



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MAFYS603

Predefinert informasjon

Startdato:	27-08-2021 09:00	Termin:	2021 HØST
Sluttdato:	31-08-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MAFYS603 1 O 2021 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	626
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	19121
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

MASTEROPPGAVE

Vilkår for tverrprofesjonell samhandling og bidrag til
tverrprofesjonelle behandlingsforløp i primærhelsetjenesten
som psykomotorisk fysioterapeut

Terms for interprofessional interaction and contribution to
interprofessional treatment in the primary health care service as
a psychomotor physiotherapist

Marcus Megrund, 626

Master i klinisk fysioterapi, Fysioterapi ved psykiske og psykosomatiske
helseproblem

Høgskolen på Vestlandet, Bergen. Institutt for helse og funksjon

Veileder: Randi Sviland & Tobba Therkildsen Sudmann

Innleveringsdato 25.08.2021

Antall ord: 19121

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Masterprogrammet i klinisk fysioterapi har vært svært kunnskapsgivende og berikende. Muligheten til å utforske hvordan vilkårene er for tverrfaglig samhandling og hvordan en psykomotorisk fysioterapeut bidrar til dette i tverrprofesjonelle behandlingsforløp har vært spennende og utfordrende på samme tid.

For at oppgaven ble til har jeg mange å takke. Først og fremst vil jeg takke medforskerne som har hjulpet meg med utformingen av studien. Jeg vil naturligvis også takke de øvrige deltagerne. Tusen takk for at dere ga meg deres tid og for at dere delte deres opplevelser og erfaringer.

En spesiell takk til mine veiledere Tobba Therkildsen Sudmann og Randi Sviland. Takk for at dere så meg som den studenten jeg er og motiverte meg for å gå alle stegene fra start til mål. Takk for deres tid, tilgjengelighet og fleksibilitet. Jeg har vært helt avhengig av dere til faglige diskusjoner og deres grundige tilbakemeldinger har vært avgjørende. Jeg har til og med blitt inspirert av deres engasjement for forskning.

Til slutt en stor takk til min samboer Julie for oppmuntring og støtte. Takk for tålmodigheten og praktisk tilrettelegging som har bidratt til at dette prosjektet nå er over.

August 2021

Marcus Megrund

Sammendrag

Bakgrunn og formål: I Norge ses det en økende andel av befolkningen som lever med langvarig, kronisk og komplekse helseutfordringer. Mer bruk av tverrprofesjonell samhandling løftes frem som et viktig tiltak for å bedre helse- og velferdstilbudet. Formålet med studien er å få økt kunnskap om hvordan vilkårene er for tverrprofesjonell samhandling og hvordan en psykomotorisk fysioterapeut i primærhelsetjenesten kan bidra til dette i tverrprofesjonelle behandlingsforløp.

Metode: Studien er forankret i en hermeneutisk vitenskapsteoretisk tradisjon med et case-studiedesign. Problemstillingen etterspør konkrete erfaringer med en sosial praksis i sin virkelige kontekst. Forskningsmetoder som skaper erfaringsnære samhandlingsdata på en systematisk måte, med rike beskrivelser, er særlig egnet for å bidra til å få frem ny kunnskap fra praksis. Brukermedvirkning i forskningsprosessen ble ivaretatt gjennom medforsker-rollen. Fem mini-fokusgruppeintervju ble benyttet for dataproduksjon, samt refleksjoner mellom forsker og medforsker. Deltagerne er strategisk utvalgt.

Resultat og diskusjon: Resultat av analysen presenteres i følgende hovedtema: 1) Tverrprofesjonell samhandling kommer ikke av seg selv, 2) Samhandling, hvor finnes det? 3) Kasteballer i et fragmentert helsevesen, 4) Hvem skal ta initiativ til samarbeid? 5) Tid som ressurs/knapphetsressurs i samhandling med pasient og de profesjonelle, 6) Aktualisere og aktivisere kroppslig erfaring og kompetanse – en alliert i den tverrprofesjonelle samhandlingen, 7) Anerkjennende kroppslige samhandlinger som bidrar til erkjennelse, 8) Pasientens erfaringskunnskap i samhandling med den profesjonelle.

I hvilken grad behandlerne i studien tok i bruk tverrprofesjonell samhandling ble blant annet påvirket av tiden de hadde til rådighet, hvor trygge/erfarne de var i sine roller og om de kjente personen de trengte å samhandle med. Medforskerne i studien har vektlagt den anerkjennende kroppslige samhandlingen som de har med fysioterapeuten, og som bidrar til ny innsikt i dem selv. Deres innsikt åpnet opp for erkjennelse og mulighet for å uttrykke egne behov og opplevelser i kroppen i tillitsfulle samspill med sine behandlere.

Konklusjon: Studien har vist at vilkårene for hvilken grad tverrprofesjonell samhandling oppstår, og i hvilken grad pasienten opplever helsevesenet som samhandlende, er mange og sammensatte. Psykomotoriske fysioterapeuter kan fremme pasientens samhandlingskompetanse og bidra med egen forståelse og kompetanse inn i tverrprofesjonelle behandlingsforløp, og på denne måten være bidragsyttere i utvikling av merviten i den tverrprofesjonelle samhandlingen. Studien peker på behovet for at helsevesenet blir mer sensitive for betydningen av kropp, og på hvilke måter fysioterapifaget og praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra til å løfte frem viktigheten av kroppslig samspill i tverrprofesjonelle behandlingsforløp.

Abstract

Background and aim: An increasing part of the population lives with chronic and complex health issues. Use of interprofessional collaboration is important to upgrade health and welfare services. The aim of this study is to increase knowledge of how the terms of interprofessional collaboration are and how a psychomotor physiotherapist may contribute to interprofessional collaboration.

Methodology: The study is rooted in a hermeneutic theoretical tradition, using a case study design. The topic calls for experience with a social practice in its real context. Research methods that create experiential interaction data in a systematic way, with rich descriptions, are particularly suitable to gain new knowledge from practice. User involvement in the research process was taken care of through co-researchers. Five mini-focus group interviews were used for data production, as well as reflections between researcher and co-researchers. The participants are strategically selected.

Results and discussion: The findings were presented in seven main themes: 1) Interprofessional collaboration is not going to do itself, 2) Interaction, where does it exist? 3) Patient in a fragmented health service, 4) Who should initiate collaboration?, 5) Time as a resource/restriction when collaborating with the patient and other professions, 6) The importance of bodily experiences - an ally in interprofessional collaboration, 7) Bodily experience that contribute to recognition, 8) The patient's experience in collaboration with professional.

To which extent the therapists used interprofessional collaboration depended on their time limit, their experience as a therapist and if they knew who they were going to collaborate with. The co-researchers appreciated the bodily interaction with the physiotherapist as a way to see themselves in a new manner. Their insight made it easier to express their needs and experiences in collaboration with their therapists.

Conclusion: The study has shown that the terms to what extent interprofessional interaction occurs, and the extent to which the patient experiences the health care system as interacting, are many and complex. Psychomotor physiotherapists can promote the

patient's interaction competence and contribute with their own understanding and competence into interprofessional treatment processes, and in this way be contributors in the development of new knowledge from the interprofessional interaction. The study points out the need for the health care system to become more sensitive to the meaning of the body, and in what ways the physiotherapy profession and practicing psychomotor physiotherapists can contribute to highlighting the importance of bodily interaction in interprofessional treatment processes.

Innholdsfortegnelse

FORORD	II
SAMMENDRAG.....	III
ABSTRACT	V
INNHOLDSFORTEGNELSE	VII
TABELLER OG VEDLEGG	X
1. BAKGRUNN OG FORMÅL	1
1.1. PROBLEMSTILLING.....	2
1.2. HENSIKT	2
1.3. FORSKNINGSPØRSMÅL.....	3
1.4. OPPGAVENS STRUKTUR	3
2. RELEVANTE TEORETISKE REFERANSERAMMER OG KUNNSKAPSSTATUS PÅ FELTET	4
2.1. TVERRPROFESJONELL, TVERRFAGLIG ELLER FLERFAGLIG?	4
2.2. SAMARBEID ELLER SAMHANDLING?.....	5
2.3. KRAV OM SAMHANDLING	5
2.4. BRUKERMEDVIRKNING.....	6
2.5. TVERRPROFESJONELL SAMHANDLING OG BRUKERMEDVIRKNING I FYSIOTERAPI	7
2.6. AKTIV DELTAGELSE OG MEDVIRKNING SOM ET SAMMENSATT FENOMEN	10
2.7. MEDFORSKER	11
2.8. PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI.....	12
3. METODE:.....	14

3.1. VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING – FORTOLKENDE PARADIGME	15
3.2. VALG AV FORSKNINGSDESIGN	16
3.3. VALG AV FORSKNINGSMETODE.....	17
3.3.1. REKRUTTERING	18
3.3.2. DELTAKER-PRESENTASJON.....	19
3.3.3. ORGANISERING OG GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	19
3.4. BEARBEIDING OG ANALYSE AV INNSAMLET MATERIALE	22
3.5. METODEDISKUSJON	24
3.5.1. FORFORSTÅELSE	24
3.5.2. PLANLEGGING AV PROSJEKT.....	25
3.5.3. STRATEGISK UTVALG – FORDELER OG ULEMPER.....	26
3.5.4. ERFARINGER FRA DATAPRODUKSJON	27
3.5.5. ETISKE HENSYN	28
<u>4. RESULTATER OG DRØFTING: MEDFORSKNING, BRUKERERFARING OG KUNNSKAPSPRODUKSJON</u>	<u>29</u>
DAVID 41 ÅR	29
MARIA 61 ÅR.....	30
4.1. TVERRPROFESJONELL SAMHANDLING KOMMER IKKE AV SEG SELV	32
4.2. SAMHANDLING, HVOR FINNES DET?	34
4.3. KASTEBALLER I ET FRAGMENTERT HELSEVESEN	36
4.4. HVEM SKAL TA INITIATIV TIL SAMARBEID?.....	39

4.5. TID SOM RESSURS/KNAPPHETSRESSURS I SAMHANDLING MED PASIENT OG DE PROFESJONELLE	41
4.6. AKTUALISERE OG AKTIVISERE KROPPSLIG ERFARING OG KOMPETANSE – EN ALLIERT I DEN TVERRPROFESJONELLE SAMHANDLINGEN	43
MARIA	44
DAVID.....	47
4.7. ANERKJENNENDE KROPPSLIGE SAMHANDLINGER SOM BIDRAR TIL ERKJENNELSE.....	50
4.8. PASIENTENS ERFARINGSKUNNSKAP I SAMHANDLING MED DEN PROFESJONELLE	52
<u>5. FRA FORSKNING TIL PRAKSIS</u>	<u>55</u>
<u>KONKLUDERENDE BETRAKTNINGER</u>	<u>58</u>
<u>REFERANSELISTE.....</u>	<u>60</u>
<u>VEDLEGG</u>	<u>66</u>
VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA FOR PASIENTER OG BEHANDLERE	67
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE.....	75
VEDLEGG 3: PROSEDYRE VED GJENNOMFØRING AV INTERVJU	81
VEDLEGG 4: SVAR FRA REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIGE FORSKNINGSETIKK - REK.....	82
VEDLEGG 5: SVAR FRA NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA – NSD	83

Tabeller og vedlegg

Liste over tabeller:

Tabell 1: Casene i studien

Tabell 2: Deltagerne i mini-fokusgruppe intervjuene.

Oversikt vedlegg:

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema for pasienter og behandlere

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Prosedyre ved gjennomføring av intervju

Vedlegg 4: Svar fra regionale komiteer for medisinsk og helsefaglige forskningsetikk - REK

Vedlegg 5: Svar fra Norsk senter for forskningsdata – NSD

Vilkår for tverrprofesjonell samhandling og bidrag til tverrprofesjonelle behandlingsforløp i primærhelsetjenesten som psykomotorisk fysioterapeut.

1. Bakgrunn og formål

Gjennom erfaringene fra å jobbe som fysioterapeut, har jeg fått oppleve hvor viktig det er å ha et godt samarbeid både med andre profesjoner og pasienten selv. Når jeg har samarbeidet med andre har jeg lært mer og jeg opplever at pasientene føler seg bedre ivaretatt. For pasienter som har mer sammensatte utfordringer har dette vært spesielt meningsfullt. Erfaringene mine fra tidligere, hvor jeg arbeidet i et kommunalt tverrfaglig team, er at det er ressurskrevende å gi et godt tverrprofesjonelt behandlingstilbud til pasienter. Nå i privat praksis hvor jeg som student har utøvd psykomotorisk fysioterapi har det å arbeide tverrprofesjonelt med pasientene følt uopnåelig. Jeg har blant annet ikke de samme rammene som da jeg arbeidet i et tverrfaglig team.

Samhandling og samarbeid er aktualisert gjennom lovverk, gjennom dreininger mot pasientenes helsetjeneste, krav og plikt til brukermedvirkning og ønsket fra alle involverte. Deling av kunnskap og koordinering av tiltak er særlig viktig når det gjelder behandling av langvarige og/eller komplekse problemstillinger og funksjonsutfordringer (Iversen & Hauksdottir, 2020; Jensen et al., 1986; Willumsen & Ødegård, 2016). I Norge ses det en økende andel av befolkningen som lever med langvarig, kronisk og komplekse helseutfordringer. Det er økning i rusrelaterte og psykiske problemer, helseutfordringer knyttet til sammenhengen mellom helse, arbeid og sosialt liv, ensomhet og fattigdom.

Tverrprofesjonell samhandling løftes frem som et viktig tiltak for å sikre at pasientene får et bedre og mer sammenhengende, helhetlig og målrettet helse- og velferdstilbud (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 12; St. Meld. 47 (2008-2009), 2009, s. 65). Samhandling skal bidra til at pasienter får individuelt tilpasset, koordinerte og tilgjengelige tjenester med rom for egen medvirkning. Kritikerne peker på at samhandling like gjerne kan bety ansvarsfraskrivelse og fragmentering mellom tjenestene, og at det ikke er noen garanti for et godt resultat at flere yrkesgrupper er involvert (Thornquist, 2016; Willumsen & Ødegård, 2016, s. 47).

Psykomotoriske fysioterapeuter arbeider ofte i private praksiser og har mange pasienter med langvarige og komplekse problemstillinger (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2010). Det vil derfor være verdifullt å undersøke hvordan vilkårene er for tverrprofesjonell samhandling og hvordan en psykomotorisk fysioterapeut kan bidra til dette i tverrprofesjonelle behandlingsforløp. Så vidt jeg vet har dette ikke blitt beskrevet tidligere.

1.1. Problemstilling

Denne studien skal bidra til å belyse betydningen av psykomotorisk fysioterapi i tverrprofesjonelle behandlingsforløp i primærhelsetjenesten spesielt, og vilkår for tverrprofesjonell samhandling generelt.

- Hvordan er vilkårene for tverrfaglig samhandling og hvordan kan en psykomotorisk fysioterapeut bidra til dette i tverrprofesjonelle behandlingsforløp?

1.2. Hensikt

Hensikten med denne casestudien vil er å bidra til bedre forståelse av tverrprofesjonell samhandling for pasienter og behandlere i et psykomotorisk behandlingsforløp. Her vil tverrprofesjonell samhandling generelt bli definert som samhandlingen mellom pasienten og behandlere hvor produktet av samhandlingen er en *merviten*.

1.3. Forsknings spørsmål

- Hvilke erfaringer og opplevelser har behandlere og pasienter med tverrprofesjonell samhandling?
- Hvordan hemmer eller fremmer tverrprofesjonell samhandling bedring hos pasienten?
- Hvordan har tverrprofesjonell samhandling hemmet eller fremmet kroppslig endring hos pasienten?

1.4. Oppgavens struktur

Oppgaven består av seks kapitler. I kapittel en er bakgrunn og tema presentert. I kapittel to presenteres teoretiske referanserammer og kunnskapsstatus på feltet. Oppgavens metodiske valg og metodediskusjon blir beskrevet i kapittel tre. Analysen og drøfting av resultatet presenteres i åtte deler i kapittel fire. Kapittel fem er viet til diskusjon. Til slutt oppsummeres funn og oppgavens bidrag.

2. Relevante teoretiske referanserammer og kunnskapsstatus på feltet

I dette kapitlet vil jeg diskutere ulike tilnærminger og forståelse av profesjonelt samarbeid og begrepsfesting av dette, og tilsvarende diskutere brukermedvirkning som begrep, i klinisk praksis og som medforskning. Til slutt vil jeg presentere psykomotorisk fysioterapi og diskutere hvordan denne kliniske spesialiteten innenfor fysioterapi forholder seg til medvirkning og samhandling.

2.1. Tverrprofesjonell, tverrfaglig eller flerfaglig?

Det finnes ulike former for samarbeid. I litteraturen veksles det hovedsakelig mellom bruken av begrepene tverrprofesjonell, tverrfaglig og flerfaglig. Helsedirektoratets veileder for oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester (2018) skiller også mellom flerfaglig og tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2018). Begrepene tverrfaglig og tverrprofesjonell har mer eller mindre like beskrivelser, mens flerfaglig er kvalitativt forskjellig fra de andre to. Ved flerfaglige arbeidsprosesser jobber de ulike faggruppene ved siden av hverandre med sterkt atskilte fagområder. Hvert fag bidrar til å belyse problemet, men det etableres ingen direkte kontakt mellom de ulike innfallsvinkler og kunnskapsbaser som fagene representerer (Willumsen & Ødegård, 2016, s. 39).

Kjennetegnet til et tverrprofesjonelt og tverrfaglig samarbeid er at flere profesjoner jobber tett sammen om en konkret oppgave. Arbeidsoppgavene blir fordelt mellom deltakerne, og hver person blir forpliktet og ansvarlig for sin del av oppgaven for å nå et felles mål. De ulike faggruppers kunnskap og ferdigheter integreres. Dette krever kommunikasjon mellom de ulike personellgrupper. På denne måten bygges det opp en kollektiv forståelse og kompetanse på tvers av fag- og etatsgrenser. Sammen skaper deltagerne ny viten, en form for «merviten», som er en syntese av samarbeidspartnerens ulike bidrag, og som de ikke kan oppnå hver for seg (Iversen & Hauksdottir, 2020; Willumsen & Ødegård, 2016, s. 39). I oppgaven vil jeg, slik Iversen og Hauksdottir (2020) gjør, benytte begrepet *tverrprofesjonell* videre for å minske forvirringen.

2.2. Samarbeid eller samhandling?

Samarbeid og samhandling er begreper som brukes om hverandre (Ness, 2014). Definisjonen av samarbeid og samhandling er rimelig like, gjennom at begge handler om «å arbeide sammen med». Professor Ottar Ness (2014) skiller begrepene på «graden av forpliktelse og deltagelse mellom de ulike personene, deltagerne, tjenestene og avdelingene som samarbeider og samhandler» (Ness, 2014). På lik linje som tverrfaglig og flerfaglig er kvalitativt forskjellig, er samarbeid kvalitativt forskjellig fra samhandling. Ved samarbeid arbeider deltagerne sammen for å løse en konkret oppgave og hver person blir «forpliktet og ansvarlig» for sin del av oppgaven, for å oppnå et felles mål. Samhandling blir sett på som mer «diffust» og abstrakt begrep. Her er den gjensidige relasjonelle deltagelsen og engasjementet i den kontinuerlige dialogen mellom personene som arbeider sammen mer vektlagt, for å oppnå et felles mål. En kan kanskje si at samarbeid er mer konkret, mens samhandling er mer det relasjonelle og prosessuelle som foregår mellom personer som samarbeider underveis (Ness, 2014).

I denne oppgaven vil begge begrepene, «samarbeid» og «samhandling», bli brukt slik de er presentert over. Samarbeid og samhandling vil alltid innebære den felles arbeidsprosessen og kommunikasjon i behandlingsforholdet, og mellom pasient og behandlere for koordinering, planlegging og evaluering av behandlingsforløpene. Det er derimot en kvalitativ forskjell på samarbeidsformene som er relevante i utøvelse av ulike profesjoner.

2.3. Krav om samhandling

Kravet om samhandling i praksis og utdanning har vært nedfelt i nasjonale styringsdokumenter og lovreguleringer i over 30 år i Norge (Jensen et al., 1986, s. 75). I 2009 kom samhandlingsreformen (St. Meld. 47 (2008-2009)) som bidro til ny dynamikk i forståelsen av samarbeid; «Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse-Norge» (St. Meld. 47 (2008-2009), 2009). Her flyttes ansvar for helsetjenester fra statseid helseforetak til kommunene. Den kommunale helsetjenesten får dermed økt ansvar for pasientbehandlingen, noe som forutsetter tett samhandling mellom profesjonsutøvere i de respektive virksomhetene, og med pasientene og deres pårørende og

sosiale nettverk for øvrig (St. Meld. 47 (2008-2009), 2009, s. 37; Willumsen & Ødegård, 2016, s. 34). Til tross for fokus på tverrprofesjonell praksis i helse- og velferdspolitiske styringsdokumenter i en årrekke mener Willumsen & Ødegård (2016) at vi har kommet forholdsvis kort med utvikling av tverrprofesjonell samhandling, både i teori og praksis (Willumsen & Ødegård, 2016, s. 34). For å imøtekomme dette behovet er det ønskelig å forske på samhandling mellom profesjonelle og pasienter, for å forstå tverrprofesjonell samhandling bedre.

2.4. Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et mye brukt begrep i litteraturen og er en del av kunnskapsbasert praksis (Strømme, Larun, Langengen, Hole & Snibsøer, 2016). Brukermedvirkning er og lovpålagt og er sentralt i tverrprofesjonell samhandling (Iversen & Hauksdottir, 2020; Willumsen & Ødegård, 2016). Definisjon av brukermedvirkning er;

«Brukermedvirkning i helsetjenesten innebærer at de som berøres av en beslutning (pasient, pårørende og andre brukere), enten selv eller gjennom representanter fra brukerorganisasjoner, får innflytelse på beslutningsprosesser og på utformingen av helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene og i de enkelte helseforetakene» (Bahus, 2019).

