

Masteroppgave

Masterstudium i helsevitenskap – spesialisering i
psykomotorisk fysioterapi
November 2024

Dialog til pasientens beste?

Hva kjennetegner kommunikasjonen i tverrfaglige
teammøter som omhandler rehabilitering av pasienter
med sammensatte lidelser ved en institusjon i
spesialisthelsetjenesten?

Kandidatnavn: Ingvild Solen
Emnekode: MAVITD5910

Antall ord: 15797

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært en spennende reise som har bragt meg til et nytt sted med ny kunnskap og nye perspektiver. Jeg er takknemlig for å ha fått muligheten til å dykke inn i et fagområde som har opptatt meg i over tid, og jeg håper at oppgaven kan være kilde til refleksjon og innsikt for fagutøvere innen flere felter enn fysioterapi.

Jeg vil takke rehabiliteringsinstitusjonen og teammedlemmene som var villige til å gi meg innsyn i deres arbeid, samt pasientene som samtykket til at jeg kunne overvære faglige diskusjoner om dem.

En stor takk til veileder Eline Thornquist, for tydelige og generøse tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Takknemligheten er stor for å ha fått muligheten til å bli loset gjennom dette av en av de største kapasitetene vi har innen fysioterapifaget.

Til slutt vil jeg takke min dyktige og alltid positive kollega Oda for gode innspill, lytting og kritisk lesning, og ikke minst min familie for deres tålmodighet og forståelse.

Skien, november 2024

Ingvild Solen

Sammendrag

Tverrfaglig teamarbeid er en etablert arbeidsform i dagens helsevesen, og det er bred enighet om at samarbeid er viktig – spesielt med hensyn til rehabilitering av pasienter med sammensatte behov. Forskning trekker frem kommunikasjon som et avgjørende aspekt på både individuelt-, team-, og organisatorisk nivå. Til tross for omfattende forskning og oppmerksomhet på kommunikasjonens betydning foreligger det lite dokumentasjon av faktiske samhandlingssituasjoner som belyser hva som skjer og skapes mellom partene.

Hensikten med oppgaven er å få innsikt i samhandlingen i tverrfaglige teammøter ved en rehabiliteringsinstitusjon der forståelse av og behandlingstilbud til pasienter med sammensatte lidelser drøftes. For å belyse hva som kjennetegner kommunikasjonen mellom partene anlegger jeg et teoretisk perspektiv på kommunikasjon som en grunnleggende sosial aktivitet – der alt som skjer mellom partene er av potensiell interesse, både kroppslig og verbalt, bevisst og ubevisst. Observasjon er valgt som metode da det åpner opp for å se *hva* som gjøres og *hvordan*.

Av materialet kommer det frem at kommunikasjonen mellom teammedlemmene bidro til å skape et samhandlingsklima preget av dialog og en symmetrisk relasjon. Gjennom verbale og kroppslige uttrykk viste de interesse og anerkjennelse for hverandres bidrag, og forholdene lå til rette for reelt samarbeid der deltakerne kunne dele sine faglige vurderinger og refleksjoner. Dette belyser at fag og kommunikasjon er vevd inn i hverandre.

Det var tydelig at det aktuelle teamet jobbet etter en biopsykososial forståelsesmodell, men språkbruken bærer tidvis preg av en biomedisinsk forståelsesramme. Det viser seg også i helsepersonells tenkemåter når det gjelder kropp og sykdom, der kroppen på den ene siden kan ses på som et fysisk fenomen, og på den andre siden som flertydig, preget av liv og erfaringer. Tilsvarende misforhold mellom eksplisitt og implisitt forståelsesramme er velkjent i dagens helsevesen. I denne studien kommer dette ekstra tydelig til uttrykk i teammedlemmenes kroppssyn.

Nøkkelord: Tverrfaglig, team, kroppslig og verbal kommunikasjon, sammensatte lidelser, observasjon.

Summary

Interdisciplinary teamwork is an established practice in today's healthcare system, and there is broad agreement that collaboration is important – especially concerning the rehabilitation of patients with complex needs. Research emphasizes communication as a crucial aspect both at individual, team, and organizational levels. Despite extensive research and attention to the importance of communication, there is little documentation of actual interaction situations that illuminate what happens and is created between the parties.

The purpose of this thesis is to gain insight into the interaction in interdisciplinary team meetings at a rehabilitation institution where understanding of and treatment options for patients with persistent physical symptoms are discussed. To shed light on the characteristics of communication between the parties, I adopt a theoretical perspective on communication as a fundamental social activity—where everything that occurs between the parties is of potential interest, both bodily and verbally, conscious and unconscious. Observation is chosen as the method as it opens to see *what* is done and *how*.

From the material, it emerges that the communication among the team members contributed to creating a climate of interaction characterized by dialogue and a symmetrical relationship. Through verbal and bodily expressions, they showed interest and recognition for each other's contributions, and the conditions were conducive to genuine collaboration where participants could share their professional opinions and reflections. This highlights that professional practice and communication are interwoven.

It was evident that the particular team operated according to a biopsychosocial model, but the language occasionally reflects a biomedical framework. This also manifests in healthcare professionals' ways of thinking regarding the body and illness, where, on one hand, the body can be seen as a physical phenomenon, and on the other hand, as ambiguous, influenced by life and experiences. Similar discrepancies between explicit and implicit frames of understanding are well-known in today's healthcare system. In this study, this is particularly evident in the team members' views on the body.

Keywords: Interdisciplinary, team, bodily and verbal communication, persistent physical symptoms, observation.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Tema og bakgrunn for studien.....	1
1.2 Forskning på temaet	3
1.3 Hensikt og problemstilling	5
1.4 Arbeidsrettet rehabilitering	5
1.5 Begrepsavklaring	6
1.5.1 Tverrfaglig	6
1.5.2 Kartlegging i arbeidsrettet rehabilitering.....	7
1.5.3 Sammensatte lidelser	7
2.0 Teoretiske perspektiver.....	8
2.1 Kommunikasjon – noen grunnleggende avklaringer.....	8
2.1.1 Kommunikasjon – gjensidig utveksling av mening	8
2.1.2 Kroppslig samhandling	9
2.1.3 Roller og relasjoner	10
2.2 Grunnleggende perspektiver på kropp og sykdom	11
3.0 Metodologi og metode	13
3.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme	14
3.2 Metodisk tilnærming og forskerens rolle	14
3.3 Valg av metode	15
3.4 Valg og rekruttering av deltakere (utvalg).....	16
3.5 Forberedelse og gjennomføring av observasjonene.....	17
3.6 Bearbeiding og analyse av materialet	18
3.6.1 Transkripsjon	18
3.6.2 Analyse.....	19
3.7 Metodiske refleksjoner	20
3.7.1 Pålitelighet og gyldighet.....	20
3.8 Etske betraktninger	21
4.0 Resultat og drøfting	23
4.1 Presentasjon av konteksten	23
4.1.1 Den aktuelle rehabiliteringsinstitusjonen.....	23
4.1.2 Personene i teamet	24
4.1.3 Teammøtene	24
4.1.4 Pasientene	26
4.2 Sentrale kjennetegn ved kommunikasjonen i møtene	27
4.2.1 Dialog – et gjennomgående trekk	27
4.2.2 Kroppslig kommunikasjon – interesse og anerkjennelse.....	30

4.2.3 Turtaking	31
4.2.4 Roller og relasjoner	32
4.2.5 Utveksling av synspunkter – dele og meddele	33
4.2.6 Innholdet i samtalene sett i lys av roller og relasjoner	35
4.3 Innhold og tenkemåter	36
4.3.1 Forståelse av pasienters problemer.....	40
5.0 Avsluttende kommentarer	44
Referanser	47
Vedlegg 1: Informert samtykke teammedlemmer.....	51
Vedlegg 2: Informert samtykke pasient.....	55
Vedlegg 3: Observasjonsguide	58
Vedlegg 4: Sikt godkjenning	61

1.0 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn for studien

I denne oppgaven rettes søkelyset mot kommunikasjon og tverrfaglig samhandling innen rehabilitering av pasienter med sammensatte lidelser. Bakgrunnen for valg av tema er erfaring med tverrfaglig teamarbeid og et faglig engasjement for samhandling mellom ulike fagprofesjoner. Fysioterapeuter spiller en sentral rolle i rehabilitering og er en selvsagt del av et tverrfaglig team. Jeg har erfart at det er forskjeller på hvordan og hvor godt samarbeidet med kollegaer fra ulike fagprofesjoner fungerer, og hvor godt vi forstår hverandre. Derfor har jeg undret meg over hva det kan ha sammenheng med – handler det om relasjoner mellom teammedlemmene, måten vi kommuniserer på, pasientene og deres problemer, faglige perspektiver, eller forhold ved organiseringen og teammøtenes form og ledelse? Pasientene er prisgitt våre vurderinger og valg, og betydningen av et godt fungerende team har blitt mer og mer tydelig for meg.

Viktigheten av tverrfaglig teamarbeid i rehabilitering er i dag godt dokumentert. Seniorrådgiver ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering Monica Eftedal poengterer i boken «Arbeidsrettet rehabilitering» (2023): «Ofte tas det for gitt at «alle» vet hvordan de skal jobbe i team, men mange har aldri fått noen opplæring i det» (Eftedal, 2023, s. 101). God kommunikasjon og felles forståelse trekkes av mange frem som to av mange viktige forutsetninger for et godt teamsamarbeid (se for eksempel Deneckere et al., 2013; DiazGranados et al., 2018; Paxino et al., 2022). Fysioterapeut Eline Thornquist (1990, 2009a) beklager at kommunikasjon ofte blir betraktet som noe som kommer i *tillegg til* helsepersonells virksomhet. Hun belyser hvordan budskap utveksles kontinuerlig i alle direkte møter mellom mennesker slik at kommunikasjon er en integrert del av all fagutøvelse. På denne bakgrunn er det sentralt å gjøre samhandlingen i teammøtene på et rehabiliteringssenter til gjenstand for nærmere analyse. Jeg støtter meg til den tradisjonen som betrakter kommunikasjon som en grunnleggende sosial aktivitet. I denne tradisjonen forstås ordene kommunikasjon, samhandling og interaksjon som synonyme, og jeg bruker dem videre i oppgaven (Thornquist, 2009a; Watzlawick et al., 1967).

I direkte møter mellom mennesker foregår kommunikasjon via ulike kanaler, både verbale og kroppslige. Det dreier seg om utveksling av budskap, ofte flere budskap samtidig. Det er ikke bare innholdet i det som blir sagt, selve saken, vi kommuniserer. Vi presenterer oss for hverandre og kommuniserer hvem vi skal være for hverandre, om roller og relasjoner, og dette foregår oftest ubevisst og uttalt (Thornquist, 2009a). Thornquist trekker frem viktigheten av non-verbal eller kroppslig kommunikasjon. «Kroppen er aldri «taus» – med kroppen formidler vi budskap uavbrutt, enten vi vil eller ei» (Thornquist, 2009a, s. 215). Relasjonsaspektet formidles ofte kroppslig. Vi kommuniserer selv om vi ikke sier noe, og med blikk, ansiktsuttrykk og andre kroppsuttrykk viser vi interesse, om vi bryr oss eller ikke, og vi formidler budskap om hvem vi er for hverandre (Thornquist, 2009a). I tverrfaglig samarbeid er det spesielt relevant å trekke frem begreper som status og roller, makt og hierarki. Det er interessant å se nærmere på hvordan dette viser seg, og hvilken betydning det får i faktiske samhandlingssituasjoner.

Spørsmålet i oppgavens tittel: «Dialog til pasientens beste?» innbyr til refleksjon over tverrfaglig samhandling mellom helsepersonell – et av oppgavens viktigste anliggender.

I denne oppgaven er konteksten rehabilitering, nærmere bestemt arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det er enighet både i fagmiljøer og fra politisk hold om at rehabilitering er viktig, og at det må satses mer på dette fagområdet. «Det synes å være stor enighet blant brukerorganisasjoner, fagpersoner og i politiske miljøer om at dagens rehabiliteringstjenester ikke er likeverdige, brukervennlige og av faglig god nok kvalitet» (Becker et al., 2021, s. 100). Flere og flere tar derfor til orde for at vi trenger en rehabiliteringsreform i Norge (Becker et al., 2021; Lund, 2021; Nikolaisen, 2023). Den samfunnsøkonomiske gevinsten ved å satse på rehabilitering antas å være stor selv om kostnadene er høye (Oslo economics, 2020).

Teamarbeid er i økende grad benyttet som arbeidsform i organisering av helsevesenet i mange land (Forsetlund et al., 2019). På bakgrunn av et økende antall mennesker med sammensatte og langvarige helseproblemer betrakter Verdens Helseorganisasjon tverrfaglig teamarbeid som den beste måten å organisere arbeidet på. Dette reflekteres også i norske myndigheters anbefalinger (Helsedirektoratet, 2019; Meld. St.11 (2015-2016)).

Den største gruppen innen arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er personer med diagnoser relatert til muskel- og skjelettplager og /eller lettere psykiske plager. Mange har sammensatte plager og problemer knyttet til helse, økonomi, personlige, sosiale og relasjonelle forhold, og dette påvirker både arbeidsevne og retur til arbeid. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser har over flere tiår toppet statistikken over både sykdom og trygdeytelser i Norge (Clarsen et al., 2022; Ihlebæk et al., 2010; Lærum et al., 2013; NOU 2000:27). Muskel- og skjelettlidelser trekkes frem som den gruppen lidelser som plager flest og koster mest (Ihlebæk et al., 2010). Diagnosegruppen omfatter et bredt spekter av tilstander, og i mange tilfeller finner man ingen sikre patofysiologiske forklaringsmekanismer. Det er kjent at pasienter som har vært plaget over tid ofte også opplever psykiske plager, og statistikkene baseres på hva pasientens plager defineres som og hvilken diagnose som stilles.

Det er en rekke forutsetninger og utfordringer knyttet til et vellykket samarbeid, og det er ikke gitt at tverrfaglighet i seg selv fører til bedre behandling. Det er en fare for ansvarsfraskrivelse når det er teamet og ikke den enkelte fagperson som står ansvarlig for beslutninger (Baxter & Brumfitt, 2008). Andre problemstillinger er manglende forståelse og uklarheter i teammedlemmenes roller og faglige perspektiver. Jeg har inntrykk av at det ofte snakkes fint om at man jobber tverrfaglig, mens det i praksis viser seg at samhandlingen er mer kjennetegnet av flerfaglighet, at man jobber ved siden av hverandre og ikke på tvers.

1.2 Forskning på temaet

Rehabilitering, tverrfaglig samhandling og kommunikasjon er store fagfelt som det er forsket mye på i lys av ulike perspektiver. I denne oppgaven rettes oppmerksomheten mot kommunikasjon og hva som skjer i interaksjonen mellom partene i faktisk praksis.

For å finne ut hva som er gjort på dette feltet har jeg gjort søk i databasene CINAHL, Scopus og Web of Science med følgende søkeord: Communication, non-verbal communication, interprofessional relation, interdisciplinary, multidisciplinary, interdisciplinary, multi-disciplinar, interprofessional, team, multidisciplinary care team, patient centered care, rehabilitation, chronic pain.

Jeg har søkt etter aktuelle masteroppgaver i de ulike universitetenes databaser, og jeg har fått tips om aktuelle artikler og oppgaver av min veileder og fra Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Jeg har funnet mange aktuelle artikler fra referansene til de ulike oppgavene, ulike fagveiledere, samt veiledere og rapporter fra FHI og Helsedirektoratet.

Det trekkes frem fra flere hold at litteraturen preges av inkonsistent begrepsbruk når det gjelder begrepene team, teamsamarbeid og tverrfaglig samarbeid, og at forskning på området kompliseres av dette (Forsetlund et al., 2019; Reeves et al., 2017).

Litteratursøket viste at det er mange som har undersøkt tverrfaglig samarbeid innen ulike deler av helsetjenesten, inkludert rehabilitering. Det er blant annet identifisert hvilke faktorer som påvirker teamfunksjonen og hvilke effekter det har på kvaliteten av helsetjenesten – på individuelt-, team- og organisatorisk nivå, i hvilke sammenhenger helsepersonell samarbeider, og helsepersonells opplevelse av tverrfaglig samarbeid (se bl.a. Paxino et al., 2022; Reeves et al., 2017; Schot et al., 2020).

Bokhour et al. (2006) har undersøkt kommunikasjon i tverrfaglige teammøter ved en rehabiliteringsinstitusjon. Teammedlemmene ble intervjuet og teammøter ble videofilmet. Det beskrives at de underliggende kommunikasjonsmønstrene forårsaket at teamene i stor grad fungerte som flerfaglige team. Unntaket var når de hadde åpen utveksling av ideer og diskusjon sentrert mot pasientenes behov, som førte til at de løste problemer i fellesskap og kom frem til felles beslutninger.

Sinclair et al. (2009) gjennomførte en etnografisk studie på en rehabiliteringsenhet, som bl.a. inkluderer observasjoner av ulike typer teammøter samt intervjuer. De konkluderte med at teamets fungering og kommunikasjonsstrukturer tydeliggjorde tverrfaglig samarbeid der de delte kunnskap og ferdigheter. Teamet beskrev seg selv som ikke-hierarkisk, men noen teammedlemmer hadde mer beslutningsautoritet på bakgrunn av ansiennitet og klinisk rolle. Det ble beskrevet en deling i klinisk fokus mellom pasientenes fysiske og psykososiale behov.

Jeg har ikke funnet studier som har studert tverrfaglig samhandling på mikronivå i lys av teoretiske perspektiver på kommunikasjon. I flere studier og oversiktsartikler som omhandler rehabilitering og tverrfaglig samarbeid pekes det på et behov for å studere

kommunikasjon i faktisk praksis (DiazGranados et al., 2018; Paxino et al., 2022; Schot et al., 2020).

