



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Ståstativet – om normalitet og avvik

Et dokumentstudie av begrunnelsestekster for ståstativ til barn

Master i Rehabilitering

Vitenskapelig basert masteroppgave
SO330S

Vegard Horne

Våren 2015



Sammendrag

Denne avhandlingen handler om diskursen mellom avvik og normalitet, konkretisert i praksisen omkring anvendelsen av ståstativ for å korrigere barns fysiske- og sosiale usymmetri. Problemstillingen er: **”Hva kjennetegner begrunnelsestekstene for ståstativ til barn?”** Gjennom et dokumentstudie av 51 begrunnelsestekster fra hjelpemiddelsøknader om ståstativ for barn, analyseres diskursen om ståstativets betydning. Funnene avdekker en omfattende bruk av ståstativ i barnas hverdag, og avslører i hvor stor grad normaliseringen av disse barna foregår. ”Behovsdiskursen” fungerer som diskursorden og bærer sterkt preg av medisinske diskurser. Tekstene handler om barnas fysiske- og sosiale behov for å bruke ståstativet, og forventninger til barnet som fysisk og sosialt objekt. Videre beskrives hvilke erfaringer begrunnerne har om bruken, og hvordan ståstativet anvendes opp mot barna i det daglige. I begrunnelsestekstene er det også en uttalt ”kampdiskurs”, hvor forholdet mellom avvik og normalitet utkjemper omkring barnets fysiske- og sosiale symmetri. I denne sammenheng beskrives det en to-delt kropp; en utenfor stativet, og en innenfor.

Drøftingen av funnene, omhandler hvordan normaliseringen av barnas avvik kan beskrives som en ”kamp om kroppen”, og samtidig hvordan barnet i ståstativet kan gå inn i en ”moralsk karriere”. Drøftingen tar blant annet utgangspunkt i Foucaults begreper om ”panoptisk disiplinering” og Goffmans stigmatologi. Videre er det tydelig hvordan bruken av ståstativet er en institusjonalisert praksis, som søker å ha kontroll over barnets avvikende kropp – for å kunne normalisere dets fysiske og sosiale forutsetninger. Dette drøftes også opp imot paradokset ved at forskning viser at bruk av ståstativ ikke har fullt så ”god effekt” på barnet som begrunnerne påstår i tekstene. Avslutningsvis legges det til grunn at ståstativet er et radikalt hjelpemiddel, som er et konkret eksempel på medisinsens makt, og monopol over avvikende kropper.

Summary

This thesis is about the discourse between deviance and normality, concretized into practice by the use of standing frames for the correction of childrens physical- and social asymmetry. The research question is: **”What characterizes the justification-texts for the use of standing frames for children?”** To answer this, the discourse in 51 justification texts from assistive-technology applications is analyzed. The findings uncovers an extensive use of the standing frames in the childrens everyday lives, and at the same time reveals just how much

of a normalization process these children go through. "The need-discourse" is the main discourse, and is strongly influenced by pure medical discourses. The texts is about the childrens "physical and social need" to use the standing frame, and the expectation of the child as a physical and social object. Further on there are descriptions of what experiences the "justifiers" have with the use of the standing frame, and how it is used on a daily basis. In the justification-texts there is also a strongly stated "battle-discourse", where the relationship between the deviation and normality is fought around the child's physical and social symmetry. In this context it is described as a "twofold-body"; one outside the standing frame and one inside it.

The discussion of the findings is regarding the normalization of the childrens deviations, and is described as a "battle of the body", and at the same time how the child might go into a "moral career". The discussion is, amongst others, based on Foucault's "panoptic discipline" and Goffman's stigma-theory. Further on it is evident that the use of standing frames is a institutionalized practice, that searches to control the child's deviant body – to normalize its physical and social premise. The paradox is that the "evidence" of the effect the standing frame has on the bodily structures is inconclusive. In the ending it is evident that it can be argued that the standing frame is a *radical* assistive device that is an concrete example of the power of medicine as an institution, and its traditional monopoly over the deviant body.

Forord

Utarbeidelsen av oppgaven har foregått på tidligere morgener, hvor manuset har vært det første jeg har hilst på, og vært noe av det siste jeg har sett på sene kvelder. Manuset har stort sett vært en venn, men samtidig er jeg glad du "reiser bort" lørdag 16. mai 2015.

Når jeg har forsøkt å presentere for andre mennesker som arbeider innenfor rehabilitering hva jeg skriver om, har jeg opplevd to typer reaksjoner; de som har rynket på nesen og debattert for at ståstativet ikke har noe med normalitet å gjøre. Samtidig, når de selv blir utfordret angående hva bruken av ståstativet faktisk er, er det gjennom en avviks- og normalitetsdiskurs. Den andre typen reaksjon jeg har møtt er de som synes det er interessant at tematikken endelig skal belyses. Dette viser at det er flere enn meg som har tenkt i de baner jeg har.

Takkes de som takkes skal:

Min veileder Britt Lillestø har vært som et anker for meg og mine resonnement, spesielt har hun vært viktig i de faser der jeg kanskje har vært i ferd med å reke ut på dypt vann. Hun har hjulpet meg til å kombinere "gammel" teori med "fersk" empiri, og vist at tematikken er like aktuell som noen gang. Det er også viktig at jeg får takket de "NAV Hjelpemiddelsentraler" som har delt begrunnelsestekster med meg, og har gjort gjennomføringen av oppgaven mulig.

Helt til slutt vil jeg rose min kjære Maria som har bidratt med sine norskkunnskaper, motiverende ord og spennende "debatter" omkring temaet.

Vegard Horne

Tromsø, 15. mai 2015.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	ii
Forord	iv
Innholdsfortegnelse.....	vi
1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Avgrensning og problemstilling.....	2
2.0 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING.....	4
2.1 Normalitet	4
2.1.1. Normalisering av barn	6
2.2 Stigma	7
2.3 Panoptisk disiplinering og biomakt	8
2.4 Den medisinske og den sosiale modell	9
2.5 Ståstativets opprinnelse	10
2.6 Tidligere forskning	14
2.6.1 Evidensbasert praksis	14
2.6.2 Det opplevde ståstativet	15
3.0 METODE	17
3.1 Forskningsdesign	17
3.2 Dokumentstudie	20
3.3 Datainnsamling	21
3.3.1 Respondentene	21
3.3.2 Innhenting av datamateriale	22
3.4 Generering av data	23
3.4.1 Koding	24
3.4.2 Kategorisering	26
3.4.3 Tematikk	27
3.4.4 Systematisering gjennom matrise	28
3.5 Diskursanalyse	28
3.6 Litteratursøk	30
3.7 Metodekvalitet	31
3.8 Etske betraktninger	32

4.0 PRESENTASJON AV FUNN	35
4.1 Behovet og forventningene til kroppen	36
4.1.1 Det fysiske behovet for å stå	38
4.1.2 Det sosiale behovet	42
4.1.3 Forventninger	44
4.1.4 Unngå å sitte	45
4.2 Erfaringer	48
4.2.1 "Fungerer bra"	48
4.2.2 Utfordringer	50
4.3 Anvendelse	51
4.3.1 Aksept	54
4.4 Oppsummering av kapitlet	56
5.0 DISKUSJON	59
5.1 Kampen om kroppen	59
5.1.1 Dualisme	59
5.1.2 Moralsk karriere	65
5.2 Ståstativet som institusjonalisert praksis	68
5.2.1 Kontroll over kroppen	71
5.2.2 Ståstativet - et terapeutisk paradoks	73
6.0 AVSLUTNING	75
6.1 Normalisering	75
6.2 Relevans utenfor ståstativet	79
 Litteraturliste	 81
 Vedlegg 1-2.....	 85

1.0 INNLEDNING

"Av en formløs deig, en klosset kropp, har man laget den maskin man trengte. Smått om senn har man omformet kroppens holdninger, en velberegnet tvang utøves og gjør seg til herre over legemsdel, underlegger seg hele kroppen så den til enhver til er tjenestevillig."

(Foucault 1994: 127)

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sitatet over er beskrivende for den tematikken jeg gjennom denne masteravhandlingen skal skrive om. Det er fort gjort å se seg blind på det man "holder på med" innen sitt eget fagfelt. Man stopper altfor sjelden opp for å spørre seg selv hva man som fagperson kan være med på å fremme, eller hemme, ja kanskje også undertrykke, innenfor sin praksis. "Tingenes tilstand" trenger ikke være så bra som det fremstår som. Denne oppgaven omhandler praksis innenfor feltet rehabilitering, da spesifikt om barn. Hvorfor skal jeg nyansere eget arbeidsfelt? Innenfor rehabilitering er normalitet et bærende begrep, og sammen med dets motsetning "avvik" danner dette mye av grunntanken innen feltet. Det er i spenningen mellom det normale og det avvikende at rehabilitering vokste frem for et århundre siden. Siden da har "det normale" og "det avvikende" vært styrende for all rehabiliteringspraksis (Stiker 1999).

Gjennom Masterstudiet i Rehabilitering ved Universitetet i Nordland, fra høsten 2012 til våren 2015, har jeg begynt å se på eget fagfelt på en mer mangfoldig og nyansert måte, og ikke minst kritisk reflektere over hva man gjør innenfor rehabiliteringsfeltet. Jeg har vært spesielt inspirert av sosiologen Michael Olivers tanker. Han mener at rehabiliteringens sentrale problem er at det er lite fokus på maktaspektet innenfor feltet. Og i hvor stor grad denne makten, og dermed rehabilitering er preget av ideologien "normalitet" som styrende element (Oliver 2009). Han mener at rehabilitering i seg selv er utføringen av makt fra en gruppe over en annen, og at denne maktbruken skjer uten at det tenkes særlig over. Det er denne "tause selvfølgeligheten" jeg ønsker å belyse, og drøfte med relevant teori som omhandler dette feltet, og de menneskene som oppfattes å være avvikere fra den etablerte "normalen". Grue (2014) er av den oppfatning at en avvikende kropp skaper en sosial uro. Er det ikke denne uroen rehabilitering skal være med på å skape orden i? Det grunnleggende

spørsmålet er imidlertid ”hvorfors det”? Hvorfor skal denne ”uroen” dempes? Hva er det med denne avvikende kroppen som ikke tolereres?

1.2 Avgrensing og problemstilling

I denne oppgaven skal jeg fordype meg i bruken av et hjelpemiddel som heter ståstativ. Et ståstativ er kort fortalt: ”...et hjelpemiddel som gir god støtte i stående stilling til personer med nedsatt eller ingen ståfunksjon.” (NAV Produktoversikt 2013-2015 (pdf)). Altså skal ståstativet kompensere for noe den aktuelle personen ikke har. Jeg belyser bruken av ståstativ overfor barn. Grue (2014) påpeker at mennesker er kropp, og med dette er det sterke forventninger til hvordan kroppene forventes å opptre i det daglige. I denne avhandlingen er det forventningen til barnekroppen som er i fokus. Stiker (1999) beskriver at det som skal fungere som en erstatning for en manglende funksjon kan kalles en *protese*. Ståstativet kan anses å fungere som en form for protese, da det skal kompensere for en funksjon som tilsynelatende er definert som viktig av en institusjon med sterk definisjonsmakt; medisinen. Ståstativet kan på denne måten ses på som et verktøy som skal være med på å skape orden i et barns kaotisk kropp. Ifølge Foucault (2007) kan en kropp ”i uorden” kalles for en uregjerlig kropp. For å skape orden, eller regjere over det uregjerlige er det ofte bruk av velmenende makt som er løsningen. Kroppen skal disiplineres med makt.

Har ståstativet en sentral rolle når det kommer til spørsmålet om hva en skal gjøre en barnekropp som avviker fra normalen? Og har ståstativet en sentral rolle når det kommer til utøvelse av makt og kontroll slik Foucault beskriver fenomenet? Ståstativet kan etter empirien jeg har analysert anses å være et flittig brukt hjelpemiddel i mange ”fysisk avvikende” barns hverdag. Å stå i ståstativet fremstilles både som mål og middel for inngripen overfor barna med det definerte behovet. Denne bruken jeg ønsker å drøfte ved bruk av relevant teori. Hva er det som *egentlig* fremmes ved å bruke ståstativet? De eneste jeg har hørt stille kritiske spørsmål ved bruken av ståstativet, er barn som selv står i stativet. Forklaringen barna har fått har dreid seg omkring en medisinsk diskurs, og da spesifikt dette med at kroppen skal utvikle seg, og opptre ”slik den skal”. På en måte kan dette bety si at jeg stiller meg på det kritiske barnets side, og sammen med det, forsøke å finne svaret på hvorfor ståstativet, eller det å stå skal være så viktig.

I perioden 2011-2014 arbeidet jeg som ergoterapeut i en kommunal habiliteringstjeneste. I arbeidshverdagen arbeidet jeg med barn med forskjellige utfordringer. Utfordringene dreide seg ofte om at de ikke strakk til eller mestret aktiviteter hvor det er forventet at barn skal kunne gjøre dette. På denne måten fikk jeg innblikk i deres hverdagsliv, og de situasjoner barn med funksjonsnedsettelse kan møte på av utfordringer og forventninger. Det var i disse hverdagsmøtene jeg begynte å undre meg over hvordan jeg som profesjonell utøver blant annet en medisinsk tankegang var med på å fremme normalitet i barnets hverdag. Det ble også tydeligere hvilken makt man som profesjonell har overfor mennesker som har ”definerte behov” for bistand fra medisinen, for eksempel i form av ståstativ som en av dets teknologier. Det er viser hvordan medisinenes makt kan brukes for å fysisk påvirke barns kropp. Barna det gjelder skal vokse opp med det de utsettes for. Og det trenger ikke nødvendigvis ikke være slik at alt de utsettes for trenger å være så bra som det kanskje i utgangspunktet var tenkt. Hvorfor er det så viktig at skal barnet opp og stå? Hva handler det om? Det er også et paradoks at forskning på ”effekten” av bruken av ståstativ er tvetydig (Glickman mfl 2013 Og Paleg mfl 2010), og at en har, tross nærmere 70 års bruk, vanskelig for å konkludere om det har den effekten som var tiltenkt.

Jeg ønsker å sette fokus på, og drøfte om hensikten med ståstativet bør være en så selvfølgelig sannhet som det fremstår som. Hva er det man på denne måten implisitt forteller barna om kroppene deres? Jeg ønsker å belyse det jeg opplever som en ”selvfølgelig praksis” ved bruken av ståstativet, en ”selvfølgelig sannhet”. Jeg mener dette er en tematikk som bør belyses med empiri, med bakgrunn i hvordan begrunnerne beskriver hensikten med ståstativet overfor barn. Og hvordan de forteller barnet hvordan kroppen deres skal opptre til daglig. Det er viktig at barn med funksjonsnedsettelse får den hjelpen de trenger. Det er likevel grunn til å være kritisk når grunnlaget for denne ”hjelpen” er gjort på relativt svakt faglig kunnskapsgrunnlag. Det er urovekkende at det ikke stilles flere spørsmål ved en så etablert og omgripende praksis som medfører en såpass stor inngripen i barns liv. Men, er mine erfaringer representative for bruken av ståstativet? Hvordan skal jeg finne ut mer om bruken av ståstativet?

På bakgrunn av de overstående undringer har jeg funnet følgende problemstilling:

Hva kjennetegner begrunnelsestekstene for ståstativ til barn?

2.0 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING

Everett og Furseth (2012) mener det er viktig å kunne ta utgangspunkt i andres kunnskap for selv å kunne skape ny. Når man skal ta for seg en slik tematikk som jeg skal omtale i denne masteravhandlingen, og problemstillingen som legger til grunn for datainnsamling, er det viktig å ta for seg teori som er hensiktsmessig for å kunne belyse empirien. I dette kapitlet vil jeg kort presentere den teorien jeg tenker kan være aktuell for å belyse funnene mine. Under vil teoriene presenteres under hver sin underoverskrift, og fremstår kanskje på den måten som separate, men det er tydelig at teoriene henger sammen, knyttet spesielt opp mot diskursen omkring ”avvik” og ”normalitet”. Teorien vil anvendes aktivt videre gjennom oppgaven, spesielt i diskusjonskapitlet.

2.1. Normalitet

I masteravhandlingen er ”normalitet” et bærende begrep. Men hva er egentlig normalitet? Det har vært vanskelig å finne noen konkret definisjon av begrepet. Det har likevel vært mye brukt, og jeg vil vise til hvordan ”normalitet” har vært båret frem gjennom historien, og hvordan begrepet fremstår i dag.

Ifølge Oliver (2009) ble konseptet ”normalisering” først introdusert i 1960-årene i Skandinavia. Normaliseringen ble på dette tidspunktet beskrevet som en prosess som omhandlet om å flytte seg fra noe avvikende og over til en annen tilstand. Denne prosessen var et forsøk på å forbedre livene til de menneskene i Europa som ble omtalt som mentalt handikappede. Hensikten var å gjøre livet til ”de mentalt handikappede” så ”normalt” som mulig. Disse menneskene var på mange måter segregert fra samfunnet. De levde sjelden sammen med familiene sine ute i verden, men befant seg som oftest i store og spesialiserte institusjoner som på mange måter fungerte som mikrosamfunn. I 1960-årene gikk man inn for at disse menneske skulle få leve ”vanlige liv” ute i samfunnet. Deres livstilstand skulle med andre ord normaliseres, deres hverdag skulle bli tilnærmet lik som de andre. På denne måten beskriver Oliver ”normalisering” som noe som handler om å få mennesker tilbakeført til samfunnet slik at de kan ”bli normalisert”, og fjerne seg fra en avvikende tilstand i størst mulig grad.

Men hva har normalitet med rehabiliteringsfeltet å gjøre? Oliver (2009) tolker det som å bevege seg fra en avvikende tilstand og videre over til ”noe annet”, noe mer normalt. Stiker (1999) beskriver at *rehabiliteringens* oppdrag har vært, og er, å få alle som er ”avvikende” tilbake i en tilstand så nært ”normalen” som mulig. Han plasserer dette i en historisk sammenheng, ved å vise til at den krigsskadede kroppen etter den første verdenskrig 1914-1918, måtte tilbake til samfunnet. De skulle hjelpes, og føres tilbake til samfunnet som godt det lot seg gjøre. Den skadede, syke kroppen skal overensstemme med normen; den friske kroppen. Dette startet med de skadede soldatene fra første verdenskrig som kom tilbake til sine hjemland, dog mange i en annen fysisk og psykisk forfatning enn da de dro i krigen. Senere skulle dette gjelde også alle mennesker med funksjonsnedsettelse. Disse mennene som hadde ofret liv og lemmer for landet sitt måtte ha noe å komme tilbake til. Stiker mener at den vestlige kulturen ikke tolerer det som er forskjellig, og at dette kommer til uttrykk nettopp gjennom den beskrevne satsingen på, og målet med rehabilitering. Han mener at det ikke er plass til den avvikende kroppen i vestlige samfunn slik det fremkommer rent historisk. Stiker mener at normalitetstankegangen innenfor rehabilitering dermed handler om å *gjøre mennesker identiske*, men samtidig ikke likeverdige.

Solvang (2002) beskriver at avvik, som motsetningen til normalitet, er en sosial definisjon. Han viser også til at for at noe skal kunne defineres som avvik er det nødt å ses opp imot en norm. Normen er definert av noen med samfunnsmessig autoritet og innflytelse. Et eksempel på dette kan være medisinen som etter 1800-tallet spesielt fikk ”monopol” på den avvikende menneskekroppen (Foucault 2000). Solvang sier også at denne definisjonen alltid handler om makt. Han mener at jo mer makt en gruppe mennesker har, jo mer innflytelse har de på hva som kan defineres som avvik. Denne definisjonsmakten fører til en maktkamp, der ”de normale” definerer ”de avvikende”, gjerne som utilstrekkelige. På den samme måten definerer de med definisjonsmakten hvordan man skal normalisere de avvikende menneskene. Solvang mener videre at normalitet er de overlevde tradisjoner og væremåter man har arvet kulturelt. ”De avvikende” blir ofte definert som et sosialt problem som må gjøres noe med, noe også Priestley (2003) viser til når det kommer til barn. Solvang sier at det å være avviker er å ha lite av noe som det er ettertraktet å ha mye av (2002: s. 170). Men, et avvik er ikke et ordentlig avvik før det er et sosialt problem.

Tideman (2004) belyser hvordan normalitet kan forklares på tre måter;

- 1) Normalitet som en statistisk definisjon hvor det normale mennesket kan defineres ut ifra en normalfordelingskurve, og hvor det dermed er lett å tallfeste avvik.
- 2) Han beskriver videre den medisinske definisjonen av normalitet; hvor man på den ene siden har det friske, og på den andre siden det syke. Og når man er syk trenger man behandling for å komme ut av den unormale tilstanden. Man skal oppnå en normal fysiske eller psykisk tilstand.
- 3) Den tredje og siste måten han definerer normalitet på, er den samfunnsmessige normative tilstanden ”normal”, det som ”samfunnet” opplever som en moralsk riktig å levemåte.

Basert på de øvrige forklaringene om hva normalitet er, så kan man si at normalitet er normen, mens søkenen etter å oppnå noe som ikke oppfattes som et avvik, er en prosess kalt normalisering. Den som gjør denne søkenen trenger ikke være den personen som per definisjon har et avvik, men det kan også utføres av personer rundt, som ønsker at den det gjelder skal oppnå en normativ tilstand. Denne måten å forklare normalitet på, er sterkt representert i hensikten med rehabilitering, gjennom at det er en mest mulig normal tilstand det arbeides for å oppnå. Jo nærmere normalen – jo bedre resultat (Barnes og Mercer 2003).

2.1.1. Normalisering av barn

Priestley (2003: 64) beskriver det han kaller ”the tyranny of ”normal” child development”. Her beskriver han hvordan vår nåværende forståelse om barndommen er påvirket av utviklingsteori. Utviklingsteorien, og da spesielt biomedisinen har lagt grunnlaget for en mengde teknologier for å kartlegge barns kropper og intellekt, for på denne måten å avgjøre om barnet følger en normalutvikling, eller om det avviker fra dette. Denne ”normaliseringen” av barndommen mener han har skapt tabeller som alle barn skal sammenlignes med. På denne måten kan medisinen avgjøre om et barn er normalt eller om det avviker på én eller flere måter. Dette danner igjen grunnlaget for inngripen i barnets liv på en eller annen måte, begrunnet i barnets angitte avvik. Priestley mener at diskursen som oppstår når man snakker om ”normalutvikling” hos barn påvirker de aktuelle barnas liv betraktelig, for eksempel gjennom inngripen. Han mener at normaliseringen fører til at den sosiale konstruksjonen om det avvikende barnet opprettholdes. Priestley viser til at det i vestlige kulturer siden den greske antikken har vært søkt å gjøre noe med barn med fysiske avvik da de i stor grad var

uønsket i samfunnet. De ble for eksempel i beste fall ble satt bort, og, eller i verste fall tatt livet av. I nyere tid, og fra medisinsens sterkere fremvekst på 1800-tallet (Stiker 1999) ble det mer fokus på å korrigere barn med fysiske avvik ettersom medisinsk kunnskap og teknologi tillot denne praksisen. Dette korrektive fokuset er fortsatt tilstede den dag i dag, både ved hjelp av ulike medisinsk-teknologiske hjelpemidler, og gjennom kirurgisk korrigerende. Priestley viser også til at ordet ”ortopedi” er opprinnelig det greske begrepet for ”barnekorreksjon” (2003 s: 70).

2.2 Stigma

Erving Goffman (1963) tar utgangspunkt i de antikke grekernes referering til termen stigma; som betegner kroppslige egenskaper som eksponerer det unaturlige, det dårlige, hos en persons moralske status. Stigmaet gir derfor konkret sosial informasjon om den aktuelle personen. Goffman beskriver tre former for stigma; ”abominations of the body”, ”blemishes of the individual character” og ”tribal stigma”. Når det er den avvikende barnekroppen og det korrigerende ståstativet som skal drøftes, er ”abominations of the body” den ene av de tre *typene* som er aktuell. Dette referer til fysiske fysiske stigma. Det er de kroppslige avvik som skiller det aktuelle menneskes kropp fra ”den normale kroppen”. Dette blir det konkrete utgangspunktet for stigmaet, og de dermed de følgene stigmaet har for personen, for eksempel på hans eller hennes identitet. Den som innehar stigmaet prøver også å gå inn for å fjerne seg fra selve stigmaet, og nærme seg normalen, blant annet gjennom det Goffman kaller ”passing”, som oversatt fra engelsk handler om å ”gå over” til noe mer normalt, fjerne seg fra avviket. Dette gjelder spesielt for de som kan ”skjule” stigmaet sitt.

Goffman trekker også frem termen ”moralsk karriere”. I dette begrepet legger han at mennesker med visse typer stigma har de samme erfaringene angående deres stigma. Endringene i oppfattelsen av dem selv er lik den moralske karrieren som både kan være årsak til, og effekt av stigmaet deres, og hvordan de selv og andre reagerer på dette. Individet lærer seg etterhvert standpunktet til ”den normale”, og lærer dermed mer om deres eget stigma og konsekvensene av å ha det, i kontrast til de andre – de normale. Dette preger utviklingen av identiteten i forholdet til seg selv, de normale, og andre i samme situasjon som seg selv. De lærer om seg selv som avviker sett i forhold til andre mennesker.

Stigmaet påfører, og blir utgangspunkt for *sosial informasjon*. Dette er *stigmatysymboler* som forteller oss noe om den personen som ses i sammenheng med symbolet. Som kontraster har man prestisjesymboler. Stigmatysymbolet gir en konsekvent reduksjon av andres verdisetting av individet som ”eier” symbolet. Stigmatysymbolet blir derfor et tydelig tegn som uttrykker en negativ form for sosial informasjon tilknyttet personen. Når stigmatysymbolet er etablert kan det bli en permanent del av personen og dens identitet. Et stigmatysymbol som betyr noe spesielt for én gruppe mennesker kan bety noe annet for en annen gruppe. Synlighetsgraden av symbolet kommuniserer visse egenskaper ved individet, som er spesielt viktig i sosiale situasjoner.

2.3. Den medisinske og den sosiale modell

Den medisinske modellen har dominert politikken overfor funksjonshemmede over svært lang tid (Oliver 2009). Den blir også kalt ”den individuelle modellen”, da den fokuserer på hvordan det enkelte individet har en funksjonsnedsettelse som gjør han eller henne funksjonshemmet. Fokuset er på kroppslige avvik. Målet er å fjerne seg mest mulig fra en slik avvikende tilstand, gjennom for eksempel tiltak og inngripen rettet mot kroppen. Kroppen opptrer isolert (Grue 2014). Med andre ord forklarer denne modellen funksjonshemming med at ”det er noe galt med personen” som opplever en funksjonshemming, og dermed er personen, eller ”individet” problemet. Derfor er det personen som blir fokuset for endring. Modellen bærer preg av å være paternalistisk i den forstand at personen med funksjonsnedsettelsen blir fortalt av en instans utenfra hva som faktisk er problemet, og har svaret på hvordan problemet skal løses. Det er mye makt knyttet til den medisinske institusjonen som gir uttrykk for å ha ”monopol” på den avvikende menneskekroppen, slik Grue mener. Det er medisinen som har de riktige avgjørelsene.