Selv om det nå har gått 40 år siden brukermedvirkning ble satt på dagsorden i Norge og gradvis har blitt en sentral del av kunnskapsbasert praksis, er det ingen selvfølge at brukere medvirker (Hoffmann, Lewis & Maher, 2020; Rise, 2012; Stenner, Swinkels, Mitchell & Palmer, 2015). Pasientens rettigheter og bruken av brukermedvirkning har derfor også fått en egen pasientrettighetslov, for å sikre at pasientene skal få medvirke i gjennomføring av helsehjelpen. For å få til dette skal blant annet behandlere legge til rette for aktiv deltagelse og medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018). Dette gjelder også i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Willumsen & Ødegård, 2016, s. 36).

I nyere tid har det kommet flere metoder for å styrke pasientens mulighet for aktiv deltagelse og medvirkning (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 24). Blant annet «samvalg» (shared decision making) og «pasientmyndiggjøring» (empowerment). Et relativt nytt begrep er «samskaping» (co-production). Her fremheves pasienten som en person som er ekspert

på sin egen situasjon, og som medansvarlig og deltagende i utforming og planlegging av tjenestene, sammen med helse- og velferdspersonellet. Pasienten er en verdifull samarbeidspartner, ved at han eller hun bringer inn sin livserfaring, sitt engasjement i resultatet av behandlingen, sine kunnskaper, tålmodighet og sitt unike perspektiv på egne behov og prioriteringer (Iversen & Hauksdottir, 2020). Men når det er sagt, kan ensidig fokus på informasjon og utforskning av pasientens preferanser, ende med at vi ikke ivaretar sårbarheten og svakheten som ligger i det å være syk (Iversen & Hauksdottir, 2020; Skjeldal, 2021).

Brukermedvirkning vil bli brukt videre i oppgaven for å beskrive pasientens medvirkning i samhandling med de profesjonelle. Brukermedvirkning innebærer nettopp at tjenestene blir planlagt i samarbeid med de som skal nyttiggjøre seg av dem. Det forutsetter at helsepersonell verdsetter pasienten og han eller hennes erfaringer. Pasienten må også få informasjon om behandlingstilbudet, samt få innflytelse på beslutningsprosesser og på utformingen av helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunen og i de enkelte helseforetakene (Iversen & Hauksdottir, 2020; Skjeldal, 2021).

2.5. Tverrprofesjonell samhandling og brukermedvirkning i fysioterapi

Flere studier viser at fysioterapeuter (og annet helsepersonell for øvrig) er positive til samarbeid, enten det er i form av økt brukermedvirkning eller tverrprofesjonell samhandling (Helsedirektoratet, 2018; McGlinchey & Davenport, 2015; Topp, Westenhöfer, Scholl & Hahlweg, 2018; Ward et al., 2018). Fysioterapeuter er derimot usikre på hvordan samarbeidet skal gjennomføres i praksis (Gagliardi, Lemieux-Charles, Brown, Sullivan & Goel, 2007; Ward et al., 2018). Studier som har undersøkt pasientperspektivet har rapportert at det er stor bredde i hvilken grad pasienten ønsker å bli involvert i planlegging av helsehjelpen, altså hvor mye brukermedvirkning hver enkelt pasient ønsker (Bernhardsson, Larsson, Johansson & Öberg, 2017; Dukhu, Purcell & Bulley, 2018; McGlinchey & Davenport, 2015). Terapeuter kan og være i tvil om hvilke pasienter som kan klare å nyttiggjøre seg av brukermedvirkning (Dukhu et al., 2018; Ward et al., 2018). Kanskje spesielt innenfor psykiske helsetjenester (Alm Andreassen, 2009; Slade, 2017). Flere faktorer spiller inn for at

tverrprofesjonell samhandling skal fungere godt. Dette ble nøye kartlagt av folkehelseinstituttet i 2019, på oppdrag av regjeringen, siden kunnskapsgrunnet om effekten tverrfaglig samarbeid var uklart når regjeringen kom med retningslinjer for fremtidens primærhelsetjenester (Forsetlund, Vist, Hov & Aamland, 2019).

Folkehelseinstituttet trekker frem blant annet fysisk samlokalisering, felles informasjonssystem og kommunikasjonsrutiner, god uformell kommunikasjon, tilstrekkelig opplæring og fokus på felles visjoner og mål, som viktige påvirkningsfaktorer for en god tverrfaglig samhandling (Forsetlund et al., 2019). Dette var primært basert på kvalitativ forskning som tok for seg erfaringene ulike tverrfaglige team hadde. Folkehelseinstituttet avdekket også at pasientperspektivet ofte har vært fraværende i studiene, og det er uklart hvordan man tenker at pasienten skal involveres for at behandlingen skal kalles pasientsentrert. Dette stemmer godt overens med argumentet for hvorfor det stadig kommer oppdaterte bøker om hvordan helsepersonell skal jobbe mer tverrprofesjonelt, og ivareta brukermedvirkning (Iversen & Hauksdottir, 2020; Willumsen & Ødegård, 2016). Bøkene er skrevet på bakgrunn av at dette er kompetanse som må læres (Hoffmann et al., 2020; Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 5)!

Innenfor forskningsfeltet foregår det også brukermedvirkning. Blant annet har det blitt forsket på hva pasienter med ulike sykdomsforløp anser som viktige tema å forske mer på, basert på pasientenes erfaringer. Her er brukermedvirkning sentralt i forskningsprosessen (Gjengedal et al., 2019). Resultatene i studien til Gjengedal et al. (2019) kan bli relevante for denne oppgaven. For det viste seg at, uavhengig av hvilke sykdomsforløp pasientene hadde hatt, var det å ikke bli tatt seriøst over tid innad i helsevesenet en av de meningsbærende strukturene som kom frem. Den ene gruppen som deltok i studien, led av kroniske muskelsmerter. De beskrev en lang, ensom, ydmykende og slitsom prosess med å bli tatt seriøst, bli undersøkt skikkelig, finne en diagnose og få hjelp med deres sykdom. Informantenes ønske om oppfølging over tid, og en koordinator som kunne støtte dem gjennom mylderet av behandlingstilbud som ble foreslått, var tema som deltagerne spesifikt uttrykte ønske om mer forskning på (Gjengedal et al., 2019). Mangelfullt samarbeid i helsetjenesten og mellom helse og velferdstjenesten er velkjent og ofte omtalt (Iversen & Hauksdottir, 2020; Willumsen & Ødegård, 2016). Jeg ønsker derfor å se nærmere på hvordan

en psykomotorisk fysioterapeut bidrar til tverrprofesjonell samhandling i et tverrprofesjonelt behandlingsforløp.

Men hvem bestemmer hva brukermedvirkning burde være? Et dilemma fremhevet av Eskil Skjeldal (2021) er at hver og en pasient er et eget univers, men om tjenestene skal ta hensyn til en og en, blir det vanskelig å opprette tilbud som er likt, for alle. Men om ikke tjenestene er brukerorienterte, er det fare for standardisering og å miste den enkeltes behov av syne.

Det blir stadig innført flere pakkeforløp for nye pasientgrupper (Helsedirektoratet, 2021). Helsedirektoratet er blant annet i gang med å utvikle pakkeforløp for pasienter med langvarig utmattelse og/eller smerte av uklar årsak (Sønstebo, 2021; Sørli, 2020). Her ligger tverrprofesjonell samhandling og økt samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste i bunn. Hensikten er å sørge for at pasientgruppen får tilbud som er individuelt tilpasset, gir økt livskvalitet og styrket funksjon (Sønstebo, 2021; Sørli, 2020), men også å standardisere behandlingen (Skjeldal, 2021, s. 139).

Norsk fysioterapiforbund sitt innspill til ideen om pakkeforløp er å ta i bruk blant annet «knutepunktmodellen» (Sørli, 2020). Med utgangspunkt i denne modellen har det de siste årene pågått et prosjekt, hvor formålet er å imøtekomme ønsket om mer samhandling mellom profesjoner i primærhelsetjenesten. Her har privatpraktiserende fysioterapeuter og allmennleger møttes for å oppnå en felles forståelse av langvarige og sammensatte utfordringer, oppnå enighet om egen og hverandres praksis og rolle i arbeidet med denne type utfordring, og oppnå enighet om god kommunikasjon mellom samhandlende parter og overfor pasienter. Erfaringene fra prosjektet og opplevelsene i ettertid har vært positive, ved at flere synes terskelen for å samhandle har blitt lavere og det er mer forståelse av hvordan de ulike profesjonene jobber. Tilbakemeldingen fra pasientene har også vært positive, ved at de synes det er betryggende at fysioterapeuten og allmennlegen samhandler jevnlig (Johannessen, 2017). Prosjektet «knutepunktmodellen» har utviklet seg videre til et forskningsprosjekt med tittelen «samhandlende team i primærhelsetjenesten» som skal være ferdig 31.12.21 (Garnæs, 2021).

2.6. Aktiv deltagelse og medvirkning som et sammensatt fenomen

Aktiv deltagelse og medvirkning er sammensatte fenomen, og det kan være mange grunner til at dette ikke alltid skjer (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 12, 119; Skjeldal, 2021; Willumsen & Ødegård, 2016, s. 104). Et eksempel er når pasienten ikke ønsker å delta i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Hvordan blir «ikke deltagelse» oppfattet av helsepersonell? Blir det et tegn på avvik? Velferdsstatens tjenester utøves i ansikt til ansikt relasjoner basert på strukturelle forutsetninger. Det er overindividuelle vilkår for handling og samhandling. I møtet mellom den profesjonelle og pasienten vil forskjellene mellom dem alltid bety noe, men hvilke forskjeller får betydning, for hvem og når eller hvor? Styringsystemer, struktur og kultur påvirker pasienten og utgjør en sentral del av pasientens handlingsrom. Også sosial ulikhet, funksjon, klasse eller kjønn er eksempler på kroppslig forankrede ressurser og begrensninger for deltakelse. Hverdagslivet kan heller ikke settes på pause eller utsettes. Vi gjør alltid noe og forholder oss alltid til noen, selv i taushet og avvisning (Sudmann & Henriksbø, 2011).

Aktiv deltagelse og medvirkning må altså tilpasses den enkelte pasient, hvor deltagelse ses på som et sammensatt fenomen som foregår ved samhandling i ansikt til ansikt relasjoner, konkret plassert i tid og rom. Ønsker for eksempel pasienten å forstå de ulike behandlingsoalternativene og de faglige forutsetningene for valg og behandling? Vil pasienten være nøkkelperson i valg og gjennomføring av behandling slik som det er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven? Målet med å få på plass lovverk, metoder for brukervedvirkning og økt fokus på samhandling er å kunne gi bedre tjenester til pasientene. Men hvem bestemmer at samhandling er nyttig og gir en bedre tjeneste, for hvem og hvordan? Dette er kanskje spørsmål som må rettes til den som mottar hjelp fra helsevesenet. Med økt fokus på brukervedvirkning og tverrprofesjonell samhandling vil avklaringer om hva et samarbeid skal innebære fremstå som meget viktig. I neste avsnitt beskrives hvorfor aktiv deltagelse og medvirkning vil bli benyttet i forskningsprosessen i denne oppgaven.

2.7. Medforsker

Når jeg skal forske på tverrprofesjonell samhandling, hvor pasienten er aktivt med i planlegging og gjennomføring av sitt behandlingsforløp, vil det være unaturlig å ikke involvere pasienten i forskningsprosessen. Uten denne medvirkningen vil jeg kunne overse pasientens perspektiv. Pasienter bør spille en aktiv rolle i å sette forskningsprioriteringer slik at kunnskap fra forskningen blir praktisk anvendbar i pasientbehandlingen (Gjengedal et al., 2019; Karlsson & Borg, 2021; Skjeldal, 2021). Pasientene kan komme med innspill på hva som er viktig for dem når forskningen gjennomføres. Uten deres perspektiv, i planlegging og gjennomføring av forskning, kan man risikere forskningsavfall, det vil si å skape forskningsresultater med liten relevans for pasientene (Gjengedal et al., 2019; Karlsson & Borg, 2021, s. 123; Skjeldal, 2021, s. 73).

Brukermedvirkning kan være avgjørende for å identifisere spørsmålene jeg ønsker å stille og hvilket datamateriale som er nyttig å gå videre med. Ved å involvere pasienten i hele forskningsprosessen kan jeg oppnå mer relevante resultat og samtidig bedre rekrutteringen av informanter (Gjengedal et al., 2019; Karlsson & Borg, 2021, s. 66; Sacristan et al., 2016; Skjeldal, 2021, s. 73). Pasientenes erfaringer fra forskningsprosessen kan også skape grunnlag for videre forskning. Det skal også legges til grunn at det i nyere tid har kommet krav om brukermedvirkning i forskningsprosjekter (Helse-sørøst, 2015; Karlsson & Borg, 2021, s. 65). Formålet med kravene er å bedre forskningens kvalitet og relevans. Vi vet derimot foreløpig lite om hva brukermedvirkning tilfører resultatene av forskningen (Skjeldal, 2021, s. 37). Noen forskere mener det skaper bedre og mer meningsmettede kvalitative intervjudata hvis medforskere fra undersøkelsesgruppen involveres i selve intervjuarbeidet, mens andre forskere legger vekt på at en viss distanse mellom intervjuer og informant er produktivt (Skjeldal, 2021, s. 73).

Brukermedvirkning i forskningsprosessen er svært ressurskrevende, men en viktig utvikling mot større demokratisk kontroll over profesjonelt arbeid. En tjeneste får et bedre kunnskapsgrunnlag og blir mer treffsikker ved aktivt å inkludere pasienten (Karlsson & Borg, 2021, s. 64; Skjeldal, 2021, s. 77).

2.8. Psykomotorisk fysioterapi

Psykomotoriske fysioterapeuter arbeider i dag hovedsakelig i primærhelsetjenesten, i private klinikker. Pasientene som går til slik behandling, har ofte sammensatte og langvarige helseutfordringer. Helseplagene har ofte pågått over mange år og psykiske utfordringer er vanlig hos pasienter som henvises til psykomotorisk fysioterapi. Mange av pasientene går også til andre behandlere samtidig (lege, psykolog, fysioterapeut og alternative behandlere) (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2008).

Behandlingstradisjonen vokste frem på slutten av 1940-tallet. Grunnlaget for den psykomotoriske tradisjon ble lagt gjennom et tett samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Adel Bülow-Hansen. Etter Braatøys død samarbeidet Bülow-Hansen videre med psykiater Nils Houge og allmennpraktiker Thoralf Hødal. Dette samarbeidet var viktig for å bringe tradisjonen videre. Fysioterapiskolene overtok etter hvert formelt ansvar for undervisning i Norsk psykomotorisk fysioterapi (Ianssen, 1997; Thornquist, 1986, 2006; Øvreberg, Andersen, Hanssen & Ianssen, 2016). Helt siden Braatøy og Bülow-Hansen sitt samarbeid, har psykologer og psykiatere samarbeidet med psykomotorisk fysioterapeuter i behandling av pasienter (Ekerholt, Schau, Mathismoen & Bergland, 2014). Fokuset på samhandling med pasient og andre profesjoner vektlegges også i studieplanen til masterprogrammet «Fysioterapi ved psykiske og psykososiale helseproblem», som gir kompetanse til å praktisere som psykomotorisk fysioterapeut (Høyskolen på Vestlandet, 2020).

Psykomotorisk fysioterapi og fysioterapi forøvrig er helt avhengig av samarbeid med pasienten, men det er fysioterapeuten som leder arbeidet (Øvreberg et al., 2016). Tom Andersen (1997) går så langt som å kalle det et samvær. Vanligvis endrer dette samarbeidet seg hele tiden. Derfor er det også noe en arbeider med hele tiden (Ianssen, 1997, s. 167). I behandlingsprosessen hos psykomotorisk fysioterapeut er kroppen innfallsvinkelen og inngangsporten til spørsmål og samtale. Kroppsundersøkelsen og bruk av massasje er av stor betydning. Terapeuten påvirker og følger hele tiden endringer i respirasjon, kroppsholdning, kroppsfunksjon, muskulatur, autonome reaksjoner osv. Dette er noe av det som skaper grunnlaget for samhandling med pasienten, hvor både pasienten og terapeut mottar og gir; pasienten mottar stimulering og gir sitt gjensvar på dette, mens behandleren på sin side

mottar gjensvaret gjennom hender, syn og hørsel, og gir ny stimulering på grunnlag av dette. Pasienten skal være aktivt med i behandlingen. Dette foregår blant annet ved å hjelpe den enkelte til å bli kjent med sin egen kropp og sine reaksjonsmønstre og aktivt trekke pasienten med i refleksjoner. I samhandling med pasienten utforsker de symptomet og dets historie og sammen skaper en merviten (Ianssen, 1997; Thornquist, 1986; Øvreberg et al., 2016). Siden psykomotorisk fysioterapi kan oppleves som en dyptgripende behandling, kan enkelte pasienter bli frarådet å starte opp med behandlingsformen. Pasienten må være motivert, og villig til å akseptere at omstillingen tar tid, er en overgivelse til endring og kan gi ubehagelige reaksjoner som må tolereres. Pasienten må også være delaktig i samarbeidet hele tiden (Ianssen, 1997; Thornquist, 1986; Øvreberg et al., 2016). Pasientens livssituasjon er med andre ord medbestemmende for den omstillingen som finner sted (Ianssen, 1997; Thornquist, 1986; Øvreberg et al., 2016).

3. Metode:

Dette kapittelet vil jeg beskrive og begrunne metodologiske og vitenskapsteoretiske valg. Videre presenteres deltagerne i studien og prosessen med å samle inn og analysere datamaterialet. Til slutt i kapittelet diskuteres de metodiske valgene som har blitt gjort.

Formålet med dette prosjektet er å utforske en sosial praksis, for å prøve å forstå den mer i dybden. Det er ønskelig å få tak på hvilke mening sosiale aktører tillegger handlinger og hendelser. I dette forskningsprosjektet innebærer det å legge vekt på tolkning og forståelse av vilkårene for tverrprofesjonell samhandling, og hvordan en psykomotorisk fysioterapeut bidrar til dette i tverrprofesjonelle behandlingsforløp. Denne samhandlingen blir forståelig og meningsfylt i lys av den sosiale situasjonen og heilheten disse personene inngår i.

For å skape data, på en systematisk måte, fra reelle samarbeidsrelasjoner må jeg ha nærhet til dem som har erfaring med det jeg ønsker å undersøke (Bukve, 2016, s. 93). Jeg vil studere en sosial praksis i sin virkelige kontekst. I denne studien gjelder det behandlere og pasienter som har erfaring med tverrprofesjonell samhandling. Ambisjonen er å ta i bruk de teoriene som best hjelper med å tolke data. Gjennom å sette datamaterialet i sammenheng med slik teori kan mønstrene i datamaterialet frembringes. Sentrale spørsmål i dette arbeidet vil være om det er samsvar mellom mønstrene i datamaterialet og det man ville forvente med utgangspunkt i teorien man sammenligner med (Bukve, 2016, s. 88). For å skape data som kan svare på problemstillingen i dette forskningsprosjektet er det derfor mest hensiktsmessig å ta i bruk et kvalitativt forskningsdesign (Bukve, 2016, s. 83; Creswell & Creswell, 2018, s. 4).

Ny kunnskap kan utvikles ved å bruke etablerte teorier som ramme for å studere nye fenomen eller kjente fenomen i nye sammenhenger (Bukve, 2021, s. 140). Tverrprofesjonell samhandling er godt beskrevet teoretisk, men det vil oppleves ulikt fra en praksis til en annen. Gjennom å analysere tverrprofesjonell samhandling i tilknytning til pasienter som går i psykomotorisk fysioterapibehandling, i lys av kjente teoretiske perspektiv, kan studien bidra til ny kunnskap om en sosial praksis i denne konteksten som er lite belyst. Spørsmålet blir da hvilke teorier som best forklarer erfaringene de profesjonelle har med samarbeidet slik som det utspiller seg der (Bukve, 2021, s. 141).

Kvalitativ forskning egner seg spesielt godt når det er et nytt emne eller ny gruppe mennesker som skal studeres (Creswell & Creswell, 2018, s. 19). Strukturerte, teoriinformerte casestudier vil ofte være et godt valg ifølge Bukve (2021), for den ferske forskeren som skal gjøre et prosjekt med avgrenset tidsramme, som for eksempel et masterprosjekt (Bukve, 2021, s. 141). Datamaterialet som trengs for å besvare problemstillingen forankrer studien i et vitenskapsteoretisk paradigme som fokuserer på å forstå heller enn å forklare det som studeres.

3.1. Vitenskapsteoretisk forankring – fortolkende paradigme

Vi forstår et fenomen på grunnlag av visse forutsetninger, og vår forståelse er uttrykk for den bakgrunn vi selv bringer med oss inn i forståelsesprosessen (Bukve, 2016, s. 68; Gilje & Grimen, 1995, s. 148; Karlsson & Borg, 2021, s. 19). Min forforståelse som fysioterapeut og mastergradsstudent gir min oppmerksomhet retning og preger mine fortolkninger i møte med pasienter, men også min forskningsprosess. Dette kommer for eksempel til uttrykk ved måten jeg tolker og forstår pasienters utsagn, som er preget av de forestillinger og erfaringer jeg bærer med meg. Jeg ønsker å studere meningsfulle fenomen som foregår i samarbeidsrelasjoner. Meningsfulle fenomener er forståelige bare i den sammenheng eller kontekst de forekommer i. Det er sammenhengen som gir dem en bestemt mening (Gilje & Grimen, 1995, s. 142; Karlsson & Borg, 2021, s. 20; Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). Situasjonen til pasienten og behandler er med å gi handlingen en bestemt identitet, eksempelvis hvorfor har pasienten tverrprofesjonell oppfølging..

