

# Fysioterapi og den sårbare patient - mellem ulighed og anerkendelse

*- En filosofisk hermeneutisk undersøgelse af den fysioterapeutiske privatpraksis.*

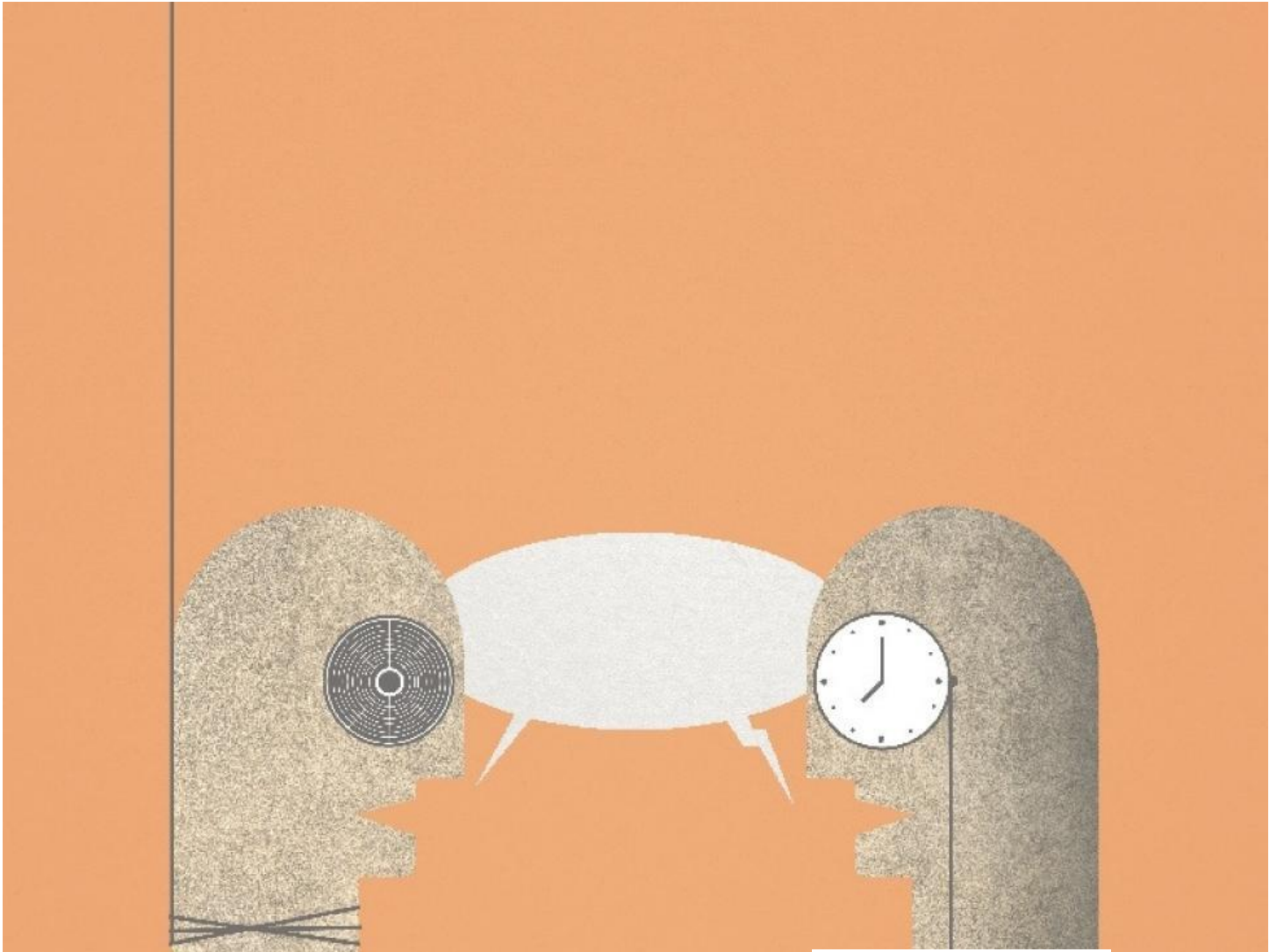


Illustration af André Leit/iBureauet

Kandidatafhandling i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier, juni 2019, Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet

Forfatter: Jonas Øllegaard Hansen (61852) & Signe Wildenskov (61867)

Vejleder: Kasper Andreas Kristensen

Antal anslag inkl. mellemrum: 261.215

# Abstract

This thesis seeks to elucidate the possibility to work with respect and recognition when working with vulnerable patients within the private physiotherapist healthcare-sector current in Denmark. Further, we strive to explore the understandings and experiences from a physiotherapeutic position/viewpoint within a theoretical framework based based on the German professor in social philosophy Axel Honneth and the Danish lector Steen Wackerhausen. This thesis exerts itself with a philosophical hermeneutical approach inspired by Hans-Georg Gadamer and complemented by critical thoughts inspired by Paul Ricoeur. The methodological approach stems from a qualitative paradigm entailing semi-structured interviews and participants observations of a physiotherapeutic intervention.

In conclusion, we found that the possibility for working respectfully and with recognition with the vulnerable patients is contingent on the degree to which the the physiotherapists have been marked by tendencies of neoliberal ideology and a health understanding based on a biomedical paradigm.

# Forord

Vores ønske er, at nærværende speciale vil bidrage til refleksion og synliggørelse af den privatpraktiserende fysioterapeuts muligheder for at arbejde anerkendende med den sårbare og ressourcesvage patient.

Nærværende speciale var ikke blevet aktualiseret uden deltagelse af de fire informanter, som gennem interviews og deltagerobservationer, valgte at dele deres erfaringer og oplevelser - derfor rettes en særlig tak til jer!

Specialet er inddelt i tre kapitler for at give læseren et større overblik og klarhed over opgavens omfang.

Kapitel 1 omhandler en introduktion af genstandsfeltet med uddybende perspektiver på problemfeltet samt en præcisering af problematikken.

Kapitel 2 omhandler specialets metodologiske afsnit og teoretiske apparat. Her præsenteres vores videnskabsteoretiske ståsted og metoder samt anvendte teori.

Kapitel 3 fremviser specialets analytiske del, hvor empiri kobles med teori og nye perspektiver og fordomme klarlægges. Yderligere præsenteres vores diskussionen og afslutningsvis konklusionen på specialet.

Individualiseringen af specialet kan ses i indholdsfortegnelsen.

God læselyst!

Signe Wildenskov & Jonas Øllegaard Hansen, juni 2019, København.

# Indholdsfortegnelse

<b>KAPITEL 1</b> .....	<b>6</b>
<b>Indledning (fælles)</b> .....	<b>6</b>
<i>Motivation</i> .....	6
<i>Problemfelt</i> .....	9
Social ulighed i sundhed.....	9
Social ulighed i sundhed i transformationen fra velfærdsstat til konkurrencestat .....	12
Fysioterapi og ulighed i sundhed.....	17
Hvorfor dette speciale? .....	20
<b>Problemformulering (fælles)</b> .....	<b>21</b>
<b>Begrebsafklaring</b> .....	<b>21</b>
<i>Ressourcesvage og sårbare patienter (Signe)</i> .....	21
<i>Privatpraktiserende fysioterapeut (Jonas)</i> .....	23
<b>Afgrænsning (fælles)</b> .....	<b>24</b>
<b>KAPITEL 2</b> .....	<b>25</b>
<b>Metodologi</b> .....	<b>25</b>
<i>Vores videnskabsteoretiske ståsted (Signe)</i> .....	25
Filosofisk hermeneutik (Signe).....	25
Et kritisk perspektiv (Jonas).....	28
<i>Metode (Signe)</i> .....	31
Deltagerobservation (Jonas).....	33
Interview (Signe).....	38
Transskription og analysestrategi (Signe).....	43
Metodeovervejelser - Filosofisk hermeneutik og validitet (Jonas) .....	47
Ethiske overvejelser (Jonas) .....	50
<b>Teori</b> .....	<b>52</b>
<i>Axel Honneths anerkendelsesteori (Signe)</i> .....	53
Anerkendelse (Signe).....	55
Kærlighed (Jonas) .....	55
Retslig anerkendelse (Jonas).....	57
Solidaritet (Signe) .....	59
Overgreb, fratagelse af rettigheder og nedværdigelse (Jonas).....	62
<i>Steen Wackerhausens teori om humanisme (Signe)</i> .....	64
Humanisme på institutionelt og interpersonelt niveau (Signe).....	65
Humanisme på et sundhedsfagligt niveau (Jonas).....	67
<b>KAPITEL 3</b> .....	<b>70</b>

<b>Analyse</b> .....	<b>70</b>
<i>Empati som mål eller middel? (Jonas)</i> .....	71
<i>Er "sagen" bio-psyko-socialt betinget? (Signe)</i> .....	81
<i>En underliggende fundamental økonomisk struktur? (Jonas)</i> .....	93
<i>Dialektisk krænkelse (Signe)</i> .....	101
<b>Diskussion</b> .....	<b>106</b>
<i>Anerkendelse i praksis (Jonas)</i> .....	106
<i>En klassifikation som sårbar og resourcesvag? (Signe)</i> .....	109
<i>Nye perspektiver på feltet (Signe)</i> .....	111
<b>Konklusion (fælles)</b> .....	<b>113</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>116</b>
<i>Bøger:</i> .....	116
<i>Hjemmesider:</i> .....	120
<b>Bilagsoversigt</b> .....	<b>122</b>
<i>Bilag 1: Litteratursøgning</i> .....	122
<i>Bilag 2: Observationsguide</i> .....	122
<i>Bilag 3: Interviewguide</i> .....	122
<i>Bilag 4: Informeret samtykke</i> .....	122
<i>Bilag 5: Transskriptionsprocedure</i> .....	122
<i>Bilag 6: Formidling af deltagerobservation</i> .....	122

# KAPITEL 1

## Indledning

Nærværende speciale vil søge at afdække, hvordan fysioterapeuten erfarer og oplever muligheden for at arbejde anerkendende med den ressourcetsvage og sårbare patient i den fysioterapeutiske privatpraksis.

Indledningsvist vil specialets undersøgelsesfelt blive præsenteret, hvilket vil omfatte en redegørelse af vores grundlæggende forståelse af feltet, samt motivationen bag og formål med at undersøge den privatpraktiserende fysioterapeuts oplevelser i mødet med den ressourcetsvage patient<sup>1</sup>. Efterfølgende vil problemfeltet udfoldes i henhold til ulighed i sundhed og dertilhørende problematikker. Her inddrages et udsnit af blandt andet funden litteratur fra vores litteraturstudie<sup>2</sup> i relation til ulighed i sundhed som generel problematik samt i relation til den fysioterapeutiske praksis.

## Motivation

Sundhed er aktuelt ikke til at komme udenom hverken politisk eller privat og sundhed har de seneste tre år været det mest debatterede emne på Folkemødet i Allinge (Holst 2018). Til trods for den store politiske debat om sundhed, ses en stigende ulighed i sundhed i Danmark (Forum for Lighed i Sundhed 2017, s. 3). Flere peger på, at en væsentlig faktor for denne problematik er den ulige brug af eksisterende sundhedstilbud og at indsatsen bør rettes mod de eksisterende rammer i blandt andet sundhedscentre, genoptræningscentre og jobcentre, således at indsatser mod ulighed i sundhed omfatter både forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser (Larsen 2016).

Ovenstående er med til at skabe motivation for nærværende speciale i relation til vores grundantagelse om den fysioterapeutiske intervention med den ressourcetsvage og sårbare patient, hvor vi har oplevelsen af, at det er særligt væsentligt for denne gruppe af patienter at blive mødt med en anerkendende og holistisk tilgang. Vores forforståelse

---

<sup>1</sup> Begrebet den ressourcetsvage patient bliver nærmere uddybet under afsnittet *Begrebsafklaring*.

<sup>2</sup> Se Bilag 1 for nærmere udfoldelse af litteratursøgning.

er endvidere skabt ud fra personlige oplevelser gennem vores begges virke som fysioterapeut i henholdsvis offentlig og privatpraksis, hvoraf vi har et indgående kendskab til feltet, dets koder og indlejrede viden. Behandlingen af den sårbare patient forstås særligt i relation til vores erfaringer gennem erhvervet som fysioterapeut i privatpraksis, hvor oplevelser har efterladt et indtryk af, at fysioterapeutens vilkår for at intervenere med denne gruppe af patienter er vanskelige. Herunder opleves det, at anerkendelse af patientens ressourcer kan være afgørende for interventionens resultat og patientens sundhed.

Vi har i vores arbejde som fysioterapeuter mødt og behandlet mange ressourcesvage og sårbare patienter og har heraf en forforståelse af, hvordan fysioterapeutens strukturelle- og fagprofessionelle forudsætninger er i behandlingen af denne gruppe af patienter. Vi vil i det følgende søge, at udfolde vores erfaringshorisont og forforståelse ud fra situationer, der har udspillet sig på vores arbejdsplads, som skal bidrage til at belyse vores motivation bag dette speciale.

Vores forforståelse vil således være med til, at danne ramme om specialet gennem det felt, der undersøges samt indvirke på vores metodiske og videnskabsteoretiske overvejelser.

Vores grundlæggende antagelse omkring mødet mellem en ressourcesvag patient og den privatpraktiserende fysioterapeut er, at fysioterapeuten, som den professionelle udøver, til enhver tid bør tage det primære ansvar for, hvordan mødet forløber og herunder hvilke oplevelser både den ressourcesvage patient og fysioterapeuten adopterer.

Vores forforståelse af interventionen med den ressourcesvage og sårbare patient tager afsæt i både strukturelle og fagprofessionelle betingelser. De strukturelle betingelser influerer på interventionsmulighederne i form af standardiseret egenbetaling, der ikke tager højde for indkomstmæssige forskelle. Dette opleves ofte i praksis at have stor indflydelse på interventionsmulighederne, idet patienter med lav indkomst ofte ønsker færre behandlinger med længere tidsmæssigt interval imellem end fysioterapeutens professionelle anbefalinger for optimal behandling. De fagprofessionelle betingelser influerer på interventionsmulighederne, hvor den standardiserede tidsramme for hver enkelt behandling vanskeliggør det fagprofessionelle arbejde, idet den ressourcesvage patient har behov for længere tid til at formulere sig og forstå instruktioner. Således

opleves det, at den afsatte tid til interventionen ofte ikke er tilstrækkelig til, at fysioterapeuten har mulighed for at anerkende patientens bio-psyko-sociale behov<sup>3</sup>.

Vores forforståelse tager endvidere afsæt i erfaringsbaserede udtalelser med tidligere kollegaer fra vores erhvervsmæssige baggrund, hvor vi ofte har oplevet frustration blandt vores kollegaer. Frustrationer omkring ressourcetsvage og sårbare patienter er blandt andet kommet til udtryk i personalestuen gennem udtalelser som:

- "Hun er så langsom til at få tøjet af, at behandlingstiden næsten er slut, før hun får lagt sig på briksen"
- "Han er en dårlig betaler, så jeg må hellere opkræve betaling med det samme, hvis jeg skal have noget for det"
- "Årh, hun forstår ikke de øvelser jeg instruerer hende i lige meget hvad jeg gør - det batter aldrig noget så"
- "Nu lugter mine hænder resten af dagen, fordi han aldrig går i bad - jeg spritter lige hænder igen igen".
- "Hun tager al min energi"

Endvidere oplever vi, at spørgsmål og afdækning af sociale og psykiske problemstillinger ofte bliver udeladt af fysioterapeuten, således at den fysioterapeutiske intervention primært beskæftiger sig med den biomedicinske<sup>4</sup> behandling under konsultationen. Sådanne fravalg eller omprioriteringer kan både skyldes det før omtalte tidsperspektiv, men ligeledes at det kræver et mere menneskeligt input af fysioterapeuten, og hermed også kan virke mentalt drænende at sætte sig ind i den enkelte patients livsverden. Uanset hvorfor denne biomedicinske prioritering findes, er det vores oplevelse at den hyppigt forekommer. Nærværende speciale søger således at belyse de oplevelser og erfaringer, fysioterapeuten har omkring vilkårene for at arbejde anerkendende med de ressourcetsvage og sårbare patienter. I nærværende speciale vil det være vores antagelse, at fysioterapeuten kan bidrage med viden herom.

---

<sup>3</sup> Igennem bio-psyko-sociale behov kan man betragte individet som et aktivt og levende subjekt. Dette muliggør at anskue sygdom og sundhed som et produkt af en dynamisk vekselvirkning mellem menneskers biologiske, psykologiske og sociale livsomstændigheder. Denne sygdomsopfattelse er primært baseret på en humanistisk forståelse af sundhed (Lund, Bjørnlund & Sjöberg 2013, s. 80).

<sup>4</sup> Biomedicinsk behandling skal forstås som et fokus på sygdomme som biologiske fejlfunktioner eller afvigelser. At patienten er syg, skyldes med andre ord, at patientens organisme af en eller anden grund ikke fungerer optimalt (Det Ethiske Råd 2016, s. 4).



Ud fra vores præsenterede forforståelser om feltet bringes vores teoretiske forforståelse i spil, som blandt andet indeholder Axel Honneths teori om anerkendelse, hvor denne anvendes i relation til fysioterapeutens mulighed og behov for at arbejde anerkendende med den ressourcetsvage og sårbare patient. Honneth vil blive nærmere præsenteret i vores teori-afsnit.

Sammenhængen mellem vores forforståelse og teoretiske referenceramme udspiller sig således, at antagelsen er, at et møde med manglende anerkendelse kan resultere i reproducering af social ulighed i sundhed gennem stigmatisering og reduceret sundhed. I henhold hertil opstår der et spændingsfelt i specialet mellem fysioterapeutens mulighed og behov for at arbejde anerkendende. Dette i kraft af, at fysioterapeuter er ansat i deres virke til at varetage patienternes bio-psyko-sociale sundhedsbehov. Det kan således skabe undren når vores forforståelse, baseret på egen erfaringshorisont fra feltet, er præget af spørgsmålet om, hvorvidt privatpraktiserende fysioterapeuter er med til at reproducere social ulighed i sundhed.

## Problemfelt

Bekæmpelsen af ulighed i sundhed har siden underskrivelsen af WHO's "*Sundhed for alle i år 2000*" i midten af 1980'erne været et dominerende sundhedspolitisk budskab fra både regeringen, diverse sundhedsinstitutioner og politiske partier i Danmark. På trods af dette nationale politiske fokus ses den sociale ulighed i sundhed at være steget i Danmark gennem de seneste 20 år (Lehn-Christiansen et al 2017, s. 7)<sup>5</sup>.

## Social ulighed i sundhed

Sundhedsstyrelsen, herefter omtalt som SST, definerer begrebet social ulighed i sundhed som: "*(...) det faktum, at sundhedsrisici og sygdomme er socialt skævt fordelt i samfundet. Det medfører, at jo dårligere borgerne er stillet socialt set, jo højere*

---

<sup>5</sup> Lehn-Christiansen et al. inddrages i nærværende speciale, da disse bidrager med aktuelle nuancerede perspektiver og problemstillinger på ulighed i sundhed, der ikke udelukkende har udgangspunkt i epidemiologisk viden.

*sygelighed og dødelighed har de statistisk set*” (SST 2017). Social ulighed i sundhed kategoriseres yderligere ud fra begreberne social gradient og social dikotomi. Begrebet den sociale gradient refererer til en gradvis ulighed i sundhed i den brede befolkning, hvor den sociale position er determinerende for sundhedsstatus og risici for sygdomme, således at en lav social position er lig med en større udsathed for sundhedsrisici. Særligt relevant for den sociale gradient i sundhed ses uddannelseslængde, indkomst, beskæftigelsesforhold, boligforhold og etnicitet.

Begrebet social dikotomi refererer til ulighed i sundhed i forhold til særligt udsatte grupper som for eksempel hjemløse, etniske minoriteter, børn af enlige, individer uden legal status med mere (SST 2017).

Aktuel epidemiologisk viden omkring ulighed i sundhed behandles I SST rapporten *“Ulighed i sundhed - årsager og indsatser”* med henblik på, i en dansk kontekst, at analysere årsagerne til ulighed i sundhed og hvilke mulige indsatser, som kan forventes at reducere ulighed i sundhed. (Diderichsen, Andersen & Manuel 2011, s. 7). Her konkluderes det, at Danmark har været udfordret på de to overordnede sundhedspolitiske mål; *længere middellevetid med færre syge år og reduceret social ulighed i sundhed*. Udviklingen i middellevetiden ses fra 1970-1995 som værende svagere i Danmark end i andre OECD-lande, samtidig med at uligheden i dødelighed gradvist er steget siden 1970’erne. Grundlæggende problematiseres det, at Danmark, på trods af at være en universalistisk velfærdsstat, har haft en voksende ulighed i mortalitet i forhold til andre Vesteuropæiske lande (Ibid, s. 7, 20).

Uligheden i sundhed i Danmark er et komplekst fænomen, som er kontekstafhængig, hvor mange forskellige faktorer spiller en rolle. Epidemiologien peger på, at individer med længere uddannelse kan forvente at leve ca. to til fire år længere end individer med kort uddannelse og forskellen i middellevetid på de 25% højest- og lavestlønnede ses på helt op til 10 år (Forum for Lighed i Sundhed 2017, s. 11).

Social ulighed i sundhed ses dog ikke kun at påvirke forskelle i levetid, men implicerer en lang række andre alvorlige livskomplikationer. Social ulighed i sundhed udmønter sig eksempelvis som konsekvenser i form af graviditetskomplikationer, jobafskedigelse på baggrund af sygdom og i forhold til individuel sundhedsadfærd herunder KRAM

faktorerne<sup>6</sup>- jo kortere uddannelse des større sandsynlighed for rygning, fysisk inaktivitet og overvægt med videre (Forum for Lighed i Sundhed 2017, s. 11-12).

Når usund sundhedsadfærd, sygdom, død, arbejdsløshed som følge af sygdom alt sammen har en markant ulighed i sig, er der noget der tyder på, at blot at pege på sundhedsadfærden som forklaring vil være en let løsning på en kompleks udfordring. Sundhedsadfærden kan ikke forklare hele kompleksiteten i ulighed i sundhed, idet der ifølge WHO er sociale determinanter, der influerer på individets sundhedstilstand uden, at det handler om en bevidst adfærd. De sociale sundhedsdeterminanter refererer til: ” (...) *the conditions in which people are born, grow, live, work and age. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels. The social determinants of health are mostly responsible for health inequities - the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries*” (WHO 2019)<sup>7</sup>.

SST har oversat WHO's determinanter i en dansk kontekst, hvor de overordnet opdeler determinanterne i tre forhold (Diderichsen, Andersen & Manuel 2011, s. 7-8, 40):

1. Determinanter som er knyttet til børns tidlige udvikling og uddannelsesforløb, og som påvirker deres senere sociale position og dermed helbred, og som for nogle vedkommende også har direkte helbredseffekter senere i livet.
2. Determinanter som er påvirket af individets sociale position dvs. sygdomsårsager i miljø, arbejde, bolig og sundhedsadfærd, som på den måde medierer effekten af social position på risiko for sygdom og skader.
3. Determinanter som påvirker konsekvenser af sygdom, skader og aldring i form af overlevelse, funktionsevne, livskvalitet og beskæftigelse.

De tre typer af determinanter griber ind på hvert sit sted i de mekanismer, som skaber ulighed i sundhed. De findes relevante at inddrage i nærværende speciale med henblik på at højne forståelsen af social ulighed i sundhed i det danske samfund og herunder ligeledes i relation til den fysioterapeutiske kontekst.

---

<sup>6</sup> KRAM faktorerne dækker over kost, rygning, alkohol og motion.

<sup>7</sup> [https://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)

Yderligere ses der tegn på, at samfundsstrukturer i Danmark i forhold til sundhedsvæsenet fordrer ulighed. Der gøres aktuelt i sundhedsvæsenet brug af ydelser med egenbetaling herunder til medicin, tandlæge, psykolog, fysioterapeut med videre. Derudover ses også ulighed i forhold til, hvorvidt individer i forbindelse med et sygdomsforløb henvises til rehabiliteringsforløb, og hvorledes individets deltagelses- og fastholdelses muligheder varetages i disse forløb (Forum for Lighed i Sundhed 2017, s. 8). En meget stor del af sundhedsydelserne i Danmark aktuelt, herunder også fysioterapi, genereres ved henvisninger inden for sundhedssystemet. Her spiller de sundhedsprofessionelles vurdering af patienternes problemer, prognose og compliance en afgørende rolle, dog sammen med patientens og de pårørendes argumenter. Det enkelte individets ressourcer har således stor betydning i relationen med sundhedsvæsenet. Det er derfor væsentligt at pointere, at sundhedsvæsenet har ansvaret for at organisere virksomheden således, at også de sårbare og ressourcetsvage patienter kan navigere heri og får tilbudt den ekstra støtte de har brug for, for at opnå et ligeværdigt behandlingsresultat (Diderichsen, Andersen & Manuel 2011, s. 113). Sundhedsvæsenet har således en immanent funktion i forhold til ikke at reproducere ulighed i sundhed i Danmark.

Social ulighed i sundhed vil formentlig altid eksistere på baggrund af en systematisk association mellem menneskers sociale position i samfundet og deres sundhedstilstand, men sundhedsvæsenet og herunder de privatpraktiserende fysioterapeuter, indtager en central rolle i ikke at understøtte uligheden. (Diderichsen, Andersen & Manuel 2011, s. 7).

## Social ulighed i sundhed i transformationen fra velfærdsstat til konkurrencestat

For at få et dybere indblik i konteksten omkring ulighed i sundhed findes det relevant at inddrage historiske perspektiver på de senere årtiers samfundsudvikling. Hertil inddrages forskellige perspektiver på udviklingen fra velfærdsstat til den danske konkurrencestat, særligt beskrevet af politolog og professor Ove Kaj Pedersen samt doktor i socialvidenskab Søren Juul.

Ove K. Pedersen (2011) inddrages, idet vi finder hans deskriptive historiske perspektiver på begrebssættelsen af det danske samfund aktuelt brugbare til at anskue forskelle i samfundet fra velfærdsstat til nu. Det kan naturligt diskuteres, om konkurrencestaten, som begreb på baggrund af Pedersens analyser og den store udbredelse som begrebet har opnået, kan anvendes som almengyldigt begreb. Vi forholder os ikke til om konkurrencestaten, som begreb, kan anvendes som en endegyldig sandhed om den aktuelle danske stat, men anvender det derimod til at sætte ord på nogle af de aktuelle samfundstendenser, der ses ændret i relation til velfærdsstaten.

Søren Juul (2017) inddrages, idet han i nyere tid har beskæftiget sig i særlig grad med konsekvenserne af den førte velfærdsstat i Danmark og hans kritiske perspektiver stemmer overens med nogle af vores forforståelser på området.

Konkurrencestaten opleves at abonnere på et andet syn på individet og sundhed end velfærdsstaten, hvorfor vi finder det relevant at inddrage perspektiver på overgangen fra velfærdsstat til konkurrencestat. Fra 1960'erne og op til 1990'erne ændrede det danske samfund sig ifølge Pedersen (2011) sig fra at være en velfærdsstat til en konkurrencestat, hvor der skete et skifte væk fra et bureaukratisk styre med masser af kontrol, og over imod en New Public Management (NPM) tankegang, hvor reformer og effektivisering var i fokus (Pedersen 2011, s.169).

Den danske velfærdsstat var tiltænkt som værende en institution, der skulle sikre en mere ligelig fordeling af økonomiske goder, samt som en kulturinstitution, der skulle skabe fremtidens menneske, samfund og fælles sundhed. Velfærdsstaten var primært et solidarisk og politisk kulturelt projekt, hvor kulturen var baseret på moralsk eller eksistentiel opfattelse af mennesket, og hvor individopfattelsen og den pædagogiske tanke i velfærdsstaten var baseret på, at mennesker skulle være lykkelige og harmoniske, og at sundhed var et fælles gode og en fælles forpligtelse. Velfærdsstaten skulle skabe medborgere, som betragtede sig som fællesskabere, og bidrage til demokratisk dannelse og medleven (Ibid, s. 179).

Som følge af den krise vi havde i Danmark i 1970'erne skete der naturlige samfundsændringer, hvoraf en af konsekvenserne var et skift i samfundsmindets mentalitet, der også havde konsekvenser for sundhed som fælles velfærdsgode (Juul 2017, s. 173).

Den politiske diskurs ændrede sig fra at sikre alle lige ret til velfærdsgoderne, til økonomisk effektivisering og reformer af de hidtidige politiske strukturer. Der fremkom en neoliberalistisk tankegang, hvor frigørelse af markedet skulle sikre økonomisk vækst, således at den økonomiske vækst og finanssektoren blev anset som de vigtigste parametre for det gode liv (Pedersen 2011, s. 24-25).

Den neoliberalistiske ideologi forklares i nærværende speciale med udgangspunkt i Søren Juuls definition om, at neoliberalismen i en mainstream forståelse er en genoplivning af den klassiske liberalismes tro på det frie marked og dens forestilling om det rationelle, nyttemaksimerende menneske (Juul 2017, s. 154). Hertil kommentér Juul på neoliberalismen i forhold til økonomi som værende: *“Den økonomiske neoliberalisme (neoklassisk økonomi) trækker en skarp linje mellem videnskab og moral og opfatter sig selv som et videnskabeligt - etisk neutralt - middel til effektiv ressourceudnyttelse - i hvert fald forholder den sig meget lidt til værdiantagelser (...)* (Juul 2017, s. 154). Juuls beskrivelse heraf findes, til trods for det lidt kritiske perspektiv, netop relevant i relation til social ulighed i sundhed og udviklingen heraf, fordi det indeholder diskrepans mod velfærdsstatens ambition om at styre samfundsudviklingen i retning at et mere lige samfund gennem omfordeling af økonomiske ressourcer. Med neoliberalismens indtog skete der samtidig en ændring af individopfattelsen, som kan opleves at have betydning for den sociale ulighed i sundhed. Individet i konkurrencestaten forklares med udgangspunkt i Juul (2017), som værende sin egen lykkes smed og at neoliberalister opfatter enhver forestilling om lighed som et gode i sig selv, som en misforståelse (Juul 2017 s. 155).

Neoliberalismen kan således tænkes at reproducere ulighed i sundhed ved at forkaste moralen til fordel for et økonomisk sigte, samtidig med at den enkelte ansvarliggøres for egen sundhed uden eventuelt at have ressourcer og muligheder for at kunne varetage dette.

Parallelt med neoliberalismen udviklede der sig en amerikansk sundhedskultur og ideologi; *Healthism* beskrevet af den amerikanske sundhedssociolog Robert Crawford<sup>8</sup>, der betegnes som en ny måde at anskue sundhed på, hvor ansvaret for sundhed tillægges det enkelte individ, og en biomedicinsk tankegang dominerer sundhedskulturen (Crawford 1980, s. 365, 368).

Ifølge Crawford har healthism spillet en stor rolle for udbredelsen af neoliberalismen. (Crawford 1980, s. 365 & Crawford 2006, s. 410). Crawford argumenterer:

*“What has become clear in hindsight is that individual responsibility for health, although not without challenge, proved to be particularly effective in establishing the ‘common sense’ of neoliberalism’s essential tenets. In contrasting a vision of autonomous, prudent and self-responsible individuals to images of the careless and the foolhardy, a link was easily made to the burden of social spending: the virtuous would have to pay taxes to provide medical care for those whose unhealthy lifestyles led to overutilization of medical care. Health talk became responsibility talk”* (Crawford 2006, s. 410).

Cand.mag. & Ph.d Iben Charlotte Aamann har i en dansk kontekst argumenteret for, at healthism ligeledes har haft betydning for neoliberalismens udbredelse i Danmark i form af yderligere individualisering og elite-moraliserende ansvarliggørelse med afsæt i KRAM faktorerne (Aamann 2017, s. 32-36). Aamanns (2017) perspektiver kan anvendes til at se en sammenhæng mellem neoliberalisme og healthism, som kan have betydning for social ulighed i sundhed på baggrund af individuelle færdigheder og ressourcer (Ibid).

Således er det relevant at reflektere over, hvorvidt hele den fysioterapeutiske kontekst ubevidst er påvirket af disse ideologier og hermed har betydning for den sociale ulighed i sundhed på baggrund af individuelle færdigheder og ressourcer.

---

<sup>8</sup> Robert Crawford inddrages, idet vi finder hans skildring af sundhed som en ideologi gennem begrebet healthism relevant for den position sundhed har i Danmark aktuelt, til trods for at det amerikanske samfund adskiller sig fra det danske på centrale områder.

Individopfattelsen har jævnfør ovenstående historiske perspektiver gennemgået en omkalfatring, hvor individet aktuelt er blevet mere selviscenesættende, nytteoptimerende, opportunistisk og sin egen lykkes smed modsat tidligere individsyn, hvor dannelsen til at påtage sig et medansvar for fællesskabet og et fælles velfærdsgode var i fokus. (Pedersen 2011, s. 183-184).

Flere bidrag peger på, at sundhed i takt med ovenstående udvikling er blevet en norm, der i høj grad er præget af forestillinger om optimering, effektivisering og individualisering af ansvaret for sundhed. For at leve op til normen om “det gode liv” og “den gode samfundsborger” må individet være synligt sund og aktiv samt tage ansvar for egen sundhed. Sundhed kan hermed siges at blive en distinktionsmarkør, der deler individer og måder at leve på op i sund/usund og rigtig/forkert, hvor det kræver både materielle og symbolske ressourcer at agere på den rigtige side af dikotomien (Lehn-Christiansen et al 2017, s. 14). Sundhed kan således opleves at være koblet til en immanent selvoptimeringstendens, der på mange måder kendetegner det danske postmoderne samfund og overgangen fra velfærdsstat til konkurrencestat. Sundhed har som følge af velfærdsstaten været betragtet som et fælles velfærdsgode, som alle har legitim og universel ret til. Denne opfattelse af sundhed opleves dog aktuelt mindre fremtrædende i takt med at sundhedsydelser udvikler sig til forbrugsgoder i form af sundhedsforsikringer og diverse sundhedsforbedrende produkter, hvor sundhedssystemerne i stadig højere grad appellerer til individets eget ansvar, ressourcer og motivation (Ibid s. 17)

Lehn et al (2017) peger på, at der med denne ansvarliggørelse for egen sundhed opstår et moralsk aspekt, som ikke uproblematisk løftes af alle samfundslag. Sundhed som norm kan opleves at være indlejret i middelklasseværdier og kan således være med til at producere social ulighed i sundhed både gennem manglende sundhed og som positionering uden for normen (Lehn et al. 2017, s. 22).