Som en reaksjon på den medisinske modellen oppstod det som ble kjent som ”den sosiale modellen”. Her snus den medisinske modellen på hodet. Her trekkes fokuset bort fra at funksjonshemmingen er en egenskap ved individet, og heller noe som er samfunnsskapt (Oliver 2009, Barnes og Mercer 2003). Oliver mener at alle funksjonshemminger kan kompenseres for ved å endre samfunnsmessige strukturer. Istedenfor å endre kroppen er

fokuset ved denne modellen å heller endre samfunnets strukturer og forventninger til hvordan mennesket skal være, uavhengig av funksjonsnedsettelse. Utgangspunktet handler om interaksjonen mellom kroppen og samfunnet (Grue 2014). ”Funksjonshemming” fremstilles som en samfunnsskapt situasjon.

2.4 Panoptisk disiplinering og biomakt

Foucault (2007) beskriver idéen om ”panoptisk disiplinering”, som opprinnelig kommer fra Panoptikon, som ble betraktet som en ideell utforming på et fengsel, hvor fangevokterne hadde et all-syn over de innsatte. Foucault trekker denne typen *overvåkning* og *kontroll* inn til å kunne gjelde også i andre institusjoner hvor det befinner seg en mengde mennesker som må forholde seg til en institusjon med dets regler og ritualer. Foucault mente at den panoptiske disiplinering skaper orden lokalt, ved å forme dem som oppholder seg der. Han beskriver det som en disiplinering som retter seg mot kroppen; på uregjerlige og kaotiske kropper som skal temmes gjennom inkorporering i institusjonens normer.

Disiplineringen kan innebære at personen underkastes et tidsregime i den panoptiske institusjonen; den uregjerlige kroppen presses til å utføre bestemte formål for på den måten å passe inn i rammene. I den panoptiske institusjonen ble også inndelingen av rommet viktig; hver enkelt aktivitet har sin plass, og på den måten bestemmes det hvor personen skal oppholde seg for å utføre bestemte aktiviteter. Disiplineringen av kroppen drives videre gjennom annen sanksjonering; kroppen skal læres korrekt atferd. Kroppen skal utsettes for en altomfattende og kontinuerlig overvåkning med utgangspunkt i detaljert eksaminering i form av testing og observasjon. På denne måten produserer man kunnskap om den enkelte. Denne kunnskapen legger også grunnlaget for hvordan den enkelte personen videre skal måtte innordne seg institusjonens rammer. Kunnskapen gir en individualiserende effekt, den gir hver enkelt sin egen historie. Foucault beskriver at det er et sterkt normaliseringstrykk i ”den panoptiske institusjonen”; som igjen fører til en effektiv og omfangsrik standardisering og normalisering. Det skal føre til en disiplinert kropp. Det som i utgangspunktet skulle føre til mer frihet, fører ifølge Foucault (2007) til mer ufrihet; man underkastes en disiplin som omformer kroppen til et lydige redskap, en disiplinert kropp.

Foucault (2009) beskriver også det han kaller ”biopolitikk” og ”biomakt”: Han beskriver det som den måten staten regulerer befolkningen. Statens makt anvendes for å kunne regulere og iverksette tiltak for å for eksempel bedre befolkningens helsetilstand. Men for at staten skal kunne ha kontroll må dette knyttes til det overvåknings- og disiplineringspotensialet som allerede eksisterer. Selve kontrollen, eller overvåkingen utføres ”lokalt” av profesjoner som produserer kunnskap i sine etablerte institusjoner. Noen av disse institusjonene har for eksempel som mål å finne feil og mangler ved befolkningen, og finne ut hvordan man skal lage løsninger for problemene. Disse løsningene implementeres ute i de etablerte institusjonene av profesjonene. Statens bruk av institusjonenes kunnskap og makt er kjernen i biomakten, og holder på denne måten ”makt over livet” slik Aakvaag (2008) uttrykker det med referanse til Foucault. Institusjonen skaper kunnskap om den enkelte gjennom overvåking og eksaminering. Foucault (2009) legger vekt på det at makt er knyttet opp mot kunnskapsproduksjon, og termen ”kunnskap er makt” er i denne sammenheng passende. Dynamikken mellom makt, kunnskap og anvendelsen av teknologi er noe Foucault

Når det kommer til makt og individualisering, sier Foucault (2007) at et individ er et menneske som skiller seg fra andre gjennom å ha sin egen historie og særegne kjennetegn, og at mennesket primært henter sin identitet fra seg selv, blant annet kroppen. Gjennom panoptiske institusjoners eksamineringspraksis etableres individet som objekt for individualiserende kunnskap. Subjektet objektiveres. Den enkelte lærer gjennom det ”panoptiske samfunn” at han eller hun blir klassifisert på bakgrunn av eksamineringen, og dermed hierarkisk plassert. Den enkelte personen lærer seg å oppfatte seg som individ med sin egen historie gjennom å internalisere kunnskapen – slik etableres individet som subjekt. Internaliseringen preges av flere forhold, ikke bare hvordan den enkelte etablerer kunnskapen om seg selv, og i seg selv, men også hvordan denne kunnskapen brukes av samfunnet for å plassere den enkelte personen. Foucault studerte spesielt denne dynamikken mellom politikk, individ og kunnskap, og hvordan disse påvirker og forsterker hverandre.

2.5 Ståstativets opprinnelse

Ståstativene er som oftest bygd opp rundt en ramme av metall som er den bærende konstruksjonen i stativet. Det er benplater som personen i ståstativet skal stå på. Ryggen på

stativet består av en fast polstring. Det fleste ståstativ i Norge har muligheten til å kunne tiltes fra vertikal til horisontal stilling, noe som ofte brukes for at barnet skal kunne plasseres på enklest mulig måte i stativet, noe som skal gjøre overflyttingen enklere både for barnet og for personen som skal plassere barnet der. Tiltingen har også som funksjon å variere belastningen på leddene i kroppen (hofter, knær, ankler). De fleste ståstativ har mulighetene for å kunne gi ekstra støtte til kroppen, gjennom plater eller klosser som kan plasseres på de områdene som trenger støtte, eller for å ”rettes opp”. Hvor ”avvikende” barnekroppen er bestemmer hvor mye støtte som anses som nødvendig. En del ståstativ har også muligheten for å plassere et bord foran barnet slik at det har muligheter for å utføre aktiviteter mens de står i stativet. Det finnes flere varianter av ståstativ som kan tilpasses alt etter hvordan begrunneren anser best med tanke på barnets funksjon; noen er konstruert slik at barnet har støtte i ryggen, mens andre er laget slik at hovedstøtten er i foran kroppen. Et bilde kan si mer enn tusen ord, derfor er det i vedlegg 2 et bilde av et av ståstativene som er nevnt oftest i begrunnelsestekstene.

Ståstativets opprinnelse, eller ståstativets *historie* om man kan kalle det for noe slikt, har vært vanskelig å konkretisere siden det har vært utfordrende å finne noen spesifikk litteratur om emnet. Gjennom litteratursøk har det vært vanskelig å finne noe konkret som beskriver nøyaktig hvorfor, eller hvor det første ståstativet ble laget. Det har likeså vært utfordrende å finne ut hvem som konstruerte det, samt hvem det ble konstruert for og med hvilken hensikt det hadde i den første tiden. Det har likevel vært noen lyspunkter i søken etter informasjon om ståstativets opprinnelse og tidlige historie, men en grundig og omfattende analyse av dette er ikke hensikten med denne avhandlingen. Det innsamlede materiale gir derfor ikke mer grunnlag for en slik utgreiing av noe mer enn en kort oppsummering.

Før jeg tar for meg ståstativet i seg selv som gjenstand i medisinsk sammenheng, skal jeg først beskrive det som kan være hvor den ledende tankegangen om hvordan et slikt apparat oppstod. Stiker (1999) beskriver en rekke forskjellige faser om hvordan man så på og behandlet mennesker med funksjonsnedsettelse i den vestlige verden. Han begynner i bibelsk tid for så å fortsette inn i antikken, de klassiske århundrene og videre til det han kaller rehabiliterings tidsalder. Denne tidsalderen foregår under og etter første verdenskrigs utbrudd i 1914. Gjennom hans beskrivelser kan man se at det ikke vektlegges å korrigere, eller ”rette opp” ”avvikende” menneskekropper med medisinsk teknologi før sent på 1800-tallet.

En søken etter ”terapeutisk” teknologi ble etterhvert fokus for flere medisinske institusjoner. Som følge av dette ble det også fortgang i utviklingen innenfor dette fagfeltet. Etter hvert som kunnskap om kropp og anvendelig teknologi økte, og medisinsens makt vokste frem i samfunnet, kunne man se et mønster som antydte at de ”korrigerende teknikker” vokste frem. Med dette fokuset skulle med andre ord det som var skjevt i forhold til en gitt norm korrigeres, eller “rettes ut” – til korrekthet og normalitet. Stiker nevner blant annet en rekke private institusjoner i Frankrike som vokste frem sent på 1800-tallet med spesifikt ortopediske, korrigerende mål og hensikter.

Gjennom disse institusjonene ble det utviklet en rekke nye medisinske apparater og maskiner, konstruert for å behandle denne typen avvik. Det ble laget maskiner med den eneste hensikt å korrigere de kroppene som kunne beskrives som de ”usymmetriske menneskekroppene”. De funksjonshemmede skulle ”gjenopprettes”. Normalitetstankegangen ble tydeligere, og nå kunne man utføre konkrete ”normaliseringsteknikker” for å nærme seg en slik tilstand. Dette gav opphav til en rekke anretninger konstruert etter medisinsens normer og retningslinjer. Eksempler på dette var for eksempel ”the extension bed”, som skulle ”strekke ut” kroppen som var skjev. Den ledende tankegangen da var at medisinsk-teknologiske nyvinninger kunne behandle eller korrigere avvik, og dermed føre til bedring hos mennesket det gjaldt. Det ”symmetriske” ble med andre ord tidlig synonymt med et godt liv. Slutten av 1800-tallet var med andre ord en viktig tid for ortopediens fremvekst, først med skinner og proteser, og så mer avanserte teknologier. Utviklingen skjøt fart parallelt med de store krigene. Det var i et slik fremadskridende, korrektivt medisinsk paradigme ståstativet som idé ser ut til å ha vokst fram. På denne måten vokste det også senere fram en industri med dette utstyret som fokusområde til det man kjenner til den dag i dag.

Fra medisinsk personells kliniske hverdag ble det tidlig funnet behov for hjelpemidler for å kunne være med å behandle ”avvikerens” funksjonsnedsettelse, og i samme omgang forenkle helsepersonellens arbeidshverdag rent praktisk. Som Stiker (1999) beskriver har disse remediene hatt mange former gjennom historien, spesielt med tanke på korrektive behandlinger. Det er i en slik fase det kan argumenteres for at tanken om at det vill vært bra å få mennesker uten ståfunksjon til å stå oppstod. ”Å stå oppreist” er noe som tidlig ble et mål for medisinsens terapeutiske fokus utover 1900-tallet. Å stå kan i diskursen i Climos (1954a, 1954b) artikler virke som et mål med det å oppfylle det å ”være et menneske”.

I artikkelen ”*The erect position as an aid in the care of the paraplegic*” (Climo 1954a) i vises det til en rapport hvor et ”tilt-table” ble bygd for anvendelse på et sykehus i USA allerede i 1949 med klare ”medisinske formål”. Denne nyvinningen ble brukt i behandlingen og omsorgen av ”paraplegikere” (lammelser i underekstremitetene). Her vises det til at apparatet som per da enda ikke var tilgjengelig på det kommersielle markedet. Artikkelen gir inntrykk av at apparatet er en nyvinning som skal implementeres for å forbedre tilværelsen for den med funksjonsnedsettelse som ikke kan stå. I artikkelen er det spesielt lagt vekt på at snuing i seng hver andre time er svært viktig for forebygging av trykksår, og at dette i samme omgang er svært fysisk krevende for den som skal snu personen. Her skal altså det nybygde apparatet kunne være med på å få bort trykket fra utsatte hudområder ved å la personen stå oppreist og dermed legge trykket på ”bærende ledd” som for eksempel hofter, knær og ankler. Det presiseres også at apparatet skulle kunne brukes i sammenheng med behandling og trening sammen med ergoterapeuter og fysioterapeuter.

I en annen artikkel, også skrevet av Climo (1954b), med tittelen «*Use of a tilt-table in early rehabilitation of paraplegic patients*» vises det til at mulighetene for rehabilitering kan starte tidlig hvis man bruker en modifisert bære med fire hjul, som sikrer og holder ”den paraplegiske pasienten” i en oppreist stilling. Det vektlegges at pasienten kan stå slik i timevis siden strukturene i muskler og skjelett tåler det. Samtidig kan pasienten utføre aktiviteter i stående. Diskursen er at !de medisinske mulighetene! er mange ved bruken av hjelpemiddelet.

Wellman (1965) beskriver hvordan ståstativ på et sykehus i Australia ble testet ut for å finne ut hvordan utviklingen av apparatet kunne sørge for at flere kunne motta ståtrening etter en rekke sykdommer. I denne sammenheng var det viktig å finne ut hvordan sykehuset på best mulig måte kunne legge til rette for best resultat av endring i kroppens avvikende strukturer. Wellman oppsummerer med at dette er viktig å forske videre på, og at det blir nødvendig å kunne legge godt til rette for at de som skal bruke ståstativet har det behagelig da dette vil ytterligere gjøre de medisinske effektene mer effektive.

På bakgrunn av funnene ovenfor er det tydelig at ståstativ har vært brukt siden 40-tallet, slik det refereres til av Climo (1954a, 1954b), og kanskje allerede tidligere. Bruken har vært til personer som ikke kunne stå oppreist uten en form for ytre materiell påvirkning, en kompensasjon. De eneste begrunnelsene som vektlegges er det at det skal forebygge trykksår, lette arbeidshverdagen for helsepersonell på de aktuelle avdelingene på sykehusene, samt at

den som bruker stativet kan være mer aktiv hvis man bruker ståstativet. Ingen av artiklene kunne direkte relateres til bruk av ståstativ som hjelpemiddel for barn, dermed kan det antas at bruken rettet mot barn først kom senere.

Kort sagt har utviklingen av ståstativet frem til i dag gått videre til en rekke ståhjelpemidler; eksempler på dette er ståskall, ståseng, ståbenk og stårullestol. Alle disse startet opprinnelig med ståstativet slik det fremstår av bruken i 1949. Det er viktig å tenke på det at disse apparatene har vokst frem og blitt utviklet i en kontekst hvor medisinenes kunnskapsbase vokste frem med store steg, spesielt etter de store verdenskrigene, sykdomsepidemier og at mennesker overlevde stadig mer alvorlige hendelser enn tidligere (Stiker 1999).

2.6 Tidligere forskning

I litteratursøk var det tydelig at det er gjort få studier angående bruken av ståstativet. Det kan med andre ord virke som at emnet er lite forsket på. Det ble likevel gjort noen funn som kan belyse bruken av ståstativet – på både fysisk og sosialt nivå. I og med at denne avhandlingen handler om barn og ståstativ var det færre funn i litteraturen som ble anvendbare. Under er flere av funnene, som i stor grad tar for seg bruken av ståstativ overfor barn.

2.6.1 Evidensbasert praksis

Glickman mfl (2013) har i sitt oversiktsstudie sett på det samlede resultatet av artikler som har belyst den målte effekten av ståhjelpemidler. De hadde fokus på både barn og voksne med nevromuskulære sykdommer. Dette er studier som tar for seg artikler i perioden 1981 – 2008. De så på den målte effekten på for eksempel benmassetetthet, muskelstyrke, bevegelsesutslag, spastisitet, fordøyelse og forbrenning. De konkluderer med at resultater viser at det er moderat effekt på benmassetetthet, og noe effekt på spastisitet og bevegelsesutslag, men at det er vanskelig å si noe konkret. De viser også til at det ikke var konsensus blant de forskjellige artiklene de tok for seg, noen fant effekt, andre ikke. De kunne ikke konkludere med å si at ståstativ for barn og voksne med nevromuskulære sykdommer hadde noen spesifikk effekt.

Paleg mfl 2010 har i sitt oversiktsstudie tatt for seg å finne kliniske anbefalinger for tidsbruk i ståstativet for barn. De henviser til at det på tross av så mange årtier siden ståstativ ble tatt i bruk har det ikke vært gjort noen avgjørende forskning på området som kan gi konkrete anbefalinger for tidsbruk i ståstativet, og heller ikke gi noen klare funn i forhold til effekt av bruken.

De viser til at det ikke kunne påvises signifikant effekt på kardiovaskulære og respiratoriske systemer. Det var lite evidens for at barna fikk økt muskelstyrke. Det var kun ett studie som viste noen effekt, men dette inkluderte få barn og var ikke-konkluderende. Det var lite evidens for at det hadde effekt på benmasse tetthet, her kunne man heller ikke konkludere med noe endelig svar, men funn tydet på at benmasse tetthet var noe bruk av ståstativ hadde mest effekt på. Det kunne ikke påvises noen effekt på blærefunksjon. Oversiktsstudiet konkluderer med at ståstativ *kan* være medisinsk nyttige, men at man ikke kan konkludere med noen konkret effekt. De kommer likevel med noen anbefalinger til tidsbruk i ståstativet, som varierer mellom 1-2 timer daglig.

2.6.2. Det opplevde ståstativet

Nordström mfl (2014a) gjorde et stort studie hvor de så de psykososiale effektene bruk av ståstativ kan ha. De tok for seg alle aldersgrupper, samt både medfødte og ervervede funksjonsnedsettelse som utgangspunkt for at personene brukte ståstativ. Noen av funnene i studiet viste at jo yngre respondentene var, jo mer negativt beskrev de bruken av ståstativet, og da gjerne i sammenheng med smerte, og følelsen av annerledeshet. De som hadde medfødte funksjonsnedsettelse beskrev også ståstativet mer negativt enn de som hadde ervervet skadene senere i livet. Et av funnene var for eksempel at barn mellom 8-15 år med diagnosen Cerebral Parese var de som hadde det mest negative inntrykket av ståstativet, og forbandt bruken med at det var ukomfortabelt og begrensende. De personene som ikke kunne stå eller gå i utgangspunktet beskrev også ståstativet mer negativt enn de som også kunne stå/gå på egenhånd. Det viste seg også at bruken av ståstativ minket jo eldre personen ble. Nordström mfl forklarer at en av grunnene til at de som fikk skader senere i livet som utløste behovet for ståstativet, beskrev bruken mer positivt enn de med medfødte skader var at de førstnevnte da "fikk igjen" en funksjon de hadde hatt tidligere, men mistet etter skaden inntraff – og dermed en følelse av normalitet. Studien konkluderer blant annet med at generelt

sett opplevde brukerne av ståstativ en positiv psykososial effekt, men dette gjaldt i mindre grad hos de med medfødte skader.

Nordström mfl har også utført en annen studie (2014b), hvor det ble intervjuet en rekke barn som bruker ståstativ, samt deres foreldre. I denne studien ble det avdekket det som kan betraktes som en "dualisme" når det kom til barnas egen beskrivelse av det å bruke ståstativet. Dualismen handler om det å stå ved bruk av ståhjelpemidler, og blant annet de positive og negative erfaringene omkring dette. Det ble avdekket at på den ene siden ble det å stå oppreist i en "korrekt stilling" oppfattet av noen barn som noe som var en nødvendig behandling av kroppen, og noe som det var forventet av foreldrene og fagpersoner at barna skulle gjøre. Samtidig kunne andre barn oppleve det smertefullt og poengløst. Dette var også noe foreldre var innforstått med. De intervjuede barna hadde inntrykk av at det var viktig å "stå på riktig måte" slik som stående mennesker, altså "normale". Barna beskrev at det å stå kunne gi en følelse av en sterkere kropp, mens det samtidig førte til en fysisk slitenhet og smerte. Ett av funnene Nordström mfl (2014b) gjorde, var at bruk av ståstativet fikk noen av barna til å føle seg som "de andre", og ha de samme mulighetene som andre – altså normale. For noen av barna virket det som om at det var viktig "å være på nivå med" andre barn, mens andre mente at dette ikke skulle ha noe å si med tanke på det sosiale samspillet. Noen av barna mente at det å stå ikke betydde mer enn at de ble høyere. Det var delte meninger om det å stå i ståstativet fremmet eller hindret sosiale deltakelse, frihet og synet på seg selv.

3.0 METODE

3.1. Forskningsdesign

Et forskningsdesign handler om å ha en plan, strategi og en struktur for prosjektet man skal arbeide med. Dette er et svært viktig aspekt ved hele prosjektet da det beskriver rammene for hva som skal gjøres, og hvordan man skal arbeide for å oppnå målet som er satt med prosjektet (Blaikie 2010). I et forskningsdesign er det viktig å besvare følgende spørsmål: Hva skal studeres? Hvorfor skal det studeres og hvordan skal det studeres?

Hensikten min med masterhavhandlingen er å undersøke hvorfor man skal bruke ståstativ til barn som ikke kan stå selv, og i den sammenheng se på hva som kjennetegner begrunnelsestekstene for å ta i bruk ståhjelpemidler. Jeg ønsker på denne måten å kunne bidra til å belyse et felt som er forsket lite på.

Når masteravhandlingen skulle planlegges måtte det gjøres noen konkrete valg i forhold til hvilket design oppgaven skulle ha. Valget falt tidlig på det som kalles et intensivt design slik Blaikie (2010) beskriver det, med dets fordeler med tanke på begrensinger på tilgjengelige ressurser som tid og økonomi. Grunnen til dette valget var et realistisk syn på gjennomføringen av masteroppgaven. Helt fra starten antok jeg at dette ville være et gunstig design for mitt vedkommende, også for å kunne holde en rød tråd over tid i en travel hverdag. Dette er valg som jeg underveis i arbeidet med oppgaven, og i etterkant ser på som et godt valgt. I intensive design er det et utvalg av få kilder som grunnlag for ervervelse av data. Tanken er her at man dermed har muligheten til å gå mer i dybden og få frem et rikere innhold i empirien som fremkommer (Tjora 2012). Valget falt dermed også på det som i Miles mfl (2014) kalles et "tight design", som blant annet kjennetegnes med et klart fokus, ofte deduktivt orientert, slik at man har en relativt streng plan for fremdrift og kontroll underveis i prosjektet. Det handler om klare og tydelige rammer for å opprettholde fokuset for oppgaven. Dette er også en vanlig måte for uerfarne "forskere" å arbeide på.

Slik det fremkommer i det innledende kapittelet ønsker jeg gjennom problemstillingen "**Hva kjennetegner begrunnelsestekstene for ståstativ til barn**" å undersøke ganske åpent hva som befinner seg i et utvalg begrunnelsestekster. Selv om mitt design for prosjektet er det som

kallet et ”tight design”, vil jeg gjennom mitt valg ved å studere tekstene mer induktivt enn deduktiv, havne en plass mellom ”tight” og ”loose”-design (Miles mfl 2014). Forskjellen mellom disse to variantene av design er i hovedsak at loose-design brukes når forskeren skal undersøke sosiale prosesser som er for komplekse til å belyses ved bruk av standardiserte forskningsmetoder. I denne metoden er det liten grad av noe før-strukturert. Fenomenet forskeren skal belyse gripes ofte av en induktiv måte for datainnsamling.

Forskningsspørsmålene blir her noe som gjerne kommer underveis i prosessen, eller etter at datamaterialet er analysert. Dette er en metode som krever mye tid og ressurser for å gjennomføre. ”Tight-design” er derimot preget av å være mye mer planlagt og strukturert, og utvalget av respondenter er utvalgt på forhånd. Fordelene er her blant annet at materialet blir ”enkler” å håndtere, og krever ikke så mye ressurser som under ”loose-design”. Ulempene kan ifølge Miles mfl (2014) være at det er mindre rom for kompleksiteten i det forskeren ønsker å finne ut av.

Problemstillingens ordlyd kom etter hvert. Jeg hadde en formening om at det kunne være en sammenheng mellom hvordan begrunnerne beskrev hensikten med ståstativet overfor barn, og at dette kunne være et uttrykk for at de som representanter for medisinen kunne fremme ”normalitet” slik begrepet forsøkes definert gjennom teorikapittelet. Problemstillingen endret form flere ganger etter den først ble forsøkt plassert, og etter hvert som arbeidet med datamaterialet fortsatte. Endringene handlet om rent språklige forhold, hvor problemstillingen i startgropen ble ganske lang og hadde en tung formulering. Jeg har gjennom problemstillingen slik den fremstår nå forenklet den en god del, men samtidig beholdt ordlyden i det jeg ønsker å undersøke. Det har vært viktig å gjennom problemstillingen å kunne stille et ganske åpent spørsmål, og på denne måten har det også vært lagt til rette for at jeg som forsker skal kunne stille meg ganske åpen for min fortolkning av datamaterialet, selv om jeg hadde en viss forutelse over hva jeg kunne finne i materialet.

Problemstillingen min er et hva-spørsmål, noe Blaikie (2010) beskriver krever et deskriptivt svar. Spørsmålstypen har som hensikt å beskrive karakteristikene i det sosiale fenomenet som studeres. Forskningsspørsmål er, ifølge Blaikie, det som blir førende for hvilken måte forskningen skal gjennomføres på.

Selv om et ”tight design” (Miles mfl. 2014) ofte er deduktivt basert, valgte jeg en mer induktiv strategi som måte å finne svar på problemstillingen. Her skal jeg gjennom hva-

spørsmålet i problemstillingen prøve å beskrive de karakteristikkene som finnes i det spesifikke temaet jeg skal forske på. Busch (2013) sier at ved en induktiv metode nærmer man seg empirien uten noen forventninger til hva som finnes der, men jeg hadde på forhånd en forventning om at det kanskje befant seg en diskurs om *normalitet* i begrunnelsestekstene. Men jeg kunne ikke være sikker på dette da jeg hadde et altfor lite grunnlag å påstå noe slikt på forhånd. Dette er likevel en antydning om en deduktiv tilgang, som i motsetning til induktiv metode tar utgangspunkt i teori, og ikke i empirien. Derfor har forskeren gjennom en deduktiv metode en forventning om hva som vil finnes i empirien, slik Busch forklarer. Hvor plasserer dette mitt standpunkt mellom induktiv og deduktiv metode? På bakgrunn av at jeg hadde en anelse om hva som *kunne* finnes i begrunnelsestekstene, men samtidig møtte dette med et relativt ”åpent sinn” er det viktig å også forklare en abduktiv tilnærming. Her vil forskeren bevege seg mellom teorien og empirien. Tilnærmingen er også videre kjennetegnet ved at forskeren etter hvert som datainnsamlingen og analysen pågår, ved behov finner relevant teori for å belyse dataene ytterligere. Med dette som grunnlag er det tydelig at mitt standpunkt for tilnærming er plassert mellom en induktiv og deduktiv tilnærming.