Det er imidlertid flere som har undersøkt kommunikasjon og samspill mellom fysioterapeut og pasient i faktiske møter, analysert i lys av kommunikasjonsteoretiske perspektiver (se for eksempel: Andersen, 2013; Halvorsen, 2016; Thornquist, 1990, 1991, 1994a). Disse studiene har relevans for dette prosjektet selv om studiene har andre anliggender enn mine. Studiene belyser alle kommunikasjon som en sosial prosess der både verbale og kroppslige budskap er vesentlig å ta i betraktning dersom vi skal forstå hva som foregår mellom partene. Små detaljer, ord, mimikk, bevegelser, blikk, kan lett overses og fremstå som ubetydelige dersom man ikke har fokus på og forståelse for disse.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få innsikt i samhandlingen i tverrfaglige teammøter der forståelse av og behandlingstilbud til pasienter med sammensatte lidelser drøftes. Observasjon av faktisk praksis åpner opp for å se *hva* som gjøres og *hvordan*, i interaksjonen mellom de ulike fagprofesjonene i teamet. Både verbale og kroppslige uttrykk – og forholdet mellom disse – vektlegges, og anses som vesentlig for å få dybdeforståelse av interaksjonen. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling valgt:

Hva kjennetegner kommunikasjonen i tverrfaglige teammøter som omhandler rehabilitering av pasienter med sammensatte lidelser ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten?

1.4 Arbeidsrettet rehabilitering

Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten kan defineres som «Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til deltakerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsnivå, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet» (Nielsen et al., 2023).

Kobling mellom arbeid og helse er et nasjonalt satsningsområde. Bakgrunnen for dette får vi et innblikk i når vi ser tilbake i historikken til norsk arbeidsliv. Arbeidslivet ble stadig oftere trukket frem som en sentral arena for helsefremmende og

forebyggende virksomhet fra 1990-tallet og fremover. Sykefraværet og tallet på uføretrygdede var imidlertid høyt, og det var nødvendig med en strategi for å snu utviklingen. Fra 2000 startet fremveksten av et inkluderende arbeidsliv der det skulle organiseres og tilrettelegges for at personer med plager og redusert arbeidsevne også skulle kunne være yrkesaktive (NOU 2000:27, 2000). Dette resulterte i IA-avtalen i 2001, som tydeliggjorde at det ikke lengre var en oppfatning at man måtte være helt frisk for å være i arbeid. I tiden fremover ble det introdusert nye ordninger som bl.a. gradert arbeid, restarbeidsevne ble fremholdt som plikt og rettighet, og det var en stigende etterspørsel etter yrkesrettet attføring og rehabilitering (Thornquist, 2020). Det foreligger i dag god dokumentasjon på at arbeid i mange tilfeller er helsefremmende (Cullen et al., 2018; Waddel & Burton, 2006).

Å styrke arbeidsrettet rehabilitering er ett av grepene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan som ble lansert 1. mars 2024. Regjeringen ønsker at alle som kan og vil jobbe skal få muligheten til det, og det argumenteres for at arbeidslivet i større grad bør ha plass til og inkludere også dem med helseproblemer (Meld. St. 9 (2023-2024)). Det er god dokumentasjon for at tilbud der det er samtidighet i behandling og/eller rehabilitering og arbeidsstøtte, kan gi bedre resultater (Arbeids- og inkluderingsdepartementet (Prop. 1 S (2022-2023))). Deltakelse i arbeidslivet er selve kjernen i forståelsen av arbeidsrettet rehabilitering.

1.5 Begrepsavklaring

1.5.1 Tverrfaglig

Det er mange begreper som brukes for å beskrive samarbeid på tvers av fag og profesjoner, både på individnivå og systemnivå. I denne oppgaven rettes fokuset mot individnivå. Hyppig brukte begreper internasjonalt er *interdisciplinary*, *interprofessional*, *multidisciplinary*, *multiprofessional*, og på norsk *tverrfaglig*, *flerfaglig* og *tverrprofesjonell*. I FHIs systematiske kartleggingsoversikt: «Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten» (2019) kommer det frem at begrepene *tverrfaglig* og *flerfaglig* ble brukt om hverandre uten at det, ut fra beskrivelsene av studiene, betydde at det nødvendigvis var forskjell i samarbeidsmåter. Jeg forholder meg til begrepet *tverrfaglig* slik det beskrives i Helsedirektoratets veileder «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov» (2019), der det trekkes frem at tverrfaglig samarbeid er en metodikk for strukturert samarbeid mellom personell med ulik

fagbakgrunn. Flerfaglighet er dermed en forutsetning, og den faglige merverdien ligger i interaksjonen mellom de ulike faglige perspektivene.

1.5.2 Kartlegging i arbeidsrettet rehabilitering

For å kunne tilrettelegge og veilede en deltaker i prosessen tilbake til arbeidslivet kreves det kjennskap til deltakerens helse, arbeids- og familiesituasjon, forventninger, muligheter og begrensninger. Ved oppstart av rehabiliteringen kartlegges slike forhold som danner grunnlag for valg og vurdering av tiltak og oppfølging i rehabiliteringen.

Det mest sentrale i kartleggingssamtalen er ikke bare å innhente informasjon, men å få frem den enkeltes oppfatning av hva som er viktig, hvilke tanker vedkommende har om hva rehabiliteringen skal føre til, og avstemme forventninger til oppholdet. Gjennom spørsmålene som stilles og temaene som kommer opp, settes selve rehabiliteringsprosessen i gang. Dette belyser at kartleggingen kan ha en effekt i seg selv (Øyeflaten & Brendbekken, 2023).

Veilederen «Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten» (2024) anbefaler en tverrfaglig kartlegging for å få best mulig kunnskap om deltakeren, og den bør ideelt utføres av flere fagpersoner med ulik fagbakgrunn.

1.5.3 Sammensatte lidelser

I arbeidet med denne oppgaven har jeg vært i tvil hva angår begrepsbruk når det kommer til den aktuelle pasientgruppen oppgaven omhandler. I litteraturen og i klinisk praksis brukes det blant annet begreper som «subjektive helseplager», «medisinsk uforklarte plager og sykdommer/Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS)», «funksjonelle lidelser», «psykosomatisk sykdom» og «somatoform lidelse». I mange kilder, særlig innen arbeidsrettet rehabilitering, refereres det til «muskel- og skjelettlidelser og/eller lettere psykiske lidelser». Jeg har valgt å bruke sammensatte lidelser i denne oppgaven da jeg synes det er et begrep som beskriver kompleksiteten i problemene.

Datamaterialet i oppgaven vil ses i lys av teoretiske perspektiver på kommunikasjon som en sosial aktivitet, samt grunnleggende perspektiver på kropp og sykdom.

Dette vil presenteres nærmere i neste kapittel.

2.0 Teoretiske perspektiver

Ifølge problemstillingen søker jeg å få innsikt i hva som kjennetegner kommunikasjon i tverrfaglige teammøter. Oppmerksomheten rettes mot direkte samhandlingssituasjoner og mot hva som skjer og skapes mellom partene. Det er derfor relevant å trekke frem utvalgte teoretiske perspektiver som belyser kommunikasjon og samhandling mellom mennesker som en sosial aktivitet.

Jeg har hentet inspirasjon fra boken «Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten» (Thornquist, 2009a) fordi forfatteren anlegger et bredt perspektiv på kommunikasjon, med inspirasjon fra sosiologi og sosialantropologi, språkvitenskap, fenomenologi og sosialfilosofi.

Jeg presenterer deretter grunnleggende perspektiver på kropp og sykdom som er sentralt for å forstå de problemene som pasienter med sammensatte lidelser har, samt problemstillingene som diskuteres og aktualiseres i de aktuelle tverrfaglige møtene. Disse perspektivene belyser også hvilke utfordringer dagens helsevesen står overfor i møtet med pasienter med sammensatte lidelser.

2.1 Kommunikasjon – noen grunnleggende avklaringer

2.1.1 Kommunikasjon – gjensidig utveksling av mening

Kommunikasjon kan forstås på mange måter. I en del litteratur reduseres kommunikasjon til overføring av informasjon mellom en sender og en mottaker, med én aktiv part om gangen. Dette synet på kommunikasjon er lite dekkende for det som skjer i samhandling mellom mennesker. Kommunikasjon dreier seg om sosiale handlinger, noe mennesker gjør sammen, som synliggjøres når vi ser på ordets opprinnelse fra det latinske «communicare» som betyr «å gjøre felles». I dette ligger at vi deler, meddeler og gjør noe kjent. Deltakerne snakker sammen og henvender seg til hverandre, veksler mellom å snakke og lytte, og gjennom dialogen vokser mening frem ved at partene bygger på hverandres bidrag (Thornquist, 2009a). Sosiologen Erving Goffman vektlegger at forutsetningen for å studere interaksjon ikke handler om individet og dets psykologi, men heller hvordan ulike personer forholder seg til hverandres atferd i en samhandlingssituasjon (Goffman, 1967/2017).

2.1.2 Kroppslig samhandling

Kommunikasjon er alle de måter vi henvender oss til hverandre på. Observasjon av direkte møter mellom mennesker, som danner empirien i denne oppgaven, åpner opp for å se på hva som gjøres og hvordan, i interaksjonen. Kommunikasjon foregår både med ord og kropp, samtidig. Kroppslige og verbale uttrykk kan supplere, underbygge, forsterke og utfylle hverandre, men de kan også være motstridende (Thornquist, 2009a). En person kan i en diskusjon for eksempel si at han eller hun er enig, men samtidig snu seg bort og himle med øynene. I slike situasjoner kan vi bli usikre, men vi stoler oftest på kroppsuttrykket. Med kroppen er det vanskeligere å tildekke, lyve eller tie. Vi kommuniserer også gjennom å ikke si eller gjøre noe. I boken "Pragmatics of Human Communication" (1967) skriver forfatterne at "there is no such thing as nonbehaviour, or to put it even more simply: one cannot *not* behave" (Watzlawick et al., 1967, s. 48). Videre skriver de at hvis man aksepterer at alle handlinger i interaksjonssituasjoner har en verdi i form av budskap, dvs. er kommunikasjon, så følger det at uansett hvor mye man prøver, så kan man ikke *ikke*-kommunisere (Watzlawick et al., 1967). Med kroppen formidler vi budskap uavbrutt, enten vi vil eller ei, og det er ikke bare bevisst sendte budskap som utveksles. Dette skaper dynamikk i sosialt liv. Tenk bare på hvor forskjellig vi kan oppfatte et budskap ut ifra ansiktuttrykk, blick, stemmeleie og volum, og hvilken vei hodet og kroppen til den som prater er orientert.

Sentrale begreper i denne forbindelse er paralingvistikk, kinestikk og proksemikk. De viser til ulike forhold ved kommunikasjon. Paralingvistikk refererer til all lydproduksjon knyttet til tale, både selve ordene og lyder som komme i tillegg til ordene, som sukk, stønn, kremting osv. Talehastighet, nøling, pauser og volum er andre aspekter ved det totale budskapet vi sender ut når vi snakker. Kinetikk betyr bevegelse og brukes ofte om all synlig bruk av kroppen med kommunikativ funksjon, som stillinger, bevegelser, mimikk og gester. Imidlertid regnes ofte ikke mimikk og gester med. I faglitteraturen er det uklare grenser mellom proksemikk og kinetikk. Proksemikk er faguttrykket for avstand mellom personer og relativ kroppslig orientering, og handler om hvordan mennesker er plassert og beveger seg i forhold til hverandre. I tillegg til verbale ytringer og paralingvistiske uttrykk formidler den som prater og den som lytter interesse og respekt, eller fravær av dette, kontinuerlig ved bruk av blikket, bevegelser og kroppslig orientering (Kendon, 1990; Thornquist, 2009a, 2012). Disse

forholdene har vært sentrale i utarbeidingen av observasjonsguiden jeg har brukt i prosjektet, og videre i selve observasjonen og i analysearbeidet, for å fange kompleksiteten i interaksjonen.

2.1.3 Roller og relasjoner

Goffman er kjent for sine mikroanalyser av ansikt-til-ansikt situasjoner og engasjement for kompleksiteten i slike direkte møter mellom mennesker. Han var opptatt av hvordan mennesker presenterer seg selv i ulike sosiale situasjoner, og fremhever hvordan mennesker bruker ulike strategier og inngår i forhandlinger for å vise andre respekt og selv beholde selvrespekten.

Sentralt i Goffmans arbeider er det analytiske skillet han opererer med om kommunikasjon: «de budskap man gir og de man avgir» («to give» og «to give off») (Goffman, 1974, s. 13). Førstnevnte viser til uttrykk man *gir* og de dreier seg i all hovedsak om bevisste sendte verbale uttrykk, mens de uttrykk man *avgir* handler om den ikke-verbale og ofte ubevisste kommunikasjonen (Goffman, 1974).

Når vi kommuniserer formidler vi budskap om saksforhold, men vi kommuniserer også hvem vi skal være for hverandre. Vi kan dermed si at all kommunikasjon har et innholdsaspekt og et rolle- eller relasjonsaspekt (Watzlawick et al., 1967).

Kommunikasjon om roller og relasjoner skjer som regel uuttalt og ubevisst fra både senderens og mottakerens side og det handler om hvordan den enkelte ser seg selv i forhold til de andre i situasjonen (Thornquist, 2009a). I tverrfaglige møter er personer med ulik fagbakgrunn samlet, og de har alle en status i kraft av sin utdanning og autorisasjon som for eksempel lege eller fysioterapeut. Thornquist beskriver samhandling og sosialt liv som skapende prosesser der folk *utformer* roller. Roller formes og påvirkes av skiftende sosiale situasjoner og personer samtidig som partenes formelle posisjon, statusen, er avgjørende (Thornquist, 2009a). Hvem den enkelte er, med sin personlighet og historie vil selvsagt også spille inn.

Det dreier seg om samhandling og hvordan vi mennesker presenterer oss for hverandre og tilskriver hverandre roller i ulike situasjoner, og hvordan det meste foregår ureflektert. Her er blikket for nyanser og forståelsen av sosiale interaksjoner innenfor rammen av den konkrete situasjonen det vesentlige.

I samarbeid mellom ulike yrkesgrupper er det viktig å ta hierarki i betraktning, og se på hvordan dette gjør seg gjeldende når det gjelder ansvar, oppgaver og makt.

Helsevesenet har tradisjonelt vært hierarkisk organisert der leger har vært plassert øverst i hierarkiet med høy status, prestisjefylte oppgaver og størst ansvar og makt, men i de senere tiår har de fleste institusjoner i helsevesenet hatt en horisontal struktur og samarbeid mellom ulike yrkesgrupper fremholdes som vesentlig. For å få et inntrykk av hvordan dette fungerer i praksis er det nødvendig å se på samspillet mellom deltakerne. I de tverrfaglige teammøtene som danner empirien i denne oppgaven er det flere spørsmål som er aktuelle i denne forbindelsen: Hvem snakker mest og minst? Hvem henvender seg til hvem – og viser tilbake til det som er sagt av hvem? Hvem får siste ordet, konkluderer og tar avgjørelser? Slike forhold vil kunne belyse om institusjonens intensjon om en flat struktur der alle fagstemmer er likeverdige samsvarer med hva som skjer i faktisk praksis.

2.2 Grunnleggende perspektiver på kropp og sykdom

Sykdom og helseproblemer kan forstås på mange måter. I denne oppgaven er det sentralt å belyse ulike forståelses- og tenkemåter siden det handler om samarbeid mellom ulike fagprofesjoner. «De kunnskaper og forklaringsmodeller helsepersonell benytter seg av, er avgjørende for hva de betrakter som viktig, relevant og gyldig informasjon når de skal forstå menneskers plager og lidelser» (Thornquist & Kirkengen, 2020, s. 27). Kunnskapen og forklaringsmodellene er avgjørende for hvordan pasienters plager og problemer defineres, og videre blir det avgjørende for hva som betraktes som adekvat behandling.

Som beskrevet i innledningen er det i årenes løp brukt mange ulike betegnelser på langvarige og sammensatte helseplager uten klare patofysiologiske forandringer, og de passer ikke inn i de klassifikasjonssystemene for sykdom vi har i dag. Plagene kjennetegnes ved at flere deler av kroppen er affisert samtidig, og at symptomene overskrider anatomiske, nevrologiske, funksjonelle og systemiske grenser (Kirkengen & Næss, 2015). I helsevesenet kategoriseres sykdom gjennom diagnoser, som springer ut fra den medisinske sykdomsforståelsen. Denne tolkningen og klassifisering av helseproblemer preges av todelingen av mennesket, kropp-sjel-dualismen. Filosofen Renè Descartes (1596-1650) forbindes ofte med denne oppsplittingen av mennesket i to uavhengige eksisterende enheter – kroppen som materie og bevisstheten/sjelen som noe ikke-materielt (Thornquist, 2018).

I boken «Sammensatte lidelser – et samfunnsspeil» (2020) viser Thornquist og Kirkengen til kropp-sjel-dualismen som stadig er med oss, og at den har noen viktige konsekvenser – «at kroppen forblir et *objekt* – løsrevet fra den menneskelige erfarings- og meningsverden», og «når kroppen, frisk eller syk, betraktes utelukkende som et fysisk fenomen – et naturfenomen – er den prinsipielt gjort a-sosial og a-kommunikativ; den er *avpersonifisert* og *uttrykksløs*» (Thornquist & Kirkengen, 2020, s. 24). Forfatterne stadfester at så lenge denne todelingen preger vår forståelse av hva mennesket er, vil vi ikke lykkes i å forstå sykdom.

Psykiateren George L. Engel introduserte den biopsykososiale modellen i artikkelen «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine» i 1977. I denne artikkelen omtaler han det dualistiske synet som en hemsko i medisinsk tenkning. Han beklaget at den tradisjonelle biomedisinske modellen var basert på en kropp-sjel-dualisme og dermed ble det vanskelig å forklare de komplekse sammenhenger som ofte ligger til grunn for menneskers plager og sykdom, og i forlengelsen introduserte han det han kalte en biopsykososial modell som et alternativ. Han beskrev sammenhengen mellom biologiske-, psykologiske- og samfunnsvitenskapelige perspektiver som en dynamisk, integrert prosess der de tre perspektivene påvirker og interagerer med hverandre på flere nivåer i tråd med en systemteoretisk tenkning. Artikkelen ble trykket på nytt i 2012, noe som understreker dens vedvarende betydning og innflytelse på medisinsk tenkning og praksis (Engel, 1977/2012).