I hermeneutikken er en opptatt av hva forståelse er, og drøfter problemer knyttet til vilkårene for forståelse og fortolkning, og til hvordan vi skal gå frem for å oppnå fruktbare og gyldige fortolkninger (Thornquist, 2018, s. 167). Fortolkning av meningsfulle fenomener er noe vi som sosiale aktører gjør hele tiden. Det er noe vi må gjøre for å kunne samhandle med andre sosiale aktører. Vanligvis skaper ikke dette problemer, fordi vi deler så mange felles kulturelle og sosiale forutsetninger (Gilje & Grimen, 1995, s. 142). Ofte kan et fenomens mening derimot være uklar for oss. Hvordan en psykomotorisk fysioterapeut bidrar i det tverrprofesjonelle behandlingsforløpet er et eksempel på dette. Ved bruk av

fortolkning er det ønskelig å finne frem til underliggende mening ved den sosiale praksisen, eller få tak i det som fremstår uklart og formidle det på en klarere måte.

Sosiale aktører handler ut ifra bestemte forståelsesrammer. For at handlingene skal stå fram som meningsfulle for oss, må vi se de i lys av den konteksten som gir aktørene grunner til å handle som de gjør (Bukve, 2016). Forstående tolkning er på mange måter overførbart til det å arbeide som psykomotorisk fysioterapeut. Noe av det sentrale ved denne terapiformen er å prøve å forstå hvordan levd liv setter spor i kroppen, altså hvordan symptomene pasienten har kan forstås i lys av den kontekst som gir pasienten grunner til å handle som han eller hun gjør (Thornquist, 1986, s. 13). Terapeuten må også være bevisst sin egen forforståelse og hvordan han eller hun påvirker gjensidig samhandlingen med pasienten. Dette er direkte overførbart til arbeidet som forsker i utvikling og analyse av datamaterialet. Det er ikke ønskelig å beskrive praksis slik den er, men heller å forsøke å forstå hvorfor vi gjør som vi gjør.

3.2. Valg av forskningsdesign

I utviklingen av prosjektplan for studien har jeg diskutert temaet med kolleger, veiledere, medstudenter og andre fagprofesjoner som har erfaring med tverrprofesjonell samhandling. Dette har hjulpet meg å åpne feltet og gitt meg orienteringskunnskap i det terrenget jeg skulle studere. Ved å benytte en case-studiedesign skaper jeg samhandlingsdata med rike beskrivelser fra et tverrprofesjonelt samarbeid som gir nærhet til fenomenet. Dette studiedesignet går i dybden av et sosialt fenomen, eller en case, som kan være alt fra et individ eller en familie, til pasienter og deres behandlere (Creswell, 2007, s. 73; Polit & Beck, 2017, s. 476). En vanlig nybegynnerfeil i kvalitativ forskning er at man ikke definerer casen i studien. Hva som er casen kommer an på hva som er formålet med prosjektet, eller hva slags kunnskap jeg ønsker å utvikle (Bukve, 2021, s. 127-128).

Hensikten med denne casestudien vil være å bedre forståelse av og verktøy for tverrprofesjonell samhandling, først og fremst for privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeuter i primærhelsetjenesten, men også for pasienter og behandlere generelt. I

forskningsprosjektet vil jeg studere to caser. Hver case består av helsepersonell som samarbeider/samhandler om behandling og rehabilitering av en pasient (en kvinnelig og en mannlig) som går til psykomotorisk fysioterapeut i primærhelsetjenesten. Dette beskrives som kollektiv casestudie (collective case study), fordi man studerer et fenomen gjennom flere caser, som illustrerer samme praksis (Bukve, 2021, s. 127; Creswell, 2007, s. 74).

3.3. Valg av forskningsmetode

Det empiriske datamaterialet er utviklet gjennom semistrukturerte mini-fokusgruppe intervju som tar sikte på å gå i dybden på informantenes erfaringer og tanker og belyses gjennom eksempler fra praksis. Det vil si at intervjuene har en struktur og en hensikt, hvor oppgavens problemstilling er sentral (Creswell, 2007, s. 109; Kvale et al., 2015, s. 156; Malterud, 2017, s. 69-74). Intervju er ifølge Kvale og Brinkmann (2015) en intersubjektiv og sosial samtalebasert erkjennelsesprosess. En aktiv kunnskapsproduksjonsprosess, der jeg og informantene skaper kunnskap sammen. Min subjektivitet vil i stor grad påvirke kunnskapsutviklingen (Kvale et al., 2015, s. 71; Malterud, 2017, s. 69; Skilbrei, 2019, s. 37). Informantene vil derfor heretter bli referert til som *deltagere* i denne dataproduksjonen. Pasientene i studien vil videre bli referert til som *medforskere*.

Ved å anvende mini-fokusgruppeintervju er det ønskelig å skape en gruppedynamikk der assosiasjoner fører til andre fortellinger enn dem man ville fått i individuelle intervju (Malterud, 2017, s. 70). Det er ikke mål om å kunne generalisere funnene i denne studien, men heller vise ulike perspektiv på problemet, og/eller si noe mer grunnleggende eller allment som kan være relevant på nye måter i nye sammenhenger. Medforsker deltar i dataproduksjon med sine refleksjoner, men er også med som forsker og bidrar derfor også i struktureringen av intervjuene og rekruttering av relevante deltagere. Før og etter mini-fokusgruppeintervjuene har jeg samtale med medforsker om det aktuelle intervjuet. Her diskuteres hva vi ønsker å spørre deltagerne om, redigerer på intervjuguiden og reflekterer over hva vi hørte i intervjuet som var interessant. Det skal ligge til grunn at ansvaret er hos meg som forsker, både i planlegging, gjennomføring og ferdigstilling av masteroppgaven. Ved kombinasjonen av at pasienten er medforsker og informant ivaretas

brukermedvirkningen og samtidig stimuleres tverrprofesjonell samhandling. På den måten kan mini-fokusgruppene utvikle merviten.

3.3..1. Rekruttering

Utvalget er formålsbestemt og strategisk ved at pasientene skulle gå til psykomotorisk behandling og ha mer enn en behandler som ønsket å dele sine erfaringer og opplevelser med meg (Creswell, 2007, s. 126; Lomborg & Ankersen, 2010; Malterud, 2017, s. 58; Thagaard, 2018, s. 54). Rekrutteringen av deltagere foregikk fra juni 2020 til med januar 2021. Jeg informerte en psykomotorisk fysioterapeut om studien. Terapeuten valgte to pasienter som oppfylte kriteriene for å delta, som kunne svare på problemstillingen og som ønsket å delta. Terapeuten informerte pasientene og spurte om de ville delta i prosjektet. Videre fikk jeg kontaktinformasjonen til disse to pasientene. De to ble mine medforskere.

Den neste utvelgelsen av deltagere ble gjort i samarbeid med disse medforskerne. De valgte ut behandlere som de har gått til tidligere eller hadde oppfølging av på nåværende tidspunkt. Behandlerne som ble valgt var de vi i felleskap anså som mest relevante å intervju (snøballutvelging), for å best mulig svare på problemstillingen, og som var mulig å rekruttere innenfor de rammene vi hadde (Polit & Beck, 2017, s. 492). Medforskerne informerte de utvalgte behandlerne om prosjektet, og spurte om de ønsket å delta. Fra medforskerne fikk jeg deres kontaktinformasjon, og de ble så invitert til å delta i studien. Totalt rekrutterte vi 5 deltagere til studien. Selv om en av disse ikke var helsepersonell, men arbeidsleder valgte vi å inkludere denne personen fordi dette var medforskernes ønske, og det kunne bidra til enda mer bredde i oppgaven.

3.3..2. Deltaker-presentasjon

Alle 8 deltagerne ble rekruttert fra en mellomstor kommune i Nordland.

Maria	David
Medforsker: Maria 61 år	Medforsker: David 41 år
Psykomotorisk fysioterapeut: Siri 55 år	Psykomotorisk fysioterapeut: Siri 55 år
Fastlege: Jacob 53 år	Sykepleier i ambulant rehabiliteringsteam:
Arbeidsleder: Knut 38 år	Renate 43 år og Åse 54 år

Tabell 1: Casene i studien

3.3..3. Organisering og gjennomføring av intervjuene

Nedenfor er en skjematisk fremstilling av de fem intervjuene:

Metode	Pseudonymer	Rolle	Bakgrunn
Mini-fokusgruppe 1	«Maria»	Medforsker 1	Pasient
	«Siri»	Deltager	PMF
	Marcus	Forsker	Mastergradsstudent
Mini-fokusgruppe 2	«David»	Medforsker 2	Pasient
	«Siri»	Deltager	PMF
	Marcus	Forsker	Mastergradsstudent
Mini-fokusgruppe 3	«Maria»	Medforsker 1	Pasient
	«Jakob»	Deltager	Fastlege
	Marcus	Forsker	Mastergradsstudent

Mini-fokusgruppe 4	«David»	Medforsker 2	Pasient
	«Renate»	Deltager	Sykepleier i ART.
	«Åse»	Deltager	Sykepleier i ART.
	Marcus	Forsker	Mastergradsstudent
Mini-fokusgruppe 5	«Maria»	Medforsker 1	Pasient
	«Knut»	Deltager	Arbeidsleder
	Marcus	Forsker	Mastergradsstudent

Tabell 2: Deltagerne i mini-fokusgruppeintervjuene.

Som presentert i tabellen består mini-fokusgruppene av tre eller fire personer. Pasientene er med som medforskere i intervjuene av sine behandlere/arbeidsleder. Sammen med medforsker Maria ble det gjennomført tre fokusgruppe intervju, og med David ble det gjennomført to.

Alle studiedeltagerne fikk informasjon om studien minimum 14 dager før intervjuene ble gjennomført. Sammen med informasjonsskrivet (vedlegg 1) var også samtykkeerklæringen. Disse ble gjennomgått i forkant av intervjuene og signert samtykke ble samlet inn. Intervjuene ble gjennomført fortløpende fra midt desember til slutten av februar. Hvert intervju bestod av en samtale med medforsker før intervju, intervju med medforsker og deltager og en samtale med medforsker etterfølgende. Både samtalene før og etter intervju, og intervjuene i sin helhet ble tatt opp med diktafon, samt at observasjoner og refleksjoner ble notert i feltnotatene (Creswell, 2007, s. 137; Malterud, 2017, s. 73).

Det ble brukt en tematisk intervjuguide (vedlegg 2) med syv hovedtema. Temaene er de samme for alle intervjuene; innledning, helserelevante møter/samhandling, kommunikasjon, kroppslig endring, nære relasjoner og avslutning. Sammen med temaene var det eksempel på spørsmål som kunne stilles til hver av temaene. Spørsmålene var mest veiledende, og ble gjennomgått med medforsker før hvert intervju. Det ble lagt vekt på i utformingen av intervjuguiden, at spørsmålene ble formulert som åpne spørsmål for å fremme diskusjon. De

skulle helst ikke være ledende, men bidra til å åpne feltet jeg forsket på. Intervjuguiden ble dermed dynamisk, hvor den forandret seg etter hvert som vi lærte fra intervjusituasjonene. Vi tilpasset også spørsmålene til den profesjonen som skulle delta i mini-fokus intervjuene. Hvis det kom informasjon i intervjusituasjonen som var utydelig, eller det var påstander vi ønsket å bekrefte eller avkrefte, ble det stilt oppfølgingsspørsmål i lukket form. For at jeg ikke skulle glemme noe før, under eller etter intervjuene ble det utarbeidet et prosedyreskjema for gjennomføring av intervjuene (vedlegg 3).

Ved å inkludere medforsker i utforming og gjennomføring av intervjuene ble spørsmålene mer relevante for det som var viktig for pasienten. Ved å gjøre et pilotintervjuet forebygget jeg uforutsette tekniske/praktiske utfordringer (Creswell, 2007, s. 133). Jeg fikk øvet meg i intervjusituasjon og gjennomgått spørsmål som jeg vurderte som relevante. I piloten oppdaget jeg for eksempel at det ble lett misforståelser ved å bruke flere uttrykk for samarbeid (tverrprofesjonell, flerfaglig, samarbeid og samhandling). I hele prosessen har jeg prøvd å ta høyde for min rolle som forsker, hvor både situert kunnskap, forforståelse og teoretisk referanseramme påvirker min tolkning av dataene (Flyvbjerg, 2016; Malterud, 2017). Dette merket jeg var mest utfordrende fra andre intervju og videre, hvor jeg kunne kjenne på fristelsen for å prøve å gjenskape data fra første intervju.

Den kvalitative forskningsprosessen kjennetegnes av fleksibilitet (Creswell, 2007, s. 130; Malterud, 2017, s. 76). Som forsker har jeg rett og plikt til å lære av mine erfaringer, og til å korrigere kursen i prosjektet i samsvar med det jeg erkjenner underveis. Dette var viktig i alle stegene av forskningsprosessen, men kanskje spesielt viktig under utforming av intervjuguide, og i refleksjonen med medforsker om hvilke deltagere som var viktige å intervju for å belyse temaet best mulig. For eksempel var det kun behandlere (leger, terapeuter el. lig.) som var tenkt inn i denne studien. Underveis i forskningsprosessen ble jeg og medforsker enig om at det ville være relevant å inkludere pasientens arbeidsleder også, siden hennes arbeidsplass har vært en viktig samarbeidspart i hennes liv.

To av intervjuene ble gjennomført på mitt kontor hvor jeg hadde praksis, et på fastlegens møterom, et hjemme hos medforsker og det siste var på medforsker sin arbeidsplass. Det var stort sett medforsker som kom med ønske for hvor intervjuene skulle gjennomføres. Tidspunkt for alle intervjuene ble avtalt via meg, hvor alle fikk komme med ønske for

tidspunkt. Et par ganger lot det seg ikke gjøre å ha samtale med medforsker rett før intervjuet, det ble da gjennomført dagen før eller på telefon.

Alle intervjuene startet med at deltagerne fortalte litt om seg selv (bakgrunnsvariabler). Videre vekslet intervjuet mellom samtale mellom deltagerne og medforsker og svar på åpne spørsmål fra meg eller medforsker. Det var også elementer av mer strukturert samtale der det ble svart på spesifikke spørsmål, som regel i form av oppfølgingsspørsmål. Til slutt, som en del av oppsummeringen, ble deltagerne spurt om de hadde tanker eller refleksjoner som ikke var blitt spurt om eller om de hadde spørsmål de ønsket at vi tok med videre i neste intervju. En av fordelene med å gjøre dette er at det kan bidra til å hindre at intervjuet kun blir et resultat av min forforståelse, samt forhindre ekkoeffekten (Malterud, 2017, s. 44-49; Skilbrei, 2019, s. 158). Varigheten av mini-fokusgruppeintervjuene varierte fra en til to timer. Etter intervjuet ble lydfilene lastet direkte opp på høyskolens forskningsserver og slettet på diktafonen av forsker.

3.4. Bearbeiding og analyse av innsamlet materiale

Alle former for data er mer eller mindre vellykkede gjengivelser av det som hendte, filtrert og redusert gjennom de valgene jeg tar underveis i datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 75). Første analysenivå var opptak av intervjuene som ble transkribert til tekst. Transkripsjon er en tidkrevende prosess, som kan forstås som en systematisk dekontekstualiserende og svekkende gjengivelse av en intervjusituasjon (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017, s. 74; Thornquist, 2018, s. 211) Likevel var transkriberingen av intervjuene til tekst nødvendig for å organisere materialet og gjøre det tilgjengelig for analyse. Ved å gjøre transkriberingen selv kan jeg få gjenoppleve erfaringene fra datainnsamlingen og gjøre meg kjent med datamaterialet fra en ny side. Jeg kan og bedre vite hva som skjer med teksten etter hvert som den fortelles og bearbeides. Dette er en viktig forutsetning for å kunne bedømme pålitelighet og gyldighet av materialet under analysen (Malterud, 2017, s. 75).

Både under transkriberingen og i de senere fasene av analysen har jeg forsøkt å være bevisst på at intervjuene var levende samtaler, ikke tekst. Under transkriberingen har jeg derfor så

godt som mulig forsøkt å synliggjøre ulike meningsbærende påvirkninger under samtalene som kunne ha betydning for det som ble sagt (eks. nonverbal kommunikasjon). Pauser har blitt merket «tenkepause» i parentes. Språklig særpreg som når deltageren leter etter det rette ordet for å forklare noe, har jeg valgt å belyse med «leter etter ordene» i parentes. Latter er skrevet som «hehe». Engelske ord og dialekt uttrykk er satt i hermetegn. Andre lyder, eller for eksempel kroppsspråk som ga mening i det som ble sagt, ble beskrevet i parentes. Videre har jeg også lagt til tegnsetting som punktum, spørsmålstejn og komma for at det skal være lettere å lese.

Informantene hadde ulike dialekter. Jeg valgte å transkribere til bokmål, noe som førte til at jeg måtte gjøre enkelte endringer i ord og setningsoppbygging for at teksten skulle gi mening. Å oversette dialekt til bokmål kan føre til at informasjon går tapt, noe jeg har vært oppmerksom på i oversettelsen. En fordel med å oversette dialekt til bokmål er at det virker anonymiserende for informant, dette styrker deltagerens personvern. Den detaljerte transkriberingen har sikret at utdragene jeg har brukt, samsvarte best mulig med hva som ble kommunisert under intervjuene. Vektleggingen i den videre analysen, har likevel vært på hva som ble sagt foran hvordan. I transkripsjonen er deltagerens navn byttet ut med de pseudonymene jeg har tildelt dem. For andre personer som blir omtalt i intervjusituasjonen, som ikke er til stede i intervjuet, har jeg belyst med deres yrkestittel og ikke navn, så det skal være lettere å forstå relasjonen til denne personen.

Siden formålet med prosjektet er å gjøre teoretisk tolkning av en type praksis i et felt der dette er lite utforsket, er det hensiktsmessig med en analyseramme som er åpen og fleksibel (Bukve, 2016, s. 92). Slike prosesser vanskeliggjøres dersom prosjektplanen gjør datainnsamling og analyse til atskilte deler av forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 76). I følge Skilbrei (2019, s. 171) er datainnsamling og analyse ikke adskilte prosesser i kvalitativ forskning. Analysen starter allerede ved datainnsamlingen. Ved å transkribere intervjuene fortløpende har jeg hatt mulighet til å oppdage svakheter i materialet, og risikoen for å få utallige sider «dødt materiale» (Malterud, 2017, s. 80). Ved en åpen og fleksibel tilnærming har jeg kunnet tilpasse meg uventede funn som ledet inn i nye retninger. Jeg endte til slutt med 92 sider ferdig transkribert datamateriale.

I dataanalysen har jeg hatt en induktiv tilnærming, hvor jeg har gått på oppdagelsesferd i datamaterialet og sett etter mønstre, temaer og kategorier. Analyse av dataene fra semi-strukturerte individuelle intervju, består av å stille spørsmål til materialet og lese og organisere data i lys av dette (Alvesson, 2011; Alvesson & Kärreman, 2011; Creswell, 2007; Flyvbjerg, 2016). Hva jeg valgte å legge vekt på og hva som ble utelatt av det deltagerne uttrykte, er et resultat av blant annet problemstillingen og skjønnsmessige vurderinger om hvilke deler av teksten som var best egnet til å besvare denne. For å tolke deltagerens utsagn har jeg brukt skjønn. Jeg har ingen garanti for at måten jeg har oppfattet svarene på alltid sammenfalt med det informantene ønsket å formidle.

Med denne studien ønsket jeg å utfordre forestillingene mine. I den sammenheng har det vært viktig å diskutere datamaterialet og egne tolkninger med mine veiledere som har bakgrunn som fysioterapeuter og seniorforskere. I møte med veilederne og under arbeidet med oppgaven erfarte jeg at mine antakelser ble utfordret, konfrontert og utfylt med den levende kunnskapen fra det empiriske feltet

3.5. Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres fordeler og ulemper med den metodiske tilnærmingen og prosessen i sin helhet. For å belyse prosessen diskuterer jeg faktorer som forforståelse, praktiske valg i planleggingen av prosjektet, utvelgelsen av deltagere, dataproduksjon og etiske hensyn.

3.5..1. Forforståelse

I den kvalitative forskningsprosessen er det mange mulige fallgruver (Bukve, 2021, s. 17; Creswell, 2007; Thornquist, 2018). Derfor er det ofte anbefalt for nybegynnere å starte med en begrenset datainnsamling (Creswell, 2007, s. 138). Jeg har fra tidligere ingen erfaring med å gjennomføre kvalitativ forskning og prosjektet bærer preg av dette. Min bakgrunn og posisjon påvirker hva jeg velger å undersøke og hvordan, hvilke metoder som vurderes som

best egnet, hvilke funn som fremheves, ramme og kommunikasjon av konklusjon (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2017).

Som ny innenfor feltet privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapei har jeg fått mulighet til å oppdage noe nytt eller noe annet enn om jeg hadde hatt langvarig erfaring. Samtidig vil noe bli oversett fordi jeg mangler feltkunnskap og -erfaring fra denne delen av helsetjenesten. Fra tidligere har jeg erfaring med tverrprofesjonell samhandling, som gir meg noe innsikt i feltet som jeg ønsker å belyse mer, men denne bakgrunnen er også med å gi meg skyggelapper. «I all menneskelig væren er dette å forsøke å forstå noe i samvær mellom mennesker så mangfoldig at en fristes til å la være å si noe om det» (Ianssen, 1997, s. 21). Min forforståelse kan hindre meg å forstå den andre, og det er alltid noe vi ikke vet, både om oss selv og andre. Men jeg kan forstå mennesker fordi jeg er menneske selv. Jeg kan forstå kropper fordi jeg selv er kropp. Og jeg kan forstå noe av det pasienten og behandlerne opplever, fordi jeg selv har samhandlet tverrprofesjonelt med pasienter og andre behandlere.