Som studiemetode har jeg valgt å gjennomføre et rent dokumentstudie med påfølgende kvalitativt opplegg og design. Jeg skal som forsker observere og beskrive hva jeg finner i det utvalgte materialet, og på denne måte søke å beskrive et mulig mønster i fenomenet jeg undersøker. Hva dette dreier seg om metodisk vil fremkomme noe lengre bak i kapitlet.

Som type dokument ønsket jeg å forholde meg til begrunnelsesteksten i hjelpemiddelsøknader på ståstativ til barn. Årsaken til at jeg ønsker å ta utgangspunkt i hjelpemiddelsøknader som dokument, og mer spesifikt selve begrunnelsesteksten er at jeg mener dette utvalget av dokumenter vil kunne besvare problemstillingen min på en måte som kan gi god innsikt i temaet jeg har valgt å fokusere på. Jeg antok at disse dokumentenes tekster ville inneholde en mengde informasjon som kunne bli svært verdifull for å erverve informasjon til prosjektet. Begrunnelsestekstene har som hensikt å vise til det konkrete behovet medisinen som instans mener barnet har. I rene dokumentstudier er det likevel viktig å påpeke at de aktuelle dokumentene selvsagt i utgangspunktet ikke er ment som forskningsgrunnlag, men ment som grunnlag for helt andre formål. I dette tilfellet er dokumentenes hensikt ønsket om anskaffelsen av ståstativ til barn som begrunnerne mener trenger det.

3.2 Dokumentstudie

Dokumentstudie er en såkalt ikke-påtrengende metode, som vil si at det ikke er et aktiv og dynamisk samspill mellom forskeren og subjektet/objektet som utsettes for forskning (Tjora 2012), som det ville vært for eksempel gjennom en intervjusituasjon. I et *rent dokumentstudie*, som jeg har valgt, benyttes kun dokumenter som empiri. Årsaken til dette er at det antas at dokumentene inneholder den informasjonen som trengs for å kunne belyse problemstillingen empirisk. Man skaffer seg informasjon ved å analysere eksisterende dokumenter og de saksforhold som dokumentene inneholder (Tjora 2012). I denne masteravhandlingen har valget falt på dokumenter som er skrevet med den hensikt å utløse vedtak til ståstativ, og som derfor antas å inneholde informasjon som kreves for å kunne få et slikt hjelpemiddel fra Folketrygden.

Dokumenter som anvendes i dokumentstudier omhandler tematikk med ulike formål, med bestemte lesere på et bestemt tidspunkt og bestemte steder. Derfor er det viktig å påpeke at dokumentene må ses i sammenheng med denne konteksten; Hvem har skrevet dem? Hvem er de skrevet for? Hva er formålet? Disse spørsmålene er viktig å stille seg som forsker når man går i gang med å analysere dokumentene, og når det skal resonneres over valget av rådata. Dette danner grunnlaget for den kvalitative innholdsanalysen. Dette vil besvares gjennom kapitlet over presentasjonen av funnene.

Når dette er sagt er det viktig å avklare et element angående metoden som er benyttet. Det er jo slik at hvert enkelt dokument handler om ett enkelt tilfelle av barn som det søkes ståstativ til. De eneste ulikhetene mellom barna i tekstene er alderen, eventuelt diagnose og hvor de befinner seg i hverdagen utenom hjemmet; barnehagen eller skolen, og dermed de ”kravene” som hører til disse arenaene i form av for eksempel type aktiviteter. Disse forskjellene er likevel ikke store nok til at jeg velger å kalle det et casestudie, slik Tjora (2012) beskriver det; ved å gå i dybden på enkelte av de aktuelle personene prosjektet skal handle om. Hadde jeg konsentrert meg om et lite utvalg av barna hadde dette vært mer relevant for å kalle det et casestudie. Selv om dokumentene forteller om 51 ulike barn, er kontekstene såpass like, og diskursen omkring hensikten med ståstativet preget av en såpass sterk intertekstualitet at jeg ikke kan si at jeg omtaler enkelte barn, men heller hvordan de ”ikke-stående barna” som ”gruppe” fremstår, og hvordan begrunnelsestekstene språklig preger hvordan de forstås.

3.3. Datainnsamling

Det ble tidlig, i samråd med min veileder avgjort at det ikke var behov for å søke om tillatelse for datainnhenting fra *Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* eller *Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste* i forkant av datainnsamlingen. Begrunnelsen for dette er at det tidlig ble avgjort at det var anonymiserte dokumenter og tekster jeg ønsket å se på. Det skal altså ikke være noen kontakt mellom meg og ”informant” da det er anonymiserte tekster som studeres. Derfor anser jeg datamaterialet som ervervet, analysert og presentert på en konfidensiell måte. I utgangspunktet er altså dokumentene anonymisert og gjort ugjenkjennelig før jeg får dem fra de respektive Hjelpemiddelsentralene, samt at det kun er fragmenter, essensen, av disse tekstene igjen som presenteres gjennom avhandlingen. Kravet om at dokumentene skal være anonymiserte er også presisert gjennom informasjonsskrivet (vedlegg 1). Det var dette dokumentet som gikk ut til de forespurte Hjelpemiddelsentralene hvor det ble bedt om å få innsyn i anonymiserte begrunnelsestekster tilsendt til bruk som datamateriale i masteravhandlingen. Det er vist til at det ikke på noen måte fremkommer personopplysninger som kan identifisere barna eller begrunnerne, og deres arbeidssted.

3.3.1 Respondentene

Siden valget av studie falt på et rent dokumentstudie, og man dermed har konsentrert som et utvalg dokumenter, er det viktig å belyse hvem som har tatt i bruk dokumentene, og brukt dem til et bestemt formål (Tjora 2012). Med bakgrunn i valget av begrunnelsestekster i hjelpemiddelsøknader på ståstativ til barn falt valget selvsagt på Hjelpemiddelsentraler i Norge. Hjelpemiddelsentralene er en del av NAV, og omtales som ”NAV Hjelpemiddelsentral”. Denne instansens rolle beskrives gjennom følgende sitat:

“Hjelpemiddelsentralen har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemidler til funksjonshemmede i sitt fylke, og er et ressurs- og kompetansesenter for offentlige instanser og andre som har ansvar for å løse funksjonshemmedes problemer.”

(NAV Hjelpemiddelsentral b (online)).

Grunnen til valget av Hjelpemiddelsentralene som respondenter, samsvarer med tematikken og problemstillingen for oppgaven. Det er Hjelpemiddelsentralene som er mottakere av skrevne begrunnelsestekster, og som dermed sitter med den totale oversikten over denne typen informasjon. Hjelpemiddelsentralene ble bedt om å finne hjelpemiddelsøknader på ståstativ til barn, anonymisere dem og sende dem til meg, og dermed danne grunnlaget for datamaterialet. Hva som fremkommer i det enkelte tilsendte dokument anses dermed som data respondentene har videreformidlet meg.

Disse tekstene antas derfor å vise hva tanken bak ståstativet som hjelpemiddel er, samtidig som det viser hva begrunnerne som representanter for det offentlige helsevesenet, og dermed medisinen er, og dermed med ”loven i hånd”, mener er de viktige årsakene til at barnet skal stå oppreist i et stativ. Det er det begrunnerne legger til grunn for å få ”skrevet ut” ståstativene som et remedie, som begrunner deres faglige kunnskap, og innsikt i barnets hverdag. Det er begrunnerne som skal forklare årsaken til nødvendigheten av ståstativet. Dermed legger jeg til grunn at begrunnelsestekstene kan anses som ekspertuttalelser. Begrunnelsestekstene kan samtidig beskrives som ”portretter” av de avvikende barnas fysiske og sosiale tilstand. Det er ganske forenklete fremstillinger av barna, men tekstene gir innblikk i ganske komplekse hverdager angående deres kropper og omgivelsene barna befinner seg i.

3.3.2 Innhenting av datamateriale

I september 2014 ble det sendt ut et informasjonsskriv (vedlegg 1) til 15 av landets Hjelpemiddelsentraler. Det er totalt 18 Hjelpemiddelsentraler i Norge, én i hvert fylke, med unntak av to fylker som har samme Hjelpemiddelsentral. De forespurte Hjelpemiddelsentralene ble valgt ut med tanke på å få et størst mulig geografisk spredning på tvers av de norske fylkene. Antall forespurte respondenter ble gjort bevisst for at det skulle bli størst mulig grunnlag for datamateriale. Man kan si at tekstene er ganske like selv om de er forskjellige. Det er hva som blir sagt og fremhevet gjennom diskursen i tekstene jeg er ute etter. Det er diskursene i tekstene jeg ønsker å fremheve og trekke frem som grunnlag for datagenerering og analyse.

Av de 15 Hjelpemiddelsentralene som ble forespurt, fikk jeg svar fra 11. Det første svaret kom allerede etter én uke, og det siste svaret kom to uker etter svarfristen i slutten av oktober.

Utenom de forespurte sentralene fikk jeg også tilsendt dokumenter fra 2 andre hjelpemiddelsentraler. Disse Hjelpemiddelsentralene ble av meg forespurte per epost om hvor de hadde fått vite om min forespørsel for innhenting av data, og de svarte at alle Hjelpemiddelsentralene var oppfordret til å bidra med dokumentasjon for masteroppgaven. Dette resulterte i at det totalt kom dokumenter fra 13 Hjelpemiddelsentraler, noe jeg er svært takknemlig for, og som styrker det empiriske grunnlaget betraktelig.

I informasjonsskrivet ba jeg om å få tilsendt 3 anonymiserte begrunnelsestekster fra hver hjelpemiddelsentral. Alle de 13 sentralene oppfylte dette kravet, og noen sendte 4 eller 5 begrunnelsestekster, alle anonymiserte med tanke på barnet, foresatte, begrunneren og eventuelt saksbehandler. Dette resulterte i at jeg fikk totalt 51 hjelpemiddelsøknader tilsendt som svar.

Siden dokumentene opprinnelig er ment til noe helt annet enn for å kunne besvare min problemstilling, antas dataene for å være fremkommet fra primærkildene. Dataene er ikke behandlet på noen måte i forhold til fremkomst av informasjon før jeg observerer hva som står der, og analyserer det videre som et ledd i besvarelsen av problemstillingen min. Det eneste som er gjort direkte med tekstene fra min side er at der det står "(Navn)" i tekstene er det her det antas at barnets navn har stått, derfor har jeg satt det opp slik i de sitatene der det er aktuelt. En annen endring er der det står "(Produkt)". I begrunnelsestekstene står det hvilket ståstativ; merke og produsent som ønskes til det enkelte barnet, men i sammenheng til denne avhandlingen er det irrelevant.

3.4. Generering av data

Stegvis-deduktiv induktiv metode, SDI, handler ifølge Tjora (2012) om hvordan forskeren arbeider etappevis fra "rådata" og videre til å utarbeide konsepter, eller teorier. Som navnet på metoden tilsier handler dette om å arbeide induktivt eller deduktivt. SDI handler om et utgangspunkt for systematikk i arbeidet med forskningsprosjektet, men det er likevel en prosess som ikke trenger å være lineær. Tjora beskriver at denne typen metode, eller modell er konstruert for å kunne ta ut mest mulig potensial i den genererte empirien. Han mener også at en empirinær start på metoden er sentral. Denne måten å arbeide på, og samtidig kunne

støtte seg på illustrasjonen av metoden (Tjora 2012: 175), har ført til at spesielt starten av arbeidet med empirien har vært ”enkler” for min del. En slik stegvis modell har vært en god støtte underveis i prosessen for å peile ut hvor jeg har vært og hvor jeg skulle videre.

Genereringen av data startet jeg med fortløpende etter hvert som dokumentene kom tilsendt fra de enkelte hjelpemiddelsentralene. Dette mener jeg var en hensiktsmessig måte å gjøre det på, istedenfor å vente på samtlige dokumenter da jeg mente det var god utnytting av tid som jeg senere kunne bruke til videre dataanalyse. Dette var en fin måte å utnytte ventetiden på inntil samtlige dokumenter var innsamlet, samtidig som jeg fikk øvd på koding jevnlig, og tidlig fikk inntrykk av hva begrunnelsestekstene dreide seg om. Etter hvert som dokumentene ankom, nummererte jeg dem fra nr. 1 – 51 slik at det ble lettere å finne det enkelte dokument i den videre prosessen av databehandling gjennom koding, kategorisering og tematisering. Det er også dokumentnummeret som refereres til før hvert sitat som brukes i kapitlet som omhandler presentasjon av funn.

3.4.1. Koding

Koding er en måte å segmentere mengder med data på slik at essensen i tekstene kan fanges opp, samtidig som den enkelte koden beskriver hva tekstsegmentet inneholder (Tjora 2012). Miles mfl (2014) mener at analyseringen av den kvalitative dataen ervervet gjennom datainnsamling og datagenerering allerede starter med en gang man starter kodingen. Dette er den første delen av hva de kaller datakondensering. Min erfaring er at dette stemmer godt. I mitt tilfelle vil jeg påstå at analysen startet allerede da jeg satte meg ned med de første dokumentene for gjennomgang. Jeg dannet seg med andre ord tidlig idéer og inntrykk av hva materialet dreier seg om og språket som brukes. Språket var for meg spesielt interessant da dataene skal analyseres gjennom diskursanalyse. Med språket mener jeg hvordan begrunnerne som tekstforfattere velger å ordlegge seg når det beskriver barnets behov for og dermed hensikten med ståstativet. Å gå igjennom begrunnelsestekstene var en svært lærerik prosess på mange måter; den direkte og samtidig avanserte måten begrunnerne presenterte behovet for ståstativet ga mye relevant data. Man fikk innsyn i hvilken problematikk begrunneren mente ståstativet skulle bedre, hvor det skulle brukes og ofte hvor lenge det skulle brukes av gangen. Med andre ord fikk jeg et godt innsyn i hensikten i det enkelte tilfelle, og et godt grunnlag for å se mønstre i tekstene som helhet.

Målet med kodingen er å kunne trekke ut data på en slik måte at man representerer empirien på en god måte (Tjora 2012). Men hva er en god måte? Her gjelder det å være tro mot det som faktisk fremkommer i de analyserte tekstene. Å ta utgangspunkt i de skrevne ordene, og samtidig forstå hva det dreier seg om, danner det videre grunnlaget for analyse senere i prosessen. Måten jeg kodet den innsamlede dataen på, var gjennom det som kalles induktiv koding. Her fant jeg kodene i selve tekstene etter hvert som de går igjennom. Eksempler på dette var ”symmetri”, ”kroppsstøtte” og ”korrekt”. En annen måte å finne koder på er gjennom deduktiv koding, hvor forskeren på forhånd finner koder som det forventes å finne i teksten, og koder tekstsegmenter etter hvert som man finner relevante sitater. Dette tar gjerne direkte utgangspunkt i problemstillingen. Grunnen til at jeg i utgangspunktet valgte induktiv koding, var at jeg stilte med ”åpent sinn” over hva jeg kom til å finne i begrunnelsestekstene, selv om jeg hadde en anelse om at noe av uttalelsene kunne handle om normalitet. Det var de enkelte begrunnelsestekstene, og språket deri som dannet grunnlaget for hvordan kodene fremkom.

Kodingen begynte som nevnt allerede da de første tilsendte dokumentene ankom, og denne prosessen fortsatte jevnlig dokument etter dokument. Dokumentene som helhet, eller nærmere bestemt begrunnelsestekstene var like på noen måter, og ulike på andre måter. Tekstene var av varierende omfang. Noen av tekstene var bare 10-15 setninger lange, mens andre dekte flere sider. Kodingsprosessen foregikk videre på den måten at jeg gjennomgikk begrunnelsestekstene flere ganger, og plukket ut setninger, eller språklige uttrykk som var svært beskrivende for tekstens essens. For hver nye kode som ble funnet, førte jeg denne opp, og merket av på eksisterende koder hvis det var flere koder som gikk igjen i tekstene. Mange av disse kodene omhandlet mye av det samme, men også nyanser av hvordan begrunnelsene fremstod. Hva dette dreier seg om vil presenteres videre i kapitlene om presentasjon av funn og diskusjon.

Kodingene ble i utgangspunktet en grov blanding av ”in vivo”- og deskriptiv koding slik det beskrives i Miles mfl (2014). Etter hvert fant jeg ut at det var utsagn; ord og setninger som gikk såpass mye igjen, at det ble mer naturlig kun å fortsette med ”in vivo”-koding. De kodene jeg hadde funnet som kan kalles deskriptive, ble gjennomgått pånytt og ble kodet lik de andre ”in vivo”-kodene. Denne måten å kode ut ifra er som Miles mfl beskriver den vanligste måten å kode på, og tar utgangspunkt i ord eller setninger som allerede står i teksten.

Disse skal ha apostrofer da de er fragmenter av sitater fra tekstene. Årsaken til at jeg til slutt bestemte meg for denne måten å kode på, er at jeg oppfattet at denne typen koding passet oppgaven best blant annet ut ifra at jeg skulle gjennomføre en diskursanalyse. Man tar med andre ord utgangspunkt i det direkte språket, og i denne oppgaven, begrunnernes egne skrevne ord. På denne måte vil man få tekstnære koder som er utviklet fra den innsamlede dataen (Tjora 2014).

Da jeg var ferdig med den første runden med koding satt jeg igjen med 70 koder som alle på en eller annen måte beskrev hva det enkelte tekstfragmentet dreide seg om. Noen av begrunnelsestekstene var omfangsrike og gav flere koder enn andre. Noen begrunnelsestekster var korte, og gav derfor færre koder. Eksempler på in-vivo-koder som ble funnet er ”*gunstig effekt*”, ”*de positive effektene*”, ”*øke motivasjon og trivsel*” og ”*den eneste måten*”. Etter andre og tredje runde med gjennomgang av begrunnelsestekstene satt jeg igjen med i underkant av 50 koder. Årsaken til at jeg reduserte antallet koder såpass mye var at mange av kodene beskrev det samme, bare med forskjellige måter å formulere det på. Et eksempel er: ”bedre symmetri” og ”fremme symmetri”. Kodene er i seg selv beskrivende for hva begrunneren mener er hensikten med ståstativet, og dermed hva ståstativet kan føre til for det enkelte barnet. Reduksjonen fra 70 til 50 koder gjorde den videre prosessen enklere og mer oversiktlig. Det dannet et godt grunnlag for å gå videre til neste trinn som var kategorisering av kodene.

3.4.2. Kategorisering

Etter hvert som kodingen ble gjennomført var det tydelige mønstre som ble fremtredende. Miles mfl (2014) beskriver denne prosessen som ”pattern coding”, eller ”mønsterkoding” (min oversettelse). Jeg satt som nevnt igjen med hele 50 koder, som likevel var en betraktelig nedgang fra de opprinnelige 70, men samtidig var det en mengde ”in-vivo”-koder som måtte systematiseres på en måte som ville gjøre den videre analyseprosessen mer organisert og forståelig. Tjora (2012) beskriver denne sorteringen av koder for kategorisering. I denne ”andre delen”, eller ”second cycle coding”, er hensikten å ta for seg sorteringen, eller en større systematisering av kodene. Her er hensikten å sørge for en oversiktlig og systematisk sammensetning og plassering av kodene som er funnet i kodingsprosessen. Kodene samles i grupper som er relevante for problemstillingen. Da problemstillingen for denne oppgaven er

ganske åpen, og åpner for en induktiv koding, var det spesielt viktig for den videre analyseprosessen at det ble laget et forståelig, og håndterlig system. Uten systematikk kan det direkte påvirke datagenereringen gjennom at noe for eksempel ”faller bort” underveis i analyseprosessen (Miles mfl 2014). Ved å kategorisere et slikt omfattende materiale vil ikke kodene bare bli mer systematiserte og fremstå som ryddig, men det er også enklere for forskeren å se mønstre i tekstene. På denne måten ble det lettere å fokusere på det jeg faktisk skulle finne ut. Det er med andre ord en god måte å holde orden i ”koderekke” på, og på den måten bidra til å holde den røde tråden. Kategoriene danner videre grunnlaget for hvilken tematikk dataene handler om (ibid). Kategoriseringen av kodene, som en videre generering av dataene opplevde jeg i analyseprosessen som en svært viktig del av hele prosessen med metode for generering av data. Den hjalp meg å holde orden i den induktive metoden for koding, som etter hvert ble et stort antall koder med å holde styr på, og på et tidspunkt kunne virke svært forvirrende. Kategoriseringen ga meg en større frihet og muliggjorde det å finne mønsteret i hva som faktisk var begrunnelsene for ståstativet.

Kategoriene som kodene dannet grunnlaget for var: ”Fysiske behov”, ”Sosiale behov”, ”Forventninger”, ”Unngå å ikke stå”, ”Fungerer bra”, ”Utfordringer”, ”Anvendelse” og ”Aksept”. Det som i utgangspunktet var 50 unike koder ble plassert i 8 relevante kategorier som igjen dannet temaer.

3.4.3. Tematikk

Når kodingene og kategoriseringen var gjennomført var det tydelig at det var enkelte større og omfattende temaer som var gjennomgående i begrunnelsestekstene. Dette var noe som sett i etterkant, ble tydelig allerede i den første runden med koding, samt de gjentatte gjennomgangene av dokumentene. Dette ble videre bekreftet gjennom funnene av mønstre av koder som dannelsen av grunnlaget for kategoriseringen. Kategoriseringen viste, lik kodingen, mønstre som gjorde at det ble tydelig hvilke tema det dreide seg om. De tre temaene var: ”Det fysiske og sosiale behovet”, ”Erfaringer” og ”Anvendelse”. Kodingen, kategoriseringen og samlingen av disse innenfor de valgte temaene gjorde hele analyseprosessen mer forståelig, ikke bare i form av systematikk i det som tidvis kunne virke som kaotisk, men også siden det viste hvor like begrunnelsestekstene egentlig var sett helhetlig.

3.4.4. Systematisering gjennom matrise

Systematiseringen av kodene over i kategorier, og videre til større temaer var en møysommelig, men skapende prosess. Det som i utgangspunktet var en stor mengde brokete blanding med koder, ble organisert på en måte som skulle gjøre dem enklere å kunne analysere. Miles mfl (2014) beskriver hvordan den ervervede dataen kan plasseres i konstruerte matriser slik at det man har av datamateriale blir mer oversiktlig, og mer tilgjengelig for analyse. Gjennom prøving og feiling med hvordan matrisen fysisk kunne se ut ble det etter hvert laget et relativt oversiktlig matrise som hjalp meg med å ikke bare systematisere dataene, men samtidig en mye enklere måte for å kunne gå tilbake i datamaterialet for å se på blant annet kodene, kategoriene og ikke minst i hvilke dokumenter de enkelte kodene var hentet ut fra. Dataene ble mer tilgjengelige, og det var enklere å gå gjennom matrisen for å finne dataene som var genererte.

Miles mfl sier at matrisen kan fungere som et kart for videre arbeid med dataene, og på denne måten også fungere som en illustrasjon på dataene man har funnet; kodingene, kategorisering og tematikken er lett tilgjengelig for observasjon. Dette er også en måte å lettere se hvordan man eventuelt kan trekke konklusjoner over hva som er funnet gjennom datainnsamling- og generering. Spesielt mot slutten av analyseprosessen merket jeg hvor viktig det var å kunne ha plassert dataene i en slik matrise, det gjorde det mye enklere for meg å kunne gå tilbake i ”historikken” av data for å se i hvilke dokumenter jeg for eksempel fant den enkelte koden for å eksempelvis se den i konteksten den fremstod gjennom – og på denne måten berike datamaterialet.

3.5. Diskursanalyse

Som metode for dataanalyse falt valget tidlig på diskursanalyse. Jeg mener dette er en naturlig metode å belyse begrunnernes skrevne ord på. Innenfor diskursanalysen er forskeren spesielt opptatt av språket og hvordan det fremføres, men også de sosiale praksiser som kan tolkes gjennom det som står skrevet (Neumann 2007). Jørgensen og Phillips (2013) beskriver at menneskets tilgang til virkeligheten alltid presenteres gjennom språket. I en diskursanalyse er man derfor ute etter å finne ut hvordan en persons praksis representeres gjennom diskursen

som fremkommer. I denne oppgaven er det begrunnernes praksis som skal belyses. Begrunnernes praksis presenteres gjennom begrunnelsesteksternes språklige fremtreden, og det er disse teksternes sosiale konsekvenser som er viktige å belyse. Virkeligheten representeres altså gjennom språket. I denne avhandlingen er det de skrevne ord, med dets beskrivelser og målsetting som representerer virkeligheten. Jørgensen og Phillips sier derfor at virkeligheten, den fysiske verden, kun får betydning gjennom nettopp diskurser. De beskriver at gjennom diskursanalyse tar leseren utgangspunkt i at språket konstituerer den sosiale verden, og beskriver hva som er virkelig i den gitte sammenheng. Derfor skal det som er skrevet i begrunnelsestekstene jeg skal analysere i prinsippet beskrive hva begrunnerne mener er virkelig både for barnet og dets anvendelse av ståstativet.

I diskursanalysen skal man arbeide med det som faktisk er skrevet, og undersøke om det er mønstre i uttalelsene – og hvilke konsekvenser de diskursive fremstillingene av virkeligheten kan få for dem det gjelder. Gjennom diskursanalysen skal det ifølge Jørgensen og Phillips avdekkes *selvfølgeligheter*. Det er de utsagnene som kan beskrives som *naturlige* man er ute etter, og hvordan disse blir aksepterte *sannheter* i gitte sammenhenger. Denne metoden for analyse av data virket som en lovende metode for gjennomgang av funnene fra kodingen, kategoriseringen og tematikken.

Feltet jeg skal analysere er et felt jeg har vært og i, på mange måter fortsatt er en del av. Jeg har ønsket å undersøke et fenomen som jeg har vært en aktiv del av, og som derfor er kjent for meg. Samtidig virker fenomenet for meg stadig fjernere etter hvert som jeg har begynt å tenke mer og mer på hva ståstativet egentlig kan representere i et barns liv, sett i fra andre perspektiver enn bare det medisinsk-teknologiske. Det er i slike tilfeller Jørgensen og Phillips mener at det er viktig å frigjøre seg fra materialet som skal undersøkes, og stille med et åpent sinn over hva som kan finnes i diskursene. Jeg har analysert tekstene ved hjelp av en samfunnsvitenskapelig analyse og fortolkning, og er derfor ute etter å finne ut hva det er tekstene inneholder som kan settes i et samfunnsvitenskapelig perspektiv.

