop stiller mig et sted, hvor jeg ikke anser viden som sand og virkelighedsrepræsenterende, men at det ontologiske og epistemologiske er uadskilleligt, idet viden om virkeligheden bliver til gennem erkendelsen af den. Og netop derfor blev det en udfordring for mig at finde en relevant tilgang, men i min læsning af en bred vifte af metodelitteratur om reviews indenfor den kvalitative forskningstradition, fandt jeg det såkaldte 'mapping review' (Gough et al. 2017, 2012). Det er en sociologisk metode til kortlægning af et forskningsområde, og som metode virkede den både relevant og tilgængelig samtidig med, at den adskiller sig væsentligt fra eksempelvis et traditionelt systematisk review, hvor ambitionen, på udtømmende vis, er at undersøge 'al' forskningslitteratur på et felt, med henblik på at demonstrere 'hvad vi ved om et givent fænomen' (Grant and Booth 2009). Formålet er at finde den bedste evidens på et område, og på den måde skabe anvisninger for praksis (ibid.).

Mapping reviewet er derimod ikke en udtømmende kortlægning af 'alt' litteratur på et givent område, og ambitionen er heller ikke at påvise den bedste eller mest sikre viden. Derimod er denne metode velegnet til at karakterisere et forskningslandskab med henblik på at se, hvordan forskningen behandler et givent fænomen. Denne tilgang ser jeg både som relevant og interessant, idet fundene herfra kan bidrage med viden om, hvordan forskellige – eller enslydende – forståelser af inddragelse i relation til det fysioterapeutiske forskningsfelt kan karakteriseres. Metoden tillader, at forskeren selv etablerer de kategorier, der er velegnede til at beskrive de særlige karakteristika ved forskningen, som korresponderer med forskningsinteressen. Det løser ikke fuldstændig det videnskabsteoretiske problem, idet det naturligvis fortsat vil være det perspektiv, hvorfra jeg iagttager, der er afgørende for den viden, der kan produceres. Og jeg foretager gennem et sådant øjebliksbillede også en 'fixering' af viden. Men metoden hævder ikke at skabe udtømmende viden på et område, og er heller ikke sandhedshævdende på samme måde som et traditionelt systematisk review, men har til formål at undersøge tendenserne indenfor et givent forskningsfelt.

Undervejs i processen inviterede jeg min vejleder Sine Lehn og docent Jeanette Præstegaard fra Professionshøjskolen Absalon med ind i arbejdet med reviewet. I vores måde at arbejde med metoden på, indgik alle vidensbidrag uagtet paradigmatiske tilhørsforhold, det være sig kvalitative, kvantitative, konceptuelle eller noget helt andet, og der blev ikke foretaget syntetisering, hvilket metoden heller ikke lægger op til. Der er en ambition om at tage et øjebliksbillede af litteraturen, hvorved det bliver muligt at undersøge, hvordan de dominerende tendenser i et givet felt, kan karakteriseres. Indledningsvist havde jeg den idé, at tilgangen skulle munde ud i en diskursanalytisk behandling af den fundne litteratur, men undervejs blev det klart, at det ville blive en umulig opgave på grund af mængden af artikler, der skulle analyseres. I stedet, inspireret af Gough m.fl. (2012, 2017), udarbejdede vi en række karakteristika, som vi fandt relevante for formålet med at 'tegne et kort' over forskningslitteraturen. Metodologien udfoldes detaljeret i artiklen, som er accepteret og publiceres i tidsskriftet Physiotherapy Theory and Practice (Hansen et al. 2021). Analyserne i artiklen trækker på Mol's begreb om 'logics' (Mol 2008), som også er et grundlæggende teoretisk perspektiv i de øvrige analyser i afhandlingen. De fund, der præsenteres og diskuteres i artiklen, bliver også væsentlige for dele af analyseprocesserne af det etnografiske, empiriske materiale, sådan som jeg har beskrevet kapitel 7. Artiklen skal ses som et selvstændigt forskningsbidrag i afhandlingen, og resultaterne vil til slut i afhandlingen, blive diskuteret i sammenhæng med de øvrige analyser af, hvordan patientinddragelse forstås, omsættes og praktiseres i fysioterapeutisk praksis[24].

[24] Der er udarbejdet yderlige 2 appendices, der er fravalgt af tidsskriftet. Det drejer sig om en oversigt over samtlige databaser og søgestrenge samt en oversigt over alle inkluderede studier. Disse kan fremsendes, hvis det ønskes.

Patient-centeredness in physiotherapy. A Literature Mapping Review.

Artiklen kan købes på:
www.tandfonline.com

DOI: 10.1080/09593985.2021.1923095

Scandinavian Journal of Caring Sciences
DOI: 10.1111/scs.12966 ISSN 0283-9318 (print) ISSN 1471-6712 (online)

Taylor & Francis
Informa Healthcare

Patient-centeredness in Physiotherapy — A literature mapping review

Lovisa Sagvall Hensler | Annette Hasselgard | and Gina Lynn Gustafsson

Department of Health and Caring Sciences, Centre for Health Care and Welfare Research, Linnæus University, Växjö, Sweden; Department of Health and Welfare, Section for Physiotherapy, University College of Southern Denmark, Esbjerg, Denmark

ABSTRACT

Background and purpose. Research on patient-centeredness in physiotherapy practice is a relatively recent phenomenon. Although there has been a shift in healthcare from a biomedical perspective towards a more patient-centered approach, it is unclear how this shift is manifested in physiotherapy practice. The purpose of this review was to map the literature on patient-centeredness in physiotherapy practice and to identify gaps in the research literature.

Methods. An systematic research mapping review was carried out based on a variation of Arksey and O'Malley's framework. The review was conducted in three phases: (1) a literature search, (2) selection of studies, and (3) data extraction and analysis. The search was performed in PubMed, Cinahl, Scopus, Web of Science, and Cochrane Library. Data was extracted using a data extraction form developed for the purpose of this study. The data was analysed using descriptive statistics and a thematic analysis.

Results. The search identified 1,109 hits, of which 31 studies were included in the review. The majority of the studies were conducted in Australia (n = 12) and were published between 2000 and 2020. The most common study designs were qualitative studies (n = 10) and cross-sectional studies (n = 9). The most common patient-centeredness-related concepts were patient-centered care (n = 12), patient-centered practice (n = 8), and patient-centered care and practice (n = 4). The most common physiotherapy practices were manual therapy (n = 8), exercise therapy (n = 7), and pain management (n = 6). The most common patient-centeredness-related outcomes were patient satisfaction (n = 8), patient-centered care (n = 6), and patient-centered practice (n = 4). The most common patient-centeredness-related processes were shared decision-making (n = 8), patient-centered communication (n = 7), and patient-centered care (n = 6). The most common patient-centeredness-related structures were patient-centered care (n = 6), patient-centered practice (n = 4), and patient-centered care and practice (n = 4). The most common patient-centeredness-related barriers were time constraints (n = 6), lack of knowledge and skills (n = 5), and lack of patient-centered practice (n = 4). The most common patient-centeredness-related facilitators were patient-centered care (n = 6), patient-centered practice (n = 4), and patient-centered care and practice (n = 4).

Conclusions. The results of this review indicate that patient-centeredness in physiotherapy practice is a multifaceted phenomenon. The results also indicate that patient-centeredness in physiotherapy practice is a relatively recent phenomenon and that there is a need for further research in this area. The results of this review can be used to inform future research and practice in physiotherapy.

ARTICLE HISTORY
Received 17 July 2020
Accepted 17 July 2021

KEYWORDS
Patient-centeredness
Physiotherapy
Scoping review
Mapping review
Patient-centered care
Patient-centered practice

INTRODUCTION

The concept of patient-centeredness has been a central theme in healthcare research and practice since the 1970s. It has been described as a response to a biomedical approach to healthcare, which was perceived as being too focused on the biological aspects of the health problem at hand, the practitioner as the authority in healthcare, and the patient as a passive recipient of healthcare services (Mead and Bower, 2000; Stewart et al., 2000; Epstein et al., 2005; Langberg, Dillaway and Goluchowski, 2011; Langberg et al., 2011; Shaw and Baker-Glenn, 2012; Shaw, Cross, Cook and Grant, 2013; Langberg et al., 2017). Research from the United States in 1970 demonstrated that patients felt a need to participate more and expect to be treated as a distinct concept. This point, on the one hand, underscores the importance of the concept and, on the other, underscores the need for a clarification of the concept.

Nevertheless, as health care systems in the western world, with a focus on drugs and technologies and being left with the concept of patient-centeredness, both from a political and from a health care professional point of view. Regardless of the health political agenda, the patients are expected to play a more active role in healthcare, in order to achieve improved health outcomes (Langberg et al., 2011; Shaw, 2012; Wilkinson and Ryan, 2017). Regardless of the shift in healthcare, the approach, the conceptual notion of patient-centeredness can be found in a wide variety of contexts. In this work, it is clearly underlying a holistic approach, acknowledging the difficulties of a holistic life, regarding the patient as a whole and taking the patient's lifeworld into consideration (Shaw et al., 2013; Langberg et al., 2017). Although the concept has a long tradition, it is still a relatively recent phenomenon, which patients accept and further demonstrates growth in the professional.

Research, patient-centeredness, effective concepts and practices from a medical long, patient-centeredness, experiences, participation, engagement, conflict, tools, shared decision-making, and patient-centered

REVIEW AND METHODOLOGY

This mapping review is carried out as a systematic research mapping of how developing patients in physiotherapy practice is understood in the research field today. The review draws upon the methodologies of systematic research mapping (Cooper, 2015; Cooper, Chilton and Thomas, 2010, 2011) and integrative review (Whittemore and Knafl, 2005) and presents a broad overview of research on patient collaboration in physiotherapy practice. A systematic literature review aims to unambiguously describe and interpret a specific research field, rather than identify scientific evidence, which means that papers were included regardless of the quality of evidence. Consequently, this review does not aim to contribute to statistical synthesis of the evidence, which would (additionally) be appropriate in a systematic review (Cooper, Chilton, Hedges, Thomas, 2011). In contrast, the main analysis (Dalen, 2015) aims at a thematic synthesis.

Systematic literature reviews are relevant methodology in a digital approach to the research of this study, as it provides an overview of the research in the field of patient collaboration in physiotherapy practice. The method enables comparison of distributions of research in the field in terms of [illegible] and research topics. Cooper, Chilton and Thomas (2011) recommend systematic literature reviews by Cooper, Chilton, and Thomas (2010) as a method for an analytical consideration of the following: [illegible] research, and that everyone and everything [illegible].

Search Process

The search was conducted in the leading [illegible] bibliographic databases in the field of [illegible] physiotherapy, sociology and anthropology: [illegible] (SAGE), CINAHL, PsycINFO, [illegible] Science and Sociological Abstracts. The terms used were "physiotherapy", "physiotherapist", "physical therapy", "physical therapist", "patient participation" or synonyms, e.g. "involvement", "engagement", "empowerment", "shared decision making" or "patient centered"). Papers were included if they focused on patient collaboration in physiotherapy practice, focused on adults, were written in English, Danish, Swedish or Norwegian and were published in peer reviewed journals between January 1, 2006 and July 1, 2016. We planned the searches in the fall of 2015 and with assistance from a research librarian at the Royal Danish Library, the searches were adjusted in early 2016. The final search was carried out on July 1, 2016. The search did not include hand-searching, contacting the researchers in the field or reference search, as the aim of this paper was to create a snapshot of the research field and to make an exhaustive review of all existing literature. A total of 1,234 relevant titles were identified.

Screening Process

Screening was carried out using the online Covidence software tool (https://www.covidence.org/) which facilitated handling a large number of titles and abstracts. [illegible] screening process. The identified papers were screened by two raters, initially by title and abstract and then by full text. Papers were included or excluded on the criteria: [illegible] relevance, implicitness, missing language (i.e. papers not published in English, Danish, Swedish or Norwegian), missing professional (i.e. not physiotherapy), [illegible] focus (i.e. other or other professionals), [illegible] Here, quality assessment criteria were applied, [illegible] missing publication type (i.e. [illegible] primary, editorials, commentaries, [illegible] and missing [illegible] (i.e. children or [illegible]). The latter [illegible] evaluated because [illegible] or these [illegible] a [illegible] of collaboration with [illegible] (e.g. mothers).

[illegible] were screened in pairs, with first screening all and so doubts. A new discussion [illegible] three authors until a final decision was [illegible] or not, or included. The included titles [illegible] were screened for relevance in relation to [illegible] of the study and tagged in relation to the [illegible] criteria. In the case where the abstract was [illegible] we searched in the specific journals, Google or Google Scholar to assess relevance.

In the initial assessment process, according to the chosen methodology Cooper, Chilton, and Thomas, 2011) we selected five overall descriptive categories in order to fully characterize research on patient collaboration in physiotherapy practice. The choice of categories was inspired by the potential dimensions suggested by Cooper, Chilton, and Thomas (2011). The chosen categories included: overall aims, focus of the study, research design, theoretical approach, and the relevant topic. In the process of reading and screening titles and abstracts line by line, and through discussions among all three authors, a number of codes belonging to four of the categories were developed. These codes added to depth aspects and were applied in the reading and analysis of each included article (Appendix 1). The category "General notes" was discontinued, as it contain no interpretations.

Data Extraction and Analysis

A total of 149 articles were included in a full-text screening. All articles were read by two authors with first

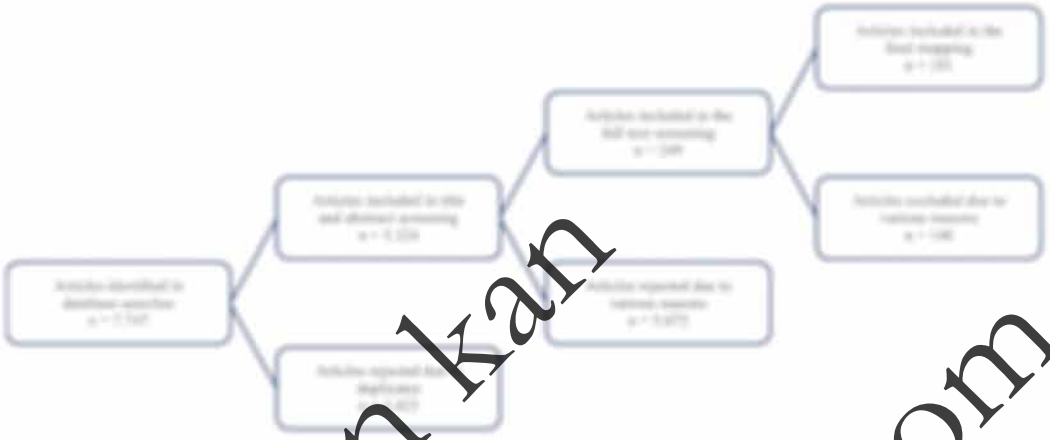


Figure 1. Flowchart of search and screening process.

author reading and [illegible] alignment in the assessment all three [illegible] and a sample of 10 articles which were discussed and evaluated.

In assessing the articles in full-text, a [illegible] of either inclusion or rejection [illegible] the research question and the exclusion criteria. The included papers were marked according to the categories and the associated codes [illegible] the study (i.e. patients' experiences/perspectives, [illegible] attitudes and beliefs, professionals' experiences/perspectives, [illegible] attitudes and [illegible] methodologies (e.g. design and models), patient characteristics, motivation, communications, bio-psycho-social therapeutic alliance, [illegible] setting, patient-reported outcome measures, [illegible]). Design of the study (i.e. conceptual, [illegible] qualitative, quantitative and mixed); and Theoretical approach (i.e. bio-medical, pedagogical, ethical, [illegible] philosophical and other). Finally, each paper was coded according to the Inherent logic (i.e. causality, complexity or undecided). For a detailed explanation of the codes focus, design and theoretical approach, see Appendix 1. The analytical process was inspired by content analysis (Hsieh, 1995) in combination with analysis utilizing the concept of 'logics' (Mol, 2008).

The idea of "logics" (Mol, 2008) has proven helpful in our exploration of research related to patient-centeredness in physiotherapy. Whereas Mol (2008) used the concept of "logic" to explore the patterns in care practice, we have found the idea of logics useful in our exploration of the literature constituting patient-centeredness in quite diverse ways. A logic gives reason and appropriation to [illegible] understandings and research practices. Logics [illegible] things fit together. Using a logics [illegible] simply viewing texts as coherent and logical.

A [illegible] for using a logic-oriented approach [illegible] study of research literature is that the logics [illegible] are often "invisible" or taken for granted by the researchers themselves, they are [illegible] in scientific approaches inherent in the research traditions of health and of humanities. Our approach to the study of patient-centeredness did not start from a normative definition. We were not interested in exploring whether or how the body of research measures up to or falls short of the right approach to patient-centeredness. Instead, we sought to map out how different logics shape the research landscape. The articles were coded as belonging to a logic of causality if patient-centeredness was conceived as a matter of cause and effect (e.g. if patient-centeredness could be achieved or measured by simple or standardized measures). If this was not the case, that is, if the patient-centered focus was considered complex and consisting of more than a well-defined model or intervention, or if patient-centeredness was regarded as a matter of complex and interacting factors, the article was coded as operating within a logic of complexity. If in doubt, it was coded as undecided. The coding was performed by all of the authors independently. Codes were eventually compared, resulting in a high level of agreement. In cases of disagreement, the paper was discussed among all authors, leading to a final reading of the codes.

DISCUSSION

Amount of Research

This mapping review shows that the consultancy has from inception (ca. 1.133 articles, reflecting a burgeoning interest on the topic in physiotherapy research. Nine so, only 146 titles and abstracts were included in full-text screening, and only 24 of these were assessed as eligible to being concerned with patient centeredness in physiotherapy practice. This suggests an early but developing approach to understanding and understanding attributes of the construct.

The mapping review shows that the included papers were published in a broad variety of journals, with the majority in journals linked to research and practice in the physiotherapy field. This finding further illustrates its scientific and cross-disciplinary nature, and the trying to grasp the concept within the field of physiotherapy as a research field and practice. Patient centeredness is a critical and complex concept in communication, research with patients and practice in the profession.

Through the mapping review we discovered that most of research on patient centeredness in physiotherapy is qualitative, based on cross-sectional designs, and conducted in the field of musculoskeletal physiotherapy. Our finding, in accordance with Lewis et al. (2016), Mercer et al. (2017), Dwamena et al. (2012), Stewart et al. (2000), Ekman et al. (2011), Mercer et al. (2004), Mercer et al. (2005), Mercer et al. (2006), Mercer et al. (2007), Mercer et al. (2008), Mercer et al. (2009), Mercer et al. (2010), Mercer et al. (2011), Mercer et al. (2012), Mercer et al. (2013), Mercer et al.

Appendix 1. Coding for analysis of individual papers

Author	Design	Research question	Sample
1. Allegrante, Lapidus and Lane (1981)	1. Cross-sectional survey	1. Prevalence	1. 1,000 dancers
Allegrante, Lapidus and Lane (1981) Injuries and complaints of dancers in a ballet company. American Journal of Sports Medicine 9: 348–351. Allegrante, Lapidus and Lane (1981) surveyed 1,000 dancers in a ballet company. Of those, 1,000 responded, a response rate of 100%. Dancers were asked questions about their dance training, injuries, complaints and treatment. Allegrante, Lapidus and Lane (1981) found that 80% of dancers had experienced a musculoskeletal complaint in the previous year. Injuries were most common in the ankle, foot and knee. Injuries were most common in the ankle, foot and knee. Injuries were most common in the ankle, foot and knee

Refleksioner og opsamling på artiklen

Efter her at have præsenteret artiklen og dermed analyserne af de dominerende tendenser og logikker i forskningen indenfor patientinddragelse og fysioterapi, vil jeg i forlængelse af de videnskabsteoretiske overvejelser, præsenteret i indledningen af kapitlet, for en kort bemærkning vende mig mod et par interessante forhold omkring selve peer-review processen.

Her blev der af en enkelt fagfællebedømmer, rejst en lang række forbehold, der skulle adresseres. Dybest set havde bedømmeren vurderet studiet på baggrund af en naturvidenskabelig og kvantitativ tjekliste for, hvordan systematiske reviews skal udarbejdes. Derfor blev der blandt andet rejst kritik af den manglende efterlevelse af de såkaldte PRISMA-guidelines[25], manglende mulighed for at sammenligne resultater på tværs af studier fordi både kvalitative og kvantitative studier var inkluderet, den manglende syntetisering og deraf følgende også den manglende statistiske behandling af data. Grundlæggende en kritik, vi ikke kunne adressere, fordi den retter sig mod selve det metodologiske grundlag for undersøgelsen og for studiet som helhed. Set i relation til min forskningsambition om at undersøge, hvordan inddragelse konstitueres, mener jeg, at disse kommentarer i sig selv var et interessant bidrag, idet det viser noget om, at det kan være vanskeligt og udfordrende at bryde med den naturvidenskabelige tilgang, og dermed at kunne legitimere andre vidensparadigmer i feltet.

At det kan være vanskeligt, viste sig også i relation til en anden fagfællebedømmers kommentar, hvori vedkommende anfægtede et tema i diskussionen. Her retter vi opmærksomheden mod de mange empiriske studier, og få konceptuelle studier, som vi mener kan pege på en manglende kritisk teoridannelse i det fysioterapeutiske felt. Vi rejste oprindeligt en diskussion, om at det kunne bero på den fysioterapeutiske forskningstraditions stærke affiliering med den biomedicinske, hvor der ikke som sådan er tradition for teoridannelse. Denne diskussion blev vi i reviewprocessen nødsaget til at ændre i den endelige udgave af artiklen. Begrundelsen, der blev givet, var, at fysioterapi ikke længere er informeret af biomedicinen, men nu er en profession, der er hviler på, forsker og praktiserer indenfor det bio-psyko-sociale paradigme. Dette finder jeg ligeledes interessant og vigtigt for hele ambitionen med denne afhandling, idet jeg ser det som et udtryk for en diskrepans mellem den diskursive konstruktion af, hvordan den fysioterapeutiske profession forsker og arbejder, og den konkrete praksis, som er den, jeg undersøger nærmere i de kommende analyser.

[25] PRISMA-guidelines: Transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses (Page et al. 2021)

Jeg går i de næste kapitler over til analyserne af det empiriske materiale fra feltarbejdet, og i det første præsenteres en analyse, der retter sig mod patienternes håndtering af hverdagen med sygdom, smerter og funktionsnedsættelser.

Kapitel 9
Håndtering af livet med sygdom

Dette kapitel kommer til at handle om patienternes oplevelser af at skulle håndtere et liv med sygdom, som for en manges vedkommende indebærer et liv præget af smerter, funktionsnedsættelser og for en dels vedkommende et liv med kroniske, livslange diagnoser.

I afhandlingen spørger jeg helt overordnet til, hvordan inddragelse konstitueres i fysioterapi. Inddragelse handler, som jeg udfoldede i kapitel 2, blandt andet om at inddrage patienternes viden og erfaringer om livet med sygdom, og hvordan det er med til at forme hverdagen på nye måder. Gennem interviews med patienter har jeg fået adgang til nogle af deres oplevelser med at håndtere livet med sygdom, og de betingelser der former deres hverdag. Jeg anser disse fortællinger som ganske væsentlige i forhold til at forstå, hvordan livet med sygdom kan tage sig ud, og fordi det er i den konkrete, levede hverdag, at alt det der foregår i behandlings- eller træningslokalet, skal fortolkes og omsættes. Patienternes fortællinger giver mulighed for at undersøge, på hvilke måder deres oplevelser med at håndtere livet med sygdom får betydning for det, der foregår i mødet med den fysioterapeutiske praksis og for patienternes subjektiveringsmuligheder.

Fortællingerne præsenteres deskriptivt og med mange konkrete citater fra de interviewede patienter. Analyserne skal ikke anses som værende validerende og repræsentative for x antal mennesker, men har til hensigt at illustrere, hvordan hverdagslivet med sygdom og funktionsnedsættelse *kan* se ud, og hvordan visse ting på visse tidspunkter i livet eller under visse omstændigheder naturligt vil være mere påtrængende end andre. Undervejs foldes nogle historier mere grundigt ud for at give et indblik i, hvordan netop særlige forhold gør sig gældende på særlige måder; hvordan den levede hverdag med sygdom, smerter og funktionsnedsættelse, mange ydre krav og forventninger til deltagelse og engagement bliver til som fx træthed og udmattelse (Mol 2008). Kapitlet skal med andre ord ses som en invitation til at få indblik i livet med sygdom, og den viden jeg har fået adgang til gennem samtaler med patienterne. Jeg spurgte blandt andet ind til, hvordan sygdom og funktionsnedsættelse har fået betydning i hverdagen, og hvilke forestillinger og forventninger patienterne har til livet fremover. I min læsning af empirien var det tydeligt, at livet med sygdom opleves meget forskelligt, men at der alligevel på tværs af materialet tegner sig nogle gennemgående temaer, der blot udfolder sig forskelligt for den enkelte. Disse temaer ligger til grund for de fokuseringer, jeg skriver frem, og som jeg vil forsøge at fremstille, så nuanceret som muligt.

Indledningsvis indrammes nogle af de teoretiske inspirationer, der har informeret mit blik på hvordan menneskers viden om håndteringen af livet med sygdom kan forstås som væsentligt i relation til medinddragelse. Herefter går jeg over til de empiriske analyser,

som handler om 'Træthed og udmattelse', 'Balancering af ressourcer' samt 'Forpligtelser, ansvar og samvittighed' og slutter af med en opsamling af kapitlets pointer.

Patientviden om livet med sygdom – teoretisk inspiration

I min forståelse af, hvordan patienters viden fra hverdagslivet knyttes sammen med inddragelse, har jeg blandt andet fundet inspiration hos Mol, Moser og Pols (Mol 2002; Mol, Moser, and Pols 2010; Pols 2014). De er optaget af, hvordan patienter håndterer hverdagens kompleksitet og livet med sygdom gennem det, de kalder 'tinkering', som oprindeligt er udviklet i relation til omsorg (care). 'Tinkering' handler blandt andet om bestræbelserne på at forbedre hverdagen gennem et sammensurium af handlinger, afprøvninger og måder at indrette sig på, som betyder, at patienterne har en særlig værdifuld viden om at løse og håndtere udfordringer i relation til sygdom og funktionsnedsættelser i hverdagen.

Jeanette Pols har været optaget af at undersøge, hvordan patienters viden kan forstås som en særlig form for 'praksisviden'. Hun har gennem flere kritiske studier peget på, at forskning i patienters egen viden om livet med sygdom og funktionsnedsættelser, er underrepræsenteret og ikke anset som værdifulde i forhold til den medicinske (Pols 2010, 2013, 2014). Også i det sundhedssociologiske felt, hvor der overvejende fokuseres på at skabe viden om funktionsnedsættelser som et socialt, kulturelt og politisk fænomen, etableres ikke et egentlig alternativ til den biomedicinske viden. Denne optagethed af kulturelle, sociale og politiske forhold, efterlader fortsat kroppen og patienternes konkrete håndtering af hverdagen, uudforsket (Pols 2010). Derfor argumenterer hun for, at man skal interessere sig for patienternes viden, som en form for 'praktisk viden', der kommer fra de oplevelser og erfaringer, patienter opnår gennem det at leve et hverdagsliv med sygdom eller funktionsnedsættelse. Viden, som er vigtig, på lige fod med den biomedicinske, fordi patientviden handler om omsættelse og praktisering af biomedicinske viden og konkrete problemstillinger med sygdom og funktionsnedsættelser, som skal håndteres i livet med sygdom (Pols 2010, 2013, 2014).

Jeg er som sådan ikke optaget af at videnskabeliggøre patienternes viden, sådan som Pols advokerer for, når hun undersøger, hvad viden kan blive til, hvis det produceres fra menneskers praksisser knyttet til funktionsnedsættelser, sygdom og møder med sundhedsprofessionelle. Men jeg finder alligevel hendes ambition om at tillægge patienters viden om hverdagslivet betydning på lige vilkår med andre vidensformer frugtbar i den forstand, at de samtaler, jeg har haft med patienter, giver indsigt i det daglige liv, hvor vanskeligheder skal håndteres, og hvor det, der foregår i den fysioterapeutiske praksis, skal ud og 'virke'. Som Pols skriver er 'praktisk viden' en pragmatisk vidensform, som produ-

ceres når patienter (og professionelle) nødvendigvis må oversætte biomedicinsk (evidensbaseret) viden med henblik på at gøre den tilgængelig og praktisk anvendelig i hverdagen for konkrete situationer og konkrete patienter (Pols 2010, 2014). I de analysekapitler, der følger dette, studerer jeg praksis nærmere for at blive klogere på patienternes møder med fysioterapien og i de analyser vil jeg blandt andet rette min opmærksomhed mod, hvordan og på hvilke måder de oplevelser og erfaringer, vi får adgang til nu, får betydning for praktiseringer af inddragelse.

I en dansk sammenhæng har flere forskere netop været optaget af, hvordan den viden patienter har med sygdom og hverdagen forhandles i mødet med sundhedsvæsenet (Jacobsen, Martin, and Baker 2015; Joensson et al. 2018; Jønsson et al. 2015; Ørtenblad 2020; Ørtenblad, Jønsson, and Meillier 2015). Jacobsen m.fl. viser, hvordan mennesker med kroniske sygdomme[26] ofte har opbygget stor viden ikke blot ift. at løse udfordringer i hverdagslivet, men også medicinsk viden. Af flere grunde kan det dog bidrage til konflikter i mødet med sundhedsprofessionelle, fordi inddragelse – og i det pågældende studie særligt modellen 'Shared Decision Making' – fungerer på en underliggende antagelse om, at patient og professionel bidrager med forskellige vidensformer; de professionelle med medicinsk viden, patienterne med personlig erfaring (Jacobsen et al. 2015). Konflikterne opstår blandt andet ved, at patienterne bevidst tilbageholder viden for ikke at udfordre de traditionelle indlejrede magtpositioner, eller at de modsat bruger medicinsk viden til at argumentere for valg af behandling (Jønsson et al. 2015). Når jeg nævner disse forskere og deres forskningsbidrag, er det fordi det rækker ind i nogle af de problematiseringer, jeg pegede på i kapitel 2, omkring viden og vidensformer som centrale opmærksomheder, der må rettes mod hele tænkningen om patientinddragelse. Det stiller nogle centrale spørgsmål til, hvordan ambitionerne om at inddrage nødvendigvis kalder på forhandlinger i de konkrete kliniske praksisser. Selve ambitionen om inddragelse udfordrer grundlæggende ideen om den professionelle (medicinske) videns hegemoniske magtposition og den sandhedshævdelse, der knyttes an til hele den medicinske evidenstænkning. Og netop det viser Jacobsen m.fl.'s undersøgelser tydeligt (Jacobsen et al. 2015). I denne kommende analyse er jeg ikke optaget af at afdække, hvad patienterne ved om deres sygdom, medicin eller behandling generelt. Jeg er optaget af at blive klogere på, hvordan deres hverdag tager sig ud nu til forskel fra tidligere, hvordan de har indrettet sig og hvad de oplever som problematisk i forhold til deres sygdom. Og især er jeg optaget af at bringe denne viden med videre i relation til analyserne af praksis, fordi min interesse

[26] Nu har jeg ikke specifikt fokus på patienter med kroniske sygdomme, men langt hovedparten af de patienter, jeg har mødt og som er typiske for de kontekster, jeg har undersøgt, lever med det, man ville karakterisere som kroniske sygdomme; eksempelvis artrose (slidgigt), osteoporose (knogleskørhed), diabetes, hjerte-/karsygdomme, inflammatoriske gigtsygdomme (leddegigt, bindevævssygdomme ol.), langvarige smertetilstande, Mb. Parkinson, Dissemineret Sklerose osv. Derfor finder jeg forskning i kroniske sygdomme og multisygdom relevant og inspirerende i forhold til det ærinde, jeg har med denne afhandling.

grundlæggende også hviler på at forstå, hvordan de forskellige vidensformer forhandles og får betydning, når jeg skal forsøge at beskrive, hvordan inddragelse foregår i fysioterapeutisk praksis.

Men nu videre til dette kapitels egentlige indhold, som kommer til at vise noget om, hvordan de patienter, jeg har mødt i praksis, håndterer hverdagen.

Hverdagen med træthed og udmattelse

Første nedslag i hverdagslivet kommer til at handle om træthed og udmattelse som symptomer, mange skal leve med og indrette sig efter. Vi vil kigge på, hvordan det kan udfolde sig, når livet stiller høje krav til deltagelsesniveau med venner, familie, studie- eller arbejdsliv og fritidsliv. Og hvordan det kan balanceres med kroppe, der gør ondt, og ikke opfører sig 'normalt' i en tilværelse hvor der stilles høje forventninger til, at man indskriver sig i en 'normaliseringsdiskurs' og som syg naturligt bestræber sig på at fortsætte livet som det var før. Men også hvordan det at håndtere træthed og udmattelse udfolder sig helt anderledes i et hverdagsliv, hvor tempo og indhold ikke i samme omfang er struktureret af ydre krav og forventninger, med andre ord, hvordan hverdagens 'tinkering' tager sig ud. Dette illustrerer, hvordan patienterne har opbygget en viden om, hvordan hverdagen kan indrettes med de forskellige hensyn, der må tages, når træthed og udmattelse fylder.

De, der er pensionerede eller har voksne børn, beretter om søvnproblemer og træthed, men pga. deres livsomstændigheder fylder det ikke så meget, for som Marlene siger*: "Nu skal jeg jo ikke op og på arbejde… hvis jeg skulle have været oppe på arbejde så var det jo straks værre"* (I17; 156). Mange konstaterer, at de indretter sig og finder løsningerne hen ad vejen. Jette er 72, og har post-polio syndrom[27], som har betydet at hun *"bliver træt i leddene, træt i leddene træt i kroppen, træt. [..] Jamen, jeg er blevet mere træt, ja. Så men altså hverdagen, det klarer jeg godt nok. Jeg går ikke og støvsuger hver dag"* (I17; 52, 135). Men ellers synes hun ikke, at sygdommen har ændret så meget på hendes liv, for som hun siger "*jeg klarer det, [..] ellers klarer jeg det fint nok, jeg går ikke så stærkt mere, jeg går anderledes og går ikke så stærkt mere.*" (I17; 73-75).

Anderledes forholder det sig for nogle af de yngre, studie- og erhvervsaktive deltagere, hvor udmattelse og træthed bliver til i hverdagslivet gennem et sammenvævet netværk af

[27] Post-polio syndrom: En tilstand, der rammer polio-overlevere mange år efter, de er kommet sig efter sygdommens debut. Ofte oplever polio-overlevere en langsom, fornyet svækkelse af muskler, der tidligere var ramt af virusinfektionen. De mest almindelige symptomer er langsom progredierende muskelsvaghed, udmattelse og langsom formindskelse af muskelmassen (egen oversættelse efter: (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2021)

bl.a. krav fra arbejdspladsen, socialforvaltningen, studieordningen, partneren, skoler, daginstitutioner, venner og egne forestillinger om, hvordan livet skal se ud på dette tidspunkt.

Sabine er 22 år gammel og fortæller om at rejse til Thailand for at arbejde som guide, for blot en uges tid senere at vende hjem med, hvad der senere skal vise sig at være en kronisk gigtsygdom, som fuldstændig forandrer hendes liv. Det er nu to år siden, Sabine har været igennem et længere udredningsforløb og skal i gang med det andet år af sit studie. Hendes liv er præget af mange smerter og træthed, ja faktisk udmattelse: "*Jeg er simpelthen så trøt. Den [sygdommen] fylder helt enormt meget. Jeg har simpelthen ikke energi eller overskud til meget andet end de der få ting, man skal have gjort i løbet af en uge. [..] .. det er rigtig svært at få en hverdag til at hænge sammen, når man bare har lyst til at sove. Og det er jo ikke en træthed man kan sove sig fra, så det hjælper ikke, at man sover længe en dag, eller noget andet [..]. Jeg føler nærmest ikke, at jeg har sovet, når jeg vågner op*" (I1; 57-73). Hun beskriver hverdagens træthed og udmattelse som tro følgesvende, og hvordan hun klarer sig igennem ved hjælp af sin families praktiske hjælp: "*Jamen, for eksempel, hvis jeg nu kommer hjem fra studiet klokken fire, så vil andre nok tænke; "Så skal jeg lige have læst lektier til i morgen", og der er jeg simpelthen nødt til at lægge mig på sofaen og se noget i fjernsynet. Og så når vi når til klokken lidt i seks, og det er ved at nærme sig aftensmadstid, så skal jeg virkelig tage mig sammen, for at rejse mig og gå ud og lave noget aftensmad. Og når jeg så har spist, så kommer opvasken ofte til at stå til dagen efter, for jeg har simpelthen ikke energi til mere. Så når jeg først kommer hjem, og jeg burde læse til dagen efter, så er der bare ikke mere at komme efter. Hvis jeg skal formå at lave mad til mig selv, så er det al rigeligt [..] Men min mor og min bedstemor er rigtig gode til at lave sådan nogle små frost-nogle, hvor der lige er lidt lasagne i eller to frikadeller, eller. Så dem kan jeg tage op på de dage, hvor jeg er virkelig træt*" (I1; 390-400). Sabine må altså give afkald på andre aktiviteter for at få den hvile, hun har behov for. Og er, som mange af de andre interviewdeltagere i samme situation, afhængig af familiens opbakning og ekstra hjælp for at kunne imødekomme hverdagens krav.

Mange af de problemstillinger, Sabine beskriver her, genfindes på tværs af materialet, men tegnes tydeligst hos de erhvervs- og studieaktive deltagere, som fx Søs og Camilla, der begge er i fyrrerne, har skolebørn og arbejdsliv og dermed et hverdagsliv, der leves i et sammensurium af mange forskellige liv – egne, børnenes, partneren og deres jobs, skoler, daginstitutioner, fritidsliv, ægteskab, bedsteforældre og meget andet. For begge er hverdagen præget af at være børnefamilie, hvor der både er jobs, forældre, partnere, og børn som forventer engagement og deltagelse i alskens aktiviteter og forpligtelser.

Søs er 43, har kæmpet med en lang række kropslige problemer de seneste år, hun er sygemeldt på 3. år, og er lige nu i et rehabiliteringsforløb pga. en diskusprolaps i lænden. I kommunen har hun en meget forstående sagsbehandler, som har forlænget den tilladte sygeperiode, men Søs tænker, at hun nok snart skal i ressourceforløb eller virksomhedspraktik, men "*lige nu kan jeg bare ikke se hvordan jeg skal strukture hverdagen med det*" (I2; 694-5). Hun har tre børn, og har blandt andet oplevet mange konflikter med sin datter på 9

år fordi "*det har bl.a. gjort rigtig ondt på hende at jeg ikke har kunne tumle, og at jeg hele tiden skal ind og hvile og falder i søvn og har ondt [..]*". Denne særlige form for træthed, spiller også en stor rolle i Camillas hverdag. Hun er 45, arbejder som folkeskolelærer og har en kronisk gigtsygdom. Hun fortæller; "*Det er træthed, det er jo udmattelse. Altså, jeg er ikke bare trøt, jeg er helt færdig*" (I3; 136), og familien forstår ikke helt, hvad der er på spil ift. det med trætheden. Fx når hendes ellers meget forstående mor, der er sygeplejerske, siger, at hun skal "*gå op og læg dig en halv time, så ordner jeg lige maden*", så tænker Camilla at "*det nytter ikke noget at lægge mig en halv time, altså, der er bare ikke mere i dag, jeg kan ikke mere*" (I3; 141-42). Camilla søger at håndtere trætheden ved at få hvilet sig, hvis det er nødvendigt. Og når familien skal ud eller deltage i sociale arrangementer, forbereder hun sig: "S*å vil jeg gerne vide, jamen, "Hvad skal vi?", og "Hvad er konceptet her?", ikke, altså. Hvad skal jeg forberede mig på, ikk'."Er det hjemme hos jer?", og "Hvor mange kommer?" [..] Man bliver på en eller anden måde, sådan, nogle gange lidt nervøs eller ængstelig over, hvad er det egentlig man skal, fordi man gerne vil, rent mentalt, forberede sig på, "Hvor mange mennesker kommer der?", og, altså, "Hvad er konceptet her?", ikke, så man kan vælge til eller fra."* (I3; 160-65)

Flere af de andre, men nu ældre deltagere, husker også årene med små børn, som ganske vanskelige, fordi træthed og udmattelse fyldte meget. Lea (62) som fik førtidspension for 7 år siden pga. sin sygdom mindes, at hun var helt færdig, når hun kom hjem fra arbejde "*jamen så var jeg færdig [..] så sov jeg, så sad jeg op i sofaen og sov, jeg behøves ikke engang at ligge, så faldt jeg i søvn og jeg har været rigtig god til også det der med og når jeg havde meget ondt og ku' sove*" (I18; 148-51). Også Lis, hvis arbejdsliv derfor har været fyldt med omskolinger, og nu er på førtidspension husker årene med små børn som svære. Hun fortæller om, hvordan trætheden satte en stopper for at kunne deltage i de aktiviteter, som børnene gik op i, "*altså jeg kunne ikke tage med ud og spille fodbold og altså det var hele tiden sådan noget med, jeg var enorm trøt og det tror jeg måske var det værste, jeg fattede bare ikke at jeg var så trøt hele tiden, jeg havde dyrket sport hele mit liv, og lige pludselig er jeg bare enorm trøt [..]*" (I19; 233-36).

I forhold til min videre undersøgelse af, hvordan inddragelse konstitueres i den fysioterapeutiske praksis, bidrager disse oplevelser med indblik i, hvordan patienterne i hverdagen skal bruge energi og ressourcer på at få den hvile, som er nødvendig i relation til deres kropslige symptomer. Det ser ud til at kræve en nyorientering af selvforholdet, hvormed jeg mener, at det er nødvendigt at subjektiveres gennem andre diskursive konstruktioner end de genkendelige. Det får også effekter i forhold til relationerne til andre i de nære omgivelser, især forældre, børn og ægtefæller. Det håndteres ved at drosle ned på hverdagens aktiviteter, forberede sig grundigt på dagens program eller afskrive deltagelse i ting, der ikke tidligere har været belastende. Denne nyorientering mener jeg, at væsentlig i relation til inddragelse, da sådanne forandringer får betydning for, hvordan patienter nødvendigvis må prioritere deres energi og ressourcer i hverdagen.

Balancering mellem ressourcer og krav

For interviewdeltagerne har det at leve med kropslige symptomer som smerter, træthed eller funktionsnedsættelser betydet, at de på nye måder skal balancere mellem kroppens krav og familiære eller jobmæssige pligter, forventninger, vaner, ønsker osv. Men de indretter sig, lægger vanerne om, beder om hjælp, holder op med at gøre ting de holder af eller bliver mindre sociale end de var tidligere, alt sammen det jeg forstår som værende en del af 'tinkering'-begrebet. De forsøger at balancere hverdagen ift. ressourcer hos sig selv, hos familien, økonomi, smerter, træthed og lukker ned for noget af det, som de tidligere har været glade for at lave. For deltagere som er i uddannelse eller på arbejdsmarkedet, ser det ud til, at de mange forventninger fra omgivelserne og de ting, man 'normalt' kan på dette tidspunkt i livet, kommer til at forstærke positionen som 'udenfor' eller forskellig fra andre.

For Sabine har det betydet, at hun må tage mange hensyn og hun er i konstant forhandling mellem deltagelse i forelæsninger, både det konkrete fremmøde, forberedelse og opmærksomhed under forelæsningen, men også træning, daglige øvelser, læsegruppe, hvile, familie, veninder, rengøring, madlavning osv. Sabine har skullet lægge sit liv meget om. Noget har været svært, medens andet er kommet lidt lettere til hende. Under alle omstændigheder, har hun måttet indrette sit liv anderledes end sine venner og medstuderende, hvilket har haft stor indflydelse på hendes sociale muligheder. Om det fortæller hun blandt andet, at "*Jeg var aldrig jordens største festabe før, men jeg gik til fester og sådan noget, men det har jeg ikke behov for at udsætte min krop for, tror jeg ikke. Og så tænker jeg, at det kræver for meget energi, i forhold til hvad jeg får ud af det.*" (I1; 84-6). Hun fortæller, hvordan hun indimellem bliver stædig og gennemfører aktiviteter, selvom hun må ligge ned i flere dage efter. Men hun <u>vil</u> bare; "*I dag skal jeg bare i Djurs Sommerland, og den [sygdommen] skal ikke vinde. [..] Der gik et par dage efter den tur, for jeg havde virkelig, virkelig ondt. Men lige i øjeblikket, så var det det værd, at man kæmpede sig igennem*" (I1; 151-60). Og hun tog også med på rusturen, selvom "*det var jo nærmest bare rent druk, og det var "nu sidder vi bare her på græsset i mange timer"… Det var bare megahårdt at være med til, for jeg var bare fuldstændig smadret, da der var gået halvdelen af dagen, altså, så [..] jeg tog hjem. Så var jeg med til noget af det og så, ja, der var ikke noget at komme efter, altså, jeg havde ikke mere at byde ind med.*" (I1; 346-48).

Camilla oplever også, hvordan livet skal håndteres anderledes end tidligere, fordi det er nødvendigt at balancere mellem kroppens og egne eller familiens ønsker. Hun må skuffe børnene, når hun ikke kan de samme ting, som hun plejede. Hun er ked af, når hun må sige nej til at lave aktiviteter, der kræver for meget af kroppen, fx når hendes søn foreslår, at de skal løbe en tur, og Camilla må sige "*jamen, jeg kan ikke løbe Alfred, men jeg vil gerne gå, så kan du løbe ved siden af. [..]. Altså, man skuffer jo, ikke? [..] eller, min datter har fundet et eller andet træningsprogram, om vi skal træne sammen, så siger jeg, "jamen, det er jo ikke sikkert, at jeg kan træne det samme som dig", altså, hun bliver enormt skuffet*" (I3; 198-206). Camilla forsøger at

imødekomme børnenes forventninger ved eksempelvis at tilbyde at gå ved siden af, men hvis hun siger ja til fysiske aktiviteter med børnene, må hun håndtere det ved at give afkald på noget andet, fordi *"hvis jeg gør det [cykler en tur], så kan jeg ikke mere den dag. Så hvis vi skal… Jeg kan ikke både cykle en tur med ham, tage ud og handle og tage ud og spis hos nogle venner om aftenen. Så bliver jeg nødt til at spare op, altså, sådan, hele tiden"* (I3; 183-86).
Men ikke blot skuffer Camilla sine børn, hun lever også sit liv med sygdom under nogle særlige omstændigheder, både i sit parforhold og på sit arbejde. Derhjemme vil Camillas mand helst ikke have, at hun taler om sin 'sygdom'. Hvis hun skal nævne noget om det, så kan hun tale om sin gigt; "*Ja, og min mand vil ikke have, at jeg siger "min sygdom". Jeg kan sige "på grund af min gigt", men han kan ikke så godt lide det der sygdomsord, det vil han ikke, sådan, have. [..] Jamen, han synes ikke, at jeg hele tiden skal sige sygdom foran børnene*". (I3; 210-13). I hjemmet er det overvejende Camilla, der tager sig af organisering af rengøring og madlavning. Hun fortæller om, hvordan hun lægger strategier for at løse nogle af de udfordringer hun har ift. sin mand og det at skulle passe på sine egne ressourcer: "*Jamen, jeg tror jo nok, at det er mig, der har klaret rigtig mange ting derhjemme, og det der med, at jeg hele tiden skal sidde og sige; "jamen, jeg kan ikke støvsuge, det skal du gøre", og jeg skal jo ikke komme og fortælle ham, hvad han skal jo. [..] det kan jeg jo mærke*" (I3; 227-33). Derfor har hun i stedet lavet en aftale med sin datter på 13, som gør rent mod betaling.