## Fysioterapi og ulighed i sundhed

For at sætte fysioterapi i relation til ulighed i sundhed finder vi det relevant med en kort redegørelse af, hvad fysioterapi er. Den faglige organisation Danske Fysioterapeuter<sup>9</sup> (DFys) definerer fysioterapiens grundtanke således:

*“Som fysioterapeuter behandler vi børn, unge, voksne og ældre. Vi 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. Vores fag er i konstant udvikling, for fysioterapi handler både om samfund og mennesker og om at sikre den bedste kvalitet af det enkelte liv uanset livssituation. Det giver mening. Det får os op på tæerne. Bevægelse er midlet. Frihed er målet. Frihed til at flytte sig og få et bedre liv”* (DFys 2019).

Ovenstående citat fra DFys inddrages, idet de på baggrund af deres store fællesskabende rolle for alle autoriserede fysioterapeuter i Danmark, hvorved citatet må anskues som værende grundlæggende retningsgivende. Citatet repræsenterer et romantisk og grandtøst motiv af fysioterapi, som vi stiller os spørgende overfor i relation til problematikken omkring social ulighed i sundhed.

Fysioterapi kan metodologisk dog også forstås på et metaniveau således:

*“Fysioterapeutisk praksis er en situeret, nærhedsetisk, kritisk fænomenologisk, kropslig undersøgelses- og samvæspraksis. På baggrund heraf igangsætter parterne kropslige evidensinformerede behandlingssvar, som målrettet udtrykker «patientens» bio-psyko-sociale behandlingsbehov”* (Olesen 2017, s. 40).

Fysioterapi er således grundlæggende en tværvidenskabelig praksis, som inddrager naturvidenskabelige, humanistiske og samfundsvidenskabelige elementer.

---

<sup>9</sup> Danske Fysioterapeuter (DFys) inddrages på baggrund af deres rolle som den primære monofaglige fællesskabende enhed for alle autoriserede fysioterapeuter i Danmark. Danske Fysioterapeuter har til opgave, at varetage alle interesser for offentligt og privatansatte fysioterapeuter i Danmark samt at de er det politiske talerør til offentligheden.

Overordnet i sundhedsfeltet konsulterer individer i det danske samfund i større grad egen praktiserende læge end de tidligere har gjort (PLO 2017). Denne stigende patienttilgang har en stor indvirkning på privatpraktiserende fysioterapeuters arbejde, idet at denne faggruppe hyppigt modtager henvisninger angående patienter fra de praktiserende læger.

Individer som konsulterer egen læge kommer oftest med smerter og problemer relateret til det muskuloskeletale system, som fysioterapeuten ligeledes arbejder med. De tre hyppigste årsager til at individer besøger egen praktiserende læge er smerter i lænd, nakke og slidgigt og repræsenterer hele 24 % af tiden hos den praktiserende læge (Rasmussen 2019). Disse smertegivende indsatsområder giver derfor en øget tilgang af patienter til fysioterapeuten og derved en større berøringsflade med den danske population for de privatpraktiserende fysioterapeuter (Vejbæk 2017). Denne berøringsflade giver fysioterapeuterne mulighed for at interagere med og præge danskernes sundhed, og herved også danskernes ulige fordeling af sundhed.

DFys, der som angivet anskues som værende retningsgivende for fysioterapeuter, har i 2017 tilkendegivet sin holdning omkring ulighed i sundhed i Danmark. DFys har sammen med en række andre organisationer oprettet Forum for Lighed i Sundhed, hvor dette forums overordnede mål er at få mere politisk belysning på problemstillingen (Lambrecht 2017). Denne tilkendegivelse fra DFys bevirker, at privatpraktiserende fysioterapeuter skal afhjælpe og gøre sit for at begrænse og udligne uligheden i sundhed hos den danske befolkning.

Tilbage i 2015 afholdte DFys en tilbagevendende monofaglig kongres, hvor et af hovedspørgsmålene var *“Hvordan tackler vi ulighed i sundhed?”* På denne kongres blev det omtalt af Finn Diderichsen<sup>10</sup> angående fysioterapi at: *“(…) For det første, at kommunikationen er afgørende: ”Mange kontakter i sundhedsvæsenet er jo en forhandling. Det her med at være aktiv og fastholdende er en vigtig del. For det andet; Hvis vi ser på fysioterapeuters ydelser, så er det dem med de laveste indkomster, der har det største behov, men dem med de højeste indkomster, der bruger ydelserne mest”* (2015). Med denne udtalelse antydede Diderichsen, at der er en skævvridning af brugen

---

<sup>10</sup> Hovedforfatter til rapporten *Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser 2011* fra SST. Rapporten anvendes som epidemiologisk viden omkring ulighed i sundhed i specialet.

af fysioterapi. De mest ressourcetsvage individer anvender ikke i særlig høj grad den fysioterapeutiske private praksis, og derfor opleves der i praksis ikke en let og lige adgang til sundhedsydelserne, som der står i sundhedsloven.

På samme kongres i 2015 blev det fremført, at danske fysioterapeutstuderende abonnerer på en særlig biomedicinsk forståelse af sundhed (Guldager 2015). Af adjunkt Louise Søgaard Hansen blev det fastslået, at fysioterapeutstuderende er meget optaget af den fysiske sundhed, og at man skal være særlig "sund" for at arbejde som sundhedsprofessionel (Huus 2016). Derudover påpegede Louise Søgaard Hansen at: *"Når man har en fast forestilling, om hvad sundhed er, får man også en firkantet forståelse af, hvornår man er sund og ikke sund. Og den bærer man med sig ud til sine patienter"* (Huus 2016). Således kan vi stille os kritiske overfor, hvorvidt fysioterapeuter i et meget tidligt uddannelsesstadium indoktrineres til at abonnere på en biomedicinsk forståelse og tilgang til sundhed, der kan have konsekvenser for anerkendelsen af særligt de sårbare og ressourcetsvage patienter.

Anden monofaglig forskning af fysioterapi understøtter ligeledes denne tese omkring en abonnering på en biomedicinsk forståelse af sundhed. Danske privatpraktiserende fysioterapeuter kan siges at agere og behandle ud fra et neoliberalt sigte i relation til healthism kulturen, hvor der fokuseres på netop den biomedicinske sundhedsforståelse med KRAM faktorer samt patientens eget ansvar for sundhed. Hvis patienten således ikke indordner sig under fysioterapeutens "sundhed" omkring sundhed, så risikerer patienten enten at blive ekskluderet eller accepteret som abnormal, da den økonomiske gevinst ved fysioterapeutisk behandling skal høstes (Præstegaard, Gard & Glasdam 2015). En sådan forståelse for sundhed kan som tidligere beskrevet netop være med til at producere social ulighed i sundhed både gennem manglende sundhed og som positionering uden for normen for sundhed (Lehn et al. 2017, s. 22).

Individer med færre ressourcer har grundlæggende de samme ønsker for sundhed som resten af befolkningen, men de bruger sundhedsvæsenet anderledes grundet en stor mistillid til sundhedsvæsenet baseret på ringe erfaringer. En rapport fra SST i 2012 påpeger, at tilliden kan opbygges og genskabes, hvis sundhedsarbejdet knyttes an til det sociale arbejde. Den sundhedsfaglige medarbejder skal udvise empati og gerne gøre et

ekstra stykke arbejde for den resourcesvage, hvis tilliden og deraf sundheden skal genskabes. Yderligere er brugerinddragelse, anerkendelse og empowerment essentielle komponenter, hvis indsatsen skal lykkes (Sandø & Primdahl 2012, s. 7-8).

Yderligere påpeger rapporten *Fælles værdier - i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte*, hvordan anerkendelse er et fundamentalt perspektiv i arbejdet med mindre ressourcestærke individer i den sundhedsprofessionelle praksis, hvor netop de mindre ressourcestærkes stemme er inddraget. Rapporten tager afsæt i en kvalitativ interviewundersøgelse af socialt udsattes oplevelse af sundhedsvæsenet, forankret i Axel Honneths anerkendelsesteori. Grundlaget for at opnå anerkendelse og blive et lykkeligt og tilfreds individ, opstår ifølge Honneth i en gensidig relation – i intersubjektiviteten som heraf netop er relevant i relation til det sundhedsprofessionelle og fysioterapeutiske arbejde (Juul & Riiskjær 2012, s. 3-4). Rapporten angiver nogle helt grundlæggende værdier, der bør arbejdes ud fra i det sundhedsprofessionelle virke; omsorg og menneskelighed, åbenhed og rummelighed, ligeværdig kommunikation og ydmyghed, interesse og respekt (Juul & Riiskjær 2012, s. 10).

Anerkendelse kan således siges at være et fundamentalt perspektiv i det fysioterapeutiske arbejde med ulighed i sundhed og sårbare individer. Monofaglig forskning påpeger at tålmodighed og vedholdenhed, engagement, rummelighed og kreativitet samt kendskab til socialt udsattes bio-psyko-sociale situation er essentielle kompetencer i arbejdet med resourcesvage og sårbare individer. Kompetencerne anses som reelle til at målrette og udvikle fysioterapeuters handlemuligheder og fysioterapeutiske interventioner i deres arbejde med særligt denne gruppe af patienter (Blikdahl, Heyst & Holsaae 2018, s. 4-5).

### Hvorfor dette speciale?

Ovenstående problemfelt åbner således op for at anerkendelse, og dertilhørende værdier og kompetencer, findes særdeles relevante både i relation til det fysioterapeutiske arbejde med den resourcesvage patient samt i henhold til problematikken omkring ulighed i sundhed generelt. Ovenstående problemfelt understøtter hermed vores

interesse i at afdække fysioterapeutens erfaringer og oplevelser i at arbejde anerkendende i relation til den ressourcesvage og sårbare patient i en privatpraksis, og herunder hvilken betydning de oplever, at de strukturelle rammer og aktuelle samfundstendenser har for anerkendelsen, samt hvilke konsekvenser det har for den fysioterapeutiske intervention med denne patientgruppe. Nærværende speciale tager afsæt i den fysioterapeutiske privatpraksis, da vores fordomme er, at denne i særlig grad er præget af strukturelle rammer og aktuelle samfundstendenser, der påvirker arbejdet med lige sundhed for alle.

## Problemformulering

*Hvordan erfarer og oplever fysioterapeuten muligheden for at arbejde anerkendende med den ressourcesvage og sårbare patient i den fysioterapeutiske privatpraksis?*

- *Hvilken betydning oplever fysioterapeuten at de strukturelle rammer og aktuelle samfundstendenser har for anerkendelsen, og hvilke konsekvenser har dette for den fysioterapeutiske intervention med den sårbare og ressourcesvage patient?*

## Begrebsafklaring

I det følgende præsenteres og uddybes centrale begreber, som har behov for yderligere afklaring for at sikre forståelsen i nærværende speciale.

### Ressourcesvage og sårbare patienter

Begreberne ressourcesvage og sårbare patienter anvendes i specialet til at beskrive en gruppe af patienter i relation til ulighed i sundhed. Begreberne ressourcesvage og sårbare patienter er udvalgt på baggrund af, at Forskningsenheden for Almen Praksis (2011) finder særligt begrebet sårbare patienter dækkende for denne gruppe. Vi har dog valgt at supplere med begrebet ressourcesvage patienter i tillæg hertil, idet det er vores

fordom, at det er det hyppigste anvendte begreb om denne gruppe af patienter i den fysioterapeutiske privatpraksis. Vi har valgt ikke udelukkende at gå med ressourcsvg, idet det for os ligeledes refererer til et mere snævert perspektiv, hvor særligt økonomi og arbejdssituation er centrale elementer.

Forskningsenheden for Almen Praksis (2011) havde flere begreber op til overvejelse i arbejdet med at finde det mest dækkende begreb for den heterogene gruppe af patienter, som er belastet af social ulighed, social gradient, social udsathed, sårbarhed med mere. Begreberne der var oppe til overvejelse var: Belastede, besværlige, dårligt stillede, indsatskrævende, marginaliserede, ressourcsvg, skrøbelige, svage, sårbare, (socialt) udsatte og tunge patienter, samt patienter med ringe egenomsorgsevne (Lindberg, Thorsen & Reventlow 2011, s. 10).

I undersøgelsens empiri var der konsensus om, at sårbare patienter var det mest fyldestgørende og dækkende begreb for målgruppen og der var desuden en gennemgående opfattelse i empirien, at sårbarhed kan findes i alle sociale lag, og at begrebet er passende, uanset hvem der kategoriserer, og hvem der kategoriseres.

En praktiserende læge i undersøgelsen forklarer det således:

*”Jeg sammenligner det lidt med de der pakkeforsendelser, hvor der står ”fragile” på. Det kan være kostbarheder, det kan være værdifulde ting og sager - det kan også være noget skrammel - men det er sådan set ligegyldigt. Det er bare noget, der let kan gå i stykker, hvis ikke man gør det rigtige. [Sårbarhed] dækker det hele fantastisk godt, fordi det er ligegyldigt, hvem der skubber til pakken, eller hvad der sker for den persons vedkommende. Hvis vedkommende let går i stykker, så er vedkommende sårbar, uanset om vedkommende er tilfreds eller ej. Og det er derfor, jeg synes, det er så godt et begreb. Det er meget omfattende, det her begreb”* (Lindberg, Thorsen & Reventlow 2011, s. 10).

Trods den brede forståelse af sårbarhedsbegrebet var der i undersøgelsen konsensus om, at sårbarhed var hyppigst repræsenteret i lave socialgrupper. Her oplevede lægerne, at deres patienter var berørt af mange interrelationelle problemstillinger, hvilket gør patienterne sårbare på en anden måde, både personligt og i forhold til den hjælp, de kan få fra samfundet og sundhedsvæsenet. De sårbare patienter har næsten altid et socialt

problem ved siden af deres sygdom, som for eksempel kan relatere sig til økonomi, tid, transport. Dette medfører at de sårbare patienter ikke altid får fulgt op på deres helbredsmæssige tilstand (Lindberg, Thorsen & Reventlow 2011, s.11).

Sårbarhed bliver således en bred betegnelse, der er et fænomen, som kan optræde hos personer i alle sociale lag. Dog ses en ophobning af risikofaktorer for sårbarhed og dermed en højere grad af sårbarhed i lavere sociale lag.

## Privatpraktiserende fysioterapeut

Begrebet privatpraktiserende fysioterapeut omfatter en autoriseret fysioterapeut, der arbejder på en privat fysioterapeutisk klinik og som har overenskomst med det offentlige. Dette indebærer, at praktiserende læger kan henvise patienten til behandling med offentligt tilskud. Patientens egenbetaling varierer i forhold til, om de har en specifik udvalgt diagnose eller ej. Hvis de har en specificeret diagnose udvalgt af myndighederne, kan de modtage vederlagsfri fysioterapi uden egenbetaling, også kaldet speciale 62. Hvis patienten ikke har en specifik diagnose, skal de således betale et fast overenskomstmæssig beløb, også kaldet speciale 51. Dog har en del patienter en privat sundhedsforsikring, som betaler denne beløbsgrænse (Nielsen 2008).

Den privatpraktiserende fysioterapeut behandler alle typer af patienter. Fysioterapeutens behandlingsramme er normalt 30 minutter for en normalbehandling og 45 minutter for en førstegangskonsultation. Dette er dog en norm, og hver enkelt klinik og fysioterapeut kan i princippet selv bestemme deres behandlingstider.

Den privatpraktiserende fysioterapeut kan have forskellige ansættelsesvilkår.

Fysioterapeuten kan enten være ansat på en kontrakt med en fast månedlig løn uafhængig af antal patientbehandlinger. Eller fysioterapeuten kan være ansat på en provisionskontrakt, hvor patienten betaler fysioterapeuten direkte, og hvor der så betales procentuel leje af hver enkelt behandling til klinikejeren. Denne provision varierer fra klinik til klinik, og kan svinge mellem 25 % til 65 % af hver patientkonsultation.

Fysioterapeuten er således aflønnet i relation til antal patientbehandlinger. Yderligere er der et fåtal af privatpraktiserende fysioterapeuter, der ejer en klinik, hvor de således både kan arbejde som fysioterapeuter med betaling fra hver enkelt patient samtidig med

at de har en indtjening gennem indbetalte provisioner fra de provisionsansatte fysioterapeuter (DFys 2019)<sup>11</sup>.

## Afgrænsning

I det følgende præsenteres nærværende speciales afgrænsning.

Vi afgrænser os fra at forstå sårbare og ressourcetsvage patienter som hjemløse, misbrugere og lignende, da det er vores erfaring både før og under specialet, at denne gruppe af individer ikke har et tilhørsforhold til den private fysioterapeutiske praksis. Med denne afgrænsning anerkender vi, at vi selvklart ikke kan udtale os om nogle af samfundets svageste sårbare individer, men denne gruppe af sårbare patienter indfinder sig traditionelt i et andet behandlingsregi end den fysioterapeutiske privatpraksis, hvorfor de således ikke anses som relevante for nærværende speciale.

Vi afgrænser os fra at se på meningsdannelsen direkte fra patienternes perspektiv ved ikke at interviewe disse. Det kan diskuteres, hvorvidt vi fraskriver os fra vigtig information ved ikke at anskue problematikken fra patienternes perspektiv, idet deres oplevelse af anerkendelse ligeledes er relevant i den fysioterapeutiske intervention. Vi vil dog argumentere for, at et perspektiv gennem fysioterapeuten er relevant for at undersøge de grundlæggende vilkår for at fysioterapeuten kan arbejde anerkendende, således at den sårbare patients sundhed kan forbedres. Ligeledes vil vi argumentere for, at Honneths anerkendelsesteori, i kombination med Wackerhausens teori om humanisme, med berettigelse kan anvendes i relation til det fysioterapeutiske perspektiv, frem for det patientmæssige, idet anerkendelse må anskues som en dialektisk størrelse, der ikke fordrer ét bestemt perspektiv, men derimod må anskues fra begge perspektiver.

---

<sup>11</sup> <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/arbejdsvilkar/kontrakter/lejer-eller-ansat>



# KAPITEL 2

## Metodologi

Herunder vil først vores videnskabsteoretiske retning i relation til filosofisk hermeneutik med et kritisk perspektiv præsenteres. Efterfølgende vil vores metode med udvælgelse af empiri samt analyse- og fremstillingsstrategi mellem spørgsmål, beskrivelse og fortolkning i relation til vores videnskabsteoretiske retning præsenteres.

## Vores videnskabsteoretiske ståsted

I de følgende afsnit præsenteres vores videnskabsteoretiske afsæt med udgangspunkt i den filosofiske hermeneutik. Nærværende speciale finder inspiration til den filosofiske hermeneutik på baggrund af perspektiver fra Hans-Georg Gadamer (1900-2002), som var filosof og en af grundlæggerne bag filosofisk hermeneutik, hvilket vi finder relevant at anvende i relation til vores perspektiver på genstandsfeltet. Det videnskabsteoretiske sigte tager afsæt i Søren Juul & Kirsten B. Pedersens bog *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*<sup>12</sup> samt i Gadamers hovedværk *Sandhed og metode*. Derudover finder vi det relevant at inddrage perspektiver fra kritisk hermeneutik til at bidrage med et mere kritisk sigte til den filosofiske hermeneutik<sup>13</sup>.

## Filosofisk hermeneutik

Vi er af den overbevisning, at studier af mennesker og samfund har behov for en anden videnskabelighed, end den naturvidenskaberne foreskriver. Videnskabeligheden må

---

<sup>12</sup> Vi anvender to af Søren Juuls kapitler i bogen, idet de bidrager med en grundlæggende videnskabsteoretisk viden omkring hermeneutikken og herunder den filosofiske og kritiske hermeneutik. Juul har gennem sin doktorafhandling *Solidaritet: anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft* et indgående kendskab til kritisk hermeneutik.

<sup>13</sup> Til dette anvendes Søren Juul (se fodnote 12) og den franske filosof Paul Ricoeur, der placerer sig et sted mellem Habermas og Gadamer, idet han vedkender sig, at en hermeneutisk videnskab ikke kun har til opgave at opnå en korrekt forståelse af overleverede sandheder og traditioner, men ligeledes må indeholde en kritik af overleveringen samt interessere sig for den kritiske fantasie mulighedsbetingelser (Juul 2012, s. 140-141).

omfavne og indfange den intentionalitet, der motiverer til menneskelige handlinger, med det in mente at mennesker altid handler i historiske kontekster, som er bestemmende for deres mål og handlemåde. Gennem disse handlinger ændres historien og skaber nye muligheder og begrænsninger for efterfølgende generationer. Den grundlæggende hermeneutiske opgave er således at opnå en fortolkende forståelse af meningen i menneskelige livsytringer på baggrund af den konkrete historiske kontekst (Juul 2012, s. 109-110).

I den filosofiske hermeneutik er den hermeneutiske cirkel en ontologi om menneskets historiske væren i verden. Den er således ikke et epistemologisk princip om vejen til korrekt forståelse, men en filosofisk bestemmelse af den menneskelige væren og de forhold som denne væren indebærer for erkendelsen. Vi som forskere er selv en del af den verden, vi skal fortolke og er derfor i den filosofiske hermeneutik betegnet som værende inde i den hermeneutiske cirkel, hvor det bliver forholdet mellem os som forskeren og genstanden, der fortolkes. Grundlæggende handler den filosofiske hermeneutik således om, hvad det vil sige at være menneske i kraft af den historicitet og indlejring i tidslige og rumlige sammenhænge, det ikke er muligt at frigøre sig fra (Ibid, s. 111, 121).

Ifølge Gadamer er vi som forskere i den filosofiske hermeneutik ikke neutrale observatører og kan aldrig træde ud af den verden, vi lever i og således ej heller betragte os selv eller samfundet udefra. Vi medbringer altid vores fordomme i forståelsesprocessen, og netop fordommene er ifølge Gadamer produktive for erkendelsen, fordi vi uden fordommene ikke vil være i stand til at opsætte relevante spørgsmål, eller til grundlæggende at erfare noget som noget. Fordomme skal her forstås som en dom, der fældes på forhånd, som både kan være negativ eller positiv (Gadamer 2007, s. 255-258). Gadamer beskriver det således omkring fordomme og historicitet:

*“I virkeligheden tilhører historien ikke os, men vi tilhører den. Længe før vi gennem selvbesindelse forstår os selv, forstår vi os selv på selvfølgelig måde i den familie, det samfund og den stat, vi lever i. Subjektiviteten som fokus er et troldepejl. Individets selvbesindelse er kun en flagren i det historiske livs lukkede kredsløb. Derfor udgør den*

*enkeltes fordomme, langt mere end hans domme, hans værens historiske virkelighed”*  
(Gadamer 2007, s. 263).

De historiske forudsætninger er bestemmende for, hvad vi både som forskere og generelt som mennesker forstår og er i stand til at stille sig kritiske overfor og fordommene danner således hele vores forståelseshorisont. Gadamer påpeger, at vores fordomme udgøres af både normative og deskriptive anskuelser, hvor begge dele er relevante for videnskaben (Gadamer 2007, s. 264-265).

Gadamer argumenterer for, at fordomme altid vil være præsent og at det vil være en fordom i sig selv at tro, at de kan udelades til fordel for fornuften. En sådan absolut fornuft, der sætter sig over fordommene er ikke mulig, fordi fornuft kun eksisterer som noget konkret og historisk og altid vil være afhængig af de givne forhold, den virker i (Ibid, s. 263).

Fordomme kan ifølge Gadamer dog både være produktive og destruktive og er ikke noget, vi som forskere frit disponerer over. Nogle fordomme er bevaringsværdige mens andre er vigtige at lade gå til grunde, fordi de ikke kan mediere med nye erfaringer. Vi må som fortolkere derfor til enhver tid teste vores fordomme gennem applikation ved at sætte dem i relation og teste dem mod nye erfaringer fra den sociale virkelighed. Det er her vigtigt at være åben for nye erfaringer, der gør op mod eksisterende fordomme og bidrager til forståelse. Dog ikke i en sådan grad at alle fordomme neutraliseres.

Forståelse og erkendelse drejer sig for Gadamer netop om en proces, hvor horisonter, der formodes at eksistere hver for sig, sammensmeltes gennem en samtale mellem de forskellige horisonter, som herigennem forandrer sig (Gadamer 2007, s. 255-256).

Erkendelsen er således dialogisk og fortolkningen finder sted i mødet mellem forskeren og genstanden og deres respektive meningshorisonter. Horisontsammensmeltningen kræver ikke meningsoverensstemmelse men en forståelse for dét, den anden kommunikerer gennem en åben tilgang, der således muliggør horisontudvidelse og revurdering af fordommene. Gadamer argumenter således:

*“Når man omvendt taler om ‘at have horisont’ betyder det, at man ikke er begrænset til det nære, men tværtimod kan se ud over det. Den, der har horisont, er i stand til at foretage den rette vurdering med hensyn til nært eller fjernt, stort eller småt angående*

*alle de ting, der ligger inden for hans horisont. Tilsvarende er oparbejdelsen af den hermeneutiske situation ensbetydende, at vi opnår den rette horisont for de spørgsmål, der opstår i vores møde med overleveringen” (Gadamer 2007, s. 288).*

Applikation drejer sig hermed ikke for forskeren om at falsificere fordomme, men om at nuancere, specificere og komplettere vores fordomme i relation til nye erfaringer. Selvklaart må fordomme, der ikke kan opretholdes med nye erfaringer, gå til grunde (Juul 2012, s. 126-127). I den filosofiske hermeneutik er det således helt centralt, at vi som forskere reflekterer over og ekspliciterer vore fordomme samt tydeliggør, hvordan vores fordomme udfordres i nærværende speciale og sættes i spil med nye erfaringer. Vi må redegøre for selve interaktionsprocessen mellem vores fordomme og den empiri, vi bringer i spil for at teste dem, hvilket kræver en sammenhængende analyse- og fremstillingsstrategi mellem spørgsmål, beskrivelse og fortolkning. Vores empiri vil derfor også selvklaart være betinget af, hvad vi er stand til at se på baggrund af vores fordomme og åbenhed (Ibid, s. 127-129).

## Et kritisk perspektiv

Gadamers filosofiske hermeneutik er af flere blevet kritiseret for at nære for stor tiltro til overleveringen og traditionen, hvor en videnskabelig “er” / ”bør” sondring ikke er repræsenteret. Når vi ifølge Gadamer ikke kan gøre os fri af vores fordomme og de hermed er et grundvilkår ved den menneskelige væren, refererer dette ligeledes til fordomme, som udgøres af etiske værdier og livsanskuelser - herunder også politiske ideologier. Således er det ikke meningsgivende i den filosofiske hermeneutik at antage, at “er-sætninger” kan bevises på baggrund af empiriske observationer, mens “bør-sætninger” ikke kan, idet ingen fordomme i et hermeneutisk perspektiv kan bevises endeligt og en “er” / ”bør” sondring derfor grundlæggende er meningsløs (Juul 2012, s. 137-138). Dette er imidlertid ikke ensbetydende med, at et kritisk perspektiv ikke er foreneligt hermed, idet Gadamer argumenterer for, at vi, selvom vi ser alt ud fra et perspektiv formet af fortiden, ligeledes bærer en interesse for fremtiden. Gadamer afviser dog, at kritikken kan være forankret i et universelt normativt ideal, der

overskrider historien, som for eksempel Jürgen Habermas<sup>14</sup> hævder (Juul 2012, s. 139-140). Derimod må enhver kritik, eller kritisk fornuft, forstås som værende udsprunget fra en bestemt historisk kontekst og erfaringer, som den både reflekterer over samt søger at overskride. En sådan forståelse af kritik deles ligeledes af Ricoeur og muligvis også af Honneth, som begge inddrages i nærværende speciale (Ibid). Ricoeur inddrages med henblik på at konkretisere det videnskabsteoretiske kritiske perspektiv og Honneth inddrages som en teoretisk forståelsesramme for anerkendelse i specialet.

Ifølge Ricoeur er erkendelse begrænset af “endelighedens lov”, hvor historien er betingende for, hvad mennesket kan tænke og erfare. Ricoeur argumenterer dog for, at forståelsen ikke er fuldkommen bundet til det værende, fordi mennesket kan overskride historien med sin forestillingsevne. Således refererer kritiske normer til menneskets leven som historisk og samfundsændrende væsen og det kritiske perspektiv er hverken universelt eller overhistorisk, men kontekstafhængig samtidig med, at det indeholder en overskridelse af det værende i tanken (Ibid, s. 140). Ricoeur udtaler om forestillingsevnen: *“Men den produktive og endda reproduktive forestillingsevne udfolder sig i den udstrækning, den omfatter det minimale initiativ, der består i at henvise til den fraværende ting ad en anden akse, som afgøres af, om forestillingsevnenes subjekt evner eller ikke evner at gøre sig forskellen på indbildt og virkeligt kritisk bevidst”*. (Ricoeur 2002, s. 129-130).

Ricoeur er således af den overbevisning, at der er en dialektisk relation mellem det værende og kritikens mulighedsbetingelser, hvor menneskets historicitet står overfor dets mulighed for at forholde sig reflektivt og kritisk til institutionaliserede rutiner og tænkemåder og forandre dem gennem en historisk proces. Samtidig hermed kan der ske en forandring af de eksisterende idealer (Juul 2012, s. 140-141).

Ricoeur placerer sig herved et sted mellem Habermas og Gadamer, idet han vedkender sig at en hermeneutisk videnskab ikke kun har til opgave at opnå en korrekt forståelse af overleverede sandheder og traditioner, men ligeledes må indeholde en kritik af overleveringen samt interessere sig for den kritiske fantasie mulighedsbetingelser (Ibid).

---

<sup>14</sup> Jürgen Habermas er kritisk teoretiker og fra 2. generation af Frankfurterskolen (Juul 2012, s. 320).

Vi ønsker at inddrage Ricoeur i tillæg til Gadamer og den filosofiske hermeneutik, fordi det bidrager med et kritisk perspektiv og mulighed for en kobling til kritisk teori gennem forestillingsevnen kritiske mulighedsbetingelser. Ricoeurs filosofi åbner netop op for et normativt perspektiv, som dog selv må forstås hermeneutisk og altid som et udkast, der ligesom andre fordomme, må vise sit værd i praksis. Når vi vælger at inddrage et kritisk perspektiv til vores videnskabsteoretiske retning, er det ligeledes fordi nogle af vores fordomme, der udgør den normative horisont, vi som forskere møder feltet med, består af kritiske perspektiver. Vi er herved opmærksomme på, at disse normative perspektiver ligesom vores andre fordomme må begrundes og ekspliciteres. Vi ønsker netop at afprøve, korrigere og specificere vores normative perspektiver gennem en kritisk undersøgelse af den fornuft, mening eller tænkemåde der er gældende i en fysioterapeutisk privatpraksis. Herunder at gå i dialog med den privatpraktiserende fysioterapeut i relation til eventuelle magtformer, værdier og tænkemåder, der påvirker idealet (Juul 2012, s. 140-144).

Dele af vores kritiske perspektiv hentes i Honneths teori om anerkendelse. Honneth tilkender sig behovet for et kritisk perspektiv og beskæftiger sig med anerkendelsesidealet som et dialektisk og cirkulært samspil mellem det normative og det deskriptive. Honneths anerkendelsesteori kan herved bidrage med et kritisk perspektiv som ej heller anses som værende universelt eller overhistorisk og som kan anvendes til at give vores kritiske perspektiver i analysen retning (Ibid, s. 142). Honneth anskuer mennesket som værende anerkendelsessøgende og interesserer sig for de forhold, der hindrer mennesker i, at opnå anerkendelse og dermed realisere sig selv. Et centralt fokus i hans teori er kritikken af de samfundsforhold, der netop forhindrer anerkendelsen af mennesket (Ibid, s. 336-339). Med udgangspunkt i Honneths teori vil nærværende speciale derfor naturligt indeholde et kritisk perspektiv i tillæg til den filosofiske hermeneutik. Vi vil med afsæt i anerkendelsesidealet være i stand til, at se kritisk på den fysioterapeutiske privatpraksis og hvorledes anerkendelse og krænkelse er tilstede.

Hensigten med anerkendelsesidealet er ifølge Honneth, at være i stand til at begrunde den kritik af samfundet der viser sig og ikke blot fremføre en kritik der bunder i en intuitiv fornemmelse (Willig 2006, s. 7).

Anerkendelsesidealet vil således anvendes som kritisk perspektiv og til at skabe en sammenhængende analyse- og fremstillingsstrategi mellem spørgsmål, beskrivelse og fortolkning.

## Metode

I de følgende afsnit præsenteres specialets metodiske fremgangsmåde, overvejelser og analysestrategi. Der vil undervejs blive uddybet nærmere forståelser af deltagerobservationer, semistruktureret interviews og etiske overvejelser samt dette vil blive sat i relation til den videnskabsteoretiske ramme.

Kvalitativ forskning er grundlæggende interesseret i menneskers erfaringer og oplevelser og herunder, hvordan noget erfares, udvikles, fremtræder, italesættes eller opleves. Endvidere er der en fundamental interesse i, at tolke og dekonstruere menneskers oplevelser, deres sociale livsverden og erfaringsprocesser (Brinkmann & Tanggaard 2015, s. 13-14). Ovenstående kan belyses ud fra data, der er indsamlet ved hjælp af en kvalitativ metode, som i nærværende speciale er genereret ved hjælp af deltagerobservationer og semistrukturerede interviews. Da det i specialet søges at afdække den privatpraktiserende fysioterapeuts oplevelser og erfaringer i mødet med den ressourcetsvage og sårbare patient, findes det relevant at anvende kvalitativ metode i form af deltagerobservationer og individuelle interviews. Dette med henblik på, efterfølgende at opnå en fortolkende forståelse af meningen i fysioterapeutens oplevelser og erfaringsprocesser på baggrund af den konkrete kontekst i det analytiske arbejde. Den problemstilling der ønskes belyst i nærværende speciale, indeholder en søgen efter forståelse og en bredere videnshorisont med afsæt i et ideal om anerkendelse på baggrund af den konkrete historiske kontekst. Specialet er initieret af fysioterapeuternes oplevelser og erfaringer i mødet med den sårbare patient og den

vidensdannelse, der opstår i fortolkningen af empirien sammenholdt med vores teoretiske forståelsesramme.