Begrunnelsestekstene antas å inneholde hva som anses som ”sannheten” innenfor det medisinske perspektivet, og er derfor viktig å analysere også med et samfunnsvitenskapelig perspektiv.

Gjennom diskursanalyse finnes gjerne flere diskurser i én og samme tekst. Ofte finnes de samme diskursene på tvers av tekster. Dette kalles intertekstualitet. Slik får man innblikk i

diskursenes betydning for sosiale prosesser. I diskursanalysen avdekkes gjerne sosiale forhold og sammensetningene av disse. De forhold som avdekkes kan belyses for å antyde hva dette kan bety i en større sammenheng utover det som står i tekstene direkte, i for eksempel begrunnelsestekstene. I følge Jørgensen og Phillips (2013) kan dette beskrives som en diskursorden. Det beskrives som en overordnet diskurs som setter rammer for hvordan diskursanalysen skal gjennomføres – en felles plattform som de kaller det. I diskursordenen fremtrer det gjerne flere diskurser, og disse kan være motsigende, eller stemme overens med hverandre. Poenget er at det er én overordnet diskurs som de andre diskursene operer under. Dette er også en måte å holde orden i dataanalysen på mens man arbeider med datamaterialet.

3.6. Litteratursøk

For å kunne belyse tematikken i denne avhandlingen med relevant teori, har det vært nødvendig å gjøre noen litteratursøk. En del av litteraturen, som inneholder det teoretisk utgangspunkt, er litteratur jeg er blitt anbefalt av veileder. Noe er funnet gjennom henvisninger i pensumlitteratur. Det var spesielt metodelitteratur; Miles mfl (2014) og Tjora (2012) som ble hentet ut fra pensumlitteraturen. Men også teori som sammen med funnene i datamaterialet danner grunnlaget for diskusjonskapitlet ble ”oppdaget” på denne måten. Dette ble starten på videre litteratursøk, og hvilken litteratur jeg fant relevante overfor tematikken jeg ønsket å ta for meg. Nøkkelord her er: makt, normalitet, avvik og stigma – også med oversettelse av søkeordene til engelsk; power, normality, deviance og stigma. Eksempler på dette var en rekke av Foucaults verker (2000, 2007, 2009), Goffman (1963) og Oliver (2009). I to av bøkene jeg fikk anbefalt fra min veileder (Grue 2014 og Hylland Eriksen 2006) var det referert til en rekke bøker som jeg undersøkte og fant relevante, for eksempel Solvang (2002), og som refererte til mange av de samme titlene, eksempelvis Foucault- og Goffmans angitte verker. Det er ingen tvil om at enkeltlitteratur, eksempelvis Grue (2014) og Hylland Eriksen (2006) førte til en dominoeffekt som ”avslørte” annen relevant litteratur.

Det refereres også til noen artikler i tekstene, eksempelvis Nordström mfl (2014a, 2014b), og Paleg mfl (2010) og Glickman mfl (2013). Disse ble funnet relevante da jeg søkte etter litteratur som omhandlet forskning gjort på ståstativet fra før av. Da søkte jeg, gjennom søkemotorene ”Pubmed” og ”Cochrane Library”, med for eksempel søkeordene ”Standing

frame”, ”Standing Therapy”, og ”Children”. Disse ordene ble søkt på enkeltvis, noe som gav en rekke treff, men som ikke tok for seg bruken av ståstativ overfor barn. I kombinasjon gav det noen treff, deriblant Nordström mfl (2014a, 2014b), Paleg mfl (2010) og Glickman mfl (2013). I flere av disse artiklene refereres det til andre relevante artikler, samt referer de til hverandres studier.

3.7. Metodekvalitet

Hva kan man si om reliabiliteten, gyldigheten og generaliserbarheten gjennom valgene av metode i masteravhandlingen? Tjora (2012) beskriver reliabilitet som et spørsmål om pålitelighet til gjennomføringen av prosjektet, og mer presist handler dette om ”intern pålitelighet”. I hvor stor grad er prosjektet preget av forfatteren? Han mener at forskerens engasjement i forskningen vil kunne betraktes som støy, men samtidig som en ressurs, og at det er viktig å kunne redegjøre for hvordan ens egen posisjon kan prege forskningsarbeidet.

Min posisjon vil i masteravhandlingen preges av at jeg tidligere har arbeidet med slike problemstillinger som fremkommer gjennom begrunnelsestekstene som utgjør datamaterialet. Men kan dette betraktes som støy? Jeg ser det slik at min tidligere kunnskap kan anses som en ressurs i og med at jeg har innsikt i hvordan formidlingsprosessen av ståstativ foregår rent praktisk. Dette resulterte i at jeg for eksempel visste hvor jeg skulle finne kildene for datainnsamling. Jeg har selv vært i rollen som begrunner, og kjenner meg godt igjen i diskursen i begrunnelsestekstene.

Min rolle som ”tolker av begrunnelsestekster” vil med andre ord preges av at jeg har arbeidet innenfor det angitte feltet, og Tjora (2012) mener at dette kan være en ressurs i og med at man dermed kan stille mer presise spørsmål underveis, men på en annen side kan det være at man har med seg forutinntattheter. Har jeg det? Jeg mener at min forutinntatthet overfor avhandlingen, er at det er viktig at det stilles spørsmålstegn om en praksis som ståstativet kan være en del av bestandig er så bra, da det innbefatter såpass mye tid og ressurser av et barn – og dermed barndommen. Her er det også viktig at jeg redegjør for hva som er informasjon som fremkommer gjennom generering av data; herunder perspektiver og teorier – og hva som er mine egne analyser, ”min egen stemme”.

Tjora sier at gyldighet handler om man faktisk finner svar på spørsmålene man stiller seg gjennom prosjektet. Han mener at det i den forstand er viktig å fokusere på at man forholder seg til aktuelle teorier og perspektiver for å belyse tematikken man ønsker å undersøke, samt tidligere forskning på samme tema. Videre kan forskeren sammenligne egne funn med andres. I denne prosessen er det viktig å være åpen om hvordan og hvorfor man har valgt å gjøre de metodiske og teoretiske valg man har gjort før- og underveis i prosjektet. Tjora påpeker at det viktigste med tanke på at forskning skal kunne betegnes som ”gyldig”, er at man forholder seg til faglighet i teoretisk og metodiske forstand. Han mener at problemstillingen, og treffsikkerheten metodisk og teoretisk er det som alltid bør veie tyngst for å kunne påstå at et forskningsprosjekt har høy gyldighet. Valgene jeg har gjort i forkant av datainnsamling, og underveis med analyse og tolkning, mener jeg har ført til at ”svarene” jeg har funnet kan anses som gyldige.

Generalisering handler om overførbarhet. Vil det jeg finner gjennom prosjektet mitt ha overføringsverdi til diskusjoner utover ”kun” bruken av ståstativet? Eksempelvis til rehabiliteringspraksis generelt. Jeg håper, og tror det. Begrunnelsestekstene for ståstativ til barn er jo bare én del av feltet innenfor rehabilitering. At funnene har betydning utover akkurat bruken av ståstativet antar jeg er tilfelle. Oliver (2009) mener slik jeg nevnte i innledningen, at rehabiliteringsideologi handler om avvik og normalitet, og om hvordan makt påføres de personer som befinner seg innenfor rehabiliteringsdiskursen. Tjora (2012) beskriver det han kaller ”konseptuell generalisering”. Dette handler om det man genererer av kunnskap gjennom et prosjekt har relevans utenom selve prosjektet. Er det nyttig i en samfunnssammenheng? Dette er spørsmål jeg vil trekke frem igjen i det avsluttende kapitlet.

3.8. Etske spørsmål

Når man velger å skrive om mennesker og deres kontekster er det alltid viktig å stille seg noen etiske spørsmål både før, under og etter at arbeidet er over. Har man krysset noen grenser for hva som er akseptabelt?

Det er i denne masteroppgaven valgt å analysere begrunnelsestekster. Dette er som kjent tekster ment for helt andre formål enn å leses og tolkes i en masteroppgave. De omtalte tekstene er skrevet av begrunnerne på et visst tidspunkt med et visst formål. Det er heller ikke offentlige dokumenter, men ”et lukket dokument” ment som en korrespondanse, eller en forespørrende søknad mellom en begrunner på den ene siden og en avgjørende instans på NAV Hjelpemiddelsentral. Det er sistnevnte som avgjør om barnets beskrevne behov skal kunne utløse rettigheten til å få ståstativet.

Når man analyserer og tolker begrunnerens tekster, har ikke den aktuelle ”forfatteren” noen mulighet for å kunne forsvare det de har skrevet, eller forklare det noe utover det som fremkommer i selve teksten. Det skal de heller ikke trenge å gjøre, da det er det som faktisk står der som begrunnelser jeg skal analysere, og som legges til grunn for empirien. Det er virkeligheten, diskursen, slik den fremstår gjennom begrunnelsesteksten jeg skal analysere. Hva det er som faktisk legges til grunn av for ”det avvikende barnet” skal bruke ståstativet.

Selv om tekstene er anonymiserte og umulig for leseren å kjenne igjen verken begrunneren eller det omtalte barnet, er det virkelige personer som omtales. Begrunnerne kjenner barnet, mens den som analyserer tekstene (jeg) ikke gjør det, men får lese det som kan beskrives som et fragment av barnets hverdag.

Derfor er det viktig å stille spørsmålet om barna i tekstene er gjenkjennbare. Samtlige av hjelpemiddelsøknadene som jeg mottok var anonymiserte slik det ble forespurt gjennom informasjonsskrivet. Det fremkom ikke noen navn eller annen personopplysning som kunne identifisere det enkelte barnet, eller den aktuelle begrunneren, samt hvilken hvor begrunnelsesteksten er skrevet. For å gjøre tekstutdragene enda mindre mulig gjenkjennelige, er det lagt stor vekt på at eventuelle varianter av norsk; forekomster av dialekter, nynorsk og bokmål ble ”oversatt” av meg til å kun ha ordlyden av bokmål. Ordlyden i teksten er likevel ikke endret. Barnas kjønn fremkom gjennom en stor del av begrunnelsestekstene, og i noen av tekstene fremkom barns diagnoser. Dette er ikke noe jeg har bedt spesifikt om at skal anonymiseres i tekstene, men det er ikke mulig å kunne identifisere barna direkte slik det begrunnelsestekstene fremstår. Dette er også informasjon som er irrelevant for oppgavens problemstilling og fokus. Noen slik informasjon, annet enn kjønn, vil ikke fremkomme i sammenheng med noen av sitatene eller informasjonen i kapitlene som omhandler presentasjon av funn eller påfølgende diskusjon. Det er ikke på noen måte noen form for

”personlig vri” i begrunnelsestekstene selv om det handler om enkeltpersoner i form av barn, samt enkeltpersoner i form av den begrunneren som skrev teksten. I og med at jeg ba om en slik anonymisering, som førte til at begrunnelsestekstene ble tekster som ikke er mulig å knytte til personer ble det ansett som unødvendig å be om tillatelse fra REK og NSD.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet skal jeg presentere de viktigste funnene fra datamaterialet som belyser problemstillingen ”Hva kjennetegner begrunnelsestekstene for ståstativ til barn?” Funnene blir presentert under de tre temaer og kategoriene som utgjør disse. Funnene vil utdypes og drøftes i diskusjonskapitlet, mens jeg her vil trekke frem teori for å belyse funnene. Denne delingen av presentasjon av funn og senere diskusjon er valgt for å gjøre oppgaven mer leselig og tilgjengelig, samtidig som det skaper en mer ryddig struktur i oppgaven.

Begrunnelsestekstene kan beskrives som ”tekster om kroppen” slik Grue (2014) kaller det; de inneholder beskrivelser som skal omsettes i velferdsstatens byråkrati, og slik blir barnet og dets behov synlige for staten, i denne forstand NAV Hjelpemiddelsentral.

Begrunnelsesteksten blir en dokumentasjon på det enkelte barns behov for en fysisk og sosial symmetri som utgangspunkt for en forventet menneskelig tilværelse. Å kunne stå i ståstativet skal utjevne avviket som skaper et gap mellom det avvikende barnet og det normale barnet. Begrunnelsesteksten skal legitimere barnets behov, basert på begrunnernes kunnskap. Slik kommer det ikke-stående barnet i et skjæringspunkt mellom medisin, politikk og tekst, slik Grue formulerer det. Dette er også et tydelig eksempel på hvordan den norske velferdsstatens ressursfordeling kan utarte seg.

Jeg presenterer de som skriver begrunnelsestekstene som ”begrunnerne”, da det er det de, er i en søknadsprosess er. Begrunnerne er fysioterapeuter og ergoterapeuter. Konsekvent vil jeg også presentere barna det gjelder for ”de avvikende”, da de representerer en gruppe som per definisjon avviker fra en gitt ”norm” medisinen bruker på grunnlag av utviklingsteorier, slik det er presentert i teorikapitlet. Og normalen er det som anses som målområde for ståstativet som intervensjon, basert på hvordan barnet bør utvikle seg, og se ut rent fysisk og opptre sosialt. ”Medisinen” er også et begrep som brukes ofte i avhandlingen. Dette henviser til ”medisinen som institusjon”, med de autoriserte helseprofesjoner som ligger under dette; blant annet leger, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter, som tradisjonelt sett har arbeidet ut ifra et medisinsk perspektiv (Wekre mfl 2004).

I dette kapitlet vil det aktivt brukes sitater fra de analyserte dokumentene, for å invitere leseren til hvordan jeg har fortolket materialet. Jeg ønsker at leseren i størst mulig grad skal

kunne ”se hva jeg så” og dermed ha muligheten til å gjøre sine egne tolkninger av hva begrunnerne skriver i begrunnelsestekstene. Sitatene er valgt ut fordi de forteller mye av essensen i de analyserte dokumentene. Sitatene er representative da tekstene bærer preg av en sterk intertekstualitet.

Sitatene er ment å vise språket, og dermed diskursene i begrunnelsestekstene. Hvert sitat kommer fra ulike begrunnelsestekster og dermed fra forskjellige barn og kontekster ståstativet skal benyttes i. Sitatene står i kursiv, og innrammet med apostrofer for å understreke at dette er sitater. Før hvert sitat vil det også være et tall i parentes med kolon etter. Det presenterer hvilket dokumentnummer sitatet er hentet fra. ”Min stemme” vil også tidvis komme frem underveis i materialet, for å nyansere empirien.

Videre i dette kapitlet vil temaene presenteres som hovedpunkter. De tre temaene er: ”**Behovet og forventningene til kroppen**”, ”**Erfaringer**” og ”**Anvendelse**”. Under hvert tema vil de bakenforliggende kategoriene fungere som anker for funnene og den videre analysen. Etter gjennomgangen av de mest interessante funnene fra analysen vil jeg oppsummere hva de er, for så å trekke disse videre inn i diskusjonskapitlet.

4.1 Behovet og forventningene til kroppen

Dette temaet er det mest omfattende som fremtrer i datamaterialet. Det er i samtlige av begrunnelsestekstene en ”behovsdiskurs” som utvilsomt kan påstås å være den som veier tyngst i begrunnelsene. Behovsdiskursen, slik den fremkommer i tekstene, kan på flere måter være tilnærmet lik en medisinsk diskurs. Det er i stor grad et medisinsk språk, og medisinske begrunnelser for kroppens behov som preger tekstene. Dette er også hoveddiskursen i materialet. På hjelpemiddelskjemaet som begrunnelsestekstene er skrevet som en del av, er disse tekstene plassert under overskriften ”Behov og hensikt”.

Det legges stor vekt på at barnets avvikende barnets kropp bør stå oppreist, og hvor viktig dette er på mange måter for det aktuelle barnet. Det er også et paradoks at det aldri i tekstene nevnes noen form for evidens for at denne formen for behandling fungerer, i den grad det presenteres gjennom begrunnernes behovsdiskurs. Dette paradokset vil trekkes frem og

diskuteres i neste kapittel. Dette kan være et tegn på at det som beskrives i begrunnelsestekstene er ”selvfølgeligheter” eller ”sannheter” som begrunneren, eller leseren av begrunnelsesteksten ikke trenger ytterligere ”bevis” for. Dette vil presenteres videre med en rekke eksempler. I denne sammenhengen er det også en sterk ”forventningsdiskurs” som forteller hvordan barnet skal se ut, og hvordan dette skal skje ved hjelp av ståstativet. Det er likevel ”behovsdiskursen” som er dominerende for tekstene som helhet. Det er denne diskursen som ifølge Jørgensen og Phillips (2013) kan kalles for diskursordenen, som de andre diskursene er underordnet, eller opererer under.

Begrunnelsestekstene er analysert hver for seg, men det er et gjennomgående mønster av enighet og en underliggende selvfølgelighet om at barnet som ikke kan stå selvstendig, har et reelt *behov* for å stå. Denne formen for enighet i tekstenes diskurs som går på tvers mellom samtlige av dokumentene, kalles for intertekstualitet (Jørgensen og Phillips 2013).

Intertekstualiteten har i de analyserte dokumentene flere former, men det som belyses videre i dette kapitlet er de kategorier som diskursene i tekstene består av. Det legges hovedvekt på at barnet trenger å stå av fysiske årsaker, men også av sosiale årsaker. Det er gjennom diskursen i begrunnelsestekstene en undertone om at det skal gjøre alt det som kan for at barnet skal få stå oppreist. Dette presenteres som en oppgave som barnet og de rundt det skal samarbeide om. Dette er også noe som er gjennomgående i de andre temaene. At barna befinner seg under veletablerte institusjoners blikk og praksis er det liten tvil om. Når man avviker fra normalen blir man, som Grue (2014) hevder, satt under institusjoners disiplinerende blikk og praksis. Grue referer til Foucault (2007) og kaller avvikende kroppene for ”ekstraordinære kroppene”. Dette er en treffende beskrivelse da de avvikende kroppene får mye oppmerksomhet fra enkelte instanser, for eksempel medisinen som institusjon. Dette blikket kan utløse kartlegging, behandling og dermed kontroll over barnets kropp. Begrunnelsestekstene er en direkte årsak av dette.

Det er ikke tvil om at begrunnerne har kunnskaper om kroppen, og ikke minst funksjonsnedsettelsens påvirkning på kroppsfunksjoner. Begrunnerne har kunnskaper om hvordan barnets fysiske tilstand bør være – og ikke være. Det legges sterke forventninger til hva begrunneren mener skal skje, når det skal skje og hvor det skal skje. Barnet havner under medisinenes kontroll i det øyeblikket det blir oppdaget at de avviker fra normalen (Priestley 2003). Begrunnerne er en del av det medisinske apparat som vet mye om det aktuelle barnet, dets tilstand og hvordan denne dynamikken foregår i samspill med omgivelsene. Dette har de

informasjon om gjennom eksaminering av de aktuelle faktorene omkring, og i selve barnet. Dette kan være for eksempel gjennom testing og observasjon. Ifølge Foucault (2007) gir dette en stor mengde kunnskap om den enkelte kropp, og skaper en personlig historie om den aktuelle kroppen – og dermed individet – her barnet. Begrunnelsesteksten fremstår som en del av historien til det enkelte barnet; en dokumentert beskrivelse av dets virkelighet og samtid. All denne kunnskapen om det avvikende barnet sammenlignes med kunnskap om hvordan barnets historie egentlig burde være. Kunnskapen danner derfor grunnlaget for å endre barnets tilværelse gjennom bruken av ståstativet, og organiseringen av barnets hverdagsliv slik at det blir mest mulig normalisert ved å nærme seg den fysiske og sosiale symmetri.

4.1.1 Det fysiske behovet for å stå

Denne første kategorien er den som er mest fremtredende i samtlige av begrunnelsestekstene, også med tanke på tyngde i diskursen. Det er den største kategorien, og er den som gjentar seg gjennom samtlige av begrunnelsene. Dette kan vise hvor viktig og fremtredende det fysiske behovet for ”å stå” som begrunnelse er, sett fra et medisinsk standpunkt. Kategorien presenteres på en rekke forskjellige måter. Kjernen i uttalelsene er barnets fysiske behov for å stå. Sitatet under er beskrivende for diskursmønsteret i begrunnelsestekstene; prosjektet for å få barnet til å kunne stå, og det på ”best mulig måte”.

(37:) ”(Navn) er svært stiv i anklene, og vil kunne ha god nytte av å stå i ståstativ. Det er svært vanskelig å få tøyd anklene, og i et ståstativ vil dette bli enklere. Hun vil også kunne få en mer optimal stående stilling”.

Sitatet forteller ganske mye om hva som anses som avviket som skal korrigeres med ståstativet. Det er en direkte sammenheng mellom avviket og normaliseringen. Leddene skal rettes ut. I det angitte sitatet er det tydelig at barnet har vansker med å få anklene strekt på grunn av bakenforliggende sykdom, og at dette er avvikende fra hva som forventes av barnet. Det er også tydelig at det er en tanke om at det vil la seg gjøre å normalisere barnets kropp ved bruk av et ståstativ. I dette sitatet får man også presentert beskrivelsen av to typer av fysiske tilstander som beskrives i samtlige av begrunnelsestekstene; det avvikende barnet som har et behov og kroppen som trenger å stå, men som ikke befinner i ståstativet. Det er dette behovet som skal tilfredsstilles gjennom å stå i stativet. I sitatet beskrives det hvordan barnet

opptrer ”utenfor ståstativet”, med stive ankler. Dette fremstår i kontrast til hvordan kroppen som befinner seg i ståstativet, kroppen i en pågående normaliseringsprosess. Her mener begrunneren at de stive anklerne vil opptre mer slik de skal; rettet ut. Som det vises videre gjennom funnene i begrunnelsestekstene, trer det her frem en ”kampdiskurs” mellom disse to fysiske tilstandene. Kampen foregår på barnets kropp, en strid mellom avvikets negative påvirkninger på kroppen, og ståstativets antatte positive påvirkning. I sitatet begrunnes behovet for ståstativet med det korte og konsise målet om at barnet vil få en *mer optimal stående stilling i ståstativet*. Begrunneren beskriver altså at den avvikende kroppen vil endre sin fysiske tilstand til det mer normale, men også kanskje til noe enda mer; *det optimale*. Ståstativet bygger med andre ord en diskursiv bro mellom den avvikende kroppen som ikke er i stativet, og en normalisert tilstand man legger til rette for å tilstrebe innenfor ståstativets rammer.

I det følgende sitatet beskrives enda et mål ved bruken av ståstativet til et annet barn: (12:) ”Funksjonen i måloppnåelsen er å bidra til at barnet kan stå i oppreist stilling slik at anatomiske strukturer kan utvikle seg gunstig.” Altså; hvis barnet ikke får stå oppreist vil det utvikle seg på en ugunstig måte. Avviket vil underforstått tilta. Distansen fra det normale vil øke. Det som beskrives i sitatet, er det man i en stor del av begrunnelsestekstene kan tolke som en tilnærmet *truende* undertone når det kommer til de fysiske farene ved å ikke stå oppreist. Dette kan også illustreres gjennom det følgende sitatet (44:): ”Dette er den eneste måten hun kan komme seg på beina på.” Det faktum at barnet *skal* stå oppreist blir en selvfølgelighet. Leseren får inntrykket av at det ikke finnes noe akseptert alternativ. Det finnes bare én løsning, og det er at barnet skal stå, og for å oppnå dette må man benytte seg av ståstativet.

Lik det tidligere sitatet om ”den optimale stående stilling” er det også majoriteten av begrunnelsestekstene som beskriver det som kan fremstå som et av de tydeligste målene med bruken av ståstativet:

(20:) *Barnet har behov for ståstativ. Gåhjelpemidlene hun har gir ikke den nødvendige støtten. Hun har behov for et hjelpemiddel som gjør at hun flere ganger daglig kan tas opp i stående stilling. Ståstativet må gi nødvendig støtte for å fremme symmetri i den stående stillingen.*

Det å *fremme symmetrien* er et av de sterkeste og mest fremtredende diskursmønstrene i begrunnelsestekstene. Enten brukes ordet symmetri, eller dets motsetning usymmetri. Uansett hvilke ord det benyttes, er det tydelig at språkbruken – *diskursen* – videre handler om å rette opp den stadig avvikende kroppen. Den diskursive kampen er mot den stadig nærværende usymmetrien, som enten er tilstede hos barnet og kan forverres, eller som kan komme hvis man ikke ”gjør noe med” den fysiske tilstanden ”å stå”. Dette blir symboler på den sterke motsetningene mellom avvik og normalitet.

Ønsket om å oppnå den fysiske symmetrien er som nevnt et mønster som går igjen i begrunnelsestekstene. Det usymmetriske skal motvirkes, og skal om mulig fjernes da det er noe som er uønsket hos barnekroppen, og dermed menneskekroppen. Det er en undertone om at det usymmetriske ikke aksepteres som et valg når det kommer til menneskekroppen. Den normale, symmetriske stillingen blir både mål og middel i behovsdiskursen.

Den fysiske skjevheten manifesterer seg på flere måter forklart gjennom begrunnernes behovsdiskurs. Oftest er det ryggen som er skjev, og som direkte skal ”rettes ut”. Andre ganger kan målet være å korrigere andre kroppsdeler som også skal kunne bedres ved bruk av ståstativet:

(42:) (Navn) må ha ståtrening hver dag. Ståtrening må gjøres når han er i form til det og fordeles over flere økter ila dagen. Det er viktig for å forebygge kontrakturer, styrke, benvekst, lette fordøyelsen, forbedre sirkulasjon og stimulering ved at han kommer seg opp i stående stilling.

Begrunnelsene er i likhet med den ovenfor objektiviserende, i og med at man omtaler effekten på enkelte av kroppens bestanddeler; eksempelvis fordøyelses- og sirkulasjonssystemer. Dette kan beskrives som en objektivisering av barnets kropp. Samtidig er det en omfattende inngripen for barnet og dets kropp å måtte stå oppreist. Begrunnelsen i sitatet ovenfor fremstår som reduksjonistisk, men samtidig helhetsomfattende. Man kan med andre ord ikke behandle ”bare kontrakturen” eller ”bare fordøyelsen”, hele barnet blir stående i stativet. Ståstativets effekter på kroppen begrunnes kun med positive effekter på indre organsystemer. Noen form for negative følger, av fysisk eller psykisk art drøfte ikke. Dette til tross for at det er studier som viser at dette kan være tilfelle for mange barn (Nordström mfl 2014a, 2014b).

Begrunnelsesteksten fremstår som en klar og udiskutabel bestilling på det korrigerende hjelpemiddel ståstativet.