Men også i sit job som folkeskolelærer har Camilla sit at tumle med. Hendes udredningsforløb foregik oven i lærerkonflikten og den ny skolereform (Undervisningsministeriet 2014), og hun oplevede, at der ikke blev taget hensyn til hendes manglende ressourcer i den periode. Hun blev tværtimod kaldt til en tjenstlig samtale og fik en advarsel pga. samarbejdsproblemer og manglende tålmodighed fra hendes side. I dag er det fortsat Camillas egen opgave at afklare fordelingen af arbejdsopgaver med sine kolleger, ligesom hun også selv skal aftale med sit team, hvis hun ikke kan klare at have undervisning sidst på dagen. Camilla fortæller; "*Og jeg kan jo ikke gå tilbage til mit team og sige, "øh, hey, jeg skal ikke have timer i 6.-7. lektion". Fordi, det gider de jo heller ikke, der er jo ingen, der gider at have de timer, eleverne gider heller ikke at have de timer, så det er jo op ad bakke i forvejen [..]* (I3; 420-9). Camilla er fortsat på den samme arbejdsplads, selvom der er læremangel, fordi "*Jeg tror, jeg er bange for, om der er nogen, der vil ansætte mig, når jeg har en kronisk sygdom. Jeg skal oplyse det. Det vil kræve enormt meget energi at skifte arbejdsplads, få nye kolleger, for jeg har gode kolleger*" (I3; 431-33).
Camilla forklarer, at der er flere grunde til, at hun fx ikke har søgt om praktisk hjælp i hjemmet eller flexjob. Blandt andet er hun bekymret for familiens økonomi, som hun gør sig mange tanker om; "*Fordi, når jeg så har haft det rigtig skidt, så har jeg taget til lægen, og så har hun sagt; "du siger bare til, så sygemelder jeg dig". Hvor jeg tænker, jamen, hvad skal det løse? Så kan jeg måske blive sygemeldt i nogle uger, og så kan jeg komme tilbage. Og så kan jeg holde den kørende, indtil jeg knækker igen, eller hvad? Og når jeg taler med fagforeningen, så siger hun; "du må endelig ikke gå ned i tid, for så skal du selv betale. Kommunen skal jo kunne se, at du er syg, hvis du skal, senere hen, skal måske kunne få et flexjob". Altså, jeg er 45, men jeg kan ikke fortsætte på den her*

måde, til jeg skal på pension som 67-årig. [..] Men der er jo også noget, der hedder økonomi og, altså, jeg skal jo også se, hvor længe jeg kan holde den kørende, fordi, jeg kan jo ikke blive ved" (I3; 566-75).

Igennem fortællingen bliver det tydeligt, at Camilla oplever sig som meget alene med såvel sine bekymringer, som sine kropslige symptomer og alle de problemer, det afstedkommer i hendes hverdag. Hendes beretning er på mange måder et eksempel på, hvordan hverdagen er fuld af bekymringer om at få ressourcer og krav til at mødes. Camilla har oplevet det som så svært et sted at være, at "J*eg har jo siddet ude i vejkrydset, og set den lastbil der kom, og holdt stille og tænkt, nå, men, jeg kunne også bare slutte det nu; så der har jeg også været*" (I3; 459-460).

Når man står udenfor arbejdsmarkedet, ser det ud til, at man bedre kan indrette sin hverdag og samtidig med at tage hensyn til kroppens krav. Men også for de patienter, kan det have store omkostninger at skulle balancere krav og ressourcer, som blandt andet Bjarne fortæller om. Han er 49 og bor sammen med sin kæreste. Sygdomme har medført store forandringer i Bjarnes liv. Fra at have arbejdet i flere jobs ad gangen som fx kok, tjener, smed, dørmand blandt meget andet, er han netop blevet tilkendt førtidspension, går med rollator og kæmper med daglige smerter. Bjarne har tidligere levet et meget aktivt fritidsliv; "*Jeg har gået meget på jagt [..]. Og så var jeg ivrig fisker, jeg havde båd med motor og alting, bådplads, og garn, og ruser… Det har jeg solgt det hele, fordi det kan jeg simpelthen ikke magte at hoppe op og ned i en båd, eller trække garn op, eller sejle, eller…*" (I7; 181-7). Nu er Bjarnes dagligdag indrettet sådan, at han konstant skal passe på sin energi, men han har fundet sine egne måder at håndtere det på. Det kan tage ham næsten en halv dag at støvsuge den 68m² store lejlighed; "*Men jeg kan sagtens, sagtens og sagtens, jeg kan godt støvsuge. Det tager sin tid, ikk'. Det kan også være, at jeg kun støvsuger det halve, og så sætter jeg mig ned ved computeren eller telefonen, og kigger lidt på den, eller fjernsynet lidt, eller sætter mig ud på altanen og tager noget at drikke. Så støvsuger jeg måske lidt igen [..] Det er jeg nødt til. For jeg ved, at hvis jeg tager det hele i en etape og på en gang, så, resten af dagen og i morgen og i overmorgen, der ligger jeg, for der har jeg så mange smerter*" (I7; 438-41). Eller madlavningen, der tager det meste af eftermiddagen. Bjarne er udlært kok og går meget op i, at de får veltilberedt mad, så "*Men mange gange så starter jeg ved middagstid. Hvis jeg ved, hvad vi skal have om aftenen; det ved jeg som regel altid. Ja, det går jeg meget op i. Så gør jeg det klar, jeg kan gøre klar i løbet af dagen. [..] og så kan jeg holde nogle timers pause, og så kan jeg komme videre igen. Jeg kan ikke både skrælle kartofler og det hele, for så har jeg så ondt i mine hænder og tommelfingerled, så jeg simpelthen ikke kan være nogen steder*". (I7; 402-8).

Jette på 72 synes ikke, at en genopblussen af barndommens poliosygdom har ændret så meget på hendes liv, for som hun siger "*jeg klarer det*" (I17; 73-75). Og det gælder for mange af de ældre deltagere, der ikke er aktive på arbejdsmarkedet længere. De indretter hverdagslivet efter dagsformen. Mange siger som Jette, at de "klarer det'. Generelt lader Jette sig ikke mærke med de nye symptomer. Hun beder sin mand eller børn om hjælp, eller også holder hun simpelt hen op med at gøre det, hun plejede, som fx "*vi har jo trapper*

derhjemme, men heldigvis kun op til nogle værelser som vi ikke bruger og dem går jeg dårligt op af det må jeg nok sige altså. Men vi bruger dem ikke så det kan jo være lige meget. Vi bruger kun det nederste" (I17; 153-55). Jette tager det ikke så tungt, at hun ikke går så stærkt mere; "*Jeg tænker, at bliver det bare ved sådan her, så er det fint nok [..]. Det er fint nok jeg går ikke så stærkt, min mand siger at jeg går meget langsomt. [..], men det siger jeg, det må han finde sig i. 'Sådan er det bare' siger jeg så til ham*" (I17; 80-84) og "*børnebørnene, de syntes ikke at jeg går så stærkt, men så siger jeg det må I lære at leve med*" (I17; 385). Jette synes godt nok, at "*Jamen, jeg er blevet mere træt, ja. Så, men altså hverdagen, det klarer jeg godt nok. Jeg går ikke og støvsuger hverdag men, [..] Hverdagen den går fint nok*" (I17; 135-38). Og hverdagsopgaver tager Jette i det tempo, der passer sig; "*Jeg laver selv maden ja, altså nogle dage [..], og vi kan sagtens spise det samme to dage i træk, altså det kan vi sagtens*" (I17; 226-28).

Den måde at håndtere hverdagens krav og opgaver går igen i mange af deltagernes fortællinger, især de ældre. Erna har også en afslappet indstilling til det at klare problemerne i hverdagen. Som hun siger, så klarer hun alt selv, eller "*i det store hele, altså, jeg har lidt hjælp af, min svigersøn, til haven, ikke, og ellers, så må det gå, som det bedst kan.*" (I10; 329-30). Marlene, hvis mand blev syg, medens hun selv havde voldsomme smerter i hoften og ventede på en operation, fortæller, at "*Jeg måtte jo bare tage og gøre det jeg kunne. Altså værre er det jo ikke. Det var jo ikke sådan at jeg slet ikke kunne noget. Jeg kunne sagtens køre bil... [..] Nej, så købte jeg bare lidt mindre. Og jeg skulle heller ikke bruge så meget*" (I13; 277-81). Lea klarer det ved at opdele sine opgaver i mindre bidder, hvilket bedst lader sig gøre, når man har god tid. Hun er den i hjemmet der primært tager sig af rengøringen, "*jeg tager mange gange tingene i bidder, og så i stedet for at køre på, når der skal ordnes, det skal der nogle gange ikk', så tager jeg bare pauser ind i mellem ikk', sådan 20 minutter*" (I18; 122-24).

Samlet set giver alle disse patientoplevelser et billede af, hvordan hverdagen er fuld af forhandlinger mellem egne ressourcer og krav i form af forventninger den enkelte har til sig selv, eller som de oplever, at omgivelserne har. For flere er det forbundet med skyldfølelse overfor familien, når kropslige gener og symptomer sætter begrænsninger for de tidligere så vante aktiviteter. Netop skyldfølelse og forpligtelse er hvad det sidste tema handler om. Her er det dog i relation til at holde den fysiske krop i gang så godt som muligt.

Forpligtelser og ansvar for den fysiske sundhed

Dette sidste nedslag i patienternes fortællinger om hverdagslivet, handler om hvordan sygdom og sundhed på mange måder ser ud til at stille krav til den enkelte om at tage ansvar for sin fysiske sundhed. Det er noget, der rækker ind i de herskende sundhedsdiskurser, som jeg diskuterede i de indledende kapitler om blandt andet KRAM-kampagnes betydning for den individualiserende ansvarliggørelse. I forlængelse heraf etableres for

den enkelte en forpligtelse til ikke at lægge samfundsøkonomien unødig til last, blandt andet gennem efterfølgelse af myndighedernes sundhedsråd. Nogle af patienterne fortæller om det at holde sig fysisk aktiv som en generel forpligtelse om at vise samfundssind, men for andre handler det om, at sygdom indebærer et arbejde, man må tage på sig. Selvom jeg ikke spurgte særskilt ind til dette emne, blev det alligevel et gennemtrængende tema i de samtaler, jeg har haft med patienterne.

Mange af fortællingerne handler således om den enkeltes 'forpligtelse' til at holde sig selv i gang, og i god stand. Ikke blot som følge af sygdom eller funktionsnedsættelse, men som en samfundsmæssig fordring om at holde kroppen fysisk funktionsdygtig. Det ser ud til, at den fysiske sundhed er på dagsordenen i hverdagslivet på måder, der er med til etableringen af særlige vaner og rutiner, som skal sikre, at kroppen holdes i gang rent fysisk. Og at dette beskrives som en pligt, som skal overholdes gennem en form for disciplinering af sig selv. Edith på 80 forsøger at holde sig i gang ved at træne derhjemme; *"Ja, det gør jeg, laver et dagsprogram. Og er der så noget man ikke kan nå, jamen det bliver overført til næste dag. Sådan har jeg altid brugt... pisket mig selv"* (I6; 298). Så det er ikke noget, der bare komme af sig selv, eller fordi Edith har lyst. Hun har bare altid piske sig selv. Også Ditte er ikke i tvivl om, at det er den enkeltes eget ansvar at træne og holde sin krop i bedst mulig funktion. Hun føler en dyb forpligtelse til at 'holde sig i gang'. Det er et spørgsmål om samfundssind; *"så blev jeg enig med mig selv om at man har en pligt til at holde sig. Altså, man kan ikke bare skyde alt over på samfundet og så videre. Man skal gøre noget selv først."* (I15; 77-8). Derfor har Ditte fx indført en regel omkring sin morgenmad; "*Og det er bare sådan, at jeg kan ikke få morgenmad, hvis ikke jeg har lavet de øvelser [..] Jeg har en rutine med, at hvis ikke jeg laver de her øvelser, så får jeg ikke noget morgenmad"* (I15; 716-19). Også Lea lever efter devisen om at have pligt til at holde sig selv ved lige *"Jeg bliver nødt til at holde mig selv ved lige. Det kan ikke hjælpe noget at slække på det"* (I18; 489).

Liv er 59 år, hun har slidgigt, ryglidelse, angst, KOL[28], depressioner og beskriver et liv der har været præget af misbrug og vekslende tilknytning til arbejdsmarkedet. Hendes største glæde er hunden, som hun er bange for at miste, hvis hendes knæ bliver dårligere end det allerede er. Liv fortæller, at hun har brug for at deltage i organiserede træningssammenhænge, for at få skabt "*Okay, struktur. Altså jeg er rigtig dårlig til at komme i gang, fordi i grunden så kan det hele, undtagen hunden, det kan bare vente. [..] men altså sådan noget med og blive tvunget ud, det er godt for mig. [..] Så ved jeg ikke rigtig om jeg har fundet nogle her som jeg svinger med og kan piske til noget selvtræning"* for, som hun siger *"jeg kender alle spørgsmålene og kender alle svarene jeg gør bare ikke noget ved det. [..] Jeg kan altid finde en undskyldning for ikke og gøre noget"* (I9; fs.[29]).

[28] KOL står for kronisk obstruktiv lungelidelse og er en kronisk sygdom i lungerne, hvor luftvejene bliver forsnævret, og lungevævet bliver ødelagt (Sundhed.dk 2020)
[29] Fs: Flere steder

Liv fremstiller her sig selv som et menneske, der mangler selvdisciplin og har behov for at blive pisket til at træne. Hun har allerede, ligesom Edith og Ditte, indskrevet sig i diskursen om, at sundheden er hendes eget ansvar og hænger nøje sammen med træning, men også at hun ikke kan leve op til det ansvar. Det bliver ikke et spørgsmål om sammenhæng mellem krav og ressourcer i Livs liv, hvor sygdommene står i kø og på flere måder spænder ben for, at hun kan gøre de 'rigtige ting' for sig selv. Det bliver et spørgsmål om at disciplinere sig selv til at handle sundhedsmæssigt korrekt. Og det hænger sammen med fysisk træning. I Livs fortælling sker der det, som også ses i mange af de andre patientfortællinger, nemlig en forskydning af, hvad det vil sige at tage ansvaret for sundheden på sig, for her er der primært tale om at tage ansvaret for sygdommen på sig. Livs historie bliver på den måde eksemplarisk for, hvordan en stærkt hegemonisk sundhedsdiskurs om fysisk aktivitet konstituerer en tilsvarende diskurs om, at manglende efterlevelse vil medføre selvforskyldt sygdom.

Også Preben positionerer sig indenfor en overordnet samfundsmæssig diskurs om at være forpligtet til at være fysisk aktiv og deltage i træning, men "*lige nu springer jeg vel nok over hvor gærdet er lavest*" (I16; 570-1). Vi har en meget lang snak om, hvordan Preben synes det er helt umuligt at skulle lave øvelser derhjemme. Det bliver bare ikke til noget. Han vil gerne komme på klinikken og blive 'pisket' til det, og siger, at *"Man vil jo gerne gøre det man bliver bedt om. […] Det er ikke altid man kommer ind og siger "ved du hvad, jeg får altså bare simpelthen ikke lavet det der"* (I16; 692-3). Prebens formuleringer om sin manglende hjemmetræning skriver sig ind i en diskurs om dårlig samvittighed, og om skyld og skam, som jeg også ser som sammenhængende med ansvarsdiskursen, som man kan subjektiveres gennem, hvis man ikke efterlever de pålagte træningsregimer. Preben stiller ikke selv spørgsmålstegn ved sin forpligtelse til at gøre, hvad der bliver bedt om og han omtaler det selv som den 'lette' løsning (at springe over hvor gærdet er lavest), og anser tilsyneladende ikke fysioterapeuten for at være en person, der kunne hjælpe ham med at løse problemet med at få gang i hjemmetræningen. Tværtimod vil han helst ikke involvere fysioterapeuten, hvilket jeg tolker som et udtryk for dårlig samvittighed, men som jeg også forstår som væsentligt, når vi taler om inddragelse. Netop vanskeligheder med at få træning til at fungere derhjemme, er noget megen fysioterapeutisk praksis (og forskning) har udfordringer med, men hvis patienterne i udgangspunktet ikke ønsker at inddrage fysioterapeuten i de udfordringer, bliver det vanskeligt at finde løsninger på, hvordan det kunne adresseres.

Dårlig samvittighed er noget, andre patienter på lignende vis konstituerer som væsentlig i relation til at tage ansvar for at håndtere sin sygdom og sundhed, og som jeg vil folde nærmere ud i det følgende.

Dårlig samvittighed som en del af hverdagen

Bjarne har dårlig samvittighed, ikke eksplicit i relation til forpligtelsen om at holde kroppen i gang, men i forhold til sin kæreste, som *"laver meget. Hun knokler. Når vi virkelig er ude og handle, du skulle se nogle gange, hvordan hun slæber; det har jeg det meget dårligt med. Jeg har virkelig også, altså, når vi har spist aftensmad og sådan, jeg burde også gøre rent, men hun kommer hen og tørrer borde, for jeg kan ikke vride en karklud og sådan noget, ikke? Altså, jeg vil jo gerne kunne gøre noget mere, være med til at vaske tøj, vi har vask i kælderen, og hun går op og ned med vasketøj, op og ned, op og ned; jeg føler, hun laver mere end jeg gør [..]"* (I7; 829-34). Og Bjarne er også meget optaget af, hvad andre tænker, *"For du kan ikke se på manden: "han er syg". Det er det, der irriterer mig nogle gange. Folk kan ikke forstå, at jeg går med en rollator, for eksempel. Det kan du ikke se. De tænker; "Hvorfor går du ikke bare?", "Hvorfor går konen med to bæreposer, han går kun med en liter mælk", ikke? "Er han mandschauvinist?"* (I7; 317-23). Så til trods for at Bjarne, som vi hørte tidligere, tager en stor del af de huslige forpligtelser på sig, er det ikke godt nok. Han går med rollator og med den markeret som udenfor. Men ikke tilstrækkelig markeret, for man kan ikke se, hvad han fejler, og Bjarne mener, at andre har mange tanker om det. Bjarnes fortælling understreger, hvilke konkrete afledte effekter den individualiserende ansvarliggørelse for sundhed (og sygdom) har for mennesker, der skal leve livet med sygdom og funktionsnedsættelser. Som hos Preben bliver Bjarnes vanskeligheder med at være fysisk aktiv på et passende niveau medskabende for en subjektivering gennem diskurser om pligt, skyld og skam. I Bjarnes eksempel kommer disse diskurser til at intersekte med normer omkring køn og ligestilling. Bjarnes fortælling om at være syg og gå med rollator handler også om ikke at kunne praktisere maskulinitet på genkendelige måder. Noget, som bekymrer ham, og som han fortæller om ved at objektivere andre som 'folk der ikke kan forstå' eller som nogle, der tænker om ham på som mandschauvinist'.

Bjarnes sygdomsforløb har været meget langt og præget af gentagne tarmoperationer, møder med læger, beslutninger om hvilke operationer der ville være bedst og ikke mindst lange forløb med social- og jobforvaltninger. Bjarnes sygdomsperiode med de gentagne operationer, sygedagpenge og kontanthjælp har varet i mere end 9 år, som blandt andet har været præget af diverse arbejdsprøvninger, noget som ser ud til at forstærke Bjarnes dårlige samvittighed: "*Og det havde jeg det ikke godt med. Det må jeg indrømme. Og det er også psykisk. Og fordi jeg siger psykisk, så er det fordi, at kommunen [fysioterapeuten i jobcentret] bliver bare ved med at "Ja, men du kan jo godt noget. Du kan jo gå med din hund, ikke?", "Jo, så godt som", "Du kan også godt handle, ikke?", "Jo, det kan jeg da godt, men det er jo ikke det rigtige, fordi det gør jo ondt at være ude og handle, og mange gange, så kommer jeg ikke over og handle. Jeg har 800 meter til Netto, og jeg har min rollator, og mange gange, så når jeg kun halvvejs, så når jeg ikke længere, så kan jeg lige så godt vende hjemad igen, så kan jeg ikke holde det ud mere*" (I7; 327-32).

Sabine har tilsvarende dårlig samvittighed over mange ting. Hun vender flere gange i interviewet tilbage til temaet, og taler om hvordan fremtiden efter genoptræningsforløbet vil indebære en endog endnu stærkere disciplinering af sig selv end hun er vant til. Sabine

stiller ikke spørgsmålstegn ved forpligtelsen til at opretholde det liv, hun plejede at leve, inden hun blev syg. Hun håndterer livet med sygdom gennem en selv-ansvarliggørelse og har taget opfordringen om 'at styre sig selv' på særlige sunde og fysisk aktive måder til sig. Hun siger, at "*Jeg skal virkelig tage mig sammen. Men jeg håber også virkelig, at det kan lykkes [..] Jeg skal også huske at holde mig selv i gang"* (I1; 451-52). Hun har i sit foreløbige sygdomsforløb gjort sig mange overvejelser om, hvorvidt hendes egen indsats var nok: *"For jeg har hele tiden tænkt, at det var jo ikke tilstrækkeligt, alt det. [..] For jeg fik jo ikke gjort, det jeg plejede, og jeg fik ikke gjort, det jeg skulle…"* (I1; 338-40). Det samme gør sig gældende for Camilla. I forbindelse med sit rehabiliteringsforløb har hun fået målt sit BMI og sin kropsalder, og det viser sig, at *"Mit BMI er jo alt for højt, og jeg var jo 60 år. Min kropsalder var 60 år. [..] Jeg har ikke fået pulsen op, som jeg burde. Så jeg… Så der var også plads til forbedring i mit kondital. Jeg var helt nede i det røde felt. Ja, så det var jo noget møg"* (I3; 661 og 681-82). Camilla har, som vi hørte om tidligere, en kronisk gigtsygdom og lever med smerter og udtalt træthed. Det til trods, indskriver hun sig i diskursen om at være forpligtet til at arbejde fysisk på sin krop for at leve op til de opsatte normer for BMI og kondital.

Skyld og skam

I kølvandet på forpligtelsen til at holde kroppen i gang, den medfølgende dårlige samvittighed over, at det ind i mellem ikke lykkes i tilstrækkeligt omfang, fortæller flere patienter om ledsagende oplevelser af skyld og skam. De taler grimt om sig selv, og er flove eller skammer sig over, at de ikke kan det, de plejer, eller at de ikke kan hjælpe i hjemmet sådan som man kan forvente, at de skal kunne. Noget jeg forstår som værende produceret via mere gennemtrængende diskurser om, hvad det vil sige at være en 'normal og passende borger' i vores verden.

Sabine fortæller, at hun ikke er god nok til at få set sine veninder; "*Jeg har bare ikke været god nok til at se dem, fordi jeg fokuseret for meget på mig selv, så det har vi også snakket om.*" (I 1; 360-61). Det er noget, Sabine sammen med en sygeplejerske er ved at finde ud af, om hun kan ændre. "*Det har vi også snakket om her, det der med, at nu skal jeg til at få åbnet lidt op, og få set de venner man har forsømt lidt, fordi det har handlet meget om sig selv.*" (I 1; 364-69). Søs fortæller om sig selv, at hun "*har været rigtig god til at trøstespise og jeg har været rigtig god til at være rigtig dårlig ved mig selv"*. Hun synes, at hun *"svigter hver gang, jeg har rygrad som en regnorm, jeg har ingen tillid til mig selv"*. Søs oplever ikke at kunne leve op til det, hun gerne ville. Den lange sygeperiode har sat sine spor hos Søs, som har mange triste tanker om sig selv og sin rolle i familien og i sit liv: "*i mine tanker har jeg også hele tiden tænkt, men jeg duer ikke til noget, mit selvværd er røget længere ned end gulvbrædderne og på et tidspunkt tænkte jeg også at det kan være lige meget hvis Morten ikke gider mig mere, altså min mand, så må han jo bare gå ud og finde en anden og nå ud i den der tanke at jeg er ikke er god nok og jeg dur ikke som hustru, jeg dur ikke som mor, jeg dur ikke på arbejdsmarked, jeg dur ikke, altså i det hele taget*" (I2; 205-9)

Søs' og Sabines fortællinger vidner om nogle af de mange afledte effekter, den individualiserende sundhedsdiskurs får for det levede liv med sygdom, smerter og funktionsnedsættelser. Sabine taler om at være rigtig dårlig til at se sine venner, og Søs tager skylden på sig for, at tingene kører af sporet derhjemme, og skylden for at hendes mand måske finder hende trættende. Så til trods for, at kropslige symptomer vanskeliggør hverdagslivets aktiviteter, er begge indskrevet i en forståelse af, at de selv skal gøre noget andet (og meget mere), fordi de ikke har været gode nok til at kompensere for deres kropslige udfordringer.

Opsamling

I dette kapitels analyser viser jeg, at patienterne, ikke overraskende, håndterer livet med sygdom på forskellige måder. Alligevel er der nogle overordnede temaer som går igen, og som handler om træthed, smerter og udmattelse, om at balancere mellem krav og ressourcer og om forpligtelser og ansvar for den fysiske sundhed.
Træthed og oplevelsen af manglende fysiske ressourcer får forandrende betydning for hverdagen, hvor det kan være nødvendigt at hvile flere gange om dagen, og hvor man ikke længere kan deltage i de samme aktiviteter. For nogle patienter har det givet helt nye udfordringer fx i forhold til familien og måder man bliver nødt til at indrette det fælles liv på. De kropslige udfordringer indebærer også forandrede subjektiveringsmuligheder, som adskiller sig fra det velkendte repertoire; hvor man eksempelvis tidligere har været den ansvarlige for husholdningen eller været meget social, nu må være den, der skal bede om hjælp eller forberede sig grundigt på, hvad de sociale arrangementer indebærer.
At skulle balancere mellem krav og ressourcer indebærer konstante forhandlinger mellem de ressourcer – kropslige eller mentale – man har til rådighed og så de krav eller forventninger, der kan opleves fra omgivelserne. Patienterne fortæller om ikke at kunne honorere de oplevede krav, hvilket kan være med til at installere en skyldfølelse overfor familien eller arbejdspladsen. Patienter udenfor arbejdsmarkedet ser ud til nemmere at kunne indrette sig og få hverdagen til at fungere, men det kræver stadig planlægning og opmærksomhed.

Afslutningsvist peger jeg i analyserne på, at patienterne føler sig forpligtet og ansvarlig overfor deres fysiske sundhed. Noget jeg forstår som en effekt af de samfundsmæssige sundhedsdiskurser, som også får betydning for oplevelserne af sygdom og funktionsnedsættelse. At sygdom så at sige indebærer et arbejde på den fysiske krop, som man er forpligtet til at tage på sig. Denne selv-ansvarliggørelsesdiskurs får ganske konkrete effekter på, hvordan nogle patienter ikke mener, at de lever tilstrækkeligt op til forpligtelserne og dermed oplever en stærk skyldfølelse.

I forhold til mit ærinde om at undersøge inddragelse, bidrager analyserne i dette kapitel med vigtig viden om, hvordan patienterne håndterer og lever livet med sygdom, samt hvordan det ind imellem kan være overordentlig vanskeligt at orientere sig i.

Kapitel 10
Inddragelse som 'ordne-logik'

I dette kapitel går jeg nu tættere på praksis og møderne mellem fysioterapeuter og patienter for at vise, hvordan inddragelse bliver til gennem forskellige måder at 'ordne' hverdagen og livet med sygdom. Her undersøger jeg især samtaler om symptomer og funktionsnedsættelse, som blandt andet handler om at sætte mål, strukturere hverdagen samt lægge planer for både behandlingen og for fremtiden. Gennem analyserne vil jeg vise, hvordan inddragelse bliver til som en del af den fysioterapeutiske praksis, hvor forskellige værktøjer, der skal tilrettelægge og 'ordne' ønsker og håb for behandlingsforløbet, målsætninger og hverdagens udfordringer, tages i anvendelse.

Jeg stiller i denne analyse således spørgsmål til, hvordan særlige samtale- og struktureringsteknologier kan ses som praktisering af inddragelse? Hvilke effekter får sådanne teknologier i relation hertil? Og hvordan er de med til at forme de inddragelsespraktiseringer på særlige måder?

Jeg indleder kapitlet med en kort introduktion til, hvordan jeg har ladet mig informere af andre forskere i relation til at undersøge det at ordne og strukturere livet med sygdom. Derefter viser jeg hvordan inddragelse kommer til syne i den fysioterapeutiske praksis gennem værktøjer, der skal ordne patienternes forventning og håb til behandlingsforløbet, eller ordne håndteringen af hverdagen med smerter og slutteligt, hvordan inddragelse også praktiseres gennem ordning af fremtiden i relation til en hverdag med sygdom, smerter og funktionsnedsættelser.

At ordne livet med sygdom – teoretisk inspiration

Gennem arbejdet med at undersøge patientinddragelse i det fysioterapeutiske forskningslandskab blev det klart, at forskellige typer af teknologier fik stor opmærksomhed (Hansen et al. 2021). Denne erkendelse bragte jeg med ind i analyseprocessen af det empiriske materiale, hvor teknologier optrådte hele tiden, dog på en række forskellige måder. Det drejer sig om både måleteknologier, som jeg i denne afhandling behandler som redskaber til at måle kropslige funktioner med, men også forskellige typer af kommunikationsteknologier, som bliver anvendt i forbindelse med det første møde, og igen andre typer af teknologier, en art monitoreringsredskaber, som kan anvendes af patienterne i hverdagen eksempelvis for at balancere ressourcer, holde øje med træningsindsats, søvn o.l. Dette kapitel handler især om de to sidstnævnte.

I vores undersøgelse af litteraturen på området fandt vi en række studier, som peger på, at inddragelse enten kan opnås gennem særlige kommunikationsværktøjer eller hvor det at sætte behandlingsmål i sig selv er patientinddragende og noget, der kan opnås ved brug af en række standardiserede værktøjer (fx Goal Attainment Scale, Option Grid™ decision aids eller Shared Decision Making, PROM) (ibid). Denne interesse for brugen af standardiserede og procedureorienterede tilgange i relation til patientinddragelse, har gjort mig nysgerrig på, hvad der egentlig praktiseres gennem disse teknologier.

Når jeg i dette kapitel undersøger brugen af eksempelvis samtale- og målsætningsteknologier, er jeg blandt andet inspireret af Mol's undersøgelse af 'logics of care', og her især hendes fokus på 'managing versus doctoring' (Mol 2008). Ligesom Mol er jeg også optaget af, hvad der sker i spændet mellem en rationel, lineær medicinsk tænkning; det hun kalder 'logic of choice', og så patientens komplekse liv, hvor sygdom ikke først starter, når alle facts er indsamlet, det Mol kalder 'logic of care' (Mol 2008:53). I den rationelle og lineære tænkning er indbygget en forestilling om, at viden – både medicinsk og patientens – akkumuleres, fixeres og danner grundlag for patientens oplyste valg om, hvad der skal opnås med behandlingen. Det bliver så den sundhedsprofessionelles opgave at finde vejen til at nå patientens mål. Mol illustrerer denne indlejrede linearitet via følgende sekvens: neutrale fakta → valg → behandlingsplan (ibid., p. 62). Denne tænkning abonnerer på en essentialistisk ontologisk forestilling om, at når noget, eksempelvis smerter, træder frem på en særlig måde netop nu, så vil det kunne reproduceres og sammenlignes igen og igen. Og dermed gøres til genstand for vurdering og effektmåling.

Mol's sondring mellem den rationelle (choice) og den kompleksitetsinkluderende (care) tænkning har været særlig hjælpsom for mig, fordi den åbner for en mere nuanceret forståelse af det empiriske materiale i forhold til den fysioterapeutiske praksis generelt, men også i forhold til, hvordan inddragelse produceres. Noget, der især har inspireret mig, er Mol's pointe om, at der i den rationelle tænkning er indbygget en forståelse af, at det er en særlig viden og nogle særlige teknologier, der skal bringes i anvendelse. Og at disse er givet på forhånd. Relevansen står ikke til diskussion, og udvælgelsen af *hvilken* viden og *hvilke* teknologier foregår ofte ikke i det konkrete møde, men er noget, der er besluttet på forhånd et helt andet sted og på et andet tidspunkt. Netop fordi jeg er optaget af kontekstualiseringer og organisatoriske rammesætningers betydning for det professionelle arbejde, og hvordan det virker ind i praktisering af patientinddragelse, er denne pointe vigtig. Jeg er således ikke gået direkte efter at undersøge, hvordan Mol's logikker produceres i praksis, men er optaget af, hvordan udvalgte teknologier bliver medproducerende for det, der foregår også i relation til inddragelse.

Træningsdagbøger som empowerment

I reviewet har vi, som nævnt, peget på, hvordan inddragelse kobles til en række teknologier fx 'målsætnings-' eller 'kommunikationsteknologier'. Denne kobling er også noget, jeg genfinder i praksis, hvor det at hjælpe patienterne til at sætte mål for behandlingen og monitorere træningsindsatsen ekspliciteres ret klart. For at illustrere, hvordan sådanne forståelser omsættes i det konkrete arbejde, vælger jeg derfor at indlede kapitlets analyser med et empirisk bidrag fra én af de afholdte fokusgruppediskussioner. I en refleksionsøvelse er fysioterapeuterne blevet bedt om at notere, hvad de forstår ved patientinddragelse, hvorefter de anonymiserede udsagn tages op til fælles drøftelser. Dette er et direkte citat fra et af notaterne, som efterfølgende drøftes i gruppen

> Patientinddragelse er inddragelse af patient i målsætninger samt hvilket træningsforløb[30], der vil passe for at opnå målene. Patientinddragelse fører hen til empowerment. Det at tage ansvar for sit eget forløb. Patientinddragelse kan være en træningsdagbog for at få patienten til selv at følge med i udviklingen. Patienten skal inddrages fra startsamtale i forløbet samt til slutsamtalen i mål, træning og herunder især fastholdelse for kronisk syge (FG)[31]

> [Fra den efterfølgende drøftelse i gruppen]: Altså vi har forskellige redskaber til at gå ind og arbejde med patienterne, som vi måske skal være bevidste om. Ift. hvilken grad har vi patientinddragelse, hvis ikke de bare gør det [træner] af sig selv. [..]. [Om dagbøger] De skriver hvor langt de har cyklet eller hvor langt de har løbet, hvis det er konditionen, de vil ha' fokus på. Følger selv deres egen udvikling. Jeg prøver at lægge det rigtig meget over til dem, og især til mine hjemmepatienter for at logge dem i: "hvornår får du trænet"? Og så for at altså 'Skriv ned hvad har du så gjort'. Fordi ellers får jeg sådan en vag udmelding af 'Jeg har trænet siden sidst'. Og det kan være med til at altså, det er der, hvor jeg synes, at ordet empowerment, det der med at de selv ligesom ta'r ansvar og følge deres egen træning. Fordi, det er de skal når jeg er færdig med dem. (FG)[3])

Her kobles patientinddragelse tæt sammen med empowerment, som kan opnås ved at inddrage patienterne. Det bliver dog ikke helt klart, hvordan eller om fysioterapeuten forstår de to ting som værende forskellige fra hinanden, men under alle omstændigheder handler inddragelse om patientens deltagelse i at sætte mål og fastsætte træningsforløbet, underforstået at finde ud af hvilket af de standardiserede pakkeforløb der passer til den enkelte patient. I tråd med, hvad vi fandt i gennemgangen af litteraturen, kommer inddragelse af patienter til at handle om at sætte mål for forløbet gennem brug af diverse teknologier, hvor eksemplet her er en træningsdagbog. Patienten skal altså monitorere, notere og holde styr på, hvad og hvor meget der trænes (og dermed underforstået kontrollere deres sygdom, funktionsnedsættelse eller smerter). Denne stadfæstelse af indsatsen forventes ifølge fysioterapeuten at føre til ansvarliggørelse og læring af, hvad der kræves i tiden efter, altså når fysioterapeuten er 'færdig' med dem (hvad vi i artiklen kalder

[30] Refererer til specifikke standardisererede pakkeforløb.
[31] Lettere redigeret af anonymiseringshensyn

kausalitetslogik). Her ser jeg nogle af de pointer, vi også fik øje på i forskningen, foldet ud i praksis, hvor patientinddragelse skal føre til empowerment, som fører til ansvarliggørelse og efterlevelse af de træningsindsatser, der sættes i værk. Altså en form for adherence-tænkning, hvilket kan synes paradoksalt set i lyset af empowermentbegrebets oprindelige ambition om frisættelse og styrkelse af den enkeltes (og fællesskabets) handlekraft (Andersen 2012). Patientinddragelse bliver altså i sig selv en form for teknologi, som skal føre til bedre behandlingseffekt, efterlevelse og ansvarliggørelse.

Jeg læser en helt tydelig ambition om at inddrage patienterne, og at det blandt andet indebærer at styrke patientens evne til fx at få trænet hjemme i tilstrækkeligt omfang. Tænkningen abonnerer på en form for kausalitetsforståelse, hvor der er en direkte sammenhæng mellem monitorering (facts om hvor meget eller hvor lidt man får trænet) og at få det ført ud i livet (at blive 'empoweret' og tage ansvar). Dermed ligger, i brugen af sådanne værktøjer som her dagbogen, et implicit løfte om, at det styrker mulighederne for at håndtere livet med sygdom eller funktionsnedsættelse. Det er en pointe, som jeg vender tilbage til og som jeg runder dette kapitel af med. I relation til dette empiriske eksempel ser jeg det som en del af det, jeg vil kalde en 'ordne-logik', hvor hverdagen skal struktureres og ordnes i forhold til kropslige symptomer og de fysioterapeutiske krav til træningsindsatser. Noget som forventes at hjælpe patienterne til at få 'styr på' hverdagen og håndtere sygdom og smerter. Denne 'ordning' og strukturering af hverdagen, mener jeg adskiller sig fra, hvordan patienterne selv fortæller om at håndtere livet med sygdom. Her er der fra dag til dag forskel på de ressourcer, der kan mobiliseres, eksempelvis som Sabine (P) fortalte: "*det er rigtig svært at få en hverdag til at hænge sammen, når man bare har lyst til at sove*" (O1; 69).

Ordningen af hverdagen gennem brug af en træningsdagbog, ser altså ud til at producere inddragelse på nogle særlige måder. Disse inddragelsespraktiseringer vil jeg udforske yderligere i de næste analyser. Her går jeg går tættere på de konkrete møder mellem sundhedsprofessionelle og patienter og dermed også på de konkrete praktiseringer, der foregår gennem brug af forskellige teknologier, der skal 'ordne' og strukturere hverdagens udfordringer.

At ordne hverdagen

At inddragelse bliver til gennem en særlig form for ordne-logik ses udfoldet i denne situation fra praksis, hvor det her gælder selve indretningen af hverdagen i livet med sygdom, smerter og nedsat funktion. Vi er med i et 'særligt tilbud', som fysioterapeuten kalder det, da hun skal fortælle mig om det. Det er sat i verden for patienter på rygholdet. En udvalgt

skare af patienter bliver tilbudt at deltage i en halv times snak om handlinger og handleplaner én gang om ugen, inden den egentlige rygtræning går i gang. Hver uge mødes de og sætter ord på de handlinger, de vil arbejde på i den kommende uge;

> ”Pia (F) fortæller om sin plan, som går ud på ikke at spise brød mere end 3 dage på en uge. Heidi (F) påpeger, at det ikke er en handleplan, fordi det er en ikke-handling” (O10; 100-102).

Men allerførst går snakken om, hvordan sidste uge gik:

> ”Hun [fysioterapeuten] spørger lidt til Henrik. Hvordan det går. Han fortæller, at han har været i sommerhus og har ikke lavet den træning, han troede. Ungerne var afleveret, så de kunne gå en tur. ”Det foretrak jeg frem for at hellere...”. [..] ”Jeg har ikke trænet 5 dage ud af 7, som jeg skrev på min handleplan”, siger Henrik. ”Hvordan har du det med det?”, spørger Heidi”. [..] ”Havde det nogen effekt for jer at lave den plan?”, spørger én af fysioterapeuterne. Henrik siger, ”Hvis jeg skal være helt ærlig, så glemte jeg den i samme sekund, jeg gik ud ad døren”. Morgan siger også, at han ikke har tænkt så meget på den”. (O10; 39-60)

Fysioterapeuterne taler om, at det er en god idé at skrive den ned, så bliver det ligesom en aftale, man har lavet med sig selv. Men de skal videre i dagens program, og

> ”Nu er det så planen at lave en ny”, annoncerer Heidi. [..]. Morgan spørger højt ”Hvorfor skal vi lave en ny plan? Er det fordi den anden ikke var realistisk?”. [Jeg får gennem hans mimik og gestik indtryk af, at han er usikker på om han ikke har gjort det godt nok første gang]. ”Nej det er fordi den skal revideres over korte tidsrum i starten. Måske har du flyttet dig i den uge” siger Heidi, som de næste 5-10 min. hjælper Morgan med at udfylde planen. De snakker frem og tilbage om den. ”Jeg kan se, at du har skrevet ’respektere smertegrænsen’, men det er svært at forstå som en handling”. ”Hvad vil du gøre, hvis du får for ondt? Hvilken handling vil du gøre? Vil du ligge ned? Eller vil du bevæge dig? Eller gå en tur?”. ”Måske kan du skrive ’gå eller ligge, hvis smerterne bliver værre’?”. Morgan spørger flere gange; ”Skal jeg så skrive …..”. ”Er det realistisk?”, vil Heidi vide. Pia siger, ”Kan du godt gå midt i det hele, hvis du står og er ved at lægge unger i seng og du får ondt?”, ”Ja”, siger Morgan, ”Så spørger du så bare din kone om hun vil overtage?”, siger Pia. ”Det er vigtigt at du er meget konkret. Det skal være mere konkret”.
>
> De joker lidt med, at man kan få mere ondt lige omkring madning og puttetid.
>
> Heidi spørger: ”Hvor lang tid skal du gå eller ligge. Det er for at være sikker på, at det er konkret nok. Hvor lang tid. Er det 5 min., en halv time, en hel time?”. ”Det kommer an på hvor ondt det gør. Nogle gange 5 min. Nogle gange længere. Det hjælper bedst at ligge ned”.
>
> Fysioterapeuterne taler om, at det er vigtigt at det ikke er et mål, men en handling. Man skal også angive, hvor sikker man er på en skala fra 0-10 ift. at få planen gennemført.
>
> Heidi siger til Morgan ”Du tror ikke meget på det?” Der har været flere snakke i gang på én gang og jeg har hørt at de har snakket meget om Morgans kone. Han siger bl.a.: ”Hun forstår ikke. Hun bliver sur. Hun vil have mig til at gøre det selvom jeg siger jeg har ondt”.

> ”Det er vigtigt at udfylde to’eren”, siger Heidi. Og Morgan skal også angive et tal om hvor sikker han er. ”Fem” siger han. ”Fifty-fifty”, ”jeg har mange diskussioner med min kone”. ”Du skal have den snakket igennem med din kone. Så ved du også bedre, om det er realistisk”, siger Heidi. Morgan forstår det ikke. [..] Så skal alle gennemgå deres handleplan. Henrik starter. ”jeg regner med at være tilbage på job igen. Og så skal jeg have barsel med den lille”. [..] ”Men jeg tror måske, jeg vil bruge Morgans strategi”, siger han og smiler. ”Jeg tror på 80% ud af hundrede. Jeg har skrevet 8 for, hvor sikker jeg er på, at det bliver gennemført”. (O10; 63-99)

Her ser vi mange forskellige ting i spil; magt, modmagt og pastoral magtudøvelse, fx når Henrik (P) skal svare Heidi (F) på, hvordan han har det med ikke at have overholdt handleplanen, altså en form for ansvarliggørelsesteknologi, som hænger sammen med det jeg senere skal vise om motivationslogikken i kapitel 12. Vi ser, hvordan flere af deltagerne indrømmer, at det at forpligte sig på en handleplan, på ingen måde har skabt forpligtelse. Tværtimod glemmer de den med det samme, til trods for at ambitionen med handleplanen er at ordne hverdagen med forudsigelighed og struktur. Rationalitets- og ordnelogikker er tydeligt til stede her. Handleplanen som teknologi fordrer, at man er konkret, hvilket i denne situation indebærer, at man skal kvantificere sine handlinger. I denne logik er det ikke muligt at forstå hverdagsformuleringer som at ’respektere en smertegrænse’ eller ’ligge ned’. Eller at det måske slet ikke giver mening at sige præcis, hvor lang tid, man har brug for at hvile sig. For hvordan kan man på meningsfuld vis omformulere ’jeg må tage bestik af situationen’ til en konkret og målbar handling? For Morgan betyder det en fremmedgørelse overfor sine egne løsningsmodeller, og han ved ikke om det er godt nok, og hvordan han skal formulere sig korrekt. Gennem brug af handleplaner kan man ordne sin hverdag og vide om man skal hvile 5 minutter eller en halv time, og implicit er løftet om en nemmere hverdag med rygsmerter.