Forud for det praktiske arbejde i felten blev der etableret mundtlig og skriftlig kommunikation med en relevant fysioterapeutisk privat klinik. Vi havde på forhånd et kendskab til en klinik, hvorved vi nemmere kunne skabe en kontakt og relation til stedet. Vi modtog klinikkens accept til at informere de praktiserende fysioterapeuter på stedet gennem en intern skriftlig meddelelse samt til at foretage en mundtlig præsentation af undersøgelsens formål på et morgenmøde.

Efter denne umiddelbare kontakt valgte fire fysioterapeuter at deltage i undersøgelsen.

Den udvalgte privatklinik er beliggende i hovedstadsregionen og er en mellemstor klinik med 11 tilknyttede fysioterapeuter og to fysioterapeutiske klinikejere.

Vi havde på forhånd opsat inklusion- og eksklusionskriterier for at deltage i undersøgelsen.

Inklusionskriterierne var: 1) Fysioterapeuten er tilknyttet den udvalgte private klinik, 2) Har sin hovedbeskæftigelse på klinikken, 3) Er autoriseret fysioterapeut og 4) Vil lade sig observere under patientinterventioner af cirka fire timers varighed og deltage i et efterfølgende interview af cirka 30 minutters varighed.

Eksklusionskriterierne var: 1) Fysioterapeuten må ikke være deltidsansat under 10 timer ugentligt, da vi vurderer at fysioterapeuten dermed ikke har et indgående kendskab til den udvalgte klinik og praksis.

Etiske problemstillinger vedrørende informanter behandles slutteligt i metodeafsnittet.

### Præsentation af informanter

Informant 1 kaldes for Mona, er 57 år og har været i praksis siden 1992. Hun er klinikejer gennem 20 år.

Informant 2 kaldes for Svend, er 30 år og har været 5 år i praksis. Hans ansættelsesforhold er som selvstændig på eget ydernummer.



Informant 3 kaldes for Julie, er 32 år og har været i praksis siden 2011. Hendes ansættelsesforhold er som selvstændig på eget ydernummer.

Informant 4 kaldes for Thea, er 26 år og har været i praksis siden 2017. Hendes ansættelsesforhold er som funktionæransat.

## Deltagerobservation

I følgende afsnit behandles deltagerobservation som metode i relation til nærværende speciale. Deltagerobservation behandles både i relation til vores videnskabsteoretiske perspektiv med filosofisk hermeneutik, vores grad af deltagelse samt de konkrete tiltag og overvejelser i udførelsen af deltagerobservation i praksis.

I tråd med andre kvalitative metoder ønsker deltagerobservation, at belyse og forstå menneskelige oplevelser, erfaringer og sociale processer. Deltagerobservation kan være med til at identificere aktuelle bevægelser i forståelsen af viden, hvilket netop er med til at accentuere og aktualisere præmissen for deltagerobservation som forskningsmetode (Szulevicz 2015, s. 84). Deltagerobservation som metode relaterer sig grundlæggende til, at vi som forskere observerer mennesker i deres livsverden og levede kontekst med mere eller mindre social interaktion mellem forsker og den kontekst, som er genstandsfelt. Metoden indfinder sig herved i tråd med den filosofisk hermeneutiske tilgang, som dette speciale opererer under, hvor vi som forskere er *til stede*, hvor sociale praksisser udspiller sig og dermed egner deltagerobservation som metode sig til at analysere, fortolke og forstå menneskelige handlingers sociale og materielle udgangspunkter (Ibid, s. 85).

Deltagerobservation referer til både at deltage aktivt i praksis samt betragte praksis passivt. Vi må som forskere således udføre begge dele samtidigt ved at forsøge at navigere mellem at være deltagende i de aktiviteter, der udføres i den observerede praksis og observere på afstand.

Vi har under specialets deltagerobservationer bestræbt os på primært at være observerende passivt og dermed marginalt deltagende, idet vi på forhånd har et stort kendskab til praksis og en forståelse af de indlejrede koder heri og derfor allerede har en intuitiv forståelse for den observerede praksis (Ibid, s. 83, 86). Ved passiv deltagelse

forstås at vi som forskere primært er tilskuere og iagttager den kontekst, som udspiller sig foran os uden at interagere med de personer, som er i den sociale situation. Dog med det in mente, at både den observerede fysioterapeut og patient var informerede omkring vores tilstedeværelse i rummet. Et væsentligt perspektiv at være opmærksom på, er at vores tilstedeværelse som observatører uundgåeligt påvirker feltet, og at vi til trods for en passiv deltagelse påvirker både fysioterapeut og patient, hvilket vi selvklart skal være opmærksomme på i den videre analytiske proces (Tanggaard 2012, s. 206).

Ifølge Spradley<sup>15</sup> (2012) kan forskeren i mange situationer hurtigt gå fra at være passivt deltagende til at agere mere aktivt med genstandsfeltet, hvilket vi også oplevede, idet enkelte patienter direkte henvendte sig til os undervejs i observationerne.

Deltagerobservation som metode er anvendt, idet det kan være med til åbne forskningsfeltet op med deskriptive beskrivelser og indtryk, der ellers ikke ville være adgang til og som kan udfordre vores fordomme. Ligeledes anvender vi deltagerobservation til at skærpe vores efterfølgende interview, da disse observationer giver os mulighed for at stille præcise spørgsmål og danne rammen for et dynamisk interview, som tager udgangspunkt i en fælles erfaret virkelighed (Spradley 2012, s. 58). Yderligere er vi opmærksomme på, at vi med deltagerobservation kan komme bag om det forhold, at der i det talte sprog primært udtrykkes bevidste og intentionelle forhold, hvor der er risiko for at flere af de ikke-reflekterede forhold, der netop kendetegner sociale praksisser, går tabt. Deltagerobservationen giver os således mulighed for at se på det ikke-italesatte, det ikke-reflekterede, det kropslige, det situerede og selve interaktionen aktørerne imellem (Szulevicz 2015, s. 86-87).

### Deltagerobservation i praksis

I relation til deltagerobservation som metode har vi gjort os flere overvejelser angående lokalisering af en social situation, herunder sted, aktører og aktiviteter for observationerne. Lokaliseringen af den sociale situation indebærer, at vi som forskere placerer os et bestemt sted, iagttager aktører og deltager i aktiviteter. Ifølge Spradley

---

<sup>15</sup> James P. Spradley var professor i antropologi og etnograf med en stor interesse i feltobservationer. Han har udgivet flere store værker såsom *The ethnographic interview* og *Participant observation*.

(2012) giver disse primære elementer en forståelse af den sociale og kulturelle betydning af sociale situationer, men ikke en udtømmende forståelse af den sociale situation. Ved at fokusere på en enkelt social situation, som vi gør ved at se på fysioterapeutiske interventioner med patienter i en privatpraksis, fremmes tilgængeligheden af den etnografiske proces (Spradley 2012, s. 40-41). Den sociale situations sted er identificeret ved at være lokaliseret på tidligere nævnte fysioterapeutiske private klinik; herunder har observationerne fundet sted i behandlingsrum, træningssal, reception og i diverse gangarealer. De observerede aktører betragtes som brugere af klinikkens arealer og udgøres af henholdsvis fysioterapeuter og patienter. Der var på forhånd lavet aftaler med fire specifikke fysioterapeuter, der ønskede at deltage i nærværende speciale, hvorimod de observerede patienter udgjordes af et bredt og tilfældigt udsnit af patienter. Patienterne blev selvklart på forhånd informeret og afgav samtykke til at to observatører var til stede under behandlingen. Aktiviteterne er bundet af den fysioterapeutiske intervention med patienten og indeholder genkendelige aktivitetsmønstre såsom blandt andet manuel brikbehandling, træningsvejledning og dialog med patienten (Spradley 2012, s. 41-43).

Udvælgelsen af vores observerede felt er fremkommet på baggrund af fem kriterier; enkelhed, tilgængelighed, ubemærkethed, tilladelighed og hyppigt gentagne aktiviteter, der højner kvaliteten af deltagerobservationerne (Ibid, s. 48-55).

Enkelthed refererer til vores valg om at observere en enkelt social situation afgrænset til den fysioterapeutiske intervention med patienten på den pågældende private klinik.

Tilgængelighed refererer til vores aftale med den pågældende klinik, hvor vi på forhånd havde kontakter i forbindelse med vores virke som fysioterapeuter, hvilket derfor gjorde klinikken tilgængelig for vores speciale.

I relation til ubemærkethed har vi fra begyndelsen af været fysisk tæt på de observerede, idet de fysiske rammer medfører dette. Det har dog ikke været en fremmed eller unaturlig situation for fysioterapeuterne, som er vant til at have fysioterapeutstuderende med sig som observatører, idet observation er en stor del af den fysioterapeutiske uddannelse. Ligeledes har flere af de observerede patienter tillige haft fysioterapeutstuderende som observatører tidligere.

Tilladeligheden er behandlet gennem forudgående aftaler med ejerne af den pågældende klinik samt gennem informeret samtykke af de observerede. Hyppigt gentagne aktiviteter refererer til vores forudgående refleksioner omkring udvælgelsen af den sociale situation i relation til vores ønske om at undersøge, hvordan fysioterapeuten erfarer og oplever muligheden for at arbejde anerkendende med den ressourcetsvage og sårbare patient i den fysioterapeutiske privatpraksis (Spradley 2012, s. 48-53). Gennem observation af de fire udvalgte fysioterapeuter og tilfældigt udvalgte patienter har vi observeret et bredt udsnit af mennesker, herunder flere ressourcetsvage og sårbare patienter. Disse er identificeret på baggrund af både observationerne og gennem uformelle samtaler med den behandlende fysioterapeut omkring hvilke patienter, han eller hun finder sårbare. Vi har valgt at observere et tilfældigt udsnit af patienter for at få et nuanceret perspektiv af den fysioterapeutiske intervention i relation til et bredt udsnit af patienter for at få de optimale betingelser til rammen for vores interview og besvare vores problemformulering.

#### Observationsguide og tidsperspektiv

Tidsperspektivet for vores deltagerobservationer er betinget af flere parametre. Ifølge Szulevicz (2015) er det reelt næsten umuligt at bestemme, hvor lang tid vi som forskere skal udføre deltagerobservation. Der er intet entydigt svar på, hvornår observationerne er tilstrækkelige til at konkludere på den observerede praksis med velovervejet og stærk argumentation. Varighed er således ikke afgørende, men derimod at det empiriske materiale er baseret på tilstedeværelse og førstehåndserfaringer. Gode deltagerobservationer over kortere tid kræver dog, at vi er godt forberedte. Det er vigtigt, at vi er teoretisk funderet i de centrale diskussioner i det undersøgte felt, samt at vi har gode og relevante forskningsspørgsmål at forholde os til under empiriindsamlingen (Szulevicz 2015, s. 88-89). Vi har som tidligere beskrevet et indgående kendskab til den fysioterapeutiske praksis og intervention, og har deraf internaliseret dens koder og sprog, som medvirker til at tidsperspektivet for observationerne kan nedsættes. Vi er dog opmærksomme på at vores store kendskab til feltet ligeledes kan have ulemper, idet at vi som forskere kan blive for sammensmeltet med feltet og heraf adaptere en forståelseshorisont så lig informanternes, at vi ikke er i

stand til at kritisk undre os over de observerede forhold, idet vi mister distancen (Jonasson 2012, s. 73). Vi er derfor i særlig grad opmærksomme på ikke at forkaste alle vores fordomme, men at forholde os åbne over for feltet samt for at revurdere vores fordomme og eventuelt forkaste enkelte af dem (Gadamer 2007, s. 256).

I relation hertil har der været et element til tidsperspektivet, som har haft betydning i nærværende speciale, idet der har været en naturlig begrænsning for empiriindsamlingen, da informanterne skulle acceptere den tidsmæssige intensitet. Vi har selvklart måtte tage højde for informanternes forskningsmæssige og personlige krav til tidsforbruget (Jonasson 2012, s. 63-64). I forbindelse hermed har vores observationer bestået af omkring fire timers varighed per fysioterapeut. I praksis har dette udmøntet sig i 24 observerede interventioner med patienter. Enkelte observationer har grundet logistiske årsager fra fysioterapeutens side været opdelt i omkring to gange to timer. Under alle observationerne har vi bestræbt os på at være to observatører, således at vi kunne sammenligne feltnoter, og have det samme grundlag for interview og analyse. I enkelte tilfælde var dette ikke muligt grundet blandt andet religiøse forhold, hvorfor der kun var en observatør til stede.

Yderligere har vi udarbejdet en kort observationsguide<sup>16</sup> for delvist at strukturere vores observationer i forhold til retning og fokus. Vi er dog bevidste omkring, at denne observationsguide ikke må afgrænse vores observationer til kun at omhandle vores fordomme, men at vi derimod må være åbne over for at revurdere eksisterende fordomme og indgå i dialog samt deltage i interaktioner, som kan uddybe vores kendskab til informanten og feltet. Konkret har vi i relation hertil blandt andet spist frokost i personalestuen og ankommet tidligere til klinikken i forbindelse med observationstidspunktet, i forsøg på at opbygge en tryk og troværdig situation med informanten (Jonasson 2012, s. 67-68).

I det praktiske arbejde med deltagerobservationerne har vi udformet konkrete feltnoter. Vi har valgt at nedskrive feltnoter undervejs i observationen, da vi primært har observeret passivt og deraf haft gode muligheder for at få en detaljerigdom i øjeblikket nedskrevet. Feltnoterne er blevet nedskrevet i et hæfte, som vi har haft med os til

---

<sup>16</sup> Se Bilag 2 for nærmere beskrivelse af observationsguide.

deltagerobservationerne. Vi har yderligere været opmærksomme på, at vores indgående kendskab til praksis og dens koder kan være med til at skærpe vores feltnoteskrivning fra begyndelsen af således, at behovet for at nedfælde alt ukritisk ikke har været til stede (Szulevicz 2015, s. 92). Dog har vi samtidigt forsøgt at være åbne til observationerne og være indstillede på at revurdere og forkaste nogle af vores fordomme i mødet med feltet, ligesom vi har været opmærksomme på, at vores forståelseshorizont ikke direkte integreres med informanternes, således at vi ikke er i stand til at stille os kritiske over for den observerede intervention. Derudover er denne kritiske stillingtagen også essentiel i det videre metodiske arbejde med interviewene, idet vi har forsøgt ikke at sympatisere med de observerede fysioterapeuter i en sådan grad, at kritiske spørgsmål og undren udelades (Jonasson 2012, s. 73).

## Interview

I følgende afsnit behandles det kvalitative interview som metode i relation til nærværende speciale. Interview som metode behandles både i relation til vores videnskabsteoretiske perspektiv med filosofisk hermeneutik, vores valg af struktureringsgrad samt i relation til konkrete tiltag og overvejelser i udførelsen af interview i praksis.

Det kvalitative interview som forskningsmetode er en metode, hvortil vi kan formidle og konstruere en livshistorie gennem den enkeltes oplevelser og erfaringer og er dermed en social praksis, der kan siges at mediere selvets forhold til sig selv. Det kvalitative interview som social praksis er dog altid situeret i en specifik historisk og kulturel sammenhæng skabt gennem en aktiv interaktion mellem to eller flere mennesker, hvorved socialt forhandlede kontekstualiserede svar fremkommer på baggrund af blandt andet interviewets struktureringsgrad og udførelse i praksis (Tanggaard & Brinkmann 2015, s. 30).

Et interview vil således altid være konstrueret i den samtaleinteraktion, som interviewet forekommer i. Målet med et interviewstudie udgøres således af et ønske om at komme tæt på informanternes oplevelser og erfaringer og formulere et kohærent og teoretisk

velovervejet perspektiv herpå i et dialektisk samspil med nærværende speciales formål og fordomme (Tanggaard & Brinkmann 2015, s. 30).

Interviewforskning foregår gennem menneskelige relationer, hvor interaktionen mellem os som interviewere og informanten er bestemmende for den viden, vi opnår. Vi har under arbejdet med interview som metode i specialet været opmærksomme på, at vi med en empatisk og lyttende tilgang havde større mulighed for at opnå viden om den enkelte fysioterapeuts oplevelser og erfaringer formuleret med deres egne ord, hvorimod vi med en aktiv og assertiv tilgang havde mulighed for at opnå viden om deres måde at argumentere og forklare sig på (Ibid, s. 33). Vi har forsøgt at afveje vores tilgang i relation til det enkelte interviewforløb, dog med primært fokus på en empatisk og lyttende tilgang, idet vi netop ønsker at opnå viden om den enkelte fysioterapeuts oplevelser og erfaringer.

De menneskelige relationer i interviewsituationen er grundlæggende struktureret af konversationen som social praksis, hvorfor netop den kontekst, som dette speciales praksis udgør, er afgørende for det kommunikerede i situationen. Hvis den menneskelige virkelighed i høj grad er en konversationel realitet, som blandt andre Gadamer argumenterer for, da har interviewet som metode visse fordele med hensyn til at give os adgang til og give os mulighed for at tage hensyn til diversiteterne i relation til denne dimension af den menneskelige virkelighed (Tanggaard & Brinkmann 2015, s. 33). Vi har grundlæggende forsøgt at være meget opmærksomme på dette både gennem vores inddragelse og eksplicitering af vores fordomme, ved at forsøge at være åbne overfor konversationen som social praksis, hvor vores fordomme, både teoretiske og praktiske, kan revurderes og forkastes, samt ved at foretage flere timers deltagerobservation med hver af de fire interviewede fysioterapeuter forud for interviewet, med henblik på at skabe kendskab til den enkelte fysioterapeut og deres fysioterapeutiske praksis.

## Interview i praksis

Vi har som tidligere nævnt i afsnittet *Metode* valgt at inddrage fire informanter til deltagerobservation og interview i nærværende speciale. Den primære årsag hertil bunder i, at det var det antal af informanter, som ønskede at deltage i undersøgelsen. Vi er dog fortrøstningsfulde ved antallet af informanter, idet vi grundlæggende finder vores indhentede empiri dækkende til at belyse nærværende speciale, samt at Tanggaard & Brinkmann (2015) argumenterer for, at relativt få gennemarbejdede interviews kan føre til en sober, grundig og teoretisk nuanceret analyse, hvorimod mange interviews kan medføre en stor uoverskuelig mængde data og en usammenhængende analyse.

I nærværende speciale har vi valgt at anvende det semistrukturerede interview, idet det har til formål at indhente beskrivelser af informantens livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne oplevelser og erfaringer. Det semistrukturerede forskningsinterview er således hverken neutralt eller en samtale mellem ligestillede parter, fordi det er os som forskere, der definerer og kontrollerer konversationen (Kvale & Brinkmann 2009, s. 19). Det semistrukturerede interview er blandt andet karakteriseret ved, at vi som interviewere har udarbejdet en interviewguide med temaer og forslag til spørgsmål, samtidig med at vi er åbne for ændringer i interviewets form og rækkefølge således at bliver det muligt for os at følge informantens fortælling i dybden (Poulsen 2016, s. 76). Vi har i arbejdet med udvælgelsen af semistruktureret interview som metode fokuseret på, hvad vi ønskede at opnå viden omkring, og heraf hvordan vi bedst kunne opnå denne viden. Vi har således ladet genstanden omkring, hvordan fysioterapeuten erfarer og oplever muligheden for at arbejde anerkendende med den ressourcetsvage og sårbare patient i den fysioterapeutiske privatpraksis, samt hvilken betydning fysioterapeuten oplever at de strukturelle rammer og aktuelle samfundstendenser har for anerkendelsen, og hvilke konsekvenser dette har for den fysioterapeutiske intervention med den ressourcetsvage patient, været bestemmende for metoden. I relation hertil fandt vi en kombination af deltagerobservationer og semistrukturerede interviews særdeles relevant til at afdække denne problemstilling, idet vi har mulighed for at inddrage vores fordomme og teoretiske forståelser og bringe dem dialektisk i spil med vores informanter og opnå en fortolkende forståelse af meningen i



menneskelige livsytringer på baggrund af den konkrete historiske kontekst vi er indskrevet i. Vores grundlæggende kendskab til den fysioterapeutiske privatpraksis, vores teoretiske fundering og vores baggrundsviden fra blandt andet vores litteratursøgning danner således rammen for vores empiriindsamling og hermed interviewstruktur, hvilket vi finder særdeles positivt, idet et stort kendskab til det undersøgte emne medfører muligheden for at stille præcise og mere relevante spørgsmål (Tanggaard & Brinkmann 2015, s. 37-38). Dog er vi opmærksomme på at vores store kendskab til den fysioterapeutiske privatpraksis ligeledes kan være negativt, idet at vi som forskere kan blive for sammensmeltet med feltet, at vi ikke er i stand til at stille kritiske og undrende spørgsmål (Jonasson 2012, s. 73).

Vi ser dog primært vores store kendskab til feltet som et positivt element så længe vi undervejs i processen, som også tidligere nævnt, har stort fokus på at forholde os åbent til informanterne og den sociale praksis og være imødekommende for at tage vores fordomme op til revurdering, samt er parate til at afvige fra på forhånd fastlagte spørgsmål, hvis vi fandt det relevant undervejs i interviewene.

Vi har valgt at udarbejde en interviewguide<sup>17</sup> for at sikre en vis struktur af vores interviews. Vi har inden interviewet sikret os at informanten har kendskab til vores formål med undersøgelsen og interviewet for herefter at kunne stille mere konkrete spørgsmål. Dette har vi gjort for at tilstræbe de etiske retningslinjer, for at skabe overskuelighed for informanten og understøtte det informerede samtykke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 185). Interviewguiden er udarbejdet med både tematiske og dynamiske spørgsmål for at bidrage til den produktion af viden vi ønsker og fremme et dynamisk interviewsamspil. Tematiske spørgsmål som hvorfor, hvad og hvordan anvendte vi i relation til vores forskningsspørgsmål og den teoretiske afklaring med afsæt i Honneths anerkendelsesteori (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 125). Dynamiske spørgsmål anvendte vi til at tale om informantens oplevelser og følelser både gennem interviewguiden og spontant under interviewene. Vi har ligeledes forsøgt at oversætte vores interviewguide fra teoretisk sprog til hverdagsprog i forsøg på at generere mere spontane og varierede beskrivelser samt sikre informanternes forståelse af spørgsmålene

---

<sup>17</sup> Se bilag 3 for nærmere udfoldelse af interviewguide.

(Kvale & Brinkmann 2015, s. 185-196). Yderligere har vi været opmærksomme på og ligeledes har gjort informanterne opmærksomme på, at tavshed under interviewet er et positivt element, der kan bidrage til større refleksion (Tanggaard & Brinkmann 2015, s. 42)

Som interviewere har vi haft fokus på at lytte aktivt til informanten, være åbne over for at revurdere og forkaste vores fordomme og forsøge at udvælge og forfølge de mest relevante dimensioner af informantens svar. Vi har forberedt os grundigt ved at indhente stor baggrundsviden samt at lære vores interviewguide godt at kende, således at vi kan anvende den fleksibelt og bedre fokusere på informantens beskrivelser. Vi har ligeledes forberedt os ved hjælp af metodelitteratur og ved at have fokus på vigtigheden af den sociale kontakt i interviewet. Undervejs i interviewene har vi kontinuerligt forsøgt at afklare betydningen af informantens svar for at opnå en forståelse af informantens perspektiver. (Kvale & Brinkmann 2015, s. 185-196).

Vores interviewguide indeholder grundlæggende en oversigt over temaer<sup>18</sup>, der skal afdækkes samt forslag til spørgsmål. Herudover var vi særligt opmærksomme på at inddrage relevante perspektiver fra vores deltagerobservationer af den enkelte fysioterapeut i deres respektive interview.

Selve interviewene fandt sted på den pågældende fysioterapeutiske privatklinik i et, af informanterne, velkendt rum uden forstyrrelser. Vi, specialets forfattere, agerede begge to interviewere undervejs og supplerede hinanden for bedst muligt at kunne inddrage relevant viden fra vores deltagerobservationer, sikre os at vi kom i dybden med spørgsmålene samt forsøge at forfølge relevante udsagn fra informanterne.

---

<sup>18</sup> Temaer i interviewguiden: Fysioterapeuten og den ressourcetsvage og sårbare patient, strukturelle rammer og samfundstendenser.

## Transskription og analysestrategi

I følgende afsnit behandles transskription, formidling og analysestrategi i relation til nærværende speciales undersøgelsesmetode med interview og deltagerobservation. Transskription og analysestrategi behandles i relation til vores videnskabsteoretiske perspektiv og konkrete tiltag og overvejelser omkring vores valg af transskriptionsprocedure samt analysestrategi i praksis.

### Transskription

Til behandling af empirien har vi benyttet os af transskription, som definerer et skifte fra én form til en anden. Transskription er en væsentlig forudsætning for analysen, idet vi herved sikrer os, at al relevant information inkluderes (Kvale & Brinkmann 2015, s. 238-239). Grundlæggende strukturerer transskriptionerne interviewene, således at de egner sig til vores nærmere analyse, hvilket i sig selv udgør en tidlig analytisk proces. Selve vores transskriptionsprocedure fra lydoptagelse til tekst er forbundet med både tekniske og fortolkningsmæssige udfordringer vedrørende talesprog kontra skriftsprog, som vi selvklart må forholde os til. Komplette ordrette interviewtransskriptioner forråder ifølge den hermeneutiske tradition interviewet og skaber således hybrider, kunstige konstruktioner, der risikerer hverken at være dækkende for den levende mundtlige samtale eller for den skrevne tekst. Dette fordi at interview er et direkte socialt samspil betinget af stemmeleje, kropsudtryk med mere, som ikke på samme måde fremkommer for den, der udenfor denne kontekst læser transskriptionen (Kvale & Brinkmann 2009, s. 200-203).

I relation til ovenstående, og i med at vi ikke ønskede at lave en detaljeret sproglig analyse, valgte vi ikke at lave en komplet ordret transskription af vores interviews, men derimod en mere læsevenlig udgivelse af informanternes beretninger for at kunne belyse nuancer i udsagnene og gøre det lettere at kommunikere, hvad informanternes historier betyder. Vi var dog opmærksomme på at detaljerede transskriptioner kan være med til at skærpe vores opmærksomhed over for detaljerne i interviewet, hvorfor vi bestræbte os på, at vores transskriptioner skulle være så detaljerede som muligt, uden at den meningsgivende kontekst i interviewrelationen ville gå tabt (Ibid 2009, s. 205, 209).

Da vi begge har transskriberet interviewene, har vi udarbejdet en fælles transskriptionsprocedure<sup>19</sup> for at minimere fortolkningsproblemerne. Interviewene fremgår i transskriberet form i Bilag 7.

I relation til formidlingen af vores deltagerobservationer har vi valgt at sammenskrive vores begges feltnoter til en mere sammenhængende tekst, der er mere fleksibel og detaljerig for at sikre den meningsgivende kontekst i deltagerobservationen, hvilket samtidig rummer en implicit analyse i form af en erkendelsesaktivitet for os som forskere (Brinkmann 2012, s. 189-191). I sammenskrivningen bestræbte vi os ligeledes på at være så detaljerede som muligt, for at sikre nuancerne i samspillet i observationerne, hvorfor ordrette citater også vil være at finde heri. Vi har valgt denne formidlingsmetode af vores deltagerobservationer, idet vi ikke tror på at anvendelsen af metoder og standardiserede formidlingsformer i sig selv kan give os sandheden, men derimod ønsker at anvende os selv som forskere som erkendelsesredskab (Ibid). Ligeledes argumenter Brinkmann (2012) for, at netop mere fleksible og impressionistiske formidlingsgenrer af deltagerobservation vil være den mest adækvate måde at beskrive situeret menneskelig erfaring på. Formidlingen af vores deltagerobservationer fremgår af Bilag 6.

### Analysestrategi

Centralt for vores analysestrategi er, at vi er inspireret af den hermeneutiske tekstfortolkning, hvor spørgsmålet har forrang. Vi som fortolkere er således med vores forudsætninger bestående af fordomme, praktiske som teoretiske, og vores spørgsmål til teksten med til at konstituere de fortolkede meningsindhold i den givne kontekst (Kvale & Brinkmann 2009, s. 223). I den filosofiske hermeneutik, som vores videnskabsteoretiske perspektiver tager afsæt i, findes der netop ikke en metodisk hovedvej til gode fortolkninger og ingen metode kan i sig selv sikre at vi finder frem til "den egentlige" mening.

Vi har heraf valgt at afskrive os fra at anvende kodning som en del af vores analysestrategi, idet kodning ofte kommer til enten at medføre, at meningsfortolkningen

---

<sup>19</sup> Se Bilag 5 for nærmere transskriptionsprocedure.

presses ind i forskerens forhåndsstrukturerede koder, eller at forskeren helt glemmer sit eget perspektiv og egne fordomme. Kodeprocedurerne kommer således let til stå i kontrast til den dialogiske opfattelse, som er centralt i den hermeneutiske cirkel og i Gadamer's forståelse af erkendelse som horisontsammensmeltning, hvilket nærværende speciale netop indskriver sig i (Juul 2012, s. 132).

I stedet har vi valgt at anvende hermeneutisk meningsfortolkning af Kvale og Brinkmann (2009), der netop indeholder perspektiver på den dialogiske opfattelse og forståelsen af erkendelse som horisontsammensmeltning mellem os som forskere, med vores fordomme og indgående kendskab til feltet, og informanternes perspektiver. Selvkært er hermeneutisk meningsfortolkning som analysestrategi ikke i sig selv lig med en horisontsammensmeltning, hvor vi opnår en fortolkende forståelse af meningen i menneskelige livsytringer på baggrund af den konkrete historiske kontekst. Vi må søge at ekspliciterer vores forskningsspørgsmål til teksten og arbejde ud fra en perspektivisk subjektivitet, hvor vi ikke udelukkende søger fund, der underbygger vores egne fordomme og konklusioner, men derimod anlægger differentierede perspektiver og spørgsmål til teksten og således opnår mulige forskellige fortolkninger af meningen (Kvale & Brinkmann 2009, s. 236). Kvale og Brinkmann argumenterer således: "*Når læserens forskellige perspektiver på en tekst ekspliciteres, bør de forskellige analyser også blive forståelige. Subjektivitet i betydningen multiple perspektiviske fortolkninger vil da ikke være en svaghed, men vidne om interviewforskningens frugtbarhed og styrke*" (Kvale & Brinkmann 2009, s. 236).

Hermeneutisk meningsfortolkning beskæftiger sig med tekstens mening i tre forskellige fortolkningskontekster; *selvforståelse*, *kritisk commonsense-forståelse* og *teoretisk forståelse*.

Den første kontekst *selvforståelse* refererer til, hvorledes vi som fortolkere i kondenseret form formulerer informanternes egen opfattelse af, hvad deres udsagn betyder.

Fortolkningen er her således mere eller mindre begrænset til informantens selvforståelse, gennem en omformuleret kondensering af meningen med deres udsagn fra deres egne synspunkter ud fra, hvordan vi som forskere har forstået dem (Ibid, s. 237).

Den anden kontekst *kritisk commonsense-forståelse* refererer til en selvforståelse, der rækker ud over omformuleringen af informantens selvforståelse og hvad de oplever og mener om et emne, men ligger fortsat inden for en generel commonsense-forståelse. Således får vi mulighed for at analysere en bredere forståelsesramme og for at stille os kritiske overfor det sagte, samt at vi kan fokusere specifikt på enten udsagnets indhold eller på den informant, der fremsætter det gennem blandt andet inddragelse af deltagerobservationer.

Den sidste kontekst *teoretisk forståelse* refererer til, at vi som forskere anlægger en teoretisk ramme til fortolkningen af meningen med udsagnene og observationerne. Her muliggøres analyse og fortolkninger, der overskrider både informanternes selvforståelse og en commonsense-forståelse, hvilket også muliggør at vi kan inddrage et kritisk perspektiv (Kvale & Brinkmann 2009, s. 238-239).

Relevante uddrag af vores deltagerobservationer og interviews vil således blive analyseret gennem hermeneutisk meningsfortolkning. Vi har valgt at tage udgangspunkt i uddrag fra vores deltagerobservationer af sårbare og ressourcetsvage patienter, identificeret på baggrund af både observation og uformelle samtaler med den behandlende fysioterapeut, i henhold til bedst muligt at kunne besvare vores forskningsspørgsmål. Dog har vi ligeledes inddraget deltagerobservationer af ikke sårbare patienter, hvis disse har været vurderet relevante og meningsgivende for analysen, idet disse kan være med til at stadfæste grundlæggende uenigheder og vidnesbyrder på baggrund af mulige forskelle.

Vi inddrager vores nedskrevne deltagerobservationer i analysen, idet de i særlig grad afspejler en viden, der ikke er tilgængelig gennem vores interviews, fordi vi som forskere er *til stede* i de konkrete sociale praksisser og dermed optimerer vores mulighed for at analysere, fortolke og forstå fysioterapeuternes handlingers sociale og materielle udgangspunkter.

Vi får yderligere gennem vores deltagerobservationer mulighed for komme bag om det forhold, at der i det talte sprog primært udtrykkes bevidste og intentionelle forhold, hvor netop flere af de ikke-reflekterede forhold, der kendetegner de sociale praksisser i den fysioterapeutiske privatpraksis, risikerer at gå tabt. Deltagerobservationen giver os således mulighed for at se på det ikke-italesatte, det ikke-reflekterede, det kropslige og

selve interaktionen fysioterapeut og patient imellem og vil blive formidlet gennem vores fælles fortolkede deltagerobservationer, der fremvises som en sansende og erkendende fortolkning i analysen (Szulevicz 2015, s. 86-87) & (Brinkmann 2012, s. 190).