Begrunnelsene for at barnet uten ståstativet er mer eller mindre i fare for å bli mer avvikende fortsetter:

(39:) ”Ståtrening styrker muskler og ledd, og for små barn er belastning over hoften viktig for å fremme korrekt utvikling av hoftelrådet. I tillegg stimuleres respirasjon, nyre, lever- og tarmfunksjon. Barnet er avhengig av hjelpemiddel for å sitte og stå.”

Det avvikende fremtrer her også som i form av fysiske svakheter og mangler ved kroppen. Uten ståtreningen vil man fysisk kunne utvikle seg på en ugunstig måte, og indre organer vil ikke fungere slik de burde. Det er likevel oversiktsstudier som har tatt for seg evidens for slike effekter, og de er lite konkluderende for større effekter effekter som det argumenteres for (Paleg mfl 2013 og Glickman mfl 2010).

Under er det valgt et sitat som beskriver en ungdom som har anvendt ståstativet over mange år:

(36:) ”(Navn) har kontrakturer i kne- og hoftelrådet, i tillegg til scoliose (red: skjevhet i rygg). Feilstillingen har i den siste tiden tiltatt. Det er ønskelig med et ståstativ som kan stimulere en mest mulig oppreist stilling av ryggen. Målet er å oppnå en ståfunksjon.”

Her er det igjen en beskrivelse av det avvikende barnet, i dette tilfellet en ungdom. Her søkes det om et ståstativ som kan gi en best mulig oppreist stilling av ryggen. Igjen ser det ut som om begrunneren forsøker å distansere ungdommen fra det avvikende og skjeve. Den trengende, fysiske tilstanden presenteres. Det begrunnes behov for et ståstativ for å motvirke en plage som beskrives som en feilstilling som er i ferd med å bli mer uttalt. Det interessante i dette tilfellet er at gutten er nesten voksen, og har hatt diagnosen sin siden fødselen. Målet er fortsatt å oppnå en ståfunksjon. Gutten har med andre ord en sykdomstilstand som har vært tilstede gjennom hele livet, og har, sett i lys av diagnosen, brukt ståstativ siden han var et lite barn og det allerede da lå det en forventning om at han skulle stå. Til tross for dette fremkommer det av begrunnelsesteksten at det enda ikke har vært en klar motvirkende

endring av ryggens feilstilling, men kampen mot avviket fortsetter likevel. Det er nok en tydelig kampdiskurs når det kommer til samspillet mellom de to fysiske tilstandene i og utenfor ståstativet. I dette ses det også at ståstativet er fremstilt som hva Grue (2014) kaller ”kontrollmekanismer”. Ståstativet er en ramme som forteller hvordan kroppen skal stå i en fysisk forstand. Det legges en rolleforventning til kroppens opptreden. Ståstativet som form for kontrollmekanisme er lik den som kan leses av Climos artikler som beskriver hvordan den tidlige bruken av ståstativet var (1954a, 1954b).

De fleste begrunnelsestekstene er ganske konkrete når de beskriver hvilke fysiske avvik på barnets kropp man ønsker å rette på ved bruk av ståstativet. Det er likevel noen tekster som er mer diffuse, og hvor begrunneren stiller seg åpen til hva som kan skje med barnets kropp etter at man har begynt å bruke ståstativet. (33:) ”(Navn) skal tilvennes å stå oppreist for å hindre kontrakturer, samt stimulere for å se hvor mye funksjon vi får frem.” Her vil begrunneren se hvor mye av det aktuelle barnets kroppsfunksjon som man kan ”få frem”. Det er ingen tvil om at begrunneren mener at det er mulig ”å få frem” noen av barnets kroppsfunksjoner ved å bruke ståstativet. Her kan uttalelsen nesten tolkes som et eksperiment for hva fremtiden vil bringe etter en tids bruk av stativet som hjelpemiddel.

4.1.2. Det sosiale behovet

Dette er den andre av de tre kategoriene, som tilsammen utgjør det største temaet, hvor behovsdiskursen som hoveddiskurs dominerer. Som nevnt innledningsvis i kapitlet beskrives det en rekke sosiale behov som oppfylles ved at barnet står oppreist. I dette som kan kalles den ”sosiale diskursen”, får man et innblikk i hvordan begrunnerne ser på barnets muligheter for interaksjon og samhandling hvis bruken av et ståstativ er tilstede. Det tidligere omtalte behovet for ”fysisk symmetri” henger altså symbiotisk sammen med behovet for ”den sosiale symmetrien” som skal belyses videre.

Det første sitatet er kort, men forteller mye om hvordan begrunnere beskriver det å stå i ståstativet, men også det å stå i det hele tatt som en del av en sosial sammenheng. Det å kunne stå oppreist fremstår som en forutsetning for det å faktisk kunne fungere som menneske i det daglige. (27:) ”Målsettingen er å gi motivering til å utvikle sosiale ferdigheter og kommunikasjon gjennom å komme i lik høyde med de andre som er like gamle som han.” Det

å kunne være på lik høyde med de andre jevnaldrende brukes som en årsak for begrunnelse til bruken av ståstativ. Begrunneren ser her en sammenheng mellom å være på samme høyde som de andre rundt seg, og evnen til å kommunisere med andre mennesker. Det å være på lik høyde er også med på å forsterke det normale – å være som de andre. Å være på lik høyde blir dermed både et mål og et middel da det ifølge begrunneren vil føre til motivasjon for å utvikle de sosiale ferdighetene til barnet som omtales.

I en annen begrunnelsestekst fremkommer også et annet perspektiv på hvorfor det å stå blir en viktig komponent når det kommer til det å utvikle barnets sosiale ferdigheter: (28:) ”*På den måten kommer hun også i høyde med andre barn og blir mer tilgjengelig for kontakt.*” Her kommer også tilgjengelighet inn i diskursen om ”det sosiale behovet”. Ved bruk av ståstativet kan barnet tilsynelatende ”endelig” bli tilgjengelig for kontakt og kan kommunisere med verden omkring seg. Den sosiale symmetrien er igjen tilstede. Ståstativet skal ikke bare utløse sosiale ferdigheter som i forrige sitat, men også skape mer tilgjengelighet for barnet som sosialt subjekt, gjennom å stå i ståstativet. Interaksjonen går dermed begge veier: Barnet kan ta mer kontakt enn hva det for eksempel kunne gjort sittende i rullestol, og barnet blir mer tilgjengelig for andre som vil ha kontakt med det. Det fremkommer også gjennom begrunnelsestekstene at dette ikke bare gjelder mellom det avvikende barnet og den voksne i barnets nærhet, men også i forhold til andre barn: (1:) ”*(Navn) vil ha et utgangspunkt for å se og samhandle med de andre barna.*”

I flere av tekstene er dette med sosial deltakelse i aktivitet en gjenganger, eksempelvis i forhold til den fysiske bruken av ståstativet. I en begrunnelsestekst kan det ”å stå” være skrevet så enkelt og konkret som dette: (9:) ”*Ståstativet gjør at han i større grad kan delta i lek og aktiviteter med andre barn.*” Med tanke på deltakelse i aktivitet, fremstår bruken av ståstativet, eller det å stå, som noe som kan være en inngangsport til deltakelse i aktiviteter som for eksempel lek, som er en svært viktig del av barns hverdag. Det sosiale behovet, slik det er beskrevet som kategori, henger også sammen med hvordan bruken av stativet forklares gjennom mange av begrunnelsestekstene. Det beskrives likevel svært sjelden eksempler på hvilke aktiviteter begrunnerne mener barna skal kunne utføre fra ståstativet. Det er ingen tvil om at det å ikke stå, med eller uten hjelp av et ståstativ, oppfattes som et såpass stort problem at en må gå inn og gjøre tiltak for å endre situasjonen. Det er tydelig at det funksjonshemmede barnet, eller omgivelsene opplever, er en egenskap ved barnet. Problemet eksisterer i barnets kropp, og derfor må løsningen i form av korrektive tiltak rettes mot den samme kroppen. Når

barnet er plassert i ståstativet skal barnet ifølge diskursen i begrunnelsestekstene bli mer tilgjengelig for omgivelsene sine, og omgivelsene mer tilgjengelig for barnet. Ståstativet presenteres dermed ikke bare som et hjelpemiddel for det enkelte barnet, men samtidig et hjelpemiddel som skal bistå de omkring barnet.

Det legges opp til en ”bedre” dynamikk mellom barnet og omgivelsene, på grunn av at kroppene blir mer ”identiske”. Med tanke på diskursen i begrunnelsestekstene virker det som vanskelig å oppnå dette med mindre man anvender stativet. Negative sosiale forventninger, tillagt ”de funksjonshemmede”, skaper ofte hindringer i hverdagen (Froestad 2000). I begrunnelsestekstene er det særlig lagt vekt på at barnet endelig kan få utviklet sine sosiale evner så fremt det står i ståstativet. Diskursen legger opp til at det er det enkelte barnet som må strekke seg, bokstavelig talt, etter de andre for å en sosial symmetri. Det legges en forventning til at det stående barnet først har mulighet til å bli det sosiale barnet. At samfunnsskapte barrierer og holdninger til funksjonshemmede som er vel så relevante spørsmål å stille her, er overhodet ikke reflektert i begrunnelsestekstene.

4.1.3. Forventninger

Forventningen til at barn skal kunne mestre det å stå innenfor en bestemt alder, er fremtredende i en stor del av begrunnelsestekstene. (14:) ”*Søker om ståstativ da det er viktig at barn på 1 år kommer opp i stående stilling og har ståtrening.*” Dette forteller ganske konkret om en stor forventning om normalitet som dominerende tematikk. Denne forventede normale fysiske atferden danner grunnlaget for diskurs når det kommer til årsaken for at man søker om ståstativ til barn. I denne begrunnelsesteksten forteller begrunneren at det er viktig at barnet kommer opp og står da det er forventet med tanke på dets alder. Her blir det derfor en direkte sammenligning av det aktuelle barnets avvikende atferd og ”normale barns” atferd. Denne formen for sammenligning kan gjøres på grunnlag av et kunnskapsgrunnlag medisinen har opparbeidet gjennom produksjonen av både psykologisk og biologisk utviklingsteori. På denne måten kan medisinen definere ut avvik fra normalen (Priestley 2003). Dette er disse sitatene et uttrykk for, og avviket skal kompenseres med ved å bruke ståstativ. Det samme funnet bekreftes videre hos et annet barn: (30:) ”*Hun har fylt året, og det er på tide å komme opp i stående.*” Igjen ser man den direkte sammenligningen mellom avvik og normalitet. På bakgrunn av dette barnets diagnose og dets alvorlighetsgrad, kan det påstås at dette barnet

aldri vil komme til å stå selvstendig, men samtidig mener begrunneren at barnet skal komme opp og stå med tanke på at dets jevnaldrende gjør det – slik det ”normalt sett” er.

Forventningen til hvordan barnet skal opptre rent fysisk, og hvordan dets atferd tolkes, er også fremtredende. Mange av disse begrunnelsene går på tvers av kategoriene. En stor del av diskursen omhandler behovet kroppen har for å stå på en bestemt måte, og den forventningen man har til hvordan barnet skal opptre utviklingsmessig, lik normalen.

4.1.4. Unngå å sitte

På mange måter er den mest interessante kategorien den som omhandler det at barnet skal unngå å bli sittende, og da med spesiell vekt på bruk av rullestolen som alternativ til kroppens stilling. Dette illustrerer kanskje det som kan beskrives som ”motsetningen” til det å stå oppreist i ståstativet. Barnets bruk av rullestol kan fremstå som det ståstativet faktisk skal forebygge – unngåelsen av det å ”bli sittende”. Dette er et konkret eksempel på den ene av de to fysiske tilstandene som er beskrevet under kategorien ”det fysiske behovet for å stå”. Det å sitte, og det å stå, blir motsetninger som i en stor del av begrunnelsestekstene illustrerer den diskursive kampen. Rullestolen er et hjelpemiddel som de aktuelle barna bruker i det daglige, men det er tydelig at begrunnelsestekstene formidler et ønske om at barnet skal bruke rullestolen mindre og ståstativet mer. Rullestolen virker som et hjelpemiddel som aksepteres, i og med at det er kritisk for å kunne forflytte seg i løpet av hverdagen. Når en person ikke kan gå eller stå, må han eller hun derfor benytte seg av en rullestol. Men det er tydelig at denne ikke må brukes ”for mye”. Som det beskrives videre er det flere begrunnelser for dette. Og hvis man tenker på bruken av ståstativet i de aktuelle barnas liv, er det tydelig at det å stå er å foretrekke fremfor det å sitte på en rekke områder.

(6:) ”(Navn) kan ikke gå eller stå uten støtte. Sitter derfor mye i rullestol i løpet av dagen. Det er ønskelig med ståstativ for å gi mer variasjon i løpet av dagen, slik at mindre tid tilbringes sittende i rullestol og mer tid i oppreist, vektbærende stilling.”

I sitatet ovenfor er det tydelig vektlagt at barnet bruker for mye tid i rullestolen, og at dette er noe man bør unngå. Det beste alternativet er ved bruk av ståstativet for stillingsendring. Rullestolen bør unngås, begrunnet ved å få en større variasjon i kroppens stilling. Det å stå

oppreist blir igjen både mål og middel for å forhindre at barnets avvik manifesteres og opprettholdes i rullestolen. Den første delen av sitatet bærer preg av ”det tragiske” aspektet ved hvordan disse barna beskrives å ha det; Det ikke-stående barnet må dessverre sitte mye i rullestol i løpet av dagen. I andre del av sitatet beskrives løsningen på den heller tragiske situasjonen barnet er i: Barnet vil få erfare det å stå oppreist.

Mange av barna som er henvist gjennom begrunnelsestekstene, har funksjonsnedsettelse som de har hatt fra fødselen av, eller det første leveår. Andre har sykdomstilstander som progredierer gjennom barneårene. Flere av de sistnevnte har derfor kunnet stå uten bruk av ståstativet i løpet av livet, men er nå kommet til et punkt der dette ikke lengre er mulig. Bruken av ståstativet er i begge tilfeller vektlagt til å være en svært viktig intervensjon for å unngå at barnet ”blir sittende” i rullestolen:

(31:) ”(Navn) har vanskelig for å stå, og vi vet at hun vil bli rullestolbruker. Det er viktig å få henne opp og stå for å styrke skjelett, forebygge feilstillinger og for å kunne gjøre aktiviteter i stående stilling.”

Her er hensikten å komme i gang med ståtreningen i ståstativet ”før det er for sent.” Det vil si før det å sitte som følge av avviket blir det vanlige for barnet. Kampdiskursen presenteres videre gjennom at man må sette inn normaliserende tiltak før avvikene overtar kroppen. Man vet hva som kommer i fremtiden i og med at selve sykdommen ikke kan stanses. Funksjonstapet er altså uunngåelig, men tekstene bærer preg av at man skal gjøre hva man kan for at barnet ikke skal bli sittende i rullestolen. Kroppen skal bevares stående så langt det lar seg gjøre, med det som etter hvert for barnet vil bli den ”kunstige aktiviteten” å stå i ståstativet. Det kan beskrives som kunstig i og med at ståstativet kan beskrives som en protese lik Mitchell og Snyder (2001) beskriver det, som en forlengelse av kroppen. Barnet kan ikke stå selv, og ståstativet er protesen som gjør dette mulig. Under kategorien ”Anvendelse” lengre bak i kapitlet, vil bruken beskrives ytterligere. Men det er sjelden noen funn i begrunnelsestekstene som beskriver hva som skal skje mens barnet er i ståstativet, annet enn at det ”skal stå”. Dermed fremstår det ”å stå i ståstativet” som en kunstig handling i seg selv. Handlingen blir bare en imitasjon av det som i diskursene virker som noe forventet, selvfølgelig og ”menneskelig”.

Å unngå rullestolen så mye som mulig er lagt mye vekt på. Argumentene for det, er alle de ugunstige effektene det er ved å sitte for mye i rullestolen. Det virker som at den sittende stillingen er det dårligste alternativet for barnets tilværelse. Dette gjelder spesielt med tanke på det man kan betegne som ”utsatte kroppsdelene”, spesielt beina og ryggen. Her presenteres de ugunstige forholdene nok en gang:

(46:) ”Hun har behov for stillingsendring i løpet av dagen. Når hun sitter mye i rullestol blir sirkulasjonen i beina nedsatt og ryggen posisjonert i en uhensiktsmessig stilling med tanke på scoliose, og lungene og fordøyelsen arbeider under ugunstige forhold. Et ståstativ kan bidra til stillingsendring som kan motarbeide nevnte problematikk.”

Det å stå argumenteres også her som en slags kamp mot sykdomsutviklingen. Ståstativet kan brukes som et verktøy, eller ”våpen”, som kan motarbeide den avvikende kroppens negative utvikling. Det er likevel et snev av usikkerhet i argumentet i sitatet ovenfor: ”...*kan motarbeide nevnte problematikk*”. Det å ikke stå, fremstår som noe som begrunnerne ikke ønsker at barnet skal utsettes for. Derfor legges det stor vekt på det å få barnet til å stå, blant annet ved at det i diskursen presenteres hva som kan skje hvis man ”blir sittende”. Det er fra begrunnerne side ingen tvil om at det er det å stå er det som er det man bør oppnå i størst mulig grad. Den truende undertonen av negative konsekvenser er der, samtidig som det parallelt presenteres en potensiell løfterik løsning basert på en medisinsk-teknologisk løsning.

Dette første temaet omhandler som nevnt innledningsvis behovsdiskursen medisinen beskriver at kroppen har for å stå. Dette gjelder spesielt symbiosen mellom den fysiske symmetrien og den sosiale symmetrien. Det er også i dette en sterk forventningsdiskurs omkring hvordan barnet skal ”opptre” fysisk og sosialt. Det er en tydelig kampdiskurs i tekstene. Kampdiskursen kan videre beskrives å utspille seg gjennom barnets kropp. Det utkjemper det en territoriell kamp mellom avvik og normalitet; symmetri versus usymmetri, og kaos versus orden.

4.2. Erfaring

Dette temaet, ”Erfaring”, er det andre større temaet som fremtrer i empirien. Halvparten av begrunnelsestekstene nevner stillingstittelen på ”forfatteren”, og dette viser at begrunnerne av behovet for ståstativene er ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Det fremkommer gjennom diskursen i begrunnelsestekstene et mønster av samsvar mellom ”ekspertenes” uttalelser. Begrunnerne har avdekket et behov på bakgrunn av barnas manglende evne til å kunne stå selvstendig. Avvikene de har oppdaget, sammenlignes med hva som er ”normalt”, ved bruk av utviklingsteorier og kartleggingsredskaper frembragt som resultat av dette (Priestley 2003). Men hva har de observert av barnas opplevelser ved bruk av ståstativet? Hvilke erfaringene har de gjort seg som kan være med på å begrunne behovet for ståstativet i barnas hverdag? I begrunnelsestekstene er det varierende funn, og det fremtrer to ytterpunkter: Det er de som observerer at barnet ikke står med god nok ”kvalitet” i stativet og at det derfor oppleves utfordringer av varierende grad. De andre observerer at barnet trives i ståstativet, og at stativet fungerer slik det hadde som hensikt å gjøre. Noen søknader handler for eksempel om å bytte ståstativ da det stativet barnet har, ikke har fungert i henhold til intensjonen. Andre handler om å bytte ståstativ bare på grunn av at barnet har vokst, og de ønsker å få en større modell.

I kategoriene som følger innenfor temaet ”Erfaring” vil det presenteres både hva som begrunnerne opplever som fungerer bra, og hva som oppleves som utfordrende med tanke på bruken av ståstativ i barnas hverdag. På denne måten representeres de to ytterpunktene i uttalelsene.

4.2.1. ”Fungerer bra”

Noen av begrunnelsestekstene beskriver det som går direkte på de enkelte kroppsdeler som det antas at ståstativet skal ha en effekt på; dette kan for eksempel være rygg, hofter, knær og ankler, slik det fremkommer under forrige tema angående kroppens behov og forventninger. Som tidligere nevnt er ofte hensikten som beskrives objektiviserende, da det i stor grad snakkes om kroppsdeler, ikke om barnet selv. Det fremkommer sjelden noen beskrivelser av

barnets opplevelser, som for eksempel barnets humør, eller barnets egen reaksjon på ståstativet. De fleste erfaringene som nevnes er av denne typen:

(32:) ”*Ståstativet er utprøvd med bruker og ser ut til å kunne gi svært god tøyning i hofter og knær*”. Dette gir som man kan se bare en fremstilling av begrunnerens observasjon av

effekten det har på barnets kroppsdeler, og ingenting om hvordan barnet selv opplever det å stå der. Det finnes studier som tar for seg dette, for eksempel Nordström mfl (2014a, 2014b). I studiene kommer det frem at barna opplever bruken ”både og”. Noen barn syntes bruken av stativet var greit, mens andre syntes de var stigmatiserende og smertefulle.

Begrunneren viser at ved bruken av ståstativet distansers barnet fysisk og sosialt fra avviket, og nærmere det normale – som igjen er mål og middel. I dette tilfellet virker det som en suksesshistorie er i ferd med å skje. Normaliseringen er i gang.

Som nevnt beskriver et fåtall av begrunnelsestekstene beskrevet hvordan barnet selv reagerer på det å stå oppreist i stativet. Noen bekrefter enkelte barns allerede eksisterende interesser for det å komme opp i stående, mens andre kan gi beskrivelser av hvordan barnet på en positiv måte opplever det å stå oppreist: (40:) ”*(Navn) er ivrig etter å stå og gå, og liker å komme opp og få oversikten. Liker å se på folk og er sosial*”. Dette beskriver et barn som ser frem til, og gir uttrykk for at det å stå er noe det synes er nyttig i forhold til dets interesser. Dette er ett av de få funnene i begrunnelsestekstene som tar for seg barnets opplevelser.

I noen få av søknadene er det tydelig at det er noen ståstativ som passer bedre enn andre til det enkelte barnet. (16:) ”*(Produkt 1) fungerte bedre enn (produkt 2). Stod godt og gutten trivdes godt i det.*” Dette kan bety at det gjelder å finne det rette ståstativet for at barnet skal ha nytte av å stå i det, og at det blir et viktig aspekt ved søknadsprosessen. Uten det riktige ståstativet kan ikke normaliseringsprosjektet fortsette på en god måte, mens det med ”det riktige” ståstativet vil gå mye bedre. Det beskrives blant annet at gutten som skal bruke ståstativet trivdes bedre i det nye ståstativet enn det han hadde før. Denne nyansen tas med i begrunnelsen av ståstativet, ikke bare hvordan de enkelte kroppsdelerne ser ut. Barnets egen opplevelse stilles som kontrast til den ellers gjennomgående objektiviserende diskursen. Dette er ett av de få eksemplene av de 51 begrunnelsestekstene som beskriver hvordan barnet selv opplevde det å stå i stativet.

Som man også kan se ut ifra hvilken omgivelse ståstativet skal brukes i, er det også snakk om å utvide anvendelsen av ståstativet til andre arenaer, slik man kan se her: (13:) ”*(Navn) har*

ståstativet (produkt) i barnehagen og det fungerer. Søker derfor om det samme til å ha hjemme.” Her er det med andre ord en begrunnelse for å utvide bruken av ståstativet til en av de andre store arenaer barnet til daglig befinner seg i, nemlig hjemmet.

I begrunnelsestekstene er det noen ganger indikasjoner på at bruken av stativet, både i antall timer og omgivelser for bruk, må utvides hvis ståtreningen skal ha effekt på barnets avvik.

4.2.2. utfordringer

Dette er det andre av de to ”ytterpunktene” som beskrives i begrunnelsestekstene når det kommer til begrunnernes erfaringer ved bruken av ståstativ til det enkelte barnet.

Utfordringene blir en klar motsetning til forrige kategori hvor det var begrunnet hvor velfungerende ståstativet var, med eksempel på at barnet selv opplevde det som positivt, eller at kroppen som objekt responderte godt. Det er nemlig ikke alltid det er slik at ståstativet trenger å fungere så bra, verken for hvordan det appellerer til den enkelte kroppsdel, eller til barnet med tanke på hvordan barnet selv opplever stativet.

Det er flere eksempler på hvor det er forsøkt forskjellige produkter til det enkelte barnet: (2:) ”(Navn) har prøvd ut ulike ståstativer uten hell. Blant annet (produkt).” Årsakene til at man må bytte ut ståstativet er at begrunneren ikke kan observere noe endring i det fysiske avviket, til tross for flere timers bruk i det daglige. I begrunnelsesteksten beskrives det aldri noen andre alternativet enn det å bytte produkt. Det virker som om ”løsningen” på avvikets utvikling, og fremmingen av det normale og dets utvikling, alltid er ”der ute” et sted. Man må bare finne det rette produktet. I noen av tekstene kan det virke som om ståstativet, og dermed begrunneren, har ”tapt slaget”, men ikke nødvendigvis ”kampen”. Kampdiskursen fortsetter til en finner det korrekte og hensiktsmessige ståstativet. En stor andel av begrunnelsestekstene er et godt vitnesbyrd på akkurat dette.

Noen søknader har beskrevet problemet relativt kort og presist: (16:) ”Har fra tidligere (type ståstativ). Dette fungerer ikke så godt lengre. Vanskelig med innplassering, spesielt knær.”

Her er det en motsetning mellom ståstativet muligheter og barnets fysiske forutsetninger som tydelig må avhjelpes ved hjelp av et nytt produkt. Videre i begrunnelsesteksten ønsker begrunneren å prøve et annet navngitt produkt som anses som en bedre løsning for barnet. Det fremkommer at barnets avvik ikke lengre er kompatibelt med ståstativet, og det trengs en

annen relevant løsning siden barnet og dets avvik ”ikke passer” i ståstativet. Det er altså ikke noe ”galt” med stativet, men med barnet. Det er heller ikke noe ”galt” med den institusjonelle praksis. Begrunneren følger bare en praksis som er vanlig og normal innenfor det medisinske perspektivet, noe som bidrar til en ”selvfølgelig” og naturlig praksis. En praksis som dermed ikke tematiseres.

Lik det første eksemplet er kompatibiliteten mellom barnet og ståstativet ikke bestandig så godt: (12:) ”*Har prøvd diverse produkter, men disse gir ikke nok støtte for å oppnå gunstig ståfunksjon.*” Her forteller begrunneren at det er forsøkt et visst antall, og type produkter innenfor produktgruppen ståstativ, men enda finner man ikke et som har løst problemet med å oppnå den ”gunstige ståfunksjonen”. Begrunnelsesteksten er da også i denne sammenheng ment som et ledd i rekken med utprøvinger for å oppnå en så gunstig stilling som mulig for det aktuelle barnet. Man kan spørre seg hva som skjer hvis begrunneren ikke finner et ståstativ som svarer til forventningene.