Situationen her er et eksempel på, at fysioterapeuterne tager udgangspunkt i patienternes hverdag og hvordan den formes af deres udfordringer med symptomer som smerter og nedsat funktionsniveau. Dette ser jeg som tæt koblet til de forståelser af patientinddragelse, der handler om at tage inddrage patienternes viden og erfaringer fra hverdagen. Samtidig ser jeg, at praktiseringen af inddragelse, hviler på en ordnelogik, hvor hverdagslivets sammensurium af forskelliges liv; koner, børn, ægtefæller, arbejdskolleger kan tæmmes og ordnes med planer og tal. At det handler om at vælge, hvor meget man skal hvile sig eller hvordan man vil handle. Noget, der ser ud til at hvile på en forestilling om, at handlinger er afkoblet alle andre omstændigheder omkring de situationer, hvor smerter pludselig opstår. Og når noget bliver kompliceret, kan det ordnes med en samtale med konen, uagtet at hverdagslivet med små børn og ondt i ryggen ikke nødvendigvis arter sig efter det, man har aftalt, skrevet ned og lavet en kontrakt med sig selv om. Hvis hun bakker op, så er planen realistisk.
En anden tilgang til at ’ordne’ livet med sygdom, smerter og funktionsnedsættelser, som samtidig også trækker på en særlig teknologi, handler næste empiriske nedslag også om.

Her drejer det sig ikke om den praktiske udformning af hverdagen, men en måde at 'ordne' forventninger og håb til, hvad fysioterapi og genoptræning kan føre til.

At ordne forventninger og håb

Fastsættelse af behandlingsmål gennem brug af forskellige samtale- og motivationsværktøjer, som ordner, skemalægger og strukturerer hverdagens problemer med funktionsnedsættelser, er en anden helt central del af de fysioterapeutiske praksisser, jeg har undersøgt. I de kommende analyser undersøger jeg, hvordan fysioterapeuterne gennem sådanne redskaber søger at afklare og kvantificere patienternes motivationsgrad, ambitioner og håb, ligesom også fastsættelse af behandlingsmål ofte foregår gennem en form for ordning, skemalægning og strukturering af hverdagens problemer.

Grethes ønsker mellem 0 og 10

Vi skal kigge indenfor i en samtale mellem Grethe (P), en sygeplejerske og en fysioterapeut. Situationen foregår i et lokale beregnet til ergoterapeutisk håndtræning, og fokus for samtalen er Grethes mål for sit rehabiliteringsforløb, og udarbejdelse af planen for, hvordan de skal nå de mål. Inden da har fysioterapeuten talt lidt med Grethe, undersøgt hendes hofte, og de har gennemgået en række forskellige fysiske tests. Grethe har fortalt, at hun træner flere gange om ugen med sin mand, men hun vil gerne blive bedre til at rejse og sætte sig fra en stol og til at gå på trapper, fordi "*at godt nok har vi en elevator, men jeg synes, at det ville være rart hvis jeg kunne rejse mig uden armlæn. Hvis man er til selskab eller sådan noget*". (O8; 108-10), og hvortil fysioterapeuten svarer; "*Åhh. Så det er, når du er selskabelig?*". Det, de to har talt om dér, bringes med ind i den teamsamtale, vi kigger indenfor i nu. Hensigten med samtalen er, at den skal fungere som en slags opsamling på de forskellige undersøgelser, der er foregået hos såvel sygeplejerske, som ergo- og fysioterapeut. Og at nu skal Grethes mål for behandlingen formuleres, og hendes motivationsniveau registreres. Det gør fysioterapeuten blandt andet gennem brug af elementer fra metoden 'Motiverende Interview' (Rollnick and Miller 1995). Denne metode kan forstås som en særlig teknologi, der har til formål gennem professionel udspørgen at afdække en persons indre motivation for forandring (Andersen 2010).

Situationen er eksemplarisk for mange lignende situationer på tværs af materialet, og er valgt som illustration af, hvordan inddragelse kommer til syne, også når der tales om hverdagen og livet med sygdom ved hjælp af nogle på forhånd definerede og strukturerende værktøjer. Gennem analysen spørger jeg til, hvordan såvel brugen af sådanne kommunikationsteknologier, som hvordan selve 'kvantificeringen' er medvirkende til at ordne og forstå hverdagen på særlige måder, og hvordan det trækker på nogle særlige forestillinger om inddragelse.

Så skal de til teamsamtale. Der er mere ro i dag, men der er ingen ergo for hun starter først i morgen og "skal lige ha' en chance". Så de er altså tre mennesker omkring bordet i 'håndtræningen' [et lokale]. Der er en masse skabe og en briks. De sidder rundt om et bord i midten, hvor Grethe sætter sig på en stol med armlæn. På bordet står der HAMA perler, perleplader og en masse flasker med noget blåt vand. Grethe sidder for bordenden. Sygeplejersken og fysioterapeuten sidder på hver sin side. Fysioterapeuten lægger ud med målene: "Der er noget med gang og stå i længere tid. Der er noget med at rejse/sætte sig fra en sol og så er der det med trapperne. Du har elevator, hvorfor vil du det med trapperne?"

Grethe: Jamen, hvis nu elevatoren er gået i stykker.

Fysioterapeuten og sygeplejersken i kor: GODT tænkt. Godt argument. "Og så går du til træning 2 gange om ugen?".

Grethe: Vi går en tur hver dag, altså min mand og jeg.

Fysioterapeuten: Så ku' jeg være fræk og sige "hvad er det så, du skal blive bedre til?"

Grethe: Svært at stå. Og jeg tager jo meget medicin. Jeg får jo de her Tramadol. Nu sku' jeg ha' en ny recept. Nu ka' man ikke bare ringe. Nu ska' man op til lægen. Jeg har jo fået de piller i mange herrens år. Lægen havde ferie. Nu er det altså gået i orden.

Fysioterapeuten: Vi skal lige tilbage til de mål. Hvor meget vil du gerne kunne gå?

Grethe: Jeg kan jo ikke lige sige hvor meget jeg vil ku' gå. Det kan jeg ikke sige noget om, før…. Det må jeg jo se"

Fysioterapeuten: Men det er for, hvordan skal du kunne vide, om du har nået det, du vil. Og så du kan 'klappe dig selv på skulderen'. [..] Så du vil gerne ha' en lettere hverdag. Når vi snakker om at færdes indenfor, er det så uden rollator? Grethe svarer 'ja'.

Fysioterapeuten: Hvis jeg nu siger en skala fra 0 til 10, hvor meget ønsker du dig så at blive bedre? Men inden hun afslutter sætningen, råber Grethe 10. "Hold da op, jeg nåede jo slet ikke at forklare det før du råbte 10! Hvor meget tror du så på det?" 10, siger Grethe, "Jeg tror på at I kan gøre noget her". Fysioterapeuten bringer nyt mål op. Igen 10. Grethe siger at hun ikke rigtig ved, om hun tror på det. Om det er realistisk? Det ved hun ikke. Så hun siger 7. Igen spørger fysioterapeuten om et nyt mål om rejse sætte sig og skala 0 til 10.

Grethe: Du spør' da osse om alt muligt

Fysioterapeuten: Ja, jeg udfordrer dig

Grethe: 10

Fysioterapeuten: Og tro på det?

Grethe: 8

Fysioterapeuten: Hvorfor valgte du egentlig lige 8 og ikke 5?

Grethe: Det er fordi jeg ønsker mig det så meget. Det handler om, at jeg gerne vil kunne rejse mig fra en normal stol, når jeg er til selskab eller foredrag. Jeg vil helst ikke have hjælp. Jeg går tit til foredrag. Det er noget, vi kan gøre sammen. Ellers gør vi også noget hver for sig.

> Fysioterapeuten: Så det handler faktisk om, at du fortsat kan deltage i de sociale ting? Godt så må vi se hen ad vejen. Vi kommer til at lave testning undervejs. For det er din fysiske grundform, der skal blive bedre.
>
> "Er jeg meget besværlig?", spørger Grethe, da de er færdig med listen over tilbud. "*Overhovedet ikke*", siger fysioterapeuten. (O8; 125-67)

At bruge disse forskellige typer af teknologier, her 'Motiverende Interview', i de indledende samtaler med henblik på at fastsætte mål og behandlingsplan er en ganske almindelig del af den daglige praksis, men er især en manifest del af rutinen i den aktuelle praksis. Her er det at bruge præcis denne teknologi et valg, de sundhedsprofessionelle har taget, og som de bruger systematisk. Mange har været på kursus, og det indgår som en fast del af de indledende procedurer, når en patient starter et forløb. Teknologien kan ses som en institutionel infrastruktur (Larkin, 2013), og som sådan mobiliserer den relationer mellem professionelle standarder, institutionelle retningslinjer og dermed mere overordnede sundhedspolitiske diskurser om effektmålinger og standardisering som en del af fx kvalitetssikring.

I de efterfølgende fokusgruppediskussioner genkendte mange af fysioterapeuterne situationen og grinede lidt af, hvordan man kan 'kvæle' et mål ud af patienterne og helt glemme at høre, hvad de siger; "*Man kan næsten se fysioterapeuten sidde klar med computeren for at få skrevet de der skide tal, så vi har noget at måle på. Og pt. vil bare blive bedre*". Men, at det måske kunne have været undgået, hvis Grethe havde vidst præcis, hvad rammerne for samtalen var: hvor meget tid der var sat af, hvad indholdet var osv. for at undgå, at hun taler om recepter og alt muligt andet; "*For hun [fysioterapeuten] kan jo ha' ret i, at vi ikke skal tale om lægen svarer og gir' det rigtige medicin, når vi er mødt tre faggrupper ind for at lave et fælles mål. Så er det ikke en lang historie om lægens recepter, vi skal tale om, vel?*" (FG K). Men langt hen ad vejen er fysioterapeuterne ved workshoppen enige om, at tal ikke nødvendigvis er den bedste måde at sætte mål på "*det kunne jo også være at man kunne få målet, ved lige at lade hende snakke færdigt [..]. Fysioterapeuten er bare optaget af de mål der. Vi skal inddrage dig, så vi skal ha' mål på bordet*" (FG R). I denne snak konstituerer fysioterapeuterne målene som en måde at sikre patientinddragelsen, altså en tæt sammenhæng mellem de to ting.

Til trods for, at fysioterapeuterne morer sig lidt over formen og kommenterer, som de gør, på situationen, er den hentet i deres egen praksis, hvor præmissen for en indledende samtale sættes ret tidligt; nemlig at det er vigtigt at kunne formulere et mål med at opsøge en fysioterapeut og vide præcis, hvad man vil med det. Alt sammen i en kvantificerbar udgave. Når fysioterapeuterne nævner, at det kunne have været anderledes, hvis Grethe havde vidst præcis, hvad der skulle foregå, understreger det rationalitetstænkningen hos de professionelle.

Tilbage til situationen med Grethe, og hvad der sker, da fysioterapeuten tager styringen for at fastholde fokus på målene. Dermed bliver det 'motiverende interview' ikke blot er et hjælperedskab, men en teknologi, der bliver styrende for kommunikationen og rammesætningen af, hvordan der kan tales eksempelvis om Grethes hverdag. Samtaleteknologien er her ikke et uskyldigt redskab, men får effekter, idet den definerer, hvad der kan tales om, og hvordan der kan tales om det. Dermed bliver den også medproducerende for praktisering af inddragelse, fordi den konstituerer særlige måder hvorpå der kan tales om hverdagen og livet med at håndtere sygdom. Teknologien får betydning, eksempelvis for måden hvorpå Grethes ambitions-og forventningsniveau kan formuleres og fastsættes.

Grethe forsøger flere gange at bringe sit hverdagsliv ind i samtalen. Efter fysioterapeutens opsamling om Grethes mål, fortæller Grethe om medicin og vanskelighederne med at få udleveret den. Og selvom det handler om morfinlignende præparater, der er kendt for at give svimmelhed, og bringes på banen i forbindelse med, at Grethe taler om, at det er svært at stå – altså noget der potentielt kunne være vigtig klinisk information ift. hvad Grethe skal blive bedre til – så er det ikke legitime emner at bringe op her. For, som der bliver kommenteret i fokusgruppediskussionerne (FG K og R), så er tre faggrupper (hvoraf den ene mangler) nu mødt ind for at tale om mål og plan for forløbet og ikke om medicin, som er lægens fagområde. Men det ser ikke ud til, at det er muligt at tale om det på den måde, Grethe formulerer sig. Udsagn som handler om dagligdagens oplevelser, følelser, håb og forventninger – alle sammen elementer der forventes at indgå i at formulere mål for fremtiden – kan ikke opnå legitim udsagnskraft, men skal objektiveres gennem oversættelse til et tal, hvilket jeg ser som et udtryk for en måde at 'ordne' Grethes håb og forventninger til behandlingen på.

Grethe og hendes mand kan lide at gå til foredrag sammen, hvilket fysioterapeuten oversætter til 'deltagelse i sociale ting', hvilket de også har talt om tidligere. Som jeg forstår det, Grethe siger, handler det ikke om, at hun ikke *kan* deltage, men mere om *måden*, hun gerne vil deltage på (at kunne rejse sig uden at bede om hjælp). I denne sammenhæng ser jeg fysioterapeutens formulering som et eksempel på, hvordan de professionelles formuleringer i møderne med patienter trækker på en medicinsk diskurs hentet fra ICF-modellen[32] (MarselisborgCentret 2016), som er bredt anvendt indenfor rehabiliteringsfeltet. Deltagelsesniveauet handler om 'det sociale', om deltagelse og involvering i hverdagslivet, fx job, skole eller sociale aktiviteter. Og Grethes samvær med sin mand og deres fælles interesser kan altså klassificeres som 'deltagelse i det sociale' og ikke som 'foredrag' eller 'gåture'.

[32] ICF-modellen: International klassifikation af helbred og helbredsrelaterede tilstande. ICF- modellen består af fem komponenter. Især tre er, i en biomedicinsk forstand, vigtige parametre ift. patienten, nemlig; a) Krop/funktion/anatomi-niveau, b) Aktivitetsniveau samt c) Deltagelses- (eller 'det sociale') niveau (MarselisborgCentret 2016)

Grethe synes, det er svært at sætte tal på sine mål, men de professionelle insisterer. Og stoler ikke rigtigt på, at hun helt har forstået systemet, idet hun bliver spurgt om hvorfor hun siger otte og ikke fem. Og så skal Grethe oversætte tallet ved at forsøge at forklare det med sine egne (men nu nogle andre) ord, at det handler om, at hun bare 'ønsker sig det så meget', og at hun bare gerne vil kunne rejse sig fra en normal stol uden hjælp. Fysioterapeuten, for sin del, forsøger at oversætte de ikke-kvantificerbare ting til noget, der relaterer sig til professionsfaglige udtryk, som "deltagelse i det sociale". Og sådan foregår der gensidige oversættelser frem og tilbage mellem fysioterapeuten og Grethe. Til sidst ender det med, at Grethe føler sig besværlig, medens fysioterapeuten på den anden side indikerer, at hun ikke anser Grethes 10-taller for troværdige. Denne situation ser jeg som et udtryk for en professionel ambition om at 'ordne' uregerlige og ikke-dokumenterbare elementer som her; Grethes forhåbninger og forventninger til forløbet hos fysioterapeuten. Hele situationen handler om de ønsker Grethe har til, hvordan hverdagen skal forme sig, hvilket jeg læser som ambitioner om medinddragelse af Grethe fra fysioterapeutens side. Men her ser det ud til, at inddragelsen bliver til gennem tal, som ingen af de to rigtig har tillid til. Grethe forsøger at fortælle om udfordringerne ved at leve hverdagslivet med en besværlig krop med sine egne ord. Kroppen påvirker hverdagen på mangfoldige måder, som betyder, at der er ting, Grethe savner og som hun gerne vil i gang med igen. Fysioterapeuten derimod, har en mere lineær forståelse af Grethes situation og planer for, hvordan de taler om hverdag og motivation; først værdier og målsætninger, så motivations- og realitetstjek, og så en plan.

Målinger af Bjarnes og Børges motivationer og forventninger

Under interviewene har jeg talt med patienterne om det med at skulle sætte tal på ønsker, håb og forventninger, og Bjarne (P) fortæller, at han synes, det var nemt, "*Og det var fordi, at jeg havde jo en enorm lyst, og har stadigvæk, til at [..] tabe mig, [..] og jeg kan få det bedre med at gå på trapper, og jeg kan stå på et ben, måske hoften til at cykle, så jeg havde jo enorme forventninger, rigtig meget.*" (I7; 751-56). Bjarnes enorme forventninger udspillede sig lidt på samme måde som for Grethe;

> "Hvor stort er dit ønske om det på en skala fra 0-10". Bjarne siger: "Jamen det er meget højt på den skala". Ergoterapeuten siger: "Jamen hvis vi skal holde fast i et tal mellem 0 og 10, hvor meget er det så?" [..] "Ja, men jeg tror, at den ligger på 7-8 stykker", svarer Bjarne "Og hvor stor er din tro på, at det kan lykkes. På en skala fra 0 til 10?", siger ergoterapeuten så. "Det er meget højt", siger Bjarne men han skal sige et tal." (O1; 238-45).

Igen ser jeg her en underliggende professionel ordne-logik, som har til formål ordne Bjarnes ambitioner med træningsforløbet og få det til at passe ind i de professionsfagligt fastsatte standarder for, hvordan man registrerer motivation i denne praksis. Men Bjarnes ønsker for hverdagen handler også om andre ting. Ting, det ikke bliver muligt at tale om

i disse samtaler. Som Bjarne fortalte om i interviewet, vil han blandt andet gerne være en mere hjælpsom partner, ikke at gå mærkeligt, når han nu er så ung og at kunne bære indkøbsposerne for at vise, at han ikke er mandschauvinist (I7). Alt sammen noget der ikke kan formuleres i målbare mål, som trappegang, vægt og et-bens stand.

Såvel Bjarnes, som Grethes udsagn og at de vælger høje tal på skalaen, ser mere ud til at handle om at tydeliggøre for de professionelle, hvor inderligt de ønsker sig at vende tilbage til hverdagsaktiviteter, de sætter pris på. Og det ser ikke ud til, at håb så enkelt og ligetil lader sig gradbøje mellem 0 og 10. Enten ønsker man sig det meget, eller også har man måske opgivet nogle helt andre drømme, fordi de ikke er realistiske. Vi ved det ikke, for Bjarne og Grethe skal ikke selv formulere sig. De skal oversætte noget, der formentlig ikke er verbaliseret, til et tal. Og noget tyder på, at tallet repræsenterer et forsøg på at tydeliggøre deres intentioner overfor de professionelle end egentligt deres 'håb'.

Indimellem bliver det næsten helt absurd, som her hvor Børge (P) skal sætte tal på sin motivation for at gå på trapper. Børge bor i et hus, hver der kun er bad i kælderen, og alligevel insisteres der ved målsætningssamtalen på, at

> "Børge, hvis du skulle sætte et tal på, hvor meget du ønsker at kunne klare den trappe, hvor meget ville det så være på en skala fra nul til ti". Børge kigger længe på hende. [Jeg synes, at han ser helt forvirret ud]. "Men det er jo nødvendigt, fordi badet er i kælderen", siger fysioterapeuten. Børge bekræfter at "der er ikke noget valg. Så det må blive 10". Ergoterapeuten siger: "Hvis du nu så skulle sætte et tal på, hvor meget du tror på det. Hvad ville det så blive?" Børge siger, at "der er ikke så meget at diskutere, for jeg skal jo ned i kælderen for at komme i bad. Så det må blive 10 igen". (O1; 163-68)

Her bliver tallet igen et udtryk for enten eller. Enten skal man i bad eller også skal man ikke. Enten skal man gå på trapper eller også skal man ikke i bad. Motivationsniveauet er meget svært at kvantificere for noget, som er et grundvilkår i Børges hverdag.

I udgangspunktet bringes teknologien 'motiverende interview' i anvendelse for at afdække patienternes indre motivationer, altså en ambition om at inddrage deres perspektiver. Men tilsyneladende forbliver denne ambition uindfriet, fordi patienterne ikke kan formulere deres motivation i et sprog, der er legitimt her. De taler om det med ord hentet fra hverdagslivet, hvor de nedsatte funktioner medfører begrænsninger, og hvor det handler om 'at ønske sig noget rigtig meget' eller 'at kunne rejse fra en normal stol' for ikke at blive kategoriseret som én, der skal have hjælp. Når jeg ser medinddragelse som en del af de empiriske situationer, er det fordi det også handler om, at patienternes hverdag søges inddraget i at sætte mål, der er motiverende og er realistisk. Deres håndtering af sygdom og funktionsnedsættelse fremtræder dog en anelse fragmenteret og bliver repræsenteret gennem få, udvalgte funktioner og aktiviteter hentet i hverdagens kompleksitet og sammensurium af handlinger.

I denne analyse har jeg vist, hvordan inddragelse bliver til gennem et netværk af konstituerende elementer, blandt andet de sundhedsprofessionelle, patienterne, spørgsmålene i samtaleværktøjet, computeren med dokumentations- og journaliseringsprogrammet og de professionelles retningslinjer for den første samtale. Men også, at inddragelsen gennem det, jeg kalder ordne-logik, ender med at blive til som et tal, der kan tilføjes i journalen, og som er afkoblet patienternes egentlige forestilling om, hvad rehabiliteringen kan føre til i et hverdagsliv. Dermed kan man sige, at teknologien, ligesom jeg vil vise i analyserne i kapitel 11 om inddragelse og måling af kroppen, er med til at producere et uforløst potentiale om at inddrage hverdagslivet i fastsættelse af mål og motivation.

Anvendelsen af sådanne samtaleteknologier til at fastsætte behandlingsmål er noget, der særligt gennemtrænger og rutiniserer den kommunale, såvel som den specialiserede rehabiliteringsenhed. I observationsmaterialet har det været tydeligt, at det forholder sig anderledes i den private praksis, hvor tendensen er at undersøgelse, samtale og behandling foregår på én gang uden brug af standardiserede værktøjer eller teknologier. Det finder jeg interessant og vigtigt, fordi jeg med denne afhandling undersøger, hvordan inddragelse konstitueres gennem kontekstuelle forhold og indlejrede logikker. For at undersøge og vise, hvordan andre institutionelle logikker får betydning for om og givet fald hvordan medinddragelse konstitueres, skal vi kigge ind hos Lasse (F), der har det første møde med en ny patient, Karina (P).

Lasse og Karinas første møde

Vi er i Lasses behandlingsrum i den private fysioterapiklinik, hvor jeg har fået lov at være med ved det første møde med en ny patient. På klinikken har fysioterapeuterne ca. en halv time til konsultationerne, også første gang. I min feltdagbog noterede jeg (kortet lidt af):

> Lasse henter den første patient, som er ny. Det er en kvinde omkring 55-års alderen. [..] Lasse sætter sig på sin stol og kigger på skærmen. ”Du har problemer med din venstre balle”. ”Ja, det er her” siger Karina og viser med sin hånd, hvor det er. Lasse har igen vendt sig mod skærmen og ser vist ikke, hvad Karina gør med hænderne. ”Har du også ondt i foden?” spørger Lasse. ”Nej, det er mest i læggen”, siger Karina og tager fat i lægmusklen. ”Også i låret. Det er mest i læggen og i låret”, hun viser med hånden. Lasse nikker og kigger på skærmen og skriver noget. ”Sover det i benet?”, vil han vide. ”Nej. Jeg har kramper i ryggen. Her i venstre side”, siger Karina og tager sig til ryggen med den ene hånd og gnider op ad ryggen. Lasse ser det vist ikke, for han kigger på skærmen og skriver en masse. ”Tager du smertestillende?” spørger han. ”Nej ikke længere. Det gjorde jeg i starten. Men jeg synes ikke at det hjælper. Så jeg er holdt op”, siger Karina. ”Dyrker du nogen form for sport?” spørger Lasse, mens han rejser sig op. ”Jeg går vældig lange ture og laver gymnastik derhjemme”. ”Og du arbejder på kontor?”. ”Ja, jeg sidder mange timer ved PC. [..]
>
> ”Hvornår har du det allerværst?” ”Når jeg sidder på noget hårdt, jeg har tænkt på om man kan få en pude til at sidde på. Jeg har tænkt på om det ville hjælpe”. Lasse rejser sig og

> siger "Du må gerne tage bukserne af" [..] "Du stiller dig med ryggen til mig" siger Lasse. "Bøj dig ned" - "til siden" - "bagud". Han går frem og tilbage til PC. Karina laver bevægelse, Lasse skriver. Karina sætter sig på briksen og spørger til det med puden. Lasse svarer ikke direkte, men går om bag Karina, medens han siger "du kan måske bruge en skråpude". "En skråpude?" "Ja sådan en som åbner hoften" siger Lasse, mens han viser med hænderne. "Læg dig ned" "Hvordan?" "Så du kigger op i loftet". Lasse går ned til fodenden af briksen, tager fat i det ene ben og mumler lidt for sig selv. "Jeg tjekker lige hoften", mens han bevæger benet op/ned og rundt. Så sætter han sig og skriver igen. "Så vender vi lige rundt på maven", siger han. Så begynder han at mærke på ryggen, ballen og låret. Han mærker i lang tid. Kigger på klokken et par gange. "Så vil jeg lige tjekke din styrke i hasemusklerne. Vil du bøje benet?" Karina bøjer begge ben. Lasse presser imod på det ene ben. "Læg alle dine kræfter i". Der er ikke meget snak. Lasse mærker videre. "Så må du godt sætte dig op". Lasse opsummerer, at det er nogle stramme muskler og sener omkring bækkenet. [..] "jeg kan vise dig nogle øvelser, du skal gøre hjemme og jeg kan løsne lidt op. Hvad siger du til det?". "Jo, det vil jeg meget gerne. Det er dejligt, at nogen gør noget", siger Karina, mens hun tager bukserne på. Lasse viser hende to strækøvelser og vi siger farvel. (O19; 20-57)

Lasse har meget fokus på at notere Karinas informationer, som primært består i at levere svar på spørgsmål. Der er en form for rytme i mødet, som går på spørgsmål, svar og derefter notater i journalen, som er en genkendelig skabelon fra sundhedsprofessionelles praksis generelt. Lasse etablerer tidligt en forståelse af, at målet med behandlingen er at svare på det, der står på henvisningen; 'problemer med venstre balle', og dernæst ret hurtigt gennem spørgsmålet om smertestillende medicin, at det handler om smertelindring. Karina positioneres som den, der leverer relevante oplysninger til Lasses kliniske ræsonnering, og ikke som en der selv behøver sætte ting på dagsordenen. Det ligger allerede i den indlejrede skabelon for deres møde, at Lasse gennem sine spørgsmål definerer, hvilke problemer i Karinas liv, der er relevant at vide noget om; smerter, medicin samt karakteren af fritidssport og arbejde. Målet med behandlingen ekspliciteres ikke, og ingen af de to udfordrer det. Der ser ud til at være en fælles forståelse af, at det er implicit. Efter den fysiske undersøgelse er Lasse også klar med en diagnose og behandlingsforslag, som Karina udtrykker glæde ved. Som jeg læser situationen, trækker såvel Karina som Lasse på en forståelse af, at sådan en samtale handler om, at den professionelle skal have relevante oplysninger (i en biomedicinsk forstand) om 'problemet', for at kunne nå frem til konklusionen om, at det er noget, der kan fjernes med øvelser og massage (løsne op). I denne situation har jeg svært ved at se, at der foregår inddragelse. Hvordan Karina klarer hverdagen med smerterne, sættes ikke på dagsordenen, hverken af fysioterapeuten eller patienten. Derved indgår hverdagslivets udfordringer ikke i de kliniske refleksioner, hvilket heller ikke ser ud til at bryde med nogle af parternes forventninger til mødet. Og spørgsmålet er selvfølgelig om det er relevant? Set i lyset af den teoretiske rammesætning af, hvordan patientens viden om hverdagen med smerter kan hænge sammen med inddragelsesperspektivet (se kapitel 9), vil jeg hævde, at Karina potentielt kunne besidde vigtig og relevant viden. Det kunne fx handle om hvordan hun har håndteret smerterne, som tilsyneladende er blevet bedre eller om hun har bemærket, om der er noget, der

lindrer situationen osv. Samtidig citerer Karina selv positionen som den 'passive patient', der modtager fysioterapi og tager ikke selv ordet eller sætter andre perspektiver i spil.
Dermed ser det ud til, at der også i den private fysioterapiklinik, i tråd med hvad vi så tidligere, også er en herskende professionslogik. Men forskellene mellem de praktiseringer, jeg ser, består blandt andet i, at der ikke er et institutionelt krav om, *hvordan* der skal tales om Karinas problemer eller hendes målsætning for behandlingen. Denne samtale udspiller sig ikke på samme måde som en standardiseret procedure med forudsatte rammer for, hvordan mål, håb og ønsker skal tilgås fx som kvantificering. I det empiriske materiale kan jeg konstatere, at der mellem de mere etablerede (og offentligt styrede) sundhedstilbud og så den private praksis generelt er tydelig forskel på brugen/ikke-brugen af teknologier. Det gælder også i relation til samtaler, hvor hverdagen med sygdom og de ledsagende kropslige udfordringer bliver 'ordnet'/'ikke-ordnet', eksempelvis ved brug af særlige værktøjer, der kvantificerer informationer. Til trods for at der også her er helt tydelige professionslogikker, som handler om at sætte fokus på nogle helt bestemte og ganske få elementer af livet med 'problemer i ballen', så er der i denne kontekst ikke samme virksomme institutionelle opfordringer omkring brug af særlige målsætning- og motivationsværktøjer. Jeg ser dette fravær som et udtryk for, at krav om fastsættelse af målbare behandlingsmål, som kan dokumentere frem- eller tilbagegang, også som en form for effektivitetsmål, får helt konkret betydning for de praktiseringer, der bliver mulige. Og dermed for, hvad og hvordan der kan tales om håndteringen af livet med sygdom, smerter og funktionsnedsættelser i fysioterapeutisk praksis. Denne analytiske pointe, vender jeg tilbage til i de næstkommende kapitler, hvor jeg finder samme tendens.

Opsamling

Gennem de foreløbige analyser har jeg vist, hvordan inddragelse bliver til gennem brug af teknologier, der skal bidrage til at afdække og 'ordne' patienternes motivation, håb og ønsker for deres forløb hos fysioterapeuten. Igennem brugen af samtaleteknologien 'motiverende interview' fastsættes behandlingsmålene med udgangspunkt i nogle af de ønsker til hverdagen, som patienterne formulerer. Men undervejs skal patientens motivationer og håb i forhold til det opstillede mål kvantificeres, og ender med at blive til som et tal, der skal indgå i dokumentationen og som skal bruges til sammenligning senere i forløbet. Praktiseringer af inddragelse gennem sådanne værktøjer er en del af en institutionel rammesætning for, hvordan en fastsættelse af behandlingsmål og patientens forhåbninger til behandlingen skal foregå. Dette bliver tydeligt i analysen af, hvordan et første møde tager sig ud i den private praksis, hvor der ikke er en overordnet rammesætning for det professionelle arbejde. Til gengæld ses her et fuldstændigt fravær af inddragelse af patientens viden, erfaringer og håndtering af livet med smerter.

At ordne det fremtidige liv med sygdom

Når genoptræning og behandling er overstået, slippes patienterne og skal forsøge at finde ind i hverdagen igen uden fysioterapeutisk behandling, enten med fortsatte eller med lindrede kropslige symptomer. For de fleste patienters vedkommende er der tale om livslange diagnoser og smertehåndteringer, som kræver konstant opmærksomhed. Og som vi har hørt tidligere er det ofte et spørgsmål om at balancere de ressourcer man har til rådighed, når hverdagslivet udfoldes og leves. Derfor er fremtidig håndtering af sygdom en del af det, der skal drøftes inden forløbet afsluttes. Også her ses på tværs af materialet en vedholdenhed i fysioterapeuternes bestræbelse på at gøre det muligt at ordne hverdagen og dermed gøre den forudsigelig. Det foregår fx, som Henning (P) fortæller om her, gennem skemalægning af diverse aktiviteter gennem ugen:

> "Der begyndte, sådan, at den dag skal jeg det, og den dag skal jeg det, og så har jeg skrevet de ting ned vi har lavet af aktiviteter, og så går jeg og tænker, hvilke nogle af dem er bedst, hvilke nogle skal jeg satse på, og så skal de puttes ind i mit ugeskema. [..] Jeg har prøvet på det i årevis [at økonomisere sine ressourcer], men det er jo blandt andet også derfor, at jeg sidder og laver det skema, fordi jeg kan jo tænke, træner jeg den dag, så skal der ikke være noget fysisk dagen efter, og så videre, og så videre." (I5; 442-44 og 489-91).

Samme systematik skal Camilla (P) forsøge at anvende, når hun skal have sin hverdag i familien til at fungere;

> "Jeg har fået sådan et ugeskema, for eksempel. [..] Jeg skal skrive mine aktiviteter ind, og så skulle jeg mærke dem. Dem der var meget energikrævende, røde, dem der var mindre, gule, og dem der var energigivende, grønne. Og så skulle jeg sørge for, ikke at have for mange røde på samme dag. Altså, sørge for at sprede det ud. Sådan så, at jeg kunne få en mere velfungerende hverdag" (I3; l 599-604).

Camillas hverdag med kronisk sygdom er, som vi så i kapitel 9, komplekst og udfordret af, at hun i overvejende grad håndterer og balancerer alle sygdomsrelaterede problemstillinger alene (I3). Hun kan ikke vende det med sin partner, sin familie eller med sine kolleger, da symptomer og sygdom ikke er noget, der kan tales om i de sammenhænge. Og arbejdsopgaver samt bekymringer om økonomi og fremtidig arbejdsevne er derfor noget Camilla skal forsøge at løse alene. Svaret på Camillas udfordringer bliver et dagligt træningsprogram, og endnu en teknologi, nemlig et skema til at 'ordne' hverdagen. Et skema hvor hun gennem rationel tænkning, kategorisering og systematisering af sin energi, ordner hverdagens uforudsigelighed med en ambition om at gøre den mere forudsigelig og 'mere velfungerende'. En hverdag, hvor Camilla gennem længere tid har tænkt at det er nødvendigt gå ned i arbejdstid og at hun ikke kan klare det hele længere. Men nu, hvor hun har udfyldt dette skema, reflekterer:

> "Allerede, inde i mit hoved, da jeg lavede det skema i går, med mine arbejdstider… Så tænkte jeg; "Nå, det ser da egentlig også meget godt ud. Det tror jeg da godt kan komme

> til at fungere". Og så tænker jeg; "Hvad er det lige der sker i hovedet på mig, er det et skridt frem og to tilbage, eller? Hvorfor tænker jeg sådan?" (I3; 874-77). [..] "Hvorfor tænker jeg det alligevel? Jeg siger; "Jeg kan ikke klare det", og så kommer jeg her og får nogle redskaber, og så tænker jeg; "nå, men jeg kan nok klare det alligevel" (I3; 890-91).

Camilla ved godt, at hendes arbejdsskema er foranderligt, at arbejdsmængden stadig vil være den samme, og at hun allerede nu ikke kan holde til den mængde aktiviteter hun har. Men alligevel giver denne type af 'ordne-praksisser' håb om, at der kommer 'styr' på hverdagen.

Opsamling

Jeg indledte kapitlet med at spørge til, hvordan og hvilken inddragelse, der produceres, når særlige samtale- og struktureringsteknologier er afgørende elementer? Hvilke effekter ser det ud til at få? Og hvordan former disse teknologier praktiseringer af patientinddragelse på særlige måder?

Overordnet har jeg i analyserne vist, at patientinddragelse bliver til gennem det, jeg kalder en ordne-logik. Det være sig ordning af følelser, som håb, drømme og ambitioner eller mere konkret at ordne og strukturere livet med sygdom gennem handleplaner, skemaer og dagbøger.

Analyserne viser, at ordne-logikken indebærer, at inddragelse praktiseres gennem en række forskellige teknologier så som de nævnte dagbøger, ugeskemaer eller handleplaner, som alle har til formål at gøre livet med sygdom, smerter og funktionsnedsættelser mere overskueligt og forudsigeligt. Gennem brugen af teknologierne trækker fysioterapeuterne på ideer om, at inddragelse skal skabe empowerment og ansvarliggøre patienter fx i relation til træningsplaner. Brugen af dagbøger, handleplaner og energi-skemaer har implicit til formål at styrke mulighederne for at håndtere livet med sygdom, og derigennem ser jeg også inddragelse komme til syne som en del af disse praktiseringer.

Ordne-logikken indebærer også, at inddragelse praktiseres gennem andre former for teknologier, der standardiserer samtaler om patienternes forventninger og håb til den fysioterapeutiske behandling. Dermed kommer teknologien til at fungere som en oversættelse af patienternes følelser, som håb og forventninger, til et tal, som kan føjes ind i dokumentationssystemer og som lader sig sammenligne fra gang til gang, men som ikke tillader patienternes egne formuleringer om konkrete udfordringer i hverdagen. Sådanne inddragelsespraktiseringer er en del af en institutionel rammesætning, og kan ses som en institutionel infrastruktur som mobiliserer relationer mellem professionelle standarder, institutionelle retningslinjer og dermed mere overordnede sundhedspolitiske diskurser om effektmålinger og standardisering som en del af fx kvalitetssikring.

Gennem kapitlets analyser ser jeg en tydelig ambition om at inddrage, men også at det ikke ser ud til at kunne foregå gennem patienternes egne diskursive konstruktioner, som kræver oversættelse til et mere kvantificeret sprog, gennem tal og rationelle formuleringer. Praktiseringer af inddragelse af patienten (og dennes liv med sygdom) kommer derfor til at foregå på særlige måder, som transformerer hverdagslivsaktiviteter, håb og forventninger til skemaer eller tal mellem nul og ti. Tal som er afkoblet patienternes egne egentlige formuleringer. Forestillinger om hverdagslivet fremover med sygdom, smerter og funktionsnedsættelser bliver gennem disse praktiseringer ordnet og struktureret med implicitte løfter om, at forudsigelighed er svaret på de mange vanskeligheder og dermed vejen til en bedre hverdag.

Kapitel 11
Inddragelse som målelogik

I dette kapitel vil jeg undersøge, hvordan målinger og testninger af kroppen gennem brug af teknologier, kan ses som en del af inddragelsespraktiseringer. Helt overordnet vil jeg vise, hvordan den fremtrædende brug måleteknologier bliver til inddragelsesteknologier. Dette gør jeg gennem analyser af, hvordan præstations- og optimeringsrationaler etablerer særlige subjektiveringsmuligheder for patienterne. Gennem stadfæstelse af de fysiske præstationer etableres et udgangspunkt for patienternes bestræbelser på at forbedre resultaterne, hvori det implicit antages at så forbedres hverdagens udfordringer med sygdom, smerter og funktionsnedsættelser også. Målinger og tests foretages gennem brug af teknologier, og derfor får disse uundgåeligt en fremtrædende plads i de analytiske skrivninger. Men til forskel fra den type af teknologier, jeg undersøgte i forrige kapitel, om at ordne og strukturere livet med sygdom, drejer det sig nu om teknologier, der måler og tester kropslige funktioner.

Gennem analyserne stiller jeg spørgsmål ved den selvfølgelighed, hvormed tests og målinger er en del af fysioterapeutisk praksis? Hvilke positioner og subjektiveringsmuligheder opstår, og hvordan får det betydning for praktisering af inddragelse? Hvilke aktører (humane som non-humane) er involveret i hvilke relationer i relation til inddragelse? Og ikke mindst hvilke effekter får disse praktiseringer for, hvad der bliver muligt og ikke muligt i relation til inddragelse?

Jeg indleder kapitlet med en kort indramning af mine teoretiske inspirationer. Dernæst følger tre afsnit, der hver især har til formål at udfolde aspekter af relationen mellem inddragelse og målinger. Første afsnit omhandler anvendelsen af målinger og tests i den fysioterapeutiske praksis og de professionelle rationaler herfor – bredt set. Næste afsnit handler om sammenhængen mellem forbedrings- og præstationsdiskurser, subjektiveringsmuligheder og inddragelse, og det sidste afsnit uddyber og nuancerer ovenstående ved at sætte mere fokus på de virksomme institutionelle og professionsorienterede logikker, og den status tests og målinger får i relation til inddragelse.

Måling og optimering af kroppen - teoretisk inspiration

I de kommende analyser undersøger jeg som sagt, hvordan forskellige teknologier bliver anvendt til at måle kroppens funktioner med henblik på at stadfæste, hvorvidt de er inden- eller udenfor en given norm. Som beskrevet i processerne med at ordne og analysere

det empiriske materiale, lod jeg mig inspirere af de analyser, vi havde foretaget af forskningslitteraturen. Her fandt vi et stort fokus på målinger og brug af teknologier, hvilket mit empiriske materiale underbyggede. Nogle af studierne gik helt konkret på at bruge såkaldte 'baseline' og 'outcome' målinger som indikatorer for om den patientinddragende tilgang til fx valg af øvelser, balance eller fatigueforebyggende træning virker eller ej (se fx (Bishop et al. 2012; Feldthusen et al. 2016; Lawford et al. 2018), hvilket var med til at rette min opmærksomhed på, om og hvordan konkrete målinger af kropslige funktioner kunne handle om inddragelse. Målinger foregår gennem anvendelse af en række forskellige teknologier og mit blik på dem, deres anvendelse og medkonstituerende effekter for praktisering af inddragelse, er blandt andet informeret af Lock & Nguyen's begreber om biomedicinske teknologier og (Lock and Nguyen 2010) og Nicholls' begreb om 'body-as-machine' (Nicholls 2018; Nicholls and Gibson 2010). Begge er, ligesom jeg selv, inspireret af Foucault's tænkning.

Det at forstå målinger og den implicitte vurdering af kroppens funktioner med henblik på at stadfæste et udgangspunkt for behandlingen eller skabe motivation og engagement hos patienten er en helt central del af mange typer af sundhedspraksis. Gennem målinger og tests, der foretages ved hjælp af diverse teknologier, objektiveres kroppe og funktioner. I relation til diagnosticering og behandling, bygger dette på en grundlæggende antagelse om, at kroppe på trods af forskelligheder i udtrykket, altid og til alle tider basalt set er ens (Lock and Nguyen 2010), og at man gennem sådanne målinger kan vurdere eventuelle afvigelser fra normen. Flere poststrukturalistiske tænkere, som Foucault (bl.a. i (1994) og Rose (1996) har vist, hvordan etablering af sandhedsregimer kategoriserer kroppe i relation til særlige normer, og dermed bliver teknologier, der kan objektivere fx kroppens funktion, virksomme i relation til at ordne sundhed og installere et særligt styrende blik på kroppen. Lock & Nguyen fremstilling af biomedicinske teknologier tager udgangspunkt i, at den professionelles anvendelse af teknologi ikke er lokaliseret til den konkrete situation, men er forbundet til andre elementer som sociale og kulturelle værdier, særlige formål eller krav (Lock and Nguyen 2010:5), som også er det perspektiv, jeg anlægger gennem min fremskrivning af praktiseringsbegrebet. De undersøger teknologierne gennem etnografien og anlægger en multi-sited tilgang, som beskrevet af Marcus (Marcus 1995), hvor de undersøger, hvordan objekter og fænomener kan forstås som konstitueret af mange andre elementer udenfor konteksten (Lock and Nguyen 2010)

Hvordan fysioterapeuter forstår kroppen gennem anvendelse af teknologier, har Nicholls undersøgt (Nicholls 2018; Nicholls and Gibson 2010) og udviklet sit begreb; 'body-as-machine' om, og som grundlæggende bygger på den kartesianske dualitet mellem krop og sind. Ifølge Nicholls lærer sundhedsprofessionelle at fokusere på udvalgte områder af kroppen, og adskille det fra sindet og den enkelte patients erfaringer, viden og værdier samt den sociale og kulturelle kontekst (Nicholls 2018:280), hvilket er en tilgang den fy-

sioterapeutiske profession i særlig grad har taget til sig (ibid.). Derved objektiveres kroppen gennem det kliniske blik, dets opdeling af den i anatomiske regioner og normer om duelige og ikke-duelige kroppe. 'Body-as-machine' forståelsen muliggør også en fragmenteret forståelse af patienten, hvis krop afkobles psyken og betydningerne af fx funktionsnedsættelser for den enkelte patient. I relation til patientinddragelse peger Nicholls på, at såfremt en ambition om, at patientinddragelse handler om mennesket-som-patient, så udfordrer det magtrelationerne og mulighederne for at betragte patienten som objekt for den professionelles handlen. Logikken er, iflg. Nicholls, at hvis patienten forstås som et menneske, "*så kan kroppen ikke længere forstås som en maskine, der består af helt- eller delvist uafhængige enheder, der kan repareres eller erstattes*"[33] (Nicholls 2018:219).

Med denne redegørelse har jeg vist, nogle af de teoretiske fremskrivninger, der har informeret mine analyser af sammenhængene mellem teknologier og patientinddragelse. Det handler både om at forstå, hvordan teknologier objektiverer kroppe og patienter, men også hvordan anvendelsen af teknologier betyder, at patientinddragelse produceres gennem særlige magtrelationer, der er indlejret i sådanne teknologier.

Jeg vil nu gå videre til analyserne, og indlede med at vise, hvordan den empiriske virkelighed satte mig på sporet af nogle af de ovennævnte sammenhænge. Derfor indleder jeg analyserne med en samtale, jeg havde med fysioterapeuten Hanne i en frokostpause. Jeg har valgt at starte her, fordi denne samtale for alvor satte mig på sporet af, hvordan forestillingen om testning og målbarhed er koblet tæt sammen med inddragelsesambitionen i den fysioterapeutiske praksis.

Inddragelse og testning

Hanne, som er en erfaren fysioterapeut, har tidligere fortalt mig om en artikel, hun har læst i fysioterapeuternes fagblad. Den handler om patientinddragelse og 'shared decision making'.