Til tross for at de fleste i dag tar til orde for at de har tatt avstand fra den nevnte todelingen skiller det fortsatt mellom fysiske og psykiske problemer på et biomedisinsk grunnlag, og helsetjenesten deles opp i somatiske og psykiatriske avdelinger. Det fysiske er i all hovedsak relatert til kroppslige symptomer og plager med påvisbar patologi, mens det psykiske holdes mer eller mindre adskilt fra kroppen. «Men alle vet ut fra livserfaring og klinikk at mennesker preges av det liv de har levd – og lever – også kroppslig. Det er med andre ord et misforhold mellom den rådende tenkning og (mye) allmennmenneskelig og klinisk erfaring» (Thornquist & Kirkengen, 2020, s. 24). Det finnes i dag omfattende dokumentasjon som viser at menneskelig erfaring – særlig med henblikk på belastende hendelser – kan føre til forstyrrelser i menneskekroppens fysiologiske prosesser og sykdomsutvikling (Getz et al., 2011; Kirkengen & Næss, 2015).

I boken «Arbeidsrettet rehabilitering – en vei mot deltakelse» (2023) skriver Chris Jensen, leder for Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, at personene som mottar arbeidsrettet rehabilitering kjennetegnes ved høy forekomst av komorbiditet – flere plager samtidig, og det eksemplifiseres med rapportering av angst og depresjon samtidig med ulike somatiske plager. Thornquist trekker i artikkelen «Livet sætter kroppslige spor: en kasuistik fra psykomotorisk fysioterapi» (2009b) frem at begrepet komorbiditet aktualiserer spørsmål om hvordan man tenker om det som opptrer samtidig. Forfatteren tar utgangspunkt i at kroppen er bærer av liv og historie, og at det med dette følger en logikk i at plager og lidelser både kan være en konsekvens og en integrert del av en langvarig beredskapstilstand – av samtidig emosjonell og kroppslig art. Det blir dermed vesentlig å ikke rette oppmerksomheten mot ett problem av gangen, men å åpne opp for å se på betydningen av å hjelpe pasienten ut av uheldige vaner og handlingsmønstre som kan forårsake og/eller opprettholde plager (Thornquist, 2009b). Thornquist og Kirkengen (2020) poengterer «at det ikke bare er slik at sykdom medfører funksjonsproblemer; det kan også være omvendt: Sykdom kan være en konsekvens – et resultat – av den enkeltes måte å fungere på, og ikke minst: Det kan dreie seg om et gjensidighetsforhold mellom en persons funksjonsmåte og sykdomsutvikling» (Thornquist & Kirkengen, 2020, s. 26). For å åpne opp for dette perspektivet er det essensielt at kropp - sjel - dualismen overskrides.

Når pasienters problemer skal forstås og når det skal tas valg angående behandling er felles forståelse og kunnskapsgrunnlag i et tverrfaglig team essensielt. I dette ligger innsikt i og refleksjon over perspektiver på kropp og sykdom og hvilken betydning det har for helsepersonells valg og vurderinger.

3.0 Metodologi og metode

Forskning generelt er en virksomhet som er kjennetegnet ved bevisste valg, systematikk og eksplisitte redegjørelser og begrunnelser (Thornquist, 2018). Kvalitativ forskning kjennetegnes ved at vi søker forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2018). I denne oppgaven rettes søkelyset mot kommunikasjon og hva som skjer i samhandlingen mellom deltakere i tverrfaglige teammøter. I foregående kapittel har jeg gjort rede for oppgavens teoretiske ståsted. I dette kapitlet belyser

jeg den vitenskapsteoretiske forståelsesrammen og videre hvordan jeg har gått frem i prosessen som leder frem til resultatene.

3.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Vitenskapsteoretisk posisjon og forskningsvirksomhet henger sammen på mange måter og på flere nivåer. Hvordan vi forholder oss til epistemologi, det grunnleggende synet på kunnskap, og ontologi, vår oppfatning av verden og virkeligheten, er avgjørende for hva vi søker informasjon om og danner et utgangspunkt for forståelsen vi utvikler. Det er også avgjørende for hvilken forskningsmetode og design vi velger (Thagaard, 2018; Thornquist, 2018). Mitt utgangspunkt er et anti-positivistisk kunnskapssyn som innebærer en erkjennelse av at forutsetningsløse observasjoner og teoriuavhengige data er en umulighet. All observasjon er selektiv og orientert, og påvirkes av forskerens forforståelse og perspektiver (Thornquist, 2018). Jeg er videre inspirert av den filosofiske hermeneutikk som Heidegger og Gadamer representerer. De understreket at selve vår måte å eksistere på er hermeneutisk, at mennesket er i verden som forstående og fortolkende historiske vesener (Thornquist, 2018). Thornquist fremhever at hermeneutikkens relevans for helsefag også har å gjøre med kroppssyn. Hun problematiserer kroppen som hermeneutisk felt på bakgrunn av dens sammensatthet. Kroppen er *både* uttrykksfull og biologi, og derigjennom flertydig. Dette har betydning for kommunikasjon, der kroppslige uttrykk kan tolkes på ulike måter. Et blunk kan både forstås som et naturlig behov eller som en meddelelse, f.eks. en flørt (Thornquist, 2018). Kroppslig kommunikasjon er sentralt i dette prosjektet som retter fokus mot det som skjer i samhandlingen mellom mennesker.

3.2 Metodisk tilnærming og forskerens rolle

Prosjektets hensikt og problemstilling tilsier en kvalitativ tilnærming. I kvalitativ forskning søker en å få innsyn i og forstå menneskelig virksomhet og menneskers opplevelses- og meningsverden, for å bidra til økt forståelse for særtrekk og sammenhenger som gjør seg gjeldende på det aktuelle forskningsfelt. Forskingen er kjennetegnet av nærhet til forskningsfeltet, og forskeren søker å få innblikk i hvordan de en forsker på og med tenker og handler – hva slags meningsverden, relasjoner og prosjekter de er involvert i. En konsekvens av dette er at kvalitativ forskning kjennetegnes av at forskeren bruker seg selv som forsknings «instrument» og har

dermed en dobbeltrolle som forsker og menneske (Malterud, 2017; Thagaard, 2018; Thornquist, 2018).

Min erfaring, faglige interesser, motiver og perspektiver er styrende for hva jeg retter min oppmerksomhet mot. Thornquist skriver at forskere *braker* sin menneskelighet til å gjøre forskning mulig, og poengterer at subjektivitet er en ressurs, og ikke et forstyrrende element, som aktivt brukes for å forstå de fenomener og den verden en tilstreber å forstå (Thornquist, 2018). Min forforståelse og forkunnskap påvirker hva jeg har lagt merke til og vektlagt i det empiriske materialet og videre i forståelse og tolkning. Jeg er utdannet fysioterapeut med relevant fagkunnskap og lang erfaring fra klinisk praksis og samarbeid med kollegaer i ulike deler av helsevesenet, de siste årene som psykomotorisk fysioterapeut i tverrfaglig team ved en arbeidsrettet rehabiliteringspoliklinikk i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at jeg forsker på mitt eget felt. Kjennskapen til kulturen kan føre til at vi ikke stiller spørsmål ved forhold som synes selvsagte for oss, og det kan være vanskelig å fremheve dagligdagse hendelser som interessante fenomener (Thagaard, 2018). For å imøtekomme disse utfordringene har jeg på forhånd reflektert over min forforståelse, og har spesielt vært oppmerksom på min erfaring og mine forventninger om hva jeg kan komme til å finne. Det er imidlertid viktig å erkjenne at vi aldri kan redegjøre for vår forforståelse fullt og helt (Thornquist, 2018). Jeg har også brukt tid på bred lesning av teori og skaffet meg kjennskap til forskningslitteratur. Jeg har reflektert over min rolle i forskningsprosessen, spesielt viktigheten av å innta en distanse og se det hele utenfra.

3.3 Valg av metode

I dette prosjektet undersøkes konkret praksis. Jeg ønsker å få innblikk i kommunikasjon og samhandling i tverrfaglige teammøter slik det foregår i sin naturlige kontekst. Observasjon er spesielt godt egnet til å studere menneskers samhandling og språkbruk uten at forskeren påvirker det som skjer i så sterk grad som for eksempel i et intervju (Fangen, 2010). Oppmerksomheten rettes mot hvordan personer forholder seg til hverandre i sosiale situasjoner og hvordan de presenterer seg selv i sine omgivelser (Fangen, 2010; Thagaard, 2018; Thornquist, 2018). Observasjon gir direkte tilgang til prosesser og hendelser, hva mennesker faktisk gjør, og ikke hva de sier at de gjør. Thornquist belyser dette, og skriver at «det vil alltid være sider ved en praksis som er uartikulert og ureflektert hos utøvere. Det kan

også være motsetninger mellom det som sies og det som formidles ikke-verbalt, og det kan være manglende samsvar mellom fagutøveres intensjoner og hvordan praksis fungerer» (Thornquist, 2018, s. 257).

Jeg valgte å gjøre ikke-deltakende observasjon for å sikre at samhandlingen i teammøtene ville foregå så uforstyrret som mulig. Jeg var til stede som observatør der jeg satt sammen med de jeg observerte. Når data samles inn på denne måten er det en forutsetning at det foreligger informert samtykke fra partene som deltar. Teammedlemmene hadde dermed kjennskap til meg og min rolle, samt hensikten med prosjektet. Jeg vurderte at dette var en forutsetning for at møtene kunne forløpe mest mulig upåvirket av min tilstedeværelse. Mitt inntrykk er at teammedlemmene var meget engasjerte i møtene og at de måtte være effektive for å rekke alt de skulle gjennom på relativt kort tid. Dermed fremstod det som at de ganske fort glemte at de ble observert. I litteraturen om observasjon som metode trekkes det frem at det er grunn til å tro at forskerens nærvær har liten innvirkning på interaksjonen når handlingene som observeres krever spesielt mye oppmerksomhet fra deltakerne (Thagaard, 2018).

3.4 Valg og rekruttering av deltakere (utvalg)

Jeg har valgt å observere tverrfaglige teammøter ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten der de har lang erfaring med og tradisjon for å arbeide tverrfaglig med pasienter med sammensatte lidelser. Flere institusjoner kunne her være aktuelle å kontakte. Valget falt på den aktuelle institusjonen fordi jeg hadde en kontaktperson som gjorde at det kunne være enkelt å få tilgang. Jeg sendte en forespørsel og fikk positiv tilbakemelding om at de ville delta. Sammen med teamlederen jeg hadde kontakt med kom jeg frem til at det var mest hensiktsmessig, oppgavens hensikt tatt i betraktning, å observere møter knyttet til kartlegging og vurdering av pasienter. Møtene innebærer drøfting av pasientenes rehabiliteringspotensiale og hva som er den beste veien videre i hjelpeapparatet for den enkelte. Pasientene er inne til en ukes opphold, og deltar i ulike aktivitetsgrupper, turer, undervisning, individuelle samtaler og klinisk undersøkelse. I møtene drøftes de ulike pasientene ut ifra teammedlemmenes observasjoner og erfaringer i de nevnte aktivitetene, og hovedmålet er en vurdering av rehabiliteringspotensialet.

Det tverrfaglige teamet bestod av teamleder som er fysioterapeut, samtaleterapeut, idrettspedagog, lege, fysioterapeut og arbeidskonsulent.

3.5 Forberedelse og gjennomføring av observasjonene

I forkant av observasjonene reflekterte jeg rundt mine forventninger om hva som ville prege kommunikasjonen i møtene, basert på egne erfaringer fra tilsvarende møter, min fagkunnskap som fysioterapeut, og kunnskap jeg hadde tilegnet meg om relevante temaer i forberedelsene. Jeg utarbeidet en observasjonsguide (vedlegg nummer 3) som skulle hjelpe meg å huske viktige forhold å dokumentere under observasjonen. Observasjonsguiden har og har også vært nyttig under bearbeiding av dataene.

Jeg gjorde lydopptak av teammøtene. Siden jeg er opptatt av samhandling både i form av verbal og kroppslig art tok jeg i tillegg notater underveis. I notatene vektla jeg kroppslig kommunikasjon som blikk/blikkontakt, kroppslig orientering, mimikk, paralingvistikk (stemmebruk, pauser/nøling), følelsesmessige uttrykk som smil/latter, samt observasjoner/tolkninger av forhold som kunne si noe om roller og status. Dette vil gi et visst bilde av samtidigheten i de ulike delene av kommunikasjonen, og et mer helhetlig bilde av samhandlingen mellom teammedlemmene.

Lydopptak muliggjør transkripsjon ord for ord, og opptak av samtalen i møtene kan høres om igjen flere ganger. Videoopptak ble vurdert benyttet og kunne vært hensiktsmessig i kombinasjon med lydopptak for å studere forholdet mellom verbal og kroppslig kommunikasjon nærmere. På bakgrunn av oppgavens omfang, samt at videoopptak vil kunne virke påtrengende og påvirke deltakerne i større grad, besluttet jeg å kun benytte lydopptak.

Lydopptak ble gjennomført med mobiltelefon, med mobilappen Nettskjema-diktafon der opptaket blir umiddelbart kryptert på telefonen. I tillegg brukte jeg en ekstra enhet som backup (Ipad). Utstyret ble testet ut i forkant ved et møte på egen arbeidsplass.

Jeg observerte fire tverrfaglige teammøter, à 30 minutter, to møter to påfølgende dager, og dette var de siste møtene teamet hadde om pasientene. Møtene ble holdt på teamleders kontor der alle, inkludert meg, satt rundt et stort bord. Jeg hadde dermed god tilgang til å følge med på samtalen og observere alle involverte. Jeg var plassert som om jeg var en deltaker i teamet, noe som var uproblematisk. Deltakerne virket upåvirket av min tilstedeværelse og av at møtet ble tatt opp. Møtene ble tatt

opp i sin helhet. Jeg fulgte med på samtalen og tok notater av kroppslig kommunikasjon og ulike observasjoner av samhandlingen mellom deltakerne underveis.

Samtalene mellom deltakerne og deres handlinger og måter å samarbeide på er primærmaterialet i analysen.

3.6 Bearbeiding og analyse av materialet

Som det fremheves i mye metodelitteratur er analyse og tolkning av data en kontinuerlig prosess som pågår gjennom hele forskningsprosjektet (Fangen, 2010; Malterud, 2017; Thagaard, 2018).

3.6.1 Transkripsjon

Etter hvert møte skrev jeg umiddelbart ned mine inntrykk, og fullførte feltnotatene. Jeg valgte å gjøre transkriberingen selv, og dette bidro til at jeg ble godt kjent med materialet. Transkribering åpner for et nytt møte med materialet, og det kan bidra til å trekke frem fenomener som man senere kan gå mer detaljert inn i (Malterud, 2017; Thornquist, 2012). Jeg fikk etter flere runder med avspilling og rettelser et godt grep om hva som ble sagt og av hvem, og vurderer at det er et godt samsvar mellom lydopptak og transkribert tekst.

I reelle situasjoner skjer mange ting samtidig, og siden ansikt-til-ansikt kommunikasjon involverer mer enn utveksling av ord innebærer denne formen for transkripsjon en reduksjon sammenlignet med det som i skjedde i virkeligheten.

På bakgrunn av studiens forståelse av kommunikasjon som en grunnleggende sosial aktivitet der flere og forskjelligartede uttrykk utveksles samtidig, har jeg i transkripsjonen vektlagt å få frem både de verbale og kroppslige uttrykk og samtidigheten i dette. Jeg transkriberte opptakene ord for ord, så tett opp til slik teammedlemmene snakket som mulig. Dialekt og dialektuttrykk ble oversatt til bokmål. Ikke-språklige lyder som ehhe og mmm ble gjengitt, pauser ble markert, samt endring av volum og tonefall der jeg fant dette betydningsfullt. Synliggjøring av avbrytelser og overlapping i samtalen er vektlagt fordi det er av betydning for å belyse interaksjonen. Etter at jeg hadde transkribert den verbale kommunikasjonen brukte jeg utskrift av denne og noterte kroppslig kommunikasjon fra feltnotatene med ord i parentes i der jeg fant det relevant og betydningsfullt for beskrivelse av samhandlingen. Eksempler på dette er latter (og hvem som lo), blikk/blikkontakt,

kroppslig orientering, om noen rakk opp hånden, så ned i papirer osv. Dette gir informasjon om hvordan deltakerne forholder seg til – og bekrefter hverandre underveis i samtalen (Thornquist, 2009a).

Tegn jeg bruker i tekstutdragene i resultatdelen:

Pause: Markerer med #

Uavsluttede ytringer: Markerer med ...

Ord som blir lagt vekt på: Uthevet skrift

Overlapp: (overlapp)

Avbrytelse: (avbrytelse)

Utsagn med en spørrende undertone: (?)

Jeg hørte gjennom lydfilene gjentatte ganger, leste gjennom transkripsjonene, uthevet og noterte stikkord, mulige temaer, samt passasjer jeg anså som interessante. Observasjonsguiden ble brukt som en veileder, og jeg gikk gjennom transkripsjonene for hvert tema/overskrift. Jeg noterte også hvor mye de ulike pasientene ble omtalt (i tid), hvilke problemstillinger som var relevante for hver pasient, eksempelvis traumer, overvekt, smerter og relasjonelle utfordringer. Jeg merket meg relevante ord og uttrykk som ble brukt i beskrivelser av pasientene og deres problemer, for eksempel uttrykkene «dekondisjonert», «reelle ting», «mye sitter i kroppen».

3.6.2 Analyse

Jeg har i analysearbeidet en pragmatisk tilnærming til tematisk analyse som er beskrevet av flere, bl.a. Braun og Clarke (2006) og Malterud (2017).

Braun og Clarke beskriver tematisk analyse som en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønster/temaer i dataene. Forskerens aktive rolle i identifiseringen av mønster/temaer, utvalg av interessante temaer, og rapporteringen av disse, vektlegges. Det er viktig å erkjenne at man ser verden med et bestemt blikk, og vise til det teoretiske ståstedet som ligger til grunn for analysen (Braun; & Clarke, 2006). En tematisk analyse kan være hovedsakelig induktiv/datadrevet, deduktiv/teoridrevet, eller en blanding av disse to, såkalt abduktiv tilnærming. I analysearbeidet har jeg valgt den sistnevnte tilnærmingen, som kjennetegnes ved en

veksling mellom utvikling av perspektiver fra dataene og en tolkning av dataene som er forankret i de overordnede teoretiske perspektivene (Thagaard, 2018).