Utfordringene som kan leses ut ifra begrunnelsestekstene er ikke mer mangfoldige enn at det dreier seg om at det er en konflikt mellom barnets kropp og ståstativet. Dette kan beskrives som en del av den større kampdiskursen; mellom barnets avvik, og ståstativets normaliserende effekt. Denne effekten kan ikke finne sted hvis ikke ståstativet er korrekt til det enkelte barnet. Det dreier seg om at barnet ikke får stått slik det burde, og at barnet trenger et annet produkt slik at det kan stå oppreist slik det anbefales av begrunneren. Man kan si at begrunnerne i de aktuelle eksemplene observerer at barnet og stativet rett og slett ikke passer sammen. Løsningen er likevel ikke å slutte med ståstativet, men være stadig på leting etter et nytt og bedre produkt, slik at normaliseringsprosjektet kan videreføres i hverdagen.

4.3. Anvendelse

Det tredje og siste temaet handler om den faktiske, daglige anvendelsen av ståstativet. Temaet er delt opp i kategoriene ”Anvendelse” og ”Aksept”. Anvendelsen handler mye om hvordan ståstativet *brukes*. Hver begrunnelsestekst forteller noe om bruken av ståstativet, enten hvordan det har fungert til det punktet der man søker om et nytt stativ, eller hva som er tanken om bruken fremover. Dette kan helt konkret i tekstene fremstå som ”oppskrifter” på bruken

av ståstativet som verktøy; hvor det skal anvendes, samt hvor lenge det skal brukes per dag, samt hvem det skal brukes sammen med. Barna som beskrives gjennom begrunnelsestekstene er ofte barn som har assistenter og annet barnehage- eller skolepersonell som følger dem mer eller mindre i løpet av dagen. I tekstene kan det forstås slik at dette personellet skal følge opp bruken av ståstativet i hverdagen, under veiledning av begrunneren. Dette kan bety at disse barna har et hjelpebehov i løpet av dagen som tilsier at de trenger noen til å hjelpe seg. Ofte er det også slik at begrunneren, eller en annen representant for helsevesenet, skal fungere som den som skal følge med at barnet og ståstativet passer sammen, og det de foreskrevne faktorer, som for eksempel tiden i ståstativet, faktisk overholdes.

Begrunnelsestekstene forteller også noe om hvordan personene rundt barnet forsøker å gjøre ståstativet mer akseptert for barnet. Som man kan lese under kategorien ”Aksept” er det slik at dette foregår på flere måter. Alt skal legges til rette for at barnet skal kunne stå i ståstativet så mye begrunneren har foreskrevet.

Slik som det ble presentert tidligere, brukes ståstativet i tre forskjellige omgivelser; skolen, barnehagen og i hjemmet. Bruken av ståstativet er avhengig av at noen personer ”rundt barnet” sørger for at det brukes i hverdagen, dette presiseres svært ofte i begrunnelsene. For eksempel at angitt personell i skolen eller barnehagen skal følge bruken i hverdagen, gjerne under oppfølging av begrunneren eller en annen som har oppfølgingsansvaret for barnet og ståstativet. Det man kan lese direkte av flere begrunnelsestekster er at barnet må ”plasseres” i ståstativet av en voksen. I begrunnelsene nevnes det gjerne hvem det skal brukes sammen med, og i hvilken sammenheng det skal brukes. (37:) ”(Navn) har et behov for ståstativ som hun kan bruke sammen med (skolepersonal) i klasserommet.”

I flere andre begrunnelsestekster beskrives det mer detaljert hva ståstativet kan foregå i sammenheng med: (50:) ”Hun skal kunne stå i samlingsstund i barnehagen, og ellers inntil bordet ved aktivitet der.” Her er det altså meningen at barnet skal bruke ståstativet i sosiale aktiviteter, slik ”samlingsstund” i barnehagen kan være. Som i likhet med det siste sitatet er det i flere av tekstene konkrete eksempler på hvor stativet skal brukes, og hva som kan skje samtidig som barnet står i stativet. Dette gir et enkelt, men godt bilde av hvordan ståstativet er ”plassert” som bruksobjekt i løpet av dagen i barnehagen, skolen eller i hjemmet.

Størsteparten av begrunnelsestekstene handler om at ståstativet enten skal brukes til barnehagen eller skolen. Det ble angitt hvem stativet skulle brukes sammen med, og dermed hvem som har ansvaret for at barnet bruker ståstativet i hverdagen. I et fåtall begrunnelsestekster trekkes det frem at ståstativet skal brukes i hjemmet. Dette er kun nevnt som en utvidelse av bruken – både med tanke på arena, men også med tanke på hvor lang tid barnet må bruke i ståstativet.

(51:) ”(Navn) har i dag ikke egnet ståhjelpemiddel i hjemmet til bruk på ettermiddag og i helger/ferie. Hun har prøvd ut (produkt) til det formålet og hjelpemiddelet er funnet hensiktsmessig og nødvendig.”

Her beskriver begrunneren at barnet ikke bare skal bruke ståstativ på dagtid, men at det er hensiktsmessig at det også anvender ståstativet i fritiden og i ferier. Dette betyr for barnet en stor utvidelse av den daglige bruken. Dette sier noe om hvor mye enkelte barn ifølge begrunneren bør bruke ståstativ, og hvordan det er og blir en del av hverdagen.

Normaliseringen skjer gjennom hele dagen. Spesielt er dette aktuelt for de barna som skal bruke ståstativet også hjemme – på de arenaer og tidspunkter hvor det er ”normalt” og forventet at de skal stå, kanskje til og med i situasjoner hvor det ikke er vanlig at barna skal stå oppreist. For barna som er litt eldre og befinner seg på skolen, begrunnes det for eksempel på denne måten: (46:) ”Ståstativet skal i hovedsak brukes i skoletimene. Målet er å bruke ståstativet daglig, gjerne i to timer.” Det interessante her er at barnet skal bruke ståstativet i skoletimene, altså over lengre tid. Dette kan tyde på at barn som skal bruke ståstativet også må stå i sammenhenger hvor det kanskje ikke kreves av andre barn – siden de som oftest sitter i store deler av skoletimene. Dessuten, hvorfor barnet skal stå i akkurat to timer begrunnes heller ikke. Argumentasjonen, eller fraværet av den, tilsier således en ureflektert praksis, en som tas for gitt.

Det kommer likevel anbefalinger til hvor mye tid barn skal bruke: (32:) ”(Navn) har (diagnose) og sitter i rullestol. Hun har feilstillinger i hoftene og scoliose (red: skjev rygg). Det er svært viktig for (navn) funksjon at hun er oppe i stående minimum 1 time hver dag.”

Dette er en ganske klar og tydelig bestilling, og klar tanke ved bruken av ståstativet. Samtidig anbefaler begrunneren bare et minimum på én time. Det kommer i utgangspunktet ikke noen øvre grense for hvor mye barnet skal stå.

Det er tydelig i flere av tekstene at det er snakk om en utstrakt bruk av ståstativet, ikke bare i for eksempel skoletimene eller samlingsstunden i barnehagen.

(41:) ”Det er risiko for utvikling av kontrakturer i beina, så derfor søknad om ståstativ. Et ståstativ gir henne i tillegg en aktiv stilling i mange situasjoner gjennom dagen – som blir positivt for (barnet).”

Her kan man se at det er en mer diffus henvisning til hvilke situasjoner ståstativet skal brukes i; ”mange situasjoner.” I tekstene dreier flere begrunnelser seg om at barnet skal bruke stativet stående ved bord for å gjøre ”aktiviteter”. Det er også tekster hvor det begrunnes at barnet kan gjøre mange ulike aktiviteter i ståstativet, også aktiviteter som i utgangspunktet ikke trengs å utføres i ståstativet; tegning, skriving og klipping. De nevnte aktivitetene er mer naturlig å utføre i sittende, så hvorfor må barnet gjøre dette stående i ståstativet? Det er med andre ord en del tilfeller der det kan virke som om at ståstativet skal fungere som fasilitering for utførelser av aktiviteter.

Anvendelsen av ståstativet handler altså om en form for både fysisk- og sosial kontroll. Kontrollen innbefatter med andre ord organiseringen av både den fysiske tilværelsen til barnet, samt bruken av dagens tid og omgivelsene barnet oppholder seg i. Denne kontrollen over kroppen kan også beskrives som en form for sanksjonering; den avvikende kroppen belønnes gjennom å stå i stativet da den kommer opp i en stilling som man forventer et barn skal være i, og ”det sosiale blir mer tilrettelagt”. Ståstativet fremstår som en form for organisert belønning da det er slik kroppen skal være atferdsmessig, og det å ikke befinne seg i ståstativet vil påvirke kroppen negativt, og dermed som en form for straff, det blir ”sittende i rullestol”. Under kategorien ”unngå å sitte” var det tydelig at barnet ikke måtte sitte ”for lenge” i rullestolen. Ståstativet virker som om barna skal bruke så mye det er mulig. De kan defineres som bruksmessige motsetninger til hverandre.

4.3.1 Aksept

Som nevnt ovenfor er det en rekke tekster som forteller om hvordan begrunnerne forsøker å gjøre bruken av ståstativet mer akseptabel for barnet. Det er tydelig at begrunnerne mener at bruken av ståstativet er svært viktig i et barns hverdag. Ikke bare med tanke på direkte effekt

på kroppens strukturer, men også for deres sosiale deltakelse. Med tanke på at det ut ifra empirien virker som om at stativet skal brukes mye i løpet av en dag, er det viktig for begrunnerne og andre personer rundt barnet at ”hovedpersonen” selv aksepterer bruken av stativet. Hvis barnet aksepterer å bruke stativet i større eller mindre grad i det daglige, vil det gjøre hele prosessen med å ”distansere seg fra avviket”, og nærmere normalen, enklere for både barnet og dets omgivelser. Motsetningen ville vært hvis barnet i stor grad motsatte seg bruken av stativet.

(24:) ”(Produktet) er slik at (navn) har mulighet til å være aktiv selv om han står fast. Undertegnede mener dette vil bidra til å øke trivsel og motivasjon for å bruke ståstativet som igjen er hensiktsmessig for funksjon”.

Dette eksemplet forteller mye om slike prosesser for implementering av aksept hos barnet. Her forsøker begrunneren gjennom å erverve et ståstativ som kan forflyttes av barnet selv å gjøre det mer akseptabelt. Dette kan også være en indikasjon på at barnet tidligere har benyttet et annet ståstativ, som ikke var ”mobilt”, og at dette ikke hadde vært særlig motiverende. Det interessante er også hvordan begrunnelsen forteller at barnet faktisk kan være aktivt selv om det ”står fast i ståstativet”. Her forteller begrunneren også at han eller hun mener at dette vil bidra til en økt trivsel og motivasjon for barnet. Har begrunneren opplevd det motsatte med andre barn i andre ståstativ? Igjen fremstår ståstativet både mål og middel, med den hensikt å fremme en størst mulig normalfunksjon. Begrunneren forsøker å legge til rette for at barnet og ståstativet skal passe til hverandre best mulig. Dette vil med andre ord føre til en sterkere aksept for å måtte stå fastspent i et stativ. På denne måte skal barnets kroppsfunksjoner trekkes nærmere ”det normale”. Det er gjennomgående at det er dette begrunnerne ønsker forstått ut ifra diskursene. På denne måten får også begrunneren bekreftet sin oppgave om at dette er et middel som skal gjøre målet om normaliseringen av barnet mulig.

I noen av begrunnelsestekstene kan man lese om prosesser barnet befinner seg i når det kommer til implementering av ståstativet, og hvordan for eksempel begrunnerne eller andre personer rundt barnet prøver å få barnet til å ville stå i stativet. (18:) ”Undertegnede ser at (navn) har behov for å komme opp i stående for å få vekt på bena, og vekke hennes interesse for å komme opp i vertikal stilling.” Slik denne begrunnelsen illustrerer, er det ikke bare de fysiske effektene ståstativet kan ha, men her vil begrunneren også se at det forsøkes å vekke

en interesse hos barnet, slik at det skal ville stå mer fremover – da dette igjen antas å ha en positiv effekt på kroppen hennes. En økt interesse, eller aksept, vil føre til at barnet vil kunne ønske å stå mer i hverdagen, og normaliseringsprosessen øker i omfang.

4.4. Oppsummering av kapitlet

De omtalte temaene oppsummerte hovedfunnene fra datamaterialet. Funnene danner grunnlaget for den videre diskusjonen. De 8 kategoriene danner til sammen 3 temaer som gjennomgående for funnene. Diskursene bærer preg av stor intertekstualitet mellom de forskjellige begrunnelsestekstene. Hoveddiskursen, eller diskursordenen i begrunnelsestekstene, er uten tvil *behovsdiskursen*, noe som er selvsagt med tanke på at dette er begrunnelsestekster som skal fortelle NAV Hjelpemiddelsentral hvorfor akkurat dette barnet har behov for et ståstativ. I behovsdiskursen dukker det likevel opp en del andre fremtredende diskurser som er viktige å trekke frem. Spesielt er det *kampdiskursen* som stadig kommer frem og er svært beskrivende for forholdet mellom avvik og normalitet.

Gjennom begrunnelsestekstene er det også tydelig at det er 3 faser som beskrives. Hver og én av tekstene befinner seg i en av disse fasene. Det er en *innledende fase* hvor barnet snart skal begynne å bruke ståstativet. Dette kan for eksempel være at barnet ikke har brukt ståstativ før, men skal nå tre inn i det. Begrunneren har sett et *behov*. Den andre fasen er en *utprøvningsfase* hvor barnet har brukt ståstativet en kortere periode, og begrunneren ser, behov for enkelte endringer basert på observasjoner. Den tredje og siste fasen er *evalueringsfasen*. Her har barnet prøvd ut ståstativet over en lengre periode, og hvor begrunnerne ser at det må gjøres endringer for at ståstativet fortsatt skal kunne brukes. Kanskje må hele stativet byttes ut. De aktuelle barna befinner seg i en av disse fasene, som alle er en del av en normaliseringsprosess igangsatt av den medisinske diskursen, konkretisert gjennom bruken av ståstativet.

I begrunnelsestekstene som helhet er det tydelig at barnas fysiske og sosiale usymmetri beskrives ganske presist, noe som blir et uttrykk for det medisinske språket, og dermed den medisinske diskursen. Grue (2014) mener at det medisinske språket er et uttrykk for stor makt. En slik makt er blant annet den som utspiller seg omkring barnets avvikende kropp – og

hva som skal skje med den. Gjennom begrunnelsestekstene kan det påstås at den som skal lese begrunnelsen for ståstativet, skal tolke og forstå barnets situasjon, og derfor legge til grunn av ståstativet er ”det rette” tiltaket. Ordene får betydning, og skal legge til rette for hvordan barnets situasjon skal forstås. ”Kroppens mangler” fører til større mangler i hverdagen hvis ikke ståstativet er en del av barnets liv. Denne forståelsen fører ifølge Grue til en videre handling. Handlingen dreier seg i dette tilfellet om hvordan barnet skal gå fra den fysiske- og sosiale avvikende tilstanden, og over til en mer normalisert tilstand, som i diskursen forklares som den beste for barnet og de rundt det. Prosessen beskrives diskursivt som en prosess i retningen fremover.

I tekstene beskriver begrunnerne en rekke problemstillinger av forskjellig art som bruken av et ståstativ skal være med på å løse. Barnet er i en fysisk tilstand som begrunnerne mener utløser behovet for en kompensasjon, en protese i form av et ståstativ. De begrunner dermed kompensasjonen med et avvik fra det normale, siden kompensasjonen krever at barnet har et reelt behov på bakgrunn av manglende kroppsfunksjoner. Det går med andre ord ikke an å få et vedtak på, og utlevert et ståstativ hvis barnet ikke har et medisinsk behov for det.

Begrunnerne beskriver hvordan en menneskekropp bør se ut i anatomisk forstand, og dermed hvordan barnet de skriver begrunnelser for, opptrer fysisk og sosialt i dag utenfor ståstativet. Samtidig forteller de hvordan barnet står i fare for å bli hvis det ikke står. Hvis barnet ikke får stå oppreist vil dets fysiske og sosiale utvikling bli hemmet. Med andre ord har begrunnerne en lang rekke forklaringer på hvorfor barnet bør bruke ståstativet som diskursen fremhever over all tvil at skal komme barnet til gode. Det fremkommer ikke noe annet alternativ til det å stå oppreist. Det å stå blir en selvfølgelig sannhet som må oppnås. Foucault (2007) beskriver denne sammenhengen mellom institusjoners kunnskap som grunnlag for å videreføre veletablerte ”sannhetsregimer”, og det uforholdsmessige maktforholdet dette skaper overfor subjektet, her barnet og dets foreldre.

Begrunnelsestekstene beskriver det man kan kalle tilfeller som er preget av ”tragedier”. Dette fremstår som de beskrivelser av kroppslige defekter som igjen fører til en tragisk tilstand i barnets hverdag, for eksempel at ”barnet ikke får stått nok”. Med tragedie menes det som Barnes og Mercer (2003) betegner som beskrivelser av den ikke-hele kroppen, den som ikke oppfyller de roller og forventninger som stilles til barn på ulike aldersnivå, på bakgrunn av en funksjonsnedsettelse. Man får inntrykk av at den defekte kroppen i seg selv er en tragedie, og vil føre til flere fremtidige tragedier hvis ”feilen” ikke tas tak i. Det kan føre til ytterligere

funksjonsfall. Behandlingen må også skje på riktig måte, gjennom hensiktsmessige intervensjoner, herunder valget av det mest passende ståstativet ut ifra det enkelte barnets behov. Hvis man anskuer en slik behovsdiskurs, som i stor grad tar utgangspunkt i rene medisinske begrunnelser, vil det være naturlig å ta utgangspunkt i det som kalles ”den medisinske modellen”. I denne modellen legges det nettopp vekt på at det i menneskekroppen befinner seg et problem; et avvik som må og bør behandles (Stiker 1999, Grue 2014). Problemet skal behandles av noen/noe utenfor den aktuelle kroppen, nemlig det medisinske apparatet og dets teknologi. Det er medisinen som tilsynelatende har løsningen på de aktuelle problemene og som sitter med ekspertisen innenfor sine respektive institusjoner (Oliver 2009). Sett på den måten er ståstativet i seg selv et medisinsk-teknologisk apparat, og dermed en konkret representasjon av hva den er opprettet av og for: normalisering av avvikende kropper.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet skal jeg trekke frem de viktigste funnene fra begrunnelsestekstene og drøfte dem ved bruk av relevant teori. Det vil være vekt på teori som presenteres i teorikapitlet, men jeg vil også tidvis brukes annen relevant teori for å belyse funnene som grunnlag for drøfting. På denne måten vil jeg forhåpentligvis kunne belyse funnene fra datamaterialet slik at man kan få en større innsikt i hva diskursen og tematikken kan dreie seg om.

5.1. Kampen om kroppen

Det er gjennom analysen av begrunnelsestekstene mange funn som beskriver fremtredende aspekter ved bruken av ståstativet, slik det kan leses ut ifra kapittel 4. Ett av de viktigste funnene i analysen, slik jeg ser det, er den gjennomgående behovsdiskursen da den innbefatter det jeg oppfatter som kjernen i begrunnelsestekstene. Den grenser opp til en ren medisinsk diskurs, som objektiviserer kroppen til å fremstå som bestanddeler. Det er ”kun” den fysiske kroppen som beskrives. Innholdet dreier seg om hvordan kroppen skal se ut i og korrigeres ved hjelp av et opphold i ståstativet på ubestemt tid. Det er det enkelte barnets kropp som er avvikende, og som skal ”formes” til en kropp som fremstilles som noe udiskutabel ”bedre”. Det handler om å nærme seg en så normal (eller optimal) stående stilling, og derved kropp som mulig. Slik det fremkom i forrige kapittel, er det omtalt en to-delt kropp. Det er denne to-delte kroppen det utkjemper en kamp om. ”Kampen om kroppen” er derfor en beskrivende metafor for diskursen i begrunnelsestekstene.

5.1.1 Dualisme

Det er nettopp spenningen mellom ”det avvikende” og ”det normale” diskursene som essens gjennomgående handler om i begrunnelsestekstene. Diskursene inneholder alltid det motsetningsfulle forholdet mellom avvik og normalitet. Begrunneren forteller hvordan barnet *er*, og beskriver så videre hvordan det burde *bli*. Det er den avvikende man må ”gjøre noe med”. Kampdiskursen inneholder beskrivelser av hvordan funksjonsnedsettelse som bakgrunn for avvik prøver å ”erobre” kroppen, og hvordan medisinen skal forsøke å forsvare kroppen, eller erobre den tilbake.

Når man skal diskutere begrunnelsesteksternes gjentakende behovsdiskurs, er det viktig å påpeke at det er en sterk intertekstualitet når det gjelder akkurat denne diskursen. Solvang (2002: 173) sier at ”*Begrepene funksjonshemming og normalitet er gjensidig avhengige av hverandre.*” I samtlige av de analyserte dokumentene handler det om to kroppslige tilstander, som opptrer hver for seg ”utenfor” og ”innenfor” ståstativet, og som samtidig er avhengige av hverandre. På den ene siden er det den avvikende (barne)kroppen som beskrives som årsaken til at det i det hele tatt blir produsert en begrunnelsestekst fra en fagperson i helsevesenet omkring det enkelte barnet. Man får presentert den usymmetriske, defekte og feilbarlige kroppen som ikke klarer å stå oppreist på egenhånd. På den andre siden kan man si at begrunnelsene beskriver kropp som er i ”fare”, og som trenger hjelp og bistand for å oppnå noe som forventes av et barn, å stå.

Grue (2014) mener at medisinen har oppnådd et monopol på det han kaller uvanlige kropp. Dette er også noe Stiker (1999) mener er svært fremtredende når han omtaler ”historien” om funksjonshemming. Foucault (2000) beskriver også dette utdypende i *Klinikkens fødsel*. Ut ifra diskursene som leses av begrunnelsestekstene, kan det påstås at de har sterkt preg av en medisinsk diskurs. Grue mener at diskurser er direkte forbundet med en definisjonsmakt – og diskursen man ser gjennom begrunnelsestekstene er uttrykk for hva medisinen tydelig mener er vanlig fysisk atferd, og hva som er uvanlig. Samtidig kan ikke den konstruerte handlingen ”å stå i ståstativet” kalles ”vanlig”. Det kan snarere argumenteres for at bruken av ståstativet fører til sterkere stigmatisering.

I tekstene er det sterke føringer for hva barna bør gjøre med kroppen sin for at kroppene deres skal bli mer ”vellykket”. Grue mener også at det i diskursen omkring funksjonshemmede kan trekkes inn elementer angående det moralske aspektet, likt måten grekerne på samme måte fremstilte forståelsen av begrepet stigma. På denne måten kan begrunnerne fremstilles som ”moralens voktere”, ettersom de trener og tilrettelegger kroppen for å fungere ”som den skal”. For at barnets avvikende kropp skal opptre mer ”vellykket”, og følge de normative føringene, er det viktig at barnet som ”den funksjonshemmede” må ville sterkt nok å nærme seg ”normalen”. Kanskje dette kan være en forklaring på at ikke barnets egne meninger tas med i begrunnelsestekstene mer enn hva de gjør? Kanskje er det slik at begrunneren ikke tar med barnets egne opplevelser da de muligens er i konflikt med hvor viktig de mener det er at kroppen skal være symmetriske? Det er jo slik, som Grue (2014) mener, at avvikende

tilstander som for eksempel sykdom, og her også funksjonsnedsettelse utvikler seg uavhengig uansett om hva man mener om dem. Burde det ikke være en form for tilbakemelding gjennom begrunnelsestekstene, om hvordan barnet selv opplever det å oppholde seg i ståstativet? Begrunnerne er jo nødt til å ha en del inntrykk av hvordan barnet opplever ståstativet. Hvorfor tas det ikke med i større skala? Tross alt handler det å være funksjonshemmet om mer enn bare hvordan personens fysiske og sosiale usymmetri utspiller seg for andre. Det handler om mer enn funksjonsnedsettelsen som egenskap for å definere et menneske. I begrunnelsestekstene defineres barnet bare ut ifra deres funksjonsnedsettelse. Det handler for eksempel om hvordan personen *har det*, men det er lite som kommer fram i tekstene som uttrykker nettopp dette. Barnets opplevelse av kampen mellom avviket og normaliteten nevnes altfor sjelden. Og hvordan barna opplever ståstativet har Nordström mfl (2014a, 2014b) funnet svært forskjellig, slik det skal drøftes lengre bak i kapitlet.

Foucault (2009) beskrev det han kalte makt-teknologier. Dette er teknologier som skal kunne bestemme individets atferd gjennom det konkrete instrumentets praktiske anvendelse. Dette kan relateres til ståstativet, da stativet i seg selv ”forteller” barnet hvordan det skal stå, og samtidig hvordan det ikke skal stå. Den angitte makt-teknologien dominerer slik over det den er satt til å påvirke; for eksempel ståstativet. Foucault mente at slike teknologier ”objektiverer subjektet”, og fører at subjektet blir utsatt for vitenskapsproduserende gransking og praktisk styring. Ståstativet, slik det beskrives gjennom begrunnelsestekstene, anvendes på denne måten. Dette er den ene siden av kampen som kjempes om den to-delte kroppen. Ståstativet som teknologi dominerer og omfavner kroppen, bestemmer over barnet, og fungerer som representasjon for medisinske makt.

På den andre siden har man kroppen som allerede er plassert i ståstativet. Denne kroppen beskrives i begrunnelsestekstene som det man skal oppnå; det stående barnet, og med alt det en oppfatter positivt som denne fysiske tilstanden medfører. Diskursen omhandler et felt der oppnåelsen av den fysiske symmetrien antas nærmere. Barnet antas ute av ”faresonen”, dersom det plasseres i et ståstativ som det å ikke kan stå forårsaker. Farene beskrives som eksempelvis potensielle problemer med tarmfunksjon, nyrefunksjon og lungefunksjon, og ikke minst kontrakturer og skjevheter. Det kan virke som at det å stå oppreist beskrives som en trygghet i seg selv. Normaliseringsprosessen av barnet gir inntrykk av å være et langtidsprosjekt. På denne måten anses ståstativet å kunne ”passe på barnet”, slik at farene holdes ”utenfor ståstativet”. Om det er så trygt som det fremstilles som kan argumenteres for

begge veier. Som Paleg mfl (2013) og Glickman mfl (2010) fant, går det ikke an å konkludere på en sikker måte. Nordström mfl funn (2014b) viser at barnet nødvendigvis ikke anser bruken som uproblematisk. Hvorfor tas ikke dette med i en behovsdiskurs? Passer det ikke med bestillingen? Som vi husker, eksisterer det lite med dokumentert kunnskap, både om potensielle fordeler og ulemper.