I analysens første fase og fortolkningskontekst benyttes *selyforståelse*, hvor uddrag af vores deltagerobservationer og interviews, der findes relevante til at belyse vores forskningsspørgsmål. Her vil det primært være informanternes citater, der vil gøre sig gældende i form af citatuddrag. Efterfølgende videreføres arbejdet med uddragene i henhold til en *kritisk commonsense-forståelse*, hvor uddragene bliver fortolket ud fra vores faglige og personlige erfaringsramme. Endeligt vil en *teoretisk forståelse* anvendes i relation til, at analysere og skabe en teoretisk forståelse af uddragene ud fra vores observationer og interviews gennem inddragelse af vores udvalgte teori. Her vil vi anvende Honneths anerkendelsesteori og Wackerhausens teori omkring humanisme i sundhedsfeltet til at analysere og fortolke meningen af informanternes udsagn både i den enkelte konkrete praksis og aktuelt på et mere generelt samfundsmæssigt plan. Vi kan herved ligeledes inddrage vores kritiske perspektiv og netop afprøve, korrigere og specificere vores normative perspektiver og fordomme gennem en kritisk analyse og fortolkning af den fornuft, mening eller tænkemåde der er gældende i en fysioterapeutisk privatpraksis.

## Metodeovervejelser - Filosofisk hermeneutik og validitet

I det følgende præsenteres refleksioner omkring validitet i forhold til metoder samt i relation til vores videnskabsteoretiske ramme.

Når nærværende speciale tager sit udgangspunkt i filosofisk hermeneutik, så er det som tidligere beskrevet, at al forståelse anses som historisk forståelse. Mennesket er både et fortolkende og historisk væsen, og forståelsen bliver heraf indlejret i en given historisk kontekst, som forskeren ikke kan træde ud af (Juul 2012, s. 133). Derved bliver fortolkningen af vores empirien og dens argumentation centrale, idet at vores argumentation bliver afgørende for validiteten af undersøgelsen, og om fortolkningen

fortløbende kan modbevise andre perspektiver på empirien, og indskrive sig i den hermeneutiske cirkels uendelige erkendelsesproces (Juul 2012, s. 133). Empirien kan herved grundlæggende ikke anskues som et neutralt og ubesmittet element, som graves frem, men må fremkomme gennem specialets forskningsspørgsmål, hvor det nu kan anskues som en kilde. Dette fordrer at vores analytiske del af specialet skal indfange interaktionsprocessen mellem spørgsmål, svar og fortolkning samt at vi som forskere placerer os inde i den hermeneutiske cirkel (Juul 2010, s. 84). Således placerer nærværende speciale sig mellem den almene metodologiske sondring mellem at forske med en induktiv eller deduktiv tilgang. Vi opererer derfor med en dialektisk analysetilgang, hvor der varieres mellem at arbejde induktiv og deduktivt. Det understreger at vi befinder os midt i den hermeneutiske cirkel og medbringer vores egne fordomme ind i analysen og fortolkningsarbejdet, som derfor ikke kan neutraliseres eller sættes i parentes (Gadamer 2007, s. 292-293 & Juul 2010, s. 84)

At forske filosofisk hermeneutisk lever således ikke op til positivistiske idealer om validitet og reliabilitet i henhold til, om der måles på det der ønskes at måle, og om det er præcist og ensartet samt om andre forskere kan få samme resultater ved at følge samme metodiske skabelon (Juul 2012, s. 132 & Tanggaard 2012, s. 203). I den filosofisk hermeneutiske tradition bliver validitet afgørende i forhold til om argumentet som helhed fremstår overbevisende og velfunderet (Juul 2012, s. 133). At validere vores resultater bliver hermed et spørgsmål om vores kommunikative og pragmatiske evner i forhold til, at overbevise vores læsere om resultatets endegyldighed i form af en forståelse for en række problemer i det praktiske og sociale liv (Ibid, s.134).

Fortolkningens validitet i nærværende speciale kommer derfor til udtryk som en proces, hvor forståelsen skal vinde anerkendelse i form af, at være et betydningsfuldt og relevant perspektiv dog ved siden af en række andre perspektiver. Metodikken i vores speciale bliver heraf ikke den vigtigste kilde til erkendelse og validitet, men et essentielt input, hvor argumentationen dog forbliver centralt (Ibid, s. 135-136).

### Triangulær validering

Forskellige fortolkninger af empirisk materiale i kvalitativ forskning forstås grundlæggende som en styrke, idet at tanken omkring én endegyldighed sandhed og objektiv virkelighed ikke findes. Herved kan flere forskellige perspektiver berige



hinanden (Pedersen 2012, s. 123). Essentielt er det dog, at der forefindes en høj grad af transparens i forhold til, hvordan vi som forskere er kommet frem til vores hypoteser og konklusioner. Vores forskningshypoteser skal således valideres og testes igennem alle faser i specialeprocessen. I vores forskningsproces skal vi hermed bringe vores fordomme i anvendelse ved, at lade dem indgå i en dialog med erfaringer fra den sociale virkelighed med henblik på at specificere og justere dem (Juul 2012, s. 130). Hvis fortolkningerne baseres på empiri fra en enkelt datakilde, så hviler de på et spinkelt grundlag, og kan nemmere problematiseres. Derimod hvis empirien indsamles, som i nærværende speciale, gennem flere forskellige metoder, så valideres empirien i forhold til flere forskellige parametre og dermed opnår argumentet en større gyldighed (Pedersen 2012, s. 123).

Ved at nærværende speciale har anvendt en kombination, hvor både deltagerobservation og semistruktureret interview er inddraget, overskrides begrænsningerne for kun at anvende en enkelt metode. Dette muliggør at vores interviews kan konfronteres af deltagerobservationerne og omvendt, og således imødekomme den kritik, der generelt fremføres mod det kvalitative interview (Ibid, s. 124). Interviewet kan ifølge Pedersen (2012) netop kritiseres for at være; idealistisk, immobil, kognitivistisk og verbaliserende. Det vil sige, at interviewet ignorerer den menneskelige erfarings- og adfærdssituering i en social og materiel verden og at interviewet ikke bevæger og handler i den specifikke kontekst, der tales om samt at interviewet fokuserer på tanker og oplevelser på baggrund af handlinger (Ibid, s. 124-125). Ved at have anvendt en metodisk triangulering har vi således kunnet sammenflette vores sproglige data fra interviewene og deltagerobservationerne med vores handlingsdata fra deltagerobservationerne, hvilket muliggør en integration af flere aspekter, som højner nærværende speciales argumentation (Ibid).

Styrkerne ved at have udført deltagerobservationerne før det semistrukturerede interview er, at vi havde opbygget en større fortrolighed og fælles forståelse med informanterne. Dette er essentielt idet, at vi havde moralske og normative spørgsmål i vores interviewguide, som var fremkommet gennem vores teoretiske forståelsesramme. Derudover fik vi også en større indsigt i, hvordan fysioterapeuterne interagerede med den sårbare patient og hvilke dilemmaer som informanten stod i. Ved at have integreret

deltagerobservationerne aktivt i vores interviews muliggjorde det, at vi kunne validere vores hypoteser triangulært, og konfrontere vores fordomme over for informantens. Dette giver en intersubjektiv afstemning, hvor vi som forskere kan afstemme vores fordomme med informanten (Pedersen 2012, s. 130). Yderligere var vi opmærksomme på, at foretage interviewet så hurtigt som muligt efter deltagerobservationerne og på samme lokalisation for at muliggøre en optimal triangulering, hvor informanten stadig var bevidst omkring de seneste fysioterapeutiske behandlinger og deraf opnå en bedre intersubjektiv afstemning (Pedersen 2012, s. 131).

Ovenstående foranledigede at vi kunne stille mere præcise og kvalificerede spørgsmål i det semistrukturerede interview og deraf højne validiteten af empirien.

Som tidligere beskrevet var vi opmærksomme på ikke at blive for sammensmeltet med informanternes forståelseshorisont og herved adaptere og sympatisere med disse i en sådan grad, at vi ikke kunne forholde os åbne over for nye forståelser og fordomme.

## Etiske overvejelser

I det følgende præsenteres specialets etiske overvejelser vedrørende deltagerobservation, interview og anvendelse af et etisk kodeks.

Ved at anvende deltagerobservation som metode kommer vi som forskere tættere på feltet, og de mennesker som interagerer i denne kontekst. Selve det at være fysisk tættere på genstandsfeltet skaber en præmis for etiske udfordringer. Vi har under observationerne og interviewene forholdt os til at følge en professionel nærhedsetik, som bygger på en forståelse af, at de etiske problemer, som vi møder i felten, ikke adskiller sig i særlig grad fra dem i hverdagslivet (Kristiansen 2012, s. 227).

Nærhedsetikken baseres på en reflektiv moralsk sans og sociologisk sund fornuft. Vi har tilstræbt os at forske nærhedsetisk, idet alle deltagerobservationerne er forskellige fra hinanden, og på baggrund af at genstandsfeltet indebærer interaktion med mennesker, besværliggøres de etiske udfordringer ved, at vi ikke kan følge en formel opskrift for at agere etisk korrekt. Vi har forsøgt at basere vores deltagerobservationer med en *common sense* forståelse af anstændig adfærd over for andre individer samt

agere empatisk i de situationer, som kan virke stødende eller kritiske fra patientens perspektiv (Kristiansen 2012, s. 227). Vi har været og er fortsat opmærksomme på, at anvende denne professionelle nærhedsetik gennem hele specialet, da analysedelen kan virke stødende og krænkende over for de inkluderede informanter.

For at undgå krænkende eller stødende situationer er der forud for deltagerobservationerne blevet indhentet informeret samtykke og givet mundtlig og skriftlig information vedrørende forskningsprojektet til de deltagende fysioterapeuter<sup>20</sup>. Dette er gjort således, at informanterne har fuld forståelse for, hvilket forskningsprojekt de deltager i samt er informeret om konsekvenserne af dette. Ved at anvende informeret samtykke minimerer vi problemet ved skjult forskning, idet ingen individer skal være genstand for forskning på et ikke oplyst grundlag (Kristiansen 2012, s. 219). Dog har vi ikke specifikt informeret om det teoretiske grundlag for specialet på baggrund af en formodning om at dette kunne ændre informantens sproglige formuleringer og adfærd under den fysioterapeutiske behandling, og deraf give et forvrænget billede af den observerede praksis.

Derudover er alle informanter blevet anonymiseret i specialet ved at blive tildelt et andet kaldenavn. Dette er anvendt således, at de implicerede ikke kan blive genkendt af offentligheden, hvis denne skulle have interesse, og bestemte synspunkter eller adfærd således ikke kan spores tilbage til den pågældende informant (Kristiansen 2012, s. 220)

I forbindelse med udførelsen af deltagerobservationerne spurgte den enkelte fysioterapeut patienten om mundtlig tilladelse på et informeret grundlag til at blive observeret. Patienten blev enten informeret om vores deltagelse, og om hvad undersøgelsen gik ud på nogle dage inden observationen eller på selve dagen. Alle patienter indvilgede i at deltage i observationerne. De blev ikke anskuet som det primære objekt for observationen og var derfor ikke kendt ved fulde navn og blev udelukkende noteret som patient et, to og tre med videre. Derimod var det fysioterapeuten og dennes kommunikation med patienten som blev objektiveret. En enkelt informant udtrykte sig på forhånd kritisk omkring de etiske udfordringer ved at spørge de enkelte sårbare patienter, da hun frygtede at misbruge deres opbyggede tillid, idet patienterne muligvis ikke ville forstå de mulige konsekvenser af at blive observeret.

---

<sup>20</sup> Se Bilag 4 for nærmere beskrivelse af informeret samtykke og skriftlig information.

Informanten indvilgede dog i at spørge hendes patienter baseret på konkret mundtlig beskrivelse af forskningsprojektet og at patienten til enhver tid kunne frabede sig observation og behandling af empiri øjeblikkeligt.

Den observerede praksis blev som tidligere nævnt fulgt op af et semistrukeret interview, hvilket muliggjorde at informanterne kunne uddybe de enkelte praksisnære situationer, og heraf få en bedre forståelse for den skabte empiri. Denne metodetriangulering skaber den etiske fordel, at vi ikke kan fordreje og konstruere den observerede praksis i et perspektiv som informanten ikke selv kan genkende (Kristiansen 2012, s. 214-215).

I forbindelse med optagelsen af interviewene har vi som interviewere bestræbt os på at respektere den åbenhed og de svar som informanterne foreligger. Vi har prøvet at inkorporere vores fordomme og forståelser om genstandsfeltet i interviewet og på den måde undgå, at krænke eller ringeagte informanten, således at det skabte rum for en dynamisk og spontan dialog (Kvale & Brinkmann 2015, s.118-119). Vi er dog opmærksomme på, at vi ifølge Ricoeur, aldrig kan forholde os etisk neutrale i et interview, da vi spørger ind til en fortid, nutid og en fremtid og dette bevirker at informanten skal genfortælle en personlig historie. En genfortælling indebærer, at man bringer fortiden ind i nutiden for at skabe fremtiden. En genfortælling skaber dermed en præmis for at kunne forstå ens livsverden i et nyt perspektiv, og den skaber visioner for det gode liv og sonderer mellem et *rigtigt* og *forkert* valg og heraf forsvinder den etiske neutralitet (Lindseth & Norberg 2004, s. 149).

## Teori

I det følgende afsnit præsenteres vores teoretiske ramme for specialet. Teorien til nærværende speciale tager sit udgangspunkt i Axel Honneths værk *Kamp om anerkendelse* fra 1992 og suppleres af Steen Wackerhausens udgivelse fra 2002 *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse - i sundhedsområdet*. Anerkendelsesteorien af Honneth er udvalgt, idet den relaterer sig til en filosofisk

hermeneutisk tilgang med et immanent kritisk og normativt sigte, og Wackerhausens teori omkring humanisme og dennes essentialitet i relation til det sundhedsfaglige felt er udvalgt, idet denne giver os mulighed for at analysere en ellers introspektiv tavs viden<sup>21</sup> af den fysioterapeutiske privatpraksis i forhold til den sårbare patient. Vi finder kombinationen af Honneths og Wackerhausens teorier særligt givtig, idet Honneths anerkendelsesteori bidrager med indsigt på et mere generelt og samfundsmæssigt niveau, hvor vi ved at supplere med Wackerhausens teori om humanisme i sundhedsfeltet, set fra den sundhedsprofessionelles vinkel, får mulighed for at ekspliciterer og præcisere anerkendelse i den konkrete sundhedsfaglige kontekst med udgangspunkt i fysioterapeutens perspektiv.

Både Honneths anerkendelsesteori og Wackerhausens teori om humanisme i relation til det sundhedsfaglige felt er ligeledes udvalgt, idet de findes særlig relevante i forhold til vores baggrund som fysioterapeuter og vores heraf indgående kendskab til feltet. Vi får, med vores fordomme og viden gennem disse teorier, mulighed for at lave en dybdegående analyse af praksis ud fra fysioterapeutens perspektiv. Yderligere får vi mulighed for at bidrage med et kritisk perspektiv herpå og opnå en fortolkende forståelse af meningen i de privatpraktiserende fysioterapeuters oplevelser og erfaringer, med den sårbare og ressourcetsvage patient, på baggrund af den konkrete kontekst. Heraf kan vi ligeledes komme med perspektiver på, hvorledes ulighed i sundhed reproduceres i den fysioterapeutiske privatpraksis.

## Axel Honneths anerkendelsesteori

Nærværende speciale tager sit teoretiske udgangspunkt fra Axel Honneth (f. 1949), som er professor i socialfilosofi og direktør på Institut für Sozialforschung på Johann Wolfgang Goethe Universitet i Frankfurt. Derudover er Honneth ledende tredjegerations teoretiker fra den såkaldte Frankfurterskole (Willig 2003, s. 8).

Honneth udgav sit hovedværk *Kamp om anerkendelse* i 1992, hvorfra dette speciale finder sit primære teoretiske ståsted. Honneth har gennem sit hovedværk formået at

---

<sup>21</sup> Tavs viden skal forstås som en usynliggjort viden i praksis for den enkelte sundhedsprofessionelle (Wackerhausen 2002, s. 30, 32).

udpege nye former for sociale patologier, og lægge et fundament for en ny normativ samfundsteori om, hvordan der kæmpes om anerkendelse (Willig 2006, s. 7). Honneth har et overordnet formål, som er at videnskaben skal blive i stand til at begrunde sin samfundskritik. Det er ikke nok, at pege på kritisable forhold ud fra ens intuition, men der skal også forefindes en klar begrundelsesstrategi, således at kritikens forhold ikke er ubegrundet.

Honneth anskuer kampen for anerkendelse, som motiveret af et generelt behov for anerkendelse samt intersubjektiv gensidighed. Honneth fremfører hermed et opgør med tidligere tiders tradition angående anerkendelse, idet han ikke analyserer samfunds magtkampe som drevet af individuelle særinteresser (Ibid, s. 8). Ifølge Honneth, kan et individ ikke udvikle en personlig identitet uden at blive anerkendt intersubjektivt af det omgivende samfund. Uden anerkendelse kan et individ dermed ikke komme overens med sit eget indre eftersom ens identitet afhænger af andres anerkendelse. Således kan anerkendelse siges at være et afgørende perspektiv i den fysioterapeutiske praksis i relation til den grundlæggende samfundsproblematik omkring ulighed i sundhed.

Honneth har gennem sin teori formuleret et formelt koncept, som kan anvendes til at analysere betingelserne for menneskets selvrealisering. Honneths hovedpræmis er derfor ikke interesseret i det specifikke kontekstuelle indhold i det gode liv, men rettere i de generelle og formelle forudsætninger for et individs selvrealisering. Honneth forklarer dermed, at sideløbende med et subjektivt ideal om det gode liv kontinuerligt forandres gennem historien og kulturen, så forbliver de formelle betingelser for det gode liv det samme (Willig 2006, s. 9). Hvis et individ ikke anerkendes, hvis det mister respekt eller social agtelse, så risikerer individet at miste sit positive selvforhold, som er grundlæggende for dets udvikling. Udover at miste sit positive selvforhold, kan individet blive udsat for en række krænkelser, der ligeledes kan bidrage til en kamp for anerkendelse (Willig 2003, s. 18). I forbindelse med ovenstående, finder vi Honneths teori om anerkendelse berettiget for nærværende speciale, idet denne teori grundlæggende kan anvendes i relation til ulighed i sundhed i den fysioterapeutiske privatpraksis og nærmere omkring fysioterapeutens oplevelser og erfaringer med at arbejde anerkendende med den sårbare og ressourcensvage patient. Vi finder netop teorien relevant til systematisk og analytisk at eksplicite specialets fordomme og

bibringe nye perspektiver herpå ud fra fysioterapeutens perspektiv og hermed bidrage med refleksioner omkring ulighed i sundhed i den konkrete fysioterapeutiske kontekst.

## Anerkendelse

I de følgende afsnit uddybes Honneths teori om anerkendelse. Anerkendelse differentieres i tre forskellige sfærer; 1) Kærlighedssfæren, hvor familie, venner og bekendte indgår, 2) Den retlige anerkendelse, 3) Den solidariske sfære, som afdækker værdi-, arbejdsmæssige og politiske fællesskaber (Honneth 2006, s. 130, 147, 163). Anerkendelse inden for hver af de tre sfærer udgør trin i individets udvikling, og alle trin skal gennemføres for, at et individ bliver fuldt individuering (Ibid, s. 130). Hver form for anerkendelse bibringer derudover også tre former for forhold til sig selv; hvor kærlighed giver en fundamental selvtillid, retslig anerkendelse giver en selvagtelse som borger og slutteligt solidaritet indløser selv værdsættelsen (Willig 2003, s. 14). Ifølge Honneth opdeles anerkendelse i tre sfærer, da dette giver en teoriteknisk mulighed for at strukturere og adskille anerkendelse fra hinanden. Det er dog vigtigt at pointere, at hver enkelt anerkendelsessfære ikke kan agere som et parameter for et fuldt realiseret liv. Det er kun ved gennemlevelse af hver enkelt sfære, at et individ kan erhverve sig de tre grundlæggende former for forholden til sig selv; selvtillid, selvagtelse og selv værdsættelse (Ibid, s. 15). Netop derfor er alle tre anerkendelsessfærer og tilhørende ringeagtsformer medtaget i det teoretiske afsnit, til trods for at kærlighedssfæren og ringeagtsformer grundlæggende er vanskelige at inddrage i relation til nærværende speciale, der tager sit udgangspunkt i fysioterapeutens perspektiv og ikke patientens.

## Kærlighed

Honneths første anerkendelsessfære omhandler kærlighed. Kærlighed adskiller sig fra de andre sfærer idet, at den danner forudsætningen for overhovedet at kunne træde ind i et gensidigt intersubjektivt forhold. Ifølge Honneth, skal kærlighed ikke kun forstås i en reduceret romantisk forestilling omhandlede seksuelle toner mellem individer, men kærlighed skal anvendes som et neutralt begreb. Honneth beskriver det således:

*“Med kærlighedsforhold skal således forstås alle primærrelationer, der består af stærke, følelsesmæssige bånd mellem få personer, således som vi finder det i erotiske parforhold, venskaber og i forholdet mellem forældre og børn” (Honneth 2006, s. 130).*

Gennem kærlighedens første anerkendelsessfære lærer individet at vise gensidig anerkendelse individerne imellem, og at bekræfte hinanden i deres konkrete behovsnatur og hermed anerkende hinanden som behovsvæsener. Honneth formulerer det således:

*“I den gensidige erfaring af kærlighedsmæssig opmærksomhed erkender begge subjekter, at de er afhængige af hinanden med hensyn til deres behov. Og eftersom behov og følelser på en vis måde overhovedet kun kan få >>bekræftelse<< ved, at de bliver direkte tilfredsstillet eller gengældt, må anerkendelsen også have karakter af følelsesmæssig billigelse og opmuntring” (Honneth 2006, s. 131).*

Kærlighed som anerkendelsessfære er primært udviklet i et individs tidlige leveår. Det er gennem barnets tidlige udviklingsfaser, at evnen til at udvise gensidig anerkendelse opnås. Den intersubjektive forholden udvikles gennem relationen mellem moder og barn, og det er denne bestemte form for anerkendelse, der kan give evnen til at etablere en symbiose mellem individer samt en selvhævdelse intrasubjektivt, hvis der er sket en vellykket følelsesmæssig binding (Honneth 2006, s. 134). Udover en vellykket relation mellem moder og barn giver en forudsætning for at træde ud i en konfliktfyldt verden, så giver den også muligheden for at udvide sit anerkendelsesforhold til andre individer gennem venskaber og bekendte og skaber en fundamental selvtillid for individet (Ibid, s. 142-143).

Denne afsluttende fase kan være relevant for mødet mellem patient og fysioterapeut, idet begge parter skal have evnen til at udvise empati og gensidig anerkendelse i forhold til at patienten får det mest optimale genoptræningsforløb og dermed opnår bedre sundhed, og på et generelt perspektiv reducere uligheden i sundhed. Kærlighed som anerkendelse er en sfære vi selvkært vil behandle mindre dybdegående i den analytiske del af specialet, men det er en essentiel del af forståelsen for de tre anerkendelsessfærer, hvorfor det medtages som teoretisk baggrundsramme.



## Retslig anerkendelse

Den anden anerkendelsessfære hentes gennem individets formelle kapacitet for frie moralske handlinger (Willig 2003, s. 16). Det er gennem universelle rettigheder, som er givet til alle medlemmer af samfundet, at individet er i stand til at få selvrespekt og selvagtelse som et lige medlem af samfundet blandt andre individer. Retsforholdet adskiller sig på stort set alle punkter fra kærlighedsforholdet, men begge interaktionssfærer skal forklares ud fra samme mønster idet, at man ikke kan forklare deres respektive logik uden at henvide til samme anerkendelsesmekanisme (Honneth 2006, s. 147). Derudover er den retslige anerkendelse udviklet gennem historiske forhold, der er afhængig af hvilken politisk kontekst, som agerer overherredømme (Honneth 2006, s. 148). Ifølge Honneth skal et retssystem følge de moderne og postkonventionelle grundbegreber ind i den gældende ret, og underkaste den legitimeringstvang, der ligger i, at man rationelt skal forsøge at opnå enighed omkring forskelligartede normer (Ibid, s. 149). Honneth formulerer det således: *“Retssystemet må fra nu af kunne forstås som et udtryk for alle samfundsmedlemmernes universaliserbare interesser, således at man ikke længere bør acceptere undtagelser og privilegier”* (Honneth 2006, s. 149).

Med denne formulering hævder Honneth, at den retslige anerkendelse skal gælde for alle individer i et samfund og der skal udvises respekt for alle medlemmer, og ikke kun for de grupper af individer, som har opnået en vis social status i form af økonomi eller erhverv. Denne retslige gensidige anerkendelse kan dog kun ske fyldestgørende, hvis den er opnået af lige og frie væsener, og det er kun i den henseende at retssubjekterne adlyder den samme universelle lov og deraf kan træffe beslutninger vedrørende moralske normer (Ibid, s. 149-150). Gennem denne universelle lovmæssige rettighed for alle væsener, bliver den enkeltes sociale status ikke lig med særlige privilegier, men opløses og omdannes til to typer af respekt for det enkelte individ. Der forekommer, ifølge Honneth, nu en retslig universel anerkendelse og en social begrundet anerkendelse, som følger kultur- og værdimæssige normer, men denne er primært relateret til den tredje anerkendelsessfære, herunder solidaritet og vil blive behandlet deri. Gennem en universel retslig anerkendelse må individer agere frit og autonomt i forhold til moralske beslutninger, men ifølge Honneth viser historien, at dette kun er muligt, hvis der er opnået en særlig grad af social levestandard. Derfor applicerer de

universelle rettigheder ikke for alle, idet særlige individer ikke evner at anvende disse. Honneth beskriver det således:

*“(...) for i det efterfølgende historiske forløb har presset fra de negligerede grupper gentagne gange vist, at forudsætningerne for på lige fod at deltage i en rationel overenskomst ikke var til stede for alle. For at kunne agere som en moralsk tilregnelig person må man ikke blot have retslig beskyttelse mod indgreb i sin frihed, men også en retlig sikret mulighed for at deltage i den offentlige beslutningsproces; og denne ret kan man i realiteten kun gøre brug af, når man også har en vis social levestandard”*

(Honneth 2006, s. 158).

Det kan således tyde på, at det kræver en vis social levestandard for at evne få det optimale ud af et fysioterapeutisk behandlingsforløb, hvor egenansvar og deltagelse i beslutninger omkring egen sundhed er centrale elementer. Endvidere uddyber Honneth, at de egenskaber, som sætter et individ i stand til at handle på et autonomt grundlag, afhænger af et minimum af kulturel og økonomisk sikkerhed. Når man bliver retlig anerkendt, bliver man derfor ikke kun respekteret med hensyn til at kunne orientere sig i forhold til abstrakte moralske normer, men også i forhold til at have den konkrete egenskab, at have den nødvendige sociale levestandard (Honneth 2006, s. 158).

Slutteligt pointerer Honneth dog, at individuelle rettigheder giver subjektet mulighed for at udvikle selvrespekt og ‘ranke os som menneske’, fordi det på en fundamental måde giver individet mulighed for at se andre i øjenhøjde, og Honneth konkluderer det på følgende måde:

*“Gennem erfaringen af den retlige anerkendelse er et subjekt i stand til at betragte sig selv som en person, der sammen med de øvrige samfundsmedlemmer har den egenskab, som gør det muligt at deltage i en diskursiv beslutningsproces. Og muligheden for at forholde sig positivt til sig på denne måde kan vi kalde >>selvrespekt<<”* (Honneth

2006, s. 162).

Den retslige anerkendelse bliver heraf interessant i relation til ulighed i sundhed i den fysioterapeutiske privatpraksis, idet mennesker besidder forskellige former for social levestandard. Mennesker med en reduceret levestandard kan deraf have vanskeligere vilkår for at udtrykke sig og deltage i sine egne beslutningsprocesser vedrørende sin

sundhed i relation til fysioterapi. Hermed finder vi det særligt interessant, at se på fysioterapeutens erfaringer med retslig anerkendelse og moralsk inddragelse i forhold til netop den sårbare og mindre ressourcestærke patient.

## Solidaritet

Den tredje og sidste anerkendelsessfære omhandler solidaritet. Denne form for anerkendelse opnås gennem en relation til gruppen, fællesskabet eller samfundet, hvor individets deltagelse og engagement bliver anerkendt (Willig 2003, s. 16). Det er gennem fællesskabet, at individet i samhørighed med andre, kan genkende sig selv og indgå i diskussion om værdifællesskab og kulturelle normer. Det er heraf, at individet kan blive anerkendt for sine evner og særlige kvaliteter samt bidrage til at reproducere samfundet. Denne anerkendelsessfære afviger fra den retslige sfære, idet at solidaritet skal anvendes i en social kontekst, og hvor den retslige sfære omhandler universelle og almene forhold. Solidaritet er altså hos Honneth både en fornuftsbaseeret og emotionel kategori, hvor kærlighed er baseret på en emotionel form for anerkendelse, og rettighederne er et system, som er styret af fornuften. Solidariteten skal derfor varetage begge kategorier og fungere som regulator i intersubjektive relationer og som bånd til identifikation og samhørighed (Ibid, s. 17). Solidaritet er hermed et relevant perspektiv i det interrelationelle behandler-patient forhold i den fysioterapeutiske privatpraksis. Ifølge Honneth, bliver social værdsættelse målt i forhold til historisk definerede kriterier for, hvornår man bidrager til det hele samfund. Honneth formulerer det således: *“Et samfunds kulturelle selvforståelse angiver kriterierne for den sociale værdsættelse af personer, idet deres muligheder og præstationer bliver intersubjektivt vurderet med hensyn til, i hvilken grad de kan medvirke til at realisere de kulturelt definerede værdier”* (Honneth 2006, s. 164).

Honneth argumenterer dog for, at denne form for måling af social anseelse altid vil blive vejet op imod prædefinerede forhold, der er bestemt af et samfunds dominerende etiske idealer. Hvis disse etiske idealer ikke er pluraliseret, mangfoldige og åbne, vil de ikke skabe individuel udvikling og symmetriske relationer mellem individer. Deraf kommer, at jo mere åbent et samfunds etiske idealer er, jo større mulighed er der for

horisontal konkurrence og desto mere vil den sociale værdsættelse, anerkendelse og prestige blive fremtræden (Honneth 2006, s. 164).

Hvis de etiske idealer er mangfoldige og åbne, vil det ifølge Honneth give grobund for, at man kan anerkende det enkelte individ, og ikke dømme individet ud fra dets ophavssted eller gruppe. Honneth beskriver det således: “ (...) *hvorvidt en persons sociale anseelse skal vurderes ud fra den forudgivne værdi af de egenskaber, der som typer bliver tilskrevet hele grupper. Først nu træder subjektet ind i den sociale værdsættelses kampområde som en livshistorisk individueret størrelse*” (Honneth 2006, s. 167).

Ved at individet bliver fremtræden frem for en bestemt gruppeidentitet, kan det enkelte individ nu opnå social anseelse eller social prestige baseret på den enkeltes evner og præstationer og det burde heraf blive muligt for en patient, der tilhører en gruppe af sårbare og mindre ressourcestærke, at opnå anerkendelse og solidaritet fra fysioterapeuten på baggrund af individuelle personlighedstræk (Honneth 2006, s. 169). Når subjektets fremtrædende rolle bliver mere præsent, forandres de vilkår, hvorfra subjektet bliver vurderet. Derfor skal denne anerkendelsessfære konstant konkretiseres ved hjælp af supplerende kulturelle fortolkninger, der er afhængig af den historiske kontekst, hvori de befinder sig. Honneth forklarer det således: “*Den sociale værdsættelse er i de moderne samfund underlagt en permanent kamp, hvor de forskellige grupper ved hjælp af symboler som magtmiddel og under henvisning til de almene målsætninger forsøger at fremhæve værdien af deres egen livsform*” (Honneth 2006, s. 170).

Gennem åbne og mangfoldige etiske idealer kan mennesket dog individueres og bryde fri af disse målsætninger. Heraf kan det enkelte individ opnå social værdsættelse i kraft af dets egne præstationer og bidrag til samfundet. Ved at fokusere på det enkelte individ, skaber det ændrede betingelser for at vise sin værdi for samfundet og heraf opnå anerkendelse for sit bidrag. Honneth skriver: “(...) *ledsages erfaringen af social værdsættelse således af en følelsesmæssig tillid, til, at man kan præstere noget eller besidde egenskaber, der af de øvrige samfundsmedlemmer anerkendes som noget værdifuldt*” (Honneth 2006, s. 172).

Derfor bliver det ved hjælp af en individualiseret og autonom symmetrisk værdsættelse muligt at udvise solidaritet og anerkendelse mellem mennesker. At værdsætte hinanden symmetrisk betyder, ifølge Honneth, at man betragter hinanden i lyset af de værdier, der lader de andres egenskaber og muligheder fremtræde som betydningsfulde for den fælles praksis, hvilket ligeledes korresponderer med vores videnskabsteoretiske ståsted og Gadamer's perspektiver på forståelse<sup>22</sup> (Honneth 2006, s. 173). Den fysioterapeutiske behandling må således, i relation til solidaritet og anerkendelse af patienten, tage udgangspunkt i en gensidig værdsættelse samt værdier for den fælles behandlingsproces.

Disse former for relationer kan deraf kaldes solidariske, idet de ikke kun bringer en passiv tolerance, men fordrer en følelsesmæssig og aktiv deltagelse for den individuelt særegne anden person. Honneth konkluderer det afsluttende således:

*“At >>symmetrisk<< her ikke kan betyde, at man værdsætter hinanden i samme grad, fremgår allerede af, at alle samfundsmæssige værdihorisonter principielt er åbne for fortolkning. (...) >>Symmetrisk<< betyder derimod, at ethvert subjekt, uden et kollektivt hierarki, dvs. i kraft af sine egne præstationer og evner, får chancen for at føle sig værdifuld for samfundet. (...) at den individuelle konkurrence om social værdsættelse kan antage en smertefri form, dvs. en, der ikke er formørket af ringeagtserfaring”*

(Honneth 2006, s. 173).