Jeg merket meg interessante temaer underveis i observasjonene, i arbeidet med feltnotatene, under transkriberingen, og videre i analysearbeidet. Analysen involverer, som Braun og Clarke poengterer, en konstant frem- og tilbake bevegelse mellom hele datamaterialet, utdrag av dataene, og analysen av dataene som produseres. Jeg har jobbet stegvis med materialet for å sikre at konklusjonene som trekkes er godt fundamenterte i datamaterialet og i aktuell teori.

Jeg knyttet utdrag fra møtene opp mot foreløpige temaer. Underveis forsøkte jeg å lage koblinger mot teori og mulige tolkninger. Denne prosessen ble gjentatt flere ganger, og det kom opp flere aktuelle temaer. Til hjelp i prosessen laget jeg et tematisk kart med undertemaer og stikkord. Temaer ble slått sammen og endret flere ganger, sett opp mot datamaterialet i sin helhet. Temaene presenteres i kapitlet «Resultat og drøfting». Hvert tema ble så bearbeidet og analysert, og skrevet frem på måter som belyser samhandlingen i teammøtene på en meningsfull måte. Til noen av temaene har jeg knyttet utdrag fra materialet. Etter beskrivelsen av hvert tema kommer mine empirinære refleksjoner fremhever det allmenne som aktualiseres, og noen av disse temaene løftes videre frem i drøftingen.

3.7 Metodiske refleksjoner

3.7.1 Pålitelighet og gyldighet

Pålitelighet, eller reliabilitet, handler om en tydelig redegjørelse av hele forskningsprosessen og de valg som er tatt underveis, slik at leseren kan vurdere forskningsprosjektets troverdighet og kvalitet (Fangen, 2010; Thagaard, 2018; Thornquist, 2012). Jeg har forsøkt å synliggjøre dette ved å gjøre rede for tidligere forskning, teoretisk ståsted, egen bakgrunn og forforståelse, metodiske refleksjoner, analyseprosessen, og fremgangsmåte og grunnlag for mine tolkninger. For å gi leseren et grunnlag for å forstå mine tolkninger presenterer jeg en betydelig andel empiri i resultatdelen. I drøftingen gjør jeg rede for hvordan resultatene kan forstås i lys av de teoretiske perspektivene jeg har valgt, og jeg forsøker å løfte frem refleksjoner rundt det som utspilte seg i samhandlingen i møtene til noe som kan være relevant for tverrfaglig samhandling i andre relevante situasjoner og settinger.

Ved å velge observasjon som metode har jeg fått innblikk i kommunikasjon og samhandling i tverrfaglige teammøter slik det foregår i faktisk praksis. Som tidligere nevnt gir observasjon direkte tilgang til å studere *hva* mennesker gjør og på *hvilken* måte, i motsetning til for eksempel intervju som gir tilgang til deltakeres opplevelser og dermed indirekte beskrivelser av hendelser og handlinger. På bakgrunn av dette vurderer jeg at metoden er egnet for å svare på problemstillingen. Jeg observerte uten selv å delta aktivt, men satt sammen med teammedlemmene rundt bordet. Det er sannsynlig at min tilstedeværelse har påvirket deltakerne og samhandlingen, men det er vanskelig å si hvordan og hvor mye. Jeg er opptatt av den kroppslige kommunikasjonen, og som tidligere nevnt foregår denne i stor grad ureflektert og ubevisst, og påvirkes derfor mindre av min tilstedeværelse.

Materialet i studien er begrenset til fire teammøter, av ett og samme team, som omhandlet åtte pasienter. Et større materiale, som for eksempel inkluderte flere team og pasienter, ville gitt et bredere og rikere materiale. Hadde jeg intervjuet teammedlemmene i tillegg til å være observatør i teammøtene, hadde jeg kunnet sammenholde funn fra observasjonen og tilstedeværelsen i teammøtene med intervjuutsagn *om* disse møtene. Dermed ville jeg hatt et mer solid grunnlag for tolkninger av hva som foregikk i teammøtene.

Opgavens omfang satte en begrensning for dette, men det avgrensede materialet tillot at jeg kunne gå i dybden med nøyaktige transkripsjoner og detaljert analyse av samhandlingen. Dette bidrar til å styrke troverdigheten. Denne studien belyser kun ett eksempel på tverrfaglig samhandling, men på grunnlag av kunnskap som har kommet frem gjennom tolkning og drøfting kan forhåpentligvis resultatene være til nytte for helsepersonell i relevante kontekster.

3.8 Etiske betraktninger

Som forsker kreves det at man forholder seg til etiske prinsipper og følger regelverket som regulerer medisinsk forskning. Når resultatene skal fremstilles kan det være et etisk dilemma å fremstille disse på en måte som både er akseptabel for deltakerne og samtidig formidler et faglig relevant perspektiv. Et av grunnprinsippene for en etisk forsvarlig forskningspraksis er prinsippet om konfidensialitet. Dette viser både til at deltakerne skal anonymiseres og til forsvarlig lagring av personidentifiserbare opplysninger (Thagaard, 2018). I dette prosjektet er deltakerne både

teammedlemmene og pasientene som drøftes i møtene. For å sikre anonymitet presenteres teamet med hvilken rolle/profesjon teammedlemmene har, samt andel kvinner og menn, og ytterligere informasjon om deres bakgrunn er utelatt. Pasientene presenteres med nummer, kjønn og omtrentlig alder. Informasjon om sykehistorie og bakgrunn er vesentlig for at leseren skal forstå sammenhengene, og det er lagt frem på en måte som sikrer anonymitet.

Teammedlemmene ble bedt om, så langt som det lot seg gjøre, å ikke dele opplysninger om seg selv i møtene som kunne føre til gjenkjenning. Ved transkripsjon ble informasjon som kunne bidra til gjenkjenning av både pasienter og informanter utelatt, for eksempel stedsnavn og arbeidsplass. Lydfilene ble forsvarlig lagret i Nettskjema. Feltnotater og lister over navn på deltakerne ble forsvarlig lagret slik at det var utilgjengelig for uvedkommende.

Når personopplysninger skal behandles i et forskningsprosjekt må Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Sikt) vurdere om behandlingen som er planlagt fyller kravet til personvernet. Sikt har vurdert at jeg har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene i dette prosjektet, på bakgrunn av informert samtykke (vedlegg nummer 4). Når det gjelder taushetsplikt har teammedlemmene yrkesmessig taushetsplikt, men de kan ikke dele taushetsbelagte opplysninger med meg som forsker med mindre pasienten har samtykket til det. Jeg laget derfor et samtykkeskjema til dette formålet (vedlegg nummer 2), som teamleder distribuerte til pasientene. Alle pasientene samtykket til at taushetsbelagt informasjon om dem kunne tas opp i møtene. Teammedlemmene samtykket til deltakelse på bakgrunn av informasjon om prosjektets formål, ivaretagelse av deres konfidensialitet og deres rettigheter (vedlegg nummer 1). Jeg vektla å være tydelig i presentasjonen av meg selv og min rolle, og presiserte at min intensjon ikke er å vurdere dem, stille dem i dårlig lys eller dømme dem. Dette var spesielt viktig siden jeg forsker på eget felt. Jeg har vært bevisst på dette hele veien gjennom arbeidet med oppgaven, og har lagt vekt på å belyse noe allment om samhandling og de valgte faglige temaer fremfor fokus på person.

Før oppstart av prosjektet sendte jeg forespørsel om en fremleggingsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK vurderte prosjektet som ikke fremleggingspliktig.

4.0 Resultat og drøfting

I dette kapittelet presenterer og drøfter jeg resultatene fra studien.

Innledningsvis presenteres den aktuelle rehabiliteringsinstitusjonen, teammedlemmene, teammøtene og pasientene som utdragene fra møtene omhandler, for å gi leseren et innblikk i konteksten.

Deretter trekker jeg frem sentrale kjennetegn ved kommunikasjonen i møtene, fulgt av noen illustrerende utdrag og empirinære refleksjoner. For at leseren skal kunne følge mine resonnementer og få innsikt i dynamikken i samhandlingen i møtene gjengis en del lengre utdrag fra materialet. Samtalen er skrevet slik den er transkribert, med verbale ytringer i kursiv, kroppslige uttrykk i parentes, samt synliggjøring av pauser (#), uavsluttede ytringer (...), avbrytelser (skrevet i parentes), og utsagn med en spørrende undertone (?). Utdragene omhandler to av pasientene som teamet brukte mest tid på i møtene.

De viktigste funnene fra studien drøftes i lys av teori og tidligere forskning. Oppgaven avrundes med avsluttende kommentarer med refleksjon over implikasjoner for klinisk praksis.

4.1 Presentasjon av konteksten

4.1.1 Den aktuelle rehabiliteringsinstitusjonen

Rehabiliteringsinstitusjonen jeg har besøkt er et rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Siden hensikten var å få innsikt i tverrfaglig kommunikasjon som omhandlet pasienter med sammensatte lidelser valgte jeg å rette fokus mot en gruppe pasienter som mottok arbeidsrettet rehabilitering. De fleste pasientene som mottar arbeidsrettet rehabilitering i Norge har sammensatte og komplekse problemer, oftest med en hoveddiagnose innenfor muskel- og skjelettlidelse eller lettere psykisk lidelse. Felles for pasientene er at de opplever det som krevende å være i jobb eller utdanning på grunn av plager og funksjonsproblemer.

Den aktuelle rehabiliteringsinstitusjonen jobber etter en biopsykososial forståelsesmodell. Dette er i tråd med hvordan mange presenterer sin tenkning i de senere tiår.

Rehabiliteringen er organisert gjennom tverrfaglige team bestående av lege, fysioterapeut, idrettspedagog, psykolog/samtaleterapeut og arbeidskonsulent.

Teamet har i tillegg en teamleder som fungerer som koordinator for teamets aktiviteter og leder teamets møter, ved siden av sine særfaglige oppgaver. Legen har det overordnede medisinske ansvaret, samt ansvar for å utarbeide epikriser. Ut over dette har teamet en flat struktur, og alle fagstemmene er i utgangspunktet likeverdige. Alle pasientene har en primærkontakt i teamet som fungerer som kontaktperson og bindeledd mellom pasienten og det tverrfaglige teamet. Institusjonen har flere team som arbeider parallelt med ulike pasienter. Hovedtilbudet ved institusjonen er et døgnbasert fireukers tilbud.

Under oppholdet der fokuset er på kartlegging og vurdering mottar hver deltaker individuelle samtaler med lege og en fagperson til i teamet. De gjennomfører en utholdenhetstest, og deltar i ulike gruppeaktiviteter (tur, bassenggruppe, aktivitetsgruppe og bevegelsesgruppe basert på psykomotoriske perspektiver), undervisning og gruppearbeid.

Det tverrfaglige teamet har daglige møter der de deler og diskuterer erfaringer og opplysninger fra aktiviteter og samtaler med deltakerne.

4.1.2 Personene i teamet

Av hensyn til personvern presenteres som nevnt teamet med hvilken profesjoner/roller deltakerne innehar, samt andel kvinner og menn. Forkortelser står i parentes, og de brukes i utdragene senere i dette kapittelet.

Teamet består av teamleder/fysioterapeut (T), fysioterapeut (F), samtalerapeut (S), idrettspedagog (I), lege (L) og arbeidskonsulent (A), hvorav fire er kvinner og to er menn. Teammedlemmene har variert arbeidserfaring, noen har lang erfaring fra sine respektive fag, mens andre er nyere i yrkeslivet. Videre er det ulikt hvor lenge den enkelte har arbeidet i det aktuelle teamet.

4.1.3 Teammøtene

Som nevnt observerte jeg 4 teammøter à 30 minutter. Åtte pasienter ble drøftet i møtene som var de siste som ble holdt før avslutning av oppholdet.

Alle teammedlemmene var med på de aktuelle møtene, som ble holdt på teamleders kontor, organisert rundt et stort bord. Alle var presise til oppmøte. Teammedlemmene hadde alle med seg perm/papirer med informasjon om pasientene som de brukte

underveis. De hadde på seg privattøy, og det var ingen tydelige kjennetegn som tilsa hvilken profesjon de hadde.

Møtene kom raskt i gang når alle hadde satt seg, og de ble avsluttet når den tilmålte tiden var ute. Teamleder innledet møtet kort hver gang, enten ved å foreslå hvilken pasient de skulle starte med, eller ved å spørre teamet hvem som hadde saker de ønsket å ta opp. Drøftingen av pasientene kom raskt i gang. Tråden ble tatt opp der de slapp på forrige møte, og de oppdaterte hverandre på det som hadde skjedd siden sist, f.eks. observasjoner og erfaringer fra gruppeaktiviteter og undervisning, informasjon fra samtaler og undersøkelser av pasienten, og informasjon fra samtaler med pasienters NAV veileder og arbeidsgiver. Noen av terapeutene hadde også konsultert kollegaer angående aktuelle problemstillinger. I alle møtene ble det snakket om flere pasienter (4-6 pr møte). Mye informasjon ble delt om hver pasient, og mye skulle drøftes og avklares med henblikk på videre behandling. Samtalen gikk raskt fra den ene saken til den neste.

Teamleder hadde en styrende hånd over samtalen underveis, ved å trekke noen foreløpige konklusjoner, runde av samtalen om den enkelte pasient og lede samtalen over på neste pasient. Oppmerksomheten ble da rettet mot den som hadde snakket med den aktuelle pasienten siden forrige møte. Utover dette gikk samtalen av seg selv. Det var ingen fast turtakingsrekkefølge eller -mønster. To av teammedlemmene rakk opp hånden for å få ordet i starten av første møte, men da de ikke fikk ordet sluttet de med dette. Deltakerne overlappet hverandre mye i samtalen, av og til avbrøt de hverandre. De fullførte setninger for hverandre, stilte hverandre spørsmål underveis, og noen ganger snakket flere på en gang. Det var ingen pauser, og samtalen pågikk kontinuerlig fra start til slutt. Stemningen var god, og det var latter og smil innimellom i samtalen.

De fire møtene var relativt like. Alle snakket mye, med unntak av idrettspedagogen som hovedsakelig tok ordet når andre teammedlemmer etterspurte tilbakemelding, samt når en pasient vedkommende hadde hovedansvaret for ble drøftet.

Teammedlemmene var i ulik grad aktivt deltakende i sitt kroppsspråk, blant annet ved at de vendte seg mot og rettet blikket mot den som førte ordet. Den som hadde ordet gikk inn og ut av blikkontakten med de andre, og fokuserte blikket mest mot den eller de som de hadde noe felles med om det aktuelle temaet. Arbeidskonsulenten tok ordet når det passet inn i samtalen, og overlappet eller avbrøt ikke så mye som noen

av de andre gjorde. Vedkommende spurte noen ganger om teamet ønsket informasjon om en aktuell pasient. Det var mye bruk av bekreftelser som mmm...., ja..., nei..., som tydelig viste oppmerksomhet i samtalen. Spesielt arbeidskonsulenten var aktiv på denne måten, sammen med et aktivt blikk. Vedkommende tok ikke ordet fullt så ofte som de andre, men snakket ofte over lengre tid, i rolig tempo og ikke så høyt. Fysioterapeuten, samtaleterapeuten og teamleder snakket oftere og overlappet mer i samtalen. Legen så en del ned i papirer, noterte mest underveis, og avbrøt noen ganger når en annen snakket, oftest for å stille spørsmål. Legen stilte relativt ofte spørsmål til de andre i teamet for å få opplysninger fra observasjoner og vurderinger i ulike sammenhenger. Teamleder hevet stemmen av og til, når det var tid for å styre samtalen over på en annen pasient. Det var lite uenigheter, og de få gangene det var tilløp til dette ble det raskt avklart gjennom felles refleksjon.

Underveis i møtene ble arbeidsoppgaver fordelt, og det ble avklart hvilke fagpersoner som skulle bidra i vurderingen av de ulike pasientene. Mot slutten ble det snakk om epikriseprosessen, der de ulike teammedlemmene skulle skrive inn sine bidrag i et felles system og legen skulle skrive den endelige epikrisen. Det ble også avtalt aktuelle datoer for de pasientene som skulle videre på fireukersopphold.

4.1.4 Pasientene

Her presenterer jeg kort de to pasientene som utdragene omhandler:

Pasient 1: Pasienten er en mann i starten av 60-årene. Han er ikke etnisk norsk, men har bodd i Norge i mange år. Han har vært utsatt for fysiske traumer og har svært traumatiske opplevelser fra tiden før han kom til Norge. Han har hatt uttalte kroppslige smerter over tid, og beskrives som «redd» og «utrygg» på kroppen. Han omtales som «overvektig» og «dekondisjonert». Han har fått mye behandling lokalt, bl.a. traumebehandling og kognitiv terapi. Samtaleterapeuten refererer til informasjon fra behandlingsinstitusjoner som beskriver at han ikke var «mottakelig for» traumebehandling, og ikke «kandidat for» kognitiv terapi, uten at det fremkom begrunnelse for dette i møtene.

Pasient 2: Pasienten er en kvinne i midten av 60 årene. Hun beskrives som overvektig og «dekondisjonert», og det kommer frem at hun har IBS (irritabel tarm syndrom), høyt kolesterol, ustabil blodsukker og artrose. Det beskrives utfordringer i

familierelasjoner og mye stress, og at pasienten var opptatt av å snakke om at hun har «stått i mye belastning». Hun har positiv erfaring fra tidligere rehabiliteringsopphold. Hun ønsker et nytt opphold nå, og beskriver et sterkt ønske og behov for å komme seg bort og få hjelp til å bedre kostholdet og komme i gang med trening. Teamet vurderer at et nytt opphold ikke er hensiktsmessig slik hennes tilstand og funksjon er nå, og prøver å motivere pasienten for lokal oppfølging.