I behovsdiskursen beskrives det likevel tilfeller der hvor barnet aldri er helt trygt, selv om ståstativet barnet bruker ser ut til å være ”det rette”. Diskursen legger vekt på at det stadig bør sørge for at det er mulig for barnet å stå mer i løpet av dagen, og gjerne på flere arenaer og situasjoner hvor det kanskje ikke er forventet at barn skal stå i utgangspunktet. For å unngå at barnet skal bli mer avvikende enn hva det allerede er, er man nødt til å sørge for at det er mest mulig oppreist. ”Streben” etter den ”normale” oppreiste symmetrien, vil så, i følge denne logikken, i sin tur medføre at den sosiale symmetrien vil oppnås. Begrunnernes oppfatning synes å være at det å stå er en forutsetning for at man skal kunne interagere med dem rundt seg. En trenger ikke å bøye seg ned til det sittende barnet – og barnet blir dermed oppfattet som mer ”identisk” med de andre. Den ”korrekte stillingen” gir inntrykk av å legge grunnlaget for barnets hverdag. Som Stiker (1999) mener, trenger ikke denne måten å skape ”identiske” kropper på, å nødvendigvis bety at de det gjelder oppfattes som likeverdige. Og hvis det ”å stå” skal bety at barn blir likeverdige, er dette et tydelig eksempel på hva Oliver (2009) mener er rehabiliteringens maktbruk.

Under er det satt opp en figur som skal gjøre det enklere å se de motsetningene som beskrives i diskursen omkring ”kampen om den to-delte kroppen”. Det handler om når barnet befinner seg utenfor ståstativet, altså ikke stående, og når det er i ståstativet – stående. Det er en noe forenklet oversikt, men gir likevel en visuell oppsummering:

Utenfor ståstativet (avvik)	I ståstativet (normalitet)
Usymmetri	Symmetri
Utilgjengelig	Tilgjengelig
I fare	I trygghet
Kaos	Orden
Passivt	Aktivt
Tragedie	Suksess

Fig. 1

Det som egentlig beskrives gjennom ”den to-delte kroppen” er det avvikende barnet, som kanskje kan beskrives som ”før-kroppen”. Dette er den defekte kroppen som *bør være* i en

normaliseringsprosess. På den andre siden finner vi den foretrukne kroppen som befinner seg i, og som skal formes gjennom ståstativet. Det er ikke gjort funn i begrunnelsestekstene som beskriver antydninger av tilfeller hvor et barn er blitt korrigert på en ”suksessfull” måte, slik som målet er ved bruken av ståstativet. Det er altså ikke funnet empiri som kan støtte opp om et påstand om at ”oppdraget” er fullført. Det er kun funnet tilfeller hvor barnet skal gå i gang med en slik prosess, eller hvor det er i gang. Og her er erfaringene, slik de presenteres i forrige kapittel, veldig forskjellige. Samtidig kan det drøftes om det noen gang trenger å søkes etter andre ståstativ – hvis det allerede er funnet ett, og det ”passer barnet”.

Grue (2014) mener at mennesker *er* kropper, og at man derfor selvsagt møter på forventninger til hvordan menneskekroppen *skal* være. Dette handler om hvordan den skal se ut, og hvordan den skal oppføre seg. Avvikende kropper medfører ”stirring” slik Garland-Thomson (2009) beskriver fenomenet, som en opplevelse av iakttagelse fra mennesker rundt den som stirres på. Dette er noe vi alle gjør, men det er en forskjell på hvordan man kan stirre på noe fordi det virker interessant, og den typen ”stirring” som utføres på disse aktuelle barna. Samtidig er stirringen som omtales om begrunnelsestekstene en ”faglig stirring”, et ”klinisk blikk” (Foucault 2000).

Grue (2014) hevder at avvik fra forventningen vil tiltrekke seg oppmerksomhet fra andre mennesker. Av begrunnelsestekstene er det tydelig at det er denne forventningen om å kunne stå, man søker etter ved bruken av ståstativet. En menneskekropp opptrer alltid i en sammenheng, og det knytter seg visse forventninger om hvordan menneskekroppen skal fremstå i slike sammenhenger. Derfor er det slik at avvikende menneskekropper tiltrekker seg oppmerksomhet fra andre, spesielt fra kontrollerende institusjoner. Avvikende kropper må hjelpes til å bli slik som ”oss” – ”de” må reguleres slik at vår uro eller avsky for det ”fremmede” kan dempes (Goffman 1963). Det blir en form for regulering av kroppslig, eller en mer konkret menneskelig atferd. Ser man parallellene til det som fremkommer av funnene i begrunnelsestekstene, forteller egentlig begrunnerne hvordan medisinen mener barnets kropp skal være og oppføre seg i det daglige. Dette er gjennomgående systematisk funn, nedfelt i en veldokumentert institusjonalisert praksis. Bruken av ståstativet fremstår derfor som et middel for å skape orden i en ellers kaotisk kropp og tilværelse. Ved bruken av ståstativet rammer man inn den ”urolige” kroppen. Kroppen havner dermed i medisins vold. Og så lenge barnet står i stativet i en ”korrekt” stilling, opptrer kroppen ”normalt” og på

den måten som er forventet. Slik blir kroppen temmet og disiplinert slik Foucault (2007) skriver.

Man kan spørre seg hva barn selv tenker omkring bruken av ståstativet. Nordström mfl (2014a) viste at det var mange av barna og de voksne som brukte ståstativ, som opplevde at dette var positivt med tanke på psykososiale faktorer. Det å stå i ståstativet kunne kjennes bra ut, og virket riktig for kroppen. Dette var mest fremtredende for de som hadde ervervet en sykdom eller skade etter å ha vært ”normal”. Flere av de som var mest positive var de som brukte ståstativet som et supplement til at det å stå eller gå på egenhånd. Det var ikke like positivt for de som var født med skader, og som ikke kunne stå, eller gå selvstendig. De yngste i undersøkelsen var minst positive, og bruken av ståstativet minsket jo eldre barna ble. Det var en korrelasjon mellom barnas alder, medfødte sykdom og hvordan de opplevde bruken av ståstativet som noe ”negativt”.

Nordström mfl fant også at foreldrene var delte i sine meninger om hvordan de opplevde barnas bruk av ståstativet, men de fleste anså dette som viktig. Undersøkelsen fant også at det var delte meninger om hva man kunne gjøre i, og fra ståstativet; noen av barna syntes det var helt greit å stå i ståstativet og utføre aktiviteter, mens andre følte at det hindret dem i deres aktivitetsutførelse. Nordström mfl (2014b) fant også ut at barnas og foreldrenes syn på det å stå var påvirket av normative idéer og ble oppfattet som moralsk godt. Dette viser hvor dualistisk, eller to-delt barna opplever bruken av ståstativet, og dermed den to-delte kroppen.

Goffman (1963) mener at en slik opplevelse av dualisme kan forårsake at den aktuelle personen opplever en forvirring i forhold til hvem man er – altså ens identitet. Personen har vansker med å finne sin plass i verden, og blir delt med tanke på hvordan han eller hun tenker at andre ser på en selv og ens fysiske egenskaper. ”Stirringen” fra andre slik Garland-Thompson beskriver den gjør seg gjeldende for hvordan barnets opplevelser utarter seg. Nordström mfl funn kan tolkes dithen at den avvikende kroppen, og ståstativet som tiltak for å rette opp en avvikende kropp, kan oppleves forvirrende for barna. Befestelsen av den avvikende kroppen som stigma, kan på grunn av den omtalte dualismen bli enda sterkere. Ståstativet som tiltak kan med andre ord forsterke stigmaet ytterligere. Man kan argumentere for at det er ståstativet som blir i fokus, ikke barnet. Den ”fremmede” kroppen blir ytterligere fremmed – og tingliggjort i ståstativet. Barnet som subjektet ”objektiveres” slik Foucault mener. Man kan si at ståstativet som den medisinske institusjonens verktøy ”kler av” individet

ved å fokusere på dets avvik, og ”kler det” igjen med hvordan institusjonen beskriver at deres kropper skal være. Makten fra rehabiliteringsideologien krever stor plass i barnets liv, og dette er noe barnet må merke daglig i form av den utstrakte bruken av ståstativet.

Det er mange aspekter som gjør at en kan argumentere for at ståstativet presenteres som en protese; en forlengelse av barnets kropp, og representerer en mangel ved barnet. Ståstativet skal til rette for både fysisk og sosial symmetri gjennom å sørge for en type ”optimal stilling”. Men er det ikke det motsatte som egentlig skjer? Vil ikke barnet heller få ytterligere bekreftet at det har en ”avvikende kropp” som ikke passer inn når det plasseres i ståstativet? Det kan argumenteres for at dette er en type bekreftelse som forteller barnet at ”slik skal menneskekroppen være”. Man kan påstå at barnet implisitt og trolig eksplisitt fortelles at det ikke har en slik kropp som er forventet, og de egenskaper som de egentlig burde ha for å kunne være et fullendt, stående menneske. Ifølge Goffman (1963) er synlige, fysiske stigma noe som følger personen hvor den enn befinner seg, og som daglig bekrefter at det har en kaotisk kropp som må innordnes en kontroll for å bli ”i orden”. Barnet lærer seg å bli ”den funksjonshemmede” og internaliserer slik samfunnets holdninger som sine egne (Scott 1981). Dette drøftes videre i neste avsnitt.

5.1.2 Moralsk karriere

Man kan spørre seg om ikke et barns bruk av ståstativ gjennom barndommen vil medføre at barnet utvikler en ”moralsk karriere” som avviker slik Goffman (1963) beskriver det. En moralsk karriere skjer når en person som innehar et stigma, begynner å oppleve hvordan ”de normale” erfarer verden, og selv oppfatter seg som annerledes. De som kan stå på egenhånd, uten den fysiske forlengelsen av ståstativ. Barnet i ståstativet begynner å identifisere seg med ståstativet, som blir en del av barnet. Ståstativet som sosial informasjon internaliseres i barnets bevissthet som en del av dets kropp, som må til om det skal kunne ha håp om å ”bli stående”.

Ifølge Goffman (1963) preger den moralske karrieren utviklingen av forholdet til seg selv, ”de normale”, og andre i samme situasjon som ”de avvikende”. Barna lærer å betrakte seg selv som avviker sett i forhold til andre mennesker som oppfattes å ha den foretrukne, ”normale” kroppen. Barnet kan begynne å erkjenne ståstativet som en del av seg selv, som en protese

som forlenger dets manglende kroppsfunksjoner. Det forventes handlinger fra dem som de rent fysisk ikke klarer. Som Nordström mfl (2014b) fant, opplevde barna bruken av ståstativet svært forskjellig, men det var også tegn på at noen barn mente at det var viktig at de stod i ståstativet, fordi det var forventet av dem av fra foreldre og fagpersoner. Herunder ligger det at barna ikke har noe valg. Når ståstativet oppfattes som negativt, som et stigmasymbol, blir det enda tydeligere for de aktuelle barna etter hvert som de blir eldre, at de er ”annerledes”, og at deres fysiske usymmetri ikke ”passer inn” i normen. De må bruke et stigmatiserende hjelpemiddel – et stigmasymbol – som et middel for å oppnå det tilsynelatende prestisjefulle ”å stå”. Dette kan være en forklaring på hvorfor bruken av ståstativet blir mindre etter hvert som de aktuelle personene blir eldre, slik Nordström mfl (2014a) fant. Kanskje er det fordi flere av de rammegivende institusjonene, som for eksempel skolen fases ut etter hvert som barnet blir voksent. Eller kan fenomenet som finnes i Nordström mfl forklares ved at når barnet blir voksent og myndig, så ønsker det ikke å stå i ståstativet i det omfanget som tidligere?

Ifølge begrunnelsestekstene er det tydelig at det å stå oppreist er både mål og middel når det gjelder barna som ikke kan stå på egenhånd. Begrunnerne beskriver i tekstene at det å erfare det å kunne stå er noe svært viktig i et barns liv. Dette kan også være noe som må tas alvorlig, slik noen av tekstene viste, der det kunne tolkes slik at barnet opplevde bruken positivt, og *ville opp og stå*. Men, slik Goffman (1963) argumenterer med tanke på det han kaller den ”moralske karriere”, kan man påstå at når barnet står i ståstativet, opplever det på denne måten også distinksjonen mellom det forventede ”normale”, og sin egen hverdag som en som en ”nesten-stående”, eller ”ikke-stående”. Uten ståstativet, er barnet fremdeles sittende, i rullestol. Rullestolen er jo også en ”protese”, et hjelpemiddel for mennesker som av ulike grunner ikke kan stå eller gå selv. Men i denne sammenheng med ståstativet, og en eventuelt mislykket korrigerende til å bli stående, er rullestolen å betrakte som et nederlag som bekrefter og befester at ikke bare medisinen har mislykkes i sitt ”oppdrag”, det har også barnet, da det jo er barnets kropp det er noe ”galt” med. Oppdraget om å disiplinere den avvikende kroppen. Slik erfarer barnet hvor forskjellig det er i motsetning til de som kan stå på egenhånd. Å sitte i en rullestol viser til en manglende evne til å stå eller gå, mens et ståstativ ”dobbelbekrefter” dette ved å ”reise kroppen opp” og ”herme” etter hvordan en menneskekropp skal oppføre seg. Det viser til at det kanskje ikke er aksept for at barnet skal sitte i rullestol, spesielt ikke for lenge om gangen. Dette er også en påstand som finner støtte i uttalelser fra

begrunnelsestekstene, spesifikt under temaet ”Behovet og forventningene til kroppen” i forrige kapittel.

Ståstativet er et veldig synlig hjelpemiddel. Det er en stor og tung gjenstand som oftest er større enn personen som står i det. Det er derfor treffende å kalle det en ramme, som omslutter personen som står i det. På en måte kan man si at barnet får en ”karriere som nesten-stående” i ståstativet, der barnet på en kunstig måte skal oppfylle forventningene fra omgivelsene og kanskje seg selv, som stående, om enn med hjelp. Ståstativet tar kanskje så stor del av hverdagen at dette også kan forsterke at det å ”stå” blir en del av barnets identitet. Det blir et uttrykk for en dominant identitetsmarkør (Goffman 1990). Ståstativet markerer at barnet prøver så godt det kan å opptre som ”et normalt-stående menneske”. Når ståstativet som stigma erkjennes, er den moralske karrieren i gang. Den fysiske og symbolske effekten ståstativet representerer blir tydeligere. Til slutt er det ståstativet man legger merke til, og ikke selve barnet. Barnet og ståstativet blir integrerte, der det ene ikke kan eksistere uten det andre. Dette kan bekreftes ved at begrunnerne søker etter at ”kompabiliteten” mellom barnet og ståstativet blir ”best mulig”.

Foucault (2007) beskriver at den aktuelle personens subjektposisjonen blir en forhandling mellom, i denne forstand det avvikende barnet, og andres perspektiver – spesielt det medisinske perspektivet. Sett i sammenheng med det Goffman (1963) mener om den moralske karrieren, og dets påvirkning på personens identitet, kan dette bety at barnets fremadgående sosialiseringssprosess som ”den avvikende” blir enda tydeligere. Barnets subjektposisjon blir påvirket av objektiviseringen det påføres av den medisinske institusjonen.

Har man bruken av ståstativet som stigmasymbol på den ene siden, fremstår det som kontrast til det å stå på egenhånd. Sistnevnte, ”å stå selvstendig”, kan fremstå som et prestisjesymbol, som gjennom funnene fra begrunnelsestekstene kan beskrives som et privilegium. Det er denne suksessen diskursen i begrunnelsestekstene handler om. Denne søken etter ”den optimale stående stillingen” kan derfor skape en større forskjell mellom barna, og ikke mer ”likhet” som begrunnelsene fremhever som målsetting. Stiker (1999) mener at dette med å ”gjøre mennesker identiske”, men ikke nødvendigvis likeverdige, er hovedmålsettingen til rehabilitering som ideologi. Dette var diskursen som rehabilitering oppstod under, etter første verdenskrig, og er like aktuell nå ett århundre senere.

På bakgrunn av dette mener jeg at normaliseringen gjennom bruk av ståstativet faktisk fører til det motsatte; en sterkere og tydeligere påminning om at disse barna avviker fra hvordan medisinen mener de burde være. Ståstativet fremstår som en gitt mal som begrunnes med utviklingsteori og gitte normer. Ståstativet fremstår som det korrekte og sterke av metall og reimer, mens barnet av kjøtt og bein er det svake og avvikende som skal korrigeres og formes, kroppslig som mentalt.

Goffman (1963) beskriver at mennesker som innehar stigma som er tydelige og synlige, ofte tar del i medisinske sanksjoner mot stigmaet slik at dette skal bli mindre tydelig i deres hverdag. Disse medisinske sanksjonene kan ofte være smertefulle, og har som mål å gjøre den aktuelle personen mer normal. Det er slike sanksjoner man kan lese av begrunnelsestekstene at ståstativet kan være. Det er en medisinsk sanksjon som fysisk skal påvirke kroppen til å opptre og utvikle seg mer ”normalt”. Slik Nordström mfl (2014b) fant var det også barn som opplevde ståstativet som smertefullt. Dette kan støtte opp om påstanden om at ståstativet er en medisinsk sanksjon overfor det som kan oppfattes som et tydelig stigma.

5.2 Ståstativet som institusjonalisert praksis

Kan bruken av ståstativ overfor barn som praksis kalles institusjonalisert tvang? Mye taler for at denne typen praksis kan beskrives som en form for tvang. Noe er definert som tvang når det blant annet innebærer bruk av makt, og kan være en handling som påfører smerte eller ubehag. Kroppens tvinges, i vår sammenheng til å bli nærmere normen, en sterk markør for disiplinering. Dette er noe som barn assosierer med ståstativet (Nordström 2014b). Priestley (2003) trekker dette noe lengre, og referer til FNs barnekonvensjon, spesielt artikkel 19, som omhandler beskyttelse overfor barn mot alle former for skade og misbruk. Han påpeker at handlinger som utføres overfor barn med funksjonshemninger raskt kan grense opp mot det han kaller ”institusjonelt misbruk”, som han eksemplifiserer med ulike typer medisinske behandlinger eller ”korrektive terapiformer”.

Det å stå er normen barnet skal følge. Det synes ikke være rom for andre alternativ, som at barnet har best nytte av rullestol. Barnet beskrives underforstått som ”leire” og ståstativet som en form. Barnet skal ”modelleres” inn i formen, ikke bare rent fysisk, men også for å passe

inn i normen som omgir barnet, slik Foucault (2007) beskriver en slik formingsprosess av kroppen som objekt. Dette er en moralsk norm som uttrykker samfunnets norm for hva vi oppfatter som ”normalt”. Dette kan sammenlignes med hvordan grekerne i antikken tilla mennesker med fysiske avvik visse negative moralske egenskaper, og dermed skapte termen ”stigma” (Goffman 1963). Her slår det Foucault (2009) kaller biopolitikk, eller biomakt, inn gjennom styring, forvaltning og profesjonell atferd. Foucault beskriver dette som hvordan staten styrer de som ”bor” på statens territorium, som ulike typer institusjoner – blant annet gjennom å fortelle hvordan man skal opptre. For å kunne styre menneskene i samfunnet har staten behov for kunnskap om individene der, og denne kunnskapen produseres og anvendes av ”de profesjonelle”; de som primært sitter på kunnskapen. Et eksempel er utviklingsteori og dets påfølgende normer om ”normale mennesker” slik Priestley (2003) mener det brukes. Det er i slike sammenhenger at fagpersoner, uten nødvendigvis å tenke videre over det, er med på å forsterke, og utøve en form for tvang, basert på egen og statens makt. Hvis ikke ståstativet fungerer slik det skal, setter omgivelsene i form av for eksempel begrunnerne, inn tiltak, slik at barnet står slik man ønsker. Det er her begrunnernes kunnskap, og dermed medisins kunnskap blir en form for utøvelse av makt over barna. En slik praksis legger staten til rette for, i den beste mening for statens medlemmer. Foucault (2009) beskrev dette som en ”makt over livet”.

Kulturen barna lever i vil også selvsagt påvirke hvilke forventninger det er til barnekroppen og dens atferd som enten kan defineres som normal eller avvikende (Grue 2014). I og med at de aktuelle barna som omtales i begrunnelsestekstene befinner seg i Norge, vil de utsettes for en særlig vestlig kulturpåvirkning. Den vestlige kulturens forventninger til menneskekroppen, og dermed også funksjonshemming, trenger nødvendigvis ikke være lik andre kulturers tanker om hva som er normalt og avvikende (Ingstad og Whyte 1995). Kulturen bærer på våre forestillinger om det normale og avvikende. Derfor vil denne forestillingen variere mellom forskjellige kulturer (Grue 2004). Man kan dermed si at barna som omtales i begrunnelsestekstene vokser opp i en kultur hvor det forventes at de skal stå, en påstand som støttes av funnene i begrunnelsestekstene. Trekket argumentet om bruken av ståstativet som en form for tvang videre, basert på en sterk institusjonalisert praksis, er dette en undertrykkelse av barnet i hverdagen, som gjentar seg svært ofte. Undertrykkelse kan selvsagt være tilstede uten at tvang er tilstede, men sammen med tvang, er undertrykkelsen mye sterkere og markant. Barna kan oppleve tre former for undertrykkelser:

1) Barn er umyndige og har ikke særlig mye det skal ha sagt når det kommer til hvordan hverdagen dets skal se ut, spesielt ikke i institusjoner som for eksempel barnehagen eller skolen. Hjemmet er også en arena hvor ståstativet skal anvendes i stor grad. I hjemmet skal ståtreningen gjerne vare like lenge som det skal brukes eksempelvis i barnehage- eller skole. Å være underlagt helsevesenet på denne måten, er en sterk form for utøvende og kontrollerende institusjon, som også utøves av foreldrene.

2) Barna i denne undersøkelsen er barn som per definisjon har funksjonsnedsettelse som fører til at de ikke kan stå. Dette er en tilstand medisinen/helsevesenet er nødt å ”gjøre noe med”, begrunnet med faremomentene barnet står overfor hvis det ikke får stått oppreist ved bruk av ståstativet. Dette er former for undertrykking som både foregår på et ganske personlig plan (mikronivå), samt som er med på å forsterke en institusjonell undertrykking på systemplan (makronivå). Det blir en form for underordning av mennesker på bakgrunn av funksjonsnedsettelsen deres. Barnet som ikke kan stå på en ”ordentlig måte” skal stå på en ”kunstig måte”, så lenge det står oppreist under kontroll og overvåkning. Historisk sett har en slik form for undertrykking alltid vært rettferdiggjort og forklart gjennom individenes biologiske ”feil og svakheter” (Barnes og Mercer 2003). Som beskrevet tidligere er forventningen til hvordan barnet skal se ut og være på, en meget sterk drivkraft til at barnet skal, og må stå i ståstativet. Denne måten å begrunne på, og dermed projisere grunntanker på i hverdagen overfor de aktuelle barna, skjer uavbrutt, og gjentas hver gang barnet skal opp i stativet. Samtidig som det kanskje ikke tillegges tanker om hvilke andre effekter det har utover det rent fysiske på den enkelte barnekroppen.

3) Barnet som person, som menneske, omtales sjelden i begrunnelsestekstene. Det er den funksjonshemmede kroppen som beskrives. Barnet gjøres slik til et objekt som det skal gjøres noe med. Slik står barnet i fare for å bli fremmedgjort for seg selv ved at det hele tiden påminnes om sin tilkorkommenhet. Samlet sett, er dette en kraftfull undertrykking og maktutøvelse overfor barnet, og kan lett føre til forsterkning av en avvikende kropp, slik Goffman (1963) mener stigma kan utfolde seg. Foucault (2007) mener at individet, eller dets kropp på denne måten objektiveres, og blir en gjenstand for sanksjonering.

5.2.1 Kontroll over kroppen

Bø (2005) mener at kontroll, i en smal betydning, kan referere til en sosial kontroll som fins i grupper og andre felleskap. Kontrollen skal bidra til å opprettholde en enighet om forskjellige verdier eller væremåter som er tilstede i gruppen. Kontrollen opprettholdes ved sanksjonering. Det er ingen tvil om at kroppene som er annerledes er omfattende kontrollert, og sanksjonert av en institusjonalisert praksis. Som man kan lese av funnene i empirien er dette svært fremtredende når det kommer til barnets kropp sett i sammenheng med bruken av ståstativet. Grue (2014) mener at kroppene er styrte og regulerte av normer. Normen er og blir den ordinære, normale kroppen. Det er denne ”kroppstypen” de aktuelle barnas avvikende kroppar sammenlignes med gjennom samtlige av begrunnelsestekstene. Søken etter denne normale barnekroppen er den man leser beskrivelser av i de analyserte begrunnelsestekstene, samt at man parallelt får presentert den avvikende kroppen det aktuelle barnet har, og som man skal legge til rette for skal nærme seg normalen så godt det lar seg gjøre. Oliver (2009) mener at det kan dreie seg om to dimensjoner av kontroll og maktutøvelse; makten til å styre den individuelle kroppen, og makten til å styre den sosiale kroppen. Av begrunnelsestekstene fremkommer det at det er medisinen som styrer, eller legger til rette slik at det enkelte barnet har muligheten til å ”delta”, og da spesielt i sosiale sammenhenger. Maktutøvelsen blir dermed altomfattende, og fordi den foregår på barnets arenaer, formelle som uformelle.

Foucault (2007) mener at ”sannheten” er en diskursiv konstruksjon, og at det er de forskjellige vitenskapsregimer som forteller hva som er riktig og hva som er galt. Dette kan relateres til hvilken makt som faktisk ligger i begrunnelsestekstene. De personene, eller profesjonene som har kunnskapen på det aktuelle området; i dette tilfellet om barnet, kroppen og funksjonsnedsettelse, er de samme som har makten til å bestemme hva som skal skje med barnet i det daglige rent fysisk, men også rent psykisk. Priestley (2003) beskriver hvordan medisinen fremvekst og fokus på biomedisinsk kunnskap og teknologi har ført til en måte å måle barnets kropp og sinn på, mot fysiske og kognitive normer en oppfatter som normale. Foucault (2007) mener også at det er en tett forbindelse mellom makt og observasjon. Begrunnerne har for eksempel som en av sine arbeidsoppgaver å observere barnet, og avdekke et potensielt behov for et ståstativ og skriver søknad om å få dette til det aktuelle barnet. Garland-Thompson (2009) beskriver som tidligere nevnt det hun omtaler for ”stirring”. En del av den institusjonaliserte praksisen om kontroll, er at den avvikende kroppen stilles ”til skue” slik Grue (2014) treffende kaller det, og at kroppen blir til gjenstand

for kontroll i regi av medisinen. ”Stirringen” legger til rette slik at de som kartlegger barnets behov må ”stirre” på barnet for å finne ut hva de mener er det riktige tiltaket. Blikket er der på bakgrunn av den profesjonelles kunnskap om barnet og dets funksjonsnedsettelse. I denne prosessen har begrunneren som representant for medisinen mye makt; man har ”lov” til å observere, eller ”stirre” på barnet, og beskrive dets avvik basert på en forventet normativ tilstand.