Thornquist (2018) skriver, vi må prøve å utnytte kjentheten til temaet, og samtidig aktivt søke å etablere en distanse (Thornquist, 2018). Det kan være fristende å samle data som bekrefter mine egne erfaringer og tanker. Som et motmiddel og for å utfordre meg selv, for å styrke forskningens relevans, og for å ta høyde for egen forskerposisjon har jeg involvert to pasienter som medforskere i forskningsprosessen (Skjeldal, 2021, s. 65). Det har også vært essensielt å drøfte forskningsprosessen med veileder som kunne stille grunnleggende kritiske spørsmål til mine funn og fremgangsmåten jeg valgte.

3.5..2. Planlegging av prosjekt

I dette casestudiet har jeg oppsøkt og brukt tilgjengelige kilder for å få ny kunnskap om tverrprofesjonell samhandling. Alle valgene jeg tar i prosessen har sine styrker og svakheter. Det har vært mange metodiske utfordringer som ville vært vanskelig å forutse i planleggingsfasen av prosjektet. Det være seg hvor i landet intervjuene skulle gjennomføres, hvordan ivareta datasikkerhet, og hvordan rekruttere og gjennomføre intervjuer under

Covid-19 pandemien. Det har også vært utfordrende å lage en problemstilling som ikke blir for omfattende. Underveis i min datainnsamling var jeg heldig som var i et område hvor det var lite smitte og kunne derfor gjøre intervju med fysisk oppmøte. Tverrprofesjonell samhandling kan ofte foregå i form av samarbeidsmøter hvor flere profesjoner, arbeidsgiver, rådgivere fra NAV, pårørende og pasient møtes samtidig. Men på grunn av smittevern var det naturlig å begrense antall deltagere i hvert intervju. Jeg valgte vekk digitale intervju for å minimere risikoen for tekniske utfordringer.

Det ble gjennomført et individuelt intervju hvor medforsker ikke var til stede. Dette var ikke planlagt. Erfaring fra denne formen for dataproduksjon er at det er mer utfordrende å unngå en intervjusituasjon bestående av direkte spørsmål fra forsker, etterfulgt av korte svar fra deltager. Samtidig opplevde jeg at vi fikk mer ro og tid til å gå i dybden og at deltageren kunne snakke fritt. Det kan tenkes at en behandler vil være mer forsiktig i sine ordvalg når pasienten er til stede i intervjusituasjonen og vice versa. For å bøte på dette, ble det gjennomført samtaler med medforsker uten behandler til stede. Mest trulig ville det å gjøre tilsvarende samtaler eller flere individuelle intervju med behandlerne bidratt til et mer dybdegående materiale.

3.5..3. Strategisk utvalg – fordeler og ulemper

Det ble tatt i bruk et strategisk utvalg for å rekruttere deltagere og medforskere med særlig erfaring. Fordelen med denne metoden var at jeg rekruttert deltagere som potensielt hadde god innsikt i det jeg ønsket å belyse. Metoden var også hensiktsmessig med tanke på tidsrammen og ressurser tilgjengelig. Jeg opplevde det som en fordel at medforsker deltok i rekrutteringen videre, ved at medforsker var motivert for å ha med sine behandlere og var komfortabel med hvem som deltok i intervjuene. Det kan også tenkes at behandlerne var mer avslappet siden medforskerne selv hadde spurt om de kunne delta. Men metoden har også flere ulemper. Slike studier kan blant annet forkludres av «sterke medforskere» som får dominere (Skjeldal, 2021, s. 71). Det ble for eksempelvis ikke rekruttert pasienter som var misfornøyd med oppfølgingen de fikk hos psykomotorisk fysioterapeut eller som har fått det dårligere av den tverrprofesjonelle samhandlingen de var en del av.

Denne studien baserer seg på et lite utvalg. Det ville trolig gitt mer mangfold og innsikt ved å inkludere flere profesjoner og flere pasienter fra flere steder i landet (Malterud, 2017). I kvalitativ forskning er det informasjonsstyrken i utvalget som bestemmer hvor mange deltakere det er behov for (Malterud, 2017, s. 63). Dette henger logisk sammen med at dataproduksjonen er relevant for fenomenene jeg setter søkelys på (Bukve, 2021, s. 217; Malterud, 2017). Jeg vurderer at informasjonsstyrken i denne studien har vært god for fenomenene jeg har ønsket å studere. For å øke sannsynligheten for å oppnå et optimalt utvalg av overkommelig omfang gjennomførte jeg foreløpig analyse så snart data var produsert (Malterud, 2017, s. 68; Thornquist, 2018). Det ble gjennomført to intervju mer enn først planlagt i forskningsprosessen for å berike datamaterialet ytterligere.

3.5.4. Erfaringer fra dataproduksjon

Etter hvert som intervjuene ble gjennomført gjorde jeg meg flere refleksjoner. En av de første var utfordringen knyttet til min rolle som intervjuer. Blant annet var det utfordrende å vite når jeg som forsker skulle avbryte samtalen mellom deltagerne som deltok i intervjuene. Det var ønskelig å prøve å forebygge at datamaterialet kun ble overfladisk eller ensidig (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017, s. 70). For at ikke intervjuet skulle være ut over de rammene som var satt, ble det nødvendig innimellom for å lede refleksjonen tilbake til temaene som jeg ønsket å belyse. Jeg prøvde likevel å være lyttende og ikke bryte inn for mye (Creswell, 2007, s. 140).

I ettertid ser jeg at jeg kunne ha presentert bakgrunnen og problemstillingene tydeligere innledningsvis. Kanskje ville dette bidratt til å moderere intervjuet noe mer. Intervjuene forgikk likevel på en sånn måte at det ble fruktbare diskusjoner. Deltagerne delte sine erfaringer og assosierte hele veien videre basert på det andre hadde sagt.

En betraktning fra datainnsamlingen som jeg mener er av større betydning er rekrutteringen av medforsker inn i prosjektet. Det vil alltid være et hierarki mellom meg som forsker og deltagerne (Creswell, 2007, s. 140). Men at medforsker fikk ta del i rekruttering av de øvrige studiedeltagerne samt i utformingen av intervjuguiden ble mest trulig utslagsgivende for hvilket datamateriale som ble mulig å få frem. For at deltagerne skulle gi av seg selv, dele

sine personlig og profesjonelle historier var vi avhengig av en umiddelbar tillit til hverandre. Flere av deltagerne møtte jeg for første gang når intervjuet skulle starte. Jeg mener at ved å inkludere pasienten som medforsker jevner jeg ut forskjellene og gir rom for at pasienten fikk være med å bestemme utfallet av prosjektet.

3.5..5. Etiske hensyn

Prosjektet innebar forskning på mennesker og det var ønskelig å gjøre innsamling av person- og helseopplysninger fra studiedeltagerne. Derfor ble det i forkant søkt om godkjenning av studien hos regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). Etter at REK godkjente forskningsprosjektet i november 2020 (vedlegg 4), ble det også søkt om godkjenning ved Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette med bakgrunn i at personsensitiv informasjon ville bli tatt opp på diktafon og lagret i forskningsserveren tilknyttet høyskolen på Vestlandet, samt at forskningsprosjektet innbar innhenting av samtykke. Informasjonsskriv og samtykkeskjema ble utformet og godkjent av REK og NSD i forkant av rekruttering. Godkjenning fra NSD kom desember 2020 (vedlegg 5). Til datainnsamlingen benyttet jeg meg av en diktafon som var en mobil lagringsenhet. De signerte samtykkeskjemaene ble samlet inn og forsvarlig lagret, og identifiserbare opplysninger blir slettet etter at prosjektet er avsluttet i henhold til søknadstekst til NSD.

4. Resultater og drøfting: Medforskning, brukererfaring og kunnskapsproduksjon

I dette kapitelet presenteres først medforskerne David og Maria og deres kontakt med helsevesenet. Analysen er hele veien ledet av oppgavens problemstillinger: Hvordan er vilkårene for tverrfaglig samhandling og hvordan kan en psykomotorisk fysioterapeut bidra til dette i tverrprofesjonelle behandlingsforløp? Resultat av analysen presenteres i følgende underkapitler: 4.1. Tverrprofesjonell samhandling kommer ikke av seg selv. 4.2.

Samhandling, hvor finnes det? 4.3. Kasteballer i et fragmentert helsevesen. 4.4. Hvem skal ta initiativ til samarbeid? 4.5. Tid som ressurs/knapphetsressurs i samhandling med pasient og de profesjonelle. 4.6. Aktualisere og aktivisere kroppslig erfaring og kompetanse – en alliert i den tverrprofesjonelle samhandlingen. 4.7. Anerkjennende kroppslige samhandlinger som bidrar til erkjennelse. 4.8. Pasientens erfaringskunnskap i samhandling med den profesjonelle. Her presenteres empiri og drøfting gjennomgående. I kapittel fem drøftes resultat opp mot praksis.

David 41 år

David bor og driver et lite småbruk. Der har han og konen flere prosjekter. De driver blant annet med småskala produksjon av gris, kalkun, grønnsaker, urter, oljer og salver. David tar også på seg oppdrag å felle trær og gjøre trevirket om til ved. Men David er først og fremst forfatter. Han har tidligere utdannet seg til og arbeidet som blant annet manusforfatter, produsent og journalist. Han og ektefellen har et barn sammen og fra tidligere har David tre barn, hvor det er delt omsorg for barnene.

Som 19 åring ble David diagnostisert med Bekhterevs sykdom og i slutten av tyveårene fikk han påvist Crohns sykdom. For fem år siden ble David diagnostisert med ADHD. Denne ADHD-tilstanden har gjennom årene gitt David utfordringer. Han beskriver det selv som en ekstrem kløe inni hodet som blant annet gjør det vanskelig å prioritere oppgaver og sortere tanker. Han blir lett distraheret, og det kan noen ganger være vanskelig å planlegge og holde

avtaler. Som David beskriver det selv, gjør ADHD-tilstanden til at han er svært god på noen ting, mens andre ting er helt umulig for han.

For ca. to år siden ble David innlagt på sykehuset etter han hadde vært uheldig på jobb og fikk et strømstøt gjennom kroppen. Han ble henvist til ambulans rehabiliteringsteam som møtte han mens han var på sykehuset. Han ble også utredet videre på fysikalsk medisinsk avdeling. Fysikalsk medisinsk avdeling henviste David til psykomotorisk fysioterapeut Siri.

I etterkant av strømstøtet startet David opp med behandling og oppfølging av både psykomotorisk fysioterapeut og ambulans rehabiliteringsteam. Siri gikk han til ukentlig mens ambulans rehabiliteringsteam fulgte han opp hjemme hver 14. dag i starten, og videre annenhver måned. Fastlegen var han med omtrent hver tredje måned. I behandlingsforløpet ble det gjennomført et tverrprofesjonelt møte, hvor fastlegen, psykomotorisk fysioterapeut, ambulans rehabiliteringsteam og pårørende deltok. Ut over dette har David hatt regelmessig samarbeid med psykiater hver tredje måned digitalt. Han har også hatt kontakt med NAV tre ganger siden ulykken.

Maria 61 år

Maria bor sammen med samboer, sine hunder og en katt, på et nedlagt småbruk. Hun har ingen barn selv, men er tante til ni stykk. Av familie ellers har hun sin mor og tre søsken. Maria ble varig ufør i 2015. Men tok selv kontakt med en vekstbedrift for to år siden og fikk jobb der via NAV. Jobber i dag to dager i uken. Hun har tidligere skrevet hovedfagsoppgave og arbeidet som kokk, som assistent i barnehage og jobbet innenfor reiseliv.

Maria liker å lese mye, samt å holde på med hundetrening, hagearbeid, håndarbeid, matlaging og baking. Matlaging og hagearbeid må hun begrense en del siden dette er aktiviteter som forverrer plagene hun har fra ryggen.

Helt fra barneskolealder har hun hatt utfordringer forbundet med hennes hypermobilitet. Først i 2008 ble hun diagnostisert med Ehlers-Danlos syndrom¹. To år senere fikk hun en skade i ryggen og i høyre skulder. Det ble tidlig funnet en avrevet supraspinatus, men ryggskaden ble først dokumentert i 2018. Smertene hun har hatt fra ryggskaden har vært invalidiserende.

For omtrent to år siden ble Maria henvist til psykomotorisk fysioterapeut Siri. Maria hadde da vært på en smerteklinikk som anbefalte henne denne type oppfølging videre. Før dette hadde hun vært i kontakt med helsevesenet flere ganger for å få hjelp med smertene i ryggen som hun strevde med. Det var mest en tidligere fastlege hun snakket med, men hun var også noen ganger til naprapat, kiropraktor og akupunktør i håp om å få noe lindring eller flere svar på hva dette kunne være. Hun ble ikke tilbudt tverrprofesjonell oppfølging. Det endte stort sett med at hun ble tilbudt mer smertestillende. Etter at hun hadde startet i behandling hos Siri ble det gjennomført et tverrprofesjonelt møte, hvor Maria, Siri og fastlegen Jakob møttes. Dette førte til at Maria ble henvist til nevrolog og smertespesialist, og nerveskaden i ryggen ble konstatert. Hun fortsatte i behandling en gang i uken hos Siri. Fastlegen Jakob hadde hun videre sporadiske samarbeid med 2-3 ganger for året. I dag har Maria hjelpemidler som lindrer plagene hun har fra Ehlers-Danlos syndromet, hun tar minimalt med smertestillende og vet å tilpasse og tilrettelegge for seg selv så smertene er mer til å leve med. Hun har også en jobb som tilrettelegger arbeidshverdagen, så hun kan jobbe litt, selv med de utfordringene hun har.

Denne studien baserer seg på erfaringer og opplevelser fra livene til David og Maria og deres kontakt med helsevesenet. Tverrprofesjonell samhandling er noe alle deltagerne i studien har en oppfatning av, og har gjort seg ulike personlige og profesjonelle erfaringer av. De empiriske underkapitlene tar for seg essensen av disse erfaringene og opplevelsene og settes i spill med relevant teori.

¹ <https://nhi.no/sykdommer/barn/arvelige-og-medfodte-tilstander/ehlers-danlos-syndrom/>

4.1. Tverrprofesjonell samhandling kommer ikke av seg selv

Siri er privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut og arbeider i et kontorlandskap med to andre fysioterapeuter. Hun forteller at internt så arbeider de godt sammen. De kan diskutere ulike problemstillinger, og de fordeler pasientene etter hvilken fysioterapeut som best kan hjelpe hver enkelt pasient. Slik jeg forstår Siri har de god samhandling internt på klinikken. Men når pasientens problem framstår uavklart, og det er behov for videre utredning hos andre profesjoner, har Siri erfart at samhandling kan være utfordrende.

Siri: «...erfaringene er at dette tverrfaglige samarbeidet karakteriseres mer av tverrenn av faglig ... Her må jeg være insisterende, og kanskje litt ekstra sikker på at dette er noe jeg ikke kan finne ut av alene og ganske sikker på at her er det noe som ikke rimer helt med det jeg kan hjelpe til med. Sånn at jeg tenker du skal ha litt ballast for å tørre å våge å være såpass insisterende som jeg erfarer at man må være noen ganger, tenker jeg».

Slik jeg forstår Siri kan det være uklart hva hun som privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut kan forvente av de andre profesjonene hun samhandler med. Og utfordrende å formidle hva hun ønsker ut av samarbeidet. I den kliniske hverdagen hennes viser det seg at tverrprofesjonell samhandling ikke er noe som nødvendigvis kommer av seg selv. Dette understreker Iversen og Hauksdottir (2020) også i sin bok (Iversen & Hauksdottir, 2020). For å ta initiativ til tverrprofesjonelle samhandling mener Siri blant annet at: «Du må ha en viss trygghet som behandler selv».

Som nevnt tidligere er det mye fokus på at de profesjonelle må ta mer i bruk tverrprofesjonell samhandling i møte med pasienter (Iversen & Hauksdottir, 2020; St. Meld. 47 (2008-2009), 2009; Willumsen & Ødegård, 2016). Men det er kanskje ingen selvfølge at de ulike profesjoner innehar kunnskap og forståelse for egen rolle og ansvar for samhandling. Det er heller ingen selvfølge at alle er trygge i sine roller og vet å ta i bruk samhandling når dette er nødvendig. Siri har mange års erfaring som fysioterapeut, men opplever likevel det som tidvis utfordrende å få til god tverrprofesjonell samhandling i sin praksis. Når pasienter har behov for hjelp fra ulike instanser, på tvers av organisasjoner er det et kjent problem at samhandlingen ikke er god nok (Iversen & Hauksdottir, 2020; St. Meld. 26 (2014-2015), 2015). For den som tar initiativ for å engasjere de ulike profesjonene i

ulike tjenester og organisasjoner blir da møtt med ulike forståelser og holdninger som hver organisasjon og profesjon har. Forventningene rundt samhandling kan være ulike og forståelsen av pasientens behov kan være forskjellig. Kommunikasjonen vil også ofte være preget av de ulike profesjoners bakgrunn. På denne måten kan språket både muntlig og skriftlig påvirke hvor godt en samhandler som profesjoner og med pasienten (Thornquist, 2009). Sånn sett er det kanskje ikke vanskelig å forstå at Siri opplever å måtte være insisterende for å få i gang god samhandling innimellom.

I litteraturstudien til Forsetlund et al. (2019) belyser de faktorer som bidrar til god tverrprofesjonell samhandler. De trekker frem blant annet fysisk samlokalisering, felles informasjonssystem og kommunikasjonsrutiner, god uformell kommunikasjon, tilstrekkelig opplæring og fokus på felles visjoner og mål (Forsetlund et al., 2019). For en privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut, eller en fastlege eller for en som jobber i et tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten er det ulike utgangspunkt for samhandling med pasienten og på tvers av profesjoner. Bare av praktiske og organisatoriske årsaker vil dette oppleves forskjellig (Forsetlund et al., 2019). Ved å arbeide i et team hvor alle er samlokaliserte, kanskje også i samme kontor, har regelmessige møter og spiser lunsj sammen, ligger grunnlaget for å gi tverrprofesjonell oppfølging godt til rette (Forsetlund et al., 2019; Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 39).

For det ambulante rehabiliteringsteamet som hadde samhandlet med David låg det organisatorisk godt til rette for tverrprofesjonell samhandling. De er organisert i team som eksempelet over. Ved at de arbeider sammen som et team, har regelmessige møter og kjenner hverandre innad i teamet godt, drar de nytte av hverandres ulike kompetanse fortløpende i pasientarbeidet. Dette kommer til uttrykk gjennom David sine opplevelser etter å ha mottatt hjelp av fra teamet. Han opplever ambulante rehabiliteringsteam som «en organisme», hvor alle i teamet kjenner han og hva de kan bidra med. Han opplever også at alle i teamet kjenner til de andre profesjonenes roller innad i teamet. Summen av dette gir David opplevelse av å få en høy grad av tverrprofesjonell oppfølging fra teamet.

Men David har ikke alltid følt at helsevesenet samhandlet, hverken med han eller mellom de ulike instansene.

4.2. Samhandling, hvor finnes det?

I intervjuene forteller medforskerne Maria og David om sine erfaringer og opplevelser fra samarbeidet med sine behandlere. De har begge erfaring fra både kommunal- og spesialisthelsetjenesten før de startet behandlingsforløpet hos privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut i kommunen. Maria og David ble begge henvist til Siri av sine behandlere. Men hvorfor de kom akkurat til psykomotorisk fysioterapeut var uklart i begynnelsen og opplevdes forvirrende for dem. Maria ble henvist fra en behandler ved en smerteklinikk i spesialisthelsetjenesten muntlig via telefon. Deres første møte beskrives de slik:

Siri: «Jeg var litt forvirret for hva dette her er for noe».

Maria: «Det var jeg også. Veldig forvirret».

Siri: «Ja, samtidig kom det aldri noe epikrise eller henvisning eller noe. Sånn at jeg opplevde vel at jeg var på en planet og du var på en annen, så vi brukte vel litt tid på å finne ut hva det her er for noe?».

Maria: «For jeg hadde ikke fått beskjed om at jeg skulle til psykomotoriker».

I David sitt tilfelle, som også ble henvist fra spesialisthelsetjenesten, var hans opplevelse at han heller ikke informert godt nok om hvilke behandling han nå skulle i gang med. Manglende informasjon om behandlingstilbudet de har blitt henvist til er med å svekke opplevelsen av samhandling mellom de ulike profesjonene (Iversen & Hauksdottir, 2020). Uten denne informasjonen kan det være vanskelig for pasienten å vite hva de skal forvente videre og det er vanskelig for de å ta stilling til om de ønsker denne type oppfølging eller ikke. Dette gir ikke en opplevelse av å være i sentrum av planleggingen og gjennomføringen av helse og omsorgstjenesten slik som det er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.