4.2 Sentrale kjennetegn ved kommunikasjonen i møtene

Gjennom bearbeiding og analyse av det innsamlete empiriske materialet har jeg identifisert følgende tema som organiserende for resultatpresentasjonen:

- Dialog
- Kroppslig kommunikasjon
- Turtaking
- Roller og relasjoner
- Ulike tenkemåter

I det følgende presenteres temaene gjennom empirinære beskrivelser og illustrerende utdrag fra møtene. Jeg knytter empirinære refleksjoner til hvert tema som fremhever det allmenne som aktualiseres, og viktige aspekter som kommer frem i refleksjonen løftes ytterligere gjennom drøfting i lys av relevant teori, aktuell forskning og relevans for praksis.

Først beskrives og drøftes temaene dialog, kroppslig kommunikasjon, turtaking, og roller og relasjoner, og her rettes oppmerksomheten mot kommunikasjonen mellom teammedlemmene. Temaet ulike tenkemåter presenteres i et eget kapittel, med samme oppbygning som beskrevet over. Dette er valgt for å markere at søkelyset i denne delen vris mot innholdet i samtalene og de faglige spørsmål som trer frem.

4.2.1 Dialog – et gjennomgående trekk

I det første møtet snakker teammedlemmene relativt lenge (11 minutter) om pasient 1. I utdraget som følger snakker de om hvordan pasienten har fungert i aktiviteter så langt i oppholdet. Teamleder innleder med å si at pasienten ikke virker som en kandidat for fireukersopphold fordi det er for krevende for ham å være i gruppe, og at de har snakket om at legen burde ta en vurdering:

T: «....»Bevegelsesgruppen var han jo for så vidt fint med på på fredag....gjorde ikke noe spesielt ut av seg der... så det var liksom en sånn grei (ler) observasjon på en måte...sånn typisk manne-stiv, men ikke...ehh... (smiler, ser på de andre, de andre smiler og noen ler litt)....han er jo også litt overvektig og dekondisjonert på en måte...(?) (de andre nikker, sier mmm..) # virker det som. Og så var det de smertene i ankel, kne, eh... spesielt (?)».

F: «Det er jo det som på en måte begrenser ham i aktivitet, altså det å gå tur og # det er det som gjør at han...

L: (Bryter inn). «Kne og ankel..»

F: «Ja # det er jo noen generelle smerter i hele kroppen»

T: «Ja, men det virket som det på en måte var **de** som gjorde at han måtte gi seg eller stoppe eller (viser til utholdenhetstesten der han stoppet veldig tidlig) # og han snakket om på lavvo turen at han hadde heldigvis en stiv støvel som gjorde at han trodde at han skulle komme seg opp, så om det # ja.»

L: «Jeg kan titte på det, det er jo den bakgrunnen der, og helt hva han har fått av skader og sånne ting tidligere, det kan jo faktisk være helt reelle ting det, sant.» (ser på T).

T: «Ja, det kan det absolutt. Det hørtes litt sånn ut».

S: «Og han strever jo med armer... og løfte... han mister ting...»

L: «Ja....»

S: «Og nakke og rygg...»

L: «Ja...»

S: «Og han har også en tanke om at han stadig får nye prolaps...»

L: «Ja...»

S: «Så han er jo veldig redd, han er ikke trygg på...» (ser på L)

T: (bryter inn) «Kroppen nei...»

S: «Nei...»

L: «Og så er det akkurat det der med at de i undervisning og felles aktiviteter.....så er det sånn at han strever med å finne liksom en slags...» (ser spørrende på de andre)

T: «Den sosiale konteksten kanskje...?»

L: «Ja»

Teammedlemmene snakker videre om hvordan pasienten har fungert i gruppen, og om arbeid og tiltak gjennom NAV.

Som utdraget illustrerer, og det gjelder generelt i møtene, vekslet teammedlemmene kontinuerlig mellom å snakke og lytte, og de viste at de lyttet aktivt til hverandre gjennom å rette hodet og blikket mot den som snakket og respondere på det som ble sagt enten verbalt eller kroppslig. Det var ingen som pekte seg ut ved at de snakket mer enn andre, men idrettskonsulenten snakket, som nevnt, mindre enn de andre. De virket undrende i sin væremåte, og nysgjerrige på hverandres synspunkter. Samtalen bar preg av at de tenkte høyt sammen. Det var lav terskel for å ytre meninger og tanker, og de spurte hverandre spørsmål om synspunkter og etterspurte informasjon fra aktiviteter og samtaler. Fysioterapeuten, teamleder, legen og samtaleterapeuten snakket ofte med ufullstendige setninger som ble utfylt av andre deltakere (overlapping). Jeg tolker dette som at de forstår hverandre, og at de derfor ikke trenger å si alt.

Relativt ofte kom noen med uavsluttede ytringer som ble «hengende i luften». Dette kan tolkes som invitasjon til refleksjon der andre kan komme med sine synspunkter, men det kan også være uttrykk for uferdige tanker. Teamlederen kom regelmessig med utsagn der tonefallet gikk opp på slutten av setningen, som et spørsmål. En slik talemåte kan tolkes på flere måter, blant annet som usikkerhet, eller som en spørrende holdning som inviterer til innspill. Jeg oppfattet det ut fra sammenhengen som det sistnevnte, og det innbød til dialog og en invitasjon til at andre kunne si sin mening.

Det var tydelig at alle teammedlemmene hadde kjennskap til de åtte pasientenes bakgrunn, problemer-, og problemstillinger, og alle hadde vært i kontakt med pasientene i ulike sammenhenger i løpet av oppholdet.

Refleksjon: Kommunikasjonen bar preg av åpen dialog som skapte et trygt og inkluderende samarbeidsklima.

Når det gjelder innholdet i samtalen er noen utsagn verdt å stoppe opp ved. Legen bruker uttrykket «reelle ting» når det vises til skader pasienten har pådratt seg gjennom traumatiske hendelser. Hva som opptattes som «reelt» er høyst forskjellig, avhengig av den grunnleggende tenkemåten på kropp og sykdom. Det vises i samtalen til at pasienten har en tanke om at han *stadig får nye prolaps*. Pasienter har ofte overforenklete oppfatninger om diagnoser og årsaksforhold, her eksemplifisert ved at pasienten trekker frem strukturelle forhold i ryggstølen som en forklaring på smerter og funksjonsnedsettelse. Med en annen kulturell bakgrunn kan hans oppfatninger være spesielt utfordrende å tolke.

Dette er faglige spørsmål jeg kommer tilbake til i kapittel 4.3 Innhold og tenkemåter.

4.2.2 Kroppslig kommunikasjon – interesse og anerkjennelse

Den kroppslige kommunikasjonen var hovedsakelig relatert til samhandlingen partene imellom og mindre til innholdet i det som ble sagt. Deltakerne henvendte seg til hverandre gjennom blikk, ansiktsuttrykk, smil, latter og kroppslig orientering på måter som tydeliggjorde at de viste hverandre interesse, tillit og respekt. Det bidro til at samhandlingsklimaet bar preg av trygghet. Korte ytringer som ja..., nei...mmm..., blikkontakt og smil, samt nikk eller hoderisting, bidro til bekreftelse, engasjement, og til å vise at det som ble sagt ble forstått. Den kroppslige organiseringen i rommet, som her innebar at alle teammedlemmene satt relativt tett sammen rundt et stort bord der alle så hverandre, kan bidra til å forsterke en følelse av likeverd og fellesskap.

Teamleder, samtaleterapeuten og arbeidskonsulentene lo mest underveis når de pratet, av egne utsagn og tanker eller av beskrivelser av hendelser eller samtaler med pasienter. Latter og smil spredte seg ofte til resten av teamet. Det var relativt ofte felles latter om hendelser som ble beskrevet. Når de snakket om pasienter som hadde opplevd vanskelige ting, eller positive hendelser, kom følelsesmessige uttrykk tydelig til syne både ved ansiktsuttrykk og stemmeleie. Dette var mest dominerende blant de kvinnelige teammedlemmene.

Idrettspedagogen snakket mindre enn de andre i møtene, men kommuniserte imidlertid likevel med kroppen og blikket. Noen ganger rettet vedkommende blikket mot den som pratet, sa mmm... eller ja..., og uttrykte aktiv deltakelse, men andre

ganger var blikket fokusert rett frem eller ned samtidig som kroppsstillingen var litt sunket i stolen. Dette kan tolkes som passivitet, at vedkommende melder seg ut, men det virket ikke som at de andre deltakerne oppfattet det slik eller ble påvirket av dette.

Refleksjon: Kroppslig kommunikasjon underbygget og forsterket det verbale budskapet, og det bidro til trygghet, anerkjennelse og inkludering.

Til tross for det gode samhandlingsklimaet var det lite uenigheter og kritiske spørsmål i møtene. Noen ganger ble innspill «hengende i luften» uten at det ble fulgt opp. Dette kan tolkes på flere måter. Man kan spørre seg om de virkelig er så enige eller om det er et resultat av kulturen og en felles forpliktelse til å jobbe mot felles mål. Det kan også handle om teammedlemmenes personlighet, møteledelsen, eller at det hadde relativt knapt med tid til rådighet per pasient i møtene før de måtte komme frem til en konklusjon. Det er også nærliggende å tenke at det kan ha sammenheng med kompleksiteten i pasientenes problemer. Teamet er opptatt av å finne løsninger og bli enige om veien videre, og dette kan ha hindret partene i å utfordre hverandres synspunkter.

4.2.3 Turtaking

Måten teammedlemmene praktiserte turtaking påvirket dialogen og dynamikken i møtene. Det var tydelig at det ikke var noe etablert turtakingsmønster, og det var åpent for alle å ta ordet når de ønsket. De to nyeste teammedlemmene startet med å rekke opp hånden når de ville ha ordet. Da dette ikke førte frem gikk de over til å gjøre som de andre, å ta ordet fritt. Arbeidskonsulenten var mer forsiktig i fremtoningen enn de andre, blant annet ved å vente med å ta ordet til det passet i samtalen – sannsynligvis for å unngå å avbryte – og som nevnt ved å spørre om teamet ønsket informasjon om den pasienten som ble diskutert. Vedkommende holdt ofte ordet lengre enn de andre, og virket godt forberedt på sine innspill.

Idrettspedagogen snakket hovedsakelig når det ble spurt direkte om noe. De som hadde vært lenge i teamet brøt hyppigere inn med sine utsagn, uten å direkte avbryte i samtalen. De snakket også oftere enn de andre samtidig med andre.

Refleksjon: Når ordet er fritt, slik som i de aktuelle møtene, kan man stille spørsmål ved om alles meninger og alle perspektiver kommer frem. Hadde det vært annerledes dersom alle partene ble bedt om å si noe om saken før man gikk videre til neste sak, eller om teamleder hadde vært mer aktiv og styrt samtalen? Det er også

nærliggende å spørre seg om turtakingspraksisen er et bevisst valg, om teammedlemmene har reflektert over fordeler og ulemper ved ulike turtakingspraksiser, eller om det er en følge av tradisjon eller kultur.

I de aktuelle møtene var det tydelig at teammedlemmene etter hvert tilpasset seg hverandre og teamets innarbeidede rutiner. Selv om de tilpasset seg hverandre var det en forskjell i måten de samhandlet på. Det virket som at de som hadde jobbet sammen lenge hadde utviklet en dynamikk og trygghet seg imellom som gjorde at det fungerte å la ordet være fritt, med hyppige innspill underveis. Dette synliggjør at det tar tid å bli kjent i et team, både med arbeidsmetoden og med hverandre.

4.2.4 Roller og relasjoner

Teammedlemmene representerer ulike yrkesgrupper, og måten de samhandlet på bar preg av en symmetrisk relasjon. De tiltalte hverandre med fornavn og ikke tittel. Det var ingen som fremstod som viktigere enn andre eller hadde mer makt enn andre, og det pekte seg ikke ut noe bestemt mønster med hensyn til hvem som henvendte seg til hvem og hvem det ble vist tilbake til. Samhandlingsklimaet som beskrevet over bidro til likeverd og respekt. Teammedlemmene har imidlertid ulik status i kraft av sin utdanning og autorisasjon. Som nevnt i teorikapittelet er rollebegrepet knyttet til faktisk praksis, hvordan den enkelte *forvalter* og *utformer* sin status (Thornquist, 2009a). I møtene var det ikke veldig tydelig hvilken yrkesgruppe den enkelte hørte til, og ingen fremstod som hevet over de andre hverken i kraft av sin status eller den rollen de inntok. Kommunikasjonen bar preg av at de kjente hverandres kompetanse og hvilken rolle den enkelte hadde i teamet. Under drøftingen av noen av pasientene kom teamet frem at det var behov for en klinisk undersøkelse hos legen. Legen delte informasjon om dette med teamet med et språk som resten av teamet gav uttrykk for at de forstod. Det fremstod ikke som at informasjonen legen bidro med var viktigere enn andres bidrag.

Refleksjon: Samhandlingen var i overenstemmelse med institusjonens intensjon om tverrfaglig samarbeid med en flat struktur der alle fagstemmaene er likeverdige. Dette er i tråd med ideologien som dominerer i dagens helsevesen og som står i kontrast til den tidligere hierarkiske organiseringen der legen hadde størst makt og mest ansvar.

4.2.5 Utveksling av synspunkter – dele og meddele

Kommunikasjonen mellom teammedlemmene i de aktuelle møtene bar som fremhevet tydelig preg av dialog. Dialog innebærer mer enn at flere personer snakker sammen. Dialog forutsetter at partene lytter aktivt til hverandre og forsøker å forstå hverandres perspektiver, og gjennom dialogen vokser mening frem nettopp ved at partene bygger på hverandres bidrag (Thornquist, 2009a). Noen ganger kan det som kalles «dialog» være enveis kommunikasjon, der for eksempel en person dominerer samtalen og de andre ikke får anledning til å bidra like mye. Det blir da en «monolog» mer enn «dialog». En samtale kan også domineres av flere monologer, der partene snakker omtrent like mye, men uten å lytte og forsøke å forstå den andre. Thornquist (2009) fremhever at dialog dreier seg om et fellesprosjekt, og poengterer treffende at «det blir ingen dialog av en monolog pluss en monolog» (Thornquist, 2009a, s. 19).

Kommunikasjon i direkte møter mellom mennesker er sammensatt, og det er en kompleks dynamikk mellom det som formidles verbalt og kroppslig. Goffman presenterte begrepet «co-presence» for å beskrive situasjoner der mennesker er fysisk til stede sammen. Han tydeliggjorde at når mennesker er «co-present» utveksles det uunngåelig informasjon i situasjonen, gjennom blikk, gester, posisjoner, og verbale budskap, enten det er bevisst eller ubevisst (Goffman, 1967/2017, s. 1). Han understreket behovet for å «identifiserte de utallige mønstre og naturlige måtene mennesker oppfører seg på når man er til stede i umiddelbar nærhet til hverandre (Goffman, 1967/2017, s. 2, min oversettelse). Gjennom sine ansikt-til-ansikt-studier understreket Goffman betydningen av «de små tingene» i dagligdagse sosiale settinger, hvordan blikk, små endringer i stemmeleie eller posisjon kan spille inn på sosialt liv. Kroppslige budskap kan samsvare med eller forsterke det som blir sagt, og det kan virke motsigende eller forvirrende. I teammøtene var det tydelig samsvar mellom kroppslig og verbal kommunikasjon, og partene bekreftet og anerkjente hverandre gjennom blikk og ord. Dette skapte en relasjon preget av anerkjennelse, respekt og tillit, og det gjenspeilet seg i at det virket lett for partene å ta ordet og bruke den tiden de trengte for å formidle sitt budskap.

Flere studier har undersøkt faktorer som påvirker tverrfaglig kommunikasjon på ulike nivåer. På teamnivå trekkes tillit og respekt frem som essensielle karakteristika for et effektivt team og som avgjørende for effektiv tverrfaglig kommunikasjon (Bull & Roberts, 2001; DiazGranados et al., 2018; Papadimitriou & Cott, 2015). Det

beskrives at tillit og respekt gjenspeiles i teammedlemmenes evne til å uttrykke sine meninger åpent i kliniske diskusjoner, og at det førte til bedre samarbeid mellom kolleger, mindre konflikt og mer vellykket kommunikasjon (Crocker et al., 2012; Papadimitriou & Cott, 2015; Sinclair et al., 2009).

Hustoft et al (2018) identifiserte at team med høyere andel kvinner var forbundet med høyere score på kommunikasjon og relasjoner. Forfatterne trakk frem at en årsak til dette kunne være at kvinner ofte er mer orientert mot mellommenneskelige forhold og sosiale interaksjoner enn menn (Hustoft, Hetlevik, et al., 2018). Dette er i tråd med mye dokumentasjon som fremhever at kvinner og menn bruker språket noe forskjellig og til forskjellig formål, og at kvinner er mer relasjonsorienterte enn menn i samtaler (Thornquist, 2001). I teammøtene som denne oppgaven omhandler kom slike forhold til syne ved at de kvinnelige teammedlemmene i større grad enn de mannlige gav uttrykk for følelser, både kroppslig og verbalt. Med bakgrunn i et kjønnsperspektiv anses en teamsammensetning med både kvinner og menn som viktig for god teamfungering.

Mine observasjoner av de aktuelle møtene er begrenset til det som oppstod der og da. Det kan være nyttig å reflektere over hvordan situasjonen hadde vært under andre omstendigheter, for eksempel i et annet team. Det er flere forhold som kunne ført til at de observerte teammøtene forløp annerledes. Noen eksempler kan være fravær av ett eller flere teammedlemmer, et dominerende teammedlem som snakket mye mer enn de andre eller fikk mer gjennomslagskraft i avgjørelser, eller grupperinger innad i teamet. Som tidligere nevnt formidles budskap gjennom kroppen kontinuerlig, både bevisst og ubevisst, enten vi vil eller ei. Ansiktsuttrykk, blikk og kroppslig orientering inngår i sosiale reguleringsmekanismer mellom mennesker generelt, og både gjennom verbale og kroppslige uttrykk åpner eller lukker vi for hverandres deltakelse (Thornquist, 2009a). I lys av dette er det nærliggende å tenke at samhandlingen i møtene kunne blitt påvirket av kroppslige budskap som for eksempel ved at noen snudde seg bort fra den som pratet, satt med armene i kors, eller brukte mobiltelefonen mens noen pratet. Disse forholdene belyser at det er viktig for helsepersonell å reflektere over samhandling mellom mennesker, både verbalt og kroppslig.