Ovenstående kan ses i relation til ulighed i sundhed i den fysioterapeutiske privatpraksis, hvor fysioterapeuten skal bestræbe sig på, at behandle, anerkende og møde den sårbare og ressourcetsvage patient med solidaritet og et åbent sind, da dette giver mulighed for at mediere patienten til at være medskabende i relation til egen sundhed og egen kapacitet i forhold til at lave ændringer i dennes livsverden.

---

<sup>22</sup> Forståelse og erkendelse drejer sig for Gadamer netop om en proces, hvor horisonter, der formodes at eksistere hver for sig, sammensmeltes gennem en samtale mellem de forskellige horisonter, som herigennem forandrer sig (Gadamer 2007, s. 255-256).

## Overgreb, fratagelse af rettigheder og nedværdigelse

Honneth har med sin tredeling af anerkendelsessfæren gjort det teoretisk muligt, at inddele disse i positive kategorier. Derfor kan Honneth efterfølgende inddele tre negative kategorier til hver enkelt anerkendelsessfære. Hver anerkendelsesform er hermed efterfulgt af tre måder for moralsk krænkelse, som hver især skaber en forbindelse mellem anerkendelse og krænkelse (Willig 2003, s. 18). Der er gennem de tre krænkelsesformer tale om en negativ procedure, hvor moralen italesættes gennem negative subjektive oplevelser for det enkelte individ. Negative begreber eller krænkelse kan anvendes til at karakterisere uretmæssig adfærd, fordi det er med til at ødelægge den opnåede intersubjektivitet og forståelse af sig selv hos det enkelte individ og denne sondring mellem positive og negative kategorier giver muligheden for at beskrive motivationsfaktoren bag sociale konflikter og kampe. Honneth beskriver krænkelsens ødelæggelse således:

*“Negative begreber (...) bruges, ikke så meget fordi den begrænser et subjekts handlefrihed eller tilfører det skade, men fordi det krænker dets intersubjektivt opnåede, positive forståelse af sig selv. og “Eftersom ethvert menneske normative opfattelse af sig selv, det >>mig<<, (...) afhænger af andres fortsatte opbakning, medfører ringeagtserfaringen en risiko for, at en krænkelse kan få hele personens identitet til at bryde sammen” (Honneth 2006, s. 175).*

Honneth kan med dette citat anvendes til at forstå krænkelsernes dybe indgreb i et individs liv.

Den første krænkelsesform relaterer sig til anerkendelsessfæren ‘Kærlighed’. Denne form for krænkelse praktiserer en fysisk nedværdigelse, hvori f.eks. tortur og voldtægt er indebærende, men også at den fysiske krænkelse kan kobles op på en situation, hvor man er forsvarsløs og underlagt et andet individs vilje. Denne form for ringeagt destruerer det elementære selvforhold, at man kan føle og have selvtillid (Honneth 2006, s. 176-177).

Den anden form for krænkelse relaterer sig til den retlige anerkendelse. Hvor den fysiske nedværdigelse ødelægger den fysiske krop, relaterer den anden form for ringeagt

til den moralske selvrespekt, hvor et individ systematisk bliver udelukket fra bestemte rettigheder i et givent samfund (Honneth 2006, s. 176-177). Fratagelsen af rettigheder beror ikke kun på en magtmæssig begrænsning af individets autonomi og social udelukkelse, men også på følelsen af, at individet ikke er et moralsk fuldbyrdet medlem af samfundet. Honneth beskriver tabet på denne måde: *“At blive nægtet socialt gældende retskrav er ensbetydende med en krænkelse af ens intersubjektivt nærede tillid til, at man er anerkendt som et subjekt med moralsk dømmekraft. I denne henseende medfører fratagelsen af rettigheder som regel også tab af selvrespekt”* (Honneth 2006, s. 178).

Den tredje og sidste form for krænkelse relaterer sig til anerkendelsessfæren ‘solidaritet’. Denne krænkelsesform udmønter sig som en negativ holdning over for et individs eller en gruppes sociale værdi (Honneth 2006, s. 178). Hvis enkelte individer eller grupperinger anses for mindreværdige eller mangelfulde, så mister de muligheden for at deres evner kan tillægges social værdi for samfundet. Denne form for ringeagtelse bidrager til, at et individ ikke kan sætte sin levevis i forbindelse med noget andet i samfundet, og denne sociale nedvurdering reducerer muligheden for social selvværdsættelse, hvilket vil sige, at ens karakteristika og potentiale ikke værdsættes af andre (Ibid, s. 179).

Ifølge Honneth, vil disse tre typer af ringeagtelse føre til den menneskelige krops forfald - både i et fysisk, psykisk og socialt perspektiv. Disse typer af krænkelse truer menneskets identitet i lighed med, hvad biomedicinske sygdomme gør på menneskets eksistens og er derfor ligeledes relevante i relation til den fysioterapeutiske behandling (Honneth 2006, s. 180). Idet vi i nærværende speciale ikke tager udgangspunkt i patientens perspektiv, får vi vanskeligt ved direkte og eksplicit at se på krænkelse. Vi vil dog argumentere for, at vi gennem vores deltagerobservationer og ved at inddrage disse i vores interviews med opfølgende og kritiske spørgsmål får mulighed for at fortolke på mere indirekte og implicite krænkelse af patienten.

Dette overblik over anerkendelse og ringeagtsformer giver muligheden for at undersøge, hvad der bidrager til den menneskelige integritet eller psykiske sundhed også i en fysioterapeutisk praksis. Derfor kan der, ifølge Honneth, aflæses paralleller til et

forebyggende sygdomsarbejde, hvis patienten bliver socialt anerkendt således at psykologiske og sociale implikationer kan afværges i relation til samfundsproblematikken ulighed i sundhed.

## Steen Wackerhausens teori om humanisme

Nærværende speciales hovedteori af Honneth suppleres med refleksioner fra ph.d. og lektor på institut for filosofi på Aarhus Universitet, Steen Wackerhausen (f. 1954). Wackerhausen har sin uddannelsesmæssige baggrund i filosofi og psykologi og har et mangeårigt interesseområde inden for sundhed og sygdom (Wackerhausen 2002).

Wackerhausen argumenterer for, at sundhedsvæsenet har et imperativ, som byder på, at der skal være et immanent sigte på at agere humanistisk. Den humanistiske tanke har grundlæggende fælles lighedstræk med forskellige sundhedstendenser i nyere tid, og findes derfor relevant at inddrage i nærværende speciale (Wackerhausen 2002, s. 8-9).

Wackerhausen begrebsætter humanismen og hvordan denne spiller sammen med det sundhedsfaglige felt. Humanismen formuleres grundlæggende som en betegnelse for en løst afgrænset helhed af antagelser, holdninger og bestræbelser, der har sit udgangspunkt i renæssancen, og som gennem forskellige italesættelser og transformationer har bevæget sig op gennem historien. Der er nogle væsentlige gennemgående indholdsmæssige værdier i humanismen; respekt for det humane perspektiv, individets egenværd og det enkelte individs liv, frihed og uerstattelighed, hvortil der hører en tillid til individets udviklings- og erkendelsesmæssige potentialer (Ibid, s. 26-27). Disse værdier skal anskues i relation til historiske, samfundsmæssige, sociale og kulturelle kontekster samt i relation med det sundhedsfaglige felt, hvor fysioterapi indgår, hvorfor Wackerhausens teori herom findes relevant at inddrage i nærværende speciale.



## Humanisme på institutionelt og interpersonelt niveau

Ifølge Wackerhausen er det uklart, hvilke udformninger og forvaltninger af humanismen der er og bør være præsente i det sundhedsfaglige felt, for at afgøre om den sundhedsprofessionelle agerer humanistisk. Denne problematik er gældende grundet det sundhedsfaglige felts kompleksitet og strukturelle rammer, herunder de forskellige fagprofessioners rolle. Således kan bestemte dimensioner eller udformninger af humanismen være til stede i visse dele af sundhedsvæsenet, mens det kan være helt fraværende andetsteds. Humanismen kan være sprogligt artikulert og eksplicit til stede, som en formålsparagraf eller målsætning, og heraf have en iboende eksistens i den sundhedsfaglige praksis. Det, at bestemte antagelser og holdninger har en sproglig virkeliggørelse hos enkelte individer, er dog ikke ensbetydende med, at det også har en legemliggjort eksistens i dette individs praksis (Wackerhausen 2002, s. 27).

Wackerhausen forklarer det således:

*“De i praksis iboende antagelser etc. er ikke selvartikulerende, og et moralsk troværdigt menneske kan udmærket på det bevidste og sproglige plan eksplicit tilslutte sig bestemte antagelser og værdier, men - på grund af handlerummets kompleksitet, osv. - ikke have klarhed over, hvilken karakter den resulterende praksis egentlig har, og om den pågældende praksis, på visse områder, måske er en realisering af helt andre mål end dem, som eksplicit blev målsat”* (Wackerhausen 2002, s. 28).

Sådanne velmenende humanistiske intentioner hos den enkelte sundhedsprofessionelle kan ofte have uforudsete konsekvenser, fordi konsekvenserne ikke er synlige for de involverede aktører, grundet praksisfeltets og handlerummets kompleksitet og uoverskuelighed. Således sker det, at de involverede aktører viderefører og reproducerer en praksis, som er middel til at opnå et givent og eventuelt uønsket mål, som ingen af de involverede aktører har opsat (Wackerhausen 2002, s. 30).

Et andet perspektiv, som er relevant for det interpersonelle niveau af humanisme i det sundhedsfaglige felt, er den konkrete kommunikation mellem den fagprofessionelle og den enkelte patient. Humanisme i relation til den konkrete kommunikation er ikke blot anvendelse af interpersonel empati og anerkendelse, men ligeledes etableringen af en rummelig og social organisering på baggrund af respekt og hensynsfuldhed

(Wackerhausen 2002, s. 32). Således er både de personlige og materielle elementer og deres indbyrdes interaktion væsentlige i et humanistisk perspektiv. Dette er i særdeleshed essentielt i forhold til de fysiske elementer, der ofte indeholder økonomiske og interessemæssige forhold, der er vanskelige at karakterisere som humanistiske.

Wackerhausen argumenterer i relation hertil for humanismens vigtighed og berettigelse:

*“Humanismens kritiske forpligtigelse er en analyse, demaskering og italesættelse af sådanne forhold, frem for en tilvænnning og medfølgende blindhed over for signifikante, men uomtalte fysisk-rumlige omstændigheder, som er humant belastende”*

(Wackerhausen 2002, s. 32).

Humanismen fordrer herved en synliggørelse af det usynlige, hvilket vi finder relevant for nærværende speciale, idet vi kan anvende Wackerhausens refleksioner til at bidrage til en forståelse og fortolkning af en ellers tavs viden i empirien.

Ifølge Wackerhausen skal humanismen, og dens immanente empati i relation til den interpersonelle kommunikation, ikke fordrejes til en manipulativ og egenrådig tilgang til patienten. Empati bliver ofte misbrugt som middel til et mål, der ikke nødvendigvis opstår på baggrund af en humanistisk og solidarisk hensyntagen til patienten. Empati i kommunikationen mellem patient og den sundhedsprofessionelle er heraf ikke nok i sig selv, men kræver respekt for det enkelte individ og dets perspektiv samt livsvilkår for at være humanistisk (Wackerhausen 2002, s. 34-35).

Det er dog essentielt at reflektere over, at selv når den interpersonelle kommunikation tydeligt er betinget af humanistiske og etiske perspektiver, er det fortsat uklart, hvorvidt forankringen af denne humanisme er dybdegående nok til, at det humanistisk fagligt set er “sagen” vedkommende. Enhver kommunikation har eksplicite såvel som implicite relevanskriterier, der bestemmer om det er “sagen” vedkommende for kommunikationen og heraf behandlingen. Hvorvidt det humanistiske perspektiv er til stede er derfor grundlæggende betinget af, i hvilket omfang patienten, på baggrund af de humanistiske dimensioner, er “sagen” vedkommende. Wackerhausen beskriver det i relation til sundhedsvæsenet således:

*“Og da >>sagen<< (det som det drejer sig om) i sundhedsvæsenet i høj grad er sygdom og sygdomsbehandling, følger det, at sygdomsbegrebet på afgørende vis sætter*

*relevanskriterierne og er afgørende for, hvad der er relevant og nødvendigt at kommunikere og vide noget om af saglig-faglige grunde. At den sundhedsprofessionelle af humanistiske eller almenmenneskelige hensyn taler høfligt og venligt med patienten, fx om dennes situation og forhåbninger osv., er der ingen garanti for, at de humanistiske dimensioner (...) spiller en fagintern rolle i selve sygdomsforståelsen og behandlingen” (Wackerhausen 2002, s. 36).*

I relation til nærværende speciale kan ovenstående teori bidrage til en dybere forståelse af den interpersonelle kommunikation mellem patient og fysioterapeut samt nuancere eventuelle uoverensstemmelser mellem det observerede i deltagerobservationerne, og det der er fremkommet af selve interviewet. Netop gennem en kobling af Wackerhausens teori, vores indgående kendskab til feltet, deltagerobservation og interviews kan vi komme bag om det forhold, at der i det talte sprog primært udtrykkes bevidste og intentionelle forhold, hvor der er risiko for at flere af de ikke-reflekterede forhold, der netop kendetegner de sociale praksisser, går tabt. Vi får herved mulighed for at analysere og fortolke på en mulig tavs viden gennem det ikke-italesatte, det ikke-reflekterede, det kropslige og selve interaktionen mellem fysioterapeut og patient.

## Humanisme på et sundhedsfagligt niveau

Den vestlige verdens traditionelle sundhedsvæsen har historisk set abonneret på et sygdomsorienteret sigte frem for et sundhedsorienteret perspektiv, hvor sygdomme kan defineres i objektivt faktuelle rum på et videnskabeligt grundlag uafhængig af den samfundsmæssige og kulturelle kontekst. Wackerhausen definerer grundlæggende dette som et fundamentalistisk sygdomsbegreb (Wackerhausen 2002, s. 37).

I relation til det humanistiske perspektiv plæderer Wackerhausen for anvendelsen af et mere åbent sygdoms- og sundhedsbegreb;

*“Det åbne sundhedsbegreb anerkender, at tværkulturelle fællestræk, hvad sygdom (og sundhed) angår, ikke lader sig bestemme eller indfange universelt som bestemte, konkrete psykisk-fysiske tilstande, da de konkrete tilstande og fænomener, der betragtes*

*som sygdomme i visse kulturer eller historiske epoker, ikke altid betragtes som sådanne i andre kulturer og epoker” (Wackerhausen 2002, s. 45).*

Der bør i stedet anlægges et metakulturelt og funktionelt perspektiv på patientens symptomer i den konkrete kulturelle og samfundsmæssige kontekst. Dét der karakteriserer patientens sygdom på tværs af kulturelle og historiske kontekster er, at patienten udviser manglende og inadækvat handlekapacitet til at realisere deres værdier, livsdrømme og opgaver i deres respektive sociale, kulturelle og samfundsmæssige placering (Wackerhausen 2002, s. 46). Denne åbne tilgang til sundhed er essentiel i relation til humanismen, idet patientens tilstand i en snæver biomedicinsk forstand ikke nødvendigvis er samme tilstand i et humant, kulturelt og samfundsmæssigt situeret perspektiv. Denne diskrepans må anerkendes, for at humanismen kan efterleves, da den er signifikant for en humanistisk solidaritet med patienten (Ibid, s. 50).

Wackerhausen konkretiserer det yderligere:

*“I et videre perspektiv fordrer det åbne sygdomsbegreb såvel humanismens fageksterne som faginterne tilstedeværelse, bl.a. fordi sygdommens fænomenologiske og betydningsmæssige dimensioner også må respekteres og anerkendes, for at en humanistisk sygdomsbehandling - en humanistisk solidaritet - kan udfoldes og realiseres (Wackerhausen 2002, s. 50).*

Det er således af yderste vigtighed, at den privatpraktiserende fysioterapeut interagerer med et åbent sygdomsbegreb med patienten i relation til humanismen for optimalt at kunne respektere og anerkende patientens livsverden og identitet og derved praktisere i et bio-psyko-socialt rum med humanistiske perspektiver.

At operere med en bio-psyko-social tilgang er selvsagt omfattende og kompleks, og ifølge Wackerhausens perspektiver må vi ikke negligere fysioterapeutens professionsidentitets betydning, da der er langt mere i den lokale og konkrete praksis end fysioterapeuternes artikulerede idealer, forestillinger og kundskaber kan forklare. Vi må derfor i specialet være særligt opmærksomme på, at fysioterapeuternes professionsidentitet følger det, der genereres i den lokale praksis, og er langt mere end

det, der er introspektivt tilgængeligt for denne fysioterapeut. Fagidentitet er således hverken simpel eller transparent og ej heller fuldt tilgængeligt for introspektion, hvorfor vi i specialet ikke må negligere vigtigheden af at frembringe vores udlæg af denne tavse og “usynlige” viden (Wackerhausen 2002, s. 61).

## KAPITEL 3

### Analyse

I det følgende udlægges nærværende speciales analytiske del. Analysen er opdelt i fire dele, hvor hver enkelt delanalyse præsenterer forskellige fortolkede perspektiver og forståelser af meningen med informanternes udsagn og ageren i den specifikke historiske kontekst.

Formidlingen af analysen i fire delanalyser har resulteret i overskrifterne; *Empati som mål eller middel?*, *Er "sagen" bio-psyko-socialt betinget?*, *En underliggende fundamental økonomisk struktur?* og *Dialektisk krænkelse*. Vi har valgt, at dele analysen op for at skabe overblik over fysioterapeuternes oplevelser og erfaringerne i relation til vores forskningsspørgsmål.

Vi har som fortolkere taget udgangspunkt i at indfange perspektiver på den dialogiske opfattelse og forståelse af erkendelse gennem en delvis horisontsammensmeltning mellem os som forskere, vores fordomme, vores indgående kendskab til feltet og informanternes perspektiver. Vi har igennem analysen søgt at ekspliciteres vores forskningsspørgsmål til teksten, hvorfra de fire delanalyser er dannet. Vi har ikke udelukkende søgt efter fund, der underbygger vores egne fordomme og konklusioner, men anlagt åbne og differentierede perspektiver og spørgsmål til teksten, således at vi netop kan opnå flere forskellige fortolkninger af fysioterapeuternes oplevelser og erfaringer.

Den tidligere præsenterede analysestrategi udfoldes med selvforståelse, kritisk common-sense og teoretisk forståelse med inddragelse af Honneth og Wackerhausen gennem alle fire delanalyser.

## Empati som mål eller middel?

Der ses en generel konsensus i informanternes selvforståelse omkring, hvordan mødet med den sårbare og resourcesvage patient skal foregå i den fysioterapeutiske privatpraksis. En lyttende, opmærksom og forsigtig tilgang er gennemgående, ligesom det at finde fælles grundlag og stille færre krav til patienten er essentielle parametre for størstedelen af informanterne i mødet med den sårbare og resourcesvage patient.

Vi finder følgende citat relevant at inddrage i relation til ovenstående, idet vi tolker, at det er beskrivende for Monas perspektiver herpå:

*“Ja, jeg synes empati er vigtigt og jeg synes, at det kræver at man lytter til sine patienter, hvilket selvfølgelig altid er vigtigt, men jeg synes i særdeleshed at det er vigtigt, at man lytter til de patienter med færre ressourcer, fordi de ofte ikke selv er så gode til at fortælle, hvordan de oprigtigt har det - især hvis det er personer, der har tendens til at somatisere meget og få mange fysiske symptomer, så kan det godt være svært at se ind bagved og forstå hvad der i virkeligheden er galt. Man skal selvfølgelig altid lytte, men jeg føler, at jeg måske har følelserne lidt mere uden på tøjet, når jeg har med sårbare patienter at gøre. Jeg er lidt ekstra opmærksom” (Bilag 7 Mona, s. 25, l. 4-11).*

Mona oplever, at empati er fundamentalt i arbejdet med den sårbare patient. Det kræver en øget indsats af hende som fysioterapeut at lytte og komme frem til den bagvedliggende og centrale årsag til den sårbare og resourcesvage patients problematikker og ikke udelukkende fokusere på patientens projicerede fysiske symptomer.

Ovenstående bekræfter en fordom vi havde inden mødet med empirien. Nemlig at sårbare og resourcesvage patienter kommer i den fysioterapeutiske praksis grundet udtalte fysiske symptomer, hvor der i den konkrete fysioterapeutiske undersøgelse ikke findes korrelation mellem symptomer og undersøgelsesresultater, således at symptomerne grundlæggende er betinget af psykiske og sociale problemstillinger. Det bekræfter os hermed i, at empati og en holistisk anerkendelse af patienten som et unikt menneske er essentielt i mødet mellem den privatpraktiserende fysioterapeut og den sårbare patient.

Flere informanter oplever, at et fælles grundlag og det at lytte og være rummelig overfor patienten, samt gøre den fysioterapeutiske behandling til en positiv oplevelse, er centralt for mødet med den sårbare patient. Svend er meget opmærksom på, at behandlingen ikke overskrider patientens grænser eller har negative konsekvenser for patientens andre livssfærer. Centrale elementer af Svends selvforståelse kommer blandt andet til udtryk i disse citater:

*“Jeg synes det vigtigste er at finde en form for fælles grundlag, hvor jeg prøver at finde ud af, hvad de forventer af mig og af hvad jeg forventer af dem. (Bilag 7 Svend, s. 31, l. 3-4)*

*“Til at starte med har jeg mere fokus på samtaledelen, for at finde ud af hvem er de og hvor de står henne lige nu og det leder mig frem til, hvad jeg tænker at jeg kan tillade mig eller ikke tillade mig under behandlingsforløbet (...)” (Bilag 7 Svend, s. 33, l. 5-7)*

Vi tolker heraf, at Svends selvforståelse grundlæggende relaterer sig til en åben dialog, hvor der skal forventningsafstemmes, således at begge parter er realistiske og trygge i relationen under behandlingsforløbet. Denne fælles forståelse og åbne dialog, kommer særligt til udtryk gennem behandlingen af én sårbar patient, hvor vi i en deltagerobservation ser en venlig og imødekommende relation, der grænser til det reelt venskabelige mellem Svend og patienten (Bilag 6 Svend, s. 18, l. 8-17). Der ses en tydelig afstemning af grænser, og dette medvirker til at begge parter finder en harmoni og afslappethed i behandlingen, som ikke blev set i de resterende af Svends behandlinger, som i højere grad bar præg af en professionel distance. Dette medvirker netop til at gøre det til en positiv oplevelse, selvom den fysioterapeutiske behandling konstant er det centrale.

Signifikansen af at forventningsafstemme og finde den sårbare og resourcesvage patients grænser deles ligeledes af informant Mona:

*“Jeg prøver hele tiden at holde mig under grænsen. Hvis jeg oplever, at de har en eller anden fysisk og psykisk grænse for, hvad de ligesom kan rumme, så prøver jeg hele tiden at gå lidt under den, måske nærmer jeg mig den i takt med jeg lærer dem at kende, men jeg går ALDRIG over den. Eller så vidt det er muligt, jeg kan jo ikke sige at det aldrig sker at jeg kommer til at provokere deres psyke unødigt, men så vidt det er muligt, prøver jeg altid at holde mig under grænsen” (Bilag 7 Mona, s. 26, l. 7-13).*



Empati og respekt for det enkelte menneske tolkes igen som essentielle parametre for netop Monas selvforståelse af, hvordan mødet med den sårbare og resourcesvage patient skal foregå i den fysioterapeutiske privatpraksis. Monas perspektiver tolkes som et enormt fokus på og evne til at tilpasse sin fysioterapeutiske faglighed samt rumme den sårbare og resourcesvage patient i praksis, hvilket også tydeligt kommer frem i flere af vores deltagerobservationer, for eksempel følgende:

*“Behandlingen fortsætter, hvor patienten ligger på briksen og Mona er meget opmærksom og holder stort fokus på, hvad patienten føler undervejs i behandlingen og har hele tiden hænderne placeret beroligende på patienten. Mona roser patienten gentagne gange undervejs og virker under hele behandlingen støttende, rummelig og anerkendende som om ingen fordomme finder sted”* (Bilag 6 Mona, s. 13, l. 25-29).

Et yderligere aspekt, vi finder relevant at inddrage i relation til informanternes udsagn, omkring mødet med den sårbare og resourcesvage patient, er brugen af kommunikation og empati som motivation i behandlingen. Kommunikationen bliver hos særligt to informanter anvendt som et motiverende instrument, der her anses som det centrale parameter i forhold til at forbedre patienternes helbredsmæssige situation.

Informanterne, Thea og Julie, tillægger motivation en større betydning i kommunikationen omkring at finde et fælles grundlag og anlægger herved en anden empatisk tilgang end de tidligere nævnte informanter. Det motiverende element hos Thea og Julie fordres gennem anvendelsen af empati i kommunikationen til at skabe selve præmissen for forandring hos den enkelte sårbare patient. At motivere gennem en tilpasning af den fysioterapeutiske behandling og dens kommunikation til den enkelte patient, er således for dem det fundamentale i mødet med den sårbare og resourcesvage patient i den fysioterapeutiske privatpraksis. Følgende to citater er eksempler herpå:

*“Dem der har få ressourcer skal man måske ikke stille så mange krav til, men man skal måske mere sige, at det du allerede gør er rigtigt fint, og den vej igennem prøve at motivere dem til at gøre mere frem for at stille krav”* (Bilag 7 Julie, s. 40-41, l. 12-3).

*“(…) nu ringer jeg meget til mine patienter, og det tror jeg at, jeg gør mere til de som har færre ressourcer (…) Hvis jeg føler at der er behov for en opfølgning, hvor at nogle vil jeg bare sige, at så laver vi en ny tid om tre uger, mens de resourcesvage vil jeg*

*hellere ringe til så de ikke skal betale ekstra for det. Det føler jeg også, at det er en god service for dem, og det er meget for deres skyld, da jeg gør det i mine pauser (smiler og griner). Så det er ikke noget jeg tager betaling for (...)*” (Bilag 7 Thea, s. 47, l. 4-11).

Anskuer vi Julie og Theas udsagn i et metaperspektiv omkring anvendelsen af empati i kommunikationen som motivationsskaber, kan det tolkes som udtryk for en manifestation af essentialiteten i grundlæggende at gøre patienten lydhør og compliant over for den enkelte fysioterapeut og dennes konkrete behandlingsstrategi. Det bliver således en compliancestrategi<sup>23</sup> og et middel til at opnå et mål. Netop compliance er et nøgleord indenfor sundhedsfeltet og det er derfor langt fra utænkeligt, at et centralt element i mødet med patienten er betinget heraf, uden direkte at blive ekspliciteret (Wackerhausen 2002, s. 33). Vi tolker hermed ikke Julie og Theas udsagn som udelukkende empatiske med fokus på det enkelte menneske, men ligeledes med mulige underliggende selviske og serviceorienterede elementer i form af at gøre patienten mest muligt compliant og lydhør i relationen under behandlingsforløbet.

Vi må i relation hertil ikke negligere at den fysioterapeutiske privatpraksis er en del af et privat sundhedsmarked, hvor service, konkurrence og økonomi er centrale aktører (Nielsen 2008). Anskuer vi den fysioterapeutiske privatpraksis, som en del af et privat sundhedsmarked, stiller det unægteligt krav til den enkelte fysioterapeuts omdømme og resultater, hvorfor compliance og motivation selvklart er væsentlige parametre for at opnå et godt renommé som fysioterapeut.

Hvis vi tolker udsagnene og den fysioterapeutiske privatpraksis i relation til den aktuelle historiske kontekst, hvor en neoliberalistisk ideologi har gennemtrængt det sundhedsfaglige domæne med dets immanente fokus på konkurrence, produktivitet og økonomisk effektivitet, finder vi, at den enkelte fysioterapeuts ageren tydeligt er betinget heraf (Lehn-Christiansen et al 2017, s. 19-20). Vi tolker, at Thea og Julies førnævnte udsagn er et udtryk for netop denne samfundstendens. Således er den individuelle praktiserende fysioterapeut selvklart indlejret i denne tendens

---

<sup>23</sup> Compliance referer til patientens føjelighed og heraf vilje til at følge fysioterapeutens vejledning (Bjørnlund, Sjöberg & Lund 2017, s. 269)

Heraf finder vi det ligeledes relevant at påpege at mange fysioterapeutiske privatklinikker, herunder også lokaliseringen for empiriindsamlingen, aktuelt opererer med individuelle personalescorer i forhold til patienternes tilfredshed med den enkelte fysioterapeut. I relation hertil ser vi netop, at informanten Thea, som er den mindst klinisk erfarne og nyeste ansatte fysioterapeut af informanterne på klinikken, i kommunikationen med sine patienter, bruger ekstra interesselimer, i form af sine pauser, på telefonisk kommunikation - særligt med de resourcesvage, med henblik på netop at yde en ekstra service (Bilag 7 Thea, s. 47, l. 4-12). Theas udsagn kan således både tolkes som udtryk for en ekstra empatisk og velmenende kommunikation og tilgang til patienterne, men ligeledes som udtryk for, hvordan en samfundstendens har bevæget sig ind og implicit kamoufleret kommunikationen og relationen i behandlingen.

Ved anvendelsen af en teoretisk forståelse af Wackerhausen omkring empati i humanismen kan vi synliggøre en mulig usynlig viden i forhold til enkelte af informanternes anvendelse af empati. Kommunikationen kan selvklart tolkes, som det bliver sprogligt formuleret, at informanterne som udgangspunkt er empatiske og oprigtigt ønsker at hjælpe den sårbare og resourcesvage patient. Vi vil dog argumentere for, at særligt de tidligere behandlede udsagn af Thea og Julie omkring deres oplevelse af empatiens vigtighed i kommunikationen med den sårbare patient, ud fra en teoretisk forståelse af Wackerhausen, kan tolkes som en anvendelse af empati, der ikke udelukkende handler om respekt for den enkelte patient og dennes livsvilkår. Ifølge Wackerhausen kan humanismen og dens immanente empati i relation til den interpersonelle kommunikation let fordrejes til en manipulativ og egenrådig tilgang til patienten (Wackerhausen 2002, s. 33-34). Den empatiske interpersonelle kommunikation kan således tolkes som et "manipulerende" og motiverende middel til at opnå et mål ved at yde en særlig service, og fordre at patienterne agerer på en bestemt facon.

Nedenstående er et eksempel på, hvordan Thea, der tidligere tolkes at tillægge kommunikationen med den sårbare patient en fundamental betydning, også kan tolkes at anvende empati i kommunikationen som middel til at opnå et mål, der ikke udelukkende tolkes at være sat på baggrund af en humanistisk og solidarisk hensyntagen til patienten.

*“INT 1: Er de glade for det? De patienter som du ringer til? Eller føler de det som, at nu er hun efter mig og at nu kræver hun mere af mig?”*

*Thea: Jeg tror, at det er motiverende for dem, fordi for eksempel, når de kommer så har de måske ikke fået lavet så mange øvelser, som de gerne ville, men de har så tænkt på at lave dem, og har ikke glemt dem fuldstændigt. Men de virker generelt ikke som irriteret over at jeg ringer, men generelt virker de glade for det. De siger altid tak fordi, at du ringede” (Bilag 7 Thea, s 49, l. 2-8)*

Theas udsagn kan således netop tolkes som udtryk for, hvordan den aktuelle neoliberalistiske samfundstendens kommer til udtryk som individuelle personalescore i den fysioterapeutiske privatpraksis har bevæget sig ind og påvirket kommunikationen i form af, at få patienten til at agere på en bestemt måde på baggrund af egeninteresse i form af promovering af sig selv og sin status som fysioterapeut gennem for eksempel højere personalescore. Fysioterapi kan heraf anskues i et salgsmæssigt perspektiv. En empatisk kommunikation mellem fysioterapeut og patient er således ikke ensbetydende med en humanistisk tilgang, idet den humanistiske tilgang fordrer en allestedsnærværende respekt for patienten og dennes livsvilkår (Wackerhausen 2002, s. 34-35).

Anskues derimod flere af Monas udsagn og hendes ageren i et metaperspektiv, omkring essentialiteten af anvendelsen af en reel empatisk, rummelig og meget kærlig tilgang til den sårbare patient, hvorudfra den fysioterapeutiske faglighed således må tilpasses, findes der mulige perspektiver, som kan tendere til en afvigelse fra en mere generel forståelse af, hvad fysioterapi i den private praksis indebærer. Her er der ikke kun tale om fysioterapi ud fra en biomedicinsk forståelse med fokus på den fysiske sundhed som privatklinikker selv ofte lægger op til (FysioDanmark 2019)<sup>24</sup>. Derimod bærer Monas tilgang i langt højere grad præg af fokus på den psykiske og sociale kontakt til patienten, hvilket blandt andet kommer til udtryk i følgende citater og observation:

---

<sup>24</sup> <https://fysiodanmark.dk/hvad-er-fysioterapi/> FysioDanmark er den største sammensluttede kæde af fysioterapeutiske privatklinikker i Danmark.

*“Ofte handler det om den der helt medmenneskelige måde at rumme folk på og lytte til dem og være der for dem” (Bilag 7 Mona, s. 29, l. 22-23)*

*“Så hun skriver nogle gange og ringer til mig når hun har det rigtig dårligt og DET kunne jeg jo let sætte en stopper for, hvilket jeg tror mange fysioterapeuter ville gøre, fordi de ville synes det var for intimiderende på deres private telefonnummer, men der kan jeg mærke, at det ville jeg også synes, hvis det var nogle andre patienter end lige præcis kategorien af de sårbare og ressourcetsvage patienter” (Bilag 7 Mona, s. 28, l. 11-15)*

*Mona er meget opmærksom og holder stort fokus på, hvad patienten føler undervejs i behandlingen og har hele tiden hænderne placeret beroligende på patienten. Mona roser patienten gentagne gange undervejs og virker under hele behandlingen støttende, rummelig og anerkendende som om ingen fordomme finder sted (...) man får også fornemmelsen af, at relationen mere bærer præg af et søsterforhold. (...) Behandlingen afsluttes med at Mona giver patienten et langt kærligt kram (Bilag 6 Mona, s. 13-14, l. 26-5)*

Vores tolkning af Monas tilgang til den sårbare patient som værende reel empatisk, rummelig og kærlig, kolliderer med vores fordomme omkring, hvorledes en privatpraktiserende fysioterapeut interagerer med den sårbare og ressourcetsvage patient, ligesom den på flere parametre tydeligt adskiller sig fra tolkningen af de andre informanternes udsagn og ageren. Vores fordom omkring en langt mindre rummelig praksis bliver således i relationen med tolkningen af Monas praksis medvirkende til nye erfaringer omkring den fysioterapeutiske praksis. Det er os ikke muligt at afklare om en sådan for os ny erfaring omkring en langt mere rummelig, empatisk og kærlig tilgang til behandlingen af den sårbare patient i den fysioterapeutiske privatpraksis er et enkeltstående tilfælde på baggrund af mulige personlige faktorer. Dog må det siges at adskille sig både fra vores fordomme samt fra tolkningen af de andre informanternes tilgang til den sårbare og ressourcetsvage patient.