I nyere tid har det blitt utviklet flere begreper og metoder som skal bidra til å myndiggjøre pasientene. Et eksempel her er «pasientmyndiggjøring», som sier noe om hvordan pasienten skal få større kontroll over beslutninger og tiltak som handler om deres egen helse (Iversen & Hauksdottir, 2020). En måte å gå frem er å hjelpe pasienten å forstå sin egen rolle, og gi tilstrekkelig kunnskap slik at pasienten kan delta i diskusjoner omkring valg av behandling (Iversen & Hauksdottir, 2020). Med mindre det er pasienten selv som innhenter denne

informasjonen, er det som regel behandler som informerer om de ulike behandlingsoalternativene, eller innhenter manglende informasjon og formidler dette vider til pasienten. Dette forutsetter at de profesjonelle har kunnskap og forståelse for samarbeidspartners kompetanse og roller (Iversen & Hauksdottir, 2020; Willumsen & Ødegård, 2016). I Maria og David sitt tilfelle gjelder dette informasjon om psykomotorisk fysioterapi og denne behandlingstradisjonens metodisk tilnærming. Ifølge Iversen og Hauksdottir (2020) er samhandlingsutfordringer som følge av at vi ikke kjenner godt nok til hverandre eller hverandres kompetanse og arbeidsform et kjent problem (Iversen & Hauksdottir, 2020).

Før Maria startet opp hos psykomotorisk fysioterapeut, hadde hun i lengre tid følt at hun ikke ble tatt på alvor i helsevesenet, at de «profesjonelle» hun snakket med ikke hørte på henne. Hennes opplevelse var at helsevesenet hun var i kontakt med ikke samhandlet med og rundt henne. Hun beskriver hvordan hun føler at hun har blitt møtt med holdninger som uttrykker: «Jeg vet ikke hva jeg skal gjøre med deg. Og hvis det er sant så vondt du har, så er jeg nødt å ta fra deg sertifikatet.» Maria understreker at slike holdninger får henne til å lukke seg fullstendig. «Da har jeg ikke vondt», sier hun.

Maria hadde erfart at hun nærmest må velge mellom å beholde sertifikatet eller være ærlig om sine smerter. Dette hadde hun ikke opplevd som god samhandling for pasientens beste. Tillit er av vesentlig betydning for at det blir et reelt samarbeid (Thornquist, 2009, s. 67). I Maria sitt tilfelle våger hun ikke å fortelle så mye til sin behandler i frykt for konsekvensene det vil kunne gi. Samhandling handler om å kommunisere på en god og respektfull måte med pasienten (Iversen & Hauksdottir, 2020; Willumsen & Ødegård, 2016). Det innebærer å utforske og være interessert i pasientens verdier, kunne lytte, forhandle, løse konflikter og trekke konklusjoner. Det handler også om å verdsette likeverd og ulikhet i samarbeidet (Iversen & Hauksdottir, 2020; Willumsen & Ødegård, 2016). Maria beskriver en situasjon som ikke samsvarer med god og respektfull samhandling. Slike erfaringer kan bli problematiske for videre samarbeid med helsevesenet, hvis erfaringene blir bekreftet gjentatte ganger og hun ikke lenger forventer at helsevesenet er der for å hjelpe henne når hun trenger det.

Erfaringer David hadde fra tidligere møte med helsevesenet bærer også preg av manglende samhandling med han og mellom hans behandlere. Opplevelser David trekker frem er mangel på tillit, lite kontinuitet, og at de profesjonelle mener han bare finner på ting. Tverrprofesjonell samhandling i helse- og velferdstjenestene er i sitt vesen samhandling mellom ulike profesjoner og med pasienten. Det forutsetter at pasienten det gjelder er en aktiv samarbeidspartner (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 25).

Idealet er at de ulike behandlerne møtes for å diskutere med David: «Hva er viktig for deg?» og «Hvordan kan vi bidra til at du skal kunne oppnå dine forventninger og mål?». Ved å ha gjensidig relasjonell deltagelse og engasjement i den kontinuerlige dialogen mellom David og hans behandlere for å oppnå et felles mål, ville David i større grad kunne oppleve å samhandle med sine behandlere (Ness, 2014). Det blir sviktende kommunikasjon og uforsvarlig helsearbeid hvis helsepersonell eller pasienten bestemmer enerådende. Eller som i David sitt tilfelle, at han følte seg ikke trodd av de han trengte å samhandle med. Den mangelfulle samhandlingen som David og Maria opplevde ga de også en opplevelse av å være kasterbatter i et fragmentert helsevesen.

4.3. Kasterbatter i et fragmentert helsevesen

David og Maria beskriver tidligere samarbeidet med helsevesenet som at de hele tiden måtte repetere sin historie for nye behandlere, som en konsekvens av at de profesjonelle ikke snakker sammen. Innholdet i samarbeidet kan dermed bli preget av blant annet hva Maria og David deler og hva de ulike behandlerne anser som relevant for behandlingsforløpet. Som vi så et eksempel på tidligere er det flere faktorer som spiller inn for om det blir bra eller dårlig kommunikasjonen mellom pasient og behandler. Hver behandler vektlegger også ulikt informasjonen som kommer frem. Opplevelsen som Maria og David sitter igjen med ville kanskje vært annerledes hvis fagpersoner samhandlet mer på tvers av etatsgrenser. Det ville også kunne bidra til en kollektiv forståelse av pasientenes utfordringer, som kunne være av betydning for utfallet av deres behandlingsforløp (Willumsen & Ødegård, 2016, s. 39).

Når vi spør Maria sin fastlege Jakob, som tidligere har jobbet mange år i spesialisthelsetjenesten, om han kjenner til at pasienter opplever helsevesenet som fragmentert, så svarer han:

«Ja, jeg tror det er vanlig problem. Det er klart at, jo mer spesialisthelsetjeneste man har, jo mer tror jeg nok det blir av det. Nå har jeg jobbet i mange år i spesialisthelsetjenesten, det skal sies, så jeg kjenner det fra innsiden. Og jeg vet at det blir fort et sterkt fokus på et avgrenset område som faller innenfor din spesialitet. Og når det er avklart, så er det videre til neste, eller tilbake til fastlegen [...] Så jeg tror at det er naturlig at pasienten vil føle seg som en kasteball når du går fra den ene spesialiteten til den andre».

Vi har mange systemer rettet mot de enkelte deltjenestene, og i liten grad systemer som er rettet mot den enkeltes behov for helhet i pasientforløpet (St. Meld. 47 (2008-2009), 2009). Spesialisering gir spisskompetanse i behandling av hvert enkelt område, sykdomstype, eller kroppsdel, men samtidig bidrar den til kunstig oppstykkning av pasientens problematikk og livsutfordringer. For pasientene med behov for tverrfaglige og sammensatte tjenester blir mangelen på helhet i pasientforløpet spesielt tydelig (Iversen & Hauksdottir, 2020; St. Meld. 26 (2014-2015), 2015). Jakob sier: «Opplevelsen av fragmentert helsevesen kan forsterkes hvis utfordringene pasienten har er komplekse, når det er vanskelig å finne ut hva som er problemet»

Det er ikke vanskelig å se for seg at det blir større samhandlingsutfordringer når flere spesialister og tjenester som er involvert i samme pasientforløp, slik som Jakob skisserer. Samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er kanskje den største utfordringen for blant annet pasienter med sammensatte og langvarige plager (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 43). I arbeidet med primærhelsetjenestemeldingen (2015) kom det frem at tjenestene opplevdes som fragmenterte og at pasienters behov for samordnede og koordinerte tjenester ikke ble godt nok besvart (St. Meld. 26 (2014-2015), 2015). For å i møtekomme noen av samhandlingsutfordringene vi har i dag har det nylig blitt drøftet av helse- og omsorgsdepartementet om de skal innføre plikt til bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus (Helse- & omsorgsdepartementet, 2021).

Samarbeid på tvers av organisatoriske grenser blir sett på som en mulig løsning for å gi den enkelte helhet i pasientforløpet. Men dette er ofte vanskelig (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 42). Enten om det er snakk om grensen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, eller mellom helsetjenesten og arbeids- og velferdsstaten. Det som defineres som pasientens helseproblemer, er ofte det eneste som vies oppmerksomhet i helsetjenesten. Pasientens økonomiske situasjon, arbeidssituasjon eller andre sosiale forhold blir tradisjonelt sett på som noe utenfor, noe som ikke angår selve helsearbeidet (Iversen & Hauksdottir, 2020).

I intervjuet med Maria sin arbeidsleder Knut blir grensen mellom helsevesenet og hennes arbeidsplass diskutert. På Maria sin arbeidsplass har de aldri takket nei til samarbeidsmøter, og de ønsker ofte mer samhandling med helsevesenet, slik at de kan tilrettelegge bedre for sine arbeidstakere. En utfordring de ofte møter på, spesielt i dialog med arbeidstakernes fastleger, er taushetsplikten. Taushetsplikten er til for å beskytte pasientens personlige opplysninger, men kan også stagnere kommunikasjonen mellom samarbeidsparter. Maria sin opplevelse er at det er en trygghet for henne å vite at arbeidsgiver ønsker å samarbeide rundt hennes helseutfordringer med f.eks. hennes behandlere.

I intervjuet med Maria og Knut beskriver de hvordan hennes jobb har vært blant annet helsebringende for henne. For Maria gir dette henne en tilhørighet som er viktig for henne sosialt. Hun har også brukt denne arenaen til å bli bedre kjent med seg selv og sine grenser for hva hun tåler av belastning. Før ble Maria lei seg når hun ble sliten og ikke klarte mer på jobb. Sånn har hun det ikke lenger. Gjennom god samhandling med blant annet sin arbeidsleder aksepterer hun mer sine begrensninger. Knut og Maria trekker frem hvordan en arbeidshverdag hos dem ikke er preget av en prestasjonskultur og at brukermedvirkning er sentralt i tilretteleggingen de gjør på arbeidsplassen. Maria sin historie er et eksempel på at den organisatoriske grensen mellom helsetjenesten og arbeids- og velferdsstaten kan begrense hva som blir ansett som helse. Og at samhandling på tvers av disse grensene kan være nettopp det som fremmer helsen i hennes tilfelle.

Organisatoriske grenser er også med å prege sammenhengen mellom den psykiske sykdommen og den somatiske (Iversen & Hauksdottir, 2020). Dette innebærer blant annet hvilken forståelse de ulike profesjoner/organisasjoner har av pasientens utfordringer

(Thornquist, 2009, s. 350; 2018, s. 90). For Siri som er psykomotorisk fysioterapeut er utgangspunktet for undersøkelsen og behandlingen hele mennesket, og innfallsporten er kroppen. På den måten blir grensen mellom psykiske og somatiske sykdommer av mindre betydning.

Alt psykomotoriske fysioterapeuter gjør er basert på en forståelse av kroppen som et integrert fysisk – psykisk – sosialt fenomen (Ianssen, 1997; Thornquist, 1986, 2006). Enhver undersøkelse og behandling omfatter hele kroppen uansett hvilke symptomer og plager pasienten har. Psykomotoriske fysioterapeuter tar utgangspunkt i at kropp og følelser står i et gjensidighetsforhold til hverandre. I vurderingen av pasientens mulighet til å nyttiggjøre seg behandlingsformen er diagnoser mindre vektlagt. Der imot er samspillet mellom pasient og behandler av større betydning (Ianssen, 1997; Thornquist, 1986, 2006). For Siri blir dette grunnleggende for hvordan hun forstår utforingene til pasienten, men ikke minst hvordan hun uttrykker seg i samhandling med andre profesjoner. Hvilke opplevelse og erfaringer Maria og David har fra samspillet med Siri vil bli diskutert senere.

4.4. Hvem skal ta initiativ til samarbeid?

I intervjuene kommer det frem at mye av samarbeidet på tvers av profesjoner påvirkes av personlig kjennskap eller tidligere samarbeid med den man samhandler med. For eksempel så var det en fordel for Siri at hun kjente til pasientens fastlege fra tidligere. Det samme gjaldt for sykepleierne i ambulant rehabiliteringsteam. Det kan virke som at de ulike behandlerne ikke nødvendigvis kjenner til hverandre og hverandres kompetanse slik de ulike tjenestene i kommunen er organisert i dag. Det kan tenkes at mange pasienter derfor går glipp av god tverrprofesjonell samhandling fordi behandleren ikke har kjennskap til andre behandlere og at dette påvirker deres handlingsrom for mer samhandlingen. Ofte er tjenester spredt rundt i kommunen og det er ingen krav om å møtes eller å bli kjent. Mange tjenester må også oppsøkes utenfor egen kommune og det kan tidvis være lange avstander mellom tjenestene.

At tverrprofesjonell samhandling kan være påvirket av tilfeldigheter er lite belyst i teorien. Selv om det stadig kommer nye retningslinjer som fremmer samhandling, er det fortsatt utfordrende å vite for behandlere hvilke pasienter som vil ha nytte av dette, hvor mye tverrprofesjonell samhandling er hensiktsmessig og hvordan samhandling skal gjennomføres (Bernhardsson et al., 2017; Dukhu et al., 2018; Gagliardi et al., 2007; McGlinchey & Davenport, 2015; Slade, 2017; Ward et al., 2018). Det kan tenkes at det er stor variasjon blant behandlere i hvilken grad slik samhandling vektlegges i møte med den enkelte pasient. Også for pasientene kan en forstå at det er utfordrende å vite når det er behov for bedre samhandling og hvilke muligheter som finnes. I verste konsekvens vil kanskje pasienter som har behov for tverrprofesjonell samhandling ikke få tilbudet siden behandlere ikke kjenner til hvilke andre tjenester som finnes.

Hverken Maria eller David kjente til mulighetene ved tverrprofesjonell samhandling. Maria husker da Siri tok kontakt med Marias fastlege: «... Og det var første gang jeg opplevde at en fysioterapeut og en lege prata i lag. Når jeg tenker tilbake og ser hva jeg har notert å skrive. For jeg tror ikke jeg visste om at det gikk an. Rett og slett».

Det var helt nytt for henne at hennes fysioterapeut og fastlege kunne ringe til hverandre for å diskutere hennes utfordringer og behandlingsforløpet. Hvis pasientene kjente bedre til tverrprofesjonell samhandling og verdien av dette, kan det kanskje tenkes at det i større grad ville bli diskutert hvilke forventninger en har til blant annet samhandling, informasjon om behandlingsalternativer og kommunikasjon mellom tjenestene.

Graden av tverrprofesjonell samhandling vet vi i dag er påvirket av blant annet hvor samlokaliserte de ulike tjenestene er (Forsetlund et al., 2019). Samlokalisering gir gode muligheter for personlig kjennskap til den man samhandler med blant annet. Tidligere i oppgaven har «knutepunktmodellen» blitt trukket frem som et eksempel på tiltak som enkelte kommuner har testet ut for å styrke samhandlingen mellom tjenester på tvers av organisatoriske grenser og profesjoner (Johannessen, 2017). Med «knutepunktmodellen» og økt samlokalisering vil kanskje graden av tilfeldigheter bli mindre ved at kommuner organiserer møteplasser for behandlere, så de kan bli kjent med hverandre. Ved å diskutere hverandres metodiske tilnærminger for ulike pasientgrupper kan en utvikle samhandlingskompetansen til behandlerne (Iversen & Hauksdottir, 2020). Pakkeforløp blir

også lagt frem som løsning for noen av disse samhandlingsutfordringene vi har i dag (Helsedirektoratet, 2021; Sønstebø, 2021; Sørli, 2020).

4.5. Tid som ressurs/knapphetsressurs i samhandling med pasient og de profesjonelle

Alle deltagerne i denne studien trakk frem viktigheten av tid. Et eksempel her er hvordan samarbeidet mellom David og ambulant rehabiliteringsteam startet. I begynnelsen visste teamet ikke hvordan de kunne hjelpe David. Dette kunne vært et argument i seg selv for å avslutte samarbeidet mellom dem. Men i stedet tok de seg tid til å bli bedre kjent med hverandre. Teamet tok seg tid til å bli kjent med David og hans utfordringer, og David fikk tid til å bli kjent med oppfølgingen de kunne gi. At de ikke hadde et tidsavgrenset tilbud og var fleksible gjorde at David og ambulant rehabiliteringsteam fikk tid til å finne ut hvordan de kunne nyttiggjøre seg samarbeidet, og kvaliteten på samspillet ble dermed bedre.

For Siri og Maria var også tid med å påvirke samhandling dem imellom. «Å ha nok tid» sier Siri «er et sånt alfa og omega». Dette bekrefter Maria: «Som du sier, det har med tid [å gjøre]. At noen hører og klarer å være i ro til du har funnet alle ordene. For jeg hadde ikke de ordene. Så de leitet jeg etter samtidig som jeg leitet etter kroppen min, jeg visste jo bare jeg ville ha tilbake kroppen min». For at samhandlingen mellom Siri og Maria skulle føre til økt innsikt, og at Maria kunne få formidlet sine forestillinger, tanker, følelser og opplevelser etter hvert som hun fant de rette ordene var hun altså avhengig av tid. En kan dermed si at tid kan virke inn på kvaliteten av samspillet mellom terapeut og pasient. Som Maria illustrerer er samtalsintensjon heller ikke bare en form for informasjonshenting, men en måte å forestille seg sammenhenger i sitt eget livsløp for derved å gjøre det uforståelige tilgjengelig for eget resonnement (Sæbøe, Stokkenes & Sudmann, 2001, s. 183).

David og Siri forteller også hvordan tid har hatt betydning for deres samspill. Siri hadde i begynnelsen av behandlingsforløpet fokus på at David skulle erfare økt tilstedeværelse i egen kropp. Ifølge David tok det han noen måneder før gjennombruddet kom og opplevelsen av å være mer til stede i egen kropp ble en ny innsikt for han. Til å starte med skjønnte han ikke hva Siri ville. Men Siri tok seg tid til å skape en felles opplevelse og felles

forståelse av fenomenet - å være til stede i egen kropp. I denne prosessen var det å sette seg inn i David sin opplevelsesverden nyttig, forteller Siri. Ved å blant annet gå inn i den andres opplevelsesverden kan terapeuten stimuler til en anerkjennende relasjon som vil kunne gi mulighet for at ny innsikt oppstår (Sæbøe et al., 2001, s. 185).

Tid viser seg å ha en viktig betydning for behandlingssamspillet mellom behandler og pasient. Det kan for eksempel omhandle tid til å bli kjent, tid til å oppdage noe nytt, tid til refleksjon og/eller tid til omstilling. «Om omstilling skal kunne skje, må den gis den tid den trenger. Fysioterapeuten må derfor lære seg tidens betydning, både generelt og i det spesielle enkelttilfelle» (Øvreberg et al., 2016, s. 26). Tid har alltid en praktisk betydning i alle former for samarbeid, men vil også naturligvis være viktig for opplevelsen pasienten har i møte med helsevesenet. For behandlerne i studien var spesielt mangelen på tid av stor betydning for deres arbeidshverdag. De beskriver hvordan mangel på tid fort kan bli et hinder for å ta i bruk tverrprofesjonell samhandling. Tid får her en ny dimensjon, der den virker inn på samspillet også mellom profesjoner. Siri forteller at det kan være vanskelig å prioritere tid til tverrprofesjonell samhandling og at opplevelsen av å ha for lite tid kan heve terskelen for å initiere samarbeid.

Siri: «... hva er terskelen for å initiere? For man vet jo selv at kommer noen utenfra og skal initiere noe ovenfor meg så oi! Ekstra-arbeid, tar ekstra tid, har ikke beregnet det inn i timeplanen min, men jeg er jo velvillig til det, jeg prøver å tenke at jeg prioriterer pasienter som er i en slags synergi, og tverrfaglig samarbeid, så rydder jeg alltid plass til det. Men det betyr jo det at hvis det blir veldig mye av det, så blir man jo i tidsnød. Og jeg prøver å tenke sånn, for de jeg skal samarbeide med også, at nå krever jeg tiden deres. Og det vet jeg er en knapphetsressurs hos alle».

Som fastlege er det også utfordrende å prioritere nok tid til samhandling, ifølge Jakob:

«Men det blir ikke så veldig ofte. Og det har nok mye sammenheng med at det er mangel på tid. Det er et kapasitetsproblem. Og det tror jeg gjelder både psykomotorisk fysioterapeut og oss fastleger. Så hadde vi hatt bedre tid så hadde det jo helt klart vært nyttig å kunne møttes mer, og hatt mer sånn trekant dialog, med to behandlere og pasient. For mitt inntrykk er at det ofte, når du kommer i en sånn

situasjon så er det ulike perspektiv som møtes, og da blir det ofte noe nytt ut av det. Det får en ny retning og nye tanker rundt hvordan vi kan se på det her».

Tid er alltid er en knapphetsressurs, forteller de ulike behandlerne. I et samhandlingsperspektiv blir det da et spenningsfelt hvor tid er en ressurs for bedre samhandling mellom både pasienter og behandlere og på tvers av behandlere, men også en knapphetsressurs i arbeidshverdagen til de ulike behandlerne. Slik jeg forstår behandlerne er det ofte mange pasienter som venter på hjelp og det er da utfordrende å bruke mer tid på enkelt pasienter i form av eksempelvis økt bruk av tverrprofesjonell samhandling, som i neste rekke går ut over de andre som venter på hjelp. Hvor mye tid som skal til for at hver enkelt pasient opplever at helsen blir bedre eller at de får den oppfølgingen de ønsker er umulig å vite siden det er så mange andre faktorer som også spiller inn. Når en har lange ventelister og mange oppgaver som konkurrerer om terapeutens tid kan tverrprofesjonell samhandling føles belastende i en allerede hektisk arbeidsdag. Spesielt hvis dette ikke er en del av den daglige rutinen.

Ifølge litteratur om tverrprofesjonell samhandling kan et tverrprofesjonelt møte sammen med pasienten imidlertid vise seg å bli svært tidseffektivt sammenlignet med at hver profesjon skal møte pasienten hver sin gang, og deretter koordinere samarbeidet og evt. korrigere feiloppfatninger og misforståelser. Det kan bli tidseffektivt for terapeuten, men også helt riktig og godt for pasienten å få møte alle involverte profesjoner samtidig og få drøftet sin problemstilling i et bredt perspektiv (Iversen & Hauksdottir, 2020). I livene til David og Maria kan det tenkes at mangelen på samhandling har minsket deres muligheter for ny innsikt og at den merviten som tverrprofesjonell samhandling bidrar til uteble.