Et aspekt ved samhandlingen som trådte frem i observasjonene og analysen var måten teammedlemmene praktiserte turtaking på. I en samtale mellom to eller flere

parter snakker partene hver sin gang, og det er dette turtaking handler om. I spalten «Gjesteskribenten» i Universitetsavisen (2022) skriver språkprofessor Kristin Melum Eide om turer og turtaking i mellommenneskelig kommunikasjon. Hun beskriver turtaking som «en ytterst sofistikert og strengt regulert mekanisme som er helt essensiell for vellykket kommunikasjon», og belyser hvordan vi planlegger og tilpasser våre ytringer gjennom omhyggelig men ubevisst observasjon og overvåking av samtalepartneren. Hun beskriver at vi i dette «støtter oss til et sofistikert nettverk av informasjon, basert på ytringens innhold, talerens intonasjon, kroppsholdning, ansiktsmimikk, blick og pustemønster» (Eide, 2022). Betydningen av slike forhold kan lett kan overses, spesielt hvis samtalen flyter godt uten problemer underveis. I de aktuelle møtene fremstod det ikke som at turtakingspraksisen førte til avbrytelser eller forstyrrende innspill, og heller ikke at noen av teammedlemmene ble forhindret i å komme frem med sitt bidrag. Turtakingen belyste imidlertid forhold ved samhandlingen som synliggjorde en forskjell mellom de som hadde vært lenge i temaet og de som var relativt nyansatte, samt hvordan de tilpasset seg hverandre gjennom måten de kommuniserte på, både kroppslig og verbalt.

Siden arbeidsmetodikken ved den aktuelle rehabiliteringsinstitusjonen er teamarbeid kan det være nærliggende å tenke seg at teammedlemmene gjennom erfaring og opplæring, samt utvikling av gode relasjoner, har tilegnet seg gode måter å arbeide sammen på. Hustoft et al. (2018) undersøkte kommunikasjon og relasjoner i tverrfaglige team, pasientrapportert nytteverdi og forholdet mellom disse. Funnene viste rapportering av bedre kommunikasjon og relasjoner i de undersøkte teamene sammenlignet med tidligere studier, og forfatterne trakk frem at en grunn til dette kunne være at teamarbeid er avgjørende for godt fungerende rehabiliteringstjenester og at teamarbeid var implementert som arbeidsmåte i de aktuelle rehabiliteringssentrene (Hustoft, Biringer, et al., 2018).

4.2.6 Innholdet i samtalene sett i lys av roller og relasjoner

Som nevnt i teorikapitlet har all kommunikasjon et innholds- og et rolle- eller relasjonsaspekt. Betydningen av de to aspektene er avhengig av sammenhengen. Når vi møter naboen eller noen vi ikke kjenner så godt snakker vi sammen uten at det vi snakker om er så viktig. Sosiologen Dag Album beskriver dette i artikkelen «Innholdsløs meningsfull prat» (1994). Tittelen i seg selv er beskrivende, og han belyser at man i slike samtaler stort sett utveksler lite informasjon, men man snakker

for å være sammen, ha det hyggelig, og for å bearbeide relasjonen gjennom det man har felles (Album, 1994). Relasjonen er her det sentrale. Slike uformelle samtaler har sitt utgangspunkt i en symmetrisk relasjon der partene er likestilte. Ser man derimot på en samtale mellom pasient og helsepersonell er dette en asymmetrisk relasjon basert på partenes ulikhet i situasjon og kompetanse, og helsepersonellet har mer makt og myndighet i relasjonen enn den andre. I slike møter har helsepersonellet kontroll over innholdet i forhold til hvilke spørsmål som stilles og hva som følges opp og ikke, og hva som vurderes som relevant og ikke (Thornquist, 2009a). Flere har studert møter mellom pasient og lege eller fysioterapeut (se for eksempel Malterud & Taksdal, 2001; Thornquist, 1990, 1994a; Thornquist & Gretland, 2003a). Studiene belyser at det er svært ulikt hvordan slike møter forløper i forhold til hvor mye og hvordan pasientens erfaringer og synspunkter kommer frem. Thornquist poengterer at «kommunikasjonen mellom pasient og fagutøver er bestemmende for det samarbeidsklimaet og den rollefordelingen som utvikles mellom partene. Samarbeidsklima og rollefordeling avgjør igjen *hva* slags informasjon som kommer frem, og hva som i neste omgang utgjør det faglige vurderingsgrunnlaget for definisjonen av problemene og valg av behandling» (Thornquist, 2009a, s. 124). Dette belyser at fag og kommunikasjon er vevd inn i hverandre.

Jeg vil trekke dette poenget frem i lys av teammøtene jeg har observert. Som tidligere vist og kommentert, bar samhandlingen i møtene preg av dialog og en symmetrisk relasjon. Det var tydelig at innholdet i det som ble sagt var viktigere enn hvem som sa hva, og de klarte å holde tråden og fokus på innholdet gjennom møtene uten at det «skled ut» i meningsløs prat. Samhandlingsklimaet bidro til at partene anerkjente hverandre som likeverdige deltakere. Dette er vesentlig for at alle partenes bidrag i diskusjonen kan komme frem, og det er på bakgrunn av den informasjonen teamet skal ta sine faglige valg og beslutninger. Både innhold og relasjoner blir altså avgjørende for hva som til sist blir pasientens «skjebne».

4.3 Innhold og tenkemåter

Som tidligere nevnt flyttes oppmerksomheten i beskrivelsen av dette temaet fra kommunikasjonen mellom teammedlemmene, som de foregående temaene i hovedsak retter seg mot, til å sette innholdet i samtalene i sentrum. I utdragene som følger er kommunikasjonstrekkene de samme som tidligere beskrevet. Det vesentlige

er å få frem hvordan teammedlemmene gav uttrykk for sine tanker om pasientenes problemer- og problemstillinger.

I det følgende presenteres et utdrag fra samtalen om pasient 2, som ønsket å få hjelp til å komme i form og endre kostholdet, der teamet diskuterte hvilken type oppfølging de mente hun kunne ha størst nytte av.

Samtaleterapeuten sier i det ene møtet:

S: «Og så tenker jeg at sånn apropos BMI...den må jo være ganske høy...hadde hun heller vært kandidat for... For hun har veldig sånn ønske om hjelp til, til å få til kosten på en annen måte. Hun er ganske stor den damen.»

Som det fremgår her, snakker samtaleterapeuten i uferdige setninger og bruker uklar terminologi. Teammedlemmene snakker videre om hvorvidt pasienten oppfyller kriteriene for oppfølging rettet spesielt mot overvekt/fedme.

I neste møte forteller idrettspedagogen og fysioterapeuten om sine erfaringer fra fysisk aktivitetsgruppe:

I: «Hun er jo i ganske dårlig fysisk form...»

F: (bryter inn) «Veldig faktisk».

Senere i møtet snakker de videre om behandlingsalternativer:

*T: «Hun trenger også å bygge opp litt kapasitet for å kunne nyttiggjøre seg oppholdet her, for det er, hun blir **veldig** fort andpusten. (Flere sier ja...mmm....). Så hun trenger å komme i gang med noe hjemme. Men det var hun egentlig med på, så det...».*

F: (bryter inn) «Hun sa etter økten at det var jo godt etterpå da, nå trenger jeg liksom bare å komme i gang».

T: «Ja, hun er trygg på at det er kondisen, for hun har sjekket lungene, så det er ikke det, så det er på en måte, det er rett og slett dekondisjonert...»

*F: «Hun har jo et **kjempepotensiale**.»*

T: «Ja»

S: «Hun har en kropp i masse beredskap»

T: «Ja»

S: «Så tenker at det henger jo også sammen med...»

T: «Det henger sammen....»

S: (snakker lavt) «pusten hennes....».

Så går samtalen videre til neste pasient.

Tre ulike teammedlemmer peker på samme forhold på ulike måter: *Høy BMI, dårlig fysisk form og dekkondisjonert*. I tillegg nevnes det at pasienten *har en kropp i masseberedskap*, og pusten påpekes uten konkretisering. Det virker her som de leter etter ord for å beskrive pasientens problemer. Samtaleterapeuten er den første som bringer temaet på banen, noe nølende.

Refleksjon: I samtalen nevnes *høy BMI, dårlig fysisk form og dekkondisjonert*.

Uttrykkene er en nøytral og mindre stigmatiserende måte å beskrive overvekt på i motsetning til å si at pasienten er tykk eller fet. I tillegg nevnes *kropp i masseberedskap*. Det nevnes med andre ord fire stikkord, uten at det er noen etablerte forbindelser mellom disse utsagnene om pasientens tilstand.

Teamleder og samtaleterapeuten er orientert mot ulike forhold, og måten de snakker om pust på representerer to ulike tenkemåter om kropp og sykdom. Problemer med pust og overvekt kan settes i direkte sammenheng med dårlig fysisk form, «dårlig» kosthold og lite fysisk aktivitet – en tenkemåte der man forholder seg nokså ensidig mot kroppslige forhold som rene fysiske fenomener. Problemene kan imidlertid også ses i sammenheng med følgene av en kropp i beredskap, der personen ses på et subjekt som preges av sitt liv og sine erfaringer.

Ordene som brukes om vekt og fysisk kapasitet i møtene kan være bevisst valgt, eller det kan være ubevisst og preget av kulturen ved institusjonen. Det kan relateres til dagens debatt om fedme, stigmatisering og skam, og opptatthet av å ikke bruke negativt ladede ord i en tid hvor stadig større andel av befolkningen er overvektig.

Utdrag fra samtale om pasient 1 der de snakker om behandlingstiltak:

S: «Og han har prøvd veldig mye innenfor apparatet, de har jo hatt, EMDR behandling (traumebehandling) var en... Og han er ikke mottakelig skriver de, og han er heller ikke sånn kognitivt... På x (navngir institusjon) har de prøvd

kognitiv tilnærming der de sier at han ikke er kandidat for det, så han er # jeg vet egentlig ikke helt veien videre».

Samtaleterapeuten forteller videre om pasientens erfaringer fra arbeidsutprøving, og teamet drøfter mulige tilnærminger til behandling og inn mot arbeid.

S: «Ja, jeg vet ikke jeg, jeg tenker i hvertfall ikke gruppe, men hva hjelp kan være hensiktsmessig, da tenker jeg en krysning mellom NAV og psykomotoriker kanskje? Kan det være noe som # kan hjelpe?» (ser på de andre)

F: (bryter inn) «Og så lurer jeg og på om han er mottakelig for psykomotoriker, altså»

S: (bryter inn) «Han er i alle fall ikke mottakelig for samtaler i den forstand at han vil dra nytte av det, knyttet til traumene da, for jeg tror at veldig mye her sitter i kroppen # han er så ødelagt i den kroppen».

De snakker deretter videre om et annet tema.

De snakker her om hva pasienten kan være *mottakelig for*. Målet med kartlegging og vurdering av pasientene er her å finne ut hvilken behandling pasienten trenger for å bedre funksjon og arbeidsevne. Pasienten har vært gjennom mye utredning og behandling tidligere som tydeligvis ikke har hjulpet ham. Samtaleterapeuten mener at han ikke er «mottakelig» for samtaler på bakgrunn av at *veldig mye sitter i kroppen*, og det stilles spørsmål om psykomotorisk fysioterapi kan være aktuelt.

Refleksjon: Utdraget over illustrerer et fellestrekk ved samtalene om pasient 1:

Teammedlemmene kom ikke frem til en forståelse av pasientens problem.

Diskusjonen om behandlingstiltak ble derfor vanskelig. Det beskrives at tidligere behandlingsforsøk ikke hadde ført frem, og det er nærliggende å tenke at det har sammenheng med manglende samsvar mellom forståelse av pasientens problem og valg av behandling.

Denne problemstillingen er svært aktuell når det gjelder helsevesenets håndtering av pasienter med sammensatte lidelser. Det belyser viktigheten av at pasienters plager og funksjonsproblemer først må forstås, og det er på dette grunnlag at adekvat behandling kan foreslås.

4.3.1 Forståelse av pasienters problemer

Samarbeid krever at partene etablerer et minimum av felles grunnlag og en felles forståelse (Thornquist, 2009a). I de aktuelle teammøtene kom det tydelig frem at teamet bygget på en grunnleggende felles forståelse i den forstand at partene delte en oppfatning av hva som var relevant når konteksten var en arbeidsrettet rehabilitering. Alle synes å være enige om at pasientenes livssituasjon og fortid var av betydning å trekke inn, men ingen av partene konkretiserte nærmere hvordan de koblet de mange ulike forhold som kom inn i bildet for å forstå den enkelte pasients problemer. Når innholdet i diskusjonene i møtene settes under lupen kom det spesielt i samtalen om pasient 2 og pust, og pasient 1 og diskusjon av behandlingstiltak, frem at forståelsen av pasientens problem ikke var helt klar og gjort rede for av teamet. Dette kan handle om ulikheter i kunnskapsbakgrunn og interessefelt, og det kan handle om ulike tenkemåter innad i teamet.

Som nevnt i teorikapittelet er kunnskapen og forklaringsmodellene som helsepersonell anvender avgjørende for hva de anser som viktig, relevant og gyldig informasjon når menneskers plager og lidelser skal forstås. De aktuelle møtene omhandler pasienter som gjennomgår kartlegging og vurdering av et tverrfaglig team. Det innebærer at teammedlemmene har som mål å utvikle forståelse for pasientenes problemer og finne frem til adekvate måter å håndtere dem på – som Thornquist (1994) poengterer: «Det dreier seg med andre ord om å finne frem til løsbare problemer» (Thornquist, 1994a, s. 1296). Helsepersonell finner det lettest å definere helseproblemer innenfor sin egen forståelsesramme og eget handlingsrepertoar (Thornquist, 1994a). Dermed kan man si at pasienters helseproblemer på flere måter tilpasses fagutøveres kvalifikasjoner (Thornquist & Kirkengen, 2020). De aktuelle møtene belyser på ulike måter hvordan dette kan komme til uttrykk.

»Det henger sammen ...» – pusten som utgangspunkt for forståelse av pasientens problem

I utdraget om pasient 2 er teamleder og samtaleterapeuten enige om at *det henger sammen*. Det fremstår imidlertid som at de har ulike tanker om hva som faktisk utgjør denne sammenhengen, på bakgrunn av sin forståelse av observasjoner og «funn». Teamleder snakker om pust i forhold til lungefunksjon og «dekondisjonering». En slik tenkemåte innebærer at kroppen betraktes som et fysisk fenomen, i tråd med en kropp-sjel-dualisme og et biomedisinsk vitenskapssyn. Teamleder sier at pasienten

har *sjekket lungene*, og beskriver videre at siden det ikke er noe galt med lungene er «dekondisjonering» årsaken til at pasienten blir fort andpusten. Her vektlegges det objektivt målbare, og det åpnes ikke opp for at symptomet (her andpusten) kan skyldes andre forhold.

Samtaleterapeuten uttrykker at pasienten har *en kropp i masse beredskap*, og videre at det henger sammen med pusten hennes. Det er nærliggende å tenke at vedkommende ser på pasientens problemer med pust som en respons på stress eller emosjonelle faktorer som henger sammen med hennes liv og historie. Denne tenkemåten representerer det Thornquist og Kirkengen (2020) betegner en «*anti-dualistisk* posisjon som innebærer å erkjenne at kroppen alltid er flertydig – natur og kultur samtidig – og at menneskelige erfaringer kan uttrykkes *både* verbalt og kroppslig» (Thornquist & Kirkengen, 2020, s. 25). Tenkemåten reflekterer også at mennesket forstås som et biopsykososialt individ – der fysiske, psykiske og sosiale aspekter ses i sammenheng.

De to nevnte tenkemåtene som kommer frem, representerer to grunnleggende ulike perspektiver på kropp og sykdom. Dette er i tråd med studier som har undersøkt og sammenlignet fysioterapeut - pasient møter, i undersøkelse og behandling (Thornquist, 1994b, 2006; Thornquist & Gretland, 2003a). Studiene belyser hvordan den enkelte fysioterapeuts perspektiv på kroppen er avgjørende for deres tilnærming til pasienten, hvordan de konkluderer i undersøkelse og hvilken behandling som foreslås.

Flere teammedlemmer bemerker at pasient 2 blir *fort andpusten* og at hun er i *dårlig fysisk form*, og slik de snakker om det knyttes dette sammen som en årsak-virkningssammenheng. I tråd med denne tenkemåten er det rimelig å anse manglende fysisk aktivitet, overvekt og «dårlige» vaner som årsaker, som videre tilsier tiltak i retning av trening og endring av vaner. Samtaleterapeutens perspektiv retter seg mot forhold som ligger til grunn for pasientens beredskapstilstand og hvordan dette gir seg uttrykk i symptomer og problemer. Dette er i overensstemmelse med kunnskapen vi har i dag om sykdomsutvikling på bakgrunn av langvarige stressbelastninger og livserfaringer. Denne tenkemåten tilsier andre behandlingstiltak. Samtalen stoppet imidlertid opp etter at samtaleterapeuten tok opp sitt syn på saken, og det kom heller ikke opp igjen i senere møter.

Som tilhører lurte jeg på hva de ulike teammedlemmene tenkte om det samtaleterapeuten sa, og jeg merket meg at behandlingstiltak i tråd med vedkommendes tenkemåte ikke ble tematisert i diskusjonen. Jeg undret meg også over hva som lå til grunn for samtaleterapeutens vurdering av *kropp i beredskap*, og at teamet ikke utforsket dette perspektivet nærmere. Som tidligere poengtert, bærer samtalen i utdraget preg av utsagn om pasientens tilstand uten etablerte forbindelser. Det mangler en sammenheng i opplysningene som gis om pasienten – de nevnes bare løsrevet, og teammedlemmene beskriver og redegjør ikke for pasientens problemer. De er enige om *at* det henger sammen, men jeg savnet en diskusjon og klargjøring om *hvordan*. Dette vil følgelig kunne få konsekvenser for teamets forståelse av pasientens problemer, og videre i diskusjonen om behandlingstiltak.