Goffman (1963) beskriver det han kaller ”informasjonskontroll”, som man kan trekke paralleller til hvordan begrunnelsestekstene viser hvor mye kunnskap begrunneren faktisk har, ikke bare over barnets kropp, men også hvordan denne kroppen befinner seg i tid og rom i hverdagen. Det er ingenting i begrunnelsestekstene som kan vise til at de aktuelle barna faktisk har noen kontroll over sin egen ”informasjon”. Det er for eksempel svært lite gjennom funnene som tyder på at barnas egne meninger kommer frem når det angår bruken av ståstativet. All informasjonskontroll skjer gjennom bruken av ståstativet. Begrunnerne henter inn informasjon om kroppen gjennom anvendelsen av ståstativet. Begrunneren kan se om barnet står ”rett” eller ikke, og får informasjon om hva som eventuelt skal endre på for å få det som i forrige kapittel ble omtalt som ”den optimale stående stilling”.

Foucault (2007) beskriver det han kalte ”panoptisk disiplinering”. Foucault mener at denne typen betegnelse også kunne brukes til andre institusjoner som skal ha kontroll over en mengde mennesker, for eksempel skoler og sykehus. Foucault beskriver at denne formen for institusjoner hadde en utbredt kontroll og overvåking over mennesker, rettere sagt – menneskets kropp, og derfor disiplineringen av disse. Diskursen i begrunnelsestekstene er at de aktuelle barnas kropp er ”kaotiske”, og gjennom bruken av ståstativet skal det skapes ”orden”. Orden kommer gjennom at kroppen skal stå på en bestemt måte i ståstativet, slik at dens kaotiske tilstand utenfor ståstativet normaliseres. Foucault beskriver at ”den panoptiske disiplineringen” innebærer underkastelse overfor institusjonen som søker å ha kontroll over kroppen.

Ifølge Foucault skaper den panoptiske disiplineringen orden lokalt. Videre, på et høyere nivå legger dette grunnlaget for biomakt. I denne sammenheng har det medisinske apparatet stor påvirkning siden det skaper kunnskap om og utøver denne kunnskapen overfor deler av befolkningen. Dette skaper grunnlaget for bevillingen av ståstativ til de personene medisinen anser som hensiktsmessige brukere av dette. Derfor er biomakten avhengig av profesjonene

for å kartlegge behov, og profesjonene er avhengige av staten for å kunne anvende ståstativet overfor de personene de mener er hensiktsmessige til dette. Biomakten blir slik biopolitikk eller ”governmentality”, slik Foucault kaller det (2009). På dette grunnlaget kan man påstå at det er begrunnelsestekstenes diskursive uttalelser som konstruerer biopolitikk og opprettholdes gjennom styring, altså governmentality. Foucault sier også at det å være en kropp er å være en politisk størrelse i et samfunn; at det å befinne seg der gjør deg til gjenstand for å kunne utøve politikk, men også det å blir utsatt for andres politikk.

Begrunnelsestekstene bærer ofte informasjon med den enkelte begrunnerens erfaring med hvordan barnets kropp responderer til bruken av ståstativet. Det er ofte informasjon som viser at barnet har vært underlagt kontroll og overvåkning før og fortsatt er det. Det er ingen tvil om at barnet fortsatt vil være under kontroll i fremtiden, slik Nordströms mfl (2014a) viste at barns bruk av ståstativ strekker seg over mange år. Denne kontrollen er avhengig av overvåkning for å vite barnets tilstand.

Som det blir problematisert i forrige kapittel, kan det å ikke bruke ståstativet tolkes som et sosialt problem slik det beskrives i begrunnelsestekstene. Dermed kan man påstå at det er medisinske begrunnelser for at barnet som ikke står, faktisk er et sosialt problem. Priestley (2003) mener at et barn oppfattes som et sosialt problem når det har en funksjonsnedsettelse som fører til at de ikke ”opptrer selvstendig”. Det at barnet ikke kan stå oppreist forklares gjennom begrunnelsestekstene som en sårbarhet, og i den sammenheng kan denne uttalte fysiske sårbarheten føre til en sosial sårbarhet. Behovet for ståstativet begrunnes med at det skal gjøre barnet mindre sårbart, og mer selvstendig. Det å kunne stå symboliserer diskursivt selvstendighet.

5.2.2 Ståstativet – et terapeutisk paradoks

Et terapeutisk paradoks oppstår når man på tross av rammer av etablerte praksiser med de ressurser det medfører, ikke får til det man ønsker av ”terapeutisk effekt” (Garsjø 2012). Oversiktsstudier som tar for seg enkeltstudier fra 1981 til 2008 (Paleg mfl 2010 og Glickman mfl 2013) som foretar seg effekten av ståstativet på kroppen, viser at det er et paradoks ved den etablerte og institusjonaliserte praksisen av bruken av ståstativ, til tross for å ha startet på slutten av 1940-tallet. Med tanke på 70 års bruk er dette i seg selv paradoksalt. På bakgrunn

av dette kan man påstå at det som beskrives som begrunnernes tiltenkte effekt på barnets kropp har lite effekt på det som hevdes i begrunnelsestekstene.

Overveielser er derfor om ståstativet, med dets manglende dokumentasjon er så viktig? Og hvis fremtidige studier skulle vise gode effekter på korrigeringen av de definerte avvikene, og derfor ”opprettingen” av barnekroppen, er det likevel nødvendig å korrigere disse avvikene? Hvorfor skal det ikke være mulig å ha en annerledes kropp. Hvorfor skal en institusjon få bestemme hva som er det korrekte? Argumentasjonene i begrunnelsestekstene er per nå med andre ord tilsynelatende mangelfulle. Det er urovekkende at barnets egne opplevelser på godt og vondt ikke tas med. Det er mulig å påstå at det er flere begrunnelser for at ståstativet *ikke* er nødvendig å anvende overfor den avvikende kroppen. Hvorfor skal nå alle disse barna opptre stående? Hvorfor skal det å stå være avgjørende for sosial interaksjon? Som vi kan lese av begrunnelsesteksten er det en massiv bruk av stativet, og som Nordström mfl (2014b) viste, opplever også barna dette tofoldig. Denne massive bruken, basert på tynn evidens er paradoksale.

Barnas opplevelser omkring anvendelsen av ståstativet kan det argumenteres for er likeså viktig som den objektiviserte beskrivelsen om korreksjonen av kroppen. Det er åpenbart at når barna subjektivt opplever bruken så forskjellig, og når funnene i empirien tilsier at dette er underkommunisert, at det er viktig at barnas opplevelse bør vektlegges betraktelig mye mer. Det omfattende normaliserende perspektivet på kroppen som oppsummerer begrunnelsestekstene tillegger andre perspektiver lite, eller ingen plass. Det er sterke argumenter for at begrunnelsesteksters objektiviserende diskurser bør tre til side for å inkludere det like viktige subjektive opplevelsen til barnet som faktisk *erfarer* ståstativet.

6.0 AVSLUTNING

Ifølge Busch (2013) handler avslutningen av en akademisk oppgave å trekke sammen trådene. Dette skal forskeren gjøre, uten å gjenta seg for mye. I innledningen har jeg ledet frem til en åpen problemstilling, som i sin målform krever et beskrivende svar. Samtidig har jeg stilt en del spørsmål som bør besvares for å nyansere empirien omkring bruke av ståstativet. Det er viktig å forsøke å trekke noen konklusjoner av funnene i empirien, og den påfølgende drøfting. Busch sier det skal gjøres oppsummeringer av resultater, det skal reflekteres rundt prosesser, og til slutt skal man heve blikket og se ut over det som er funnet, og sette dette i et større perspektiv.

I innledningen tok jeg til orde for å finne ut en del aspekter ved bruken av ståstativet. Jeg stilte en del spørsmål, som jeg etter hvert lurer på hvorfor ikke flere stiller seg. Hvorfor diskuteres for eksempel ikke bruken av ståstativet, og andre korrigerende "hjelpemidler" utover dets verdi som middel for nettopp å korrigere kroppslige avvik. Innledningen endte opp med problemstillingen **"Hva kjennetegner begrunnelsestekstene for ståstativ til barn?"**. For å kunne svare på dette har jeg undersøkt 51 begrunnelsestekster, og drøftet funn med relevant teori innenfor feltet. Det var mange funn, men i hovedsak var det høy intertekstualitet mellom dem, noe som avslører en høyst konsekvent og omfattende praksis som går rett i kjernen omhandlende diskursen mellom avvik og normalitet. Begrunnernes praksis beskriver et gjennomgående fokus på normalitet.

6.1. Normalisering

Oliver (2009) mener at normalisering som prosess henger sammen med den delen av diskursen som omhandler forskjellen mellom det normale og det avvikende. Begrepsparet er komplementært, det ene eksisterer ikke uten det andre. Det ene oppfattes ofte som negativt, og det andre ofte som positivt. Dette er nøyaktig det som kan tolkes gjennom begrunnelsestekstene; den fremtredende kampdiskursen mellom det avvikende og det normale dominerer tekstene.

Måten mennesker snakker om fenomener, og måten vi opplever fenomenene på henger sterkt sammen. Språket, i dette tilfellet det skrevne språk, beskriver virkeligheten gjennom diskursiv praksis (Jørgensen og Phillips 2013). Medisinens praksis presenteres gjennom de analyserte tekstene og avslører gjennom diskursen og intertekstualiteten sitt fokus på normalitet.

I begrunnelsestekstene beskrives det hvordan begrunnerne opplever barnets avvikende kropp, og hvordan det samme barnet skal *endres* gjennom bruken av ståstativet. Denne praksisen er for begrunneren og barnet i teksten en beskrivelse av en virkelig og omfattende praksis.

Tekstene viser gjennom behovs- og kampdiskursen at dette er et korrigerende tiltak som det stoles på skal gjøre barnets kropp til en mer ”normal” tilstand, og samtidig legge til rette for et ”bedre” liv. Ved å imitere en handling som ”de normale” gjør, er det meningen at det avvikende barnet skal utvikle seg på den ”korrekte” måten. Hensikten er å skape stående barn av ”nesten-stående” eller ”ikke-stående”. Dette er et oppdrag både barnet og begrunneren er aktive aktører i. Barnets avvik, og institusjonalisert normalitet møtes innenfor stativets rammer. Dette møtet, slik Nordström mfl (2014b) beskriver det, oppfattes todelt av barna. Denne dualismen drøftes ikke i begrunnelsesteksten. Det er svært lite som tyder på at barnets opplevelse av ståstativet, tas med i betraktningen av stativets påvirkning på barnet. Dette er en åpenbar svakhet ved søknadsprosessen, og dermed blir ikke eventuelle vansker ved barnets opplevelse av bruken problematisert.

Oliver (2009) beskriver at måten man prøver å normalisere mennesker på, faktisk er med på å opprettholde den strukturelle forskjellen mellom det normale og det avvikende. Han beskriver at det er en meget skjev fordeling av maktforhold, og at dette ikke trenger å komme i den aktuelle personens favør. Det er dette jeg har forsøkt å argumentere for, når jeg har drøftet hva som skjer når et barn plasseres i ståstativet. Jeg har forsøkt å belyse hvordan man faktisk kan forsterke funksjonsnedsettelsens påvirkning på barnet og dets omgivelser, gjennom at barnet blir vist hvordan kroppen deres forventes å være – og i samme vending hvordan barnets kropp ikke skal være. Her blir stigmaet forsterket gjennom at barnet møter skillet mellom det som avviker i kroppene deres og den normative forventningen til deres tilværelse.

Stiker (1999) mener å kunne vise at ”den vestlige verden” ikke tolererer annerledeshet, og da spesielt med tanke på en fysisk tilstand i form av avvikende kropper. Dette påstår han gjennom å vise til alle ressursene som har vært og som fortsatt brukes til å gjøre den avvikende menneskekroppen mer identisk den ”normale”. Dette er argumentasjon som finner

støtte når man belyser ”den medisinske modells” fokusområde; den avvikende kroppen skal gjennom medisinske tiltak nærme seg normalen så langt det lar seg gjøre. Dette er en påstand som reflekteres i diskursen i begrunnelsestekstene, i form av alle de ressursene som settes inn i barnets liv for å endre den avviksdefinerte kroppen. Den som må bidra med mest ressurser er likevel barnet, som frivillig eller ufrivillig må disponere kroppen sin til den medisinske institusjonens skue og praksis.

Når man diskuterer den ”to-delte kroppen” er det viktig at man trekker frem diskursen i begrunnelsestekstene omkring det omtalte *behovet*. Dette handler om at barnet gjennom det å stå i ståstativet skal oppfylle angitte, ”menneskelige kriterier”. Det første kriteriet er selvsagt det som omhandler at barnet skal stå for å få alle de fysiske fordelene ved det å stå. Den andre er diskursen omkring dette med at når barnet oppholder seg i stativet så er det ”på lik høyde” med de andre barna, og at dette dermed skal gjøre den sosiale verden mer tilgjengelig for barnet – og barnet med tilgjengelig for verden omkring det. Det vektlegges med andre ord svært mye på dette med den ”doble symmetrien” – det optimale i barnets hverdag. For Stiker (1999) handler dette kanskje mer om å ”gjøre identisk” enn hva det handler om å ”gjøre likeverdige”. Likeverd handler om mer enn å se ut som de andre for å oppfylle visse normative krav. Det handler like mye om å kunne aksepteres for sin annerledeshet enn å nærme seg en anatomisk konformitet.

Foucault (2007) har andre ord for å beskrive det mye omtalte begrepet normalisering; blant annet begrepene inkorporering og standardisering. Med utgangspunkt i Foucaults *resonnement* kan det påstås at normalisering, og derfor bruken av ståstativet, *er* inkorporeringen av en standardisering. Ståstativ *er* derfor inkorporeringen av en gitt og bokstavelig talt ”stående standard”. Sistnevnte blir her det som er den angitte normen og forventningen, basert på medisinenes kunnskap i form av utviklingsteorier innenfor biologi og psykologi.

Det er tydelig at ståstativet, og derfor medisinen er den sentrale aktøren i korrigeringen av et barns avvikende kropp. I tekstene beskrives det en massiv bruk av ståstativet, og som derfor har en stor inngripen i barnas liv. Ståstativet fremstår som et sentral makt- og stigmasymbol i et barns hverdag og oppvekst. Det kan argumenteres for at det kun er barna som skal endre seg, i og med at det ikke finnes noen indikasjoner som tilsier at omgivelsene skal tilpasse seg barnet. Oliver (2009) beskriver ”den sosiale modellen” som en reaksjon på akkurat denne

repeterende praksisen. Oliver argumenterer jo nettopp for at det er samfunnet som må tilpasse seg individet, blant annet gjennom aksept av annerledeshet. Det er ingen funn i begrunnelsestekstene som tilsier noe annet enn at barnets avvik må tilpasse seg omgivelsenes forventninger, både som en fysisk og sosial standard. Dette kan reflektere en holdning overfor de aktuelle barna at de faktisk ikke passer inn, men at dette skal de gjennom å imitere ”de normale”. Ståstativet som ”hjelpemiddel” er en sentral del av barnas hverdag – og vil prege deres fysiske og sosiale symmetri, i den beste mening selvsagt, men det er elementer som kan tyde på at dette er en praksis som bør evalueres. Ervervelsen og bruken av ståstativet er slik Foucault (2007) beskriver maktteknologi, en manifestasjon av institusjoners kunnskap og kontroll over menneskelig eksistens. Medisinen er en ”makt over livet”. På denne måten kan man oppsummere bruken av stativet overfor avvikende barn som at ”ståstativet har makt over barns liv”. Det kan argumenteres for at ståstativet er en utøvelse av makt i seg selv, og er et produkt av, samtidig som det produserer biopolitikk.

Det som *egentlig* fremmes ved bruken av stativet overfor barn er en omfattende tankegang og praktisering av normalitet over barn med definerte avvik. Det er gjennom funn og diskusjon argumentert for at ståstativet kan være stigmatiserende, samtidig som det også må tas i betraktning at noen barn opplever bruken som noe positivt i hverdagen. Det må også nevnes her at denne positiviteten gjerne var kombinert med at barna følte normative forventninger fra omgivelsene. Sett i lys av paradokset omkring mangelfull evidens for den påståtte effekt og bruk, bør det stilles spørsmål om ståstativet ikke er et svært *radikalt hjelpemiddel* som faktisk kan føre til større ”problemer” enn det som kommuniseres per i dag gjennom begrunnelsestekstene. Bruken er en form for styrende kontroll over barnet, og er innprentet i institusjonaliserte praksiser som oppfatter bruken som en selvfølgelig sannhet, og en del av medisinsens vitenskapsparadigme. Det kan virke som om den forventede selvfølgeligheten omkring kroppen kan føre til at verken begrunner eller barn stiller for mange spørsmål ved det.

Hvis man ikke belyser, eller problematiserer en slik praksis som er avdekket i begrunnelsestekstene, og ikke erkjenner at dets eksistens, vil man som Oliver (2009: 35) mener:

”...give rise to a set of relations and a range of therapeutic practices that are disabling for all concerned, whether they be professionals employed in the provision of rehabilitation services or disabled people as recipients of these services.”

Gjennom oppgaven har jeg belyst det som på flere måter kan karakteriseres som en *kritikk* av barnets avvikende kropp og sosiale utgangspunkt. Gjennom begrunnelsestekstene beskrives det ”defekte kroppsdel”, og hvordan disse skal prepareres til å bli ”normale” gjennom imiterte handlinger. Samtidig beskrives det tiltak som på flere måter samtidig skaper mer stigmatisering. Gjennom tekstene er det tydelig at begrunnerne, som utøvende makthavere både har makt over den fysiske kroppen, men samtidig over den sosiale kroppen, slik Oliver (2009) beskriver det. Begrunnernes ideologiske praksis, og maktutøvelse er på sitt mest virksomme når denne er *usynlig* slik Oliver (2009: 38) beskriver det. Det er derfor svært viktig at en slik praksis belyses, og drøftes.

6.2 Relevans utenfor ståstativet

Innenfor rehabiliteringsfeltet er det mange møter mellom avvik og normalitet. Funnene i masteravhandlingen bør ha relevans utover bruken av ståstativ til barn, på den måte at alle innenfor rehabilitering, da både yrkesutøverne og ”de avvikende” treffer på diskursen omkring avvik og normalitet i sine møter. Det jeg har skrevet om i denne oppgaven har nok mest relevans overfor barn med funksjonsnedsettelse, som i større grad er styrt av institusjoner som for eksempel barnehage, skole, helsevesen og ikke minst familien. Praksisen omkring barnet og ståstativ er likevel ikke unikt, det kan også gjelde andre typer normaliseringspraksis, hvor det søkes å ”løse avvikenens” påvirkning på kroppen, og dermed også avvikenens påvirkning på ”de normale”.

Gjennom arbeidet med oppgaven har det stadig blitt tydeligere for meg at diskursen omkring avvik og normalitet er viktigere enn noen gang, og at denne diskursen kanskje spesielt er tydelig omkring barna, som vokser opp og sosialiseres inn i det normative fokuset. Dette er spesielt viktig å se nærmere på, da empirien har vist at de aktuelle barna fremstilles som marginale både fysisk og sosialt. Disse barna møtes med sterke og institusjonaliserte normer, som jeg mener bør diskuteres, og justeres. Er det virkelig så viktig å stå – for å fremstilles

som en av ”de normale”? Er det ikke på tide at ”de normale” bøyer seg litt, for å lytte bedre til de som ikke står?

Litteraturliste

Aakvaag, G.C. 2008. *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.

Barnes, C., Mercer, G. 2003. *Disability*. UK: Polity Press.

Blaikie N. 2010. *Designing social research*. Second Edition. USA: Polity Press.

Busch, T. 2013. *Akademisk skriving. For bachelor- og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Climo., S. 1954a. *The erect position as an aid in the care of the paraplegic*. I: *Plastic & Reconstructive Surgery*. January 1954 - Volume 13 - Issue 1 - ppg 65-69

Climo., S. 1954b. *Use of a tilt-table in early rehabilitation of paraplegic patients*. I: *JAMA*. 1954;154(12):1000.

Everett, E.L. og Furseth, I. 2012. *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Foucault, M. 1994. *Overvåkning og straff*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Foucault, M. 2000. *Klinikkens fødsel*. Danmark: Hans Reitzels forlag.

Foucault, M. 2007. *Overvåkning og straff*. Oslo: Gyldendal.

Foucault, M. 2009. *Biopolitikkens fødsel*. Danmark: Hans Reitzels forlag.

Froestad, J., Solvang, P., Søder, M. 2000. *Funksjonshemming, politikk og samfunn*. Gyldendal Akademisk.

Garsjø, O. 2012. *Institusjon som hjem og arbeidsplass*. Andre utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Glickman, LB., Geigle, PR., Paleg, GS. (2010). *A systematic review of supported standing programs*. I: Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine 3(3); 197-213.

Goffman, E. 1963. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. England: Penguin Books.

Goffman, E. 1990. *The presentation of self in everyday life*. England: Penguin Books.

Grue, J. *Kroppsspråk. Fremstillinger av funksjonshemming i kultur og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grue, L. 2004. *Funksjonshemmet er bare et ord. Forståelser, fremstillinger og erfaringer*. Oslo: Abstrakt forlag.

Hylland Eriksen, G.T., og Breivik J.K. (red). 2006. *Normalitet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ingstad, B., Whyte S.R. 1995. *Disability and culture*. Berkeley: University of California Press.

Jørgensen, M.W., og Phillips, L. 2013. *Diskursanalyse som teori og metode*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag. Samfundslitteratur.

Miles, M.B., Huberman, A.M., Saldana. 2014. *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook. 3rd Edition*. USA: Sage Publications.

Mitchell, D.T og Snyder, S.L. 2001. *Narrative Prosthesis*. USA: The University of Michigan Press.

NAV Hjelpemiddelsentral A (online pdf): *Produktoversikt Gå- og ståtreningshjelpemidler og ståstativ, perioden 01.01.2013 – 31.12.2015*.

NAV Hjelpemiddelsentral B (online):

<https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Tjenester+og+produkter/Hjelpemiddelsentralen>

Sist sett 15.05.2015

Neumann, I.B. 2007. *Mening. Materialitet. Makt. En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nordström, B. mfl. 2014a. *The psychosocial impact on standing devices*. I: Disability and Rehabilitation. Assistive Technology. 2014 Jun; 9(4): 299–306.

Nordström, B. mfl. 2014b. *The ambiguity of standing in standing devices: a qualitative interview study concerning children av parents experiences of the use of standing devices*. I: Physiotherapy Theory Practice. 2014 Oct;30(7):483-9.

Oliver, M. 2009. *Understanding Disability. From Theory to Practice. 2nd Edition*. UK: Palgrave Macmillan.

Paleg G.S., Smith B.A., Glickman L.B. (2013). *Systematic review and evidence-based clinical recommendations for dosing of pediatric supported standing programs*. I: Pediatric Physical Therapy 25(3): 232-47.

Priestley, M. 2003. *Disability and the Life Course*. London: Cambridge University Press.

Scott, R.M. 1981. *A study of adult socialization*. New Jersey: Transaction Inc.

Solvang, P. 2002. *Annerledes. Uten variasjon, ingen sivilisasjon*. Oslo: Aschehoug.

Stiker, H.J. 1999. *A history of disability*. USA: The University of Michigan Press.

Tidemann, M. 2004. *Lika som andra*. I: Anders Gustavsson (red.) *Delaktighetens språk*. Lund: Studentlitteratur.

Tjora, A. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wekre, L.L., Vardeberg, K., Skogan, A.H. 2004. *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wellman, R. 1965. *The use of a remedial tilting table in physical medicine and rehabilitation*.
I: Australian Journal of Physiotherapy. 12(1): 24-29.

Vedlegg 1:

Forespørsel om innhenting av datamateriale til masteroppgave i ”Master i Rehabilitering”

Jeg heter Vegard Horne, er ergoterapeut og masterstudent ved Universitetet i Nordland. Jeg studerer til ”Master i Rehabilitering”, og arbeider nå med min masteroppgave, denne skal leveres mai 2015.

Temaet for min masteroppgave er **ståstativet: avvik og normalitet**.

Jeg har gjennom arbeid kjennskap til bruk av ståstativ til barn. Ståstativet er i seg selv et hjelpemiddel jeg finner interessant; hvordan det rent historisk har utviklet seg som intervensjon, men spesielt hva det representerer i et funksjonshemmet barns hverdag. Jeg er i denne sammenheng interessert i å vite mer om hvorfor begrunnerne mener dette hjelpemidlet er nødvendig for det enkelte barnet.

Som metode har jeg valgt å gjennomføre et dokumentstudie. En vesentlig del av datainnsamlingen er å få tilgang til reelle, anonymiserte hjelpemiddelsøknader hvor det søkes etter ståstativ til barn (under 18 år). Derfor har jeg sendt denne forespørselen til en rekke Hjelpemiddelsentraler i norske fylker. Det er viktig at jeg får informasjon fra så mange som mulig.

Jeg ber vennligst om at deres Hjelpemiddelsentral bistår ved å sende meg minimum 3 eksemplarer av reelle, men anonymiserte hjelpemiddelsøknader på ståstativ til barn. Disse må selvsagt komme til meg i en slik tilstand at det ikke er mulig for meg å kunne identifisere det enkelte barnet eller begrunneren. Det er ”**begrunnelses-tekstene**” som skal analyseres, ikke barnet og dets diagnose. Hvilken Hjelpemiddelsentral søknadene kommer fra vil ikke fremkomme på noen måte i oppgaven. Det viktige spørsmålet er; hvordan definerer begrunnerne behovet for ståstativet til barnet?

Hjelpemiddelsøknadene vil destrueres umiddelbart etter datainnsamling og analyse.

Om det er spørsmål angående datainnsamlingen ber jeg om at dere tar kontakt med meg på telefon 48242025, eller min veileder Britt Lillestø på telefon 90098824

På forhånd takk.

På grunn av tidsbegrensing og kontinuerlig progresjon i oppgaven må jeg sette en frist for innlevering av hjelpemiddelsøknadene til 25. oktober 2014.

Send hjelpemiddelsøknadene til:

Vegard Horne
Solstrandvegen 273-N
9020 Tromsdalen

Mvh, Vegard Horne _____

Vedlegg 2:



Bilde: Såstativet "Caribou" fra hjelpemiddelfirmaet Etac.