4..6. Aktualisere og aktivisere kroppslig erfaring og kompetanse – en alliert i den tverrprofesjonelle samhandlingen

Det fikk stor betydning for både David og Maria at psykomotoriske fysioterapeut Siri først og fremst tok utgangspunkt i den kroppslige undersøkelsen og så funnen i lys av deres livsverden. Forståelsen av kroppen som et integrert fysisk – psykisk – sosialt fenomen i

undersøkelse og behandling er sentralt i behandlingstradisjonen Siri er en del av. Det bidro også til en vending i deres opplevelse av å inngå gode samarbeid med de ulike fagpersonene som var involvert i deres behandlingsforløp. Som Thornquist (2018, s. 47) har fremhevet, knytter det seg betydelige terapeutiske potensialer til å aktualisere og aktivisere pasienters kroppslige erfaring og kompetanse. I dette kapittelet presenteres de to casene hver for seg for å synliggjøre hvordan psykomotorisk fysioterapi har påvirket opplevelsen av samhandling for Maria og David og hvordan de etter hvert fikk en følelse av å bli sett og hørt.

Maria

Maria forteller at hun hadde, på forhånd av første konsultasjon hos Siri, skrevet ned en lang usortert liste på ting hun ønsket hjelp med. Siden Maria hadde vært til mye utredning uten å føle at hun kom noe videre med problemene hun hadde, samtidig som hun forstod lite av det selv, følte alt uoversiktlig for de begge:

Maria: «...For meg var det alt for overveldende til å klare å ta inn. Det var bare en stor snurr-ball, som bare,. Visste ikke hva som hørte til hvor».

Siri: «Og det var ikke lett for meg å sortere heller. Men det er der jeg tenker at man må bruke tid. Og så må man høre og så må man lese igjennom, og sitte i sitt lønnkammer og se på, «hmm», hva er dette for noe?».

Marias ønske for oppfølgingen hos Siri var å få kroppen og identiteten sin tilbake slik hun var for 10 år siden. Dette kunne ikke Siri hjelpe henne med:

Siri: «Da ble hun litt snurt. Vi må finne frem til hvordan du skal være, ikke sant? Fordi jeg tror at psykomotorisk fysioterapi innebærer en endring. Og vi skal finne frem til hvordan du skal være i kroppen din nå. Så det var jo der vi begynte».

Maria: «Ja, det var der vi begynte».

Maria beskriver i intervjuet hvordan hun strevde med å holde seg oppe, stå oppreist, gå og gjøre vanlige ting i løpet av en dag. Hun hadde mye smerter som av og til kom brått, og noen ganger ble det så ubehagelig at hun var nødt til å ligge helt i ro mange dager før det avtok. Hun oppdaget gjennom kroppslig utforskning sammen med Siri at hun blant annet holdt seg oppreist med å stramme muskler i store deler av kroppen og at hun ikke hadde noe kontakt

med føttene sine. Det at Siri undersøkte henne, og leitet sammen med henne i hennes kropp, gjorde at hun fikk nye oppdagelser i egen kropp. I denne gjensidighet gjør begge to en innsats uten at de dermed bidrar med akkurat det samme. Det kan tenkes at den terapeutiske berøring gav oppmuntring, støtte og omsorg, som styrket Marias positive opplevelse av behandlingen. Hun sier: «Da var det som noe roet seg ned. Eller datt litt på plass. [...] Ja, ett eller annet som gjorde meg tryggere. Og da begynte jeg etter hvert å skjønne, ja, men okay, det er greit å involvere andre».

Siri og Maria sitt behandlingssamspill virker å ha gitt Maria ny innsikt. I følge Stokkenes (1997) kan en ved å bli mer observant og kjent med kroppen få et litt ledigere perspektiv. Ledighet blir også en mental ledighet, slik at for Maria oppstår det et valg, hvor hun selv velger hvem hun samhandler med. Hun er ikke lenger programforpliktet til å gjøre det andre sier, men finner i stedet en frihet her og nå (Stokkenes, 1997).

Maria hadde fått diagnosen Ehlers Danlos et par år før hun møtte Siri, men hadde ikke tatt dette på alvor siden hun har levd med hypermobile ledd nesten så lenge hun kan huske. Slik jeg forstår Maria har dette kanskje hindret henne i å komme videre med sine plager. Men etter en behandlingstime hvor Siri behandlet hoftene til Maria, var det noe som begynte å endre seg. Maria beskriver det som om hun kom til «hoftehimmelen».

Maria: «Jeg husker første gangen jeg var i hoftehimmelen, jeg tror det var da det skjedde noe, i alle fall gjorde det noe med meg. [...] Jeg husker når jeg gikk i bilen, når jeg var ferdig å ligge, for jeg følte jeg var to meter høy når jeg gikk ut. Bare sånn, fuck, kan jeg være sånn i hoften, dæven det virker det der greiene!»

Hun sier videre: «Og da begynte jeg å gi det en sjanse. Og da forandret det noe, det endret noe inni meg, jeg begynte å ta det mer på alvor. Og så begynte jeg å faktisk å ta litt på alvor at jeg har faktisk Ehlers Danlos syndrome».

Ny innsikt kan gjøre at pasienten blir bedre i stand til å hankses med sine problemer og belastninger (Sæbøe et al., 2001). Kvaliteten på samspillet mellom Maria og Siri, hvor det blir lagt vekt på at kroppen er mer enn et fysisk legeme, men heller noe man er, har kanskje bidratt til at Maria ikke lenger betrakter plagene i kroppen som løsrevet fra det livet hun

lever. Før hun møtte Siri hadde hun begynt å tvile på seg selv, at hun kanskje bare innbilte seg smertene hun hadde. Hverken blodprøver eller radiologiske undersøkelser viste noe, og hun ble bare tilbudt mer og mer medisiner for å prøve å dempe smertene. Maria sier:

«Men det at jeg ble møtt sånn, gjorde at jeg selv vurderte at det er en skade på de to-tre punktene der, og det er det som er vondt, og det er hver gang, og det går ikke an at jeg går og forventer. Så jeg fikk mere sånn her, det her skal jeg vite hva er. Så jeg fikk mer *guts* til å holde ut og ta tak i det her, i stede for bare grave meg ned og ligge hjemme å tenke at nei, jeg kan ikke gjøre noe».

Maria forteller at hun har jobbet i 10 år med å finne en måte å leve med og akseptere sine begrensninger og smerter. Ved at hun fikk bekreftelse på at andre kunne se skaden hun hadde. At det ikke bare var noe hun innbilte seg, gjorde at hun nå kunne håndtere dette mentalt og følelsesmessig. Når hun fikk beskjed om at dette var en varig skade som ikke kunne gjøres noe med, og hun måtte lære å leve med den, tok det henne 20 sekunder å akseptere dette. Hun sier:

«Men det er altså holdningen min nå. For jeg har vært helt hjelpeløs på det her. Hadde ikke anelse hvor jeg skulle henvende meg henne. Hadde ikke anelse hvordan jeg skulle forklare det. Hadde ikke visst hvor mye jeg skulle tørre å si. Og det er klart, når du har fått så mye medisin som jeg har fått av forskjellig slag, og jeg har sluttet på alt».

Maria beskriver her en form for kroppsbevissthet som hun ikke klarte å finne fram til på egenhånd. Kroppsbevisstheten kan ha gitt henne en mulighet til å forstå bedre smertene og belastningen hun sto i. Dette kan være med å endre smerten ved at den avmystifiseres. Det å ha en slags forståelse gir en kontrollfunksjon rundt det å ha smerte som gjør at du ikke blir så redd lenger (Stokkenes, 1997).

Ekerholt og Bergland (2019) drøfter samspillet mellom psykomotorisk fysioterapeut og pasient og hvordan det kan bidra til økt kroppslig læring hos pasienten. Hvordan levd liv kan komme til uttrykk i kroppen og hvordan pasienten gjennom kroppslig samhandling i psykomotorisk fysioterapi kan bli mer tilgjengelig og forståelig for seg selv. Dette kan igjen

bidra til at det blir lettere å lære og sette ord på sin kroppslige kunnskap (Ekerholt & Bergland, 2019). Prosessen med å bli mer i kontakt med seg selv, ved å rette oppmerksomheten mot egen kropp og behov, kan også ha påvirket hvordan Maria samhandlet videre med andre behandlere, og med andre mennesker i livet generelt.

Pasientene i studien til Dragesund og Øien (2020) begynte gradvis å gi seg selv mer plass og ta seg selv mer alvorlig etter at de startet opp med psykomotorisk fysioterapi. Dette påvirket videre det relasjonelle samspillet de hadde med andre. Blant annet var det pasienter som ble mer åpen og ærlig om sine meninger ovenfor kollegaer og begynte å si mer nei til oppgaver som de fikk mer smerter av å gjennomføre (Dragesund & Øien, 2020). Medforsker Maria beskriver også at hun nå har begynt å spørre mer etter hjelp på oppgaver hun får mer smerter i kroppen av å utføre.

David

I intervjuet med David og Siri beskriver Siri starten av behandlingsforløpet slik:

«Han var jo ikke i kroppen. Han var jo oppi her [peker på hodet] med alle disse tingene som kjørte på, med filmer og bøker og Jung og alt mulig rart - og så overhodet ikke til stede.»

For David følte det som at kroppen reagerer på en måte og så holdt hjernen på med sitt. Siri beskriver det som en inkongruens mellom hjernen, kroppen og følelsene til David. I starten av behandlingssamspillet handlet det om for Siri å hjelpe David å få en opplevelse av kroppen som en integrert del av hjernen. Behandlingsformen psykomotorisk fysioterapi sitt utgangspunkt er at kropp og følelser påvirker hverandre gjensidig (B. Bunkan, Hansen, Hansson, Houge & Rødal, 1995; Sviland, 2016; Thornquist, 1986, 2006; Øvreberg et al., 2016).

En viktig del av behandlingen består i å bevisstgjøre koblingen mellom belastninger og kroppslige reaksjoner. Et av hovedsiktemålene er å etablere blant annet bedre kroppskontakt (Sæbøe et al., 2001). Denne opplevelsen av å være mer til stede i kroppen

ble, ifølge David, en innsikt som han ikke visste var mulig, og som han har fått ekstremt mye ut av.

Klinisk erfaring har vist at en del mennesker har liten eller dårlig kontakt med egen kropp. (Sæbøe et al., 2001). David forteller at det var en ny innsikt å oppdage at han ikke slappet av i kroppen blant annet: «Og for meg tok det lang tid før jeg skjønnte det at når jeg tenkte at jeg slappet av, så gjorde jeg ikke det».

Pasientens evne til å registrere kroppens bevegelighet vil fortelle noe om forholdet til egen kropp og om kroppsbevisstheten (Sæbøe et al., 2001). Det kan tenkes at David hadde mye spenninger i kroppen tidligere som gav han mye belastning, og som han ikke registrerte siden fokuset hans var mest på det som foregikk i hodet. David forteller at han som følge av økt kroppsbevisstheten også oppdaget hvordan han bremser pusten sin. Vi vet i dag at påkjenninger og konflikter kan nedfelle seg i form av endringer i muskulaturens konsistens og spenningsmønstre, og kan gi endret kroppsholdning og respirasjon (Sæbøe et al., 2001).

Ifølge David får han mindre ubehag i kroppen etter hvert som han oppdager hvordan han kan slappe mer av. Det kan tenkes at David gjennom økt bevisstgjøring av koblingen mellom belastninger og kroppslige reaksjoner, først og fremst via muskulaturen og åndedrettet, oppdager mer hensiktsmessige reaksjonsmåter. I psykomotorisk fysioterapi forsøker terapeuten å frigjøre respirasjonen ved å arbeide parallelt med muskulære spenninger og pust, ut fra det syn at holdt pust øker muskelspenningene, og at en hver muskelspenning kan representere en respirasjonsbremse (Sæbøe et al., 2001).

David forteller at samhandlingen med Siri gir han en opplevelse av å endelig bli sett. Dette forandrer hans forhold til mange av plagene han har i kroppen, som andre behandlere hadde ansett som vage symptomer som ingen kunne forstå. David beskriver det som at Siri fysisk ser hva som skjer i kroppen hans og kan gi tilbakemelding på at det er noe der. Et sentralt prinsipp i psykomotorisk fysioterapi er å undersøke hele mennesket, ikke bare de enkelte deler (B. H. Bunkan, 2001; Sviland, 2016; Sæbøe et al., 2001; Thornquist, 2006; Øvreberg et al., 2016). Det kan tenkes at Siri sin bakgrunn som psykomotorisk fysioterapeut, gjør at behandlingssamspillet aktualiserer David sin livshistorie, som er bestemmende for hans spennings- og bevegelsesmønstre, hans kroppsholdning og hans kroppslige

reaksjonsmønstre. På denne måten neglisjerer kanskje ikke Siri de kroppslige plagene, men setter de i en sammenheng som blir forståelig også for pasienten. David sier:

«Det var veldig deilig. Og da føler man at man har en sånn, noen som ikke ser på deg som en litt sånn vanskelig hypokonder type i hvert fall. Og da får man en mer sånn tillit, at her er faktisk noen som prøver å hjelpe. Og da kan man begynne å nøste. Og så får man en slags alliert i forhold til det tverrfaglige. Men det å få sånn, ja, men faktisk du har hele kroppen din i spenn, som et insekt som har et ytre skall, som jobber hardere enn skjelettet med å holde kroppen oppe for eksempel. Det er en fysisk tilstand som gir noen plager. Det var veldig godt».

For at pasienter skulle oppleve å bli mer til stede i egen kropp har berøring blitt omtalt som avgjørende (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016). Vi opplever med og gjennom kroppen vår, og ved å reflektere over møtene våre med verden. Opplevelser Maria og David har i livet gir et avtrykk i og på kroppen deres som kroppsvaner, mønstre og bevegelser. Dermed blir kroppen en kilde til kunnskap (Merleau-Ponty, Landes, Carman & Lefort, 2012; Thornquist, 2018). Et eksempel her er hvordan David i lang tid hadde anstrengt seg for å prøve å bli flinkere til å blant annet overholde tidspunkter for avtaler. Dette er noe som David opplever som svært vanskelig på grunn av sin ADHD-tilstand. Men gjennom å bli bevisst hvordan han reagerte kroppslig når han anstrengte seg i slike situasjoner, ble det mer tydelig at dette ikke var godt for han. Han kunne dermed lettere akseptere sine «styrker» og «svakheter» og heller tilpasse seg selv og miljøet rundt. Ved at han kunne være ærlig ovenfor seg selv og andre om hans utfordringer ble han mindre anspent.

Flere andre studier innenfor psykomotorisk fysioterapi drøfter også lignende opplevelser, hvor kroppsunndersøkelsen og den kroppslige samhandlingen mellom terapeut og pasient har vært sentralt (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt & Bergland, 2004, 2019). Forståelsen av kroppen som kilde til kunnskap og erkjennelse har tidligere vært preget av en dualistisk tankegang, hvor tenkning, bevissthet, fornuft, kunnskap og mening var skilt fra kroppen. At kroppen ikke ble ansett som kilde til kunnskap for subjektet selv har preget den allmenne oppfatning av hva kunnskap er (Gretland, 2007; Thornquist, 2018, s. 45).

I intervjuet beskriver David den økte kroppsbevisstheten som en erkjennelse i kroppen, som må oppleves i kroppen. Kunnskap forbindes tradisjonelt med tenkning og språk – med det verbalt artikulerte, det vi kan uttrykke med ord. Et av argumentene for dette er at kunnskapen må være tilgjengelig for andre; den må kunne læres bort og etterprøves. Men kunnskap er ikke bare det språklige artikulerte (Sæbøe et al., 2001, s. 184; Thornquist, 2018, s. 150).

I den kliniske hverdagen har tenkningen om forbindelsen mellom kropp og kunnskap åpenbare implikasjoner. For kroppen er å forstå som et uttrykksfelt som blir tilgjengelig i samhandlingen mellom behandler og pasient. Som fagutøver er også vår egen kropp en kilde til erfaring og kunnskap (Thornquist, 2018). Gjennom måten pasient og terapeut samhandler på – kroppslig som verbalt – formidles respekt og anerkjennelse eller det motsatte, og dette vil også være med på å prege pasienters erfaringer, tilstand, selvfølelse og deltagelse (Sæbøe et al., 2001). Kroppen hos personer som har plager eller funksjonsproblemer preges ikke bare av sykdomsprosesser, men av alt personen utsettes for og deltar i. Kroppslig kunnskap blir dermed kontekstbundet (Thornquist, 2018)

4.7. Anerkjennende kroppslige samhandlinger som bidrar til erkjennelse

Begge medforskerne forteller i intervjuene at det var godt at noen kunne se og kjenne noe av det som de selv kjente gjennom en kroppsundersøkelse. På denne måten så falt noe på plass for de begge. De fikk troen på at dette ikke var bare noe som «satt i hodet».

Behandlingen i psykomotorisk fysioterapi er en samhandling der de kroppslige symptomene pasienten har her og nå danner grunnlaget for undersøkelse og behandling (Øvreberg et al., 2016). Men symptomforståelsen tilhører ikke bare fagpersonen. Pasientens refleksjoner må stimuleres og inkluderes (Sæbøe et al., 2001; Øvreberg et al., 2016).

Ved bruk av blant annet hendene undersøker Siri pasienten gjennom ulike massasjereg og ved bruk av ulike funksjonsundersøkelser. Det kan tenkes utgangspunktet for felles opplevelser og felles forståelse av tingene, og hvordan disse henger sammen i den verden som de har til felles styrkes gjennom at Siri ser og kjenner noe av det som Maria og David

også kjenner i sine kroppar. Som nevnt tidligere, kan det være utfordrende å skulle sette ord på utfordringene. Den nonverbale kommunikasjonen er derfor viktig i det terapeutiske arbeidet (Thornquist, 2009; Øvreberg et al., 2016). Terapeutens hånd mot pasientens hud kan i seg selv være kommunikasjon.

Slik jeg forstår behandlingssamspillet, opplever Maria og David en anerkjennelse for sine plager gjennom blant annet kroppslig samhandling og refleksjon. Berøringen kan også ha styrket deres selvakseptering. Ved å oppleve bedre kroppsbevissthet, hvor koblingen mellom belastninger og kroppslige reaksjoner blir forståelig, kan dette ha bidratt til at de fikk en ny innsikt. Erkjennelse av at de har et valg, en frihet, hvor de kan sette grenser og kjenne etter eget behov kan de også ta med seg videre, ifølge Siri:

«Men det jeg opplevde med begge de to, er at de på en måte får den opplevelsen og tar eierskap til den, og lar den på en måte fylle seg litt. Og kan liksom bære den med seg til andre situasjoner».

Innenfor psykomotorisk fysioterapi blir de kroppslige oppdagelsene og endringene David og Maria gjør ofte kalt for en kroppslig omstilling. Og fra et fenomenologisk perspektiv skjer det samtidig en følelsesmessig omstilling der forhold til egen kropp, så vell som til problemer, situasjoner og medmennesker blir endret (Ianssen, 1997; Thornquist, 1986). Kroppen er en funksjonell og samspillende enhet der dens enkeltdeler står i innbyrdes avhengig forhold til hverandre. Og alt vi utsettes for kommer til kroppslig uttrykk (Ianssen, 1997; Thornquist, 1986; Øvreberg et al., 2016). Konsekvensen av dette er at vi må vurdere lokale plager og symptomer i sammenheng med kroppens totale balanse, dens belastnings- og spenningsforhold.

I psykomotorisk fysioterapibehandling og undersøkelse står kroppen i fokus. Men kroppen er subjektet. Kroppen er ikke noe «utenpå» personen. Dermed arbeider psykomotorisk fysioterapeut aldri bare med rent kroppslige forhold. De gjør også alltid noe med hele personen, med menneskets forhold til sin kropp og dermed seg selv (Ekerholt & Bergland, 2019; Ianssen, 1997; Thornquist, 1986; Øvreberg et al., 2016).

Både Maria og David beskriver en slags økt eierskap til egen helse og den videre tverrprofesjonelle oppfølgingen de var en del av, etter at de startet opp med psykomotorisk fysioterapi. Maria forteller hun blant annet begynte å stole mer på det hun trengte å formidle i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Hun fikk også en følelse av å ha mer kontroll og råderett over å definere hva hun kjenner og ikke kjenner i kroppen.

For David ble det mer tydelig hvem han ønsket å samhandle med videre for at han skulle få det bedre. De erfarte også at samhandling på tvers av profesjoner er en mulighet, og kan være nyttig for å få en felles forståelse av situasjonen. De forteller begge to at de ikke har oppfølging av helsevesenet i like stor grad lenger, men heller tilpasser belastningen i hverdagen ut ifra sin egen tåleevne, basert på den nye innsikten de har opparbeidet i behandlingsforløpet.

Dragesund og Øien (2021) trekker frem anerkjennelse som et grunnleggende behov, som blir spesielt relevant når vi blir syke og er skilt fra ens normale opplevelse av seg selv (Dragesund & Øien, 2021). For at pasienten skal få en bevissthet om hvilke faktorer som forårsaker og opprettholder smerteproblemer, ser det ut til å være avgjørende at terapeuten ser pasienten, både gjennom kroppslig samhandling og verbal kommunikasjon (Dragesund & Øien, 2021). Pasientene Dragesund og Øien (2021) intervjuet verdsatte å bli sett på som en hel person med en rekke forpliktelser. I den trygge og tillitsfulle atmosfæren ble de mer i kontakt med egne kropper og følelser. Dragesund og Øien trekker også frem selvtillit, selvrespekt og selvverd som et grunnlag for autonomi og handlefrihet. Gjennom forholdet med fysioterapeutene i behandlingsøktene opplevde pasientene økt kontakt med kroppen, og kontakt gjorde en forskjell ved å endre forholdet til dem selv. Omsorgen fra fysioterapeutene under psykomotorisk behandling gjorde at pasientene gradvis begynte å ta mer vare på seg selv (Dragesund & Øien, 2021).