Ved anskuelsen af Monas tilgang i et teoretisk perspektiv tolker vi, at hun grundlæggende oplever og erfarer, at muligheden for at kunne arbejde anerkendende med den sårbare og ressourcetsvage patient, som begreb ifølge Honneth, er til stede i den

fysioterapeutiske privatpraksis. Dette tolkes, idet at Mona formår at udvise respekt og medinddrage den sårbare patient i beslutninger vedrørende patientens egen sundhed samt udvise moralsk kapacitet til at forholde sig til patientens sociale levestandard (Honneth 2006, s. 158). Denne retslige anerkendelse kommer blandt andet til udtryk gennem Monas vægtning af at være empatisk, lyttende og opmærksom og tilpasse sin fysioterapeutiske faglighed til den enkelte patient, for at være så inkluderende som muligt. Et eksempel på, hvordan Mona arbejder med retslig anerkendelse ses ligeledes i følgende citat:

*“Der kan jo også være alle mulige andre bagvedliggende årsager, som er vigtige at få frem i lyset, (...) Men jeg tror helt klart, at jeg ved de mere resourcesvage patienter er mere opmærksom på det psykiske og mentale aspekt. Hvordan har de det og hvorfor har de det sådan, hvordan er deres baggrund og så videre. For ligesom at få en større forståelsesramme for dem”* (Bilag 7 Mona, s. 36, l. 26-32).

Her tolkes en elementær forståelse for den enkeltes sociale livsvilkår, der medfører, at den sårbare og resourcesvage patient får en legitim stemme, hvilket ifølge Honneth er en af grundstenene i den retslige anerkendelse (Honneth 2006, s. 158-162).

Mona tillægger eksplicit det at tage udgangspunkt i nuet med den sårbare patient, en central betydning for at opnå forståelse og udvise respekt for den enkelte patient og ikke bare som værende en del af en på forhånd prædefineret patientgruppe. Honneth argumenterer for, at den retslige anerkendelse må ske på baggrund af lige og frie individer og at universelle lovmæssige rettigheder for alle væsener ikke medfører, at den enkeltes sociale status er lig med særlige privilegier, men derimod må opløses og omdannes til netop respekt for det enkelte individ (Honneth 2006, s. 149-150). Gennem en universel retslig anerkendelse må patienten agere frit og autonomt i forhold til moralske beslutninger, hvilket ifølge Honneth kun er muligt, hvis der er opnået en særlig grad af social levestandard. Derfor applicerer de universelle rettigheder ikke for alle, da enkelte patienter muligvis ikke evner at anvende disse. Det kan derfor tolkes, at det kræver en vis social levestandard for at evne at få det optimale ud af et fysioterapeutisk behandlingsforløb, hvor egenansvar og deltagelse i beslutninger omkring egen sundhed er centrale elementer. Medmindre der som i Monas tilfælde

tages højde for den enkelte sårbare og ressourcetsvage patients aktuelle livsvilkår og situation.

Der er selvkært også eksempler fra de andre informanter, som fremviser anvendelsen af en retslig anerkendelse, dog findes der ikke den samme gennemgående tendens hos de andre informanter, hvorfor tolkningen primært relaterer sig til de inddragede eksempler fra Mona.

Yderligere finder vi spæde tegn på, at der i én enkelt deltagerobservation opereres med Honneths anerkendelse indenfor kærlighedssfæren (Bilag 6 Mona, s. 13-14, l. 31-5). Kontakten beskrives grundlæggende som værende kærlig og at relationen tenderer til at ligne et søskendeforhold, hvilket med Honneths perspektiver kan tolkes som, at Mona, gennem anvendelse af anerkendelse indenfor kærlighedssfæren, forsøger at give denne meget sårbare patient en forudsætning for at træde ud i en konfliktfyldt verden, og udvide sit anerkendelsesforhold og hermed forsøge at skabe en fundamental selvtillid for individet (Honneth 2006, s. 142-143).

Anerkendelsesformen kærlighed tolkes således diskret repræsenteret i empirien. Denne form for anerkendelse, havde vi en fordom om, ikke ville vise sig i den fysioterapeutiske privatpraksis, hvilket dog blev revurderet gennem det empiriske arbejde. Vi tolker diskrete og implicite tegn på, at Mona opererer med en anerkendelse indenfor kærlighedssfæren over for én enkelt af de sårbare patienter vi har kendskab til gennem empirien.

Denne form for intimitet med fysisk kontakt giver indblik i, at Mona besidder evnen til at skabe et trygt og sikkert rum for den sårbare patient, hvori de intersubjektive relationer kan udtrykkes gennem et venskabeligt forhold som netop er indlejret i kærlighedssfæren (Honneth 2006, s. 142-143).

En yderligere pointe der er væsentlig at fremhæve er, at det gennem retslig anerkendelse af patienten, på baggrund af en modifikation af den fysioterapeutiske behandling til den enkeltes livsvilkår og situation, er muligt for den sårbare patient at udvikle selvrespekt og forholde sig til sig selv på en positiv måde (Honneth 2006, s. 162).

Den retslige anerkendelse bliver heraf særligt væsentligt i relation til ulighed i sundhed i den fysioterapeutiske privatpraksis, da patienterne grundlæggende besidder forskellige former for social levestandard som den enkelte fysioterapeut således skal modificere sin praksis efter for at behandle alle patienter som universelle og lige mennesker.

Anerkendelsesformen solidaritet tolkes ligeledes repræsenteret hos informanternes tilgange til den sårbare patient. Solidariteten opnås i relation til fællesskabet i patient-behandler relationen i form af at fungere som regulator i den intersubjektive relation, hvor individets deltagelse og engagement bliver anerkendt (Willig 2003, s. 16-17). Det er gennem fællesskabet, at individet i samhørighed med andre, kan genkende sig selv og indgå i diskussioner samt blive anerkendt for sine evner og særlige kvaliteter, som heraf bidrager til at reproducere samfundet (Ibid). Solidaritet som anerkendelse tolkes blandt andet i den tidligere fremhævede deltagerobservation af Svend omkring oplevelsen af vigtigheden for ham i at finde et fælles grundlag og skabe en tryghed i relationen (Bilag 6 Svend, s. 18, l. 8-17). Denne behandling kan tolkes i relation til solidaritet og anerkendelse af patienten gennem netop et udgangspunkt i en gensidig værdsættelse samt fælles værdier for behandlingsprocessen. Ligeledes kan de tidligere fremhævede udsagn af Mona angående empati og respekt for den enkelte patient sammen med nedenstående deltagerobservation tolkes som udtryk for oplevelsen af solidaritet i arbejdet med den resourcesvage patient: *Under behandlingen ses nærvær, patienten mærker efter og Mona siger: "Her skal du ikke præstere noget - bare være"* (Bilag 6 Mona, s. 13, l. 30-31).

Både Svend og Monas ovenstående beskrevne relationer med de sårbare og resourcesvage patienter kan grundlæggende kaldes solidariske, da vi tolker, at de ikke kun bringer en passiv tolerance, men ligeledes fordrer en følelsesmæssig og aktiv deltagelse for den individuelt særegne anden person, og at de som fysioterapeuter hermed opererer med en bred værdihorisont, som ikke er etisk og moralsk ekskluderende, men derimod fordrer en symmetrisk relation for social værdsættelse (Honneth 2006, s. 173).



I tolkningen ud fra et teoretisk perspektiv ser vi ligeledes i de behandlede udsagn og ageren gennemgående centrale elementer af Wackerhausens begreb om humanisme i sundhedsfeltet.

Som tidligere angivet tolker vi, at informanterne oplever, at det er essentielt at behandle den sårbare og resourcesvage patient med respekt både for individets egenværd og det enkelte individs liv, frihed og uerstattelighed hvilket alle er fundamentale parametre inden for humanismen i sundhedsfeltet. Hertil hører, ifølge Wackerhausen, ligeledes en grundlæggende tillid til individets udviklings- og erkendelsesmæssige potentialer, som vi tolker er særdeles relevant i den fysioterapeutiske behandling, hvilket vi dog kun i begrænset omfang finder tilstedeværende i empirien (Wackerhausen 2002, s. 26-27).

## Er “sagen” bio-psyko-socialt betinget?

Det står tydeligt frem, at der trods enighed på flere parametre mellem informanterne i forhold til tilgangen og arbejdet med den sårbare og resourcesvage patient ligeledes ses væsentlige forskelle i, hvordan den enkelte generelt tænker og agerer i rollen som fysioterapeut, og hvorledes dette kommer til udtryk og påvirker den konkrete fysioterapeutiske praksis.

Anskues Svends praksis gennem vores deltagerobservationer fremkommer væsentlige perspektiver på Svends fysioterapeutiske identitet og ageren, som ikke ekspliciteres på samme måde i interviewudsagnene. Særligt observationen af én patientbehandling, skiller sig ud og bidrager med perspektiver på Svends fysioterapeutiske identitet.

*Svend træder ind i det store træningslokale, hvor patienten, en ældre energisk kvinde, står med et stort smil og venter på at de kan begynde behandlingen. Svend gengælder dette smil øjeblikkeligt og det er tydeligt at mærke at der er en god kontakt og kemi mellem dem. Svend instruerer venligt patienten i flere øvelser. Efter patienten har taget 10 gentagelser ryster hun armen med et stort smil, og giver udtryk for at det var hårdt. Der foregår en dynamisk, humoristisk og tryk kommunikation mellem Svend og patienten. Det er en dynamisk behandling, hvor der foregår flere forskellige ting og*

*Svend virker til at være i sit helt rette element under behandlingen af denne patient*  
(Bilag 6 Svend, s. 16-17, l. 29-5).

Det er tydeligt at fornemme, at Svend i behandlingen af denne patient, befinder sig særligt godt til rette i rollen som fysioterapeut. Patienten er ikke sårbar og ressourcsvg, men udviser tværtimod et stort overskud, mod og lyst på at lave fysisk hård træning, som virker til at bekomme Svend godt og han fremstår meget motiveret for at træne med denne patient.

Anskues denne observation i relation til følgende af Svends udsagn, tolker vi, at Svend tillægger den biomedicinske del og herunder den fysiske træning stor betydning i det at være fysioterapeut:

*“Så det er nok mere de bløde værdier jeg lægger fokus på til at starte med og så derfra prøve at trække det mere over til at blive 50/50 med fokus på den mentale og fysiske del, hvis de altså har nogle underliggende mentale problemer, der spiller ind”* (Bilag 7 Svend, s. 33, l. 8-11).

*“Jeg ville have det svært ved at have et forløb, hvor det kun var mig der gjorde noget og det er typisk et forløb, der både bliver skidt for patienten og for mig som behandler”*  
(Bilag 7 Svend, s. 39, l. 2-4).

Den fysiske træning, og det at patienten selv aktivt deltager heri og dermed indtager en aktiv rolle i selve behandlingen, er essentielt i Svends fysioterapeutiske forståelse. Kun hvis patienten har underliggende mentale problemer accepteres en 50/50 procents vægtning af den fysiske, biomedicinske og psyko-sociale del. Vi tolker hermed, at Svends fysioterapeutiske forståelse og identitet primært bygger på en biomedicinsk tilgang, hvor den psyko-sociale tilgang spiller en langt mindre rolle, og primært en rolle i relation til behandlingen af sårbare patienter. Heraf tolker vi yderligere, at Svend i mødet og arbejdet med den sårbare og ressourcsvg patient må tilsidesætte nogle af disse, for ham ellers helt centrale, elementer i hans fysioterapeutiske identitet, hvilket formentlig kan være medvirkende til, at vi ikke finder samme udstråling af arbejdsglæde under observationerne af de mere sårbare og ressourcsvg patienter, der ikke i samme grad er modtagelige for fysisk træning og ikke på samme måde deltager aktivt i selve

behandlingen. Følgende udsagn fra Svend omkring behandlingen af en sårbar patient understøtter netop ovenstående tolkning: *“Det er en behandling, hvor jeg ikke altid er tilfreds med, hvad jeg selv gør som terapeut. Det er sådan en behandling, hvor jeg må tage en dyb vejrtrækning i ny og næ”* (Bilag 7 Svend, s. 40, l. 9-11).

Anskues Julies praksis gennem vores deltagerobservationer fremkommer ikke samme eksplicitering af hendes fysioterapeutiske identitet og ageren. Vi finder ikke på samme måde én behandling af en patient, der skiller sig ud i observationerne, hvor Julie i rollen som fysioterapeut befinder sig bedre end i de andre behandlinger. Dog finder vi i Julies udsagn og observationer tydelige paralleller til den biomedicinske og fysiske fysioterapeutiske forståelse og identitet, som Svends fysioterapeutiske praksis ligeledes er præget af. De følgende to udsagn fra Julie omhandler samme sårbare patient og påpeger tydeligt, at den biomedicinske tilgang med fysisk træning spiller en central rolle i hendes fysioterapeutiske forståelse og identitet:

*“Altså ikke lige med en tidligere patient, som I var med til. Der er det ikke samtalen som er i fokus. Der er det træningen som er vigtigt”* (Bilag 7 Julie, s. 41, l. 26-27).

*“(…) så bruger man nogle gange tid på noget som ikke er relevant eller hvertfald ikke har noget med fysioterapi at gøre, hvor dette vil jeg ikke gøre med en patient som har flere ressourcer. Så deraf kan man godt føle, at man spilder noget tid på dette”* (Bilag 7 Julie, s. 43, l. 24-27).

Det tolkes heraf, at samtale kan være et vigtigt element afhængigt af den enkelte patient, men at fokus ellers ligger på den fysiske træning og den biomedicinske tilgang til fysioterapi og hermed fylder langt mere end den psyko-sociale tilgang samt ligeledes vægtes langt højere. Hvis dele af behandlingen ikke ligger indenfor hendes fysioterapeutiske forståelse og identitet vurderes det direkte som spild af tid, til trods for at det muligvis gør en stor forskel for patienten. Dog finder vi det interessant, at Julie trods alt udtaler i ovenstående citat, at hun bruger tid på elementer, der tydeligt ligger uden for hendes fysioterapeutiske forståelse, hvis patienten er sårbar og ressourcetsvag. Følgende udsagn omkring en ressourcestærk patient tyder nemlig på en anderledes og mindre rummelig tilgang, hvis patienten ikke er sårbar:

*“Jeg havde engang en patient (...) som altid kom for 15 minutter for sent, og man har altså 30 minutter til at behandle, så der var ingen tid tilbage og jeg kunne ikke få ham til at træne, så til sidst måtte jeg altså bare sige til ham, at hvis han ikke kunne komme til tiden og ikke kunne prioritere træning, så giver det ikke mening for mig at behandle dig” (Bilag 7 Julie, s. 43, l. 5-9).*

Vi tolker heraf, at Julie har tydeligere grænser for, hvad der ligger inden for hendes fysioterapeutiske forståelse og identitet, når det omhandler de ressourcestærke patienter og at hun i højere grad er villig til at gå på kompromis med hendes biomedicinske tilgang og fysisk træning, når det omhandler den sårbare patient.

Én deltagerobservation skiller sig dog ud fra de andre i forhold til Julies konkrete tilgang til patienten, som er sårbar, hvilket underbygger Julies udsagn omkring at tage udgangspunkt i den enkelte patients ressourcer:

*Julie fortæller, at de sammen må finde nogle øvelser i dag som patienten kan klare i forhold til hendes symptomer. (...) Julie befinder sig under hele interventionen siddende eller liggende på gulvet ved siden af patienten og laver de fleste øvelser samtidig med hende (Bilag 6 Julie, s. 20, l. 18-22).*

*“Jeg prøver at tage udgangspunkt i patientens ressourcer, og prøver at udnytte de ressourcer som de har for ligesom at de selv tager ansvar at de får lavet noget træning, og ikke så meget sige, at du skal lave det og det, men netop stille nogle lidt mere åbne spørgsmål for at finde ud af om det giver mening for dem at lave det her eller om det bare giver mening for mig” (Bilag 7 Julie, s. 45, l. 4-8).*

Julies eksplicitte fysioterapeutiske fokus ligger fortsat på den biomedicinske tilgang til fysioterapi, men der ses ligeledes en markant anderledes tilgang til det at få patienten til at deltage i interventionen, end der er ses i nogle af de andre observationer. Vi tolker, at Julie implicit og formentlig uden at være opmærksom herpå anvender en fysioterapeutisk forståelse og tilgang, der bygger på det psyko-sociale perspektiv. Under hele interventionen er Julie i øjenhøjde med patienten siddende eller liggende på gulvet og støtter samt hjælper patienten ved at lave øvelserne sammen med hende. Vi tolker heraf, at hun her anvender både et psykologisk og socialt aspekt af fysioterapi, som ikke

fremgår eksplicit af hendes udsagn eller de andre deltagerobservationer. Det skal dog pointeres, at den centrale del af behandlingen fortsat har et biomedicinsk og fysisk fokus, men der ses elementer af en bio-psyko-social tilgang til fysioterapi.

Anskues Theas praksis gennem vores deltagerobservationer fremkommer væsentlige perspektiver på Theas fysioterapeutiske identitet og ageren, som ikke ekspliciteres på samme måde i interviewudsagnene. Observationerne af patientbehandlinger, hvor patienten er ressourcestærk, skiller sig ud og bidrager med perspektiver på Theas fysioterapeutiske identitet. Theas fysioterapeutiske forståelse og identitet ses i observationerne af de ressourcestærke patienter (Patient 4, 5, 6, 7 & 8) betinget af en biomedicinsk tilgang, men dog med fokus på gensidig anerkendelse, rummelighed, åbenhed og venlighed, hvor Thea hviler i rollen som fysioterapeut og i hendes fysioterapeutiske perspektiver (Bilag 6 Thea, s. 22-24, l. 24-22).

Den biomedicinske tilgang til patienten er gennemgående i alle deltagerobservationer og understøttes ligeledes i følgende udsagn: (...) *Jeg har for eksempel haft én, hvor han kom en enkelt gang, og gav udtryk for at han bare ville have massage, og der sagde jeg, at det var ikke det vi gjorde som fysioterapeuter - det kunne godt være en del af behandlingen, men jeg vil jo gerne have ham over på den anden side (...) Så han endte med ikke at komme igen*” (Bilag 7 Thea, s. 47, l. 25-31).

Theas fysioterapeutiske forståelse og identitet ekspliciteres her i relation til den biomedicinske tilgang, hvor Thea er af den overbevisning, at der ikke er evidens for, at massage kan stå alene som fysioterapeutisk behandling, hvorfor hun ønsker at få patienten overbevist om, at træning og anden fysisk aktivitet er en nødvendighed for at fortsætte i et forløb hos hende. En sådan tilgang til fysioterapi overrasker os ikke, idet det ligger indlejret i vores fordomme, at der hersker en generel forståelse hos fysioterapeuter om, at massage som enkeltstående behandling ikke ligger inden for fysioterapifagets grænser, hvorfor der ligeledes findes selvstændige massører og massøruddannelser.

Således ophøjes Theas biomedicinske fysioterapeutiske forståelse og efterlader i eksemplet ingen rum for en psyko-social tilgang til patienten. Massage set ud fra det

psykologiske og sociale aspekt, kan ikke på denne måde afskrives fra at være en relevant fysioterapeutisk behandling, hvis der arbejdes med en reel bio-psyko-social tilgang.

Anskuer vi Theas fysioterapeutiske identitet gennem særligt én deltagerobservation, der skiller sig ud, tydeliggøres det, at den førnævnte gensidige anerkendelse, rummelighed og hvilen i sig selv som fysioterapeut udfordres betragteligt i behandlingen af en sårbar og resourcesvag patient:

*“Patienten virker lidt anspændt, forbeholden og kampklar, hvilket gør stemningen i rummet lidt anspændt. Thea sidder foran computeren og skubber stolen lidt væk fra patienten og smiler venligt, men lidt nervøst til patienten og spørger hvordan det går (...) Thea spørger forsigtigt inden hun inddrager sin faglighed om hun må give patienten et godt råd(...)”* (Bilag 6 Thea, s. 22, l. 4-13).

Heraf ekspliciteres det, at Thea ikke i samme grad befinder sig godt i rollen som fysioterapeut under behandlingen af en sårbar og måske også lidt vanskelig patient, og herved fremstår mindre empatisk end ved de resourcestærke patienter. Vi tolker ovenstående som et tegn på en uerfarenhed og mulig usikkerhed i hendes fysioterapeutiske identitet i relation til mere vanskelige og sårbare patienter, hvor hendes fysioterapeutiske rolle i langt højere grad end de andre informanternes påvirkes eksplicit af sådanne patienter. Hvilket med øje for hendes langt mindre faglige erfaring som fysioterapeut i forhold til de andre informanter tolkes som værende helt naturligt.

Anskues Monas praksis gennem vores deltagerobservationer fremkommer hendes fysioterapeutiske identitet og ageren samstemmigt med hendes udsagn. Det er som behandlet i afsnittet *Empati som mål eller middel?* tydeligt, at Monas fysioterapeutiske forståelse ikke i samme grad som de andre informanternes er centreret omkring den biomedicinske tilgang. Her tolkes der i langt højere grad at være en psyko-social tilgang til patienten og måske særligt til den sårbare patient, der netop vurderes fundamental i hendes fysioterapeutiske forståelse og identitet. *“(...) fortæller hun mig, at jeg er hendes nye af den der person hun kan tale med. Jeg går ikke ind og arbejder synderligt meget*

*med hendes hænder eller fødder specifikt, jeg arbejder mere med hele billedet og få hende til at trække vejret og få hende til at turde at bruge hendes krop igen” (Bilag 7 Mona, s. 29, l. 6-9).*

Ovenstående citat ekspliciterer, at den biomedicinske tilgang ikke centraliseres, men at vejen til patientens bedring går gennem andre mere psykologiske og sociale parametre, hvor samtale, rummelighed og accept af patienten og dennes livssituation bliver essentielle værktøjer i relation til at bedre patientens mentale og fysiske tilstand. Det er ligeledes tydeligt i både deltagerobservationer og udsagn, at Monas fysioterapeutiske forståelse og identitet i høj grad relaterer sig til og er bygget op omkring den sårbare og ressourcetsvage patient uden at hun eksplicit har været opmærksom herpå. Slutteligt i interviewet kommer Mona med følgende udsagn, som understøtter denne tolkning:

*“Men jeg synes faktisk, det har været lidt svært at svare på og jeg begyndte at tænke sådan lidt over egen praksis og hvad er det egentlig, at jeg går og gør, som jeg ikke lige tænker over i situationen. Forskelsbehandler jeg - og ja det må jeg jo nok erkende, at det gør jeg nok lidt netop i forhold til hvilken type af patient, der sidder overfor mig”*

(Bilag 7 Mona, s. 31, l. 20-24).

Sammenholdes empirien fremgår det tydeligt, at alle informanterne i deres fysioterapeutiske forståelse tillægger patienternes egenansvar en central betydning i den fysioterapeutiske behandling, uanset om det er i relation til den sårbare og ressourcetsvage patient eller ej (Bilag 7 Julie, s. 45, l. 4-6) & (Bilag 7 Thea, s. 50, l. 20-27). Udsagn som de to nedenstående er meget sigende for informanternes generelle holdning til egenansvar:

*“De har deres eget ansvar for deres sundhed - det er ikke mit ansvar” (Bilag 7 Mona, s. 31, l. 6-7).*

*“Nej, jeg synes ikke, at jeg tager mere ansvar for nogen end andre, men jeg tror jeg forventer noget mere af nogen, kontra hvad jeg forventer af andre og så bliver der som sagt en nuancering af tilgangen til patienterne, men jeg forventer stadig af patienterne, at de tager noget egenansvar for deres sundhed og behandling” (Bilag 7 Svend, s. 38-39, l. 31-2).*

Det leder til refleksion omkring, hvorvidt neoliberalistiske perspektiver med fokus på netop egenansvar for sundhed, opportunistiske egenskaber og at være sin egen lykkes smed spiller en central rolle i forhold til informanternes forståelse af sundhed og heraf deres fysioterapeutiske forståelse og identitet, samt refleksioner omkring hvorvidt disse neoliberalistiske perspektiver ligeledes implicit kommer til udtryk på andre parametre af deres fysioterapeutiske praksis end egenansvar (Pedersen 2011, s. 183-184).

Vi finder, jævnfør ovenstående analyse, at tre ud af fire informanter har et dominerende fokus på den biomedicinske tilgang til sundhed, hvilket efterlader de psyko-sociale perspektiver på fysioterapi i baggrunden uden synderlig påvirkningskraft af den enkeltes fysioterapeutiske forståelse og identitet. Dette leder til refleksion over, i hvor høj grad den enkeltes fysioterapeutiske forståelse og ageren er påvirket eller betinget af healthism og således af en samfundstendens, der trækker store paralleller til neoliberalismen, og som betegner en ny måde at anskue sundhed på, hvor den biomedicinske tankegang dominerer sundhedskulturen og ansvaret for sundhed netop tillægges det enkelte individ (Crawford 1980, s. 365, 368).

Vi tolker heraf, at den neoliberalistiske samfundstendens og healthism som sundhedskultur og ideologi, med det biomedicinske fokus og ansvarliggørelse for egen sundhed, kan ses i den fysioterapeutiske praksis og identitet hos informanterne i form af netop den individualisering og elite-moraliserende ansvarliggørelse med afsæt i KRAM faktorerne som Aamann beskriver, og som understøtter vores fordom herom (Aamann 2017, s. 32-36). Vi finder således en sammenhæng mellem neoliberalisme, healthism og den fysioterapeutiske identitet og praksis, som kan have betydning for netop den sårbare og ressourcetsvage patient på baggrund af deres individuelle færdigheder og ressourcer og heraf også have betydning for social ulighed i sundhed i den fysioterapeutiske privatpraksis. Der opstår altså grundlæggende et moralsk aspekt, som ikke uproblematisk løftes af alle samfundslag.

Sundhed som samfundsnorm på baggrund af neoliberalismen og healthism kan således tænkes at påvirke den enkeltes fysioterapeutiske forståelse og være med til at reproducere social ulighed i sundhed både gennem konsekvenser i form af den sårbare og ressourcetsvage patients positionering uden for normen og direkte manglende sundhed (Lehn et al. 2017, s. 22).



Anskuer vi informanternes fysioterapeutiske forståelse og identitet i relation til Wackerhausens teori omkring humanisme, sundhed og professionsidentitet fremkommer nye yderst relevante forståelser og perspektiver herpå.

Wackerhausen argumenterer grundlæggende for essentialiteten i, at der i sundhedsfeltet arbejdes med en mere åben tilgang til sundhed og heraf et mere åbent sundheds- og sygdomsbegreb for at kunne arbejde med en humanistisk tilgang til patienten. Han plæderer for, at der anlægges et metakulturelt og funktionelt perspektiv på patientens symptomer i den konkrete kulturelle og samfundsmæssige kontekst, hvor patientens sygdom karakteriseres på tværs af kulturelle og historiske kontekster ud fra patientens manglende og inadækvate handlekapacitet til at realisere deres værdier, livsdrømme og opgaver i deres respektive sociale, kulturelle og samfundsmæssige lag (Wackerhausen 2002, s. 46). Denne åbne tilgang til sundhed er, som tidligere beskrevet, langt fra tilstede i størstedelen af informanternes sundhedsforståelse og heraf fysioterapeutiske forståelse og ageren. Tre ud af fire informanter opererer, som angivet, ud fra en biomedicinsk forståelse af sundhed samt tilgang til patienten, hvilket bevirker, at de anskuer patienten i et meget snævert perspektiv og ikke får mulighed for at forstå patientens kompleksitet set ud fra et humant, kulturelt og samfundsmæssigt situeret perspektiv, hvilket netop er relevant i relation til humanismen. Heraf følger således en manglende humanistisk tilgang til patienten, som ellers er fundamental for at opnå en humanistisk solidaritet med patienten, der netop er essentiel i relation til arbejdet med den sårbare og resourcesvage patient i den fysioterapeutiske praksis (Ibid s. 50) Heraf tolker vi, at tre ud af de fire informanter, på baggrund af deres primært biomedicinske forståelse for sundhed og biomedicinske tilgang til behandling af patienterne, langt fra har de optimale betingelser for at kunne respektere og anerkende særligt den sårbare og resourcesvage patientens livsverden og identitet og derved praktisere en bio-psyko-social tilgang til fysioterapi med humanistiske perspektiver.

Den sidste informant, Mona, arbejder som tidligere beskrevet ud fra en bredere forståelse af sundhed, hvilket bevirker, at hendes fysioterapeutiske forståelse og ageren i langt højere grad kan tolkes at baseres på humanistiske perspektiver, hvor patientens kompleksitet i større omfang anskues ud fra et humant, kulturelt og samfundsmæssigt situeret perspektiv. I relation til Wackerhausens teori kan vi således argumentere for, at

Mona kan siges at opnå en humanistisk solidaritet med patienten, hvor hun skaber langt mere optimale betingelser for at kunne respektere og anerkende netop den sårbare og ressourcetsvage patient på baggrund af dennes livsverden og identitet og herved praktisere ud fra en bio-psyko-social tilgang til fysioterapi (Wackerhausen 2002, s. 50).

Et andet fremkommet perspektiv under analysen, som vi finder det relevant at sætte i relation til Wackerhausens teori omkring den interpersonelle kommunikation er, hvorledes informanternes grundlæggende fokus i behandlingen af patienten ekspliciteres gennem tolkningen af informanternes deltagerobservationer i relation til deres udsagn. Generelt ekspliciteres de tre tidligere nævnte informanternes biomedicinske forståelse af sundhed og heraf fokus i behandlingen.

Wackerhausen argumenterer for, at den interpersonelle kommunikation til enhver tid, uanset hvor humanistisk tilgangen til patienten er, vil være betinget af, hvad der fagligt set er "sagen" vedkommende. Wackerhausen tydeliggør, at kommunikation altid har eksplicite og implicite relevanskriterier, der bestemmer om det grundlæggende er "sagen" vedkommende for kommunikationen og heraf selvklart for behandlingen af patienten. Hvorvidt det humanistiske perspektiv er tilstede er derfor grundlæggende betinget af, i hvilket omfang patienten, på baggrund af de humanistiske dimensioner, er "sagen" vedkommende (Wackerhausen 2002, s. 36). Idet "sagen" helt grundlæggende i den fysioterapeutiske privatpraksis centraliseres omkring patientens symptomer og problemer bevirker det, at den enkelte fysioterapeuts sygdomsbegreb er afgørende for, hvad der for den enkelte findes relevant og nødvendigt at kommunikere og behandle på. Vi vil således argumentere for, at de tre informanter, trods deres udsagn i *Empati som mål eller middel?* omkring et centralt fokus på mentale og kommunikative perspektiver i tilgangen til den sårbare patient, i høj grad arbejder ud fra et biomedicinsk fokus på fysioterapi. Den psyko-sociale tilgang, der kunne antydes og tolkes af deres udsagn og enkeltstående deltagerobservationer, drukner under sammenholdelsen af alle den enkelte informants deltagerobservationer, hvor det tydeliggøres, hvad der for den enkelte reelt er "sagen" vedkommende og som dermed dominerer deres fysioterapeutiske intervention og identitet i praksis. Ved konkret at tolke på netop både de implicite og eksplicite relevanskriterier gennem deltagerobservationerne udleder vi, at den umiddelbare humanistiske, empatiske og venlige tilgang ikke i samme grad er

humanistisk, når vi tolker på det underliggende og ser på i hvilket omfang patienten, på baggrund af de humanistiske dimensioner og ikke bare de biomedicinske dimensioner, er "sagen" vedkommende (Wackerhausen 2002, s. 36). Således bliver informanternes udsagn, der primært udtrykker bevidste og intentionelle forhold, sekundære i relation til de ikke-reflekterede forhold, der netop her må siges at kendetegne den enkelte fysioterapeuts sociale praksis.

Yderligere vil vi argumentere for, at denne snævre biomedicinske forståelse af sundhed og heraf den fysioterapeutiske forståelse og identitet, fortolket i relation til Wackerhausens åbne sundhedsbegreb, er medvirkende til, at flere informanter føler, at de ofte må gå på kompromis med deres fysioterapeutiske faglighed i behandlingen af den sårbare og resourcesvage patient.

*"Det kan både være i forhold til, hvis de har brug for at snakke om et eller andet, eller hvis de har brug for noget andet ekstraordinært i forhold til hvad der ellers er normrammen inden for fysioterapibehandling. For eksempel at tage kontakt til en socialrådgiver eller jobcenter, hvor jeg skal skrive nogle små udtalelser eller et eller andet, der sådan lige er kort og hurtigt. "* (Bilag 7 Svend, s. 33-34, l. 32-4).

*"(...)jeg godt hjælpe med noget som ikke har noget med fysioterapi at gøre - Et eller andet for eksempel, hvor ligger Danske Bank i forhold til en som han kan komme ind i med sit elektriske køretøj. Det har jo som sådan ikke noget med fysioterapi at gøre, men det er mit indtryk, at han ikke har så mange andre som kan hjælpe ham, så nogle gange hjælper jeg ham med alt muligt"* (Bilag 7 Julie, s. 41, l. 17-22).