> I frokostpausen sidder vi ved et langt bord og taler om løst og fast. Hanne siger, at hun har læst den artikel, som vi havde kigget på i sidste uge, og som hun sendte til mig. Den handler om Shared Decision Making, som der er en anden ph.d.-studerende på SDU, der er i gang med at lave i relation til fysioterapi. Hun synes, den var rigtig god og fortalte noget om hvor vigtigt det var med de her mål. Vi taler lidt om det. Hun fortæller om sin svigerinde, som har haft en fraktur af hoften, og som går til træning på et andet træningscenter. Hanne fortæller: "Men hun ved overhovedet ikke, hvad hun vil med det? Jeg har spurgt hende, hvad hendes mål er med træningen. Og hun aner det ikke. Jeg spørger, jamen hvor langt vil du gå og så videre. Hun har overhovedet ikke talt med fysioterapeuten om det. Hun træner bare. Og de har ikke engang testet hende. Så hun ved jo slet ikke om

[33] Min oversættelse

> hun bliver bedre. Jamen, jeg forstår slet ikke, hvordan man kan kalde sig fysioterapeut så ikke engang teste folk inden man går i gang? Og så får hun at vide, at hun bare har købt 8 ugers træning. Og så er det slut. Jeg *har* også sagt til hende, at hun skal spørge, hvorfor hun ikke bliver testet og hvorfor de ikke har talt om målsætning. Jeg forstår simpelthen ikke, hvad der sker for dem. De ved da vist ingenting om inddragelse!" (O14; 65-77)

Hanne er oprørt over, hvordan man kan praktisere fysioterapi uden at teste og dermed inddrage sine patienter. Eller undlade at sætte målbare behandlingsmål, sådan at man kan se om, det er blevet bedre. Hun kobler det helt tæt sammen med en uvidenhed om, hvordan man inddrager patienter, men også til det at kunne kalde sig fysioterapeut. Hanne knytter altså sin professionsidentitet, men også sine professionsfaglige standarder an til en norm om, at patienter skal testes. Herved etableres tests, målsætninger og den implicitte fordring om forbedring, som noget helt fundamentalt for fysioterapeutisk praksisudøvelse. Videre kobler Hanne også disse elementer helt tæt til det at praktisere inddragelse, som tilsyneladende foregår gennem netop testning, formulering af målbare mål og det 'at blive bedre', hvor det 'at blive bedre' kobles til kropslige forbedringer og ikke andre og evt. mere subjektive oplevelser af forbedring. Som jeg ser det, trækker Hanne her på nogle af de forståelser, vi også fandt i forskningslitteraturen på området, nemlig at testning og opstilling af behandlingsmål kan ses som en form for inddragelsesteknologi.

Denne kobling er hvad jeg vil forsøge at gå tættere på i dette kapitel blandt andet ved at kigge på, hvordan tests og målinger gennem teknologier ser ud til at have magt til at definere, hvornår en behandling kan siges at være en succes eller ej og dermed om patienten er klar til at genoptage sine hverdagsaktiviteter igen. Men også magt til at fastsætte, patienters præstationer, og hvad de skal stræbe efter. Men inden da, vil jeg give et blik ind i, hvordan den fysioterapeutiske dagligdag kan se ud i relation til tests og målinger. Og hvilke rationaler fysioterapeuterne tilsyneladende betjener sig af, når de forklarer om sammenhængen mellem inddragelse og måling.

Den fysioterapeutiske hverdag med måling og tests

På tværs af det empiriske materiale er brugen af forskellige måleteknologier som kvantificerer kropslige funktioner en af de mest gennemtrængende fællesnævnere for alle empiriske kontekster. Målinger, tests (og dermed også tal) ser ud til at fungere som en form for oversættelse mellem patienternes egne fortællinger om kroppens funktion til en professionel forståelse af kroppens funktion, hvilket er én af grundene til, at jeg ser måleteknologier som en slags inddragelsesteknologi. Tallene beskriver de kropslige forhold, danner udgangspunkt for vejen mod det fastsatte behandlingsmål, eller stadfæster om målet er nået. Undervejs kan tallene udsige om det hele skrider fremad, som det skal. Målinger og tests bliver altså et redskab, der kan sige noget om, hvorvidt patienten har opnået

tilfredsstillende funktion, og derved bliver de også et udtryk for underliggende forbedrings- eller optimeringsrationaler. Hvordan sådanne praktiseringer kobler sig til inddragelse, vil jeg vise mere konkret undervejs.

I de forskellige kontekster, hvor jeg har studeret fysioterapeutiske praksis, er testninger ofte noget af det første, der sker i mødet med fysioterapeuten. Fysioterapeuterne fortæller, at tests og målinger tjener forskellige formål, som eksempelvis at imødekomme forventninger hos nogle patienter, at skabe mulighed for at registrere forbedringer eller mangel på samme, at skabe motivation, eller at ganske enkelt at svare på krav højere oppe fra i organisationen. Men ikke mindst er det et dokumentationsredskab, både i forhold til professionsfaglige målsætninger, men også som legitimering af og argumentation for det rimelige i at have disse fysioterapeutiske tilbud (FG K, R, P). Måle-, tælle- og vejesituationerne optræder da også på alle tidspunkter i de fysioterapeutiske forløb og foretages ved hjælp af forskellige slags måleteknologier. Det handler for eksempel om redskaber, der kan bruges til at måle bøjningen af et led, antallet af skridt man tager, hvor lang tid man er om at gå en specifik distance, graden af smerte eller skemaer der skal fortælle, hvad man kan og ikke kan. Teknologierne er fremtrædende i deres tilstedeværelse. Som når Anne (F) tester sine patienter fra ved at bruge sin mobiltelefon til at tage tid og rose patienterne for de gode præstationer (O6), eller når Julie (F) klikker med sin omgangstæller[34], hver gang patienten runder en kegle (O13), når lårets omfang bliver målt med et centimetermål, når knæets bøjning måles med en vinkelmåler og bruges til at demonstrere om bøjningen er en succes eller en fiasko (O12), eller når musklens styrke måles med en skala fra 0-5 (012, 023).

Indimellem bliver patienten testet uden en forudgående samtale, dvs. at de blot hilser på terapeuten, der så går i gang med at instruere patienten i at gå frem og tilbage i 6 min., rejse/sætte sig i 30 sekunder, tælle baglæns fra 100 ved at trække 7 fra hele tiden eller andre typer af 'prøvninger'. Gennem disse tests, målinger, og klassificering gennem konkurrence-symboler som guld, sølv og bronze, hierarkiseres præstationer og mulige måder at forstå sig selv og sin krop som duelig – eller uduelig. Resultaterne af præstationerne fixeres i tal og skemaer, i patienternes journaler på fysioterapeutens PC, hvor de noteres og føres til protokols. Testningerne foregår som en del af et institutionelt vilkår for, hvordan kvalitet og effektivitet måles, og er særligt gennemtrængende i rehabiliteringscentret og i den kommunale praksis, fx fordi det er noget, der er blevet besluttet som en fast procedure eller er et kvalitetssikringskrav (FG K). Derved ser målinger og tests ud til at blive en del af den daglige praksis, en del af rutinen, som der ikke stilles spørgsmål til.

[34] En lille metalkugle med en tæller i, som klikker, når man trykker. På den måde kan man holde øje med hvor mange gange, patienterne går rundt om keglerne.

Tests indgår som en helt selvfølgelig og uimodsagt praksis, og introduceres med formuleringer som; "*lige nu har vi kun 15 min. og vi skal bare lige lave nogle tests*" (O6; 47), "*nu skal vi lige ha' overstået nogle forskellige tests*" (O1; 120).

Fysioterapeutiske rationaler for tests og målinger

Hvordan og hvorfor tests og målinger overhovedet er en væsentlig del af den fysioterapeutiske praksis, og hvordan det forbindes med at praktisere inddragelse, fortæller fysioterapeuterne mere om ved de fælles fokusgruppediskussioner, hvor eksempler fra observations-empirien bliver drøftet. Her giver flere fysioterapeuter udtryk for, at målinger er betydningsfulde for patientinddragelsen, blandt andet fordi det er vigtigt for patienterne at vide, hvordan de præsterer til at starte med, sådan at de ved om det er blevet bedre, og om de har fået udbytte af behandlingen. Som Julie (F) siger, er "*nogle typer af borgere meget talfikserede [..]. Hvad sagde den så, den måler der? Hvor var jeg henne? Og hvad kan jeg nu. Så det ligesom bliver en måde at få dem med til også at se udviklingen* " (FG K). Det er der nogenlunde enighed om; At det for flere patienter giver mening, og at de selv giver udtryk for, at det er tallene, der betyder noget. At det er sådan, de ved om det bliver bedre. Matthias (F) mener, at det for mange patienter handler om anerkendelse; "*Er jeg god? Er jeg så blevet bedre"*, og Heidi (F) synes også, at "*det er med til at motivere"* (FG K).

Her går ord som, 'at blive bedre' og 'motivere' igen, hvilket jeg forstår som et udtryk for en fælles forståelse af, at kroppen skal forbedres, og at inddragelse handler om målorientering, hvor patienterne også selv vil kunne uddrage den kropslige fremgang gennem tallene. Som jeg læser denne samtale mellem fysioterapeuterne, er der en grundlæggende og implicit norm om, at når testen viser en bedring, så er 'det' blevet bedre. Testresultater kobles upåagtet og uproblematisk til 'det' eller de konkrete problemer, patienterne skal håndtere i hverdagen, når kropslige symptomer bliver forhindrende for de ting, man gerne vil kunne. Som Emil (F) formulerer det, når han fortæller om, hvordan tal og tests er med til "*at jeg kan lave en fornuftig undersøgelse, lægge en behandlingsplan. Og så synes jeg, at det er patientinddragelse, hvis jeg kan få patienten til at forstå, hvorfor det er det, der skal til*". (FG P). Emil opererer med en inddragelsesforståelse, der blandt andet handler om, at overførsel af viden er inddragelse. Men også at tal og tests indebærer, at når 'tal-viden' bliver tilgængelig for patienterne, vil de via tallene kunne se fornuften i behandlingsplanen. Derved ser det ud til, at Emil trækker på en tænkning om, at inddragelse er en form for pædagogisk værktøj, der skal sikre, at patienterne opnår viden, der er med til at motivere (Holmström and Röing 2010).

Koblingen mellem måling, test, forbedringer og inddragelse kan virke oplagt og logisk, hvis antagelsen er, at selve testen så at sige kan 'oversætte' hverdagens udfordringer med at leve med smerter og funktionsnedsættelser og dermed kan ses som en repræsentation herfor. Jeg forstår også terapeuternes fortællinger som et udtryk for, at de er indskrevet i

såvel sundhedspolitiske, men også en biomedicinsk diskurs om, at målinger og tests, som redskaber til at måle forbedringer eller ligefrem optimering af kroppen, er en del af en professionsfaglig tilgang til inddragelse. Men at de også her positionerer patienterne indenfor samme diskursive forståelse. Jeg læser her, i tråd med tidligere, at fysioterapeuternes kobling mellem forbedringsrationaler og inddragelse betyder, at mulighederne for at blive til som 'en inddraget patient' er, at man er i stand til at oversætte numeriske forbedring i testresultater til hverdagens varierede krav til kroppen.

I de følgende afsnit vil jeg vise, hvordan måleteknologier bidrager til at etablere særlige præstations-, optimerings- og bestræbelsesdiskurser, hvormed der implicit ligger, at udfordringer i livet med sygdom også forbedres. Sådanne diskurser konstituerer særlige subjektpositioner, som bliver mulige for patienterne at subjektiveres igennem. De efterfølgende analyser går tættere på, hvordan institutionelle logikker fungerer som medproducerende for sådanne subjektpositioner og for inddragelsespraktiseringer.

Forbedrings- og optimeringsbestræbelser

Analyserne i dette afsnit vil fokusere på det aspekt af målinger, som handler om at stræbe efter et særligt mål, at præstere, at optimere og implicit at forbedre sine præstationer, og hvordan tests også kan fungere som in- eller eksklusionsmekanismer. Dette foldes ud gennem begreber om måleteknologier og subjektiveringer.

Fysioterapeutisk behandling som optimering

I alle tre empiriske kontekster foregår testning løbende i stort set alle slags møder med patienterne, men særligt i den kommunale og i rehabiliteringscentret er der en række specifikke tests, som går igen, og som særligt benyttes i opstarts- og afslutningssituationer. Det kan for eksempel dreje sig om 'rejse/sætte sig testen', som går ud på at man skal rejse og sætte sig så mange gange som muligt i løbet af 30 sekunder, eller en anden meget brugt; '6 minutters gangtest', hvor patienten skal gå så mange gange mellem 2 kegler, som muligt på 6 minutter. Og sådan er der mange tests, som går igen i alle tre kontekster, men som i den kommunale og i rehabiliteringscentret er en gennemtrængende del af den professionelle praksis, og særdeles strukturerende og rutiniseret. Her er hvad jeg noterede en morgen:

> "Vi skal jo til at lave alle de indledende tests", siger Anne (F). Gangtesten foregår ligesom før i receptionen. Nu er der rigtig mange patienter og professionelle dér. Jeg har forstået at det handler om at det er dagen, hvor alle de nye skal testes. Alle fysioterapeuterne går rundt med stopure og papirer. De noterer dit og dat. Samtidig vandrer de frem og tilbage. Fysioterapeuterne går ved siden af patienterne, som vralter afsted eller går usikkert og ser

svimle ud. Nogle [fysioterapeuter] har et skriveunderlag og noterer forskellige ting, medens de kaster blikke op på patienterne. Én står i receptionen og bruger det som skrivebord. Alle følger samme procedurer." (O1; 216-23).

Målingerne ser jeg som udtryk for en grundlæggende indlejret selvfølgelighed om, at alle patienter er kommet for at blive bedre, for at opnå et højere funktionsniveau, at få mere sundhed osv. Når Anne (F) starter med at introducere til rehabiliteringsforløbet med at opfordre til "*I kan allerede nu begynde at tænke over, hvad det er I skal stræbe efter for at komme tættere på det I vil*" (O1; 55-56). Eller når Jens (P) som har fået en funktionsnedsættelse efter blodpropper i hjernen og et kompliceret brud på anklen er rigtig træt af en øvelse, der ikke går så godt, bliver mødt af Astrids (F) kommentar om "*Jeg er jo med på, at du ikke er der, hvor du gerne vil være. Men det er jo sådan det er, når man træner og skal blive bedre. Når man hele tiden har et mål. Man skal hele tiden have noget at stræbe efter, hvis man vil blive bedre*" (O13; 178-79). Både Anne (F) og Astrid (F) taler så selvfølgeligt om målet med fysioterapeutisk behandling, som noget der handler om at stræbe, at forbedre sig og dermed at kunne præstere bedre. Herved tilbydes en position for patienterne, som handler om at have en krop, der er utilstrækkelig, og som skal optimeres. Med sådanne formuleringer bliver det vanskeligt at indgå i et rehabiliteringsforløb fx med et ønske om at opretholde status quo eller bliver klogere på, hvordan man kan løse forskellige problemstillinger i hverdagen. Den indlejrede selvfølgelige præmis er, at man **vil** blive bedre, i den forstand, at kroppen skal kunne præstere bedre målinger. Men det viser sig også, at det er vigtigt, at man tænker over, *hvordan* man formulerer sine målsætninger. Det er ikke blot at ville bøje sit knæ mere, men også at man skal finde ud af, hvorfor man vil bøje det knæ mere; "*Fx har I måske det her knæ, I gerne vil kunne bøje mere. Men tænk på, hvad det er, I kan gøre, hvis knæet kan komme til at bøje mere. Det giver meget bedre behandlingsmuligheder og tilbud, hvis I kan lave sådan et mål.*" (O1; 60-62).

Grundlæggende er altså, at patienterne skal have et ønske om at yde og præstere bedre, at der skal opstilles mål for forløbet og at disse skal formuleres på en bestemt (målbar og klinisk) måde, fordi det giver bedre behandlingsmuligheder. Derved skabes særlige muligheder for at blive til som en patient, der er i stand til at oversætte dagligdagens udfordringer på måder, der svarer på institutionelle forestillinger om, hvordan et behandlingsmål kan se ud. Og at man indskriver sig i forventningen om at ville præstere bedre, når forløbet er slut. Jeg ser sådanne henstillinger til patienterne som en del af en institutionel logik, hvorigennem sundhedspolitiske målsætninger om borgere, der tager hånd om egen sygdom bliver mobiliseret. Og som samtidig svarer på dokumentationskrav om angivelse af behandlings- og testmål i de digitale journaliseringssystemer. Noget som skal genbesøges, når der skal tages beslutninger om eksempelvis forlængelse eller afslutning af forløb. Sådanne institutionelt forankrede selvfølgeligheder, som specifikke formuleringer af behandlingsmål og bestræbelserne på at blive bedre, stiller særlige subjektiveringsmuligheder til rådighed for patienterne. Samtidig produceres også patientinddragelse gennem sådanne praktiseringer, idet det handler om at involvere patienternes ambitioner om, hvad

der skal arbejdes henimod i det fysioterapeutiske forløb. At inddragelse blandt andet produceres gennem fastsættelse af behandlingsmål, er noget jeg også var inde på i det forrige kapitel om ordnelogikken.

I den næste analyse vil jeg sætte fokus på, hvordan testresultaterne i et konkret møde mellem en fysioterapeut og en patient, får betydning for de subjektiveringsmuligheder, der stilles til rådighed for patienten her, og hvordan jeg ser medinddragelse blive til derigennem.

Karls præstationer i gangtesten

Karl (P) skal nu undersøges af Julie (F), fordi hans funktionsniveau er faldet. Han er gået langsomt og usikkert ind i undersøgelseslokalet, en stor træningssal, hvor han sidder på en stol midt på gulvet ved siden af sin kone overfor Julie (F). Efter en indledende samtale skal han testes:

> "SÅ" siger Julie "skulle vi ikke ha' testet dig igennem?". Hun slår sig på låret og rejser sig hurtigt og friskt op. "Jeg sætter lige nogle ting op ude på gangen", siger hun, mens hun tager nogle kegler og stopur/skridttæller. (O13; 108)

Gennem sin egne kropslige handlinger praktiserer Julie fysioterapeut på en måde, der er velkendt i de empiriske kontekster, jeg har besøgt. Her er fysioterapeut-kroppe oftest slanke, veltrænede, og i modsætning til patient-kroppe, hurtige og velkoordinerede. Gennem sådanne kropslige praktiseringer kontrasteres patient-kroppes manglende funktionsduelighed, noget som forstærkes gennem testninger, der oftest ikke lever op til normerne for funktionsniveau.

Karl (P), som også er i udredning for demens, bliver lidt forvirret efter at være blevet testet. Men han vil gerne vide, om han præsterede godt. Især fordi det havde været svært for ham at forstå, hvad han skulle, og kom til at snyde med keglerne; gik indenom og sådan. Men det ser ud til, at det ikke er helt så enkelt at svare på:

> "Er det godt" vil Karl vide. "Ja man kan jo godt kigge på denne graf, som jeg ikke synes, siger noget særligt. Det er en gammel undersøgelse fra USA, og det er jo noget helt andet end Danmark". Julie tager en lamineret planche frem med 8-10 kurver på og viser med blyanten. "Jeg synes ikke det kan bruges, men hvis vi kigger på den, så ligger det på 'i fare for at tabe funktion'". Karl ser helt forvirret ud og konen læner sig frem. "Tabe funktion?", siger Karl. (O13; 122-26)

Julie nedtoner gennem sine formuleringer betydningen af testresultaterne, men gør alligevel et forsøg på at svare Karl. I denne situation ser det ud til, at der foregår en forhandling mellem Karl og Julie i forhold til at få sådanne tests til at give mening. De institutionelle krav stiller Julie i et dilemma mellem at leve op til dem og samtidig formulere det meningsfulde i at udføre dem i den konkrete situation. Testen skal i Julies professionsfaglige forståelse bruges til at dokumentere frem- eller tilbagegang, men for Karl bliver

testen en mulig subjektiveringsressource i relation til en position som én, der præsterer godt, idet han spørger direkte til det efter testen.

At denne test konstitueres som værende 'ikke-vigtig, men 'nødvendig' forklarer fysioterapeuterne ved den fælles fokusgruppediskussion senere i feltarbejdet (FG K). Det er nemlig bestemt i det faglige team, at nogle patienter **skal** vurderes i forhold til de normværdier, som Julie læser ud af grafen. Det er en standard, der er sat i forhold til undersøgelser af patienterne, fortæller Astrid (F) (FG K). Og så må fysioterapeuten forsøge at forklare det for patienten, fordi de – ligesom Karl – ofte vil vide om de er gode, dygtige og kan anerkendes for deres præstation. "*Så må man forklare, at de der normværdier ikke kan bruges til at sammenligne med*" (FG K) siger Astrid. Men et af spørgsmålene til denne situation må være, hvad der sker, når man beder patienterne om at gøre noget, som fysioterapeuterne samtidig vurderer? For Karl bliver det tydeligvis en væsentlig ressource i forhold til at konstituere en mulig position som en godt præsterende patient, eller det modsatte. Og til trods for, at Julie forsikrer om, at grafen ikke kan bruges til at sige noget om præstationen i sig selv, ser det ikke ud til at forandre Karls orientering mod testresultatet som en subjektiveringsressource.

I dette korte uddrag af de samlede feltnoter fra situationen, ser jeg ikke, inddragelse blive til direkte. Men når jeg alligevel forstår det som sådan, er det fordi selve testningen har til formål at stadfæste Karls evne til at gå, og hvor hurtigt, han kan klare det. Karl har selv tidligere bragt sin gangfunktionen på banen, som noget han gerne vil blive bedre til, sådan, at han kan gå en tur i skoven. Det handler altså om det liv, Karl gerne vil leve, og dermed kobles det op inddragelse af hans forhåbninger til forløbet. Implicit i testningen er, at hvis Karl kommer til at præstere bedre, når testen gentages, vil han også bedre kunne komme i skoven. Det er bestemt også muligt, men slet ikke sikkert, da der stilles helt andre krav til kroppen og sanseapparatet i skoven, end når man skal gå på en lang, lige gang rundt om nogle kegler.

Tests som in- og eksklusionsmekanismer

Som en nuancering af, hvilke effekter tal og implicitte forventninger til præstationer, fremgang og forbedringer, også kan få, fortæller en af fysioterapeuterne ved fokusgruppediskussionen en historie om en ældre patient, der også var blevet testet ved det første møde:

> Det her med at måle og give tal. Det er lang tid siden. Jeg overtog en patient. Hun skulle gå de her 6 minutter og det antal meter, hun skulle gå, havde man placeret ud fra sådan en normværdi for kvinder i hendes alder, hvor hun lå under. Men det jeg bed mærke i, da jeg sad og snakkede med hende, og hun fortalte mig om det, det var, at det ikke var det, hun havde hørt. Det, hun havde hørt, det var, fordi det var en test, der var blevet lavet den sidste gang på holdet, var, at nu skulle hun stoppe, fordi hun ikke kun gå normalt nok. Hun lå for langt fra den der normalpercentil. Og hun havde bare hørt, at nu skal du ikke

komme her mere, fordi du kan ikke gå i forhold til normale mennesker. Og så var hun blevet vippet ud af holdet, ikk'. Det var den oplevelse hun sad med. (FG[35])

Denne historie fortælles af en fysioterapeut, der primært arbejder med meget gamle mennesker og balanceproblemer. Under hele denne fokusgruppediskussion var det tydeligt, at arbejdet med denne målgruppe adskiller sig væsentligt fra andre, ved ikke at have et lige så centralt fokus på præstationer og fremgang i form af tal. Fortællingen afstedkommer en længere drøftelse af brugen af normværdier, som i relation til de fleste patientgrupper, er et professionsfagligt og institutionelt krav i denne praksis. Samtalen går på validiteten af disse normværdier og fornuften i at bruge dem, da de er sat efter amerikanske standarder og derfor ikke er umiddelbart overførbare til danske forhold. Men det jeg finder særligt interessant ved netop denne situation er, at det bliver normværdierne og deres anvendelighed i forhold til at inddrage patienterne, der sættes i fokus. At testen i sig selv kommer til at fungere som en eksklusions-mekanisme, bliver ikke gjort til genstand for refleksion, hvilket for mig er et udtryk for, at den rutiniserede omgang og brug af tests bliver så selvfølgelige, at andre og usynlige effekter undslipper opmærksomheden.

Sådanne in- og eksklusionseffekter fortæller patienterne også om i interviewene, hvor de kategoriseringer, der følger med, får betydning for de subjektiveringsmuligheder, der stilles til rådighed. Derfor runder jeg dette afsnit om forbedringsrationaler og subjektiveringer af med den følgende analyse, som handler om, hvordan Esben og Palle blev 'prøvet' og vurderet i forhold til deltagelse på guld-, sølv- eller bronzeholdet.

Esben, Palle og sølvholdet

Fysiske tests er nemlig også noget af det mange patienter husker fra det første møde med fysioterapeuten. Minderne om disse 'prøvninger', som de ofte omtales, overskygger for mange af de patienter, jeg har talt med, nogle af de andre ting, der måske også foregik ved det første møde med fysioterapeuten. I patienternes erindringer står det 'at blive prøvet' meget klart.

Esbens (P) erindring fra det første møde drejer sig i overvejende grad om 'prøvning'. Han fortæller, hvordan det gik til, at han endte med at komme i gang med den kommunale genoptræning:

"Men ja det var min egen læge, der så skrev en henvisning hertil. Og der kom jeg så til prøvning hos Peter (F). LSH: Hvad betyder det at du kom til prøvning? [...] E: Ja det betød blandt andet at jeg blev jaget frem og tilbage mellem sådan to kegler der var stillet op på en lang gang, og hvor mange meter man kunne nå at gå på seks minutter, så det var sådan et godt målepunkt. Jo dårligere kondi, jo længere tid er man om det, og jo mere skal man stå og puste undervejs. Ja, og så var der noget med at rejse sig og sætte sig på en stol og noget med, hvor meget jeg kunne løfte armene…". LSH: "Hvad lavede I mere dér den

[35] Anonymiseret

> første gang, kan du huske det? Ud over at du blev prøvet?" E: "Jamen, der var det kun prøvning". LSH: "Okay, snakkede I ikke om dit sygdomsforløb?". "Jooh, jo, sådan lidt ligesom vi sidder og snakker her" (I11; 256-66).

For Esben er det, der i overvejende grad står tilbage i erindringerne om det første møde med fysioterapien, testninger. Også selvom han også fik en snak om andre ting. Esben lægger i sin fortælling stor vægt på prøvningerne, og giver blandt andet udtryk for, hvordan testen af ganghastighed var et godt målepunkt. Det ser altså ud til, at han selv ser dette som et udtryk for en relevant relation mellem fysioterapien, den fremtidige træning og måske også hans liv i øvrigt.
At blive 'prøvet', er noget Esben selv taler om som en væsentlig faktor, når han beskriver, hvad det betyder for ham 'kun' at blive kategoriseret som værdig til bronzeholdet[36]. Konkurrence- og præstationsdiskursen intersekter med andre mulige subjektiveringer, eksempelvis det at være mand:

> "og jeg tænkte, nåå ja, jeg er jo en mand og stor og stærk og alt det der, så jeg skal selvfølgelig på guldholdet, men så sagde han; arhh det kan godt være at du skal på bronze" (Int. 11, l. 6-8).

At blive testet bliver altså ikke blot et mål, som fysioterapeuten kan bruge til at dokumentere og måle frem- eller tilbagegang. Det får også betydning for, hvilke positioner der bliver mulige for Esben at subjektiveres gennem. Jeg læser dette som en situation, hvor professionsfaglige idealer om at have nogle gode 'base-line' målinger står centralt, men også at inddragelse kommer til syne gennem testning af kroppens præstationer og den implicitte fordring om, at træningen vil forbedre resultatet – og dermed også bidrage til, at Esben kan komme i gang med/videre med de ting, han gerne vil kunne i sin hverdag.

For andre patienter er det, ligesom for Esben, heller ikke helt ligegyldigt hvordan de præsterer. Palle (P) føler sig ikke tilpas ved den kategorisering, der foregår første gang, han skal undersøges efter at have været indlagt med hjertesygdom:

> "Jamen, hun sad og sagde; "Du skal nok på bronzeholdet… Nej, jeg tror du skal på sølvholdet, så det bliver jo spændende at se, hvordan du klarer dig på sølvholdet. Ved du hvad, jeg var på et [andet] hold, og jeg lå næsten sidst altid, men jeg klarede mig, til trods for det. Hvad betyder det? Jeg er ikke konkurrencemenneske, men jeg kunne da… Engang imellem kunne jeg da godt lave de sidste mål, når vi spillede det her bold derinde, med stængerne, ikke. Så fik jeg da lidt oprejsning ved det" (I12; 201-6).

Palle fortæller om, hvordan konkurrence- og præstationsdiskursen bliver betydende for de mulige subjektiveringstilbud, der bliver stillet til rådighed. Han oplever, at han trods præstationer, der kvalificerer ham til sølvholdet, skal etablere en fortælling, hvor det bliver

[36] I denne praksis bliver de fleste patienter ved det første møde testet og vurderet efter hvilket holdtræningstilbud, de kan få. Her har man fx platin-, diamant-, guld-, sølv- og bronzehold.

muligt at blive til som én der er kvalificeret og kan indgå i træningen på lige fod med andre deltagere. For Palle udgør den objektiverede krops præstationer, på samme vis som hos Esben, subjektiveringsmulighed*en* og den er ikke citerende for de positioner, han normalt subjektiveres gennem; som en, der godt kan klare en fysisk udfordring. Når jeg læser dette som en form for inddragelsespraktisering, er det fordi jeg ser, at det kobler sig op på forståelsen af inddragelse som lig med at motivere og engagere patienter, som trækker på bestræbelses- og præstationsdiskursen.

Opsamling af analyserne om forbedringsbestræbelser

I de situationer jeg har analyseret i dette afsnit, konstitueres en sammenhæng mellem tests (og dermed en særlig kvantitativ transformering af kroppens præstationer), optimerings- og forbedringsambitioner og inddragelse. Denne kobling foregår i samspil mellem teknologier, normværdier, patienter, fysioterapeuter, kliniske- og lokale retningslinjer, som jeg ser som en særlig praktisering af inddragelse. Praktiseringer, der foregår gennem måling af patientens fysiske formåen, der objektiveres gennem tal, som danner udgangspunkt for en stræben efter at forbedre præstationerne gennem fysioterapeutisk behandling og træning. Noget som implicit kædes sammen med de håb om forandringer, som patienterne har til behandlingen. Derved bliver måleteknologier gennem praktiseringerne også til en inddragelsesteknologi, og hviler på en professionslogik, jeg vælger at kalde 'målelogik'. Inddragelse produceres også gennem de subjektpositioner, der bliver tilgængelige, når måleteknologierne bringes i anvendelse og er med til at sætte standarder og mål for eksempelvis 'en gulddeltager'. Hverdagen og udfordringer med at håndtere sygdom og funktionsnedsættelse bliver usynlige i praktiseringerne, idet de så at sige transformeres til tal og præstationer gennem målingerne. Samtidig får sådanne måle- og præstationsdiskurser nogle utilsigtede effekter, idet de også kan komme til at fungere som måder at in- eller ekskludere patienter fra deltagelse i bestemte aktiviteter.

Målinger og institutionelle logikker

I de næstkommende analyser vil jeg flytte blikket fra de effekter, som målinger og tests får, både for fysioterapeuters og patienters ambitioner om at stræbe efter de fastsatte mål og forbedre præstationer. De to udsnit fra empirien, som jeg vil præsentere, handler fortsat om målinger, og mange af de ovenstående analytiske pointer ses også her. Men i analyserne vil jeg nu stille skarpt på de institutionelle, og herunder også professionsorienterede logikker, som virker igennem brugen af teknologier og hvordan det kobler sig til inddragelse.

Thomas, Susan og vinkelmåleren

Vi skal kigge indenfor hos Thomas (F), som skal undersøge Susan (P). Hun har gået til træning hos Thomas, fordi hun har fået et 'nyt knæ'. Jeg har valgt denne situation fordi det er en type af møde mellem fysioterapeut og patient, som jeg har deltaget i et rigtig mange gange på tværs af de forskellige typer af praksis. Når patienter kommer med en genoptræningsplan fra hospitalet eller er henvist fra deres praktiserende læge, indledes deres forløb med en individuel konsultation hos en fysioterapeut. Her måles på forskellige fysiske funktioner alt efter, hvilken problemstilling det drejer sig om. Som sagt er der dog en hel del tests, som går igen, uagtet hvad patienten har brug for hjælp til. Herefter besluttes det, hvordan den videre fysioterapeutiske behandling skal foregå. Men i Susans tilfælde er der klare retningslinjer; når man har fået et 'nyt knæ' skal man testes og derefter visiteres til den holdtræning, der passer bedst. Her kan man deltage et forudbestemt antal (max 7) gange, hvorefter forløbet normalt afsluttes eller i sjældne tilfælde forlænges. Beslutningen om det kan lade sig gøre at få lov at fortsætte er fysioterapeutens og skal, som Thomas siger, retfærdiggøres.

Susan har gået til holdtræning det forskrevne antal gange, og skal nu vurderes med henblik på om hun kan afsluttes eller skal have forlænget sin træning. Forud for denne situation, var Susan i gang med at deltage på knæholdet, da Thomas går ind og henter hende med ind i et behandlingsrum. Ud over den første gang, har Susan ikke haft individuelle seancer med en fysioterapeut, men deltaget på knæholdet for patienter med et "nyt" knæ.

> Thomas siger til Susan, at han ved godt, at han har lovet at forlænge hendes træning, men han vil gerne teste hende. Det er hun helt med på, og de går ind i det lille rum, der ligger i forlængelse af træningslokalet. "Vi skal måle på dig", siger Thomas. Inde i rummet er der en meget bred briks og nogle få redskaber, bl.a. nogle hylder med store bolde. Der er en meget gammel, gulnet planche med et menneske uden hud, så man kan se musklerne.
>
> Thomas har sin PC med, den står åben. Han stiller den på briksen og sætter sig selv for enden. [..] Han be'r Susan sætte sig. Jeg spørger, hvor jeg skal sætte mig. Thomas siger, at "jeg er ligeglad. Jeg er vant til at have studerende med". Han kigger på PC'en og på Susans journal. "Jeg skal lige se, hvad vi skrev første gang", siger han. "Du havde et mål om at komme tilbage til at kunne det, du plejede. Hvordan går det med det?". Susan svarer; "Det går bedre. Jeg kan godt gå, men jeg halter lidt". Thomas nikker og siger "ja det er rigtigt". "Jeg har det som om, at når jeg har gået lidt tid, skal jeg lave venepumpeøvelser", siger Susan. Thomas slår sig selv på låret; "og hvordan går det med denne her?". Det går vist nok OK. "Hvordan var det nu jeg målte dig sidst?", siger Thomas, vistnok mest til sig selv, medens han kigger på PC'en. Han finder et målebånd [..]. Susan halvt sidder på briksen. Han måler rutineret x cm over knæet – så og så mange cm. rundt. Han gentager flere målinger her og der på Susans ben. Susan siger "det er sjovt, men jeg kan stadigvæk ikke mærke noget her. Ikke på siden, men herinde", hun viser med hånden. "Ja, men det er jo ikke så lang tid siden, du blev opereret. Det skal nok komme. Det er almindeligt, at det går meget langsomt og hos nogle ganske få kommer det ikke igen. Men det gør det normalt. Det skal nok bare ha' lidt længere tid i ovnen", siger Thomas. "Så vil jeg gerne måle din bøjning", siger han og tager en stor vinkelmåler frem [..]. Den ligner to linealer, der er

> sat sammen og den kan måle bøjevinklen. Susan skal bøje sit knæ, så meget hun overhovedet kan. Thomas måler. Så siger han, "jeg presser det lige lidt. Du skal sige stop, når du ikke kan være med længere". Hurtigt siger Susan stop. Hun skærer ansigter og har i mellemtiden lagt sig ned, fordi det er nemmere for Thomas at bøje knæet dér. Så skal de måle strækningen. Thomas opsummerer "Du kunne bøje 54 gr. og strække til 15 grader, da du startede. I dag hedder det 10 – 95". "YES", siger Susan, det er 4 grader mere end i mandags. "Nu vil jeg gerne have dig til at sidde op på kanten, så vi kan teste din styrke. Jeg starter med det andet knæ, så det lige vænner sig til, hvad der skal ske. At det bare er ham fysioterapeuten, der presser. Det er stærkt nok, men det skurrer noget. Hvordan er det med det?". "Jo, det er vist fint, men det er nok blevet noget belastet, mens det andet har været dårligt". "Ja, men du er også over fyrre, så vil der højst sandsynligt være noget slidgigt". Thomas har testet det andet knæ og siger "Du er meget stærkere i dag. Det ligger lige under 4 og 4½ i hase-stræk. Du er lidt slap der hvor jeg presser yderst. Ortopædkirurgen vil være tilfreds. Men han vil gerne ha' dig op på 110 grader bøjning. Det vil jeg også". Thomas opsummerer: "min forlængelse af dig er retfærdiggjort. Det er helt reelt med 6 gange mere", siger han. Vi siger farvel og Susan går ud til de andre. (O12; 14-52):

Jeg blev allerede nysgerrig på lige præcis denne målesituation medens den pågik. Måske fordi den blev indledt med en konstatering af, at Thomas allerede havde lovet Susan at forlænge hendes træning. Men også fordi, at Susan så uproblematisk indvilger i at lade sig teste, til trods for at der allerede er en aftale om, at hun skal fortsætte med fysioterapi. Gennem feltarbejdet havde jeg flere gange oplevet, at udfaldet af sådanne testninger var givet på forhånd, her blev det eksplicit. Det handler om, at Thomas allerede har taget en beslutning, og med sine formuleringer også står ved sin suveræne magt til at bestemme, og til at love noget eller ej. Samtidig praktiserer Thomas sin fysioterapeutiske position gennem organisatorisk formulerede krav om, at knæets funktion skal stadfæstes gennem målinger og tal for at underbygge argumentationen for det, han havde stillet Susan i udsigt. Med det perspektiv er Thomas på den ene side i en relativt magtesløs position, hvor han så at sige blot praktiserer de institutionelle fordringer om tests og tal, men samtidig er han også i en magtfuld position i forhold til Susans fremtidige træningsmuligheder.

I situationen bliver særlige positioner, for såvel Susan som Thomas, mulige. Susans udsagn om at hun halter, at hun har det som om, at hun bliver nødt til at lave venepumpeøvelser, når hun har gået lidt tid og at hun ikke kan mærke noget på indersiden af knæet, ser ikke ud til at bekymre Thomas. Noget der både kan være et udtryk for, at det ikke er det, det skal handle om nu, men måske blot er en faglig vurdering om, at det ikke er foruroligende. Thomas får hurtigt gang i dagsordenen om at måle. Han vil vide, hvordan det var sidst, men ender med at konsultere sine egne noter om Susans knæ, i stedet for at vente på hendes svar. Omvendt forfølger Susan heller ikke sine egne udsagn, men subjektiveres gennem positionen, og Thomas' magt til at definere, hvad der kan foregå og hvad der giver mening at tale om forstærkes. Og det giver tilsyneladende mening at tale om tal, for her er Susan med, og bliver begejstret over sammenligningerne med første gang.

Thomas forbliver under hele situationen den primære aktør, når han bruger målebånd, vinkelmåler, forholder sig til retningslinjer – både økonomiske, faglige og politiske, og med sine formuleringer etablerer en position, hvorfra han har magt til at definere, hvad der er relevant at tale om, og hvad der ikke er. Susan er til gengæld primært en del af situationen via sit knæ, som skal måles, vurderes og gøres til genstand for professionel granskning. Susans egne fortællinger om knæet, som hun oplever som følelsesløst og som en del et haltende ben, er tilsyneladende ikke noget som får den store betydning for Thomas' undersøgelser. Hans svar på Susans bekymringer er korte, og informerende. Det er noget, der går over igen og noget hun kan forvente pga. hendes alder.

At opnå en god bøjning ser ud til at være et afgørende mål med dette møde, både for Susan og Thomas. Under målingerne indretter Susan sig kropsligt ved at lægge sig ned, for at bidrage til, at bøjningen bliver så god som muligt, til trods for at hun skærer ansigter og siger stop pga. smerter. Teknologiens udsagnskraft tillægges i situationen så afgørende magt, at Susans smerter må tilsidesættes med henblik på at opnå et bedre mål for knæets bøjning. Noget der på flere måder kan virke paradoksalt, blandt andet fordi en bøjning, der giver så mange smerter, som Susan giver udtryk for, sikkert ikke er en bøjning, hun rigtigt vil kunne bruge i sin dagligdag. Men det er også paradoksalt fordi en forbedring på 4 grader ikke nødvendigvis kan siges at være 'sand' i forhold til de ting, Thomas tidligere har fortalt mig om evidens og måleusikkerhed, når man bruger vinkelmåleren. Og slutteligt, fordi en god måling ikke vil kunne bidrage til argumentationen for at behandlingen skal fortsætte, et forhold jeg vender tilbage til om lidt.

Vinkelmåleren som teknologi bliver her afgørende i forhold til at fastsætte resultatet af behandlingen; om det er en succes eller ej. Tallene kan i sig selv legitimere fysioterapeutens indsats, behandlingens relevans og være med til at retfærdiggøre, at Susan skal have mere træning hos Thomas. Men hvordan en god bøjning hænger sammen med at 'komme tilbage til det, man plejer' er en oversættelse, Susan selv må foretage. Hun giver dog udtryk for stor glæde ved at have opnået en knæbøjning på 90°, men hvilken betydning sådan en bøjning kan have for de konkrete, daglige aktiviteter, er ikke helt klart.
Vinkelmåleren bliver gennem Thomas' anvendelse en del af den organisatoriske infrastruktur, og mobiliserer sundhedsfaglige standarder og pædagogiske intentioner. Den bliver dermed ikke blot et 'uskyldigt' element i situationen, men mobiliserer kommunale politikker og de afsatte ressourcer, ligesom den også intra-agerer med såvel Thomas' som ortopædkirurgens faglige retningslinjer og professionelle mål. Til forskel fra, hvad jeg havde hørt tidligere i feltarbejdet om fastsættelse af behandlingsmål i samarbejde med patienten, bliver dette ikke tillagt betydning her. Thomas konstaterer, at Susan havde et mål om 'at komme tilbage til det hun plejede', hvilket ikke – sådan som fx Anne (F) ønsker det – handler om præcise aktiviteter, man gerne vil blive bedre til og begrundelser for hvorfor. I situationen blev jeg i tvivl om, hvem af de to, der oprindeligt formulerede målet, men jeg finder det især spændende, fordi Thomas ikke ser ud til at tillægge det

nogen egentlig værdi. Det får heller aldrig status af at være vigtigt, men bliver derimod udgrænset, og måleteknologien; vinkelmåleren bliver den mest magtfulde aktør i forhold til at fastsætte resultatet af træningen. Lige præcis denne situation ser jeg som et eksempel på, hvordan jeg kan spore ideer hentet fra fysioterapeuternes (og fra forskningens) forståelse af inddragelse, som handler om at fastsættelse af behandlingsmål er centralt, hvilket Thomas også praktiserer her men uden at tilskrive det nogen betydning i forhold til de magtfulde målinger af knæbøjningen.

Her ser jeg inddragelse som en del af situationen, fordi det handler om, hvorvidt Susan kan præstere en 'god' måling og dermed kan anses for at være klar til at genoptage sine normale aktiviteter i hverdagen eller ej. Praktiseringerne foregår gennem institutionelle og faglige logikker om, at det afgørende for sådanne vurderinger, at de foretages ved hjælp af objektiverende teknologier, som her vinkelmåleren. Disse kan udsige noget om, hvorvidt kroppen lever op til foruddefinerede objektive mål, og derved om den er 'klar' eller ej til at genoptage 'det den plejede' og ophøre med fysioterapeutisk behandling. Susan og Thomas praktiserer henholdsvis patient og professionel på måder, hvor Susan tilsyneladende subjektiveres gennem en position, der kun har begrænset magt til at udsige noget om betydningen af knæets funktion, hvorimod fysioterapeutpositionen i samspil med fysiske objekter, så som notater fra sidste gang og vinkelmåleren, får definitionsmagten i relation til om knæet er funktionsdygtigt eller ej. Samtidig ser jeg, som jeg var inde på tidligere, også en objektgørelse af Thomas gennem positionen 'fysioterapeut', som en position hvorigennem institutionelle fordringer om eksempelvis specifikke mål for knæets bøjning skal sikres. Det ser ud til, at fysioterapeut-positionen her fungerer som en del af en organisatorisk infrastruktur, der mobiliserer ret konkrete mål for tilfredsstillende behandlingsresultater.

Den sidst analyse i dette kapitel handler om, at testninger ikke blot kan stadfæste kroppens præstationer, men i sig selv tilskrives agens, som udgrænser patientpositionen og dermed også mulighederne for at gøre andre konstitueringer af 'problemet' gældende end tal og værdier.

Celestes smerter og de fornuftige tests

I denne analyse skal det handle om, hvordan tests og målinger ud over at blive tilskrevet betydning i relation til normer om kroppens funktionalitet og optimeringsambitioner også tilskrives agens og magt på andre måder. Eksempler på, hvordan sådanne praktiseringer kan se ud, er når Emil (F) eksempelvis siger, "*Sæt dig ned her (han klapper på briksen, mens han sætter sig på en behandler-taburet). Så lad os se, hvad tallene siger*". (O22; 95). Eller Per konstaterer, at "*Testen er tilfreds*" (O11; 271). Tests kan være 'fornuftige', eller sige at 'det går godt' og have magt til at definere noget som en succes eller fiasko. Også selvom testen viser det modsatte af, hvad patienten oplever, som når Celeste (P) har besluttet sig for at

stoppe med behandlingen, men alligevel ender med at fortsætte, fordi Emil (F) siger at "… *det ser rigtigt fornuftigt ud. Det slet ikke sådan, at jeg tænker, det ikke er noget, der er værd at træne på. De tests, jeg kører på dig, ser rigtig fornuftige ud*". (O23; 78-9).
Netop denne sidste situation var én der blev drøftet af fysioterapeuterne fokusgruppediskussionerne, hvor der var delte meninger, om hvorvidt og hvordan inddragelse kunne ses som en del af det, der foregik. Nogle fysioterapeuter anså det, at patienten har medbestemmelse som vigtigt ift. at inddrage, medens andre ikke var sikre på, at patienten blev hørt i tilstrækkelig grad (FG K, R). Situationen kan ses som et udtryk for en type af praktisering, der går igen; hvor den dagsorden patienten søger at sætte, indgår i en forhandling om, hvad der kan være meningsfuldt at prioritere i behandlingssammenhængen, og hvordan det kan hænge sammen med det liv, patienten lever i dagligdagen. Jeg vil derfor kigge nærmere på, hvordan sådanne praktiseringer kan ses som et udtryk for inddragelse og hvilke effekter, det ser ud til at få.