4.8. Pasientens erfaringskunnskap i samhandling med den profesjonelle

I intervjuet med Maria og hennes fastlege Jakob, beskriver Maria hvordan hun opplever det har vært et paradigmeskifte innad i helsevesenet. Før syntes hun helsevesenet var mer

paternalistisk. Tidligere har hun blant annet fått høre at de med diagnosen Ehlers Danlos syndrome bare var oppmerksomhetssøkende, og hun valgte derfor ikke å snakke om utfordringene hun hadde med sin sykdom. Nå er hennes opplevelse i møte med helsevesenet annerledes. Hun opplever at hennes kunnskap om egne utfordringer blir i større grad hørt.

Vi vet i dag at forventningen om å ta i bruk pasientens erfaringskunnskap har økt i nyere tid gjennom blant annet innføringen av brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 31; Karlsson & Borg, 2021, s. 56; Skjeldal, 2021, s. 51). Det dualistiske menneskesynet og den biomedisinske kroppsførståelsen har også lenge vært dominerende. I nyere tid har forståelsen av mennesket som biologiske, sosiokulturelle og historiske vesener fått mer og mer fotfeste i helsevesenet (Gretland, 2007; Thornquist, 2018).

Med en forståelse av at kroppen er uttrykksfull og meningsbærende, blir viktigheten av samspillet med pasienten i undersøkelse og behandling viktig (Gretland, 2007). Både Maria og David forteller at de har tidligere gjennomført flere undersøkelser i form av blodprøver, MR (magnet resonans tomografi), CT (computertomografi) og lignende, som ikke viste tegn til sykdom. Det kan være lett å tenke at dette utelukkende er positive tilbakemeldinger å få. Men slike tester og prøver representerer ofte kun biologiske markører for sykdom og tar ikke hensyn til kroppen som uttrykksfull og meningsbærende. Det kan tenkes at for Maria og David kunne de negative prøvesvarene også bli tolket som at de ikke hadde noen grunn til å være syke.

Psykomotorisk behandling er en tilnærming som bryter med den tradisjonelle tenkemåten om kroppen (Thornquist, 1986). Undersøkelsen Siri har med Maria og David er en samhandlingssituasjon hvor Siri tar sikte på å forstå noe av pasienten. Funn er i denne sammenhengen alt som kan bidra til å skape forståelse for Maria og David og deres problemer. Denne relasjonelle virksomheten innebærer at funn ikke kan ses uavhengig av hva som skjer i møtet mellom pasient og terapeut. Noe kan være gitt som biologiske tilstander og noe oppstår i kraft av samspillet (Gretland, 2007). Når Siri etterspør pasientens egen opplevelse av situasjonen og seg selv, trekkes Maria og David inn som person, og de kan sammen dele erfaringer. Dette signaliserer at Maria og David er meningsberettiget og

invitert til aktiv deltakelse – deres erfaringskunnskap får betydning for samhandlingen videre.

Jakob som er spesialist i hjerte- og karsykdommer, vil ofte være den som har mest innsikt ved for eksempel en ultralydundersøkelse av en hovedpulsåre. Men for situasjonen til Maria er det annerledes. Jacob sier:

«Men problematikken som er knytt til for eksempel dine [Maria] plager, med mye smerter og ting går ut over livskvaliteten og ting som også kanskje går ut over psyken og det mentale, så vil jo du ha en helt annen kunnskap om tilstanden, enn om det var bare den hovedpulsåren. Så jeg tenker at det er mange forskjellige situasjoner. Men generelt sett så vil jo pasienten ha noen plager og oppsøker oss fordi man merker et eller annet og da har jo pasienten allerede masse kunnskap, og jo mer kompleks og sammensatt ting blir, jo mer kunnskap har pasienten. Altså, den kunnskapen heller mer og mer i pasientens retning. Og desto viktigere tenker jeg at den kunnskapen er».

Det er ingen vesentlig forskjell mellom brukerkunnskap og fagkunnskap, eller mellom erfaringskompetanse og andre former for kunnskap (Skjeldal, 2021, s. 47). For å aktivere pasientens erfaringskunnskap er forutsetningen at en har åpen kommunikasjon, men også evne til å lytte. Det krever også gjensidig utforskning av saksforhold. Man utveksler ikke da allerede ferdigtenkte synspunkter, men oppdager noe sammen -en form for merviten (Skjeldal, 2021).

5. Fra forskning til praksis

At tverrprofesjonell samhandling blir gradvis mer vektlagt i retningslinjer for utøvelse av helsetjenester har vært utgangspunktet for denne studien. Hvordan vilkårene er for tverrprofesjonell samhandling og hvordan en psykomotorisk fysioterapeut kan bidra til dette ble omdreiningspunktet, eksemplifisert med pasienter og behandlere med erfaring fra tverrprofesjonelt behandlingsforløp. Analysen av materialet har vist at det er mange faktorer som virker inn på hvilken grad tverrprofesjonell samhandling oppstår, og i hvilken grad pasienten opplever helsevesenet som samhandlende. Som psykomotorisk fysioterapeut kan en, gjennom kroppslig utforskning og refleksjon i samspill med pasienten, bedre pasientens opplevelse av tverrprofesjonell samhandling, ifølge analyser fra denne studien.

En fysioterapeut er både en individuell person og bærer av en profesjon, men som fysioterapeut inngår en også i et sosialt system som påvirker ens handlingsvalg. Hvor stor grad terapeuten kan stimulere til tverrprofesjonell samhandling påvirkes blant annet av dette. Fysioterapeuter (med og uten videreutdanning) arbeider i mange ulike tjenester både privat, kommunalt og i spesialisthelsetjenesten, og har derfor helt ulike rammer for å gi god tverrprofesjonell oppfølging til pasienten. I denne studien kom det frem at behandlerne som arbeidet i primærhelsetjenesten anså knappheten på tid som et hinder for å ta i bruk tverrprofesjonell samhandling mer. De hadde mange pasienter som ventet på oppfølging og derfor ble det vanskelig å prioritere tid til samhandling på tvers av profesjoner.

Det kom også frem at behandlerne generelt hadde lavere terskel for å samhandle når de kjente til den de trengte å samhandle med, og derfor kunne samhandlingen bære preg av hvor stor grad de ulike behandlerne kjente til hverandre fra tidligere. I det siste eksempelet er det enkelt å forstå at samlokalisering og team-arbeid vil kunne ha stor innflytelse på den tverrprofesjonelle samhandlingen (Forsetlund et al., 2019). Psykomotorisk fysioterapeut Siri la vekt på at hun som individuell person og bærer av profesjon måtte ha «ballast» for å ta i bruk tverrprofesjonell samhandling innimellom. Dette er gjenkjennbart med det Iversen & Hauksdottir (2020) skriver: «En skal ha forståelse og kunnskap om egen rolle og eget ansvar i samhandling i tillegg til kunnskap om samarbeidspartners kompetanse og rolle» (Iversen & Hauksdottir, 2020).

Fysioterapeuter er en viktig del av tverrprofesjonelle rehabiliteringsforløp og innehar kunnskap om kropp, bevegelse og funksjon (NFF, 2012). Som psykomotorisk fysioterapeut har en utvidet kunnskap om hvordan kropp og følelser står i et gjensidighetsforhold til hverandre, og hvordan pust og spenningstilstander i muskulatur endrer seg i forhold til hvordan vi har det med oss selv (Sæbøe et al., 2001; Thornquist, 1986, 2006; Øvreberg et al., 2016). Med forståelse om egen rolle og gode evner til å kommunisere kan psykomotoriske fysioterapeuter bli bidragsytere i den tverrprofesjonelle samhandlingen, hvor deres forståelse og kunnskap kan gi viktig innspill i behandlingsforløp. Denne tverrprofesjonell samhandlingskompetansen blir ansett som kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester (Iversen & Hauksdottir, 2020).

Jeg vil også argumentere for at samhandlingskompetanse ikke bare omhandler den profesjonelle. Det holder ikke at de profesjonelle har god kompetanse på området og vier tid til samhandling hvis ikke pasienten opplever samspillet han eller hun er en del av. «Ingen beslutninger om meg tas uten meg». Når vi blir syke og er skilt fra ens normale opplevelse av seg selv kan samspillet man har i møte med helsevesenet også bli endret. Pasientens mulighet til å erkjenne og gi uttrykk for sine utfordringer i et tillitsfullt samspill med sine behandlere er ikke en selvfølge. Den kroppslige erfaring og kompetansen pasienten besitter kan være av stor betydning for hvilke merviten den tverrprofesjonelle samhandlingen får frem.

Vi lever i et samfunn som bidrar til en objektivisering av kroppen, samtidig som at vi i større grad kommuniserer med en «stille kropp». For eksempel gjør den teknologiske utviklingen at vi i mindre grad er avhengig av kroppene våre for å fungere og kommunisere i verden. Som nevnt tidligere tar vi også i stor grad bruk av måleinstrumenter og prøver når en undersøker pasienter, som kan forsterke objektiveringen av kroppen. Samtidig står vi i fare for å miste kontakt med kroppen som kilde til informasjon om hvordan vi har det. Det kan føre til at vi mistolker kroppens signaler som sykdom og skade, og vi forsøker å fjerne signalene gjennom kirurgi, øvelser eller medisiner (Gretland, 2007).

Psykomotorisk fysioterapi bryter med et slikt tanke- og levesett, og har som mål å være hjelp til selvhjelp. Medforskerne i denne studien beskriver hvordan deres kroppslige samspill med psykomotorisk fysioterapeut Siri bidro til en økt forståelse av hvordan deres symptomer

hang sammen med livsbelastninger. Det kroppslige samspillet ga også en opplevelse av anerkjennelse, som Maria og David kanskje trengte for å kunne erkjenne den situasjonen de var i. Deres kropper ble kilde til kunnskap, som styrket deres tro på egne erfaringer og som de tok med seg videre i samhandling med andre relasjoner. De profesjonelle kan ikke bedre pasientens helse alene, de er helt avhengig av aktiv deltagelse fra pasienten selv. I jakten på tid til tverrprofesjonell samhandling må vi ikke glemme samhandlingskompetansen til pasienten. Her kan vi som psykomotorisk fysioterapeuter spille en viktig rolle.

Konkluderende betraktninger

Oppgavens formål var å utforske hvordan vilkårene er for tverrprofesjonell samhandling og hvordan psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra til dette i tverrprofesjonelle behandlingsforløp. Gjennom samtaler med pasienter og behandlere med ulike erfaringer med tverrprofesjonell samhandling har jeg belyst betydningen av psykomotorisk fysioterapi i tverrprofesjonelle behandlingsforløp i primærhelsetjenesten spesielt, og vilkår for tverrprofesjonell samhandling generelt. Utvalget bestod av to caser som delte sine erfaringer fra samhandlingen de var en del av. Brukermedvirkning i forskningsprosessen har blitt ivaretatt gjennom medforsker-rollen som to av deltagerne har hatt.

Studien har vist at vilkårene for tverrprofesjonell samhandling er komplekse, og preget av organisatoriske grenser og sosiale aspekter som det kan være nyttig at helsepersonell generelt er kjent med. Et hovedfunn har vært at kroppslig samspill, mellom pasient og psykomotorisk fysioterapeut, bidro til ny innsikt som ble nyttig erfaring og kompetanse i den tverrprofesjonelle samhandlingen de var en del av. Studien har vist at det er mange faktorer som påvirker i hvilke grad tverrprofesjonell samhandling oppstår, og i hvilken grad pasienten opplever helsevesenet som samhandlende. Samspillet pasienten har med psykomotorisk fysioterapeut ser ut til å styrke pasientens opplevelse av samhandling gjennom kroppslig utforskning og refleksjon, som også kommer til nytte i samhandling med andre relasjoner.

Medforskerne i studien har vektlagt den anerkjennende kroppslige samhandlingen de har med fysioterapeuten, og at den bidrar til ny innsikt i dem selv (kroppen som subjekt). Deres innsikt åpnet opp for erkjennelse og mulighet for å uttrykke egne behov og opplevelser i tillitsfulle samspill med sine behandlere. I denne sammenheng har de beskrevet hvordan behandlingen også har aktualisert og aktivisert deres kroppslige erfaringer og kompetanse gjennom en gradvis kroppslig tilnærming. Studien har også vist hvordan tid og mangelen på tid spiller inn på samhandlingen med pasienter og mellom profesjoner. Dette ble synliggjort ved at medforskerne trengte tid til omstilling, og ved at behandlerne la vekt på at mangelen på tid ofte var et hinder for å samhandle mer på tvers.

Studien har vist at psykomotorisk fysioterapeuter kan spille en viktig rolle i pasientens tverrprofesjonelle behandlingsforløp. Medforskerne trekker frem hvordan de kroppslige

oppdagelsene førte til økt eierskap til egen helse og oppfølgingen de var den del av. I møte med terapeuten følte de seg sett og hørt, og opplevde å få en alliert inn i det tverrprofesjonelle behandlingsforløpet.

Psykomotoriske fysioterapeuter kan fremme pasientens samhandlingskompetanse og bidra med egen forståelse og kompetanse inn i tverrprofesjonelle behandlingsforløp, og på denne måten være bidragsytere i utvikling av merviten i den tverrprofesjonelle samhandlingen.

Videre forskning bør utforske i hvilken sammenheng og når det er hensiktsmessig for psykomotorisk fysioterapeuter å inngå i tverrprofesjonell samhandling og vilkårene for dette i ulike tjenester. Det er også behov for videre forskning om betydningen av kropp i tverrprofesjonelle behandlingsforløp.

Referanseliste

- Alm Andreassen, T. (2009). The consumerism of 'voice' in Norwegian health policy and its dynamics in the transformation of health services. *Public Money & Management*, 29(2), 117-122. <https://doi.org/10.1080/09540960902768012>
- Alvesson, M. (2011). *Interpreting interviews*. London: Sage.
- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2011). *Qualitative research and theory development : mystery as method*. Los Angeles: Sage.
- Bahus, M. K. (2019, 19. juni 2020). Brukermedvirkning i helsetjenesten. I *Store norske leksikon*. www.snl.no. Hentet fra https://snl.no/brukermedvirkning_i_helsetjenesten
- Bernhardsson, S., Larsson, M. E. H., Johansson, K. & Öberg, B. (2017). "In the physio we trust": A qualitative study on patients' preferences for physiotherapy. *Physiother Theory Pract*, 33(7), 535-549. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1328720>
- Bjorbækmo, W. S. & Mengshoel, A. M. (2016). "A touch of physiotherapy" - the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiother Theory Pract*, 32(1), 10-19. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1071449>
- Breitve, M. H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 75(12), 19-26. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Tidsskrifter>
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J. & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International*, 15(4), 212-221. <https://doi.org/10.1002/pri.462>
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre : om design av samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt*. Oslo: Universitetsforl.
- Bukve, O. (2021). *Forstå, forklare, forandre : om design av samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt* (2. utgåve. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B., Hansen, A. B., Hansson, H., Houge, N. H. & Rødal, T. (1995). *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Oslo: Pensumtjeneste. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2012101108085
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer>

- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (4th ed. utg.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design : qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5th edition. utg.). Los Angeles, California: Sage.
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2020). Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1), 1735767-1735767. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735767>
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2021). Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: Patients' experiences from Norwegian Psychomotor Physiotherapy. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>
- Dukhu, S., Purcell, C. & Bulley, C. (2018). Person-centred care in the physiotherapeutic management of long-term conditions: a critical review of components, barriers and facilitators. *International practice development journal*, 8(2), 1-27. <https://doi.org/10.19043/ipdj.82.002>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients experiences, a basis for knowledge. *Scand J Public Health*, 32(6), 403-410. <https://doi.org/10.1080/14034940410029441>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(1), 57-69. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1433256>
- Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M. & Bergland, A. (2014). Body awareness – a vital aspect in mentalization: Experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(5), 312-318. <https://doi.org/10.3109/09593985.2013.876562>
- Flyvbjerg, B. (2016). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Forsetlund, L., Vist, G. E., Hov, L. & Aamland, A. (2019). Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt. *Folkehelseinstituttet*, 80. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2019/tverrfaglige-team-i-primarhelsetjenesten/>
- Gagliardi, A. R., Lemieux-Charles, L., Brown, A. D., Sullivan, T. & Goel, V. (2007). Barriers to patient involvement in health service planning and evaluation: An exploratory study. *Patient Educ Couns*, 70(2), 234-241. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.09.009>
- Garnæs, K. K. (2021, 03.05.21). Samhandlende team i primærhelsetjenesten. I. Forskningsprosjekter i helse Helse Vest RHF. Hentet fra <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/prosjekt/90052900>

- Gilje, N. & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Gjengedal, E., Sviland, R., Moi, A. L., Ellingsen, S., Flinterud, S. I., Sekse, R. J. T., ... Råheim, M. (2019). Patients' quest for recognition and continuity in health care: time for a new research agenda? *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(4), 978-985.
<https://doi.org/10.1111/scs.12696>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Helse- & omsorgsdepartementet, o. (2021, 08.02.21). Foreslår plikt for at sykehus og kommuner skal samarbeide bedre. I M. S. Higrav (Red.). Regjeringen.no: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/foreslar-pliktk-for-at-sykehus-og-kommuner-skal-samarbeide-bedre/id2832361/>
- Helse-sørøst. (2015). Brukermedvirkning i helseforskning i Norge - Endelige retningslinjer og tiltak. Hentet 30. November 2020 fra [https://www.helse-sorost.no/Documents/Brukermedvirkning/13-00327-8%20Brukermedvirkning%20i%20helseforskning%20i%20Norge%20vedtatte%20retningslinjer%20og%20tiltak%20\(t%20419958_1_1.pdf](https://www.helse-sorost.no/Documents/Brukermedvirkning/13-00327-8%20Brukermedvirkning%20i%20helseforskning%20i%20Norge%20vedtatte%20retningslinjer%20og%20tiltak%20(t%20419958_1_1.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018). Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester. I(17.01.2018 utg.): Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Helsedirektoratet. (2021, 09.05.2021). Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp. I. helsedirektoratet.no. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=pakkeforlop>
- Hoffmann, T. C., Lewis, J. & Maher, C. G. (2020). Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiotherapy*, 107, 43-49.
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.08.012>
- Høyskolen på Vestlandet. (2020). Studieplan - Master i klinisk fysioterapi. Hentet 17.04 2020 fra <https://hvl.no/studier/studieprogram/2020h/ma-fys/studieplan/>
- Ianssen, B. (1997). *Bevegelse, liv og forandring : i Aadel Bülow-Hansens spor*. Oslo: Cappelen akademisk forl. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008082104043
- Iversen, A. & Hauksdottir, N. (2020). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid : kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (1. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal.

- Jensen, B., Borgersen, A. M., Fjeld, R., Haugen, Ø., Myrseth, H., Naglestad, E. & Vandeskog, G. (1986). *NOU 1986: 4 Samordning i helse- og sosialtjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, L. B. (2017). Vil sikre gode pasientforløp mellom lege og fysioterapeut. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2017/12/aktuelt-i-foreningen/vil-sikre-gode-pasientforlop-mellom-lege-og-fysioterapeut>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2021). *Samarbeidsbasert forskning : demokratisk kunnskapsutvikling i psykisk helse- og rusarbeid* (1. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lomborg, K. & Ankersen, L. (2010). Fortolkende beskrivelse. *Klinisk sygepleje*, 24(1), 7-15.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- McGlinchey, M. P. & Davenport, S. (2015). Exploring the decision-making process in the delivery of physiotherapy in a stroke unit. *Disabil Rehabil*, 37(14), 1277-1284. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.962106>
- Merleau-Ponty, M., Landes, D. A., Carman, T. & Lefort, C. (2012). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Ness, O. (2014). Samarbeid eller samhandling? Er det noen forskjell? *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/14929/Samarbeid-eller-samhandling-Er-det-noen->
- NFF. (2012, 12.12.2012). Hva er fysioterapi? Hentet 21.08 2021 fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2018). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-1
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rise, M. (2012). Mer brukermedvirkning? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(16), 1882-1884. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0620>
- Sacristan, J. A., Aguaron, A., Avendaño, C., Garrido, P., Carrion, J., Gutierrez, A., ... Flores, A. (2016). Patient involvement in clinical research: why, when, and how. *Patient Preference Adherence*, 10, 631-640. <https://doi.org/10.2147/ppa.s104259>

- Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder : planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (1. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skjeldal, E. (2021). *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*, 16(2), 146-153. <https://doi.org/10.1002/wps.20412>
- St. Meld. 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste*. Oslo: Regjeringen. Hentet fra www.regjeringen.no
- St. Meld. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Regjeringen. Hentet fra www.regjeringen.no
- Stenner, R., Swinkels, A., Mitchell, T. & Palmer, S. (2015). Exercise prescription for patients with non-specific chronic low back pain: a qualitative exploration of decision making in physiotherapy practice. *Physiotherapy*, 102(4), 332-338. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.05.004>
- Stokkenes, G. (1997). *Erkjennelse og anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi : en studie av verbal- og nonverbal kommunikasjon mellom pasient og fysioterapeut i to behandlingsforløp*. I. Bergen: Grete Stokkenes.
- Strømme, H., Larun, L., Langengen, I. W., Hole, G. O. & Snibsøer, A. K. (2016). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://doi.org/https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Sudmann, T. T. & Henriksbø, K. (2011). Kollektiv handling skaper endring, 7. Hentet fra <https://fontene.no/article-6.47.13162.0554f22817>
- Sviland, R. (2016). Mellom sansing og forståelse - tydingens betydning i psykomotorisk fysioterapi. I N. Tvedten & A. Ottesen (Red.). UiT Norges Arktiske Universitet.
- Sæbøe, G., Stokkenes, G. & Sudmann, T. T. (2001). *Fysioterapi på terskelen : 13 perspektiver på faget*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Sønstebo, C. (2021, 09.05.21). Delta på webinar om etablering av tilbud. I(26.02.2021 utg.). mestring.no: Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Hentet fra <https://mestring.no/delta-pa-webinar-om-etablering-av-tilbud/>
- Sørli, K. B. (2020, 09.05.2021). Pakkeforløpsarbeidet er i gang - fysioterapeuter er med. I(23.10.2020 utg.). fysio.no: Norsk fysioterapi. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforliden/Aktuelt/Nyheter/Pakkeforloepsarbeidet-er-i-gang-fysioterapeuter-er-med>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.