Ovenstående udsagn tolkes, som at det manglende åbne sundhedsbegreb med det biomedicinske perspektiv i fokus medfører, at deres fysioterapeutiske forståelse og identitet begrænses til primært at indeholde biomedicinske parametre, der heraf medfører en langt mere snæver forståelse for, hvad der ligger indenfor deres respektive fysioterapeutiske faggrænser. Vi udleder heraf, at informanterne føler, at de ofte overskrider deres faggrænser i arbejdet med den sårbare og resourcesvage patient, idet de har en relativt lukket forståelse for de psykologiske og sociale perspektivers berettigelse i netop den fysioterapeutiske intervention. Hvis den sårbare patient anskues humanistisk på baggrund af et åbent sundhedsbegreb, hvor den enkelte patients

livsverden og identitet anerkendes, vil vi argumentere for, at de ovenstående beskrevne udsagn netop ligger inden for den fysioterapeutiske behandling og hermed indenfor faggrænsen.

Holdes dette op imod informant, Monas, tidligere beskrevet åbenhed og rummelighed i relation til den sårbare og ressourcetsvage patient, ekspliciteres det, at en mere åben sundhedstilgang og fysioterapeutisk forståelse og identitet ligeledes fordrer et langt mindre snævert perspektiv på, hvad der ligger inden for den fysioterapeutiske faggrænse - i hvert fald så længe det er relateret til den sårbare patient (Bilag 7 Mona, s. 28, l. 11-15).

Netop denne åbne tilgang til sundhed og etiske idealer gør at kan patienten individueres, og det enkelte individ kan opnå social værdsættelse i kraft af dets egne præstationer. Således kan Mona gennem sin tilgang til den sårbare og ressourcetsvage patient ligeledes skabe muligheden for at arbejde med solidarisk anerkendelse ifølge Honneth. Dette fordi, hun ved at fokusere på den enkelte patients livsverden og identitet, skaber netop de ændrede betingelser for, at patienten får mulighed for at vise sin værdi for samfundet og heraf opnå anerkendelse for sit bidrag på baggrund af en bedring af deres mentale og fysiske problematikker (Honneth 2006, s. 172).

Den fysioterapeutiske identitet blandt informanterne kan således siges både at trække tydelige paralleller til hinanden og være markant forskellige fra hinanden. Dele af identiteten kan tolkes at være tydeligt påvirket af samfundstendenser som neoliberalisme og healthism, hvor egenansvar og et biomedicinsk fokus på sundhed bliver dominerende. Yderligere tolkes de fysioterapeutiske identiteter at være betinget af andet og mere end fysioterapeuternes artikulerede idealer, forestillinger og kundskaber kan forklare. Sammenholdes dette med Wackerhausens perspektiver på, hvorledes professionsidentitet har en betydning, der er forankret i den lokale og konkrete praksis og som langt fra er fuldkommen introspektivt tilgængelig for den enkelte fysioterapeut, fremkommer relevante perspektiver (Wackerhausen 2002, s. 61). Hvis fysioterapeuternes professionsidentitet i høj grad er betinget af dét, der genereres i den lokale praksis, er det selvklart forventeligt at informanternes fysioterapeutiske identiteter er sammenlignelige på mange parametre. Dog tolkes, som angivet, også

tydelige forskelle i informanternes professionsidentitet, hvilket leder frem til refleksioner omkring, hvorvidt ansættelsestid- og vilkår spiller en rolle i udviklingen af de fysioterapeutiske identiteter i den konkrete praksis. Informant, Mona, er den fysioterapeut, der tydeligt adskiller sig fra resten af informanterne i hendes fysioterapeutiske forståelse og ageren. Mona er udover at arbejde som fysioterapeut på lige fod med de andre ligeledes klinikejer og den med klart mest erfaring og ansættelsestid på den pågældende klinik. Svend, Julie og Thea er mere sammenlignelige i deres fysioterapeutiske identiteter og har også mere sammenlignelige ansættelsesvilkår og -tid på klinikken i forhold til Mona. Det synes således relevant at inddrage perspektiver på den enkelte fysioterapeutets ansættelsesvilkår- og tid i tolkningen af forskelligheden i deres respektive fysioterapeutiske identiteter i tillæg til den enkelte praksis betydning. Yderligere ser vi, at de tidligere beskrevne samfundstendenser med neoliberalisme og healthism har en dominerende påvirkning på alle informanternes fysioterapeutiske identitet, i form af at være det gennemgående perspektiv i alle fire informanternes professionsidentitet, hvilket leder til en tolkning af, at det måske i særlig grad er de aktuelle samfundstendenser og strukturer, der gennem en generel magtpåvirkning præger kulturen i den lokale praksis og herigennem professionsidentiteten og den fysioterapeutiske tilgang og intervention med den sårbare og resourcesvage patient hos den enkelte.

## En underliggende fundamental økonomisk struktur?

Der anskues overordnet diskrepans af informanternes selvforståelse angående oplevelser og erfaringer med de strukturelle rammer inden for den fysioterapeutiske privatpraksis. Der er informanter, som oplever det nemmere at praktisere under en bestemt strukturel tidsramme, hvor behandlingstiden er fastsat på forhånd, da de herved ikke behøver at forholde sig til, hvorvidt patienten har behov for yderligere behandlingstid. Derudover erfarer flere informanter, at de gerne ville have mulighed for ekstra tidsmæssige behandlinger, hvis de kunne honoreres økonomisk herefter, og at deres ansættelsesforhold tillod, at behandle i længere tid. Slutteligt ønsker alle informanterne, at det økonomiske tilskud, som patienterne modtager, ville være højere hvis patienten

var sårbar og ressourcесvag, idet de har hyppige erfaringer med at afslutte eller modificere en behandling før rettidig tid, da patienten ikke evner at betale for den fysioterapeutiske hjælp<sup>25</sup>.

Hvad angår den tidsmæssige behandlingsramme, der generelt er enighed om, udtaler informant Mona sig således:

*“(...)Altså nu er vi jo underlagt det her meget stramme system, så hvis jeg giver en lidt ekstra tid, så går det ud over den næste patient, der sidder og venter, så nej tidsmæssigt prøver jeg at planlægge min tid, sådan at jeg kan nå det inden for den halve time, jeg har”* (Bilag 7 Mona, s. 27, l. 29-32).

*“Hvis du havde spurgt mig for 10 år siden, ville jeg helt synes at de sårbare og ressourcесvage der havde brug for en lidt mere langsom tilgang skulle have brug for mere tid i hver behandling. Det synes jeg egentlig ikke længere. Man kan godt komme til at hænge for meget i bremsen så og jeg HAR de rammer jeg HAR og det synes jeg egentlig kører meget godt”* (Bilag 7 Mona, s. 29-30, l. 31-3)

Mona forholder sig herved passivt i forhold de tidsmæssige strukturer, som hun er underlagt, og ytrer sig således, at den tidsmæssige afgrænsning fordrer, at fysioterapeuten må arbejde mere effektivt for, at nå at give den mest optimale behandling inden for det givne tidsrum.

Informant Svend danner med sine oplevelser og erfaringer konsensus med Mona, da han praktiserer med en skarp tidsmæssig linje for behandlingen, og er ret konsekvent hermed, samt at han ligeledes ikke forholder sig til de fysioterapeutiske rammer, som han er underlagt. Svend prøver derimod at affinde sig med de aktuelle givne rammer og finde løsninger inden for disse (Bilag 7 Svend, s. 36, l. 9-13) & (Bilag 7 Svend, s. 38, l. 1-6).

---

<sup>25</sup> Her henvises der til patienter som bliver behandlet ud fra speciale 51, hvilket vil sige at der er egenbetaling for de fysioterapeutiske ydelser.

Informant Thea forholder sig ligeledes passivt til de tidsmæssige rammer, idet hun angiver at “noget” skal være ligeligt fordelt mellem alle patienter. Derudover fordrer hendes selvforståelse, at hun ikke har mulighed for at give ekstra tid til behandling, da hun er ansat som funktionær, og derfor har en fastlagt kalender, som hun kontraktuelt skal følge, og hvor der er en ny patient hver halve time, som venter på fysioterapeutisk behandling. Thea forklarer det således:

*“Jeg sætter aldrig ekstra tid af, fordi jeg synes alligevel, at noget skal være ligeligt fordelt. De rammer er jeg dog heller ikke ansat under, så det føler jeg ikke, at der er mulighed for via min kontrakt. Det havde nok været noget andet, hvis jeg var ansat som selvstændig, og jeg selv kunne styre det fuldstændigt. Så ville der være nogle gange, hvor jeg ville gå over tid, da det ville give god mening”* (Bilag 7 Thea, s. 49, l. 22-27).

Vi tolker heraf at Thea følger op på den selvforståelse, som de andre informanter praktiserer. Hun er dog underlagt andre vilkår end de andre informanter, og tydeliggør at, hvis hun selv kunne tilrettelægge sin kalender, så ville hun give øget behandlingstid, hvis dette var nødvendigt. For at kompensere for den manglende tidsmæssige behandling ytrer Thea, at hun tager telefonisk kontakt til de sårbare patienter. Dog bevirker det, at hvis hun skulle telefonere med alle sine patienter, ville det bryde hendes arbejdsmæssige tidsramme, hvilket hun oplever at hendes ansættelsessted ikke rummer, til trods for at hun gerne etisk og personligt vil hjælpe alle patienterne gennem hele behandlingsforløbet (Bilag 7 Thea, s. 50-51, l. 31-4).

I relation til perspektivet på at give øget behandlingstid til de sårbare og resourcesvage patienter i forhold til ansættelsesforhold, argumenterer Svend for, at det kan være ilde set at give øget tidsmæssig behandling til sårbare patienter, da både den personlige økonomiske egen indkomst samt klinikejernes økonomisk profit påvirkes, hvis der afviges fra tidsrammen. Svend og Julie er begge praktiserende som selvstændige, og ved at øge behandlingstiden for den enkelte patient reduceres deres samlede indtægt, modsat Theas ansættelsesforhold. Svend udtaler sig således:

*“ (...) kunne jeg godt savne det, der var engang, hvor vi havde muligheden for, med økonomisk dækning, at lave ekstra tidskrævende behandlinger, som ikke var dyrere for patienterne, sådan at man har lidt mere råderum i forhold til, hvis man har nogle patienter, hvor det ville give mening at træne med dem i 45 - 60 minutter. Der tror jeg*

*nok at det økonomiske perspektiv er dét, der sætter den største barriere i forhold til at få det bedst mulige resultat for patienten. Og det tror jeg mest af alt, fordi det kan være lidt ilde set at sætte en time af til den her normaltakst, vi arbejder ud fra til en behandling - også i forhold til klinikejerne” (Bilag 7 Svend, s. 36, l. 18-25).*

Vi tolker heraf, at Svend gerne vil yde en bedre fysioterapeutisk behandling til dem, som har behov for ekstra tid, hvis han bliver honoreret herefter. Derudover tolker vi, at Svend er bevidst omkring de økonomiske forhold, som gør sig gældende i den fysioterapeutiske privatpraksis samt det ansvar og konkurrenceelement, som hører sig til i den private praksis, hvor det er centralt, at der er en økonomisk gevinst for klinikejeren, og det kan således siges, at der opereres med en markedslogik. Derudover tolker vi, at fysioterapeutens egenansvar i forhold til at strukturere sin kalender bevirker, at overordnede økonomiske egeninteresser påvirker den konkrete fysioterapeutiske praksis i relation til den sårbare patient, idet fysioterapeuten kun får betaling for 30 minutters behandlingstid, og hvis denne tidsramme overskrides, bliver det et samlet økonomisk tab. Vi tolker heraf, at en individuel vurdering af behandlingstiden, ud fra den enkelte patients behov, selvkært har vanskelige vilkår for etablering, idet de færreste fysioterapeuter formentlig vælger at yde ekstra behandlingstid med direkte økonomisk tab (Bilag 7 Svend, s. 37, l. 3-8) & (Bilag 7 Julie, s. 44, l. 26-32).

Udover manglen på øget økonomisk støtte til længere behandlingstider oplever og erfarer informanterne ofte, at sårbare og ressourcetsvage patienter stopper behandlingen før tid grundet manglende økonomisk råderum til at betale for fysioterapi.

Informanterne erfarer, at de sårbare patienter får for lidt økonomisk støtte i forhold til, at få det mest optimale genoptræningsforløb, hvorfor de ofte bliver nødt til at modificere genoptræningsforløbet med færre konsultationer. Mona formulerer det således:

*“Jeg synes faktisk, at de ressourcetsvage får for lidt hjælp økonomisk, fordi nogle gange stopper de helt med behandlingen, fordi de ikke har råd til det, selvom det hjalp dem at komme her. (...) Det har jeg været ude for flere gange og det synes jeg er ærgerligt. Men generelt kunne de ressourcetsvage godt få mere økonomisk støtte til fysioterapi”*

(Bilag 7 Mona, s. 30, l. 15-23).



Mona erfarer altså, at patienterne har et tydeligt behov for at komme til den privatpraktiserende fysioterapeut, men at de ikke har den fornødne økonomi til dette. Informant Svend deler denne oplevelse idet, flere patienter har fortalt om deres gevinst ved fysioterapi, men de må stoppe grundet manglende likviditet, også selvom de oplevede fremgang (Bilag 7 Svend, s. 37, l. 12-15).

Informant Svend har en selvforståelse af, at det fysioterapeutiske system rammer skævt. Han formulerer det således:

*Jeg kan godt se, at der selvfølgelig skal spares nogle penge, men det rammer altså nogle mennesker en gang imellem, som måske ikke helt var hensigten. Derudover er der hele situationen med de private sundhedsforsikringer, hvor folk der har private forsikringer får rigtig gode muligheder og vilkår for fysioterapi kontra folk med færre ressourcer, der ikke får samme vilkår og måske slet ikke kommer til fysioterapi eller i hvert fald stopper hurtigt, fordi de ikke har råd. Det virker lidt som om, der er nogle amerikanske tilstande under opbygning, hvilket jo er fint for det arbejdende folk og middelklassen, men hvor jeg tror den lidt lavere arbejderklasse bliver fanget et skidt sted (Bilag 7 Svend, s. 35, l. 20-29).*

Vi tolker heraf, at Svend praktiserer i et sundhedssystem, som skævvrider mulighederne for at få fysioterapeutisk behandling. Han anskuer, at en socialgruppe bliver tilsidesat, mens individer med sundhedsforsikringer får større adgang til fysioterapeutisk behandling. Denne tolkning ræsonnerer genklang i forhold til vores fordomme som privatpraktiserende fysioterapeuter, idet størstedelen af vores patientbehandlinger relaterede sig til patienter med sundhedsforsikringer, og at de sårbare og resourcesvage patienter var mindre hyppigt repræsenteret i vores kalender.

Informant Thea bidrager med et yderligere relevant perspektiv i relation til Svends oplevelser og erfaringer. Thea argumenterer for det således:

*“Hvis man kiggede på hvad de havde af muligheder for at få den rigtige behandling, og hvis de ikke har det så synes jeg, at man burde give noget støtte. Jeg tror det koster samfundet flere penge på det andet led, at patienten skal stå alene med den varme kartoffel. Altså på den lange bane, at hun ikke får den tidlige behandling, så at hun ikke*

*kan arbejde, og derfor har behov for at få dagpenge i stedet for” (Bilag 7 Thea, s. 48, l. 22-27).*

Analyseres informanternes selvforståelse omkring den fastlagte tidsramme i et kritisk common-sense perspektiv, hvor tidsrammen accepteres, tolker vi det som, at informanterne finder sig komfortable med at have deres kalender styret, og ikke behøver at forholde sig til den enkelte patients livsvilkår og behov. I form af en fastlagt struktur tolker vi, at fysioterapeuterne kan fokusere på det monofaglige indhold i behandlingen, og at det skaber en vis rytme i deres hverdag, idet de ikke i samme omfang behøver at forholde sig til netop de sårbare og resourcesvage patienter, men kan skjule sig bag deres struktur og henvise til, at de ikke har øget tid til behandlinger. Ved at fysioterapeuterne strukturerer deres behandlingskalender, forøges muligheden for at effektivisere og optimere deres tid bedst muligt. Dette tolker vi i relation til et New Public Management (NPM) paradigme, hvor organiseringen og effektiviseringen i et økonomisk øjemed netop er fundamentalt (Lehn et al. 2017, s. 19-21). Ved at fysioterapeuterne fastlægger deres arbejdstid på forhånd i relation til hver enkelt patient, kan fysioterapeuten og klinikken øge deres indtægtsmuligheder, hvilket kan tolkes som værende essentielt, hvis fysioterapeuten aflønnes efter provision, som flere af vores informanter gør. Herudover tolkes det, at ved at informanterne forholder sig passivt til deres arbejdsstruktur og accepterer de rammer som foreligger, forringes mulighederne for at behandle den enkelte unikke patient, idet alle individer er forskellige og deres behov selvklart afviger fra hinanden, og den nødvendige tidsramme heraf burde følge efter patientens behov.

Selvom fysioterapeuterne accepterer den fastlagte tidsramme, byder de muligheden for længere behandlingstid med samtidig øget betaling velkommen. Dette tolker vi i form af, at informanterne grundlæggende ønsker muligheden for at kunne levere bedre og mere tilstrækkelig fysioterapeutisk behandling for de sårbare og resourcesvage patienter, så længe det ikke er på bekostning af det økonomiske perspektiv. Denne økonomiske tankegang kan ligeledes forstås ind i et neoliberalt perspektiv, hvor individsynet er præget af økonomiske og materielle forestillinger om det gode liv (Pedersen 2011, s. 24-25). Hvis informantens fokus således retter sig mod økonomiske

interesser frem for, at det primære fokus bliver på at hjælpe den sårbare og resourcesvage patient, så tolker vi, at informantens lyst til sit faglige virke udspringer af en underliggende markedsliggørelse af sundhedsstrukturen. Fokuset burde i stedet grundlæggende baseres på at hjælpe patienten med at få det bedre og optimere muligheden for et godt og sundt liv (Præstegaard, Gard & Glasdam 2015).

Slutteligt efterspørger informanterne et øget tilskud til sårbare og resourcesvage patienter, idet fysioterapeuterne har oplevet direkte implikationer på behandlingsmulighederne i form af, at patienter stopper samarbejdet, da de ikke evner at betale for den fysioterapeutiske assistance. Samtidig med at det erfares, at flere sårbare patienter stopper deres behandlingsforløb, oplever informanterne, at patienter med sundhedsforsikringer får øget chance for at forbedre deres egen sundhed og få vejledning i, hvordan de kan optimere deres egen sundhed. Dette tolker vi som modstridende i relation til, at der skal være lige adgang for alle til sundhedsydelser i Danmark, og at den universelle velfærdsstat skal hjælpe alle borgere, som må have behov for dette. Vi vil derfor argumentere for, at den fysioterapeutiske strukturelle ramme er medvirkende til at blokere for, at sårbare og resourcesvage patienter kan få den efterspurgte og optimale hjælp, hvilket i yderste konsekvens kan medvirke til, at uligheden i sundhed reproduceres gennem den fysioterapeutiske privatpraksis.

Tolker vi informanternes perspektiver på den tidsmæssige og økonomiske strukturelle ramme i relation til vores teoretiske forståelse, kan vi med Wackerhausens perspektiver herpå analysere, at strukturen fordrer en samlebåndslogik og grundlæggende besværliggør og måske til dels umuliggør en humanistisk praksis i relation til den sårbare og resourcesvage patient. Det at praktisere humanistisk indebærer nemlig en etablering af en rummelig og social organisering på baggrund af respekt og hensynsfuldhed til den enkelte patient (Wackerhausen 2002, s. 32). En humanistisk praksis bliver derfor problematisk, når informanterne erfarer ikke at have muligheden for at tilbyde tilpasset behandlingstid efter den enkelte patients livsvilkår og behov, men derimod arbejder med en stram standardiseret tidsplan. Heraf tolker vi, at fysioterapeuten ikke kan etablere denne rummelige organisering, da strukturen ikke udviser respekt eller hensynsfuldhed til den enkelte patient.

Samtidig med at organiseringen besværliggør en humanistisk praksis, afhjælper muligheden for ekstra økonomisk kompensation i relation til længere behandlingstid ikke problemet. Ved at den privatpraktiserende fysioterapeut ikke kan få ekstra betaling for sine ydelser, bliver det herved op til den enkelte praktiserende fysioterapeut, om de vil yde ekstra tidskrævende behandling gratis, hvilket beror sig på fysioterapeutens egeninteresser. Ved at der fokuseres på egeninteresser og af særlig grad de økonomiske interesser, efterlader det, ifølge Wackerhausen (2002), særdeles vanskelige forhold for at praktisere humanistisk, i og med at økonomi og interesse-mæssige forhold i særlig ringe grad kan karakteriseres som humanistiske.

Gennem anvendelsen af et teoretisk apparat af Honneth, kan det yderligere tolkes, at den førnævnte struktur besværliggør fysioterapeutens mulighed for at operere med en retslig anerkendelse, idet at behandlingstid og økonomi ikke skeler til patientens sociale livsvilkår (Honneth 2006, s. 158). Hermed sagt, at når den fysioterapeutiske strukturelle ramme anser alle individer for at være ens, og heraf tilbyder patienterne samme muligheder, så tager den ikke højde for, at alle individer er unikke og har sit eget særegne udgangspunkt både socialt og økonomisk.

Informanterne formulerer dog sprogligt et ønske om en ændring af de økonomiske forhold for de sårbare og resourcesvage patienter i form af øget tilskud, hvis patienten selv skal betale. Dette sprogligt formulerede ønske har dog ikke sin virkeliggjorte legemlige gang i praksis, da fysioterapeuterne ikke formår at skabe en ændring af vilkårene. Informanterne accepterer strukturen og praksissen selvom de udtaler, at den skævvrider samfundet. Ifølge Wackerhausen er det den konkrete udførte praksis, som skal fordre en ændring i sundhedsvæsenet, og det er selve praksissen som primært skaber professionsidentiteten for fysioterapeuten, og ikke de sproglige formuleringer omkring, hvad deres normative standpunkt er (Wackerhausen 2002, s. 54-55). Således kan informanternes professionsidentitet tolkes som værende gennemsyret af et økonomisk perspektiv under overfladen. Hermed kan der tolkes en diskrepans mellem fysioterapeutens sproglige formålserklæring og selve praksissen, idet det at agere humanistisk umiddelbart virker usynligt og tavst for den enkelte privatpraktiserende fysioterapeut i handlerummets kompleksitet og uoverskuelighed, således at fysioterapeuten ender med at reproducere en praksis, som er middel til givent og

formentlig uønsket mål, som ingen af informanterne eksplicit udtrykker ønske om (Wackerhausen 2002, s. 30).

Slutteligt tolkes det, at fysioterapeutens mulighed for at praktisere humanistisk og anerkendende forringes på baggrund af de tidsmæssige og økonomiske strukturelle rammer, hvilket i særlig grad kan influere på den sårbare patients sundhed, og heraf på reproduktion af social ulighed i sundhed gennem den fysioterapeutiske privatpraksis.

## Dialektisk krænkelse

Enkelte empiriske udslag skiller sig markant ud og findes væsentlige at reflektere over og fortolke på. På trods af at informanterne grundlæggende formulerer sig anerkendende i relation til den sårbare og resourcesvage patient, finder vi eksempler på ulige og fornedrende interpersonel kontakt mellem fysioterapeut og patient.

Den interpersonelle kontakt mellem informant og patient kan ved anskuelse gennem deltagerobservation bidrage til en særlig eksplicitering af relationen mellem patient og fysioterapeut i den givne kontekst.

Betragtes en deltagerobservation af Svend og en sårbar patient, der vurderes at adskille sig signifikant i forhold til de resterende observationer og tydeligt fremstår som dens mest vanskelige intervention, tolker vi, at den interpersonelle kontakt bærer præg af centrale samarbejdsvanskeligheder, der kommer til udtryk som en fornedrende adfærd fra Svend. Nedenstående ses et uddrag fra denne deltagerobservation, der vurderes at indeholde relevante perspektiver herpå:

*Svend står afventende og virker en smule utålmodig. Efter en hurtig velkomst, træder de ind i behandlingsrummet. Patienten sætter sig spontant på briksen og begynder at tale om meget og længe om alt fra bussen til hendes hverdag. Patientens monolog medfører en lidt trykket stemning i rummet og Svend står lidt afventende og skifter vægten fra det ene ben til det andet lettere utålmodigt jo længere monologen varer. Der ses en lidt tvetydig, flad og tøvende respons fra Svend og han er på intet tidspunkt nede i øjenhøjde med patienten (Bilag 6 Svend, s. 16, l. 11-18).*

Den interpersonelle kontakt ekspliciteres i denne observation og tolkes at bære tydeligt præg på samarbejdsvanskeligheder samt manglende rummelighed og empati, der fremkommer både gennem implicite kropslige reaktioner og eksplicit sproglig respons. Det er tydeligt, at Svends fysioterapeutiske identitet og rolle adskiller sig i denne intervention modsat de andre observerede interventioner. Relationen og kontakten til patienten tolkes som værende uden engagement fra Svends perspektiv, hvilket bevirker at den rummelighed og empati, der ellers er til stede i hans interventioner direkte er fraværende her. Der findes en nedværdigelse i kontakten til patienten, som tolkes grundlæggende at bunde i tydelige samarbejdsvanskeligheder og manglende engagement fra Svends side.

Sammenholdes ovenstående deltagerobservation med udsagn fra konfrontationen af Svend med denne observation i interviewet, fremkommer yderligere relevante perspektiver.

*“Hun har været vanskelig set fra mit synspunkt rent samarbejds-mæssigt. Og det skal ikke være nogen hemmelighed, at jeg på et tidspunkt har været sådan lidt om det her behandlingsforløb var det rigtige eller ej, hvor jeg har prøvet at snakke med hende omkring, om det her giver mening og om vi skal fortsætte, fordi vi nok begge to har kunne mærke, at det ikke var helt optimalt og derfor drøftede andre alternativer uden at nå frem til noget konkret (Bilag 7 Svend, s. 40, l. 4-9).*

Ovenstående udsagn betragtes således, at Svend delvist er bevidst omkring den mangelfulde kontakt til patienten i form samarbejds-mæssige udfordringer og hvad vi tolker som, for ham værende, en undefinerbar trykket stemning og relation. Dette har dog ikke ledt til en ændring, hvilket kan tolkes som en acceptering af den mangelfulde interpersonelle kontakt, der kan være gældende fra både Svend og patientens perspektiv. Dog finder vi ikke, at en eksplicit italesættelse af mulighederne for forandring, kan gyldiggøre en fraværelse af rummelighed og empati, der direkte kan tolkes som en fornedrelse af netop denne sårbare patient, hvorfor en delvist bevidsthed heromkring ikke gør nedværdigelsen mindre.

Yderligere én deltagerobservation af en anden informant end ovenstående skiller sig på samme måde ud. Her kan den interpersonelle kontakt mellem informant Julie og en sårbar patient ved anskuelse gennem deltagerobservation ligeledes bidrage til en særlig eksplicitering af relationen mellem patient og fysioterapeut i den givne kontekst. Her tolkes den interpersonelle kontakt ligeså at bære præg af samarbejdsvanskeligheder, der kommer til udtryk som en negligering og heraf fornedrende adfærd fra Julie.

Nedenstående ses et uddrag fra deltagerobservationen, som er en holdtræningssession, der vurderes at indeholde relevante perspektiver herpå:

*En enkelt patient på holdet går lidt rundt for sig selv, som Julie ikke henvender sig til i samme grad som til de andre patienter. Denne patient kommer helt hen og står foran Julie to gange og forsøger at komme i kontakt med hende uden hun responderer herpå.*

*Patienten ser lidt slukøret og fortvivlet ud herved.* (Bilag 6 Julie, s. 19, l. 8-12).

Den interpersonelle relation under interventionen tolkes heraf som mangelfuld på trods af, at patienten gentagne gange forsøger at etablere en kontakt med Julie. Denne negligering og manglende anerkendelse af patientens tilstedeværelse fordrer en fornedrelse af netop denne enkelte sårbare patient.

Sammenholdes ovenstående deltagerobservation med udsagn fra konfrontationen af Julie med denne observation i interviewet, demaskeres yderligere relevante pointer. *“Og ham du talte om før, der føler jeg, at hvis jeg korrigerer hans træning, så får han alligevel ikke så meget ud af det, da han har svært ved det. Så derfor har jeg givet lidt op på at korrigere noget ved ham, da der alligevel ikke sker noget positivt af det”* (Bilag 7 Julie, s. 46, l. 1-4)

Udsagnet tydeliggør at den mangelfulde kontakt fra Julies perspektiv primært bunder i samarbejdsvanskeligheder, som resulterer i, at hun i den konkrete fysioterapeutiske relation fravælger at tage kontakt til patienten for at korrigere ham. Heraf tolker vi at dele af den mangelfulde interpersonelle kontakt til patienten er på baggrund af faglige overvejelser, der dog ikke forklarer, hvorfor den sårbare patient negligeres ved direkte forsøg på etablering af kontakt til Julie, hvorfor vi fortsat vil argumentere for at der finder en fornedrelse sted af den pågældende patient.

Anskues begge ovenstående fortolkede eksempler på fornædrelse af patienten i relation til Honneths teori omkring krænkelse finder vi, at intersubjektiviteten og fysioterapeutiske kontakt til den pågældende patient bærer præg af henholdsvis krænkelse i relation til den retslige og solidariske anerkendelsessfære. Overordnet set bevirker begge eksempler på krænkende interrelationelle forhold, at patientens opnåede intersubjektivitet og forståelse af sig selv kan ødelægges. Patienternes positive selvbillede og opfattelse af sig selv som et moralsk og positivt individ kan reduceres, og kan i værste tilfælde få deres identitet til at bryde sammen (Honneth 2006, s. 175).

Tolker vi på relationen i eksemplet med Julie og den sårbare patient finder vi en krænkelse inden for den retslige sfære i form af en ringeagt i relation til det moralske aspekt omkring en udelukkelse af den pågældende patient, der hermed helt grundlæggende fratages sundheds- og samfundsmæssige rettigheder (Honneth 2006, s. 176-177) Fratagelsen af rettigheder vedrører ifølge Honneths perspektiver ikke kun den konkrete udelukkelse, hvor Julie ikke henvender sig til patienten i samme grad på baggrund af hendes påpegede faglige biomedicinske argumenter, men i særdeleshed også på selve patientens oplevelse og følelse af, ikke at være et moralsk fuldbyrdet medlem af det fysioterapeutiske hold og ikke have samme interrelationelle forhold til Julie (Honneth 2006, s. 178). Den retslige anerkendelse kan således ikke udelukkende bero på et fagligt argument om manglende inddragelse, hvis ikke patienten selv får mulighed for at tage stilling hertil. Som konsekvens heraf risikerer den sårbare patient hermed: *“At blive nægtet socialt gældende retskrav er ensbetydende med en krænkelse af ens intersubjektivt nærede tillid til, at man er anerkendt som et subjekt med moralsk dømmekraft. I denne henseende medfører fratagelsen af rettigheder som regel også tab af selvrespekt”* (Honneth 2006, s. 178).

Således kan en negligering i den interpersonelle relation til patienten i sidste ende medføre et tab af selvrespekt hos patienten.

Tolker vi på relationen i eksemplet med Svend, finder vi en krænkelse inden for den solidariske sfære, hvor patientens sociale værdi, ved at blive anset for mindreværdig eller mangelfuld, kan medføre at patienten mister muligheden for at se, hvorledes netop deres evner kan tillægges social værdi for relationen i interventionen og heraf slutteligt



for samfundet (Honneth 2006, s. 179). Derfor vil vi argumentere for, at denne ringeagt af patienten medfører en usikker og porøs relation, hvor patienten har vanskeligt ved at vide om hun er værdig til at modtage behandling og være til stede i konteksten. Den problematiske interpersonelle relation i det givne eksempel, risikerer således som yderste konsekvens at destruere eller reducere patientens sociale selvværdsættelse (Ibid).

Den intersubjektive relation er dog ikke kun begrænset til patientens perspektiv, men må anses som et dialektisk samspil mellem fysioterapeut og patient. Informanterne må således også føle sig anerkendt, værdsat og respekteret, for at det intersubjektive forhold er optimalt og der ikke forefindes krænkelser og ringeagt.

Et enkelt sted i empirien findes tegn på hvorledes den interpersonelle kommunikation kan påvirke fysioterapeutens selvforhold i relation til en sårbar og ressourcetsvag patient. Følgende udsagn af Julie eksemplificerer dette:

*“(...) jeg har for eksempel også en anden patient med leddegigt, som nogle gange kan være noget urimelig i de ting hun siger, men jeg bærer nok noget mere over med hende fordi, at jeg ved at hun er meget smerteplaget og har mange ting at tumle med, så der er min grænse nok noget længere. Jeg kan dog godt mærke inde i mig selv, at nogle gange krydser hun min grænse, og at hun kræver noget mere af mig end jeg måske behøver at give hende, men jeg gør det alligevel (...)”* (Bilag 7 Julie, s. 42, l. 8-14).

Vi tolker heraf, at den pågældende sårbare patient slipper afsted med at overskride Julies grænser i form af netop denne sårbarhed og mangel på ressourcer. Julie må i relationen med patienten gå på kompromis med sine personlige værdier for, hvornår noget vurderes som etisk og moralsk acceptabelt, hvilket kan tolkes ud fra et bredere perspektiv om et generelt ønske for altid at yde sit bedste som sundhedsprofessionel. Ved at Julie føler, at hendes grænser kan og må overskrides i relationen med denne sårbare patient, kan hun i den sociale relation med patienten opleve at blive anset for mindreværdig og hermed risikere at miste muligheden for at se, hvorledes hendes evner kan tillægges social værdi for relationen i netop denne intervention (Honneth 2006, s. 179).

Således tolkes eksempler på, hvorledes krænkelse i den fysioterapeutiske behandling af den sårbare og resourcesvage patient, skal ses som en dialektisk størrelse, hvor fysioterapeuten på lige fod med patienten kan opleve krænkelse, som for os, er et overraskende og supplerende perspektiv på mulighederne for at arbejde anerkendende i den fysioterapeutiske privatpraksis.