På mange måder ligner de praktiseringer af inddragelse dem, vi så hos Susan, og så alligevel ikke helt, fordi her bliver ikke blot Celestes krop testet, men også hendes *viden* om kroppen, ligesom tests tilskrives agens på nye måder. Men lad os starte med at se, hvad der sker her hos Emil (F), som behandler Celeste (P) for smerter i ryggen. Behandlingslokalet er lille, briksen fylder mere end halvdelen i rummet.

> Emil har en hylde op over sin PC, hvor der står foto af familien. Bag ved det står nogle bøger. På endevæggen hænger den klassiske plakat med anatomiske tegninger af mennesker, her er halvdelen af kroppen med muskler på og den anden halvdel er et skelet, overskriften er "Human Body". På væggen ud mod haven hænger en plakat med nerveforsyning til kroppen – en sort hvid tegning, som minder om et kort. (O22, l. 8-10).

> Næste patient er Celeste (ca. 50 år). Hun har smerter mange steder i kroppen. [..] Celeste sidder på briksen og strækker det ene ben frem. Emil Står ved PC'en og skriver. Celeste siger "når jeg gør sådan her så snurrer det i min fod", hun vrikker lidt op og ned med foden. "Prøv igen. Prøv at falde sammen i ryggen. Snurrer det så mere?" spørger Emil "Nej".

> "Jeg synes, at det går rigtig fornuftigt. Hvor lang tid er det nu vi har været i gang?", siger Emil. "Jeg synes vi har været i gang i meget lang tid. Jeg havde jo håbet, at det var gået væk. Jeg ved godt, at det gør det selvfølgelig ikke bare, men det hjælper ikke noget", siger Celeste. "Vi startede op d. 23/10. Det er ikke lang tid i min verden ift. de problemer, du havde. Da vi startede havde du ondt i nakken, i skulderen, i begge ben, det snurrede i benene og der var vist også en masse andre problemer, som jeg ikke fik skrevet ned, så jeg synes bestemt, at det går i den rigtige retning. Nu har du mest problemer med ryggen. De objektive tests er blevet bedre", siger Emil. "Ja, men jeg havde jo håbet, at jeg ikke havde smerter mere. Men det har da hjulpet. Jeg har bare ondt i ryggen. Jeg er nok øm af alt det jeg gør", siger Celeste og ruller med skuldrene, mens hun kigger på Emil. "Hvis jeg nu spø'r dig hvor lang tid senerne kan være om at hele op. Hvad vil så være dit gæt?", spørger Emil. "Ja, men jeg ved det godt. Det er nok rigtig lang tid. Måske et år". "Ja, det kommer an på mange forskellige ting, men muskler heler meget hurtigt. Men mange af de smerter du har kommer fra leddene og senerne. Og de er lang tid om at hele op. Du kan

> sammenligne det med et sår. Hvis du fx har skåret dig meget her i underarmen. [..]. Så går Emil i gang med at undersøge Celeste. Han går hen til PC'en og spørger "Jeg vil gerne have din realistiske vurdering, hvis jeg nu sætter to øvelser mere på dit program. Ville du så få dem lavet?" Der går lidt tid, Celeste ser ud til at tænke over spørgsmålet. "Jeg vil i hvert fald gerne prøve", siger hun så. [..]. Celeste kommer op at stå. "Jeg synes, det ser rigtigt fornuftigt ud. Det slet ikke sådan, at jeg tænker, det ikke er noget, der er værd at træne på. De test, jeg kører på dig, ser rigtig fornuftige ud". [..]. "Nå men det er godt. I går sagde jeg til min mand, at nu stopper jeg altså. Nu vil jeg ikke gå derude mere for det hjælper overhovedet ikke", siger Celeste, som er tydeligt berørt med tårer i øjnene [..]. Emil sidder i hug på gulvet med programmet foran sig. Han kigger op på hende og klapper hende på hånden og siger, "det er helt OK, at du bliver ked af det, Celeste, det ved du godt, ikk'?". [..]. Emil siger, "jeg synes, vi skal gi' det 6 uger mere. Hvis det stadig ikke er godt nok, så har du gjort det du skal ift. kommunen. Så har du trænet i 12 uger, og så har du ret til en udredning". De får afsluttet seancen og vi siger farvel. (O23; 85-135, forkortet)

Tilsvarende den tidligere situation med Thomas – foregår samtalen her også i to spor. I det ene forsøger Celeste at gøre flere forhold gældende, både i forhold til smerter, snurrende fornemmelser i benene og manglende fremgang i behandlingen. I det andet spor sætter Emil sin viden om kroppen, heling og testresultater ind som svar på Celestes udsagn. Der foregår en løbende forhandling om, hvordan Celestes symptomer skal forstås. Indledningsvist afviser de begge at indskrive sig i den andens diskursive konstruktioner; Emil gør det ved simpelt hen ikke at svare Celeste på de ting, hun fremfører. Celeste ved ikke at tage Emils forklaring om tidsperspektivet for gode vare, men erklære sig uenig. Emil søger derimod at gøre gældende, at Celeste indledningsvist havde et hav af problemer, endda så mange at han slet ikke fik skrevet det hele ned og afslutter med at konstatere at de objektive tests er blevet bedre. Hermed positioneres Emil som den professionelle, hvis viden besidder en magt til at udsige noget om en effekt eller ej. Og denne diskurs ser ud til at forandre de forhandlede positioner, idet Celeste både erklærer sig enig i, at det går bedre, men også indskriver sig i en selv-ansvarlighedsdiskurs, når hun siger, at det nok er på grund af alt det hun gør, at hun har mere ondt.

Disse positioneringer, som gennem magt-/vidensdiskurser citerer traditionelle praktiseringer af patient- og professionel, og understreges af de fysiske omgivelser, hvor Celeste sidder på briksen, Emil er i 'fysioterapeut-uniform' og de er omgivet af artefakter, fx anatomi- og fysiologibøger og plakater, der signalerer kroppen som noget der i denne sammenhæng skal objektiveres og gøres til genstand for et professionelt (biomedicinsk) blik. Emil 'tester' ikke blot Celestes krop, men også hendes viden (eller uvidenhed) om helingsprocesser, hvilket får den betydning, at hun lader sig subjektivere gennem positionen som 'en der ikke har viden og magt til at udtale sig om fremgang eller ej'. Denne position konsolideres gennem den sidste del af mødet mellem de to. Emil vil gerne have 'realistiske vurderinger', hvilket kan forstås som, at det har Celeste måske ikke leveret før. Emil tilskriver desuden egne tests agens på måder, der har magt til at definere om Celestes krop er værd at 'træne på' eller ej.

Den afsluttende bemærkning fra Emil, mener jeg er meget central, for at forstå, hvad der også er på spil her; nemlig hvordan de sundhedspolitiske og ret konkrete beslutninger om længden og indholdet af et rehabiliteringsforløb rammesætter hele dette møde og hvordan det får effekter for Emils praktiseringer. Sundhedspolitisk er det besluttet, at en borger skal træne i 12 uger, før vedkommende har 'ret til' en udredning. Disse rammer og retningslinjer mobiliseres gennem Emils tests og den magt de tillægges, hvorved Emils praktiseringer også kan forstås som en måde at understøtte Celestes forløb og bidrage til at etablere en mulighed for at få en nærmere undersøgelse.

I denne situation ser jeg inddragelse være på spil på flere måder; både i den forstand at Celestes fortællinger fra hverdagen inddrages, omend de udfordringer hun oplever, ikke ser ud til at blive legitimeret. Men også i den forstand at Celeste inddrages i den fysioterapeut faglige viden og vurdering af kroppens duelighed og potentialer i relation til at svare på problemstillinger Celeste sætter på dagsordenen, så her bliver inddragelse også til som et pædagogisk værktøj.

Opsamling på analyserne om måling og institutionelle logikker

I disse sidste analyser viser jeg hvordan en stærk institutionel logik om målinger og test bliver svaret på i hvilken grad fysioterapeutiske behandlinger lykkes, skal fortsætte eller kan åbne muligheder for yderligere tiltag. På mange måder foregår samtaler, teknologier, artefakter og retningslinjer i nogle parallelle spor, hvor de institutionelle logikker ser ud til at blokere for, at potentialer for at udvikle gensidige forståelser forbliver uforløst. I de empiriske eksempler stilles spørgsmål til patienternes egne oplevelser af, hvordan det går i hverdagen, og de fortæller begge om ret konkret om ting, der er svært. Men overordnet taler patienter og fysioterapeuter fra forskellige positioner om funktionsproblemer på hver deres måde; Både Susan og Celeste taler ret konkret om de ting, de bøvler med ift. det nye knæ, snurrende fornemmelser eller smerteproblematikker, hvorimod Thomas og Emil overvejende taler om målinger, tests og tal som skal retfærdiggøre forlængelse af træningen, tilfredsstille ortopædkirurgen eller andre aktører som de kommunale retningslinjer for, hvornår man har ret til en udredning.

Opsamling

Mit forskningsmæssige bidrag med denne analyse er at vise, hvordan måling, testning og vurdering af kroppen indgår i den daglige praksis som udgangspunkt for bestræbelser på at nå særlige behandlingsmål, og kunne præstere bedre når træning og behandling afsluttes. Igennem analyserne har jeg vist, hvordan inddragelse ser ud til at blive til gennem sådanne praktiseringer af målinger og de teknologier, der anvendes. Helt overordnet peger jeg gennem analyserne i dette kapitel på, at inddragelse praktiseres gennem det, jeg

vælger at kalde en 'målelogik', men som jeg mener kan forstås på to måder, idet det både handler om selve det at måle på kroppen, men også om at orientere sig mod fastsatte behandlingsmål, som noget man stræber efter. Dette vil jeg søge at indkredse nærmer i det følgende.

Analyserne peger på, at fysioterapeuternes rationaler for at måle og teste kroppens funktioner er, at det er nødvendigt for at kunne inddrage patienterne, men analyserne viser også, at det ikke kun handler om inddragelse. Det ser nemlig ud til, at sundhedspolitiske og faglige rammesætninger virker strukturerende på det, der kan foregå, fordi målingerne også er et afgørende element i at svare på dokumentationskrav, faglige succeskriterier og vurderinger i relation til afslutning eller forlængelse af behandlingsforløb. Sådanne politiske og klinisk fastsatte retningslinjer sætter sig, via teknologierne og dermed målingerne, igennem og bliver medkonstituerende for om noget er en succes eller en fiasko, både hvad angår patienten (eller den objektiverede patient = knæet) eller fysioterapeuten som fagprofessionel. Sådanne rammesætninger bliver også medkonstituerende for institutionaliserede rutiner, der ser ud til at virke i alle typer af møder mellem fysioterapeuter og deres patienter. Disse rutiner objektiverer såvel fysioterapeuten som professionel, og patienten som subjekt. For fysioterapeuten er den klare rammesætning for, hvordan professionaliteten skal praktiseres, bidragende til, at det professionelle handlerum decimeres, idet der skal svares på ret konkrete fordringer om målbare og standardiserede behandlingsmål. Samtidig er der politisk, juridisk og organisatorisk en opfordringsstruktur til inddragelse af patienten, noget som derimod er mere vagt og uklart formuleret og ikke indeholder præcise retningsanvisninger. Og som ikke på tilsvarende vis skal angives og dokumenteres, og netop det ser ud til at få den effekt, at det er de målbare mål, der upåagtet bliver koblet til inddragelse.

Når det handler om behandlingsmål, skaber målinger af kroppens funktioner, duelighed og præstationer udgangspunktet. Behandlingsmål bruges til at finde ud af, hvad der skal stræbes efter og dermed implicit en fordring om forbedring og optimering af kroppens funktioner. Det ser jeg egentlig også som en helt naturlig forventning fra patienternes side, når de opsøger en sundhedsprofessionel; at noget skal blive bedre. Men, fordi målinger, tests og tal tilsyneladende tillægges mere magt end patienternes udsagn og egne formuleringer, får det effekt på den måde patientinddragelse bliver til på. Patienters fortællinger om fx smerter og dårlig gangfunktion tillægges ikke væsentlig værdi, men transformeres til et test- eller måleresultat, hvilket får effekter på patienternes mulighedsbetingelser for at 'oversætte' det, der foregår i praksis til den konkrete komplekse dagligdag, hvor sygdom og funktionsnedsættelse skal håndteres. Og at det til dels er noget, de tilsyneladende er overladt til selv at løse

Målelogikken ser altså ud til at konstituere inddragelse på nogle særlige måder, men samtidig nogle, som jeg mener trækker på et velkendt repertoire. Hvis vi vender blikket mod

de forestillinger om inddragelse, jeg fremstillede i kapitel 2, trækker denne logik blandt andet på idealet om patient-empowerment. Igennem målinger og vurderinger er der en ambition om at engagere og motivere patienten til at handle samt tage træning og behandling alvorligt og dermed gøre noget aktivt for at præstere bedre ved den næste test. Desuden ser jeg også, at den mere biomedicinsk orienterede diskurs om at få brugbare og valide informationer om patienten, står stærkt her. Målelogikken trækker også på en forestilling om, at man inddrager patientens viden fra hverdagen om, hvordan det fx går med at bøje et knæ. Det skal bare omsættes til noget målbart for at kunne begribes i fysioterapien. Dermed kommer målelogikken også til at handle om en form for oversættelse af hverdagens udfordringer til målbare og kvantificerbare elementer, men ikke mindst at patienterne skal kunne gøre deres problemer begribelige i en målbar form, som svarer på de institutionaliserede forestillinger om, hvordan en kropslig problematik kan forstås. Derved mener jeg også, at dette kapitels analyser på mange måder understreger de pointer, jeg fandt i det forrige kapitel; nemlig at patienternes formuleringer og fortællinger, der bliver udtrykt i et hverdagssprog, nødvendigvis skal oversættes for at kunne begribes i de logikker, der fungerer i sundhedsvæsenet; her fysioterapien.

Kapitel 12
Inddragelse som motivationslogik

I det forrige analysekapitel fik vi indblik i, hvordan inddragelse kommer til syne gennem praktiseringer af målinger og tests og de tilknyttede forbedringsrationaler. Dette kapitel handler om, hvordan særlige måder at motivere patienterne til træning, optimering og forbedring bliver en del af inddragelsesdagsordenen.

Jeg stiller i kapitlets analyser spørgsmål til, hvordan træning, aktivitet og deltagelse konstrueres diskursivt i fysioterapeutisk praksis? Hvordan sådanne diskursive praksisser stiller mere eller mindre magtfulde positioner og dermed subjektiveringstilbud til rådighed? Og hvordan sådanne praktiseringer er med til at konstituere medinddragelse?

Motivation viser sig på mange forskellige måder i materialet, men det jeg i særlig grad kigger på i dette kapitel, ser ud til at trække på en forestilling om, at motivation og patienternes aktive deltagelse kan nås gennem særlige måder at tale om og stimulere træning og fysisk aktivitet. Her både som en slags opdragelsesretorik, men også i en mere subtil magtteknologisk form; som en disciplinering ind i herskende sundhedsfaglige og –politiske diskurser om individets forpligtelse til at rette ind efter de anbefalinger, der gives om blandt andet kost, rygning og motion for derigennem at tage ansvaret for sin situation på sig.

Opdragelsesdiskursen genfindes særligt i træningssituationer, hvor jeg i analyserne vil vise, hvordan det handler om at motivere og stimulere patienterne til at deltage og være aktive, noget der kan genfindes i ambitionerne om, hvad en øget patientinddragelse skal bidrage med (se kapitel 2). Der er for så vidt ikke noget mærkeligt i, at fysioterapeuterne gerne vil stimulere patienterne til at deltage aktivt i træningen, men i analyserne viser jeg, at det handler om, at der på forhånd er en defineret plan for, hvad der skal inddrages i og at det kommer til at foregå gennem en særligt disciplinerende retorik. Motivation og disciplinering i relation til patienternes livsstil, handler om, hvordan disse emner bringes på banen, og hvilke effekter det får. Derved kommer jeg i kapitlet nærmere ind på et paradoks, hvor relationen mellem professionel og patient ser ud til at gennemtrænges af implicitte forestillinger om, at patienter blandt andet skal motiveres gennem særlige disciplinerende og regulerende diskurser – og så patienternes egne (og allerede installerede) forestillinger om aldrig at gøre det godt nok i forhold til at tackle livet med sygdom, sådan som analyserne i kapitel 9 viste.

Jeg indleder kapitlet med kort at indramme, hvordan jeg er inspireret teoretisk i relation til motivation blandt andet gennem diskurser hentet i behaviorisme, som har til hensigt at motivere til aktiv deltagelse og efterlevelse af træningsregimer. Herefter handler de første analyser om det særlige kropsarbejde, der forventes i den fysioterapeutiske praksis, og slutteligt om fordringen om at tage ansvar for egen sundhed og sygdom.

Motivation og deltagelse i træning – teoretisk inspiration

At stimulere til fysisk aktivitet gennem særlige (disciplinerende) måder at tale og instruere på, er noget jeg kæder sammen med sportsverdenen og en coachende strategi, noget som også mange, måske især unge, fysioterapeuter ser som en del af deres professionsfaglige orientering. Mange fysioterapeutstuderende vælger uddannelsen, fordi de har en baggrund eller interesse for sport, ofte elitesport, og mange nærer forhåbninger om at bruge uddannelsen til at skabe en karriere indenfor dette område (Harman et al. 2021; Öhman, Stenlund, and Dahlgren 2001). Denne association mellem fysioterapeutisk træning i en bred forstand, og så sports- og coachingdiskurser, hentes teoretisk set i mere pædagogiske og psykologiske orienterede landskaber, frem for sundhedsfaglige. Selv er jeg med min baggrund indenfor sundhedsfremme i kombination med pædagogik, optaget af krydsfeltet mellem pædagogik og patientinddragelse. Og selvom de fleste sundhedspædagogiske ideer ligger noget væk fra sportsdiskursen, har jeg alligevel, i relation til dette kapitels fokus, fundet teoretisk inspiration indenfor en mere pædagogisk/psykologisk begrebsramme. Jeg vil kort indlede med et besøg ind i den behavioristiske tilgang til læring, fordi jeg mange gange undervejs i feltarbejdet fik associationer til den tænkning, og derfor genbesøgte nogle tekster omkring det. Efterfølgende vil jeg kort skitsere nogle af de forskere, der har inspireret mig i forhold til den praksis, der ser ud til at foregå i relation til at få patienterne til at tage ansvar for egen sundhed.

Interessen for sammenhængen mellem naturvidenskab, adfærdspsykologi og læring blev allerede bragt på banen i starten af det forrige århundrede (Roberts and Potrac 2014). Skinner udviklede teoretisk den behavioristiske tilgang med det udgangspunkt, at adfærd handler om læring, hvor individet gennem tilstrækkelig megen positive respons på en særlig adfærd, tilegner sig denne (Nielsen and Tanggaard 2013). Han pegede på, at adfærd derfor kan læres gennem positiv og negativ forstærkning, hvor den ønskede adfærd forstærkes gennem ros og belønning, og den uønskede gennem straf eller ignorering (ibid.). Indenfor det sundhedsfaglige område ser jeg spor af denne teoretiske adfærdstænkning i begreber som compliance, non-compliance og adherence. Indenfor fysioterapi, og i relation til vores undersøgelse af de dominerende tendenser i forskningen (Hansen et al. 2021) var begge begreber, noget vi så gå igen i en del af den publicerede litteratur om inddragelse (se fx; (Bennell et al. 2014; Hale et al. 2012; Miller 2016; Zeppieri and George

2017). Compliance er et lidt ældre begreb, hvor patienten forstås som passiv modtager af medicin, information, vejledning osv., medens man i adherence-begrebet i højere grad anser patienten som aktiv deltager, men iflg. WHO handler det forsat om, at patienten følger de givne anbefalinger (WHO 2003). Indenfor fysioterapi handler adherence også i overvejende grad om i "hvilken grad patientens adfærd er i overensstemmelse med den sundhedsprofessionelles" (Jack et al. 2010), hvilket blandt andet indebærer overholdelse af træningsintensitet og – hyppighed, ofte i form af hjemmeøvelser. Når patienten motiveres eller instrueres, er det ift. begrebet om adherence derfor væsentligt at beskæftige sig med graden af adherence, noget der også er forsket i at udarbejde målbare resultater for (Bassett 2003).

De sidste analyser i dette kapitel handler om, hvordan patienternes sundhed, her forstået som adfærd i relation til kost og motion, adresseres i praksis. 'Ansvaret for egen sundhed', eller den hegemoniske individualiserende sundhedsdiskurs har været undersøgt mange gange i en dansk sammenhæng (se fx (Dahlager 2001; Pii 2017; Schøler 2017; Thing 2009). Og interviewdeltagerne i projektet her adskiller sig ikke fra det overordnede billede af, at danskerne har lært og forstået at sundhed er et valg, ikke et vilkår. Og at det sunde liv handler om at træffe de rigtige beslutninger. Med denne herskende diskurs har mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter ofte vist sig at tage form som en form for bekendelse af den upassende sundhedsadfærd (ibid.). Eller med Foucault's begreber, har mødet mellem patient og sundhedsprofessionel de seneste mange år været formet gennem 'pastoral magtudøvelse', hvor individet subjektiveres som mere eller mindre sund gennem en form for bekendelse af sin utilstrækkelige sundhedsadfærd (Villadsen 2007)

Men nu over til kapitlets analyser, som præsenteres i to afsnit; det særlige kropsarbejde og fordringen om at tage ansvar for egen sundhed og sygdom.

Praksis og det hårde arbejde på kroppen

At instruere og motivere patienterne til at deltage i træningen og til at udføre en række øvelser derhjemme med henblik på at forbedre de fysiske funktioner står helt centralt i store dele observationsmaterialet. Det ser ud til at være et helt grundlæggende element i fysioterapeutisk behandling, som jeg vil vise også kobler sig til et begreb om inddragelse.

Ib, Per og træning af den nye hofte

Ib (P), en ældre mand på omkring 70, har netop fået indopereret en ny hofte, og den følgende situation er Ibs første møde med den fysioterapeut, der varetager efterbehandlingen. Jeg har valgt denne situation fra observationsempirien, fordi den på flere måder

rummer elementer, som går igen i de tre forskellige empiriske kontekster (rehabiliteringscentret, kommunal og privat praksis). Det handler om konstitueringen af træning og øvelser som helt centralt i fysioterapeutisk behandling, om interessen for, hvor meget og hvilke former for sport, patienterne dyrker, men som situationen med Lasse og Karina i kapitel 10 viste, så betones de forskellige spørgsmål og mængden af dem forskelligt i de tre kontekster. Dette gælder i øvrigt også for procedurerne omkring test og målinger, sådan som jeg viste i kapitel 11.

Ib er budt indenfor i lokalet, som normalt bruges til ergoterapi. Der er mange ting i rummet, men også et bord, flere stole og en briks. Per (F), som er fysioterapeut, "*veltrænet og dyrker triatlon. Han er nok ca. 40 og meget muskuløs, går med friluftstøj, shorts og t-shirt*" (O11), sætter sig på den ene side af bordet med sin bærbare PC åben og beder Ib tage plads på den anden side. Situationen, der udspiller sig er, at Per kigger på sin skærm, stiller spørgsmål og Ib svarer. De starter med at tale lidt om hofteoperationen, og jeg har noteret:

> "Der opstår en rytme hvor Per læser på sin PC, kigger på hvad han skal spørge om, spørger og Ib svarer. Per noterer og skriver det ind mens Ib kigger ud i luften og venter på det næste spørgsmål. Sådan er det startet og det viser sig at fortsætte på den måde."
>
> "Har du lavet de øvelser, du fik på hospitalet?", spørger Per. "Nej" svarer Ib. "Hvorfor ikke?" vil Per vide. "Fordi de gør ondt", svarer Ib. [De taler lidt om medicin]. Per spørger; "Hvad laver du ellers", hvortil Ib svarer "Jeg selvtræner flere gange om ugen". Per vil gerne vide om han plejer at *gå* derover. "Ja" svarer Ib "men det er nok en måned siden. Jeg blev nødt til at holde pause pga. hoften". Per spørger om han laver anden motion end det; "Kun én gang om ugen?", siger han. "NEEJJJ! Jeg går 5 gange om ugen, nogle gange kun 3, hvis jeg skal noget andet", hvortil Per svarer; "Nåå, så er vi mere rolige". [De taler en stund om, at Ib har været glad for landevejscykling og om professionelle cykelløb og -ryttere]. "Træner din kone også her. Eller er hun sådan en, der ikke træner?" vil Per vide. Ib siger; "Nej, hun har ikke tid", hvortil Per svarer "Man har altid tid til træning". Ib siger, at "hun går til noget 5 dage om ugen. Hun går til stavgang, bordtennis og alt muligt". […] "Hvad med ind og ud af din seng?", "Det klarer jeg selv". "Og hvad med personlig hygiejne og påklædning", "Det klarer jeg selv". "Kan du bukke dig ned", "Ork ja, det klarer jeg selv". "Også strømper og sko. Bruger du en gribetang til det?"
>
> [De taler lidt frem og tilbage om lang- og kortsigtede mål og går ud på gangen og laver en række tests]. Per siger ting som "Testen er tilfreds. Men jeg vil gerne ha' at du lægger mere vægt på det opererede ben". "Det skal vi nok sørge for at fortælle dig her". "Hov, hov, gå ordentligt" "Du får lige lidt lektier til næste gang". Ib siger ikke så meget. Han gør de ting han bliver bedt om. Han går frem og tilbage. De går ud til trapperne og Ib går op og ned og op og ned. Vi går tilbage til behandlingsrummet. De sætter sig samme steder og Per spørger "Var det hårdt? Hvis det her var hårdt, bliver det endnu hårdere, når du kommer næste gang". "Ja, det var det, jeg var bange for", siger Ib med et skævt smil. "Ja, du har jo nok hørt om hvordan vi kommanderer med folk", siger Per og smiler. Han vender tilbage til PC'en og kigger på skærmen. "Vi har lige nogle forskellige ting, vi skal have udfyldt her. Nu fire forskellige steder her efter d. 1/10 pga. nye systemer".

”Hvad er din egen indsats?” spørger Per, men svarer selv: ”Du skal lave øvelserne fra hospitalet, du skal rejse/- og sætte dig med vægt på det opererede ben, du skal øve dig på at skiftevis med højre og venstre ben ift. stokken – det jo ikke en gangbuk eller en rollator. Det er en god idé at gå med almindelig benskift, fordi så bliver overgangen til én stok og bagefter igen meget nemmere”. ”Du skal også mærke efter om den ømhed, du får fra træningen, er muskelømhed. Det må det gerne være. Eller om det er som de smerter du havde tidligere”. ”Og min indsats er, at jeg skal instruere dig ordentligt. Jeg skal sætte dig på holdet. Jeg skal motivere dig. Jeg skal presse dig lidt”. Ib siger; ”Jeg har været soldat, så deeeettt…”. Per svarer; ”Så er du kommet til det rette sted, og du skal huske at tage dine smertestillende inden du kommer til træning”. Han forklarer om holdet ”Det er nok mig, du møder nogle af gangene, men vi er fire og vi er lige hårde. Men vi be'r jer kun om det, vi tror, I kan klare”.

Da vi kommer ud på kontoret, ordner vi hver især lidt forskelligt. Per spørger ”Var det virkelig den første første-gangs samtale, du har været med til”. ”Ja”, siger jeg ”jeg ved ikke om det er med vilje, at Agnete har sat mig på hos dem, der har mange hold. Per siger: ”Måske har hun gjort det fordi, når vi har hold, det er jo dèr, der foregår inddragelse. Når vi har førstegangssamtaler, foregår der jo stort set ingen inddragelse. Der har vi bare en række spørgsmål, som vi skal stille patienten”. (O11; 164-304, forkortet)

Situationen, som er Ibs første møde med fysioterapeuten, ser ud til at foregå efter en nøje beskrevet procedure, som er institutionelt rammesat. På computeren er indholdet for mødet beskrevet i form af en række spørgsmål og fysiske tests og derved bliver sådanne dokumentationspraksisser en del af den organisatoriske infrastruktur, som tilsiger at særlige aktiviteter og samtaleindhold er centrale i mødet mellem sundhedsvæsen og patient. Denne pointe siger ikke noget specifikt om arbejdet på kroppen, men den viser noget om, hvor stærkt de institutionelle vilkår er med til at forme mødet mellem patient og terapeut. Computeren i sig selv er på flere måder med til at producere den inddragelsespraktisering, der bliver mulig. Dels ved, at skærmen skaber en fysisk barriere mellem Per og Ib, som Per undervejs orienterer sig mod både for at læse og skrive. Men også ved at sikre, at Per spørger til bestemte forhold i Ibs liv, forhold som antages at være væsentlige i relation til det kommende forløb. Der er i det hele taget mange ting på spil i dette møde men i denne analyse er jeg primært optaget af, hvordan der er tale om en særlig forståelse af det kropsarbejde, der forventes af patienten, og hvordan det er med til at forme praktisering af inddragelse på en særlig måde.

Jeg spørger derfor i analysen til, hvilke særlige forståelser af kropsarbejde, der er på spil? Og hvordan diskursive konstruktioner af (det hårde) arbejde på kroppen kan kobles til motivation? Og hvordan praktiseringer af såvel samtaler og fysiske tests ser ud til at konstituere inddragelse på særlige måder? Hvordan jeg svarer på disse spørgsmål, samler jeg op på til sidst i kapitlet.

Gennem situationen etableres en norm om, at arbejdet på kroppen handler om disciplin, skal føles hårdt og er noget, der skal ske under pres. Og at fysioterapeuten er i en position,

hvor det også er legitimt at spørge til eksempelvis Ibs hustru og hendes træningsengagement. Pers påklædning og egen veltrænede terapeutkrop markerer klart, at han ikke indgår i en almindelig hverdagssamtale, men at der her skal foregå noget, der har med krop, aktivitet og træning at gøre. Det bliver medproducerende for en norm om, at kroppen er noget, der skal arbejdes på og noget som kan formes gennem træning. Ib er da også omgående på det rene med, hvad Per taler om, når han spørger til 'hvad Ib ellers laver. Ib forstår, at det handler om hans fysiske aktivitetsniveau og svarer prompte, at han selvtræner, hvormed Ib anerkender træningsdiskursen, som han allerede er indskrevet i inden mødet. I den efterfølgende dialog bekræfter og reproducerer de begge diskursen om, at arbejdet på kroppen handler om hård træning mange gange om ugen, og de kommer hurtigt ind på, at Ib har været glad for landevejscykling. Gennem samtalen stiller ingen af de to spørgsmål ved den selvfølgelighed, hvormed træning konstitueres; man kan aldrig få nok, og man skal instrueres, motiveres og presses.
Undervejs knytter Per formuleringerne om fysisk aktivitet nøje sammen med forventninger til eksempelvis, hvor ofte man skal træne, at man altid har tid til træning, at det handler om at få lektier for, at det skal være hårdt, og at det handler om at kommandere og presse. I dokumentationsskemaet er der tilsyneladende formuleret spørgsmål om såvel "terapeutens" som "patientens indsats", hvilket giver associationer til en form for forhandling om 'noget for noget', at hver især yder en indsats. Noget jeg ser som sammenhængene med de diskurser, der handler om at inddragelse indebærer patienternes aktive deltagelse og involvering. Her svarer Per selv på sit spørgsmål om, hvad Ibs indsats skal være og derved henvises Ib til en umyndiggjort position hvorfra han ikke har magt til at definere, hvilken form for indsats, han kan se sig selv i. Gennem samtalen konstrueres Ib som et menneske, der skal motiveres og presses. Hele disciplinerings-diskursen understreges og forstærkes af hans eget svar om, at han 'har været soldat' og Pers replicering om, at han så er kommet det rette sted hen. Denne form for instruktion er ikke usædvanlig og i testsituationer trækkes der ofte på diskurser fra militær- og sportsverdenen. Hos flere, især mandlige deltagere, producerer det særlige associationer til en tid som soldat, også hos en anden patient, Erik, som dumper ned i stolen efter prøvningen og udbryder: "V*ed du hvad, da jeg var soldat, skulle man marchere med fuld oppakning og holde 6 km/t, og ikke bare fuld oppakning, nej alene geværet vejede 7 kg*" (O15; 188-90).

Ud over disciplinerings- eller opdragelsesdiskursen, som er omdrejningspunktet for denne analyse, ses også andre væsentlig ting i forhold til at blive klogere på, hvordan inddragelse praktiseres i denne situation. Blandt andet ser det ud til, at hverdagens gøremål og eventuelle følger efter en hofteoperation, er indlejret i en institutionel informeret logik, som refererer til ADL-vurderinger[37], der fx foretages når en borger skal visiteres til hjælp i hjemmet eller hverdags-rehabiliteringsforløb. Ib skal derfor ikke selv formulere

[37] ADL: Activities of Daily Living.

eventuelle problemstillinger fra sit hverdagsliv, men får mulighed for at svare på specifikke forudbestemte mulige udfordringer. Andre typer af aktiviteter bliver ikke legitime at tale om i situationen, hvorved forståelsen af hverdagen formes gennem en institutionelt forankret diskurs, der dels mobiliserer juridiske men også sundhedspolitiske og –faglige ambitioner om dokumentation og målbare indsatser.

En afstikker fra analysen om kropsarbejdet: Standardisering og inddragelse

Jeg vender for en stund blikket væk fra temaet for denne analyse, fordi en anden vigtig iagttagelse trænger sig på. Den analytiske pointe, som jeg ser i denne situation og som falder udenfor mit fokus på sammenhængene mellem opdragelsesdiskurs, motivation og inddragelse, er spørgsmålet om (af)professionalisering. Grunden til, at jeg vælger at tage pointen med her, er, at det tilføjer nogle nuancer i relation til praktiseringer af inddragelse, både dem vi ser i dette, men også i de to foregående kapitler. Og jeg mener, at det er en vigtig pointe, fordi den nuancerer blikket på, hvordan nogle af de kontekstuelle vilkår er særdeles virksomme i forhold til, hvordan inddragelse praktiseres i fysioterapi.

Umiddelbart er der i strukturen for samtalen mellem Ib og Per ikke lagt op til, at der skal foregå nogen egentlig individuel professionel vurdering, fordi planen allerede er lagt inden mødet. Den er en del af en institutionel rammesætning, der er koblet op på eksempelvis de nationale kliniske retningslinjer, der indeholder relativt præcise anbefalinger til den fysioterapeutiske indsats til hofteopererede (Danske Fysioterapeuter 2019), sundhedspolitisk formulerede forløbsprogrammer (Sundhedsstyrelsen 2012) samt fastsatte dokumentationskrav iht. Sundhedsloven (Sundheds- og Ældreministeriet 2018a). Tidligere på dagen havde jeg talt med en anden fysioterapeut om formen på disse samtaler og den standardiserede brug af specifikke tests og fået forklaret;

> ”Dem bruger vi, fordi de er testet til hofte. Og så sluttester vi altid på de samme tests”. ”OK, er det så dem der kommer fra sådan nogle retningslinjer”, spørger jeg ”eller er det nogen I selv har fundet?”. ”Vi bruger dem, fordi de er valideret til hofte og hofteopereret. Og så fordi man ved, at hvis de kan klare det, så bliver de bedre til at klare sig” (O11; 73-75)

Per har altså hverken besluttet, hvad der skal tales om eller hvad der virker relevant at undersøge. Han skal teste specifikke funktioner, som i citatet kobles sammen med ’at blive bedre til at klare sig’, hvilket jeg forstår som værende en del af et sundhedspolitisk rationale om, at genoptræning skal bidrage til, at borgerne i videst muligt omfang skal kunne klare sig selv og ikke forlade sig på offentlig hjælp. Dette understreges også af, at Per betjener sig af det institutionaliserede dokumentationsskema samt sundhedsfaglige og politiske retningslinjer, der nøje angiver, hvordan og hvad der skal ske samt hvad konklusionen på dette møde skal være. Fysioterapeutens opgave bliver således knyttet tæt

sammen med overordnede politiske og økonomiske ambitioner, og jeg læser det som en udgrænsning af den professionelles faglige viden og vurdering. Men når jeg alligevel kæder denne analytiske pointe sammen med inddragelse, er det fordi jeg mener, at den understreger dobbeltheden i, at der sundhedspolitisk på den ene side er en ambition om at humanisere sundhedsvæsenet og styrke patientinddragelsen, og på den anden side en ambition om at sikre den sundhedsfaglige kvalitet gennem indførelse af procedureorienterede arbejdsgange, hvor standarder, kvalitetssikring og kliniske retningslinjer lægger retningen for, hvordan patienter skal behandles. Dette er en velkendt dikotomi (Guldager 2016), men ikke desto mindre sætter denne analyse skarpt på, hvilke konkrete effekter det får for inddragelse. Her vil jeg særligt pege på Pers begrænsede muligheder for at bruge egne faglige erfaringer, lytte og spørge til elementer, han finder relevante i den konkrete sammenhæng, men især Ibs manglende muligheder for at gøre de specifikke og særlige forhold gældende i relation til den nye hofte, sådan som de udfolder sig i netop hans hverdagsliv. Derved decimeres muligheden reelt for at inddrage Ibs viden dvs.; andre former for viden, end den sundhedsfagligt definerede relevante.

Per, kroppen og patientinddragelse

Per fortæller efter mødet med Ib, at han ikke selv tænker, at der foregår inddragelse ved sådanne samtaler, fordi han bare har en række spørgsmål, der skal stilles. Jeg havde selv, modsat Per, en klar opfattelse af, at det her netop var ét eksempel på, hvordan praktiseringer af inddragelse kunne se ud set fra de professionelles perspektiv. Og derfor overraskede det mig, at Per ikke anser det, der foregår som noget, der har med inddragelse at gøre. Det giver mig anledning til at reflektere over to forhold; Dels, hvad det kan fortælle mig om det perspektiv, hvorfra jeg kigger og gennem hvilke forståelser er mine valg og fravalg i såvel felten som de efterfølgende analyser informeret? Derudover, hvad der mon informerer Pers (og en del af de andre deltagende fysioterapeuters) perspektiver på patientinddragelse?

For at svare på det sidste først, anser jeg netop spørgsmålet om, hvad der informerer Per som helt centralt for denne afhandling. Konkret for denne situation, ser det ud til at Pers praktiseringer primært er informeret af institutionelle rammesætninger og krav til, hvordan en første samtale med en ortopædkirurgisk patient skal formes, og måske netop derfor tænker Per ikke, at det her drejer sig om inddragelse, men om nogle procedurer, der bare 'skal overholdes'. Hvordan Pers faglige og retoriske forståelser af 'patientinddragelse' præcist er informeret, kan ikke gøres til genstand for analyse, fordi jeg desværre ikke fik lejlighed til at tale mere med ham om det. Til gengæld valgte jeg, netop som følge af snakken med Per, at bringe denne empiriske situation med til drøftelserne ved fokusgruppediskussionerne med fysioterapeuterne. Her var der flere perspektiver på om og i så fald hvordan, inddragelse optræder i denne type af samtaler: En del tænker, at der er tale om, at det er meget "*faktuelt*" og bærer præg af at være "*envejskommunikation, der lyder som om det kommer fra en spørgeguide*" (FG K), at der er tale om "*speciel form for kommunikation*"

(FG R), der måske på nogle punkter kunne klares elektronisk ved hjælp af et spørgeskema, og at det er begrænset, "*hvor meget fysioterapeuten egentlig har lært Ib at kende*". Andre, at der er en form for inddragelse, fordi der etableres en fælles målsætning, men at i vejen til den målsætning "*er der ingen inddragelse*" (FG R). Enkelte igen mener, at det er et godt eksempel på patientinddragelse, fordi der bliver "*både spurgt ind patientens dagligdag og spurgt ind til sociale liv i forhold til hjælp og til ADL-aktiviteter*[38]*, hvad er der store problemer med?*" (FG P). Man kommer omkring alt det, der er relevant, og ikke lader patienten styre samtalen, så der bliver åbnet for længere fortællinger om alt muligt uvedkommende, fordi sådanne konsultationer kan få karakter af 'samtaleterapi' (FG P).

Der er således en række forskellige udlægninger af, hvordan eller om dette kan siges at handle om patientinddragelse. Det forhold taler ind i et af grundvilkårene omkring selve begrebet, at det er svært at få hold på – både forskningsmæssigt, teoretisk, og tydeligvis også i praksis. De forskellige udsagn om denne situation spænder helt fra, at den virker instrumentaliseret til, at den er et godt eksempel på inddragelsespraksis.

Hvad angår det første spørgsmål, vil jeg qua mit andenordens perspektiv bestræbe mig på at redegøre for, hvorfor jeg forstår denne situation så forskellig fra Per, i relation til inddragelse. Mit blik er dels informeret af min forskningsinteresse for, hvordan patientinddragelse praktiseres i *mødet mellem patient og fysioterapeut*, hvilket jeg mener, at netop denne situation er et eksempel på – et *møde* hvor der både foregår en samtale og nogle kropslige aktiviteter. Samtalen drejer sig om, hvordan Ib skal behandles og leve med sin nye hofte, temaer som handler om Ibs liv og om fysioterapi – nogen eller noget skal inddrages eller involveres i hinanden. Men jeg ser det også som tæt forbundet med min forskersubjektivitet og egen tidligere praksis (som jeg beskrev i kapitel 5), som her får mig til at rette blikket netop mod samtaler med patienterne om, hvordan sygdom eller funktionsnedsættelse former hverdagen. Mit blik er også teoretisk informeret, idet jeg gennem mine fremskrivninger af praktiseringsbegrebet interesserer mig for, hvordan patientinddragelse produceres gennem et netværk af diskursive og socio-materielle praksisser, institutionelle logikker og kroppe. Og netop her ser jeg institutionelle logikker og diskurser, materialiteter og trænede kroppe som meget fremtrædende og betydningsbærende i forhold til, hvad der kan foregå i en situation, og hvordan samtalen om hverdagen, operation og genoptræning former sig.

Efter denne afvej med analyser, der handlede om noget helt andet end arbejdet på kroppen og opdragelsesretorikken og dens potentielle motiverende effekter, vil jeg nu komme tilbage på sporet. Den næste analyse handler om de diskursive konstruktioner af træning som hårdt arbejde, og hvordan det kobles op på motivation og dermed også inddragelse.

[38] ADL: Almindelig daglig livsførelse (activities of daily living)

Konstruktionen af træning som hårdt kropsarbejde

I forrige kapitel om målinger, tests og tal viste jeg, hvordan metaforer hentet fra sportsverdenen, som eksempelvis kategoriseringer af holdtræningen i platin-, diamant-, guld-, sølv- og bronzehold eller vendinger som 'klar-parat-start', 'målfotos' eller 'at løbe med hænderne over hovedet hen over målstregen' er gennemtrængende i praksis. Disse sports- og militærdiskurser vil jeg nu undersøge nærmere i relation til, hvordan det konstituerer en særlig forståelse af fysioterapeutisk træning, som ser ud til at have til hensigt at motivere og engagere patienterne.

I situationen med Per (F) og Ib (P) blev det aldrig helt klart for mig, hvorvidt nogle af Pers vendinger, som "*hvis det her var hårdt, bliver det endnu hårdere*" eller "*du har jo nok hørt om, hvordan vi kommanderer med folk*" var sagt i spøg eller for at lette stemningen. Ikke desto mindre kan eksemplet ses som et udtryk for noget, jeg er stødt på mange gange i feltarbejdet også til holdtræning, og som kobler sig tæt til måle- og forbedringsdiskurserne, som jeg undersøgte i forrige kapitel. Her så vi, hvordan der implicit i praktisering af testninger og målinger samt fastsættelse af behandlingsmål er en opfordring til at bestræbe sig på forbedring. Disse bestræbelsesdiskurser forstærkes således også i selve behandlings- og træningssituationerne gennem eksplicit artikulerede opfordringer. Formuleringerne giver associationer til militær- eller konkurrencesportsverdenen og det, der går igen er, at i mødet med fysioterapien skal træning være hårdt og noget man skal presses til – måske for at sikre sig, at der sker noget? Det kan være gennem formuleringer som: "*Jeg ved godt, at det hårdt, men det er GODT*" (O11; 60), "*Ja, men hvis du vil blive bedre, så vil det være hårdt. Man kan kun blive bedre, hvis det er hårdt*" (O17; 113), "*Er det kun til smertegrænsen? Den skal helst lidt over*" (O14; 18-19) eller "*Du finder selv ud af, hvor meget du kan klare. Det får du lov til her første gang, men næste gang, er det mig der bestemmer. Og jeg er hård*" (O17; 19-20). Tests sættes i gang med formuleringen "klar-parat-start" og mobiltelefoner bliver brugt til at tage tid eller tage målfotos, omgangstællere og stopure indgår også som faste bestanddele i de indledende møder (bl.a. O1, O6, O8, O11, O13, O14, O22, O23). Når sådanne præstationsregistrerende teknologier indgår i træningen, forstærkes en norm om, at fysioterapeutisk træning, er noget der skal føles hårdt, og understreger pointen fra kapitel 11 om, at arbejdet på kroppen handler om præstationer. Dermed installeres samtidig en konkurrencediskurs, hvor man enten konkurrerer mod sig selv og sine tidligere testresultater, mod normværdier angivet i tabeller der enten findes som plakater på væggene eller i fysioterapeutens computer eller mod andre patienter som når man træner sammen på et hold.