«Mottakelig for» – om vurdering og konkludering av behandlingstiltak

Utdraget der teammedlemmene snakker om behandlingstilnærming for pasient 1 bærer også preg av de to nevnte tenkemåtene. De snakker om hvilken behandling pasienten kan *være mottakelig for*. Samtaleterapeuten trekker frem psykomotorisk fysioterapi som en aktuell tilnærming, og på slutten av utdraget nevnes *traumene* og videre at det vurderes at *veldig mye sitter i kroppen*. Dette følges ikke opp i videre samtale, og illustrerer det samme som poengteres over – utsagn med opplysninger om pasienten som ikke beskrives nærmere eller redegjøres for. Fysioterapeuten stiller spørsmål om pasienten er *mottakelig for* psykomotorisk fysioterapi. Det kommer ikke frem hva som menes med dette, men i det vedkommende sier ligger det implisitt at psykomotorisk fysioterapi ikke er egnet for alle. Det er interessant å reflektere over hvordan kunnskap og forståelse påvirker valg av tiltak, og om det i dette tilfellet foreligger oppfatninger i teamet om hva psykomotorisk fysioterapi er og hva denne tilnæringsmåten innebærer.

Tenkemåten der kroppen betraktes som bærer av liv og historie får lite plass i samtalene når det gjelder vurdering av behandlingstiltak. I begge tilfellene konkluderte teamet med en behandlingsplan i retning av trening som et av hovedtiltakene. Samtaleterapeutens utsagn om *kropp i beredskap*, *mye sitter i kroppen* og psykomotorisk fysioterapi, følges ikke opp – de bygger ikke videre på disse bidragene. Det kan være flere årsaker til dette. Det kan handle om de andre teammedlemmenes manglende erfaring med, forståelse av eller kunnskap om de forhold som samtaleterapeuten tar opp, manglende tid til å gå inn i nye perspektiver

som presenteres, om teamets/institusjonens kultur eller vaner når det gjelder behandlingstiltak, og om kompleksiteten i pasientenes problemer- og problemstillinger. Med henblikk på pasient 2 kan det også henge sammen med hennes eget ønske – om å få hjelp til trening og kosthold.

«Reelle ting» – om struktur og funksjon

I samtalen om pasient 1 bruker legen bruker uttrykket *reelle ting*. At noe er *reelt* knyttes i denne sammenhengen til tendensen helsepersonell har til å vektlegge det som er målbart og observerbart, i motsetning til det som ikke lar seg objektivt verifisere. I videre samtale snakker legen om *det psykiske* og *det fysiske*. Til tross for at intensjonen og det faglige ståstedet tilsier en biopsykososial forståelsesmodell underbygger språkbruken hvor innarbeidet den dominerende tenkningen er, om at mennesket er delt i to – «kropp - sjel», «fysisk - psykisk». Helsepersonell har et stort vokabular når det gjelder å beskrive strukturelle og organiske forhold. Språket for å uttrykke den menneskelige erfaringsverden og hvordan det gir seg uttrykk i plager og problemer er ikke like utviklet, og det er stor variasjon i hvordan de ulike uttrykkene tolkes både av helsepersonell og pasienter. Et eksempel i denne sammenhengen er at mange pasienter har en tendens til å oppfatte at plagene er «psykiske», og mindre reelle, på bakgrunn av fravær av objektive funn og konkrete strukturelle forklaringsmodeller, selv om helsepersonell forsøker etter beste evne å belyse at stress og livsbelastninger kan gi seg uttrykk i fysiologiske endringer og sykdom og at plagene på denne måten i høyeste grad er reelle.

I det første utdraget om pasient 1 omtales pasienten som redd og *ikke trygg på kroppen*, og *at han har en tanke om at han stadig får nye prolaps*. Pasienter med sammensatte lidelser har ofte vært gjennom mange utredninger og fått mange ulike forklaringer på sine plager. I fagessayet «Pasienter med sammensatte lidelser – hjemløse i helsevesenet»(2022) settes søkelyset mot utfordringene denne pasientgruppen står i. Mange har hatt hyppig kontakt med helsevesenet, og ender ofte opp med symptomdiagnoser som kan beskrive tilstanden, men som ikke gir pasienten et tilfredsstillende svar på hva som feiler dem og hvilken behandling som kan hjelpe. Når plagene vedvarer, fortsetter pasientene å søke svar og havner dermed inn i en runddans i helsevesenet. Forfatterne stiller spørsmål ved hva som defineres som gyldig kunnskap når det gjelder sammensatte og subjektive

helseplager, og om alle delene av den biopsykososiale modellen vektlegges like mye og tilskrives like stor gyldighet (Langhelle et al., 2022).

At kroppen er flertydig innebærer at den preges av mekaniske krefter og meningsverdener – samtidig (Thornquist, 2009a). Smerter og stivhet i muskulatur i nakke eller rygg, eller som i utdraget om pasient 2 – andpustenhet, kan tolkes og diagnostiseres forskjellig avhengig av helsepersonells tenkemåte om kropp og sykdom. Hva det spørres det om, hva som undersøkes, hva som følges opp og ikke, og ikke minst hvilken kontekst det settes inn i, vil her være avgjørende for å skille det ene fra det andre (se for eksempel Thornquist, 1994a, 2001, 2009b; Thornquist & Gretland, 2003a, 2003b). Pasienter med sammensatte lidelser kan ha flere diagnoser, plager og problemer samtidig, og det stilles krav til kunnskap og forståelse om både struktur, funksjon og pasientens liv og historie. Funn av prolaps eller degenerative forandringer i ryggspylen og artroseforandringer i ledd som hofta og kne kan i noen tilfeller forklare pasientens plager, men ofte ikke alene. Dette belyser at det ikke er et 1:1 forhold mellom struktur og funksjon, og at pasienters problemer ikke kan løsrives fra det individuelle, det relasjonelle og det kontekstuelle. I lys av pasientene som diskuteres i de aktuelle møtene, og at pasienter med sammensatte lidelser dominerer dagens sykdomsbilde, er dette høyst relevante perspektiver å ta i betraktning.

5.0 Avsluttende kommentarer

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i kommunikasjon som en sosial aktivitet. Alt som skjer mellom partene har potensiell interesse og betydning for de budskap som utveksles – både verbalt og kroppslig, bevisst og ubevisst. Gjennom observasjon av direkte møter mellom mennesker åpnes det opp for å se på nettopp dette – på *hva* som gjøres og *hvordan*. I tverrfaglige teammøter møtes fagutøvere fra hvert sitt fagområde for å dele sine synspunkter og perspektiver om et felles anliggende, med mål om å skape noe mer enn summen av de enkelte bidrag.

For å oppnå dette er det essensielt at partene lytter til hverandre og forsøker å forstå hverandres perspektiver. I de aktuelle møtene kom dette tydelig frem gjennom kommunikasjonen mellom teammedlemmene, som bidro til å skape et samhandlingsklima preget av dialog og en symmetrisk relasjon der alle ble betraktet som likeverdige deltakere i teamet. Gjennom blikk, ansiktsuttrykk, kroppslig

orientering og verbale bekreftelser viste de interesse og anerkjennelse for hverandres bidrag, og forholdene lå til rette for reelt samarbeid der deltakerne kunne dele sine faglige vurderinger og refleksjoner.

De aktuelle møtene dreide seg om å skape felles forståelse av pasientenes problemer der målet var å komme frem til adekvate behandlingstiltak. Pasientene hadde mange og sammensatte problemer som hindret dem i deltakelse i arbeid og hverdagsliv. For å ivareta kompleksiteten i pasientenes utfordringer var arbeidet ved den aktuelle rehabiliteringsinstitusjonen organisert i tverrfaglige team, og den offisielle plattformen teamet jobbet etter var en biopsykososial forståelsesmodell. Samtalene i teammøtene synliggjorde imidlertid at teammedlemmenes språkbruk innimellom bar preg av en kropp-sjel-dualisme og en biomedisinsk forståelsesramme.

Selv når helsepersonell anerkjenner en biopsykososial tenkemåte kan det være vanskelig å gi verbalt uttrykk for en slik forståelse fullt ut, blant annet fordi den vanlige språkbruken og de offisielle klassifikasjonssystemene for sykdom i stor grad er basert på en dualistisk forståelsesramme. Denne problematikken er velkjent i dagens helsevesen der stadig flere erkjenner at den biomedisinske tenkningen opprettholdes og videreføres, ofte ubevisst og ureflektert.

I de aktuelle møtene kom ulike tenkemåter til uttrykk spesielt i omtalen av de to pasientene som trekkes frem i utdragene. Kroppen omtales på den ene siden som et «rent» fysisk fenomen, og på den andre siden som flertydig – natur og kultur samtidig, en kropp preget av liv og erfaringer.

I lys av oppgavens spørsmål «Dialog til pasientens beste?» vil jeg på bakgrunn av mine observasjoner og bearbeiding av materialet i lys av teoretiske perspektiver, trekke frem viktigheten av å skape en god dialogsituasjon mellom fagutøvere. Godt samarbeid preget av dialog er en forutsetning for god helsehjelp, men ingen garanti. Det er avgjørende at vi som helsepersonell har et bevisst forhold både til kommunikasjon og til kunnskap og perspektiver som angår biologiske-, psykologiske- og samfunnsvitenskapelige forhold. Som nevnt påvirker og interagerer de tre perspektivene med hverandre på flere nivåer, og når vi skal forstå problemene til pasienter med sammensatte lidelser er det vesentlig at vi klarer å identifisere *på hvilken måte* de ulike forholdene i hvert enkelt pasienttilfelle henger sammen. Dette

vil med all sannsynlighet få konsekvenser for diskusjonen om og valget av behandlingstiltak.

For å utvikle kunnskap om de forhold som denne oppgaven berører er det behov for økt dokumentasjon av faktiske samhandlingssituasjoner der ulike fagprofesjoner møtes. I lys av en økende andel pasienter med sammensatte lidelser i dagens samfunn, med hyppig bruk av helse- og velferdstjenester, ligger det et stort potensial i å rette oppmerksomheten mot hvordan vi kan forstå pasientens problemer bedre og hvordan vi kan samarbeide til pasientens beste.

Referanser

- Abrahamsen, C., Reme, S. E., Wangen, K. R., Lindbæk, M. & Werner, E. L. (2023). The effects of a structured communication tool in patients with medically unexplained physical symptoms: a cluster randomized trial. *eClinicalMedicine*, 65. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102262>
- Album, D. (1994). Innholdsløs meningsfull prat. *Sosiologisk Tidsskrift*, 2(2), 89-108.
- Andersen, T. H. (2013). *Kropslig dialog - dialog om kroppen - Fysioterapeutisk samhandling* [Masteroppgave, UiT Norges Arktiske Universitet]. Munin. <https://hdl.handle.net/10037/7673>
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (Prop. 1 S (2022-2023)). *Prop. 1 S (2022-2023)*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20222023/id2930910/>
- Baxter, S. K. & Brumfitt, S. M. (2008). Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. *Qual Saf Health Care*, 17(2), 127-130. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.022277>
- Becker, F., Jørgensen, V. & Månun, G. (2021). Norge trenger en rehabiliteringsreform! *Fysioterapeuten*, 6, 100-102. <https://www.fysioterapeuten.no/fagkronikk-fysioterapi-rehabilitering/norge-trenger-en-rehabiliteringsreform/135714>
- Bokhour, B. G. (2006). Communication in interdisciplinary team meetings: what are we talking about? *J Interprof Care*, 20(4), 349-363. <https://doi.org/10.1080/13561820600727205>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, s. 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bull, M. J. & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *J Adv Nurs*, 35(4), 571-581. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01873.x>
- Clarsen, B., Steingrimsdottir, O. A., Holvik, K. & Ørstavik, R. E. (2022). *Muskel- og skjeletthelse i Norge*. FHI. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/?term=>
- Crocker, A., Trede, F. & Higgs, J. (2012). Collaboration: What is it like? - Phenomenological interpretation of the experience of collaborating within rehabilitation teams. *J Interprof Care*, 26(1), 13-20. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.623802>
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Eerd, D. V. & Amick, B. C. (2018). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil*, 28(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- Deneckere, S., Euwema, M., Lodewijckx, C., Panella, M., Mutsvari, T., Sermeus, W. & Vanhaecht, K. (2013). Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways: a cluster randomized controlled trial. *Med Care*, 51(1), 99-107. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182763312>
- DiazGranados, D., Dow, A. W., Appelbaum, N., Mazmanian, P. E. & Retchin, S. M. (2018). Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 151-159. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1383886>
- Eftedal, M. (2023). Tverrfaglig teamarbeid i arbeidsrettet rehabilitering. I M. I. S. W. Nielsen, C. Jensen & Ø. S. V. Brunvatne (Red.), *Arbeidsrettet rehabilitering - en vei mot deltakelse* (s. 101-118). Fagbokforlaget.
- Eide, K. M. (2022, 25.11.2022). Min tur (om turer og turtaking i mellommenneskelig kommunikasjon). *Universitetsavisa*.

- <https://www.universitetsavisa.no/gjesteskrubenten-kristin-melum-eide-sprak/min-tur-om-turer-og-turtaking-i-mellommenneskelig-kommunikasjon/372162>
- Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodyn Psychiatry*, 40(3), 377-396. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377> (Opprinnelig utgitt 1977)
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Forsetlund, L., Vist, G. E., Hov, L. & Aamlund, A. (2019). *Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: En systematisk kartleggingsoversikt*. Folkehelseinstituttet.
- Getz, L., Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi - mettet med erfaring. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 131, 683-687. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0874>
- Goffman, E. (1974). *Vårt rollespill til daglig*. Pax Forlag.
- Goffman, E. (2017). *Interaction ritual: Essays in face-to-face behaviour. With a new introduction by Joel Best*. Routledge. (Opprinnelig utgitt 1967)
- Halvorsen, M. J. L. (2016). *Terapeutiske potensialer i kroppslig og verbal samhandling* [Masteroppgave UiT Norges Arktiske Universitet]. Munin. <https://hdl.handle.net/10037/9591>
- Helsedirektoratet. (2019, 11.02.2019). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Helsedirektoratet. Hentet 30.03.2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Hustoft, M., Biringer, E., Gjesdal, S., Aßus, J. & Hetlevik, Ø. (2018). Relational coordination in interprofessional teams and its effect on patient-reported benefit and continuity of care: A prospective cohort study from rehabilitation centres in Western Norway. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 719-719. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3536-5>
- Hustoft, M., Hetlevik, Ø., Aßmus, J., Størkson, S., Gjesdal, S. & Biringer, E. (2018). Communication and relational ties in inter-professional teams in Norwegian specialized health care: A multicentre study of relational coordination. *Int J Integr Care*, 18(2), 9-9. <https://doi.org/10.5334/ijic.3432>
- Ihlebak, C., Brage, S., Natvig, B. & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 23(130), 2365-2368. <https://tidsskriftet.no/2010/12/oversiktsartikkel/forekomst-av-muskel-og-skjelettlidelser-i-norge>
- Kendon, A. (1990). *Conduction interaction. Patterns of behaviour in focused encounters*. Cambridge University Press.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utgave. utg.). Universitetsforlaget.
- Langhelle, A. H., Kristiansen, I. & Ekerholt, K. (2022). Pasienter med sammensatte lidelser - hjemløse i helsevesenet. *Fysioterapeuten* 6, 68-71.
- Lund, G. (2021). Rehabiliteringsbehovet har vært stort lenge. *Fysioterapeuten*, 6, 8-9. <https://www.fysioterapeuten.no/fagkronikk-fysioterapi-rehabilitering/rehabiliteringsbehovet-har-vaert-stort-lenge/135371>
- Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B. & Aas, E. (2013). *Et muskel- og skjelettrengskap: forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet* (MST-rapport 1/2013). <https://www.oslo-universitetssykehus.no/4a85e7/contentassets/311942ce0b2c450ea062c42789a4b7b5/dokumenter/brosjyrer/et-muskel-og-skjelettrengskap-2013.pdf>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. & Taksdal, A. (2001). Et felles refleksjonsrom med pasientens symptomer som gyldige kunnskapskilder. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121(30), 3605-3609. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2001--3605-9.pdf>
- Meld. St.11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

- Meld. St. 9 (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. (2024, 12.01.24). *Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten: Veileder utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter*. Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Hentet 30.03. fra <https://arbeidoghelse.no/fagveileder/>
- Nielsen, M. I. S. W., Jensen, C. & Brunvatne, Ø. S. V. (2023). *Arbeidsrettet rehabilitering - en vei mot deltakelse*. Fagbokforlaget.
- Nikolaisen, M. (2023, 17.11.23). Rehabiliteringsreform i Norge: Tid for innovasjon. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/rehabiliteringsreform-i-norge-tid-for-innovasjon/598453>
- NOU 2000:27. (2000). *Sykefravær og uførepensjonering: Et inkluderende arbeidsliv*. A.-o. inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-27/id143251/?ch=1>
- Oslo economics. (2020). *Samfunnsverdien av rehabilitering* (OE-rapport 2020-16). Oslo Economics. <https://osloeconomics.no/publication/samfunnsverdien-av-rehabilitering/>
- Papadimitriou, C. & Cott, C. (2015). Client-centred practices and work in inpatient rehabilitation teams: results from four case studies. *Disabil Rehabil*, 37(13), 1135-1143. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.955138>
- Paxino, J., Denniston, C., Woodward-Kron, R. & Molloy, E. (2022). Communication in interprofessional rehabilitation teams: a scoping review. *Disabil Rehabil*, 44(13), 3253-3269. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1836271>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(6), Cd000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Schot, E., Tummers, L. & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together: A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration.
- Sinclair, L. B. M. A., Lingard, L. A. P. & Mohabeer, R. N. P. (2009). What's So Great About Rehabilitation Teams? An Ethnographic Study of Interprofessional Collaboration in a Rehabilitation Unit. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(7), 1196-1201. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.01.021>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (1990). Communication: What happens during the first encounter between patient and physiotherapist? *Scand J Prim Health Care*, 8(3), 133-138. <https://doi.org/10.3109/02813439008994946>
- Thornquist, E. (1991). Body Communication is a Continuous Process: The First Encounter between Patient and Physiotherapist. *Scand J Prim Health Care*, 9(3), 191-196. <https://doi.org/10.3109/02813439109018517>
- Thornquist, E. (1994a). Anerkjennelse og avhengighet *Tidsskr Nor Lægeforen*, 114(11), 1293-1297.
- Thornquist, E. (1994b). Varieties of functional assessment in physiotherapy. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 12(1), 44-50. <https://doi.org/10.3109/02813439408997056>
- Thornquist, E. (2001). Kroppssyn og faglige utfordringer i dag. *Fysioterapeuten*, 14. <https://www.fysioterapeuten.no/kroppssyn-og-faglige-utfordringer-i-dag/124992>
- Thornquist, E. (2006). Face-to-Face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Med Anthropol*, 25(1), 65-97. <https://doi.org/10.1080/01459740500514489>
- Thornquist, E. (2009a). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal

- Thornquist, E. (2009b). Livet sætter kropslige spor: en kasuistik fra psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten (København)*, 91, 1-7.
- Thornquist, E. (2012). *Movement and Interaction. The Sherborne Approach and Documentation*. Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2020). Glimt fra norsk fysioterapihistorie del 4: Den gang da, hva nå? *Fysioterapeuten*, 7, 34-39. <https://www.fysioterapeuten.no/fagessay-historie-thornquist/glimt-fra-norsk-fysioterapihistorie-del-4-den-gang-da-hva-na/126878>
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003a). Kropp, samtale og deltakelse. Del 1. *Fysioterapeuten*, 7, 18-24. https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/435/4896/version/3/file/0703_Fagartikkel.pdf
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003b). Kropp, samtale og deltakelse. Del 2. *Fysioterapeuten*, 9, 15-20. https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/437/4904/version/3/file/0903_Fagartikkel.pdf
- Thornquist, E. & Kirkengen, A. L. (2020). *Sammensatte lidelser. Et samfunnsspeil*. Fagbokforlaget.
- Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: TSO (The Stationary Office). <https://cardinal-management.co.uk/wp-content/uploads/2016/04/Burton-Waddell-is-work-good-for-you.pdf>
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. Norton & Company.
- Øyeflaten, I. & Brendbekken, R. (2023). Kartlegging i arbeidsrettet rehabilitering. I M. I. S. W. Nielsen, C. Jensen & Ø. S. V. Brunvatne (Red.), *Arbeidsrettet rehabilitering - en vei mot deltakelse* (s. 119-143). Fagbokforlaget.