## Diskussion

I det følgende præsenteres nærværende speciales diskussionsafsnit. Der vil blive forelagt en diskussion omhandlende perspektiver på Honneths anerkendelsesteori i relation til praksis samt en diskussion af specialets betegnelse af den sårbare og resourcesvage patient. Slutteligt diskuteres nye relevante perspektiver, som kunne være interessante at undersøge nærmere.

### Anerkendelse i praksis

Grundlæggende relaterer Honneths anerkendelsesteori sig til betingelserne for det gode liv uden at præsentere substantielle og konkrete procedurer for den praktiske anvendelse, hvorfor vi finder det relevant at diskutere, hvordan teorien kan anvendes i den konkrete fysioterapeutiske privatpraksis. Honneths anerkendelsesteori anskues generelt som en etisk og moralsk fordring fremfor en direkte handlingsanvisning, og fordringen om anerkendelse handler fundamentalt om synliggørelse, om altid at interagere med respekt og empati i relation til lige rettigheder og en åben værdihorisont i mødet med andre mennesker.

I den fysioterapeutiske privatpraksis bør dette således teoretisk udmønte sig som en anerkendende tilgang i forhold til at skabe gode muligheder for sundhed til alle og anerkendelse af den enkeltes værdier, også selvom at disse værdier er modstridende generelle historiske normer angående et sundt liv.

Fordringen om anerkendelse relaterer sig ifølge Honneth således ikke til noget konkret, hvorfor vi vil argumentere for, at anerkendelse i praksis kan have iboende modstridende konflikter, hvor ikke alle anerkendelseskrav kan understøttes samtidigt. Et eksempel

herpå kan være, at vi i vores analyse har tolket, at informanterne både ønsker at forholde sig neutralt til den aktuelle givne tidsramme, idet der herved ikke forskelsbehandles, men samtidig ønsker at have muligheden for at give de sårbare og ressourcetsvage patienter længere behandlingstid, hvis de honoreres økonomisk. Således ses to modstridende anerkendelseskrav, hvor tilgodeseelsen af alle patienters lige rettigheder kontra den enkelte sårbare patients behov for længere behandlingstid konflikter i praksis. Prioritering kan hermed siges at være en væsentlig faktor i forhold til, hvad den enkelte finder retfærdigt og heraf baserer sin anerkendelse på.

Idet det ikke ligger i Honneths teori, hvad det gode liv er, og hermed hvordan den enkelte fysioterapeut skal prioritere mellem de forskellige anerkendelseskrav, finder vi det relevant at diskutere teoriens anvendelse i den konkrete fysioterapeutiske praksis i relation til vores analytiske fund.

Honneths teori er formuleret så åbent og formelt, at den ikke kan tillægges konkret, hvori det gode liv består. Anerkendelsestanken understreger nærmere, at det er op til det enkelte individ og i relation til den enkelte patients livsværdier at definere dette, hvilket formentlig også er derfor, at Honneth er tilbageholdende med at klarlægge, hvad der bør prioriteres, når konkrete anerkendelseskrav konflikter med hinanden (Juul 2012, s. 348). Således efterlader det ingen konkrete værktøjer til fysioterapeuten i en anerkendende behandling af patienten, og den enkelte fysioterapeut må på baggrund af egen fysioterapeutisk viden, forståelse og identitet lave denne prioritering i anerkendelseskrav.

Juul argumenterer for en inddragelse af Ricoeurs dømmekraftbegreb for at gøre Honneths teori om anerkendelse meningsfuld i praksis (Ibid, s. 350), hvilket vi kan tillægge os i relation til vores analytiske fund, der netop påpeger, at det er på baggrund af den enkelte fysioterapeuts forståelse og identitet at muligheden for anerkendelse i praksis genereres. Ricoeurs dømmekraftbegreb relaterer sig til en slags handlingsdisposition for den enkelte, der er determinerende for, hvordan der prioriteres og vægtes i konkrete situationer. Dømmekraften kan være etisk såvel som uetisk og er ikke konstant, idet den påvirkes af den aktuelle historiske kontekst og de tilknyttede samfundsnormer og fremtræder ligeledes i den dynamiske interaktion i behandlingen af en patient (Juul 2012, s. 350). Det er således særdeles relevant at fokusere på den

enkelte fysioterapeuts dømmekraft i relation til anvendelsen af Honneths anerkendelsesteori i vores konkrete behandlede praksis. Det understøtter vores fund omkring, hvorledes en overskyggende biomedicinsk forståelse af sundhed samt tilgang til fysioterapi kan medvirke til at reducere den enkelte fysioterapeuts udgangspunkt for at arbejde anerkendende med den sårbare og ressourcetsvage patient. Dette fordi vi finder, at denne type patient sjældent kan integreres ind i en forsnævret fysioterapeutisk forståelse og professionsidentitet og således risikerer ikke at blive anerkendt i samme grad som den ressourcestærke patient. Modsat finder vi dog ligeledes eksempler på, hvordan én fysioterapeut, på baggrund af en mere åben tilgang til sundhed og andre personlige etiske idealer, muliggør en individuering af den enkelte patient, der heraf kan opnå social værdsættelse i kraft af sine egne præstationer. Således at den fysioterapeutiske tilgang og dømmekraft i forhold til den sårbare og ressourcetsvage patient hos én af fysioterapeuterne ligeledes kan skabe muligheden for at arbejde anerkendende, ved at fokusere på den enkelte patients livsverden og identitet.

På baggrund af ovenstående finder vi det essentielt at diskutere, hvad denne dømmekraft og prioritering af anerkendelseskrav i praksis grundlæggende baserer sig på og hermed betyder for den enkelte fysioterapeut og dennes mulighed for at arbejde anerkendende med den sårbare patient.

Vi tolker i analysen, at samfundstendenser som neoliberalisme og healthism, med et dominerende fokus på en biomedicinsk tilgang og egenansvar, har en fundamental påvirkning på den fysioterapeutiske faglige og muligvis også personlige identitet. Hvilket leder til vores tolkning af, at det måske i særlig grad er de aktuelle samfundstendenser og strukturer, der gennem en generel magtpåvirkning præger kulturen i den lokale praksis, og herigennem professionsidentiteten, den fysioterapeutiske tilgang og intervention med den sårbare og ressourcetsvage patient hos den enkelte, frem for mere individuelle og personlige faktorer. Det er selvkært ikke tydeligt for den enkelte fysioterapeut i deres udsagn og ageren, at det overliggende er samfundstendenser og strukturer, der påvirker deres fysioterapeutiske forståelse og identitet, hvorfor det er en balancegang, i hvor høj grad den enkeltes etiske og moralske værdier i den konkrete behandling i praksis influerer på muligheden for at arbejde

anerkendende med den sårbare og ressourcetsvage patient. Således er dømmekraften også afhængig af den enkelte fysioterapeuts personlige værdier og holdninger.

Yderligere finder vi i analysen, at de grundlæggende strukturelle rammer i den fysioterapeutiske privatpraksis, spiller en rolle i forhold til, hvordan den enkelte fysioterapeuts dømmekraft udspiller sig, og hvorledes der kan prioriteres mellem de forskellige anerkendelseskrav. Vi finder, at fysioterapeutens mulighed for at arbejde anerkendende tydeligt forringes på baggrund af de tidsmæssige og økonomiske strukturelle rammer, som den fysioterapeutiske privatpraksis er underlagt. Således vil vi argumentere for, at den enkelte fysioterapeuts dømmekraft og heraf mulighed for at arbejde anerkendende med den sårbare og ressourcetsvage patient, i høj grad er betinget af overliggende samfundstendenser og konkrete tids- og økonomimæssige strukturer samt ligeledes af den enkelte fysioterapeuts etiske og moralske værdier og holdninger.

Grundlæggende vil vi argumentere for, at disse forhold betinger den konkrete prioritering af anerkendelseskrav i praksis, hvilket efterlader os med en bekymring for, hvorvidt hensynet til den enkelte patients livsvilkår og ønsker i det aktuelle samfund kan vægtes tilstrækkeligt, og hermed i hvor høj grad muligheden for ikke at reproducere ulighed i sundhed forefindes i den fysioterapeutiske privatpraksis på baggrund af en sådan prioritering ud fra dømmekraft.

## En klassifikation som sårbar og ressourcetsvag?

I nærværende speciale har vi anvendt en betegnelse af den sårbare og ressourcetsvage patient, som er udbredt i sundhedssystemet. Betegnelse af den sårbare patient omhandler, at de sårbare patienter næsten altid har et socialt problem ved siden af deres sygdom, som kan relatere sig til økonomi, tid, transport og medfører at de sårbare patienter ofte ikke får fulgt op på deres helbredsmæssige tilstand (Lindberg, Thorsen & Reventlow 2011, s.11). I relation til Wackerhausens teori om humanisme og det åbne sundhedsbegreb kan det diskuteres, hvorvidt en sådan betegnelse og klassifikation kan anskues som værende tendentiøs og måske endda fejlagtig, idet at det heri ikke anerkendes, at der må tages højde for den enkelte patients kulturelle og personlige

livsperspektiv udtrykt gennem deres subjektive holdninger. Således kan der argumenteres for, at vi ved at anvende en sådan betegnelse ikke formår at anlægge et metakulturelt og funktionelt perspektiv på patienten i den konkrete kulturelle og samfundsmæssige kontekst (Wackerhausen 2002, s. 45-46). Vi kan grundlæggende stille os kritiske overfor, hvorvidt vi har formået at anerkende den enkelte patients kulturelle og personlige livsperspektiv, når vi ikke har inddraget den enkelte patients holdninger omkring italesættelsen af klassifikationen sårbar og resourcesvag. Denne betegnelse er udelukkende anvendt i praksis på baggrund af drøftelse med den enkelte fysioterapeut i relation til vores perspektiver, fordomme og observationer. Vi vil dog argumentere for, at anvendelsen af betegnelsen sårbare og resourcesvage patienter har sin berettigelse i nærværende speciale, idet vi gennem vores indgående kendskab til feltet, vores fordomme og nye viden og erfaringer baseret på de empiriske og analytiske fund oplever, at der er patienter i den fysioterapeutiske praksis, der har særlige vilkår og behov. For at kunne opnå en fortolkende forståelse af meningen omkring disse patienter og den fysioterapeutiske mulighed for at arbejde anerkendende med disse, finder vi det nødvendigt at kategorisere denne gruppe af patienter. Omend det selvklart er forankret i vores egne personlige fordomme og perspektiver i samstemmighed med den enkelte fysioterapeut. Vi finder ligeledes denne kategorisering af de sårbare og resourcesvage patienter yderst relevant i relation til at kunne behandle selve samfundsproblematikken omkring reproducering af social ulighed i sundhed - også i den fysioterapeutiske privatpraksis.

Idet vi finder kategoriseringen af den sårbare og resourcesvage patient relevant i den fysioterapeutiske privatpraksis, er det interessant at diskutere, hvordan den enkelte fysioterapeut vurderer og anvender denne kategorisering i praksis og heraf hvilke vurderingsmekanismer, der er i spil. Vi vil på baggrund af vores analytiske fund argumentere for, at alle specialet inddragede fysioterapeuter implicit eller eksplicit anvender en sådan kategorisering. Nogle af fysioterapeuterne differentier helt eksplicit og bevidst mellem patienterne i forhold til en sårbarhedsgrad og andre angiver ikke bevidst at reflektere over en sådan differentiering, men eksekverer denne i lige så høj grad ved nærmere indspørgen og uddybning samt ved observationerne i praksis. Heraf kan vi argumentere for, at der ikke er en grundlæggende eksplicit konsensus, som er

tydelig for den enkelte fysioterapeut omkring, hvordan en sådan kategorisering af den sårbare og ressourcetsvage patient skal og bør udforme sig. Således kan det tyde på at det er op til den enkelte fysioterapeuts egne vurderingsmekanismer at vurdere og betegne denne gruppe af patienter. Det kan heraf diskuteres, hvorvidt der kan findes nogen konsensus i disse personlige vurderingsmekanismer eller om kategoriseringen af den sårbare patient bliver en diffus og autonom størrelse. Vi vil dog argumentere for, på baggrund af vores analytiske fund, at der ses tegn på nogle gennemgående tendenser i relation til denne differentiering. Vi finder særligt at parametre vedrørende økonomi, kroniske smerter og psyko-soziale problemstillinger anvendes i vurderingen af patientens vilkår og behov i relation til det fysioterapeutiske behandlingsforløb. Dog finder vi ligeledes, at det i praksis er op til den enkelte fysioterapeuts dømmekraft og prioritering, hvad denne differentiering har af betydning for muligheden for en anerkendende og humanistisk fysioterapeutisk behandling.

## Nye perspektiver på feltet

I forbindelse med udarbejdelsen af nærværende speciale er der opstået andre interesseområder og perspektiver i relation til genstandsfeltet, som kunne være interessante at undersøge nærmere. Vi finder det interessant og yderst relevant i relation til vores fund at andre perspektiver belyses nærmere.

I forbindelse med anerkendelsesmulighederne i den fysioterapeutiske privatpraksis ville det være oplagt at inddrage patienternes erfaringer og oplevelser af den fysioterapeutiske behandling. Dette ville bidrage med relevante og interessante perspektiver på brugen af Honneths anerkendelsesteori, særligt i relation til krænkelssessfæren, og kunne yderligere være med til at nuancere og eventuelt validere vores undersøgelse, samt at anvendelsen af teorien ville blive lettere tilgængelig, idet at Honneth anbefaler at tage udgangspunkt i netop de krænkedes oplevelser og erfaringer (Juul 2012, s. 344). Inddragelse af patienternes perspektiv ville naturligt være relevant at supplere i forlængelse af nærværende speciales videnskabssteoretiske standpunkt eventuelt gennem fokusgruppe- eller semistrukturerede interviews.

Yderligere finder vi, at det kunne være relevant at undersøge, hvilke personlige faktorer, der gør sig gældende for den privatpraktiserende fysioterapeut i forhold til prioritering

og anvendelse af dømmekraft i specifikke situationer med den sårbare patient. Heraf kunne det være interessant at undersøge, hvilke specifikke personlige faktorer og værdier hos den enkelte fysioterapeut, der eventuelt påvirker muligheden for at arbejde med anerkendelse af den sårbare patient. I henhold hertil hvilke særlige personlige faktorer, der muligvis influerer på, at én fysioterapeut i højere grad formår at arbejde anerkendende med den sårbare patient i forhold til de andre.

Ydermere kunne det være interessant med uddybende perspektiver på, hvorledes de forskellige ansættelsesforhold, anciennitet og livserfaring eventuelt influerer på mødet og behandlingen af den sårbare og ressourcetsvage patient.

I relation hertil kunne det igen være interessant at uddybe dette i forlængelse enten af nærværende speciales videnskabsteoretiske udgangspunkt eller med udgangspunkt i et kropsfænomenologisk perspektiv, gennem deltagerobservationer og interviews, med fokus på den enkelte fysioterapeuts kropslige og sanselige oplevelser i behandlingen af den sårbare patient. Således at fysioterapeutens levende krop opfattes som afgørende for sanseerfaringen, og dermed fundamental for alle andre former for erfaringer, da kroppen altid er til stede og hermed indeholder relevante sanselige perspektiver på behandlingen af den sårbare patient.

Slutteligt finder vi det relevant og interessant, hvis fremtidige studier belyste fysioterapeutuddannelsens betydning i forhold til at praktisere en humanistisk og anerkendende tilgang til fysioterapi. Herunder hvorledes betydningstilskrivningen af sundhed og det bio-psyko-sociale perspektiv kan ses i uddannelsens opbygning og faglige indhold og herunder, hvordan dette kan tænkes at præge den fysioterapeutiske forståelse og identitet og i sidste ende problematikken omkring ulighed i sundhed. Et socialkonstruktivistisk udgangspunkt for sådan en undersøgelse med relevante diskursanalyser af uddannelsesdokumenter og policy-dokumenter kunne være interessant at forfølge, idet det muliggør at undersøge en "selvfølgelig viden" og klarlæggelse af diverse magtstrukturer, herunder aktuelle samfundstendenser, gennem en virkelighedsforståelse baseret på sprog og diskurser.



# Konklusion

I det følgende fremføres nærværende speciales konklusion på baggrund af elementer fra vores aktuelle nuancerede perspektiver og fordomme på genstandsfeltet.

Vi kan grundlæggende konkludere, at den privatpraktiserende fysioterapeut erfarer og oplever, at det er essentielt, i arbejdet med den sårbare patient, at have en empatisk tilgang i behandlingen med fokus på en lyttende, medskabende og rummelig kommunikation.

Vi finder dog diskrepans mellem fysioterapeuternes sproglige artikulerede budskaber og den faktiske ageren i praksis. Vi udleder, at den umiddelbare humanistiske og empatiske tilgang, som fysioterapeuterne sprogligt giver udtryk for, ikke i samme grad er humanistisk, når vi tolker på samtlige perspektiver og ser på, i hvilket omfang patienten, på baggrund af humanistiske og ikke bare de biomedicinske dimensioner, er "sagen" vedkommende. Således opstår diskrepansen, idet de bevidste og intentionelle forhold bliver sekundære i relation til de ikke-reflekterede forhold og vi kan konkludere, at den enkelte fysioterapeuts praksis grundlæggende kun er empatisk, humanistisk og anerkendende på overfladen.

I relation hertil ses, at de aktuelle neoliberale samfundstendenser kan tolkes at påvirke selve den empatiske interpersonelle kommunikationen mellem fysioterapeut og patient. Empatien i kommunikationen kan således fremstå som et "manipulerende" og motiverende middel som fysioterapeuten anvender til at opnå selviske mål.

Herudover kan vi konkludere, at én enkelt af fysioterapeuterne gjorde vores fordomme til skamme og praktiserede fysioterapi med en intersubjektiv relation hvori, empati, rummelighed og respekt for den sårbare og ressourcetsvage patient herskede. Heri med tydelige perspektiver på anerkendelse af den sårbare patient både ud fra den retslige og solidariske sfære samt ligeledes spæde tegn på anerkendelse ud fra kærlighedssfæren.

Vi finder således tydelige forskelle i fysioterapeuternes professionsidentitet, samt at de er betinget af andet og mere end fysioterapeuternes artikulerede idealer, forestillinger og

kundskaber. Heraf konkluderer vi, at den enkelte fysioterapeuts personlige faktorer, ansættelsesvilkår- og tid kan synes at påvirke muligheden for at praktisere anerkendende.

Yderligere kan vi konkludere, at der ses en sammenhæng mellem, hvilken fysioterapeutisk forståelse og identitet den enkelte har og mulighederne for at praktisere med en anerkendende og humanistisk tilgang. Vi finder, at muligheden for at arbejde anerkendende med den sårbare patient reduceres gennem en primært biomedicinsk fysioterapeutisk forståelse, hvorimod muligheden øges gennem en mere psyko-social forståelse. Heraf konkluderer vi, at en primært biomedicinsk forståelse for sundhed og biomedicinsk tilgang til behandling af patienterne, langt fra giver de optimale betingelser for at kunne respektere og anerkende den sårbare og ressourcetsvage patientens livsverden og identitet.

Dele af den fysioterapeutiske identitet kan således tydeligt sættes i relation til de aktuelle samfundstendenser; neoliberalisme og healthism, hvor egenansvar og det biomedicinske fokus på sundhed bliver dominerende i behandlingsrelationen.

De strukturelle rammer findes ligeledes betydningsfulde for de privatpraktiserende fysioterapeuter i relation til anerkendelse af den sårbare patient. Overordnet kan vi konkludere, at de konkrete strukturelle rammer på den pågældende klinik, i form af en på forhånd fastlagt tidsramme, der både i vores fordomme og i fysioterapeuternes erfaring anses for værende en norm inden for fysioterapi i privatpraksis, har betydning for anerkendelsen af den sårbare patient. Fysioterapeuterne finder grundlæggende en fastlagt tidsramme bekvem at behandle efter, idet det fritager dem for at tage stilling til hver enkelt patients vilkår. De ønsker dog samtidig at kunne øge behandlingstiden for den sårbare patient, hvis det korrelerer med en økonomisk honorering. Vi ser således igen tegn på, hvordan den aktuelle samfundstendens med neoliberalismen, og det heri indlejrede fokus på optimering og effektivisering i et økonomisk rationale, påvirker både den enkelte fysioterapeuts mulighed for at arbejde anerkendende direkte, og implicit gennem de konkrete strukturelle rammer. Strukturen fordrer en

samlebåndsløgik, der besværliggør, og måske til dels umuliggør, en humanistisk praksis i relation til den sårbare og ressourcetsvage patient.

En vigtig pointe at konkludere på, er at alle fysioterapeuterne oplever en problematik i den private praksis, omkring at økonomisk sårbare og ressourcetsvage patienter stopper behandlingen. For at imødekomme denne problematik oplever fysioterapeuten at må gå på kompromis med deres faglighed og tilrettelægge forløbet efter patientens økonomiske forhold frem for personlige og behandlingsmæssige behov.

Vi kan heraf konkludere, at de strukturelle rammer er medvirkende til at blokere for, at økonomisk sårbare patienter kan få den efterspurgte og optimale hjælp, hvilket i yderste konsekvens kan medvirke til, at uligheden i sundhed reproduceres gennem den fysioterapeutiske privatpraksis.

Slutteligt kan vi konkludere, at der opstår enkelte krænkelser som konsekvens af den manglende anerkendelse i behandlingen. Vi ser eksempler på, at intersubjektiviteten og den fysioterapeutiske kontakt bærer præg af krænkelser i relation til den retslige og solidariske anerkendelsessfære for patienten. Krænkelserne må dog ses som en dialektisk størrelse, hvor fysioterapeuten, på lige fod med patienten, kan opleve krænkelser. Dette er, i relation til vores fordomme, et nyt perspektiv på mulighederne for at arbejde anerkendende med den sårbare og ressourcetsvage patient i den fysioterapeutiske privatpraksis.

# Litteraturliste

## Bøger:

- Aamann, I.C. 2017, *Kampen for det sociale renommé – Forældreskab og forebyggelse i et klasseperspektiv*, [Ph.D.], Roskilde Universitet: Institut for Mennesker og Teknologi.
- Andersen, M.H., Jørgensen, L. & Davidsen, S. 2016, Kap 4. *Litteratur- og informationssøgning i samfundsvidenskaberne i Metoder i samfundsvidenskaberne* af Kristensen, C.J. & Hussain, M.A. Samfundslitteratur Frederiksberg C, 1. Udgave.
- Bjørnlund, I. B., Sjöberg, N. E. & Lund, H. 2017, *Basisbog I Fysioterapi*, Munksgaard, København, 2. Udgave, 1. Oplag.
- Brinkmann, S. 2012, Kap. 13 *Præsentation og formidling af deltagerobservationer i Deltagerobservation - En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* af Pedersen. M., Klitmøller. J. & Nielsen. K. Hans Reitzels Forlag, København K, 1. Udgave, 1. Oplag.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. 2015, *Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: En introduktion i Kvalitative metoder - En grundbog af* Brinkmann, S & Tanggaard, L. Hans Reitzels Forlag, 2. Udgave, 1. Oplag.
- Crawford, R. 1980, *Healthism and the medicalization of everyday life*, International Journal of Health Services. Vol. 10, Nr. 3. Baywood Publishing Co. Inc.
- Crawford, R. 2006, *Health as a meaningful social practice*, Sage Publications, London, Vol 10 (4).
- Det Ethiske Råd, 2016, *Hvad er Sygdom?*
- Diderichsen, F., Andersen, I. & Manuel, C., 2011, *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*, København S: Sundhedsstyrelsen.
- Forum for Lighed i Sundhed, 2017, *Handlingsnotat for mere lighed i sundhed*.
- Gadamer, H.G. 2007, *Sandhed og metode - grundtræk af en filosofisk hermeneutik*, Hans Reitzel Forlag, 2. Udgave, 3. Oplag.

- Honneth, A. 2003, *Behovet for anerkendelse*, Hans Reitzel Forlag, København, 1. Udgave, 5. Oplag.
- Honneth, A. 2006, *Kamp om anerkendelse: sociale konflikters moralske grammatik*, Hans Reitzel Forlag, København, 1. Udgave, 5. Oplag.
- Jonasson, C. 2012, Kap 4. *På vej ind i felten - De indledende skridt som deltagerobservatør i Deltagerobservation - En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* af Pedersen. M., Klitmøller. J. & Nielsen. K. Hans Reitzels Forlag, København K, 1. Udgave, 1. Oplag.
- Juul, S. 2017, *Selvets kultur: en kritik af individsamfundets menneskesyn og fornuft: et essay*, 1. Udgave, 1. Oplag, Hans Reitzels Forlag.
- Juul, S. 2012, Kap. 4 *Hermeneutik i Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring* af Juul, S. & Pedersen, K. B., Hans Reitzel Forlag, 1. Udgave, 3. Oplag.
- Juul, S. 2012, Kap. 9 *Nyere kritisk teori i Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring* af Juul, S. & Pedersen, K. B., Hans Reitzel Forlag, 1. Udgave, 3. Oplag.
- Juul, S. 2010, *Solidaritet: anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft - En kritisk analyse af barrierer for sammenhængskraft i velfærdssamfundet*, Hans Reitzels Forlag, København K, 1. Udgave, 2. Oplag.
- Juul, S. & Riiskjær, E. 2012, *Fælles værdier - I det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte*, Social- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed & Forebyggelse.
- Klitmøller, J. 2012, Kap. 12 *Pragmatisk analyse og fortolkning af materiale fra deltagerobservation i Deltagerobservation - En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* af Pedersen. M., Klitmøller. J. & Nielsen. K. Hans Reitzels Forlag, København K, 1. Udgave, 1. Oplag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *Interview - introduktion til et håndværk* Hans Reitzels Forlag, København 2. Udgave, 1. Oplag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2015, *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*, Hans Reitzels Forlag, København, 3. Udgave.
- Kristiansen, S. 2012, Kap 15. *Etiske udfordringer ved deltagende observation i Deltagerobservation - En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* af

- Pedersen. M., Klitmøller. J. & Nielsen. K. Hans Reitzels Forlag, København K, 1. Udgave, 1. Oplag.
- Lehn-Christiansen, S., Liveng, A., Dybbroe, B., Holen, M., Thualagant, N., Aamann, I. C., & Nordenhof, B. 2017. *Indledning i Ulighed i sundhed. Hvorfor en ny bog om ulighed i sundhed?* Frederiksberg: Frydenlund Academic.
  - Lindberg, L.G., Thorsen, Thorkil. & Reventlow, S. 2011, *Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis*, Forskningsenheden for Almen Praksis, København.
  - Lindseth, A. & Norberg, A. 2004, *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*, Scandinavian Journal Caring Science; 18.
  - Lund, H., Bjørnlund, I.B. & Sjöberg, N. E. 2013, *Basisbog I Fysioterapi*, Munksgaard København, 1. Udgave, 3. Oplag.
  - Olesen, J. 2017, *Hvad er fysioterapi*, i *Fysioterapeuten NO*, 2.18 Årgang 85.
  - Pedersen, M. 2012, Kap. 8 *Triangulær validering - Samspillet mellem deltagerobservation og kvalitative interview* i *Deltagerobservation - En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* af Pedersen. M., Klitmøller. J. & Nielsen. K. Hans Reitzels Forlag, København K, 1. Udgave, 1. Oplag.
  - Pedersen, O.K. 2011, *Konkurrencestaten*, Hans Reitzel Forlag, 1. Udgave, 5. Oplag.
  - Poulsen, B. 2016, Kap. 5. *Semistrukturerede interviews* i *Metoder i samfundsvidenskaberne* af Kristensen, C.J. & Hussain, M.A. Samfundslitteratur Frederiksberg C, 1. Udgave.
  - Præstegaard, J., Gard. G. & Glasdam. S. *Physiotherapy as a disciplinary institution in modern society - a Foucauldian perspective on physiotherapy in Danish private practice*, 2015, *Physiotherapy Theory Practice*, Epub 2014 July 8.
  - Ricoeur, P. 2002, *En hermeneutisk brobygger*, Klim, Århus, 1. Udgave.
  - Sandø, N. & Primdahl, R. 2012, *Et sundt liv for udsatte borgere*, Sundhedsstyrelsen, januar, Version 1.0.
  - Spradley, J.P. 2012, Kap 3. *Deltagerobservation* i *Deltagerobservation - En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* af Pedersen. M., Klitmøller. J. & Nielsen. K. Hans Reitzels Forlag, København K, 1. Udgave, 1. Oplag.

- Szulevicz, T. 2015, Kap. 3 *Deltagerobservation i Kvalitative metoder - En grundbog* af Brinkmann, S & Tanggaard, L. Hans Reitzels Forlag, 2. Udgave, 1. Oplag.
- Tanggaard, L, 2012, Kap. 14 *Validitet i forbindelse med deltagerobservationer i Deltagerobservation - En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* af Pedersen. M., Klitmøller. J. & Nielsen. K. Hans Reitzels Forlag, København K, 1. Udgave, 1. Oplag.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. 2015, Kap. 1 *Interviewet: Samtalen som forskningsmetode i Kvalitative metoder - En grundbog* af Brinkmann, S & Tanggaard, L. Hans Reitzels Forlag, 2. Udgave, 1. Oplag.
- Wackerhausen, S. 2002, *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse - I sundhedsområdet*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Willig, R. 2003, *Indledning i Behovet for anerkendelse - En tekstsamling* af Axel Honneth, Hans Reitzel Forlag, København, 1. Udgave, 5. Oplag.
- Willig, R. 2006, *Indledning i Kamp om anerkendelse* af Axel Honneth, Hans Reitzel Forlag, København, 1. Udgave, 5. Oplag.

## Hjemmesider:

- Blikdahl, A. Heyst, T. & Holsaae, A. 2018, *Ulighed i sundhed, socialt udsatte og fysioterapeutiske kompetencer*, Bachelorprisen 2018, [Online], Tilgængelig fra:  
[https://www.fysio.dk/globalassets/documents/fafo/priser/bachelorprisen/fysio\\_bachelorprisen-2018-web.pdf](https://www.fysio.dk/globalassets/documents/fafo/priser/bachelorprisen/fysio_bachelorprisen-2018-web.pdf) [lokaliseret d. 22/3/2019].
- DFys, 2019, *Hvad kan fysioterapeuter*, Danske Fysioterapeuter, [Online], Tilgængelig fra: <https://www.fysio.dk/om-os/det-mener-vi/hvad-kan-fysioterapeuter> [lokaliseret d. 20/2/2019].
- DFys, 2019, *Lejer eller ansat?*, Danske Fysioterapeuter, [Online], Tilgængelig fra: <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/arbejdsvilkar/kontrakter/lejer-eller-ansat> [lokaliseret d. 29/4/2019].
- FysioDanmark, 2019, *Hvad er fysioterapi?*, [Online], Artikel, Tilgængelig fra: <https://fysiodanmark.dk/hvad-er-fysioterapi/> [lokaliseret d. 3/5/2019].
- Holst, E.Q. 2018, *Sundhed er det mest populære debateme på Folkemødet*, Altinget, [Online], Nyhedsopslag, Tilgængelig fra: <https://www.alinget.dk/sundhed/artikel/sundhed-er-det-mest-populaere-debateme-paa-folkemoedet> [lokaliseret d. 20/2/2019].
- Guldager, A. 2015, [Online], Nyhedsopslag, Danske Fysioterapeuter, Tilgængelig fra: <https://www.fysio.dk/fysioterapeuten/arkiv/nr.-4-2015/hvordan-tackler-vi-ulighed-i-sundhed>, [lokaliseret d. 18/2/2019].
- Huus, C. 2016, *For fit til fys?* [Online], Nyhedsopslag, Danske Fysioterapeuter, Tilgængelig fra: <https://www.fysio.dk/studenterbladet-truncus/truncus-nr.-10-2016/for-fit-til-fys>, [lokaliseret d. 18/2/2019].
- Lambrecht, T. 2017, *Mere lighed tak*, [Online], Nyhedsopslag, Danske Fysioterapeuter, Tilgængelig fra: <https://www.fysio.dk/fysioterapeuten/arkiv/nr.-4-2017/mere-lighed-tak>, [lokaliseret d. 18/2/2019].
- Larsen, T. 2016, *#fmdk: Debat om mindre social ulighed i sundhed*, [Online], Nyhedsopslag, Ergoterapeutforeningen, Tilgængelig fra: <https://www.etf.dk/aktuelt/nyheder/fmdk-debat-om-mindre-social-ulighed-i-sundhed> [lokaliseret d. 20/2/2019].



- Nielsen, J.A. 2008, *Bekendtgørelse om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og i kommunen*, [Online], Lov, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Tilgængelig fra: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=120371> [lokaliseret d. 25/3/2019].
- PLO, 2017, *Flere patienter pr. læge*, [Online], Artikel, Praktiserende lægers organisation, Tilgængelig fra: <https://www.laeger.dk/nyhed/flere-patienter-pr-laege> [lokaliseret d. 18/2/2019].
- Rasmussen, L.I. 2019, *Tusinder af lægebesøg kan undgås*, [Online], Artikel, Politiken, Tilgængelig fra: <https://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/art7021896/Tusinder-af-laegebesog-kan-undgaas>, [lokaliseret d. 18/2/2019].
- SST, 2017, *Ulighed i sundhed*, [Online], Sundhedsstyrelsen, Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/ulighed> [lokaliseret d. 12.02.2019].
- Vejrbæk, J.P. 2017, *Udgiftsudvikling på speciale 51*, [Online], Nyhedsopslag, Danske Fysioterapeuter, Tilgængelig fra: <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/overenskomster/Overenskomster-og-aftaler-paa-praksisomraadet/almen-fysioterapi/udgiftsudvikling-pa-speciale-51>, [lokaliseret d. 18/2/2019].
- WHO, 2019, *Social determinants of health*, [Online], World Health Organisation, Tilgængelig fra: [https://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/) [lokaliseret 14.02.2019].

# Bilagsoversigt

Bilag 1: Litteratursøgning

Bilag 2: Observationsguide

Bilag 3: Interviewguide

Bilag 4: Informeret samtykke

Bilag 5: Transskriptionsprocedure

Bilag 6: Formidling af deltagerobservation

Bilag 7: Transskriberede interviews