For at illustrere, hvordan det *kan* tage sig ud, har jeg valgt nedenstående eksempel fra empirien. Vi er på sølvholdet, som er en del af et 'forløbsprogram'[39], hvor langt de fleste deltagere er ældre mennesker med diagnoser som KOL og hjerte-/karsygdomme. De er hver især startet med at varme op på kondicyklerne, men nu gælder det den fælles træning, som skal foregå i et større rum:

> Vi går alle sammen ind i den store sal. Her skal der lige flyttes nogle borde og stole. Jeg hjælper til og efterhånden er vi klar. "I skal stille jer i en rundkreds, for nu skal vi til at gå".
>
> "Hov hov, der er ikke noget med at sidde ned nu", siger Jonas (F) til en ældre dame, der har fundet en stol bag en søjle og er i gang med at åbne en vandflaske. Hun rejser sig hurtigt, samtidig med at han siger "Ellers er der strafrunde". Så begynder vi at gå rundt. Der er mange mennesker på lidt plads. Jeg går med i rundkredsen. […]. Vi bliver i salen i næsten 25 min. og går og går.
>
> Bagefter skal vi tilbage i træningssalen, hvor Jonas samler deltagerne og siger "at nu skal vi lige ha' en hurtig omgang cirkeltræning. Vi tager en turborunde. […] Og så bliver der også lidt kortere sæt. I skal arbejde i 45 sekunder og så en lidt kortere pause og så 45 sek. igen. Og så skift til ny øvelse". Marie (F) og Jonas hjælper deltagerne med at finde en makker og en station at starte ved. Jonas står med et stopur i hånden og taler højt, så alle kan høre "Er I klar?", og det er de vist. Han siger "3-2-1 – start". Og så går alle deltagere i gang med deres respektive øvelser, som handler om at komme op/ned fra gulv, balancetræning på en halv bold og en plade, rejse/sætte sig fra en stol, lave noget med nogle håndvægte og lave elastiktræning med benene. Den sidste ser det ud til at mange har svært ved. De kan nærmest ikke holde balancen, når de skal ha' elastikken på og Marie hjælper flere af dem. Ellers kan de ikke nå at være klar til næste omgang begynder. Hver gang står Jonas med stopuret og siger "klar – parat – start". På et tidspunkt er Karsten (P) på vej til at tage et glas vand fra de kander, der står midt i lokalet under en hylde. Jonas kalder "Nej, Karsten. Det der venter vi med til I er færdige". (O14; 30-34, 46-59)[40]

Umiddelbart så jeg ikke inddragelsesaspekter i disse situationer. Og alligevel blev jeg optaget af, at træning her etableres som så vigtigt, at ældre deltageres behov for hvile og tørst skal udsættes, og det ved hjælp af en stærkt disciplinerende retorik. Jeg undrer mig over, hvorfor der opstår et behov for at sikre, at deltagerne i træningen er fysisk aktive, deltagende og ikke holder pauser? Jonas (F) praktiserer professionel som én, der har orden på tingene og som sikrer, at man ikke sidder og slapper af eller drikker vand på upassende tidspunkter. Træning konstitueres som så centralt, at han omgående noterer, kommenterer og taler om 'strafrunder' i tilfælde af, at deltagerne ikke praktiserer holddeltager på passende måder. Det er igen umuligt at afgøre om Jonas også forsøger at være lidt sjov og uformel. Men effekten af hans instruktioner er tydelig; kvinden rejser sig omgående og følger med, og Karsten tager *ikke* et glas vand. Implicit trækker Jonas på

[39] "Forløbsprogrammer er en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe" (Sundhedsstyrelsen 2012)

[40] Lettere redigeret af anonymiseringshensyn

en opdragelsesdiskurs, hvor den enkeltes behov skal undertrykkes i bestræbelserne på at leve op til de foreskrevne træningsregimer. Herved umyndiggøres deltagerne og ved at efterleve kravene, underkaster alle deltagere sig den herskende retorik om hård træning, der skal kunne mærkes. Hvis jeg forstår det som en nødvendighed, at patienter *skal* træne og man *skal* være aktiv og engageret, læser jeg også, at sådanne praktiseringer, kan hænge sammen med den tidligere omtalte behavioristisk tilgang, som groft sagt bygger på 'gulerod eller pisk'-forestillingen. Noget der også handler om adherence; at patienterne følger de anvisninger, de har fået af de professionelle. Det er velkendt indenfor en del af inddragelseslitteraturen, at netop adherence, compliance og andre tilstødende begreber ses som tæt koblet til at engagere og inddrage patienterne. Så til trods for, at jeg ikke ved første øjekast så aspekter af inddragelse i situationer som denne, kommer det til syne her og bliver til i fysioterapien som særlige motivationsstrategier.

Den efterfølgende træning foregår i en sal med en hel del udstyr, maskiner, cykler og gangbarrer, som skal forceres og som forhindrer deltagerne i at bevæge sig ubesværet rundt. De ældre mennesker har lidt bøvl med balancen og elastikkerne, men det ser er ikke ud til at forstyrre fysioterapeuterne. Her foregår træningen i en atmosfære af travlhed, og med megen orden; man er to og to sammen, man arbejder i 45 sek., pause, arbejder 45 sek., skift, 3-2-1 start og 'er I klar?'. Der hersker en norm om, at man følger instruktionerne og arbejder på kroppen på angivne måder. Instruktionerne er formuleret i en retorik som ses fx i fitness- eller militærverdenen, og igen trækkes på diskurser hentet i behavioristiske forestillinger om, at korrekt adfærd kan stimuleres ved ros og forkert adfærd ved ignorering eller afstraffelse. Desuden forstærkes 'hård-træning-diskursen' af Jonas stemmeføring, egen trænede krop i træningstøj og brugen af stopuret. Jeg forstår igen disse praktiseringer som en del af en særlig form for motivationsstrategi, der skal sikre, at mennesker deltager aktivt i træningen, og underkaster sig de herskende forståelser af træning og øvelser som centrale i forhold til at engagere sig i eget behandlingsforløb. Når jeg ser inddragelse blive til gennem sådanne praktiseringer, er det netop på grund af denne implicitte opfordring til at blive motiveret og engagere sig. Noget som er tæt koblet til de politiske ambitioner med patientinddragelse, som jeg skrev frem i kapitel 2 (se fx Holen, 2015; Pedersen & Kjær, 2017). Det drejer sig om at styrke patientens engagement i selv at bidrage til at holde sig sund, at være ansvarlig og aktiv. Det er også noget, som bekræftes af fysioterapeuterne i fokusgruppediskussionerne, hvor de kæder engagement og aktiv deltagelse tæt sammen med patientinddragelse, hvor "*patientinddragelse er at aftale hjemmeøvelser, pauser og adfærd*" eller "*patientinddragelse er eget ansvar for træning i forskellige former, hvilket fører til empowerment*" (FG K).

Amanda, Ida og cykeltræning

Gennem feltarbejdet var jeg dog også vidne til helt andre måder at motivere til deltagelse og fysisk aktivitet på. Tilgange, som bryder med den disciplinerende retorik, men hvor

konstitueringen af træning som fundamentalt vigtigt er uforandret. I den næste situation konstitueres terapeut-kroppe som andet end eksemplariske for normen om 'veltræ-nethed' og indgår i motivationsfremmende handlinger på helt andre måder. Og hvor de disciplinerende diskurser ikke træder frem på samme vis.

> Næste patient er en ung spastisk kvinde, der taler meget højt og er meget umoden i sin måde at tale på – både i formuleringer og indhold. "Nå Ida. Du skal på cyklen til at starte med". Ida peger og går straks ind til en særlig kondicykel. "Nå, er det den, du vil ha' i dag. Det er fint. Sæt du dig op og gå i gang. Husk at blive ved med at træde". Ida stopper efter hver runde og tjatter lidt til styret med den ene hånd. Amanda lægger hånden på hendes arm og sætter den tilbage på styret. "Husk at dreje rundt", siger Amanda. "Nå, du har nok morgenhår", siger Amanda og stryger Ida på håret. "NEJ da, jeg er blevet klippet. Kan du se det?". "Nå ja, det kan jeg da godt se, du er jo helt korthåret i nakken". Medens de snakker, lægger Amanda hænderne på Ida og får hende til at fortsætte med at cykle. Sådan går der lidt tid. Ida arbejder meget vekslende, det meste af tiden står pedalerne stille. Amanda gentager "Husk at træde rundt. Husk at lægge hænderne på styret". Til sidst siger Amanda: "Prøv at køre alt hvad du kan i 10 sekunder". Det gør de nogle gange. (O18; 121-30).

Under hele situationen har de to en samtale om Ida's juleforberedelser, gaver til Idas kæreste og cafébesøg med kontaktpersonen, Jane. Da cykleriet er overstået, spørger Ida:

> "Skal vi derind i dag?" og peger i retning af Amandas behandlingsrum. "Vil du gerne på briksen i dag, Ida?", spørger Amanda. "Det kan vi godt. Så lad os gå derind, når vi er færdige med det her". (O18; 141-43)

At Ida skal på briksen viser sig at indebære, at Amanda bevæger Idas skuldre og arme i alle retninger, og strækker hendes muskler ud. Noget som Ida tilsyneladende finder behageligt. Da de er færdige, vil Ida træne videre med nogle balloner i træningssalen.

Som vi har set tidligere, er træning heller ikke her til forhandling, så logikkerne om, at der skal arbejdes på kroppen, er uforandret. Men det er for så vidt også fuldstændigt naturligt i en praksis som den fysioterapeutiske, der netop handler om at arbejde med kroppen. Men i denne situation konstitueres træning ikke som et særligt kropsarbejde, der kun kan foregå på bestemte måder, som hårdt arbejde, der skal gøre ondt. Amanda motiverer Ida med sin egen krop gennem berøring, få instruktioner og gennem samtaler om, hvad der rører sig i Idas liv lige nu. Jeg læser her, at inddragelse konstitueres gennem de kropslige og sproglige handlinger. Det, der optager Ida lige nu, bliver centralt for deres samtale, og Idas behov for at få spændt sine spastiske muskler ud konstitueres som relevant og kan imødekommes på bekostning af de ting, Amanda havde planlagt for dagens træning. Her ser det ud til, at det stadig er motivation og træning, der er centralt, men at Ida inddrages i behandlingssituationen gennem en subjektposition, hvorfra hun kan sætte ønsker og behov på dagsordenen. Og at indholdet i behandlingen ikke er defineret på forhånd, men

at det fastsættes gennem forhandlinger mellem Ida og Amanda. Jeg ser dette som et eksempel på, hvordan inddragelsespraktiseringer faktisk ser ud til at foregå ved at inddrage patientens viden, ønsker og behov for fx udspænding af stramme muskler. Og at det også får konkrete effekter på det, der kommer til at foregå her.

Opsamling

Kort skitseret har de foregående analyser peget på, arbejdet på kroppen ser ud til at foregå gennem en særlig måde, som er fremtrædende i fysioterapien. I analyserne har det igen været nødvendigt at kigge meget bredt på fysioterapeutisk praksis, for derigennem at indkredse inddragelsespraktiseringer. Dette gør jeg ved at undersøge, hvordan diskursive konstruktioner af træning er med til at etablere særlige normer om, hvordan det kan faciliteres, blandt andet gennem en opdragelsesdiskurs, som hviler på en motivationslogik, som kobles til forestillinger om, hvad patientinddragelse indebærer; blandt andet patientens aktive deltagelse, involvering og engagement. Og det er gennem koblingen af den professionsforankrede logik om hårdt arbejde, træning og disciplin som vejen til en bedre hverdag med sygdom, at jeg ser inddragelse og denne særlig form for arbejde på kroppen hænger sammen.

Inddragelsespraktisering og ansvarliggørelse

I forlængelse af, at træning er en stor del af det, der foregår hos fysioterapeuten, og at motivations- og disciplineringsretorik er en del af praktiseringen af inddragelse, skal vi nu kigge på, hvordan også patienternes sundhedsadfærd bliver gjort til genstand for nærmere undersøgelse i mødet med fysioterapien. I det følgende vil jeg beskrive, hvordan det handler om arbejdet på og disciplinering af kroppe, adfærd og tanker.

Praksis og ansvaret for sundheden

Den ansvarsdiskurs, som patienterne giver udtryk for i interviewene (se kapitel 9), citeres i mødet med den fysioterapeutiske praksis. I observationsmaterialet står netop styringsrationaler om ansvaret for egen sundhed og den implicitte forpligtelse til at gøre noget selv, tydeligt frem.

Den enkeltes ansvar for egen sundhed, er en diskurs der blev cementeret i Danmark med KRAM-kampagnen (Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006), og som var indskrevet i Regeringens Sundhedsprogram 'Sund hele livet' (Regeringen 2002) allerede i 2002. Her understreges individets ansvar for egen sundhed, som er en diskurs, der ser ud til have slået an som væsentlig og vigtig i praktiseringer af inddragelse i fysioterapeutisk praksis.

Diskursen er da også på mange måder i samklang med helt centrale fysioterapeutiske opgaver som at arbejde med kroppens funktioner gennem bevægelse og fysisk aktivitet.

Hvordan det kan tage sig ud, skal vi få et indblik i her, hvor jeg vil præsentere en situation med Victor (F) og Karen (P), som skal undersøges af Victor, fordi hun har gået til behandling på grund af smerter i hoften. Jeg ser den som eksemplarisk i forhold til, hvordan temaer som vægt, rygning og anbefalinger om fysisk aktivitet får plads, og indgår i praktisering af inddragelse:

> Victor spørger "nå, Karen, hvordan går det så". "Ikke godt, meget værre faktisk. Siden én af de sidste gange, da jeg lavede rejse/sætte mig øvelsen fik jeg lige pludselig meget ondt i hoften". Hun viser med sin hånd, hvor det gør ondt, lige i lysken, hvor hoften bøjer. "Det er en skærende smerte og den trækker ligesom op i lænden" – hun viser med sin hånd, hvor i lænden det gør ondt. "jeg har altså besluttet mig for at jeg vil opereres", siger hun. "Ja, okay ", Victor har hele tiden lyttet opmærksomt. "Og vægten, hvordan går det med den?" "Det går godt, jeg har jo tabt mig 4½ kg.", men jeg har ingen styrke i det ben. Jeg har svært ved at tage at tage bukser på. [De taler frem og tilbage om smerter og en evt. hofteoperation]. "Så du har besluttet dig?", "Ja", siger Karen. "Jamen så synes jeg bestemt det er en god idé at fortsætte med at træne". "Jamen det har jeg jo gjort i flere år allerede", siger Karen. "Hvor mange gange om ugen?", spørger Victor. "2 gange tirsdag og onsdag". "Der er jo også noget med vægten?", siger Victor. "Ja, men det er det her med rygestop. Når man stopper med at ryge, så tager man altså 15 kg. på og de sidder bare fast. Og når man så ikke kan bevæge sig, så er man jo på den". "Det er klart. Har du tænkt at fortsætte dit vægttab?" "Ja det har jeg. Jeg har jo også tabt mig næsten 5 kg. Og jeg har diabetes 2, så det vil jeg gerne fortsætte med", siger Karen. "Godt, så er det også en god idé hvis du kontrollerer dit madindtag", siger Victor. […] "Hvad ligger din vægt på?" "101, og jeg var faktisk 106, da jeg startede", siger Karen. (O14;121-52)

Situationen, der udspiller sig her, fortæller noget om de positioneringer, der foregår og vidner om, hvordan diskursive kampe om magt til at definere, hvilke emner der er væsentlige at drøfte i mødet mellem fysioterapeut og patient. Karen fastholder på den ene side sin ret til at tale om smerter og de problemer, hun har i hverdagen på grund af sin hofte. Og på den anden side fastholder Victor sin ret til, en professionel vurdering om, at hofteproblemerne implicit handler om Karens vægt, kost- og motionsvaner. Jeg ser Karens modstand som en afvisning af, at alle typer af sundhedsproblemer kan tilskrives manglende underkastelse af KRAM-diskursen. Derimod praktiserer Karen patient på en måde, der adskiller sig fra de øvrige eksempler, vi har kigget på. Hun fastholder, at der ikke er noget, hun selv skal eller kan gøre for at bedre smerterne, men at der skal foretages et indgreb på kroppen, før det forandrer sig. På sin vis gør Karen sig alligevel forståelig som én, der har taget sundhedsbudskaberne til sig og handlet korrekt, når hun fortæller, at hun er 'tidligere ryger', og derfor på grund af den ledsagende vægtforøgelse ikke kan gøres ansvarlig for sin vægt.
Til trods for, at operation bliver løsningen, fastholder fysioterapeuten konstitueringen af kropsvægt og fysisk træning, som vigtigt, og som noget Karen skal fortsætte med, helst i særligt forudbestemte doser. Victor fastholder altså at praktisere sin professionalitet som

den, der har definitionsmagten, og afslutter samtalen ved at manifestere diskursen om at kontrollere vægt gennem ansvarlig kost.

Sådanne forhandlinger er noget, der kan udspille sig på mange måder, men kampen om magt til at definere, hvad der kan tales om, er meget gennemgående. I empirien er det helt generelt, at patienterne opsøger fysioterapeuten på grund af forskellige typer af kropslige problemer, som dog meget ofte er koblet op på smerter i bevægeapparatet, som forhindrer dem i at leve, som de plejer. Og ganske ofte er svaret, at det handler om at disciplinere sig selv ind i en herskende forestilling om, at sundhed og sygdom drejer sig om vægt, fysisk aktivitet og andre livsstilsfaktorer.

At regelmæssig træning, vægttab og rygning er hyppige emner, når mennesker indgår i fysioterapeutisk behandling, ses således i alle typer af møder. I en anden genoptrænings-sammenhæng deltager en gruppe af patienter i en form for introduktion til, hvad fysioterapien kan bidrage med i forhold til deres udfordringer;

> Fysioterapeuterne tager sig jo mest af den fysiske træning, og man skal prøve at blive forpustet, fordi det er så vigtigt for vores sundhed. Det er klart, at nogle af de personlige mål ikke nødvendigvis har noget med at blive forpustet at gøre (der går en lille pause, medens hun kigger rundt) - men der var jo det her med sundhed. Derfor er der en konditest, hvor man bliver vejet og får målt sin fedtprocent. Men det er rigtig vigtigt, at man ikke lægger for meget i det. La' vær at ta' det alt for alvorligt! Der er stor usikkerhed om mange af de ting man måler, men vægten kan I regne med. Den er mest vigtig. Men I bliver ikke vejet igen med mindre, at I ønsker det (O2; 25-33, forkortet)

Igen etableres en snæver kobling mellem fysioterapi, vægt og sundhed. Her understreges normen om, at fysioterapi handler om fysisk træning, og at det jo helt selvfølgelig hænger sammen med 'det her med sundhed'. Således bliver svaret på en række forskellige menneskers temmelig forskellige problemstillinger helt naturligt knyttet sammen med en sundhedsforståelse, som handler om at blive forpustet og holde øje med sin vægt. Paradoksalt nok nævnes vægten som noget af det vigtige og som noget man kan regne med, men man bliver ikke vejet igen. Hermed fremstår målingerne som en form for styrings-redskab, som implicit installerer et selvkritisk blik og som har til hensigt at få mennesker til at rette ind efter de herskende normer for normal vægt og fedtprocent. Og disse normer bliver her koblet på den fysioterapeutisk behandling. Jeg ser det som en måde at praktisere inddragelse gennem en form for særlige KRAM-orienteret sundhedsopdragelse. Og det er praktiseringer, som er forbundet med sundhedsstyrelsens anbefalinger for eksempelvis fysisk aktivitet.

Opsamling

Mit forskningsmæssige bidrag med denne analyse er at vise, hvordan praktisering af inddragelse foregår gennem det, jeg vælger at kalde 'motivationslogik'. Disse praktiseringer er koblet tæt sammen med nogle særlige træk ved den fysioterapeutiske praksis, som hviler på tilsyneladende implicitte forestillinger om, hvad der motiverer mennesker til at klare livet med sundhed og sygdom, noget der i en fysioterapeutisk forståelse ser ud til at hænge nøje sammen med træning og øvelser iværksat gennem en særlig disciplinering af patienterne og af deres kroppe. Træning konstitueres som noget, man aldrig kan få nok af, noget man skal presses til og noget der skal føles hårdt. Motivation konstrueres gennem brug af opdragelsesdiskurser, som skal fremme patienternes aktive deltagelse og engagement i de planlagte træningsaktiviteter. Motivationslogikken henter blandt andet sit tankegods i en behavioristisk pædagogik, og har til hensigt at få patienterne til at stræbe efter at normalisere deres uregerlige kroppe. Når jeg ser inddragelsespraktiseringer komme til syne gennem motivationslogikken, er det fordi det at motivere og stimulere patienter til at være aktive og engagere, er nogle af de forhåbninger, der politisk og sundhedsfagligt er til, hvad patientinddragelse skal kunne jf. kapitel 2. Her handler det om, at patienterne bliver inddraget i nogle ret veldefinerede aktiviteter og på nogle veldefinerede måder. Forhåbningen er, at træningen bidrager til at styrke håndteringen af de kropslige problemstillinger, patienterne oplever. Analyserne understreger også en tidligere analytiske pointe om, at fysioterapeutiske inddragelsespraktiseringer er tæt forbundne med institutionelle og professionelle logikker blandt andet i form af forskellige retningslinjer, procedurer og kvalitetsstandarder. Dermed bliver modsætningerne i de sundhedspolitiske ambitioner mellem inddragelse af patienternes perspektiv og så nogle ret velbeskrevne krav til det, der skal ske hos fysioterapeuten tydelige.

Derudover bidrager analyserne i dette kapitel også til at vise, hvordan patientinddragelse praktiseres som en form for sundhedsopdragelse, hvor mennesker disciplineres ind i de herskende individualiserende sundhedsdiskurser om at tage ansvar for egen sundhed, men i dette tilfælde også egen sygdom. Også det, er en citering af de diskurser, patienterne allerede er indskrevet i inden mødet med fysioterapien.

Del IV – Afslutning

Kapitel 13
Afhandlingens vidensbidrag

I dette kapitel vil jeg kort samle op på pointerne fra de respektive analyser med henblik på i det efterfølgende kapitel at diskutere afhandlingens samlede bidrag til forskning i medinddragelse af patienter og borgere i fysioterapeutisk praksis. Kapitlet har til hensigt at besvare såvel de enkelte arbejdsspørgsmål samt det overordnede forskningsspørgsmål, hvilket kapitlet afsluttes med. Indledningsvist vil jeg, inden selve opsamlingen, genbesøge afhandlingens formål og forskningsspørgsmål:

Formålet med projektet har været at skabe ny viden om patientinddragelse, som et fænomen der er konstitueret af og medkonstituerende for den fysioterapeutiske forskning og praksis. Det har været målet at vise, hvordan patienter, fysioterapeuter, kontekstuelle forhold og indlejrede logikker, får betydning for hvordan og på hvilke måder medinddragelse muliggøres, og hvilke betydninger, det får for patienternes subjektiveringsprocesser.

Det overordnede forskningsspørgsmål lød:

- Hvordan konstitueres patientinddragelse i fysioterapi?

Herunder opstillede jeg følgende underspørgsmål:

- Hvilke dominerende tendenser og logikker karakteriserer forskningsfeltet om patientinddragelse i fysioterapi?
- Hvordan håndterer patienter i fysioterapeutisk praksis livet med sygdom, og hvordan får det betydning for praktiseringer af inddragelse i mødet med fysioterapien?
- Hvilke positioner og subjektiveringsmuligheder opstår i mødet mellem patienter og fysioterapeuter, og hvordan får det betydning for praktisering at inddragelse?

Tendenser i forskningslandskabet

Formålet med det første arbejdsspørgsmål er at vise hvilke dominerende tendenser, der kan siges at karakterisere det forskningslandskab, som denne afhandling indskriver sig i. Jeg har arbejdet med dette spørgsmål i forbindelse med undersøgelsen af forskningslitteraturen og udarbejdelse af forskningsartiklen "Patient-centeredness in Physiotherapy – A Literature Mapping Review" (Hansen et al. 2021). Artiklen er accepteret og publiceret digitalt i det professionsorienterede tidsskrift "Physiotherapy Theory and Practice" (ibid.), og formidler hovedresultaterne af undersøgelsen af dette arbejdsspørgsmål.

I artiklen peger vi på, at forskning i patientinddragelse indenfor den fysioterapeutiske profession er en nyere forskningsinteresse, som abonnerer på primært to -– videnskabsteoretisk meget forskellige - tilgange; en biomedicinsk og en pædagogisk/psykologisk. Tilsvarende er der overvejende to primære orienteringer i forskningen; én der orienterer sig mod at skabe viden om patienters og fysioterapeuters erfaringer med inddragelse, og én der orienterer sig mod at udvikle teknologier og redskaber til at understøtte patientinddragelse. Teknologiorienteringen handler om at undersøge forskellige typer af teknologiers anvendelighed, som eksempelvis spørgeskemaer, samtaleværktøjer eller modeller som Shared Decision Making, som har til formål at muliggøre og understøtte fastsættelsen af målet med behandlingen. Af disse studier trækker en del på en biomedicinsk tilgang og opererer med kausalitets-logik. Det andet hovedspor handler om at undersøge patienters og fysioterapeuters erfaringer med patientinddragelse, hvor langt de fleste er kvalitative undersøgelse, der har en mere kompleksitetssøgende logik. Sammenholder jeg det med, at de 101 inkluderede artikler er publiceret i 47 forskellige tidsskrifter, er der en del, der tyder på at disse to hovedspor eksisterer i parallelle forskningsmiljøer med grundlæggende forskellige forståelser af, hvad patinddragelse er indenfor fysioterapeutisk forskningspraksis. Dermed bliver en egentlig fælles diskussion af, hvad og hvordan patientinddragelse indenfor den fysioterapeutiske profession kan forstås og praktiseres ikke muliggjort.

I denne opsummering vil jeg yderligere udfolde en pointe, som jeg mener, kan drages af forskningskortlægningen, men som ikke er ekspliciteret i selve artiklen. Pointen knytter an til de netop gennemgåede hovedkonklusioner i artiklen; at de inkluderede studier – bredt set – enten fokuserer på patientinddragelse som et spørgsmål om kommunikation og relation mellem fysioterapeuter og patienter, eller om udvikling og/eller anvendelse af forskellige teknologier og redskaber. Begge dele noget jeg anser som et udtryk for, at forskningen helt overordnet har fokus på subjekter og relationerne imellem dem, og hvor anvendelse af teknologier kan ses som løsninger på at facilitere kommunikative processer. Min pointe er, at ingen af studierne har fokus på, hvordan konteksten, så som de organisatoriske rammer eller institutionelle og kliniske retningslinjer som helhed, har betydning for, hvordan patientinddragelse bliver muligt eller, hvordan det praktiseres. Det ser altså ud til, at der bredt set i forskningen opereres med en implicit antagelse om, at inddragelse er noget, der skal adresseres og løses af de professionelle i det konkrete møde med patienterne, uagtet de institutionelle rammesætninger af deres møde.

Set i relation til en sådan de-kontekstualisering af inddragelse som forskningsgenstand, bidrager denne afhandling med en anden type af viden om patientinddragelse. En viden som giver nye indsigter i, hvordan kontekstuelle faktorer som lovgivning, politik, økonomi og ikke mindst procedurer og (kliniske) retningslinjer *også* har betydning for, hvordan patienter inddrages i egen behandling. Og ved at rette blikket mod flere af de elementer, der virker i den lokale situation, bliver det muligt at få øje på, hvordan inddragelse

også bliver til gennem andre medkonstituerende forhold, og dermed ikke blot kan reduceres til et spørgsmål om gode relationer og empatiske, lyttende professionelle. I afhandlingens analyser af praksis, viser jeg netop, hvordan andre medkonstituerende kræfter, som institutionelle og professionsorienterede logikker, er særdeles virksomme i forhold til konkrete praktiseringer af inddragelse i møder mellem patient og fysioterapeut. Hvordan det så ser ud til at blive praktiseret, vil jeg uddybe nærmere i afsnittet om praktiseringer af inddragelse i mødet.

Livet med sygdom

Det andet arbejdsspørgsmål retter sig mod, hvordan patienter i fysioterapeutisk praksis oplever livet med sygdom, og hvordan det får betydning for praktiseringer af inddragelse i mødet med fysioterapien. Hensigten med at tale med patienterne har været at få indblik i deres oplevelser og fortællinger om hverdagen og de udfordringer, der knytter sig til den, når man lever med sygdom og funktionsnedsættelse. Patientinddragelse handler blandt andet om, at patienters viden og erfaring med at leve med sygdom bringes ind i møderne med de sundhedsprofessionelle. Der er, som vist i kapitel 1 og 2, mange bagvedliggende problematiseringer, der har ført til begrebets aktuelle bevågenhed indenfor sundhedsvidenskab, men bredt set fremskrives en fælles forståelse af, at patientinddragelse blandt andet handler om at bringe patienternes viden, erfaringer og behov i spil i mødet med sundhedsvæsenet. Derfor er de oplevelser, patienterne har med at skulle håndtere en ny hverdag med sygdom, smerter og en krop, der ikke kan det samme længere, interessante og vigtige, ikke mindst for at undersøge, hvordan og om det får betydning for, hvad der foregår i mødet mellem professionel og patient.

Afhandlingens analyser viser – ikke overraskende – at patienterne oplever og håndterer livet med sygdom på mange forskellige måder. Patienternes fortællinger vidner dog alle om, at sygdom og funktionsnedsættelse får stor betydning for hverdagen og måden at håndtere den på. Symptomer som træthed og smerter er med til at sætte rammerne for arbejds-, familie- og fritidsliv. Vaner og rutiner ændres og de mennesker, der er tæt på, kommer i større eller mindre grad til at skulle overtage praktiske opgaver, men også indrette sig efter patienternes ændrede behov for fx hvile og søvn. Det er et dagligt arbejde at finde balancen mellem ressourcer, kroppens krav og de udefrakommende forventninger til deltagelse.
Og til trods for, at fortællingerne er forskellige, kan der alligevel ses nogle overordnede tendenser, som handler om, at patienterne søger at tilpasse sig en ny hverdag med smerter og funktionsnedsættelser ved at tage ansvaret for egen sundhed og sygdom på sig, og gennem denne personlige forpligtelse forsøge at holde kroppen i gang rent fysisk. Med disse forpligtelser og det medfølgende ansvar, følger for flere af patienterne følelser som skyld og skam, både overfor de nærmeste pårørende, men også overfor samfundet som

helhed. De efterlades ofte med en oplevelse af ikke at kunne løfte ansvaret for egen sundhed, og hermed også ansvaret for egen sygdom, på tilstrækkelig tilfredsstillende vis.

Afhandlingens overordnede forskningsspørgsmål retter sig mod konstituering af inddragelse i fysioterapien, hvilket naturligt peger mod en undersøgelse af praksis. Ikke destomindre har indblikket i patienternes fortællinger om livet med sygdom, gjort det muligt at få øje på, hvordan disse – til trods for politiske og sundhedsvidenskabelige ambitioner – stort set ikke kan genfindes i mødet med fysioterapien. Når praksis studeres, finder patienternes oplevelser med at håndtere et liv med sygdom, kun sjældent vej, og når de gør, udgrænses de ofte af den viden, der tilvejebringes gennem de kliniske undersøgelser og tests. Derved ses patienternes fortællinger om livet med sygdom kun i brudstykker, og de får sjældent reel betydning for, hvad der besluttes i forhold til behandlingsplanen og dermed hvad der kan foregå. Hverdagen og oplevelserne af at håndtere livet med sygdom kan siges at være usynlig i mødet med fysioterapien. Det, der foregår her, hviler i helt overvejende grad på institutionelle logikker med de rammesætninger af det professionelle arbejde, der findes og så de professionslogikker, der også er i spil. Dette kommer jeg nærmere ind på nu, hvor jeg kort skitserer afhandlingens pointer i relation til mødet mellem fysioterapeuter og patienter.

Praktiseringer af inddragelse i mødet mellem fysioterapeut og patient

Det sidste og tredje arbejdsspørgsmål handler om det, der foregår i de konkrete praksisser, hvor inddragelse finder sted. I mødet mellem patienter og fysioterapeuter muliggøres særlige positioneringer og subjektiveringer, og dermed også særlige praktiseringer af inddragelse.

De analyser, der retter sig mod at svare på dette spørgsmål, findes særligt i de sidste tre analysekapitler. I det etnografiske arbejde stod det hurtigt klart, at inddragelse ikke er et fænomen, der kan isoleres til særlige handlinger udenom de øvrige aktiviteter, der foregår. Jeg har derfor måttet studere praksis bredere for at få øje på, hvordan inddragelse opstår, og har gennem analyserne vist, at det bliver til og er flettet sammen med andre fysioterapeutiske professionsfaglige handlinger, som træning, måling og vurdering. Derved har jeg vist, at i mødet mellem fysioterapeuter og patienter, praktiseres inddragelse på mangfoldige måder og i en række af forskellige typer af aktiviteter, men også som særlige aftapninger af, hvad inddragelse kan være. Det opstår i "sprækkerne" og i det upåagtede, hvor der i situationen samtidig også kan være fokus på sundhedsfaglige procedurer og retningslinjer. Og dermed viser analyserne også, at forestillingen om, at inddragelse er noget særligt, som foregår uden om de øvrige aktiviteter i mødet mellem professionel og patient, sådan som det ofte skrives frem politisk og sundhedsfagligt, ser ud til at være udtryk

for en kunstig adskillelse, opstillet gennem teoretiske og diskursive forestillinger om, hvad patientinddragelse skal være. På den anden side har de særlige praktiseringer af inddragelse, jeg har fået øje på gennem analyserne, også nogle konsekvenser for, hvad der tilsyneladende ikke så let kan indeholdes i sådanne udgaver af patientinddragelse, hvilket jeg vil udfolde nærmere i det følgende.

Det ser helt overordnet ud til, at praktiseringer af medinddragelse i mødet mellem patienter og fysioterapeuter hviler på tre professionslogikker, som handler om at 'ordne' hverdagen og livet med sygdom i relation til ressourcer og krav, at motivere og stimulere patienterne til at træne og at monitorere målbare forbedringer af det fysiske funktionsniveau. Praktiseringerne indebærer, at patienternes oplevelser af livet med sygdom og funktionsnedsættelser sjældent finder vej ind i mødet med fysioterapeuten. Og at patienternes hverdagssprog og viden om hverdagen oversættes til professionelle og ofte kvantitativt målbare formuleringer, som ikke kobles til de konkrete udfordringer ved at skulle håndtere livet med sygdom. Sådanne praktiseringer risikerer at få betydning for, hvorvidt ambitionerne om medinddragelse af patienterne reelt indfries, og om patienterne faktisk får mulighed for at omsætte den viden og de målbare funktionsforbedringer til egentlige positive forandringer i hverdagen. Analyserne viser dog også, brud og modfortællinger, hvor de overordnede professionslogikker ikke er herskende og hvor inddragelse praktiseres på andre måder. Sådanne praktiseringer knytter sig især til situationer, hvor de institutionelle og professionsfaglige retningslinjer og procedurer ikke er så gennemtrængende, hvorved der efterlader plads til andre, alternative praktiseringer.

De tre professionslogikker, som jeg nu vil udfolde, peger på nogle hovedlinjer i, hvordan inddragelse bliver til gennem de konkrete praktiseringer. Der er således tale om nogle fremherskende tendenser, der handler om, at patienternes udfordringer forstås og håndteres gennem særlige professionslogikker, der på hver sin måde bliver medproducerende af medinddragelse.

Ordnelogikken handler om at hjælpe patienterne til at ordne og strukturere hverdagens krav i relation til at kunne håndtere livet med sygdom, men også en måde at ordne de følelser der knytter sig til at være syg og de heraf ændrede forhold i livet; bekymringer og håb for fremtiden, motivation for nye handlinger og lignende. Denne logik praktiseres gennem anvendelse af forskellige teknologier, ofte samtaleredskaber som 'motiverende interviews' eller som strukturerede handleplaner med konkrete handlebeskrivelser og målsætninger. Ordnelogikken kommer i praksis derfor ganske ofte til at indebære en kvantificering af patienternes motivation, ambitioner, målsætninger, tro på forandringer og håb for fremtiden. Derved skabes underordnede positioner for patienterne, hvor deres egne forståelser af udfordringer med sygdom og funktionstab samt egne formuleringer herom ikke kan indeholdes, men må gennem en sundhedsfaglig og institutionelt foran-

kret oversættelse. Denne 'oversættelse' ser ud til at få effekt på den tillid, såvel fysioterapeuter som patienter, har til de tal, der også skal indgå i dokumentationen; fx de nedskrevne målsætninger og behandlingsplaner. Begge bliver usikre på, om tallene nu er et 'reelt' udtryk for det, fysioterapeuten ønsker at afdække, men ikke desto mindre bliver de gensidige udvekslinger og oversættelse en særlig måde at inddrage patienternes viden og oplevelser, blot i en institutionaliseret form.

Målelogikken, er en måde – gennem anvendelse af måleteknologier og tests – hvorpå både professionelle og patienter kan se, om der sker forbedringer af de målbare funktioner, med den implicitte forestilling, at patientens problemer i hverdagen også bliver bedre. Målelogikken indebærer særlige muligheder for at blive til som patient, måder som ikke nødvendigvis citerer de positioner patienterne normalt subjektiveres gennem, som fx særligt sunde, aktive eller mandige. Målelogikken er en professionslogik, der hviler på forbedrings- og optimeringsrationaler, og som indebærer subjektiveringstilbud om at blive til som en patient, der vil optimeres/forbedres og ikke acceptere status quo. Logikken ser også ud til at få den effekt, at patienterne overlades til selv at oversætte dagligdagens udfordringer til institutionelle forestillinger om sammenhængen mellem funktionsnedsættelse og hverdag. Samtidig er målelogikken også et aspekt af en mere overordnet institutionel logik, som handler om eksempelvis dokumentationskrav og kvalitetssikring.

Målelogikken ses også i forskningskortlægningen, hvor den er fremtrædende. Ca. en tredjedel af alle studier fokuserer på måling, enten som standardiserede behandlingsmål eller gennem modeller. Forskellen er blot, at der her primært er tale om at måle og standardisere patientinddragelse med henblik på at nå bedre behandlingsresultater. I praksis går målelogikken på at måle kroppen – og kommer upåagtet også til at handle om inddragelse.

Motivationslogikken trækker på sports- og konkurrencediskurser, både som måder at instruere og vejlede patienterne på, men også som særlige forestillinger om, hvordan der kan motiveres til at arbejde på kroppen. Motivationslogikken har blandt andet til formål at fremme aktive, deltagende og engagerede patienter, der følger de planlagte aktiviteter. Arbejdet på kroppen konstitueres som hård træning, man aldrig kan få nok af, og som man skal presses til. Motivationslogikken hænger også sammen med at stimulere patienternes ansvarsfølelse i relation til arbejdet på at forbedre kroppen indenfor en implicit norm om, at sundhed og sygdom er den enkeltes ansvar.

Som konsekvens af, at patienternes egne fortællinger om livet med sygdom ofte udgrænses i møderne mellem professionel og patient, bliver disse motivationsfremmende diskurser forstærkende for de individualiserende sundhedsdiskurser, patienterne allerede er indskrevet i. I patientinterviewene fortæller de netop om, hvordan de anser det for en personlig forpligtelse at holde kroppen i gang, både af hensyn til sig selv, familien og af

hensyn til samfundet helt generelt. De har i mange tilfælde installeret en række selvstyringsteknologier i form af regler for hvornår og hvordan, de skal træne, lave øvelser og i det hele taget sørge for at holde sig fysisk aktive. Dermed kan man groft sagt sige, at fysioterapeuterne sparker en åben dør ind hos patienterne, der allerede har underkastet sig de herskende sundhedsdiskurser. Samtidig forekommer motivationslogikken, med sin disciplinerende konkurrence-, sports- og militærmetaforik, også paradoksal i situationer, hvor gamle/ældre, syge og svækkede mennesker skal forestilles at blive motiveret gennem sådanne diskursive konstruktioner af træning.

Konstituering af medinddragelse

Samlet set, ser det ud til, at de to hovedtendenser der ses i forskningslandskabet, til dels kan genfindes i undersøgelsen af praksis, hvor især teknologi- og måletendensen træder tydeligst frem. Denne sidste tendens hænger i den fysioterapeutiske praksis sammen med organisatorisk forankrede procedurebeskrivelser og andre typer af retningslinjer. Det er være sig retningslinjer som omhandler konkrete fysioterapifaglige handlinger, som måling og testning eller organisatoriske retningslinjer eksempelvis for, hvor mange behandlinger der tilbydes og om det skal foregå som holdtræning eller på individuel basis. I praksisfeltet fletter sådanne institutionelle logikker sig ind i professionslogikkerne i de konkrete møder mellem fysioterapeut og patient, og bliver medkonstituerende for, hvordan medinddragelse praktiseres på særlige måder. De tre professionslogikker, jeg peger på som medproducerende af inddragelse, nemlig ordne-, måle- og motivationslogikken ser dybest set ud til alle tre ud til at trække på forestillingen om, at patienternes hverdagsliv med smerter og funktionsnedsættelse kan ordnes, gøres lineære og derved forstås som noget, der er udtryk for kausale sammenhænge. I ordnelogikken kommer manglende overskud til at handle om at få kontrol over, hvornår og hvordan man bruger den energi, man har til rådighed. Træningsdeltagelse kommer til at handle om at gøre sig klart, hvor motiveret man er, og om man er realistisk. I målelogikken handler det også om at ordne og forstå sammenhænge som kausale; Her er det kroppens funktioner, som skal måles og testes ud fra en grundlæggende antagelse om, at bedre målinger vil føre til bedre funktioner. Derved bliver måltallet for bevægeligheden i et knæ indirekte koblet op på fysiske funktioner i hverdagen, hvilket sagtens kan være tilfældet, men ikke altid er det, fx når patienterne ikke oplever tilsvarende forbedringer derhjemme. Motivationslogikken ser jeg også som udtryk for en lineær og kausal tænkning, hvor her handler det om, at hvis træningen eller hjemmeøvelserne skal have effekt og udføres med høj nok intensitet, skal man motiveres. Og motivation handler om at blive instrueret og talt til på en måde, der gør, at man føler behov for at leve op til forventningerne og blive til som aktiv deltagende patient.

Så, når jeg får øje på tre forskellige logikker i praksis, ser det ud til, at de groft sagt alle trækker på en underliggende kausalitetslogik, hvor sammenhængen mellem menneskers

vanskeligheder med sygdom og funktionsnedsættelse, handler om et direkte forhold mellem motivation, målinger, tests og træningsintensitet og så den effekt patienten får af behandlingen. Denne institutionelle- og professionsorienterede logik, ser jeg også som en del af forklaringen på, at patienternes viden om hverdagen kun sjældent får betydning for det, der foregår i mødet mellem fysioterapeut og patient, og at den viden – når den inddrages – nødvendigvis må omsættes til en særlig professionel og institutionaliseret form.

De to tendenser i forskningslandskabet fokuserer, som nævnt, helt overordnet på subjekter og relationerne mellem dem; den ene ved at spørge til erfaringer med inddragelse, den anden ved at undersøge teknologier som løsningsmodeller til at strukturere, praktisere og måle patientinddragelse. Den viden som patienterne bringer med ind i mødet, kommer i subjektiv og narrativ for form, noget som ser ud til at skulle igennem en oversættelse for at kunne svare på den ovenfor skitserede rammesætning af det professionelle arbejde. De logikker, der virker i praksis, trækker altså på samme logik, som vi ser i forskningslandskabet, nemlig at det handler om at strukturere inddragelse som en lineær proces. Således ser det ud til, at patienternes viden, der per definition er subjektiv, vanskeligt lade sig inddrage i objektiverende logikker

Men at påstå at det, der foregår, *ikke* er inddragelse er noget ganske andet. Dog peger denne afhandlings analyser på, at inddragelse bliver til noget andet end de normative og idealiserede forestillinger, der skrives frem i mange politiske og professionsfaglige sammenhænge. Hvis ambitionen er, at det er den form for inddragelse, der ønskes, ser det ud til, at praksis skal kunne rumme andre typer af viden end den professionsfaglige.

Patientinddragelse konstitueres således gennem en række komplekse processer, der hænger sammen på tværs af det konkrete møde og den institutionelle kontekst, det finder sted i. De underliggende logikker, der fungerer i praksis, er centrale for at forstå, hvordan og hvad patientinddragelse bliver til i praksis. Patienternes oplevelser og viden bliver i praksis oversat gennem disse institutionelt forankrede professionslogikker, hvorved der kun efterlades ganske lidt plads til de subjektivt oplevede forhold omkring det at håndtere hverdagen med sundhed og sygdom.

Kapitel 14
Afrundende diskussion

Jeg vil afslutningsvist diskutere, hvordan de konstitueringer af inddragelse, jeg har fundet i afhandlingen, bidrager til de bredere diskussioner om, hvordan patientinddragelse i både forskning og praksis udfordres af hegemoniske kampe i såvel det sundhedsfaglige som - politiske felt. Afhandlingens analyser peger samlet set på uforløste potentialer, men også begrænsninger ved de konstitueringer af medinddragelse, der er fremanalyseret i de undersøgte praksisser. Jeg ser disse begrænsninger som et udtryk for nogle mere grundlæggende udfordringer, der knytter sig til at indføre patientinddragelse i et sundhedsvæsen, der i stigende grad har orienterer sig mod effektivitet og procedurebeskrivende retningslinjer, både i relation til organisatoriske forhold, men også i relation til det konkrete professionsfaglige arbejde.

Diskussionen tager sit afsæt i nogle af de hovedtendenser indenfor inddragelsesfeltet, som jeg mener denne afhandling bidrager til at skrive frem. I det følgende vil jeg, med udgangspunkt i afhandlingens analyser, forfølge tre spor. Dels vil jeg gå nærmere ind i diskussionen om de herskende tendenser, der ses både i forskningen og i praksis omkring inddragelse som værende noget, der handler om relationer vs. noget, der handler om teknologier. Derefter ser jeg på, hvordan de magt-/videnskampe, som denne dikotomisering er et udtryk for, får betydning for fysioterapeuterne i praksis. Og til slut kommer jeg ind på spørgsmålet om inddragelse og patienternes viden.

Relationer vs. teknologier

I afhandlingen præsenterer jeg indgående analyser af, hvordan medinddragelse af patienter som fænomen, ikke blot kan undersøges ved at kigge på relationer eller kommunikation mellem de professionelle og patienterne. Men at konteksten, de institutionelle rammesætninger af det professionelle arbejde, og de hegemoniske kampe om legitim viden, der finder sted i feltet, har afgørende betydning for, hvilke mulighedsrum der etableres for praktisering af medinddragelse, og dermed hvordan det konstitueres i de konkrete praksisser.

I kortlægningen af forskningslandskabet tegnes et billede af, hvilke effekter magt-/videnskampene i det fysioterapeutiske felt, får for forskningen i inddragelse. Her ses to parallelle spor; Den ene del af forskningen betjener sig af en kausalitetslogik og undersøger teknologier som en måde at 'løse inddragelsesproblemet' på. Den anden af en kompleksitetssøgende logik, der undersøger erfaringer hos både patienter og fysioterapeuter, herunder de interpersonelle relationer mellem de to. Men forskningsfeltet er spredt, og en egentlig fælles diskussion af, hvad inddragelse handler om, og hvordan det kan gøres,

ser ikke ud til at blive mulig. Denne modstilling mellem relationer på den ene side og teknologier på den anden, er på mange måder interessant. Mange af de studier, der undersøger erfaringer, ser ud til at abonnere på forestillingen om, at inddragelse er et anliggende, der skal løses i den enkelte situation mellem professionelle og patienter. De relationelle aspekter begrebsliggøres eksempelvis som "therapeutic alliance" og "therapist-patient relation" (se fx (Hall et al. 2010; Josephson et al. 2015; Miciak et al. 2018; Morera-Balaguer et al. 2018, 2019; Solvang and Fougner 2016).