Vedlegg 1: Informert samtykke teammedlemmer

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Dialog til pasientens beste?

Hva kjennetegner samhandlingen i tverrfaglige teammøter som omhandler rehabilitering av pasienter med sammensatte lidelser ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten? ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i samhandlingen i tverrfaglige teammøter ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten som omhandler arbeid med pasienter med sammensatte lidelser. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og hensikt

Prosjektet er en masteroppgave på studiet «Master i helsevitenskap, spesialisering i psykomotorisk fysioterapi» ved OsloMet. Formålet med studien er å få innsikt i samhandlingen i tverrfaglige teammøter ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten som omhandler arbeid med pasienter med sammensatte lidelser. Samhandling i tverrfaglige team påvirkes av flere forhold, som er bestemmende for om man lykkes i å etablere en felles forståelsesramme og en best mulig behandling av pasienten. Dette handler blant annet om organisering, ledelse og teamsammensetning. Det jeg er mest opptatt av er selve samhandlingen i teammøtene - hvordan deltakerne forholder seg til og forstår hverandre, og hvordan dette kommer til uttrykk gjennom verbal og kroppslig kommunikasjon.

Det er mangelfull forskning på faktisk praksis og på selve dynamikken i samhandlingen i tverrfaglig samarbeid. Jeg ønsker å se på nettopp dette, på hva som utspiller seg i praksis i samhandlingen.

Problemstilling: Hva kjennetegner samhandlingen i tverrfaglige teammøter som omhandler rehabilitering av pasienter med sammensatte lidelser ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten?

Det er viktig for meg å presisere at min intensjon ikke er å vurdere deg/dere, stille deg/dere i dårlig lys eller dømme på noen som helst måte. Din deltakelse i prosjektet er viktig for å løfte frem ny kunnskap gjennom å belyse forhold ved tverrfaglig samarbeid som kan bidra til refleksjoner rundt praksis, og det vil kunne ha nytteverdi for alle som jobber med tverrfaglig rehabilitering samt i helsefag generelt.

Resultatene fra studien vil presenteres i en masteroppgave. Oppgaven vil følge OsloMet sine formelle krav og retningslinjer. Professor emerita Eline Thornquist er hovedveileder for oppgaven, og førsteamanuensis Birgitte Ahlsen er medveileder og seminarveileder.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Bakgrunnen for at du blir forespurt om å delta er at du er ansatt ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten med lang erfaring med og tradisjon for å arbeide tverrfaglig. Dette er vesentlig for at materialet best mulig kan belyse problemstillingen. Flere ulike faggrupper må være representert i teammøtene, og du/dere som blir forespurt er medlemmer av et fagteam.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden som vil bli brukt i studiet er ikke-deltakende observasjon. Jeg vil observere 4 teammøter ved X. Dette innebærer at forskeren (masterstudenten) vil være til stede og observere møtene, og møtene vil bli tatt opp på lydbånd. I tillegg vil forskeren notere observasjoner av samhandling og kroppslig uttrykk (non-verbal kommunikasjon) underveis i møtene. Lydopptaket vil skrives ut i ren tekst ord for ord, og teksten vil analyseres og presenteres i masteroppgaven. Opplysningene vil bli aidentifiserte ved at fiktive navn brukes i den skriftlige teksten, både i observasjonsnotater og i selve oppgaven.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Samtlige deltakere i teamet må samtykke til deltakelse for at observasjonene kan gjennomføres. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker opplysningene

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lydopptak av teammøtene vil foretas ved hjelp av min mobiltelefon og en ekstra enhet som back-up, med mobilappen Nettskjema-diktafon. Opptaket blir umiddelbart kryptert på telefonen. Alle opplysninger som kommer frem under observasjonene vil bli aidentifiserte og det vil ikke være mulig å gjenkjenne personer verken i tekst som skal analyseres eller i den ferdige masteroppgaven.

For å sikre konfidensialitet bør du som deltaker, så langt som det er mulig, unngå å gi opplysninger i møtet som kan føre til din gjenkjennelse. Dersom slike opplysninger skulle fremkomme, vil jeg unngå å transkribere dette fra lydopptakene.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet (forsker og veiledere) som vil ha adgang til materialet og navnelisten og som vil kunne finne tilbake til deg.

Resultatene vil publiseres på en slik måte at ikke identiteten din vil komme frem.

Alle pasienter som omtales i de aktuelle teammøtene må samtykke til at jeg som forsker overhører informasjon om dem.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når masteroppgaven er godkjent. Lydopptak og observasjonsnotater vil da bli slettet. Innlevering av oppgaven er planlagt høsten 2024.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Ingvild Solen (masterstudent) på tlf. 98295955 eller OsloMet ved veileder Birgitte Ahlsen, biahls@oslomet.no
- Personvernombud ved OsloMet: Ingrid Jacobsen, personvernombud@oslomet.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Eline Thornquist
Prosjektansvarlig
(Veileder)

Birgitte Ahlsen
Prosjektansvarlig
(Veileder)

Ingvild Solen
Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Dialog til pasientens beste? Hva kjennetegner samhandlingen i tverrfaglige teammøter som omhandler rehabilitering av pasienter med sammensatte lidelser ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten?»

Jeg har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i studien.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, omkring desember 2024.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

¹

¹ Det er foretatt endringer i det originale samtykket etter at teammedlemmene signerte: Begrepet langvarige sammensatte smertetilstander er i problemstillingen og i teksten gjennomgående endret til sammensatte lidelser, navnet på rehabiliteringsinstitusjonen er byttet ut med X, antall teammøter som observeres er endret fra 3 til 4, tidsrom for avslutning av forskningsprosjektet er endret fra juni til desember, og tidsrom for planlagt innlevering av oppgaven er endret fra våren 2024 til høsten 2024.

Vedlegg 2: Informert samtykke pasient

Forespørsel om deling av opplysninger om meg som pasient ved X i forskningsprosjektet

” Dialog til pasientens beste?

Hva kjennetegner samhandlingen i tverrfaglige teammøter som omhandler rehabilitering av pasienter med sammensatte lidelser ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten? ”

Bakgrunn og hensikt

Prosjektet er en masteroppgave på studiet «Master i helsevitenskap, spesialisering i psykomotorisk fysioterapi» ved OsloMet. Formålet med studien er å få innsikt i samhandlingen i tverrfaglige teammøter i spesialisthelsetjenesten som omhandler arbeid med pasienter med sammensatte lidelser.

Resultatene fra studien vil presenteres i en masteroppgave. Oppgaven vil følge OsloMet sine formelle krav og retningslinjer. Professor emerita Eline Thornquist er hovedveileder for oppgaven, og førsteamanuensis Birgitte Ahlsen er medveileder og seminarveileder.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Bakgrunnen for at du blir forespurt om å delta er at du er pasient ved X, og skal følges opp av det aktuelle tverrfaglige teamet som jeg skal gjennomføre min observasjonsstudie på.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden som vil bli brukt i studiet er ikke-deltakende observasjon. Jeg vil observere 4 teammøter ved X. Dette innebærer at forskeren (masterstudenten) vil være til stede og observere møtene, og møtene vil bli tatt opp på lydbånd.

Jeg som forsker ønsker å observere helsepersonellens yrkesutøvelse, og vil dermed kunne få tilgang til taushetsbelagt informasjon om deg som pasient. Det er samhandlingen mellom helsepersonellet, og ikke pasientopplysningene, det skal forskes på.

Lydopptaket vil skrives ut i ren tekst ord for ord, og teksten vil analyseres og presenteres i masteroppgaven. Opplysningene vil bli aidentifiserte ved at fiktive navn brukes i den skriftlige teksten, både i observasjonsnotater og i selve oppgaven.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker opplysningene

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lydopptak av teammøtene vil foretas ved hjelp av min mobiltelefon og en ekstra enhet som back-up, med mobilappen Nettskjema-diktafon. Opptaket blir umiddelbart kryptert på telefonen. Alle opplysninger som kommer frem under observasjonene vil bli avidentifiserte og det vil ikke være mulig å gjenkjenne personer verken i tekst som skal analyseres eller i den ferdige masteroppgaven.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet (forsker og veiledere) som vil ha adgang til materialet. Resultatene vil publiseres på en slik måte at ikke identiteten din vil komme frem.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når masteroppgaven er godkjent. Lydopptak og observasjonsnotater vil da bli slettet. Innlevering av oppgaven er planlagt høsten 2024.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Ingvild Solen (masterstudent) på tlf. 98295955 eller OsloMet ved veileder Birgitte Ahlsen, biahls@oslomet.no

Personvernombud ved OsloMet: Ingrid Jacobsen, personvernombud@oslomet.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personvertjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personvertjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Ingvild Solen (fysioterapeut og masterstudent ved OsloMet)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Dialog til pasientens beste? Hva kjennetegner samhandlingen i tverrfaglige teammøter som omhandler rehabilitering av pasienter med sammensatte lidelser ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten?»

Jeg samtykker til at helsepersonell ved X kan dele opplysninger om meg som pasient i de tverrfaglige teammøtene som blir observert.

Jeg samtykker til at opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, omkring desember 2024.

(Signert av pasient, dato)

²

² Det er foretatt endringer i det originale samtykket etter at pasientene signerte: Begrepet langvarige sammensatte smertetilstander er i problemstillingen og i teksten gjennomgående endret til sammensatte lidelser, navnet på rehabiliteringsinstitusjonen er byttet ut med X, endring i antall teammøter som observeres fra 3 til 4, tidsrom for avslutning av forskningsprosjektet er endret fra juni til desember, og tidsrom for planlagt innlevering av oppgaven er endret fra våren 2024 til høsten 2024.

Vedlegg 3: Observasjonsguide

OBSERVASJONSGUIDE

Dato/tidspunkt for observasjon:

Varigheten av teammøtet:

Observasjonen starter mens deltakerne kommer inn i møterommet og finner plassene sine. Lydopptaket starter når møtets formelle del starter.

Jeg har på forhånd hentet inn informasjon om deltakerne (profesjon/stilling, arbeidserfaring, hvor lenge hver enkelt har vært medlem av det aktuelle teamet).

Fysiske omgivelser:

- Møterommet: Størrelse (tilstrekkelig plass til alle deltakerne?), utsmykning (veggpynt o.l.), vinduer/utsikt, teknisk utstyr (PC, prosjektor, evt. annet), bord (str.)/stoler.

Deltakere:

- Er alle til stede? Evt. fravær av deltakere og hvem dette er. Hvordan påvirker dette samhandlingen, for eksempel hvis en profesjon/faggruppe, teamleder, mangler?
- Klær: Hva har deltakerne på seg (spesielt arbeidstøy)? Kommer profesjon/status til uttrykk gjennom klær eller andre kjennetegn (navneskilt, farger på tøy, smykker/symboler)?
- Posisjonering i rommet og i forhold til hverandre (underveis i møtet og endringer i relasjon til hva det snakkes om av hvem og hvordan?).
- Brukes PC, notatbok, telefon e.l. (av hvem og hvordan)?

Introduksjon til møtet:

- Er det en leder for teamet?
- Kommuniseres det tydelig definerte premisser/regler for møtet? Vedr. agenda, målsetting for møtet, tidsbruk, rekkefølge/turtaking, hvilke pasienter skal gjennomgås.
- Hvem får eller tar ordet først angående dagens sak/pasient?

Turtaking i møtet:

- Hvordan foregår dette? Fast rekkefølge, tildeles ordet fra en ordstyrer el. andre, rekker man opp en hånd e.l. for å ta ordet, avbrytelser, overlapp, direkte spørsmål til enkeltpersoner.
- Endrer dette seg ilt. møtet? I.f.t. tema, diskusjon/uenigheter e.l.

Taletid:

- Hvem snakker mest, minst. Hva snakkes det mest og minst om? Er det noen som dominerer (som stadig tar ordet, avbryter andre, snakker lenge)?
- Blir alle inkludert, passer noen på at alle får taletid?

Blikk/blikkontakt:

- Ser alle på den som prater? Ulikt i.f.t. hvem som prater? Hvor fokuseres blikket dersom man ikke ser på den som prater (kikker i papirer, på PC/tlf., ut vinduet..)
- Hvor har den som prater blikket?

Mimikk:

- Smil, latter, heve øyebrynene, rynke på nesen e.l.
- Hodebevegelser (nikk, riste, snu seg bort/mot).
- Håndbevegelser (gestikulering).

Paralingvistikk:

- Stemmebruk (styrke, leie, tonefall, sukk, kremting): hos ulike deltakere, endres det i ulike deler av møtet, i.f.t. tema, uenigheter.
- Pauser, nøling (i hvilken sammenheng og av hvem).

Følelsesmessig uttrykk:

- Smil, latter, ansiktsfarge, stemmebruk, blikkontakt
- Forhold mellom verbal og kroppslig kommunikasjon i ulike sammenhenger, samsvar eller diskrepans?

Roller og status:

- Hvordan forvalter og utformer den enkelte sin status som profesjonell (autoritet – over/underordnet, taletid, hvem henvender seg til hvem, og viser tilbake til det som er sagt av hvem? Hvem får siste ordet, konkluderer/tar avgjørelser?)
- Fremstår noen som viktigere enn andre, og hvordan kommer dette til uttrykk?
- Er det ulikheter i hvordan to av samme profesjon/status forvalter sin rolle?
- Har deltakerne «faste» roller og ansvar i møtet? Organisatorisk og faglig. Hvem sier noe om hva, hvem innleder, avslutter.

Enighet/uenighet:

- Hvordan kommer ulike synspunkter og vurderinger til uttrykk? (stemmebruk, mimikk, blick, ordene som brukes, og typen begrunnelser og påstander).
- Hva fremstår som reell enighet/uenighet versus tilsynelatende enighet/uenighet (partene sier seg enig, men kroppslig uttrykker de noe annet?).
- Påvirkes synspunkter og vurderinger av profesjon/faglig bakgrunn (kommer det for eksempel frem at det er en maktkamp mellom profesjoner innad i teamet?).
- Er det rom for uenighet? Diskusjon faglig, saklig, personlig.
- Hvem tar ansvar for hva under diskusjoner, og hvordan gjøres dette?

Forløpet i møtet:

- Endres samhandlingen/samarbeidsklimaet (stemningen) underveis i møtet?
- Påvirker tidsrammene møtet? (Stadig påminning om tiden, og når kommer slike påminninger og av hvem?).
- Ytre påvirkninger (støy eller andre avbrytelser som kan forstyrre samhandlingen).
- Avslutning av møtet: Hva avgjør at møtet avsluttes? (tid, kommet gjennom agenda?). Legges plan videre? (for neste møte, fordeling av arbeidsoppgaver).

Vedlegg 4: Sikt godkjenning



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
444360

Vurderingstype
Standard

Dato
26.08.2023

Tittel

Dialog til pasientens beste? Hva kjennetegner samhandlingsmønsteret i tverrfaglige teammøter som omhandler rehabilitering av pasienter med langvarige sammensatte smertetilstander i spesialisthelsetjenesten?

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for fysioterapi

Prosjektansvarlig

Birgitte Ahlsen

Student

Ingvild Solen

Prosjektperiode

14.08.2023 - 31.05.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.05.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

TAUSHETSPLIKT

Forskningsdeltagerne har yrkesmessig taushetsplikt. De kan ikke dele taushetsbelagte opplysninger med forskningsprosjektet, med mindre pasienten har samtykket til det. Det kan være hensiktsmessig å opplyse i plenum om hvilke pasienter taushetsplikten eventuelt er opphevet for, så deltakerne kan unngå å omtale andre pasienter som ikke har samtykket. Merk at det ikke er nok å utelate navn ved omtale av elever, pasienter el. som ikke har samtykket. Vær forsiktig med bruk av eksempler og bakgrunnsopplysninger som tid, sted, kjønn og alder.

DATABEHANDLER

Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. personvernforordningen art. 28 og 29.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!