Den relationelle komponent anser jeg for at være særdeles væsentligt, hvis patientinddragelse skal kunne lykkes i mødet. Men hvis andre medkonstituerende kræfter usynliggøres i forskningen, til trods for deres virksomme karakter, bliver det ikke klart, hvilke mulighedsbetingelser den inddragende tilgang reelt har. Samtidig supplerer og bekræfter afhandlingens analyser også vigtigheden af de førnævnte studier, idet effekterne af den biomedicinske 'body-as-machine' tilgang (Nicholls 2018) umuligt kan overses i praksis. Men det ser jeg også som en effekt af de mulighedsbetingelser, inddragelsespraktiseringerne foregår under, og som blandt andet indebærer et stærkt fokus på konkrete, kvantificerbare oplysninger om patienten, som en fordring i den institutionelle ramme, blandt andet som dokumentation og kvalitetssikring af ydelserne. Men skal den kompleksitetssøgende del af forskningen i inddragelse så grundlæggende reduceres til et spørgsmål om at undersøge, hvorvidt gode relationer er den varme og omsorgsfulde tilgang til patienten? Og brugen af forskellige objektiverende og kvantificerende teknologier blot er udtryk for en kold og instrumentaliseret tilgang?

Inspireret af Pols & Mosers begreber om "cold technologies versus warm care" (Pols and Moser 2009) stiller jeg spørgsmålstegn ved, om de praktiseringer, jeg har fremanalyseret, og som er kendetegnet ved gennemtrængende brug af teknologier, udelukkende er et udtryk for en instrumentaliseret tilgang til patientinddragelse. Pols & Moser (ibid.) opfordrer til at stille sig kritisk overfor denne modstilling mellem teknologier og omsorg, og være nysgerrig på, hvordan teknologier bringes i anvendelse samt hvilke relationer og socialiteter, de er en del af. Og selvom deres undersøgelse angår helt konkrete relationer mellem mennesker og en social teknologi (robot-hund), har jeg fundet deres tilgang inspirerende for at tænke videre over, hvordan anvendelsen af alle disse teknologier og de måltal, der produceres, er med til at danne relationer ud over dokumentations- og kvalitetssikringsdata.

Teknologier og målinger mobiliserer eksempelvis også relationer til andre, for patienten, relevante fagprofessionelle, som sygeplejersker, ergoterapeuter og visitatorer i den kommunale social- og sundhedsforvaltning og kan potentielt blive medproducerende for etablering af hjælp eller tildeling af hjælpemidler. Der mobiliseres desuden relationer til andre samarbejdspartnere som fx den henvisende læge eller hospitalsafdeling, hvilket kan

danne udgangspunkt for evt. videre behandling, udredning eller iværksættelse af andre indsatser. Og for nogle patienter kan teknologierne og de målinger, de producerer, også være en måde at orientere sig på i et langt og opslidende rehabiliteringsforløb, hvor der kan være brug for fixpunkter for at holde modet oppe. Dette, fortæller fysioterapeuterne, gælder for eksempelvis patienter, der har været igennem behandling for kræftsygdomme, og som ofte har meget lange genoptræningsforløb. Så til trods for, at afhandlingens analyser peger på en række udfordringer med de gennemtrængende anvendelser af teknologier, mener jeg ikke, at det kan reduceres til, at teknologier er 'kolde' og at uden dem, så ville inddragelsespraktiseringerne blive varme og omsorgsfulde. Det er de relationer, teknologierne *også* er en del af, som fx målstyring, dokumentationspraksis, optimerings-, effektiviserings- og kausalitetsrationaler og professionslogikker, der bliver medkonstituerende for de praktiseringer af inddragelse, analyserne i afhandlingen peger på.

Inddragelse i et magt/videns-perspektiv

Set fra et andet perspektiv, er de mange teknologier (måle- samtale-, motivations- og struktureringsteknologier) og den magtfulde diskurs, de er medkonstituerende af, spændende i relation til at undersøge, hvad der tilskrives som betydningsfuldt og væsentligt at investere sin professionelle opmærksomhed på i den fysioterapeutiske praksis. Professionslogikkerne *er* meget gennemtrængende i mine feltobservationer, og de diskursive konstruktioner af duelige/uduelige kroppe, aktive/inaktive, ansvarlige/ikke-ansvarlige patientpositioner, som teknologierne er med til at producere, har hegemonisk status i den fysioterapeutiske praksis. Det får betydning for, at patientudsagn ikke konstitueres som værende tilsvarende vigtige. I feltarbejdet gjorde fysioterapeut Hanne, hvis svigerinde gik til genoptræning for en brækket hofte, det meget klart at brugen af teknologier og tests er altafgørende; en patient, der ikke bliver testet ved slet ikke, om hun bliver bedre, og en fysioterapeut, der ikke tester ved slet ikke noget om inddragelse, og kan faktisk ikke kalde sig fysioterapeut, ifølge Hanne. Når teknologier, tests og dermed måltal konstitueres som så afgørende for selve professionskompetencen, rejser det spørgsmål som; Er andre vidensformer værd at investere i? Og hvilken status kan viden om 'inddragelse' eller det 'at inddrage patienter' få i en professionsforståelse?

Det satte mit første møde med fysioterapeuten Dorthe fokus på, her hvor jeg kort har fortalt hende om mit projekt, og hun svarer: "*Patientinddragelse er ikke noget jeg tænker på til hverdag. Faktisk tænker jeg aldrig på det. Men jeg synes, jeg lykkes meget godt alligevel*". Spørgsmålet er, hvad der lykkes og om det også gælder for patienten? Jeg læser ikke en manglende interesse i at inddrage patienterne, men nok mere en forestilling om, at det er noget, der er helt grundlæggende, og som sker af sig selv. Og derfor ikke er noget, Dorte behøver at fokusere sin energi på. Hvad enten det er det ene eller det andet, så er Dorte ikke alene, hvilket Josephson m.fl. viser i en diskursanalyse af en række fysioterapeutkonsultationer

(Josephson et al. 2015). De bekræfter det, jeg forstår ved Dortes svar, nemlig at patienterne, i relationen til fysioterapeuten, engagerer sig i de mellemmenneskelige perspektiver, medens fysioterapeuterne fokuserer mere snævert på deres kliniske opgaver.

For at gå et spadestik dybere og gå bag om de grundlæggende forståelser, der er indlejret i mange af de studier, der fokuserer på de relationelle aspekter (se fx (Hall et al. 2010; Josephson et al. 2015; Miciak et al. 2018; Morera-Balaguer et al. 2018, 2019; Solvang and Fougner 2016), finder jeg det vigtigt at udforske de mulige forklaringer, der kunne være på, hvorfor Dorte synes, at patientinddragelse er så indlysende (eller uinteressant)? Hvilke centrale professionsfaglige fokuseringer giver det mening at engagere sig i, i et arbejdsliv, hvor der stilles mange forskelligartede krav, som også indebærer prioriteringer? Her peger denne afhandling på, at det fysioterapeutiske arbejde blandt andet handler om at orientere sig mod at følge institutionelt fastlagte rammer og retningslinjer, informeret af politiske målsætninger om at gøre borgerne i stand til at deltage aktivt og gøres mest mulig uafhængig af hjælp (iflg. Sundhedsloven). Men det handler *også* om at følge de professionsfaglige herskende vidensformer, der giver anseelse og legitimitet i det sundhedsfaglige felt. Med forandringerne i styringsformerne i sundhedssektoren, gennem fx kvalitets- og akkrediteringskrav, viser Obling (2010) og Burau & Vrangbæk (2008), at den politiske styring af sundhedsfeltet og den viden, der bliver legitim her, er tæt forbundne. En sammenhæng Foucault allerede satte fokus på i sin undersøgelse af sundhedspolitik i det 18. århundrede i 1979 (Foucault 2003, 2014), hvor han blandt andet skriver, at "*the emergence of a clinical medicine strongly centered on individual examination, diagnosis and therapy [..] cannot be divorced from the concurrent organization of a politics of health*" (2003:338). Gennem den medicinske viden, og de styringsrationaler, der er virksomme i det daglige arbejde, udstikkes dermed også retningerne for de prioriteringer, man som fysioterapeut eller sundhedsprofessionel i det hele taget, må foretage. Og analyserne i denne afhandling peger på, at det, der kan måles, tæller. Og det, der ikke kan måles, tæller ikke.

I undersøgelser af et kompetenceudviklingsprojekt om det patientinddragende hospital finder Beedholm m.fl. (Beedholm et al. 2017; Beedholm and Frederiksen 2019), samstemmende med nærværende undersøgelse, at involvering af patienterne vanskeliggøres i et system, som hospitalet, hvor professions-, styrings- og markedslogikker er dominerende. Det gør det svært at implementere egentlig involvering af patienten, da det nødvendigvis indebærer integreringen af det, de kalder en patientlogik. Med afsæt i dette begreb, vil jeg nu vende mig mod det sidste tema i denne afrundende diskussion.

Patientviden vs. professionsviden

Pointen omkring patientlogikker leder mig frem til et spor, som jeg ser som tæt sammenvævet med de foregående; nemlig spørgsmålet om patientinddragelse og patienternes viden. Noget, som jeg også mener, vender tilbage til pointen om legitim eller ikke-legitim

viden i det sundhedsfaglige felt. Patientlogikken – og dermed også patienternes viden – handler om, hvordan de hegemoniske vidensformer i sundhedsvæsenet dybest set også bliver forhindrende for en egentlig inddragelse af patientens viden, erfaringer og udfordringer i hverdagen (det som Beedholm m.fl. kalder patientlogik).

Denne diskursive magt-/videnskamp om, hvad der er relevant og legitim viden i møderne mellem patienter og professionelle i den fysioterapeutiske praksis, ser i afhandlingens analyser ud til at få ret konkrete effekter for om patienternes viden og udfordringer med at håndtere livet med sygdom reelt inddrages. Men også for hvordan og om det, der foregår i behandlingen/træningen, relaterer sig til patienternes udfordringer i den levede hverdag. Patienternes viden eller udfordringer med funktionsnedsættelser og smerter bliver oversat til målbare og standardiserede udtryk, som kan begribes i de institutionelt og professionsfagligt formede logikker. Og samtidig er patienterne overladt til selv at foretage den omvendte oversættelse, når det, der er foregået i behandlingen/træningen, skal omsættes til de praktiske udfordringer, de har i håndteringen af livet med sygdom.

I et norsk interviewstudie af, hvordan patientinddragelse forstås og omsættes blandt fysioterapeuter, viser Ahlsen m.fl. (2020), at der er to hovedfortællinger om patienten i spil i de fysioterapeutiske fortællinger om patienten og inddragelse. I den første forstås patienten som et foranderligt subjekt; "*subjects in search of meaning*" (ibid.:228) og indbefatter en forståelse af inddragelse som en gensidig konstruktion. Her lægges vægt på at lære om patienternes erfaringer samt de følelsesmæssige betydninger af funktionsnedsættelser og smerter. Den anden hovedfortælling tegner et idealbillede af en "*succesfuld patient*" (ibid.:229), som er et fysisk aktivt, rationelt vælgende subjekt, der er velinformeret omkring sundhed og som derfor er i stand til at håndtere egen helbredssituation. Disse to hovedfortællinger giver mig anledning til at reflektere over, hvordan patientviden konstrueres indenfor de forskellige patientkonstitueringer, der skitseres her. Ifølge Thorgård (2012) kalder inddragelse af patienternes viden i sig selv på en interesse for, hvad og hvordan den viden kan forstås. For hvilken patientviden kan inddrages, hvis patienterne, som tilfældet er i Ahlsen m.fl.'s studie (2020), positioneres som 'rationelt vælgende og vidende subjekter'? Eller modsat 'som erfarende, emotionelle subjekter'? Thorgård (2012) peger på, at patientinddragelse fordrer opmærksomhed på disse forskellige konstitueringer, idet de bærer særlige normative forståelser af viden med sig. Han undersøger begrebet 'patientviden' som værende udspændt mellem 'ekspertviden' og 'hverdagserfaringer', hvor 'ekspertviden' blandt andet kobles til den 'rationelt, vidende patient', som ventes at have søgt og sat sig ind i den tilgængelige, medicinske viden omkring sin egen sygdom eller tilstand. Og at den patient ofte opfordres af sundhedsprofessionelle til at indgå i kritisk dialog om eksempelvis valg af forskellige behandlingstyper. Den anden type af patientviden, som kan karakteriseres som lægviden, knytter sig til 'den erfarende patient', og handler om den viden, patienter opbygger gennem hverdagens praksisser, og som indbefatter de sammenhænge og handlinger, der knytter sig til livet med sygdom.

Og som hænger sammen med det Pols, Moser og Mol begrebsliggør som 'tinkering' (Mol et al. 2010). Pols går et skridt videre end Thorgård, når hun forslår at udvikle en egentlig videnskabelig vidensform; 'patientviden', (som jeg var inde på i kapitel 9). Pols foreslår denne vidensform som en 'praktisk vidensform', som hun kalder '*knowing in action*' (ibid.:75) eller '*know-now*' (ibid.:80), og hun argumenterer med, at den viden, patienterne udvikler i det levede liv med sygdom, er på linje med og supplerende til 'biomedicinsk viden' (det, hun med reference til Canguilhem, kalder 'laboratorie viden') og så 'klinisk viden'. 'Klinisk viden' er tilsvarende 'patientviden' en vidensform, der udvikles, når den biomedicinske viden skal stå sin prøve i mødet med virkelighedens kompleksitet. Det handler om, at klinikere afprøver forskellige mulige måder at anvende den biomedicinske viden på, de undersøger og justerer i forhold til de enkelte patienter. Disse to vidensformer; klinisk viden og patientviden, produceres begge gennem hverdagens 'tinkering', og bliver kontinuerligt formet og gen-formet i praksis (Mol 2008; Mol et al. 2010; Pols 2013). For klinikeren er formålet at finde gode, brugbare løsninger for de konkrete patienter, de møder i deres praksis. For patienterne er målet at leve hverdagslivet med sygdom og funktionstab på en god måde, hvor betydningen af 'god' er kontekstafhængigt (Pols 2014:75). Patienternes videnspraksisser handler, til forskel fra biomedicinsk eller klinisk viden, om at forbedre livet med sygdom og finde mulige strategier i hverdagens kompleksitet, mere end om at bevise at særlige facts er sande eller at særlige effekter af en behandling er sandsynlige (Pols 2013).

Afrunding

Jeg finder Pols' forslag interessant, fordi det adresserer de forhold, jeg har skitseret i denne afrundende diskussion. At forstå patientviden som en vidensform på linje med andre, åbner muligheder for at forstå teknologier som andet og mere end blot kolde og kliniske instrumenter, men også som noget der kan indgå i vigtige relationer, hvis de håndteres som andet og mere end blot 'sandhedssigere' i hverdagens praksisser. Patientvidens-begrebet giver også rum for at adressere vidensdimensionerne indenfor inddragelsesforskningen på anden vis end blot som dikotomisering mellem den varme, omsorgsfulde humanisme og den kolde biomedicin.

Resumé, summary og referencer

Resumé af afhandlingen

Afhandlingen "Patientinddragelse: Hvad bliver det til? En undersøgelse af patientinddragelse i fysioterapi" er en undersøgelse af, hvordan patientinddragelse konstitueres i fysioterapi i en dansk sammenhæng. Ideen om patientinddragelse har de seneste årtier fået stigende opmærksomhed i sundhedsvæsenet, hvor fysioterapeuter arbejder, ofte med forebyggelse, sundhedsfremme, genoptræning og rehabilitering. Hvorfor, hvordan og hvad det præcis vil sige at inddrage patienter findes der ikke entydige forståelser af, og denne afhandling kan læses som en kritisk undersøgelse af, hvordan inddragelse former og formes i forskning og praksis. Undersøgelsen er et bidrag til forskning i, hvordan medinddragelse konstitueres i et sundhedsvæsen, som i stigende grad er orienteret mod standardiserede, procedureorienterede arbejdsgange, kliniske retningslinjer og evidenstænkning.

Afhandlingen placerer sig indenfor en kritisk, humanistisk sundhedsforskningstradition, og tager udgangspunkt i en poststrukturalistisk informeret ramme. Afhandlingen spørger overordnet til, hvordan ambitionen om patientinddragelse forløses indenfor de sundhedspolitiske og institutionelle rammesætninger, som det fysioterapeutiske arbejde er indlejret i. Herunder hvordan patienterne håndterer livet med sygdom, og hvordan deres viden og erfaring herom får betydning for praktisering af inddragelse. Grundlæggende tager afhandlingen, i tråd med den poststrukturalistiske forskningstradition, det udgangspunkt, at inddragelse ikke er noget der 'eksisterer' og blot skal realiseres, men noget der produceres i et komplekst netværk af medkonstituerende kræfter, der går på tværs af kontekster. Derfor er undersøgelsen anlagt i en tilgang, der overskrider mikro- og makrodikotomier, og som undersøger hvordan de bredere samfundsmæssige problematiseringer og forestillinger om patientinddragelse får betydning i den konkrete daglige fysioterapeutiske praksis.

Med udgangspunkt i at praksis er informeret af viden og forskning, præsenterer afhandlingen et review af forskningslitteraturen, der tegner et billede af de dominerende tendenser og logikker indenfor forskning i patientinddragelse i fysioterapi. Gennem analyser af den fundne litteratur vises, hvordan patientinddragelse er en nyere forskningsinteresse, som primært abonnerer på to, videnskabsteoretisk set, meget forskellige tilgange; en biomedicinsk og en pædagogisk/psykologisk. Tilsvarende er der overvejende to centrale orienteringer i forskningen; én der orienterer sig mod at undersøge patienters og fysioterapeuters erfaringer med inddragelse og én der orienterer sig mod at udvikle teknologier og redskaber til at understøtte patientinddragelse.
Den fysioterapeutiske praksis er undersøgt etnografisk og gennem empiriske analyser af praksisobservationer og interviews med fysioterapeuter og patienter viser afhandlingen, hvordan praktisering af patientinddragelse helt overordnet hviler på tre professionslogikker. De handler om at 'ordne' hverdagen og livet med sygdom i relation til ressourcer og krav, at motivere og stimulere patienterne til at træne og endeligt; at monitorere målbare

forbedringer af det fysiske funktionsniveau. De tre professionslogikker peger på nogle hovedlinjer i, hvordan inddragelse bliver til gennem de konkrete praktiseringer. Der er således tale om nogle fremherskende tendenser, der handler om, at patienternes udfordringer forstås og anskues gennem særlige institutionelle og professionsorienterede logikker, der på hver sin måde bliver medproducerende for patientinddragelse.

Ordnelogikken handler om at hjælpe patienterne til at ordne og strukturere hverdagens krav i relation til at kunne håndtere livet med sygdom, men også en måde at ordne de følelser der knytter sig til at være syg og de heraf ændrede forhold i livet; bekymringer og håb for fremtiden, motivation for nye handlinger og lignende. Dette praktiseres gennem anvendelsen af forskellige teknologier, som samtaleredskaber, dagbøger eller handleplaner. Ordnelogikken kommer i praksis derfor ganske ofte til at indebære en kvantificering af patienternes motivation, ambitioner, målsætninger, tro på forandringer og håb for fremtiden.

Målelogikken, handler om anvendelse af måleteknologier og tests, som stadfæster kroppens præstationer. Det er en måde, hvorpå både professionelle og patienter kan se om der sker forbedringer af de målbare funktioner, med den implicitte forestilling, at patientens problemer i hverdagen også bliver bedre. Målelogikken er både en professionslogik, der hviler på forbedrings- og optimeringsrationaler, og samtidig et aspekt af en mere overordnet institutionel logik, som handler om eksempelvis dokumentationskrav og kvalitetssikring.

Motivationslogikken trækker på sports- og konkurrencediskurser som måder at instruere og vejlede, men også som særlige forestillinger om arbejdet på kroppen. Motivationslogikken handler om at stimulere patienterne til aktiv at deltage i træning, øvelser og hjemmeprogrammer. Den hviler på tilsyneladende implicitte forestillinger om, hvad der motiverer mennesker til at klare livet med sundhed og sygdom, og konstituerer træning som noget, man aldrig kan få nok af, noget man skal presses til og noget der skal føles hårdt. De særlige forestillinger om kropsarbejdet hænger også sammen med en implicit norm om, at sundhed og sygdom er den enkeltes ansvar, og det derfor er vigtigt at stimulere patienternes ansvarsfølelse i relation til arbejdet på at forbedre kroppen.

Samlet set indebærer praktiseringer af inddragelse gennem disse professionslogikker, at patienternes oplevelser af livet med sygdom, smerter og funktionsnedsættelser sjældent finder vej ind i mødet med fysioterapeuten. Og at patienternes hverdagssprog og viden om hverdagen oversættes til professionelle og ofte kvantitativt målbare formuleringer, som ikke kobles til de konkrete udfordringer ved at skulle håndtere livet med sygdom. Afhandlingen peger på, at sådanne praktiseringer risikerer at få betydning for, hvorvidt ambitionerne om medinddragelse af patienterne reelt indfries, og om patienterne faktisk

får mulighed for at omsætte den viden og de målbare funktionsforbedringer til egentlige positive forandringer i hverdagen.

English summary

The PhD thesis "Patient-centeredness: What does it become? A study of patient-centeredness in physiotherapy" is an investigation of how patient-centeredness is constituted in physiotherapy in a Danish context. Over the past decades the idea of patient-centeredness has gained increasing attention within health care where physiotherapists are employed, often in the fields of health promotion and rehabilitation. Why, how, and what exactly it implies to work in a patient-centered way is not clear, and this dissertation offers a critical study of how patient-centeredness shapes and is shaping research and practice. The study is a contribution to the body of research on how patient-centeredness is constituted within a healthcare system which increasingly orientates itself towards standardized procedures, clinical guidelines and evidence thinking.

The dissertation is carried out within a critical, humanistic health research tradition, and is based on a poststructuralist informed framework. Overall, this thesis asks how the tenets of patient-centeredness are being discharged within the health policy and institutional frameworks, in which the physiotherapeutic work is embedded. In addition, it asks how patients are handling life with disease, and how their knowledge and experiences become significant in practicing patient-centeredness. In continuation of the poststructural methodology and hence the anti-essential approach, patient-centeredness is not considered as a pre-existing object which is to be implemented, but as something which is being produced in local contexts throughout a complex network of co-constituent forces that go across contexts. Thus, a research approach is taken that transcends the micro-/macro dichotomy, and which examines how the broader societal problematizations and notions of patient-centeredness become important in the specific daily practice.

Based on the premise that practice is informed by knowledge and research, the thesis presents a review of the research literature, which maps the characteristics of research on patient-centeredness in physiotherapy. Analysis of the literature shows an incipient awareness of patient-centeredness within the research field of physiotherapy. Research seems to subscribe to two scientifically very different approaches: biomedical and educational/psychological. The research field is divided into two mutually disconnected trends: one concerned with understanding the complexity of clinical practice and patients' experiences of treatment and illness, and the other concerned with solving "the problem" of patient involvement.

Physiotherapy practice itself has been studied through ethnography. Through empirical analysis of participant observations and interviews with physiotherapists and patients, the thesis shows how the practice of patient-centeredness, broadly speaking, rests on three professional logics concerned with aligning everyday life with disease in relation to resources and demands, motivating and stimulating patients to exercise and finally, to monitor measurable improvements in functional ability. The three professional logics point to some distinctive features on how involvement is produced through specific practices. There are thus some prevailing trends, concerned with how patient challenges are understood and perceived through certain institution- and profession-oriented logics, which in their own way become co-producers of patient-centeredness.

The logic of structuring is about assisting patients to arrange and organize the demands of everyday life with the intentions of enabling them to handle life with disease, but also a way of coping with emotions associated with being ill and the changed life conditions as a consequence of this; worries and hopes for the future, motivation for new actions and the like. This is practiced through the usage of various technologies, such as conversation tools, patient diaries or action plans. In practice, the logic of structuring therefore quite often involves a quantification of patients' motivation, ambitions, goals, beliefs in change and hopes for the future.

The logic of measurement is about the application of measurement technologies and tests that affirm the body performance. It is a way for professionals and patients to certify improvements in the measurable functions of the body, with the implicit assumption that this aligns with improvement in patients' everyday life. The logic of measurement is a professional logic based on rationales of improvement and optimization but can also be understood as an aspect of a more general institutional logic, which deals with e.g., documentation requirements and quality assurance.

The logic of motivation draws on sports and competition discourses, both as ways of instructing and guiding, but also as special understandings of 'body-work'. The logic of motivation is about enhancing patients' active participation and engagement in gym-based and home-based exercises. It rests on seemingly implicit understandings of what motivates people to cope with health and illness and constitutes exercise as something you can never get enough of, something to be pushed and stressed into doing, and something that should be experienced as hard work. The distinctive understandings of body-work are linked to an implicit norm about the individual responsibility of health and illness as well. Thus, making motivation important in order to facilitate the patients' sense of responsibility in relation to optimizing and improving bodily ability.

Taken as a whole, practicing patient-centeredness through these professional logics implies that patients' experiences of life with disease, pain, and disabilities rarely find their way into the encounter with the physiotherapist. And that patients' everyday language and knowledge of everyday life is translated into professional and often quantitatively measurable statements which are not linked to the specific challenges of having to handle life with disease. This dissertation shows that such practices risk having an impact on whether the ambitions of involving patients are actually fulfilled and whether patients are given the opportunity to translate professional knowledge and the measurable improvements into actual positive changes in everyday life.

Referencer

Ahlsen, Birgitte, Eivind Engebretsen, David Nicholls, and Anne Marit Mengshoel. 2020. "The Singular Patient in Patient-Centred Care: Physiotherapists' Accounts of Treatment of Patients with Chronic Muscle Pain." *Medical Humanities* 46(3):226–33.

Alvesson, Mats and Jörgen Sandberg. 2011. "Generating Research Questions through Problematization." *The Academy of Management Review* 36(2):247–71.

Alvesson, Mats and Kaj Sköldberg. 2018. *Reflexive Methodology : New Vistas for Qualitative Research* . Third, rev. Los Angeles: Sage.

Anand, Nihhil, Nikhil Gupta, and Hannah Appel. 2018. *The Promise of Infrastructure*. edited by Nikhil Anand, H. Appel, and Nihil Gupta.

Andersen, John. 2012. "Sundhedsstrategier i et Empowerment Perspektiv." Pp. 165–76 in *Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv*, edited by B. Dybbroe, B. Land, and S. B. Nielsen. Samfundslitteratur.

Andersen, Niels Åkerstrøm. 1999. *Diskursive Analysestrategier : Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. Kbh: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Andersen, Niels Åkerstrøm. 2008. *Legende Magt*. edited by N. Åkerstrøm Andersen. Kbh: Hans Reitzel.

Andersen, Pernille Tanggaard. 2010. "Empowerment Som Frigørelse." Pp. 213–30 in *Sundhedssociologi*, edited by Hans Reitzels Forlag. København: Hans Reitzel.

Baarts, Charlotte and Mille Mehlsen. 2006. "Fokusgruppediskussion." Pp. 197–208 in *Valg der skaber viden - om samfundsvidenskabelige metoder*, edited by S. Voxted. Hans Reitzels Forlag.

Bacchi, Carol and Jennifer Bonham. 2014. "Reclaiming Discursive Practices as an Analytic Focus : Political Implications." *Foucault Studies* 17(17):173–92.

Balint, Enid. 1969. "The Possibilities of Patient-Centered Medicine." *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 269–76.

Barad, Karen Michelle. 2007. *Meeting the Universe Halfway, Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. edited by K. M. Barad. Durham, N.C : Duke University Press.

Bassett, S. 2003. "The Assessment of Patient Adherence to Physiotherapy Rehabilitation." *New Zealand Journal of Physiotherapy* 31(2):60–66.

Beauchamp, Tom L. and James F. Childress. 1979. *Principles of Biomedical Ethics* . edited by T. L. Beauchamp and J. F. Childress. New York: Oxford University Press.

Beedholm, Kirsten, Lena Michelle Andersen, and Kirsten Lomborg. 2017. "Patientinvolvering Og Institutionelle Logikker - Implementerings-Processer i Praksis." *Klinisk Sygepleje* 31(03):178–93.

Beedholm, Kirsten and Kirsten Frederiksen. 2019. "Patient Involvement and Institutional Logics: A Discussion Paper." *Nursing Philosophy* 20(2):1–8.

Bennell, Kim L., Fiona Dobson, and Rana S. Hinman. 2014. "Exercise in Osteoarthritis: Moving from Prescription to Adherence." *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology* 28(1):93–117.

Bishop, Mark D., Sergio Romero, Tara S. Patterson, Floris F. Singletary, and Kathye Light. 2012. "Exploration of Patient-Centered Success Criteria and Clinically Measured Improvement during Falls Rehabilitation." *Journal of Geriatric Physical Therapy* 35(4):181–90.

Bjørnlund, Inger Birthe, Hans Lund, and Nils Erik Sjöberg. 2018. "Fysioterapiens

Teorigrundlag." Pp. 129–52 in *Basisbog i fysioterapi*, edited by I. B. Bjørnlund, N. E. Sjöberg, and H. Lund. Kbh.: Munksgaard.
Bjørnlund, Inger Birthe and Niels Erik Sjöberg. 2018. "Videnskabsteori - Vidensforståelser Og Metoder." Pp. 89–115 in *Basisbog i fysioterapi*, edited by I. B. Bjørnlund, Nils Erik Sjöberg, and H. Lund. Kbh.: Munksgaard.
Burau, Viola and Karsten Vrangbæk. 2008. "Institutions and Non-Linear Change in Governance: Reforming the Governance of Medical Performance in Europe." *Journal of Health, Organisation and Management* 22(4):350–67.
Castro, Eva Marie, Tine Van Regenmortel, Kris Vanhaecht, Walter Sermeus, and Ann Van Hecke. 2016. "Patient Empowerment, Patient Participation and Patient-Centeredness in Hospital Care: A Concept Analysis Based on a Literature Review." *Patient Education and Counseling* 99(12):1923–39.
Cheng, Lisette, Vanessa Leon, Annie Liang, Charlotte Reiher, Danielle Roberts, Caroline Feldthusen, Kaisa Mannerkorpi, and Elizabeth Dean. 2016. "Patient-Centered Care in Physical Therapy: Definition, Operationalization, and Outcome Measures." *Physical Therapy Reviews* 21(2):109–23.
Clarke, Adele E., Carrie Friese, and Rachel S. Washburn. 2018. *Situational Analysis. Grounded Theory After the Interpretive Turn*. 2nd. Editi. Sage Publications Inc.
Coulter, Angela. 2007. "When Should You Involve Patients in Treatment Decisions?" *British Journal of General Practice* 57(543):771–72.
Coulter, Angela and Jo Ellins. 2006. *Patient-Focused Interventions: A Review of the Evidence.*
Coulter and Peter Alf Collins. 2011. "Making Shared Decision Making a Reality. No Decision about Me, without Me." *The Kings Fund* 1–56.
Dahlager, Lisa. 2001. "I Forebyggelsens Magt." *Distinktion: Journal of Social Theory* 2(3):91–102.
Dansk Selskab for Fysioterapi. 2021a. "Dansk Selskab for Fysioterapi." Retrieved June 13, 2021 (https://www.danskselskabforfysioterapi.dk/).
Dansk Selskab for Fysioterapi. 2021b. "Kliniske Retningslinjer." Retrieved June 11, 2021 (https://danskselskabforfysioterapi.dk/kliniske-retningslinjer).
Danske fysioterapeuter. 2016. *Holdningspapir Vedr. Patient- Og Pårørendeinvolvering.*
Danske Fysioterapeuter. 2019. "Ikke-Kirurgisk Behandling Og Genoptræning Efter Total Hofteallopoastik." *Fysio.Dk.*
Danske Fysioterapeuter. 2021a. "Hvad Kan Fysioterapeuter?" Retrieved June 13, 2021 (https://www.fysio.dk/om-os/hvem-er-vi/hvad-kan-fysioterapeuter).
Danske Fysioterapeuter. 2021b. "Ph.d.-Afhandlinger." Retrieved June 13, 2021 (https://www.fysio.dk/fafo/afhandlinger/phd).
Danske Patienter. 2021. "Organisering | Danske Patienter." Retrieved June 12, 2021 (https://danskepatienter.dk/om-danske-patienter/organisering).
Davies, Bronwyn. 2006. "Subjectification: The Relevance of Butler's Analysis for Education." *British Journal of Sociology of Education* 27(4):425–38.
Davies, Bronwyn and Rom Harré. 1990. "Positioning: The Discursive Production of Selves." *Journal for the Theory of Social Behaviour* 20(1):43–63.
Davies, Bronwyn and Rom Harré. 2014. *Positionering: Diskursiv Produktion Af Selver.* 1. udgave. edited by D. Bronwyn and R. Harré. Kbh: Mindspace.
Dean, Mitchell. 2006. *Governmentality : Magt Og Styring i Det Moderne Samfund.* 3rd. 2010. Frederiksberg: Sociologi.
Deleuze, Gilles and Felix Guattari. 2000. *Thousand Plateaus.* edited by F. Guattari. London: Continuum International Publishing.

Det Nationale Råd for Folkesundhed. 2006. "Giv Borgerne et KRAM, En Pjece Om Kost, Rygning, Alkohol Og Motion."

Dierckx, K., M. Deveugele, P. Roosen, and I. Devisch. 2013. "Implementation of Shared Decision Making in Physical Therapy: Observed Level of Involvement and Patient Preference." *Physical Therapy* 93(10):1321–30.

Dukhu, Sharisse, Cliona Purcell, and Cathy Bulley. 2018. "Person-Centred Care in the Physiotherapeutic Management of Long-Term Conditions: A Critical Review of Components, Barriers and Facilitators." *International Practice Development Journal* 8(2):1–20.

Elwyn, Glyn, Christine Dehlendorf, Ronald M. Epstein, Katy Marrin, James White, and Dominick L. Frosch. 2014. "Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care across the Spectrum of Health Care Problems." *Annals of Family Medicine* 12(3):270–75.

Elwyn, Glyn, Dominick Frosch, Richard Thomson, Natalie Joseph-Williams, Amy Lloyd, Paul Kinnersley, Emma Cording, Dave Tomson, Carole Dodd, Stephen Rollnick, Adrian Edwards, and Michael Barry. 2012. "Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice." *Journal of General Internal Medicine* 27(10):1361–67.

Emerson, Robert M., Rachel I. Fretz, and Linda L. Shaw. 2011. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. 2. ed. Chicago, Ill: University of Chicago Press.

Esmark, Anders, Carsten Bagge Laustsen, and Niels Åkerstrøm Andersen. 2005. *Poststrukturalistiske Analysestrategier*. 1. udgave. edited by A. Esmark, C. B. Laustsen, and N. A. Andersen. Frederiksberg, [Denmark: Roskilde Universitetsforlag.

Falzon, Mark-Anthony. 2016. *Multi-Sited Ethnography : Theory, Praxis and Locality in Contemporary Research*. edited by M.-A. Falzon. London, [England] ; Routledge.

Feldthusen, Caroline, Elizabeth Dean, Helena Forsblad-D'Elia, and Kaisa Mannerkorpi. 2016. "Effects of Person-Centered Physical Therapy on Fatigue-Related Variables in Persons with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial." *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 97(1):26–36.

Foucault, Michel. 1977. *Language, Counter-Memory, Practice: Selected Essays and Interviews*. 1st. edited by D. Bouchard. Ithaca: Cornell University Press.

Foucault, Michel. 1980. *Talens Forfatning*. Kbh: Rhodos.

Foucault, Michel. 1982. "The Subject and Power." *Critical Inquiry* 8(4):777–95.

Foucault, Michel. 1994. *Viljen Til Viden*. edited by S. Gosvig Olesen. Frederiksberg: Det lille Forlag.

Foucault, Michel. 2000. *Klinikkens Fødsel*. edited by M. Foucault. Kbh: Hans Reitzel.

Foucault, Michel. 2002. *Overvågning Og Straf : Fængslets Fødsel* . Frederiksberg: Det lille Forlag.

Foucault, Michel. 2003. *The Essential Foucault : Selections from the Essential Works of Foucault 1954-1984*. edited by P. Rabinow and N. Rose. New York: New Press.

Foucault, Michel. 2013. *Archaeology of Knowledge*. 2. ed. edited by M. Foucault. Hoboken, N.J: Taylor and Francis.

Foucault, Michel. 2014. "The Politics of Health in the Eighteenth Century." *Foucault Studies* (18):113–27.

Frederiksen, Morten. 2014. *Mixed Methods-Forskning : Principper Og Praksis*. 1. udgave. edited by P. Gundelach, R. Skovgaard Nielsen, and M. Frederiksen. Kbh: Hans Reitzel.

Freil, Morten, Annette Wandel, Line Pedersen, Alexandra Brandt Ryborg Jönsson, and Maya Nyborg. 2014. *Læger Og Sygeplejerskers Forståelse Af Patientinddragelse - En*

Spørgeskemaundersøgelse Blandt Ansatte På Hospitaler.
Gad, Christopher. 2013. "A Post Plural Attitude. Reflections on Subjectivity and Ontology." *NatureCulture*, 50–79.
Gimmler, Antje. 2020. "Demokratibegrebets Udvikling Og Grundprincipper." Retrieved June 9, 2021 (https://emu.dk//sites/default/files/2018-12/2Demokratibegrebets udvikling og grundprincipper.pdf).
Gordon, Morris. 2016. "Are We Talking the Same Paradigm? Considering Methodological Choices in Health Education Systematic Review." *Medical Teacher* 38(7):746–50.
Gough, David, Sandy Oliver, and James Thomas. 2017. *An Introduction to Systematic Reviews*. 2nd. ed. edited by D. Gough, S. Oliver, and J. Thomas. SAGE Publications.
Gough, David, James Thomas, and Sandy Oliver. 2012. "Clarifying Differences between Review Designs and Methods." *Systematic Reviews* 1(1):28.
Grant, Maria J. and Andrew Booth. 2009. "A Typology of Reviews: An Analysis of 14 Review Types and Associated Methodologies." *Health Information and Libraries Journal* 26(2):91–108.
Greene, Jennifer C. 2007. *Mixed Methods in Social Inquiry*. 1. ed. edited by J. C. Greene. San Francisco, Calif: Jossey-Bass.
Gudnason, Magnus, Martina Lybeck, Helena Lagercrantz, Nino Simic, Henrik Svensson, Gerd Vidje, Lasse Winther Wehner, and Erland Winterberg. 2010. *Fokus På Velfærdsteknologi*. Stockholm: Nordens Välfärdscenter.
Guldager, Anne. 2014. "Hjælper Med at Sætte Retningen." *Fystioterapeuten* 12.
Guldager, Anne. 2016. "Patienterne Bliver Hørt." *Fysioterapeuten* (3):14–16.
Hale, Leigh A., Catherine Smith, Hilda Mulligan, and Gareth J. Treharne. 2012. "Tell Me What You Want, What You Really Really Want..: Asking People with Multiple Sclerosis about Enhancing Their Participation in Physical Activity." *Disability and Rehabilitation* 34(22):1887–93.
Hall, Amanda M., Paulo H. Ferreira, Christopher G. Maher, Jane Latimer, and Manuela L. Ferreira. 2010. "The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review." *Physical Therapy* 90(8):1099–1110.
Hammersley, Martyn. 2008. "Troubles with Triangulation." *Advances in Mixed Methods Research* 22–36.
Hammersley, Martyn and Paul Atkinson. 2007. *Ethnography. Principles in Practice*. 3rd ed. edited by P. Atkinson. London ; Routledge.
Hammersley, Martyn and Paul Atkinson. 2019. *Ethnography. Principles in Practice*. 4th. New York: Routledge.
Hansen, Louise Søgaard. 2014. "Sundhedsfremme i Fysioterapeutuddannelsen." Roskilde University.
Hansen, Louise Søgaard. 2015. "Sundhedsfremme Er Mere End KRAM." *Fysioterapeuten* 97(2):34–38.
Hansen, Louise Søgaard. 2018. "Patient- Og Borgerinddragelse." in *Basisbog i fysioterapi.*, *Fysio/Munksgaard.*, edited by I. B. Bjørnlund, N. E. Sjöberg, and H. Lund. Kbh: Munksgaard.
Hansen, Louise Søgaard and Lone Andersen. 2021. "Sundhedspædagogik i Praksis." in *Klinisk praksis i ergoterapi og fysioterapi (in press)*, edited by H. B. Holm, R. S. Laisen, H. K. Niemann, and N. Sjöberg. Kbh.: Gads Forlag.
Hansen, Louise Søgaard and Diana Astrup Nielsen. 2021. "Brugerinddragelse." in *Klinisk*

praksis i ergoterapi og fysioterapi (in press), edited by H. B. Holm, R. S. Laisen, H. K. Niemann, and N. Sjöberg. Kbh.: Gads Forlag.

Hansen, Louise Søgaard, Jeanette Præstegaard, and Sine Lehn-Christiansen. 2021. "Patient-Centeredness in Physiotherapy. A Literature Mapping Review." *Physiotherapy Theory & Practice*.

Hansen, Louise Søgaard and Louise Rosholm. 2021. "Patient- Og Pårørende Inddragelse i Palliation" in *Ergo- og fysioterapi i den palliative praksis*, edited by L. Lindahl-Jacobsen and D. V. Poulsen. København: Gad.

Haraway, Donna. 1988. "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective." *Feminist Studies* 14(3):575.

Harman, Katherine, Meaghan Sim, Jeff LeBrun, Joan Almost, Cynthia Andrews, Harriet Davies, Hossein Khalili, Evelyn Sutton, and Sheri Price. 2021. "Physiotherapy: An Active, Transformational, and Authentic Career Choice." *Physiotherapy Theory and Practice* 37(5):594–607.

Højgaard, Betina and Jakob Kjellberg. 2020. *Fysioterapi i Danmark - Analyse Af Praksissektoren*.

Højgaard, Lis and Dorte Marie Søndergaard. 2011. "Theorizing the Complexities of Discursive and Material Subjectivity: Agential Realism and Poststructural Analyses." *Theory & Psychology* 21(3):338–54.

Højgaard, Lis and Dorte Marie Søndergaard. 2015. "Multimodale Konstitueringsprocesser i Empirisk Forskning." in *Kvalitative metoder. En grundbog*, edited by S. Brinkmann and L. Tanggaard. Hans Reitzels Forlag.

Holen, Mari. 2011. "Medinddragelse Og Lighed - En God Ide? En Analyse Af Patienttilblivelse i Det Moderne Hospital." Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitet.

Holen, Mari. 2015. "Patientinddragelse Som Politik - Hvordan Blev Det Muligt Og Hvad Bliver Det Til." *Tidsskrift for Professionsstudier* 20:37–47.

Holmström, Inger and Marta Röing. 2010. "The Relation between Patient-Centeredness and Patient Empowerment: A Discussion on Concepts." *Patient Education and Counseling* 79(2):167–72.

Høyer, Klaus. 2011. "Hvad Er Teori, Og Hvordan Forholder Teori Sig Til Metode." Pp. 17–41 in *Forskningmetoder i folkesundhedsvidenskab*, edited by S. Vallgårda and L. Koch. Kbh: Munksgaard Danmark.

Huniche, Lotte and Finn Olesen. 2014. "Teknologiforståelse Og Sundhedspraksis." Pp. 35–59 in *Teknologi i Sundhedspraksis*, edited by L. Huniche and F. Olesen. København: Munksgaard.

Hutchinson, R. H. and J. L. Barrie. 2015. "The Effects of Shared Decision Making in the Conservative Management of Stable Ankle Fractures." *Injury* 46(6):1116–18.

Huus, Cathrine. 2019. "Akkreditering – Mere Bureaukrati Eller Bedre Arbejdsgange?" *Fysioterapeuten* 3:22–23.

IKAS. 2013. *Akkrediteringsstandarder for Sygehuse*.

IKAS. 2014. "Den Danske Kvalitetsmodel for Det Kommunale Område, Standardpakke for Træning." 2nd. ed.

IKAS. 2015. "Den Danske Kvalitetsmodel for Kommuner, Standardpakker." Retrieved September 23, 2020 (https://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/kommune/standardpakker/).

IKAS. 2016a. "Den Danske Kvalitetsmodel." *Den Danske Kvalitetsmodel*. Retrieved June 8, 2021 (https://www.ikas.dk/den-danske-kvalitetsmodel/).

IKAS. 2016b. "Standardpakke for Træning. Borgerinddragelse." Retrieved September 28, 2020 (https://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/kommune/standardpakke-for-traening/Generelle standarder/Borgerinddragelse).

IKAS. 2019. *Den Danske Kvalitetsmodel Akkrediteringsstandarder for Fysioterapipraksis*.

Jack, Kirsten, Sionnadh Mairi McLean, Jennifer Klaber Moffett, and Eric Gardiner. 2010. "Barriers to Treatment Adherence in Physiotherapy Outpatient Clinics: A Systematic Review." *Manual Therapy* 15(3):220–28.

Jacobsen, Charlotte Bredahl, Helle Max Martin, and Vibe Hjelholt Baker. 2015. "Who Knows Best? Negotiations of Knowledge in Clinical Decision Making." *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund* 22(22):67–82.

Jacobsen, Kurt. 2018. *100 År i Bevægelse - Fysioterapi, Fag Og Profession*. København: Munksgaard.

Järvinen, Margaretha and Nanna Mik-Meyer. 2010. "Observationer i En Interaktionistisk Begrebsramme." Pp. 97–120 in *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter*, edited by M. Järvinen and N. Mik-Meyer. Kbh.: Hans Reitzel.

Jensen, Casper Bruun. 2015. "STS." Pp. 409–22 in *Kvalitative metoder. En grundbog*, edited by S. Brinkmann and L. Tanggaard. Hans Reitzels Forlag.

Joensson, Alexandra, Ann Dorrit Guassora, Morten Freil, and Susanne Reventlow. 2018. "What the Doctor Doesn't Know: Discarded Patient Knowledge of Older Adults with Multimorbidity." *Chronic Illness*.

Jones, L. E., L. C. Roberts, P. S. Little, M. A. Mullee, J. A. Cleland, and C. Cooper. 2014. "Shared Decision-Making in Back Pain Consultations: An Illusion or Reality?" *European Spine Journal* 23(SUPPL. 1):S13–19.

Jönsson, Alexandra Brandt Ryborg, Maya Nyborg, Vibe Pedersen, Line Pedersen, Annette Wandel, and Morten Freil. 2013. *Sundhedsprofessionelles Forståelser Af Patientinddragelse En Kvalitativ Undersøgelse*. København.

Jønsson, Alexandra Ryborg, Vibe Hjelholt Baker, Charlotte Bredahl Jacobsen, and Line Hjøllund Pedersen. 2015. "Brugerinddragelse: Forhandlinger Af Autoritet, Relation Og Viden." *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund* 22(22):5–17.

Josephson, Irene, Robyn Woodward-Kron, Clare Delany, and Amy Hiller. 2015. "Evaluative Language in Physiotherapy Practice: How Does It Contribute to the Therapeutic Relationship?" *Social Science & Medicine* 143:128–36.

Kåringen, Ingunn, Elin Dysvik, and Bodil Furnes. 2011. "The Elderly Stroke Patient's Long-Term Adherence to Physiotherapy Home Exercises." *Advances in Physiotherapy* 13(4):145–52.

Kickbusch, Ilona. 2007. "Health Governance: The Health Society." in *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*, edited by D. V. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin, T. Abel, and L. Balbo. New York, NY: Springer New York.

Kildedal, Karin and Erik Laursen. 2014. "Professionsudvikling - Udvikling Af Professionel Praksis Gennem Aktionsforskning." Pp. 81–96 in *Aktionsforskning : en grundbog*, edited by G. Duus, M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, and D. Tofteng. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Kjær, Michael and Peter Magnusson. 2010. "Uddannelsen i Fysioterapi Bør Ændres: En Unik Mulighed." *Fysioterapeuten* 92(11):32.

Kjær, Peter and Anne Reff. 2010. "Patientskab Og Styring i Sundhedsvæsenet." Pp. 11–26 in *Ledelse gennem patienten : nye styringsformer i sundhedsvæsenet.*, edited by P. Kjær and A. Reff. Kbh.: Handeshøjskolens Forlag.

Kristiansen, Tine Mechlenborg, Jette Primdahl, Rasmus Antoft, and Kim Hørslev-Petersen. 2012. "Everyday Life with Rheumatoid Arthritis and Implications for Patient Education and Clinical Practice: A Focus Group Study." *Musculoskeletal Care* 10(1):29–38.

Lambrecht, Tina. 2016. "Kunsten at Bruge En Klinisk Retningslinje." *Fysioterapeuten* 98(5):5.

Lambrecht, Tina. 2018. "Ny Overenskomst for Praksis." *Fysioterapeuten* 100(6):5.

Lambrecht, Tina. 2019. "En Sejr for Faget." *Fysioterapeuten* 101(2):5.

Langberg, Emil Mørup, Lise Dyhr, and Annette Sofie Davidsen. 2019. "Development of the Concept of Patient-Centredness – A Systematic Review." *Patient Education and Counseling* 102(7):1228–36.

Larkin, Brian. 2013. "The Politics and Poetics of Infrastructure." *Annual Review of Anthropology* 42:327–43.

Larsen, Kristian. 2008. "Sundhedsprofessionernes Kamp - Hvorfor Opretholdes Status Quo over Tid? Om Stabiliserende Faktorer i Det Medicinske Felt." Pp. 295–321 in *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu - en æresbog til Staf Callewaert*, edited by K. A. Petersen and M. Høyen. Hexis.

Lawford, Belinda J., Clare Delany, Kim L. Bennell, Caroline Bills, Janette Gale, and Rana S. Hinman. 2018. "Training Physical Therapists in Person-Centered Practice for People With Osteoarthritis: A Qualitative Case Study." *Arthritis Care & Research* 70(4):558–70.

Légaré, France, Dawn Stacey, Stéphane Turcotte, Marie Joëlle Cossi, Jennifer Kryworuchko, Ian D. Graham, Anne Lyddiatt, Mary C. Politi, Richard Thomson, Glyn Elwyn, and Norbert Donner-Banzhoff. 2014. "Interventions for Improving the Adoption of Shared Decision Making by Healthcare Professionals." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(9).

Lehn-Christiansen, Sine. 2011. "I Sundhedens Tjeneste." Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitet, Roskilde.

Leplege, Alain, Fabrice Gzil, Michele Cammelli, Celine Lefeve, Bernard Pachoud, and Isabelle Ville. 2007. "Person-Centredness: Conceptual and Historical Perspectives." *Disability and Rehabilitation* 29(20–21):1555–65.

Liveng, Anne. 2016. "Aktiv Aldring: En Sundhedsskabende Eller Usynliggørende Diskurs." in *Ulighed i sundhed : nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver.*, *Sundhed, samfund og kultur, nr. 1.*, edited by S. Lehn-Christiansen, A. Liveng, B. Dybbroe, M. Holen, N. Thualagant, I. C. Aamann, and B. Nordenhof. Frederiksberg: Frydenlund Academic.

Lock, Margaret and Vinh-Kim Nguyen. 2010. *Anthropology of Biomedicine.* 1. ed. edited by M. Lock and V.-K. Nguyen. Hoboken: Wiley.

Loew, Laurianne, Lucie Brosseau, Glen P. Kenny, Natalie Durand-Bush, Stéphane Poitras, Gino De Angelis, and George A. Wells. 2016. "Factors Influencing Adherence among Older People with Osteoarthritis." *Clinical Rheumatology* 35(9):2283–91.

Marcus, George E. 1995. "Ethnography in / of the World System : The Emergence of Multi-Sited Ethnography." *Annual Review of Anthropology* 24(1995):95–117.

Marrin, Katy, Fiona Wood, Jill Firth, Katharine Kinsey, Adrian Edwards, Kate E. Brain, Robert G. Newcombe, Alan Nye, Timothy Pickles, Kamila Hawthorne, and Glyn Elwyn. 2014. "Option Grids to Facilitate Shared Decision Making for Patients with Osteoarthritis of the Knee: Protocol for a Single Site, Efficacy Trial." *BMC Health*

Services Research 14.
MarselisborgCentret. 2016. "ICF." *Notat Om ICF*. Retrieved (https://www.marselisborgcentret.dk/siteassets/viden-om-rehabilitering/icf/notat-om-icf-maj-2016-forskning-og-udvikling-marselisborgcentret.pdf).
Martin, Denise, Mary Jane Spink, and Pedro Paulo Gomes Pereira. 2018. "Multiple Bodies, Political Ontologies and the Logic of Care: An Interview with Annemarie Mol." *Interface: Communication, Health, Education* 22(64):295–305.
Martin, Leslie R., Summer L. Williams, Kelly B. Haskard, and M. Robin DiMatteo. 2005. "The Challenge of Patient Adherence." *Therapeutics and Clinical Risk Management* 1(3):189–99.
Mead, Nicola and Peter Bower. 2000. "Patient-Centrednes: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature." *Social Science & Medicine* 51(7):1087–1110.
Miciak, Maxi, Maria Mayan, Cary Brown, Anthony S. Joyce, and Douglas P. Gross. 2018. "The Necessary Conditions of Engagement for the Therapeutic Relationship in Physiotherapy: An Interpretive Description Study." *Archives of Physiotherapy* 8(1):1–12.
Mik-Meyer, Nanna. and Kaspar. Villadsen. 2007. *Magtens Former : Sociologiske Perspektiver På Statens Møde Med Borgeren*. 1. udg., 2. Kbh: Hans Reitzel.
Mik-Meyer, Nanna. 2014. "Health Promotion Viewed in a Critical Perspective." *Scandinavian Journal of Public Health* 42(July):31–35.
Miller, Kenneth L. 2016. "Patient Centered Care: A Path to Better Health Outcomes through Engagement and Activation." *NeuroRehabilitation* 39(4):465–70.
Mol, Annemarie. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham and London: Duke University Press.
Mol, Annemarie. 2008. *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. London and New York: Routledge.
Mol, Annemarie and John Law. 2004. "Embodied Action, Enacted Bodies: The Example of Hypoglycaemia." *Body & Society* 10(2–3):43–62.
Mol, Annemarie, Ingunn Moser, and Jeannette Pols. 2010. "Care: Putting Practice into Theory." Pp. 7–26 in *Care in Practice. On tinkering in Clinics, Homes and Farms*, edited by A. Mol, I. Moser, and J. Pols. Bielefeld: Transcript.
Morera-Balaguer, Jaume, José M. Botella-Rico, Daniel Catalán-Matamoros, Olivia-Raquel Raquel Martínez-Segura, Marina Leal-Clavel, and Óscar Rodríguez-Nogueira. 2019. "Patients' Experience Regarding Therapeutic Person-Centered Relationships in Physiotherapy Services: A Qualitative Study." *Physiotherapy Theory and Practice* 0(0):1–11.
Morera-Balaguer, Jaume, José Martín Botella-Rico, Mari Carmen Martínez-González, Francesc Medina-Mirapeix, and Óscar Rodríguez-Nogueira. 2018. "Physical Therapists' Perceptions and Experiences about Barriers and Facilitators of Therapeutic Patient-Centred Relationships during Outpatient Rehabilitation: A Qualitative Study." *Brazilian Journal of Physical Therapy* 22(6):484–92.
Neidel, Agnete. 2011. "På Vej?! Kritiske Analyser Af Recovery-Orienteringen Af Det Socialpsykiatriske Arbejde." Forskerskolen for Livslang Læring, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet.
Nicholls, David. 2018. *The End of Physiotherapy*. Taylor and Francis.
Nicholls, David and Barbara E. Gibson. 2010. "The Body and Physiotherapy." *Physiotherapy Theory and Practice* 26(8):497–509.

Nickelsen, Niels Christian. 2008. "Subjektivitet, Materialitet Og Ledsmerter." *Psyke & Logos* 29:238–60.

Nielsen, Klaus and Lene Tanggaard. 2013. *Pædagogisk Psykologi : En Grundbog*. 1. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Nilsen, Ann Christin E. 2015. "Barneomsorg. På Jakt Etter Styringsrelasjoner Ved 'Tidlig Indsats' i Barnehagen." Pp. 32–51 in *I hjertet af velferdsstaten. En invitasjon til institutionel etnografi*, edited by K. Widerberg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP.

Nilsson, Roddy. 2009. *Michel Foucault : En Introduktion*. 1. udgave. Kbh: Hans Reitzel.

Obling, Anne Roelsgaard. 2010. "Pakkede Behandlingsforløb Og Styringsambitioner i Det Danske Sundhedsvæsen." Pp. 101–29 in *Ledelse gennem patienten : nye styringsformer i sundhedsvæsenet.*, edited by P. Kjær and A. Reff. Kbh.: Handelshøjskolens Forlag.

Öhman, A., H. Stenlund, and L. Dahlgren. 2001. "Career Choice, Professional Preferences and Gender - The Case of Swedish Physiotherapy Students." *Advances in Physiotherapy* 3(3):94–107.

Ørtenblad, Lisbeth. 2020. "Mere Hverdag i Sundhedsvæsenet." *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund* 17(32):37–54.

Ørtenblad, Lisbeth, Alexandre Ryborg Jønsson, and Lucette Meillier. 2015. "Komplekse Liv. Patientinddragelse Som Vej Til et Bedre Hverdagsliv for Multisyge?" *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund* 0(22):83–101.

Page, Matthew J., Joanne E. McKenzie, Patrick M. Bossuyt, Isabelle Boutron, Tammy C. Hoffmann, Cynthia D. Mulrow, Larissa Shamseer, Jennifer M. Tetzlaff, Elie A. Akl, Sue E. Brennan, Roger Chou, Julie Glanville, Jeremy M. Grimshaw, Asbjørn Hróbjartsson, Manoj M. Lalu, Tianjing Li, Elizabeth W. Loder, Evan Mayo-Wilson, Steve McDonald, Luke A. McGuinness, Lesley A. Stewart, James Thomas, Andrea C. Tricco, Vivian A. Welch, Penny Whiting, and David Moher. 2021. "The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews." *The BMJ* 372.

Pedersen, Kirstine Zinck. 2010. "Patienten Som Diskurspolitisk Styringsredskab." Pp. 27–45 in *Ledelse gennem patienten : nye styringsformer i sundhedsvæsenet.*, edited by P. Kjær and A. Reff. Kbh: Handelshøjskolens Forlag.

Pedersen, Kirstine Zinck and Peter Kjær. 2017. "'The New Patient': The Emergence of a Political Persona." *International Journal of Public Sector Management* 30(1):85–98.

Pedersen, Kjeld Møller. 2012. "Demografien, Den Økonomiske Krise Og Sundhedsvæsenet." *Politik* 15(4).

Pii, Kathrine Hoffmann. 2017. "Magtens Distribution i Patientcentreret Forebygelse Og Sundhedsfremme." Pp. 213–36 in *Sundhed og magt : perspektiver på biopolitik og ledelsesteknologi*, edited by M. P. Karlsen and K. Villadsen. Kbh: Hans Reitzel.

Pluut, Bettine. 2016. "Differences That Matter: Developing Critical Insights into Discourses of Patient-Centeredness." *Medicine, Health Care and Philosophy* 19(4):501–15.

Pols, Jeannette. 2010. "Bringing Bodies – And Health Care – Back in: Exploring Practical Knowledge for Living with Chronic Disease." *Medische Antropologie* 22(2):413–27.

Pols, Jeannette. 2013. "The Patient 2.Many: About Diseases That Remain and the Different Forms of Knowledge to Live with Them." *Science and Technology Studies* 26(2):80–97.

Pols, Jeannette. 2014. "Knowing Patients: Turning Patient Knowledge into Science." *Science Technology and Human Values* 39(1):73–97.

Pols, Jeannette and Ingunn Moser. 2009. "Cold Technologies versus Warm Care? On

Affective and Social Relations with and through Care Technologies." *Alter, European Journal of Disability Research* 3(2):159–78.
Præstegaard, Jeanette and Bente Andersen. 2018. "Fysioterapiens Genstandsfelt - Det vi Arbejder Med." Pp. 37–55 in *Basisbog i fysioterapi*, edited by I. B. Bjørnlund, N. E. Sjöberg, and H. Lund. Kbh.: Munksgaard.
Praestegaard, Jeanette, Gunvor Gard, and Stinne Glasdam. 2015. "Physiotherapy as a Disciplinary Institution in Modern Society-a Foucauldian Perspective on Physiotherapy in Danish Private Practice." *Physiotherapy Theory & Practice* 31(1):17–28.
pro-danmark.dk. 2021. "PRO." Retrieved June 11, 2021 (https://pro-danmark.dk/da/pro).
Rasmussen, Lise Dam. 2012. "(H)Vide Verden-Om Relationer Mellem Professionsidentiteter Og Kvalitetssikring." Roskilde Universitet.
Rathert, Cheryl, Mary D. Wyrwich, and Suzanne Austin Boren. 2013. "Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature." *Medical Care Research and Review* 70(4):351–79.
Regeringen. 2002. *Sund Hele Livet : De Nationale Mål Og Strategier for Folkesundheden 2002-10*. Kbh: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
Regeringen. 2007. *Bedre velfærd og større arbejdsglæde : Regeringens strategi for høj kvalitet i den offentlige service*. Kbh.: Regeringen.
Regeringen. 2014. *Sundere Liv for Alle Nationale Mål for Danskernes Sundhed de Naeste 10 År*.
Region H. 2021. "Hvad Er LUP." Retrieved June 21, 2021 (https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/Om-lup/Sider/hvad-er-lup.aspx).
Roberts, Simon and Paul Potrac. 2014. "Behaviourism, Constructivism and Sports Coaching Pedagogy: A Conversational Narrative in the Facilitation of Player Learning." *International Sport Coaching Journal* 1(3):180–87.
Rollnick, Stephen and William R. Miller. 1995. "What Is Motivational Interviewing?" *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 23(4):325–34.
Rose, Nikolas. 1996. *Inventing Our Selves : Psychology, Power and Personhood* . Cambridge: Cambridge University Press.
Rubow, C. 2010. "Samtalen. Interviewet Som Deltagerobservation." Pp. 227–45 in *Ind i verden – en grundbog i antropologisk metode*, edited by K. Hastrup. Hans Reitzel.
Saha, Somnath, Mary Catherine Beach, and Lisa A. Cooper. 2008. "Patient Centeresness, Cultural Competence and Healthcare Quality." *Journal of the National Medical Association* 100(11):1275–85.
Schoeb, Veronika and Elisabeth Bürge. 2012. "Perceptions of Patients and Physiotherapists on Patient Participation: A Narrative Synthesis of Qualitative Studies." *Physiotherapy Research International* 17(2):80–91.
Schøler, Maja. 2017. "Rutinerede Praksisser Og Magiske Artefakter. Forandringer Af Livsstil i Hverdagen." *Kulturstudier* 8(2):109–43.
Schraube, Ernst. 2013. "First-Person Perspective and Sociomaterial Decentering: Studying Technology from the Standpoint of the Subject." *Subjectivity* 6(1):12–32.
SDU. 2020. "Kandidatuddannelsen i Fysioterapi." Retrieved October 29, 2020 (https://www.sdu.dk/da/uddannelse/kandidat/fysioterapi).
Social- og Indenrigsministeriet. 2020. "Bekendtgørelse Af Lov Om Social Service." (LBK nr 1287 af 28/08/2020).
Solvang, Per Koren and Marit Fougner. 2016. "Professional Roles in Physiotherapy

Practice: Educating for Self-Management, Relational Matching, and Coaching for Everyday Life." *Physiotherapy Theory and Practice* 32(8):591–602.
Søndergaard, Dorte Marie. 2000. "Destabiliserende Diskursanalyse: Veje Ind i Poststrukturalistisk Inspireret Empirisk Analyse." Pp. 60–104 in *Kjønn og fortolkende metode*, edited by H. Haavind. Oslo: Gyldendal Akademisk.
Søndergaard, Dorte Marie. 2003. "Subjektivering Og Nye Identiteter – En Psykologi i et Pædagogisk Felt." *Kvinder, Køn Og Forskning* 2003(4):31–47.
Søndergaard, Dorte Marie. 2005. "At Forske i Komplekse Tilblivelser." Pp. 233–68 in *Psykologiske og pædagogiske metoder: Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder i praksis*, edited by T. Bechmann Jensen and G. Christensen. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
Stacey, Dawn, France Légaré, Krystina Lewis, Michael J. Barry, Carol L. Bennett, Karen B. Eden, Margaret Holmes-Rovner, Hilary Llewellyn-Thomas, Anne Lyddiatt, Richard Thomson, and Lyndal Trevena. 2017. "Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(4).
Staunæs, Dorthe and Dorte Marie Søndergaard. 2005. "Interview i En Tangotid." Pp. 49–72 in *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter*, edited by M. Järvinen and N. Mik-Meyer. Kbh.: Hans Reitzel.
Stenner, Rob, Annette Swinkels, Theresa Mitchell, and Shea Palmer. 2016. "Exercise Prescription for Non-Specific Chronic Low Back Pain (NSCLBP): A Qualitative Study of Patients' Experiences of Involvement in Decision Making." *Physiotherapy (United Kingdom)* 102(4):339–44.
Stormhøj, Christel. 2006. *Poststrukturalismer, Videnskabsteori, Analysestrategi, Kritik*. 1. udgave. edited by C. Stormhøj. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
Sundhed.dk. 2019. "Fysioterapi." Retrieved September 23, 2020 (https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/knogler-muskler-og-led/sygdomme/behandling/fysioterapi/).
Sundhed.dk. 2020. "KOL."
Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, KL, Danske Regioner. 2016. *Sundhedsvaesenets Resultater*. København.
Sundheds- og Ældreministeriet. 2005. "Sundhedsloven." *Sundhedsloven LOV Nr. 546 Af 24/6-2005*. Retrieved June 10, 2021 (https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2005/546).
Sundheds- og Ældreministeriet. 2008. "Bekendtgørelse Om Tilskud Til Fysioterapi Hos Fysioterapeut i Praksissektoren Og Vederlagsfri Fysioterapi Hos Fysioterapeut i Praksissektoren Og i Kommunen." 2008(989):1–3.
Sundheds- og Ældreministeriet. 2018a. "Bekendtgørelse Om Autoriserede Sundhedspersoners Patientjournaler." 2018(820):1–6.
Sundheds- og Ældreministeriet. 2018b. "Vejledning Om Genoptræning Og Vedligeholdelsestræning i Kommuner Og Regioner." *Sundhedsloven* 2018(08/10/2014):1–41.
Sundheds- og Ældreministeriet, KL, and Danske Regioner. 2019. *Nationale Mål for Sundhedsvæsenet 2019*.
Sundhedsstyrelsen. 2012. *Forløbsprogrammer for Kronisk Sygdom - Den Generiske Model*.
Syddansk Universitet. 2009. *KRAM-Undersøgelsen i Tal Og Billeder*.
Szulevicz, Thomas. 2015. "Deltagerobservation." Pp. 81–96 in *Kvalitative metoder. En grundbog*, edited by S. Brinkmann and L. Tanggaard. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.

Terry, Gareth, Nikki Hayfield, and Victoria Clarke. 2017. "Thematic Analysis." Pp. 17–36 in *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*, edited by C. Willig and W. S. Rogers. SAGE Publications.

Thing, Lone Friis. 2009. "Motion På Recept Er En Svær Pille at Sluge." Pp. 271–88 in *Folkesundhed : i et kritisk perspektiv*, edited by S. Glasdam and I. Axelsen. Dansk Sygeplejeråd.

Thorgård, Keld. 2012. "Patientinddragelse Mellem Ekspertviden Og Hverdagserfaringer." *Nordisk Sygeplejeforskning* 2(2):96–108.

Thornton, Patricia H. 2015. *Culture and Institutional Logics*. Vol. 5. Second Edi. Elsevier.

Thornton, Patricia H., William Ocasio, and Michael Lounsbury. 2012. *The Institutional Logics Perspective. A New Approach to Culture, Structure, and Process*. Oxford: Oxford University Press.

Trede, Franziska. 2012. "Emancipatory Physiotherapy Practice." *Physiotherapy Theory & Practice* 28(6):466–73.

Undervisningsministeriet. 2014. *Den Åbne Skole. Folkeskolereformen Og Fritidstilbuddene*.

Vallgårda, Signild. 2003. *Folkesundhed Som Politik. Danmark Og Sverige Fra 1930 Til i Dag*. Århus Universitetsforlag.

Vallgårda, Signild. 2004. "Studier Af Magtudøvelse. Bidrag Til En Operationalisering Af Michel Foucaults Magtbegreb Governmentality." Pp. 117–31 in *På sporet af magten*, edited by P. Christiansen and L. Togeby. Aarhus: Århus Universitetsforlag.

Vallgårda, Signild. 2009a. "Forebyggelse Og Sundhedsfremme - Definitioner, Historie Og Magtudøvelse." Pp. 95–113 in *Folkesundhed : i et kritisk perspektiv*, edited by S. Glasdam. Kbh.: Dansk Sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Vallgårda, Signild. 2009b. "Sundhedspolitik i de Skandinaviske Lande." Pp. 166–87 in *Folkesundhed : i et kritisk perspektiv2*, edited by S. Glasdam. Kbh.: Dansk Sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

ViBIS. 2018. "Inddragelse i Eget Forløb | Danske Patienter." 56:2–3.

Villadsen, Kaspar. 2007. "Magt Og Selv-Teknologi: Foucaults Aktualitet for Velfærdsforskningen." *Tidsskrift for Velferdsforskning* 10(3):156–67.

de Vries, Nienke M., J. Bart Staal, Philip J. van der Wees, Eddy M. M. Adang, Reinier Akkermans, Marcel G. M. Olde Rikkert, and Maria W. G. Nijhuis-van der Sanden. 2016. "Patient-Centred Physical Therapy Is (Cost-) Effective in Increasing Physical Activity and Reducing Frailty in Older Adults with Mobility Problems: A Randomized Controlled Trial with 6 Months Follow-Up." *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* 7(4):422–35.

WHO. 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion*.

WHO. 2003. *Evidence for Action*.

Widerberg, Karin. 2015. "En Invitasjon Til Institutionelle Etnografi." Pp. 13–31 in *I hjertet af velferdsstaten. En invitasjon til institutionel etnografi*, edited by K. Widerberg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP.

Wijma, Amarins J., Anouck N. Bletterman, Jacqui R. Clark, Sigrid C. J. M. J. M. Vervoort, Anneke Beetsma, Doeke Keizer, Jo Nijs, and C. Paul Van Wilgen. 2017. "Patient-Centeredness in Physiotherapy: What Does It Entail? A Systematic Review of Qualitative Studies." *Physiotherapy Theory and Practice* 33(11):825–40.

Zeppieri, Giorgio and Steven Z. George. 2017. "Patient-Defined Desired Outcome, Success Criteria, and Expectation in Outpatient Physical Therapy: A Longitudinal Assessment." *Health and Quality of Life Outcomes* 15(1):1–11.

Bilag

Bilag 1:

Informationsbrev om projektet

Roskilde Universitet

Forskningscentre

DATO/REFERENCE
30. jan 2018

JOURNALNUMMER

DERES REFERENCE / JOURNALNUMMER
losoha@ruc.dk

PH.D. PROJEKT OM PATIENTINDDRAGELSE I FYSIOTERAPEUTISK PRAKSIS

Tak for en god samtale om evt. deltagelse i mit forskningsprojekt. Hermed sender jeg som aftalt en lille introduktion til projektet, lidt information om hvad det betyder for jer at deltage, og hvad I kan forvente af mig.

Projektet foregår i et samarbejde mellem Roskilde Universitet og Professionshøjskolen UCC og omhandler patienters mulighed for medinddragelse i fysioterapeutiske behandlingstilbud. Vejleder på projektet er lektor Sine Lehn-Christiansen, slehn@ruc.dk.

Kort introduktion til projektet

Projektet har til formål at undersøge, hvordan patientinddragelse foregår i fysioterapeutisk praksis og hvordan patienternes hverdagsliv og livsvilkår spiller en rolle i mødet med fysioterapeuten.
Den eksisterende forskning viser, at patientens oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet har stærk sammenhæng med oplevelsen af at blive inddraget i såvel undersøgelse som behandlingstiltag. Samtidig ser det også ud til at inddragelse af patientens erfaring og viden er afgørende for mulighederne for at omsætte anbefalinger og ændringer i hverdagslivet. Forskning herom i en fysioterapeutisk sammenhæng er meget sparsom og formålet med projektet er derfor at skabe et bedre vidensmæssigt udgangspunkt i relation til patientinddragelse i fysioterapi.

Undersøgelsen vil bestå af en række observationer af daglig praksis, som vil blive fulgt op af interviews med patienter. Når de første analyser er foretaget afholdes en workshop med deltagelse af fysioterapeuterne på stedet. Her vil pointerne fra analysen danne udgangspunktet for fælles dialog og refleksion. Sigtet er at diskutere viden fra undersøgelsen, og er også tænkt som en mulighed for at skabe et fælles lærings- og refleksionsrum.
Den her beskrevne undersøgelse vil blive foretaget i tre forskellige typer af fysioterapeutisk praksis.

Hvad betyder det for jer at deltage?

I første omgang betyder det, at I (og de patienter, der samtykker) vil have mig med på sidelinjen gennem ca. 8 hele arbejdsdage. Det vil være mest hensigtsmæssigt, at jeg får

UNIVERSITETSVEJ 1, Bygning 09.1, POSTBOX 260, 4000 ROSKILDE
DIREKTE NUMMER: 4674-2602, E-POST: losoha@ruc.dk
Roskilde Universitet CVR-nr.: 29 05 75 59
TELEFON: 4674-2000
TELEFAX:

mulighed for at følge flere forskellige fysioterapeuter (fx 2-4 forskellige). Jeg vil desuden undervejs spørge nogle patienter om de har lyst til at deltage i kortere interviews, som jeg selv vil sørge for alt praktisk omkring (lave aftaler, finde lokaler osv.).
I anden omgang, efter nogle måneder, vil jeg invitere til en workshop, hvor vi drøfter mine foreløbige resultater. Her kan vi også arrangere, at jeg evt. holder et oplæg om patientinddragelse og sundhedspædagogik.

Måden vi tilrettelægger samarbejdet på vil altid være et resultat af en fælles drøftelse, hvor hensynet til jeres hverdag står øverst.

Hvad kan I forvente af mig
I kan forvente, at jeg indgår i dagligdagen på en måde, der tager størst muligt hensyn til jer og jeres arbejde og at jeg respekterer de regler, der findes på arbejdspladsen, herunder at jeg naturligvis har tavshedspligt i alle forhold, der rækker ud over den dataindsamling, der foretages i relation til ph.d.-projektet.
I kan forvente, at projektet er anmeldt til Datatilsynet, og at indsamling, behandling og opbevaring af data følger de gældende retningslinjer herfra. Alle deltagere (fysioterapeuter, såvel som patienter) er sikret fuld anonymitet, ligesom alle udsagn og handlinger bliver behandlet fortroligt.
Såfremt vi etablerer et samarbejde vil de egentlige samtykkeerklæringer blive udarbejdet og underskrevet af alle implicerede.

Jeg håber meget, at dette har vakt jeres interesse og har mod på at invitere mig ud og fortælle mere om projektet. Hvis I har spørgsmål, kommentarer, forslag el. lign. er I meget velkommen til at kontakte mig. Jeg glæder mig til at høre fra jer, og vil under alle omstændigheder vende tilbage indenfor den næste måneds tid.

Med venlig hilsen

Louise Søgaard Hansen
Ph.d.-studerende og fysioterapeut

Roskilde Universitet
Center for Sundhedsfremmeforskning

Universitetsvej 1
DK-4000 Roskilde
Telefon: +45 4674-2602
www.ruc.dk

facebook.com/ruc.dk ○ twitter.com/roskildeuni ○ instagram.com/roskildeuniversitet

Bilag 2: Informationsskrivelse til fysioterapeuter

Patientinddragelse i fysioterapeutisk praksis – et Ph.d. studie af hvordan patienter inddrages i eget behandlingsforløb i fysioterapeutisk behandling

Jeg hedder Louise Søgaard Hansen og er fysioterapeut, cand.mag. og Ph.d.-stipendiat på Center for Sundhedsfremmeforskning, Roskilde Universitet.

Jeg er i gang med et Ph.d.-projekt om patientinddragelse, og har fået lov at indsamle en del af min empiri her i XXXX. Derfor vil jeg de næste uger være til stede på en eller to hverdage og spørge om lov til at deltage ved nogle af de aktiviteter, som patienterne har med jer.

At involvere patienten er en implicit del af fysioterapifagets værdigrundlag, men alligevel ser der ikke ud til at være enighed om, hvad det egentlig vil sige eller hvordan det kan gøres. For at kunne udvikle patientinddragelse i det fysioterapeutiske felt er det derfor nødvendigt at skabe viden om, hvordan det gøres i dag og hvilken betydning, det har for patienterne at blive inddraget. Det er det, som mit projekt handler om.

Projektet foregår i et samarbejde mellem fysioterapeutuddannelsen på Københavns Professionshøjskole og Center for Sundhedsfremmeforskning på Roskilde Universitet. Projektet afsluttes ved årsskiftet 2020-21.

Al data fra undersøgelsen vil blive opbevaret i anonymiseret form. Data fra observationer og uformelle samtaler bliver anonymiseret allerede ved indsamlingen, da jeg ikke noterer navne, men enten alias eller blot profession. Ved mere formaliserede interviews indhentes samtykke fra deltagere.
Projektet er, som foreskrevet, registreret hos Roskilde Universitets databeskyttelses-enhed og desuden anmeldt til Videnskabsetisk komité.

Hvis du har spørgsmål eller kommentarer, så kontakt mig på losoha@ruc.dk, eller på tlf. 4674 2602

Med venlig hilsen

Louise Søgaard Hansen

Kontaktoplysninger: losoha@ruc.dk – tlf. 46742602 – mobil 24638216

Bilag 3:

Informationsskrivelse til patienter

ROSKILDE UNIVERSITET

Hvordan inddrages patienter i deres behandlingsforløb hos fysioterapeuter?

Jeg hedder Louise Søgaard Hansen og er i gang med at undersøge, hvordan patienter bliver inddraget i egen behandling hos fysioterapeuten, og hvordan egne erfaringer og hverdagsliv har betydning for forløbet. Jeg har fået lov til at indsamle mine data her i XXX.

Må jeg deltage i nogle af de aktiviteter, du er med i?

Jeg kommer ikke til at 'forstyrre' din behandling, men vil være en ekstra person i nogle af de aktiviteter, du har med fysioterapeuten. Jeg skriver, hvad jeg oplever, hører og ser. Der vil ikke blive noteret navne eller andre oplysninger, der kan føre tilbage til dig, og du er altså anonym fra starten. Jeg vil naturligvis respektere, hvis du ikke ønsker, at jeg er til stede, ligesom jeg garanterer dig fuldstændig anonymitet, når undersøgelsen offentliggøres. Projektet forventes færdigt i slutningen af 2020.

Projektet er en del af et ph.d.-forløb, som er etableret mellem fysioterapeutuddannelsen på Københavns Professionshøjskole og Roskilde Universitet.

Hvis du har spørgsmål er du meget velkommen til at spørge, eller kontakte:
Louise Søgaard Hansen, ph.d.-stipendiat, Roskilde Universitet, losoha@ruc.dk

Bilag 4:

Samtykkeerklæring

ROSKILDE UNIVERSITET

Samtykkeerklæring vedrørende forskningsundersøgelse

Roskilde Universitet er i samarbejde med Københavns Professionshøjskole i gang med forskningsprojektet ”Medinddragelse i fysioterapeutisk praksis’. Projektet gennemføres af fysioterapeut, cand.mag. og Ph.D.-studerende, Louise Søgaard Hansen.

Projektets formål er at skabe et bedre vidensmæssigt udgangspunkt for patientinddragelse i fysioterapi.

Indsamlingen af data foregår via observationer og interviews.

Deltagelse i projektet er frivilligt. Det betyder, at vi ikke lovligt kan anvende de oplysninger, du giver os, uden dit samtykke hertil.

Data vil efter indsamling blive opbevaret forsvarligt og uden adgang for uvedkommende. Ved opbevaring på bærbare medier, såsom computere, telefoner og harddiske vil data være krypteret efter en forsvarlig standard.

Roskilde Universitet opbevarer data indtil projektet fuldføres (2020) + 10 år. Herefter vil data blive slettet

De oplysninger du giver os vil ikke blive delt med parter udenfor. Roskilde Universitet sikrer, at både europæiske og danske regler på området overholdes.

Som medvirkende i dette forskningsprojekt har du en række rettigheder. Du har:

- Ret til at anmode om sletning af data ved at trække dit samtykke tilbage
- Ret til at få dine data udleveret
- Ret til at klage til Datatilsynet. Kontaktoplysningerne findes på www.datatilsynet.dk

For at anvende ovenstående rettigheder kan du kontakte Roskilde Universitet via disse kontaktoplysninger

Ledende forsker: Fysioterapeut, cand.mag. og Ph.D.-studerende, Louise Søgaard Hansen, losoha@ruc.dk
Roskilde Universitets Databeskyttelsesrådgiver, dpo@ruc.dk

Jeg bekræfter ved min underskrift, at jeg deltager frivilligt i denne forskningsundersøgelse og har modtaget information om undersøgelsens formål.

Navn på deltager:

_____

Underskrift:

_____

Bilag 5:
Svar fra Videnskabsetisk komité Region Hovedstaden

Fra: CSU-FP-VEK
Til: Louise Søgaard Hansen
Emne: Svar på forespørgsel om anmeldelsespligt vores jr. nr. 18031853 /
Dato: 5. juli 2018 13:17:34

Kære Louise Søgaard Hansen

Du har ved mail af 4. juli 2018 til både den regionale komite i Region Hovedstaden og Region Sjælland spurgt om nedennævnte (ikke navngivne) projekt skal anmeldes " Mail er sendt.

"Jeg skal lave et kvalitativt studie om, hvordan patientinddragelse praktiseres i fysioterapeutisk behandling. Jeg skal lave feltstudie på alle tre steder, og det kommer til udelukkende at generere kvalitative data, hvor jeg observerer og taler med personale og patienter, som alle anonymiseres. Herudover interviewer jeg 12-16 patienter i forbindelse med deres forløb hos fysioterapeuten, og slutter projektet med et forskningsværksted (fokusgruppeinterview) med 8 fysioterapeuter. Alle informanter inkluderes via informeret samtykke og anonymiseres."

Som det er oplyst, består metoderne i projektet kun af observationer, samtaler, interviews og fokusgruppeinterviews. Dette er ikke anmeldelsespligtigt.

Du kan læse om det på dette link

http://www.nvk.dk/forsker/naar-du-anmelder/hvilke-projekter-skal-jeg-anmelde

hvor der bl.a. står

Nedenstående skal ikke anmeldes:

Spørgeskemaundersøgelser og interviewundersøgelser, som ikke omfatter menneskeligt biologisk materiale (komitélovens § 14, stk. 2).
Hvis dit forsøg skal anmeldes – skal det anmeldes til den komite, hvor forsøgsansvarlige har sit virke (Roskilde – Region Sjælland) og hvis du skal have et formelt – projektet er ikke anmeldelsespligtigt brev, skal du have dette af den komiteen for den region, hvor den forsøgsansvarlige arbejder.

Jeg sender dette svar til orientering til RVK-Sjælland.

Med venlig hilsen

Margit Sonne Bom
juridisk konsulent

Direkte: 3866 6327
Mail: margit.bom@regionh.dk

Bilag 6:
Svar fra Videnskabsetisk komité Region Sjælland

Fra:	VIDENSKABSETISK KOMITE
Til:	Louise Søgaard Hansen
Emne:	Afgørelse vedr. forespørgsel om anmeldelsespligt
Dato:	1. august 2018 11:36:43
Vedhæftede filer:	image003.gif image004.gif image005.png

Kære Louise Søgaard Hansen
RUC

Tak for fremsendte forespørgsel om anmeldelse til Den Videnskabsetiske Komité for Region Sjælland.

Den Videnskabsetiske Komité for Region Sjælland har modtaget kopi af De Videnskabsetiske Komiteer for Region Hovedstadens mail af 5. juli 2018 til dig, og Den Videnskabsetiske Komité for Region Sjælland følger her op med en egentlig afgørelse om spørgsmålet vedr. anmeldelsespligt.

Sekretariatet har ud fra den fremsendte beskrivelse svært ved at vurdere, hvorvidt der er tale om et *sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt* i komitélovens forstand eller eventuelt et kvalitetssikrings-/kvalitetsudviklingsprojekt.
Projektet er imidlertid ikke anmeldelsespligtigt til det videnskabsetiske komitésystem, uanset om der er tale om sundhedsvidenskabelig forskning eller ikke.

Såfremt der ikke er tale om sundhedsvidenskabelig forskning men derimod kvalitetssikring el.lign., så vil det allerede af dén grund ikke være anmeldelsespligtigt til det videnskabsetiske komitésystem, idet projektet således slet ikke vil være omfattet af komitéloven, jf. komitélovens § 1, stk. 1, og § 2, nr. 1.

Såfremt der er tale om sundhedsvidenskabelig forskning, er projektet heller ikke anmeldelsespligtigt til det videnskabsetiske komitésystem, idet spørgeskemaundersøgelser og sundhedsvidenskabelige registerforskningsprojekter kun skal anmeldes til det videnskabsetiske komitésystem, såfremt projektet omfatter menneskeligt biologisk materiale, jf. komitélovens § 14, stk. 2.

Til orientering gives her et link til komitéloven.

Din forespørgsel samt denne afgørelse er journaliseret på følgende sag: J.nr. 18-000080.

Denne afgørelse kan, jf. komitélovens § 26, stk. 1, indbringes for National Videnskabsetisk Komité senest 30 dage efter, at afgørelsen er modtaget. National Videnskabsetisk Komité kan af hensyn til sikring af forsøgspersonernes rettigheder behandle elementer af projektet, som ikke er omfattet af selve klagen.
Klagen skal indbringes elektronisk og ved brug af digital signatur og kryptering, hvis protokollen indeholder fortrolige oplysninger. Dette kan ske på adressen: dketik@dketik.dk.
Klagen skal begrundes og være vedlagt kopi af den regionale videnskabsetiske komites afgørelse samt de sagsakter, som den regionale videnskabsetiske komité har truffet afgørelse på grundlag af.
NB: Der må ikke foretages ændringer i dokumenterne, som har været til behandling i komitéen, da sagen ellers vil blive sendt retur til komitéen.

Med venlig hilsen
Tanja Schwartzbach Frederiksen

Sekretariatet for Den Videnskabsetiske Komité
Region Sjælland
PFI - Produktion, Forskning og Innovation
Alleen 15
4180 Sorø

Mobil 93566000
e-post: rvk-sjaelland@regionsjaelland.dk
www.regionsjaelland.dk

Fra: Louise Søgaard Hansen [mailto:losoha@ruc.dk]
Sendt: 3. juli 2018 13:58
Til: vek@regionh.dk; VIDENSKABSETISK KOMITE <rvk-sjaelland@regionsjaelland.dk>
Emne: Anmeldelse

Til videnskabsetisk Komité

Jeg er i tvivl om, hvorvidt mit projekt skal anmeldes til Videnskabsetisk Komité.

Jeg er ph.d.-studerende og skal indsamle min empiri både i xxxxxxxxx og i xxxxxxxxx Dels i xxxxxxxxx , dels på xxxxxxxxx og dels i en endnu ikke navngivet privat fysioterapiklinik i én af de to regioner.

Jeg skal lave et kvalitativt studie om, hvordan patientinddragelse praktiseres i fysioterapeutisk behandling. Jeg skal lave feltstudie på alle tre steder, og det kommer til udelukkende at generere kvalitative data, hvor jeg observerer og taler med personale og patienter, som alle anonymiseres. Herudover interviewer jeg 12-16 patienter i forbindelse med deres forløb hos fysioterapeuten, og slutter projektet med et forskningsværksted (fokusgruppeinterview) med 8 fysioterapeuter. Alle informanter inkluderes via informeret samtykke og anonymiseres.

Bedste hilsener

Louise Søgaard Hansen
Ph.D. stud., cand.mag. og fysioterapeut

Institut for Mennesker og Teknologi, Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier // Department of People and Technology
Center for Sundhedsfremmeforskning // Centre for Health Promotion Research
Roskilde Universitet // Roskilde University
Tlf: +45 46742602 – Mob.: + 45 24638216 – email: losoha@ruc.dk

Bilag 7:

Interviewguide

Interviewguide – forslag til spørgsmål

Tema: Det at leve med sygdom og hvad det betyder for hverdagen
Start med at fortælle lidt om dig selv og hvorfor du går hos fysioterapeut
Hvornår har du fået X?
Kan du huske, hvordan du opdagede det?
Bliver du nødt til at tage medicin?
Har du følgevirkninger af det?
Har det forandret din hverdag, at du har fået X?
Fortæl lidt mere om hvordan det er blevet anderledes.
Hvordan klarer du de (evt. problemer) i hverdagen (arbejde osv.)?
Har X haft betydning for det du kan, og gerne vil i hverdagen og i dit liv i det hele taget?
Kan du huske nogle historier, hvor X har sat en stopper for ting?
Hvordan klarer du dit arbejde med de symptomer, du har?
Hvordan klarer du at være sammen med dine børn, når du har ondt/er træt osv.?
Hvordan har din partner/familie/venner reageret på det?
Hvad betyder det for dig, at de har taget det på den el. den måde?
Osv.

Tema: Tidligere erfaringer med fysioterapi og sammenhæng med hverdagsliv
Har du tidligere gået til fysioterapeut?
Hvad skete der dér?
Kan du huske, hvad I snakkede om?
Hvad lavede I?
Hjalp det dig?
Forandrede det noget i hverdagen ift. at skulle leve med X?
Kunne du bruge det, du lærte hos fysioterapeuten?
Hvordan kunne du bruge det? Prøv at gi' om nogle eksempler?
Er der noget du har holdt fast ved?

Tema: Oplevelser og erfaringer fra/med dette forløb
Hvordan gik det til, at du kom her?
Kan du prøve at tænke tilbage på det, du og fysioterapeuten har talt om indtil videre.

Hvilke ting har været de vigtigste for dig at fortælle ift. det liv, du lever derhjemme?
En af de dage, hvor jeg var med i din behandling, talte I om …… Hvad tænker du om det ift. livet derhjemme?
Tror du fysioterapeuten ved noget om det, vi to har snakket om?

Tema: Forventninger til fremtiden
Hvordan tror du, at det kommer til at gå, når du er færdig her?
Kan du forestille dig, at det kommer til at forandre din hverdag, når du er færdig her?
Tror du, at det kommer til at fungere med ……?
Hvad tror du, at din familie siger til, at du nu skal til at …….?

Bilag 8:

Fokusgruppeaktivitet om patientinddragelse

Patientinddragelse er

Ideen om patientinddragelse har de seneste årtier fået stigende opmærksomhed i sundhedsvæsenet, men hvorfor, hvordan og hvad det præcis vil sige at inddrage patienter, findes der ikke entydige forståelser af.

Denne afhandling er en undersøgelse af, hvordan inddragelse praktiseres i fysioterapeutisk arbejde udenfor hospitalssektoren i Danmark og går tæt på praksis gennem en etnografisk udforskning af fænomenet.

Afhandlingen kan læses som en kritisk undersøgelse af, hvordan bredere samfundsmæssige problematiseringer og forestillinger om patientinddragelse får betydning i den konkrete daglige fysioterapeutiske praksis. Grundlæggende tager afhandlingen, i tråd med den poststrukturalistiske forskningstradition, udgangspunkt i, at inddragelse ikke er noget, der 'eksisterer' og blot skal realiseres, men noget der produceres i et komplekst netværk af medkonstituerende kræfter, der går på tværs af kontekster. Undersøgelsen er derfor anlagt i en tilgang, der søger at overskride mikro- og makrodikotomier, og udgør et væsentligt bidrag til undersøgelse af både den samfundsmæssige, institutionelle og professionelle kontekst som indrammer og producerer mulighedsbetingelserne for patientinddragelse. Afhandlingen bidrager med diskussioner af, hvad inddragelse i fysioterapeutisk praksis kan være og giver derfor et godt udgangspunkt for at diskutere ressourcefordeling i offentlige og private sundhedstjenester.

ISBN 978-87-91362-07-1