- Thornquist, E. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforl. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2007080901066
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi ; tenkning og tilnærming. *Utposten*, 35(5), 28-32.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2016). Psykisk helse, utfordringer og fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 83(4), 8-11.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Topp, J., Westenhöfer, J., Scholl, I. & Hahlweg, P. (2018). Shared decision-making in physical therapy: A cross-sectional study on physiotherapists' knowledge, attitudes and self-reported use. *Patient Educ Couns*, 101(2), 346-351. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.031>
- Ward, A., Eng, C., McCue, V., Stewart, R., Strain, K., McCormack, B., ... Bulley, C. (2018). What matters versus what's the matter – exploring perceptions of person-centred practice in nursing and physiotherapy social media communities: a qualitative study. *International practice development journal*, 8(2), 1-18. <https://doi.org/10.19043/ipdj.82.003>
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Øvreberg, G., Andersen, T., Hanssen, I. & Ianssen, B. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi : et kildeskript fra Aadel Bülow-Hansens praksis* (2. utg. utg.). Levanger: Berit Ianssen.

Vedlegg

Oversikt vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema for pasienter og behandlere

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Prosedyre for gjennomføring av intervju

Vedlegg 4: Svar fra regionale komiteer for medisinsk og helsefaglige forskningsetikk - REK

Vedlegg 5: Svar fra Norsk senter for forskningsdata - NSD



Til deg som har gått til psykomotorisk fysioterapi:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om Samhandling mellom fysioterapeuter og pasienter i et behandlingsforløp hos psykomotorisk fysioterapeut.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Vi vil gjerne invitere deg til å delta i forskningsprosjektet basert på din erfaring fra psykomotorisk fysioterapi, og dine erfaringer med samarbeid med og mellom dine behandlere. Vi vil gjerne invitere deg til å delta som medforsker i prosjektet.

Prosjektets problemstilling er som følger:

- Hvordan er vilkårene for tverrfaglig samhandling og hvordan kan en psykomotorisk fysioterapeut bidra til dette i tverrprofesjonelle behandlingsforløp?

Forskningsprosjektet skal bidra med ny kunnskap om hvordan pasienter, psykomotorisk fysioterapeuter og andre behandlere samarbeider om planlegging, gjennomføring og evaluering av et tverrprofesjonelt behandlingsforløp. Prosjektleder for forskningsprosjektet er professor Tobba Therkildsen Sudmann, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet (HVL). Ansvarlig for gjennomføring og ferdigstilling er mastergradsstudent Marcus Megrund, mastergradsstudent i psykiatrisk psykosomatisk fysioterapi, Institutt for helse og funksjon, HVL.

Hva innebærer prosjektet?

Som medforsker inviteres du til å være med å utvikle et forskningsprosjekt og være med på produksjon av datagrunnlaget i prosjektet. Det betyr at du inviteres til individuelle samtaler med mastergradsstudent Marcus Megrund for å planlegge studien, og du inviteres til å være med å velge ut og rekruttere øvrige deltakere i studien. Samtalene mellom deg og mastergradsstudent Marcus Megrund i prosjektperioden vil utgjøre del av datagrunnlaget for studien.

Som medforsker ønsker vi at du skal invitere noen av dine behandlere som øvrige deltakere i studien.

Deltakelse i prosjektet gir deg mulighet til å påvirke utformingen av forskningsprosjektet basert på dine erfaringer, og du får være med prosjektleder å velge ut, rekruttere, planlegge og gjennomføre av intervju av dine behandlere. Samtalen mellom deg og prosjektleder blir en del av datamaterialet (du bidrar med relevant informasjon).

Forskningsprosjektet bygger på den kunnskapen vi sammen kan få tilgang til gjennom intervju av aktuelle behandlere fra ditt tverrprofesjonelle behandlingsforløp. Samtalene mellom mastergradsstudenten og deg før og etter hvert intervju blir også en del av kunnskapsgrunnlaget for studien.

Din personlige historie vil ikke være gjenstand for forskningssamtalene. Vi har laget to konstruerte pasienthistorier slik fysioterapeuter ser det, og vil bruke disse som grunnlag for forskningssamtaler/intervjuer. Et intervju med en behandler kan ta 1-2 timer. Tid til samtaler med student før og etter kommer i tillegg. Vi anbefaler at du setter av 3-4 timer til hvert intervju med en behandler. Antall intervju er avhengig av hvor mange informanter som er aktuelle og hvor mange som ønsker å delta.

Behandler har taushetsplikt om din behandling, selv om du deltar som medforsker. Du kan løse en behandler fra taushetsplikten om du ser det det hensiktsmessig.

Forskningsprosjekter er del av mastergradsstudiet i psykiatrisk-psykosomatisk fysioterapi for Marcus Megrund.

Mulige fordeler og ulemper

I prosjektet vil vi ha behov for noen opplysninger om deg, slik som alder, kjønn, utdanning, erfaring etter utdanning (antall år), og arbeidssted. Disse opplysningene skal oppbevares i henhold til krav til personvern. Alle deltakere vil bli anonymisert, slik at ingen kan kjenne deg igjen i publikasjonene. Etter vår vurdering vil ikke deltakelse i dette forskningsprosjektet medføre ulemper for deltakerne.

Prosjektet kan gi noen fordeler for deltakerne gjennom muligheten til å drøfte tverrprofesjonelt samarbeid sammen med pasient og mastergradsstudent, og gi direkte mulighet til å påvirke kunnskapsutviklingen på feltet.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få opplysningene slettet, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Opplysninger vil alltid publiseres i anonymisert form.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Marcus Megrund eller prosjektleder Tobba T Sudmann, se kontakt detaljer lenger nede.

Hva skjer med opplysningene om deg?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenkende opplysninger. Du kan selv velge hvordan du skal presenteres som medforsker i prosjektet – med navn eller anonymisert.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet ved prosjektslutt. Prosjektet er planlagt avsluttet høsten 2021. Deretter skal opplysningene oppbevares i fem år etter prosjektslutt av dokumentasjonshensyn.

Økonomi

Utgifter for deltakelse i forskningsprosjektet vil bli refundert.

Godkjenning

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning, jfr. REK 183776.

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Høgskolen på Vestlandet og prosjektleder Tobba Therkildsen Sudmann og fysioterapeut/mastergradsstudent Marcus Megrund et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med mastergradsstudent Marcus Megrund, 47621721, 576859@stud.hvl.no eller prosjektleder Tobba Therkildsen Sudmann tsu@hvl.no.

Personvernombud ved institusjonen er Trine.Anikken.Larsen@hvl.no.

Samtykkeerklæring

Jeg har fått informasjon om studien Samhandling mellom fysioterapeuter og pasienter i et behandlingsforløp hos psykomotorisk fysioterapeut.

Jeg samtykker til å delta i prosjektet og til at mine personopplysninger brukes slik det er beskrevet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Til behandler:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om Samhandling mellom fysioterapeuter og pasienter i et behandlingsforløp hos psykomotorisk fysioterapeut.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Vi vil gjerne invitere deg til å delta i forskningsprosjektet basert på din erfaring fra tverrprofesjonelt samarbeid med og rundt en pasient, hvor psykomotorisk fysioterapi har vært ett av flere tiltak.

Prosjektets problemstilling er som følger:

- Hvordan er vilkårene for tverrfaglig samhandling og hvordan kan en psykomotorisk fysioterapeut bidra til dette i tverrprofesjonelle behandlingsforløp?

Forskningsprosjektet skal bidra med ny kunnskap om hvordan pasienter, psykomotorisk fysioterapeuter og andre behandlere samarbeider om planlegging, gjennomføring og evaluering av et tverrprofesjonelt behandlingsforløp. Prosjektleder for forskningsprosjektet er professor Tobba Therkildsen Sudmann, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet (HVL). Ansvarlig for gjennomføring og ferdigstilling er mastergradsstudent Marcus Megrund, mastergradsstudent i psykiatrisk psykosomatisk fysioterapi, Institutt for helse og funksjon, HVL.

Hva innebærer prosjektet?

Som deltager i forskningsprosjektet kan du bidra i kunnskapsutviklingen i prosjektet. Datagrunnlaget for prosjektet bygger på individuelle forskningssamtaler/intervjuer med behandlere som har vært involvert i ett tverrprofesjonelt behandlingsforløp. Prosjektleder vil ha med en av dine pasienter som medforsker. Som medforsker kan den det gjelder – pasienten – bidra til at forskningssamtalen får økt relevans, og til at datagrunnlaget blir bredest mulig. Det er pasienten/medforsker som har foreslått at vi skal intervjuer deg. Mastergradsstudent Marcus Megrund og medforsker vil sammen forberede intervjuene, og diskutere dem etterpå. Pasient/medforsker har ikke ansvar for det endelige resultatet av forskningsprosjektet, dette ligger hos prosjektleder. Det innsamlede datamaterialet skal brukes til å besvare problemstillingen og vil utgjøre masteroppgaven til Marcus Megrund.

Som behandler har du taushetsplikt, selv om en av dine pasienter deltar som medforsker. Pasienten kan løse deg fra taushetsplikten om vedkommende finner det hensiktsmessig.

Vi antar at tidsrammen for forskningssamtalen er 1-2 timer. Det er opp til deg å foreslå egnet tidspunkt og sted.

Mulige fordeler og ulemper

I prosjektet vil vi ha behov for noen opplysninger om deg, slik som alder, kjønn, utdanning, erfaring etter utdanning (antall år) og arbeidssted. Disse opplysningene skal oppbevares i henhold til krav til personvern. Alle deltakere vil bli anonymisert, slik at ingen kan kjenne deg igjen i publikasjonene. Etter vår vurdering vil ikke deltakelse i dette forskningsprosjektet medføre ulemper for deltakerne.

Prosjektet kan gi noen fordeler for deltakerne gjennom muligheten til å drøfte tverrprofesjonelt samarbeid sammen med pasient og mastergradsstudent, og gi direkte mulighet til å påvirke kunnskapsutviklingen på feltet.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få opplysningene slettet, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Opplysninger vil alltid publiseres i anonymisert form.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Marcus Megrund eller prosjektleder Tobba T Sudmann, se kontakt detaljer lenger nede.

Hva skjer med opplysningene om deg?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Et alias knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Marcus Megrund, Tobba Therkildsen Sudmann (prosjektleder/hovedveileder) og Randi Sviland (bi-veileder) som har tilgang til koblingslisten.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet ved prosjektslutt. Prosjektet er planlagt avsluttet høsten 2021. Deretter skal opplysningene oppbevares i fem år etter prosjektslutt av dokumentasjonshensyn.

Økonomi

Utgifter for deltakelse i forskningsprosjektet vil bli refundert.

Godkjenning

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning, jfr. REK 183776.

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Høgskolen på Vestlandet og prosjektleder Tobba Therkildsen Sudmann og fysioterapeut/mastergradsstudent Marcus Megrund et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med mastergradsstudent Marcus Megrund, 47621721, 576859@stud.hvl.no eller prosjektleder Tobba Therkildsen Sudmann tsu@hvl.no.

Personvernombud ved institusjonen er Trine.Anikken.Larsen@hvl.no.

Samtykkeerklæring

Jeg har fått informasjon om studien Samhandling mellom fysioterapeuter og pasienter i et behandlingsforløp hos psykomotorisk fysioterapeut.

Jeg samtykker til å delta i prosjektet og til at mine personopplysninger brukes slik det er beskrevet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 2: Intervjuguide

Det vil bli brukt en tematisk intervjuguide med syv hovedtema. Sammen med temaene er det eksempel på spørsmål som kan stilles til hver av temaene. Temaene vil være de samme i intervjuene av psykomotorisk fysioterapeuter og andre behandlere, men spørsmålene vil variere. Derfor er det utformet to intervjuguider. Denne temabaserte intervjuguiden bidrar med å sikre at vi er innom de samme temaene med hver informant. Intervjuguiden skal gjennomgå sammen med medforsker før og i etterkant av hvert intervju, hvor medforsker kan komme med innspill til hvordan intervjuene skal gjennomføres. Intervjuguiden vil derfor være dynamisk. Samtalen mellom meg og medforsker vil bli en del av datamaterialet. Nederst i intervjuguiden er det lagt med to idealfortellinger, som er konstruksjoner av to typiske pasienter i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut. Idealtypene vil være bakgrunnsmateriale i diskusjon med medforsker.

Tema og tilhørende spørsmål til psykomotorisk fysioterapeut (gjennomgått med medforsker):

1. Innledning; Bakgrunnsvariabler; Alder, kjønn, utdanning, erfaring etter utdanning (antall år), arbeidssted.

Hvor lenge har du arbeidet som PMF? Hva legger du i begrepet tverrprofesjonell samhandling? Hvilken erfaring har du med tverrprofesjonell samhandling? Hvordan startet samarbeidet med pasienten? Hvor lenge har det pågått?

2. Helserelaterte møter/samarbeid;

Hva opplevde du i møte med pasienten som førte til at du ønsket å samhandle med andre behandlere? Hvordan hemmer eller fremmer samarbeidsrelasjonen bedring hos pasienten? Hvordan hemmer eller fremmer tverrprofesjonell samhandling bedring hos pasienten? Hva er positivt, og hva er utfordrende med tverrprofesjonell samhandling? Hvilke muligheter har du som PMF for tverrprofesjonell samhandling? Hvilke erfaringer har med å foreslå økt samhandling tverrprofesjonelt ovenfor pasienten? Hvilke holdninger og interesser er det for tverrprofesjonell samhandling? Komme med eksempel. Har du tatt initiativ for

tverrprofesjonell samhandling? Hvordan ble du møtt da? Har du eksempel? Hvilken erfaring har du til samhandling med øvrige behandlere?

3. Kommunikasjon;

Hvordan har kommunikasjonen vært mellom deg og øvrige behandlere som har samhandlet om Marias behandlingsforløp? Hvilke erfaring, forventning og opplevelser har du til slik kommunikasjon?

4. Kroppslig endring;

Hvilken opplevelse har du av at andre profesjoner har kunnskap om PMF? I hvilken grad tror du de enkelte profesjonene kjenner til hverandres kompetanse og metodiske tilnærminger? Hvordan har fokuset på kroppslig endring vært en del av behandlingsforløpet? Hvordan har den tverrprofesjonelle samhandlingen fremmet eller hemmet kroppslig endring?

5. Nære relasjoner;

Hvilke andre ikke profesjonelle relasjoner har vært viktige i behandlingsforløpet? Hvordan har pasientens nære relasjoner vært en del av den profesjonelle samhandlingen? Hvilke andre personer er viktige for tilfriskning til pasienten? Hvordan har nære relasjoner/andre relasjoner vært hemmende eller fremmende for pasientens bedring?

7. Avslutning;

Har du tanker eller refleksjoner i forhold til problemstillingen som vi ikke har snakket om til nå, som du vil del? Har du spørsmål du ønsker vi tar med videre i våres intervju? Hva var det viktigste vi snakket om i dag synes du?

Tema og tilhørende spørsmål til øvrige behandlere (gjennomgått med medforsker):

1. Innledning; Bakgrunnsvariabler; Alder, kjønn, utdanning, erfaring etter utdanning (antall år), arbeidssted.

Hvordan startet samarbeidet med Maria? Hvilke forventninger har du som lege til å jobbe tverrprofesjonelt? Hva legger du i begrepet tverrprofesjonell samhandling? Hvilke forventninger har du til tverrprofesjonell samhandling? Hvor lenge har du og Maria samhandlet?

2. Helserelevante møter/samarbeid;

Hvordan opplever du samarbeidet mellom deg, psykomotorisk fysioterapeut og pasienten? Har opplevelse av at samarbeidet har forandret seg fra start til i dag?

Hvordan samarbeider du med pasienten? Hvordan hemmer eller fremmer samarbeidsrelasjonen bedring hos pasienten? Hvordan hemmer eller fremmer tverrprofesjonell samhandling bedring hos pasienten? Hva er positivt, og hva er utfordrende med tverrprofesjonelt samarbeid?

3. Kommunikasjon;

Hva er det som er med å skape gode samarbeid sett fra ditt ståsted som fastlege? Hvordan opplever du at kommunikasjon med pasienten har virket hemmende eller fremmende for pasientens bedring? Og hvordan opplever du at kommunikasjon med øvrige behandlere har virket fremmende eller hemmende eller fremmende for pasientens bedring? Hvilke forventninger har du til kommunikasjon?

4. Kroppslig endring;

Hvilken opplevelse har du av at pasienten har endret seg i løpet av deres samarbeid?

I hvilken grad tror du de enkelte profesjonene kjenner til hverandres kompetanse og metodiske tilnærminger? Hvilken forventning har du til samhandling med psykomotorisk fysioterapeut? Hvordan har fokuset på kroppslig endring vært en del av behandlingsforløpet? Hvordan har samarbeidet med psykomotorisk fysioterapeut fremmet eller hemmet bedring hos pasienten?

5. Nære relasjoner;

Hvilken opplevelse har du av at ikke profesjonelle er viktig for pasientens behandlingsforløp?
Hvilke andre ikke profesjonelle relasjoner har vært viktige i behandlingsforløpet? Hvordan har pasientens nære relasjoner hatt betydning for behandlingsforløpet?

7. Avslutning;

Har du tanker eller refleksjoner i forhold til problemstillingen som vi ikke har snakket om til nå? Har du spørsmål du ønsker vi tar med videre i våres intervju? Hva var det viktigste vi snakket om i dag synes du?

Idealtype

Anders (35): «følelsen av å bli forstått»

Anders har sterke kroniske smerter fra ryggen som har vart i 2 år. Dette har ledet til utmattelse og depresjon, som gjør at han også ofte har suicidale tanker. Han er gift, har to små barn og er på arbeidsavklaringspenger. De suicidale tankene ble hyppigere etter at han begynte å gjenoppleve et traumatisk minne fra fortiden. Dette minnet kommer til han når han skal sove, som gjør at han får stadig angstanfall. Når Anders kommer til psykomotorisk fysioterapi har han nylig startet opp hos psykolog, og har jevnlig kontakt med fastlegen for å tilpasse dosering av smertestillende. Tidligere har han vært mye inne på sykehus for utredning, men de finner ingen forklaring for smertene hans. Anders forteller at han vil ha hjelp med å bli kvitt smertene så han kan løpe av seg frustrasjoner og føle seg levende igjen. Men han har erfart at det er lite som hjelper på plagene han har. Kroppen til Anders er svært anspent og smertefull. Gjennom samtale og forsiktig avspenning over tid, blir han trygg på samhandlingen med fysioterapeuten. Samhandlingen med fysioterapeuten pågår i et halvt år før han våger å slippe gradvis opp i spenningene han har i kroppen. Denne samhandlingen gir han også positive erfaringer av det å ha nærhet til andre igjen, uten frykt og smerte. Han blir trygg på å fortelle hvordan han har det inni seg. Han opplever å bli møtt med forståelse og kan kjenne på støtte fra andre. Han har tidligere skyvet nære relasjoner vekk. Ekteskapet er på vei å gå i stykker. Han er redd for å slippe andre inn på seg, fordi han er redd det skal gjøre vondt. I tett dialog mellom Anders og terapeuten, blir det satt opp et samarbeidsmøte

der terapeuten hjelper Anders å formidle hvordan han har det. Lege, psykolog, søsteren og en venn av Anders, og Anders kone er med på møtet. Anders opplever dette som starten på noe nytt. Han trenger ikke unnskyldne sine utfordringer lenger, og skammen over å ikke kunne delta på lik linje med de andre avtar. Han trenger ikke å fortelle historien sin som er så vond igjen og igjen. Han begynner å ta imot klemmer og opplever støtte fra de rundt seg igjen. Han opplever at hjelpeapparatet er mer samlet rundt et felles mål og ser han som et helt menneske.

Kristin (45) «mistillit»

Alkoholiker, skilt og har nå ny samboer, tre voksne barn. Selvstendig næringsdrivende. Kristin går med konstant ubehag i magen og har utfordringer med å være i ro. Hun fikk påvist ADHD under et opphold på rehabiliteringssenter for rusavhengige for noen år siden. Hun har vanskelig for å stole på den hjelpen hun blir tilbudt. I fjor byttet hun fastlege etter at legen tok fra henne sertifikatet i et år på grunn av et lite tilbakefall, hvor hun hadde drukket alkohol. Dette gikk hardt ut over jobben hennes. Hun ønsker hjelp, men det komplisert for henne. Er redd helsevesenet skal gi henne flere nedturer. Hun kommer alltid litt sent til timene sine hos psykomotorisk fysioterapeut. Ønsker ikke at noen skal se henne i venterommet. Kristin føler seg urolig i hele kroppen når hun og terapeuten snakker sammen. Hun får hjelp med å finne ro på behandlingsbenken i stede. Kristin synes det er behagelig når terapeuten guider henne i bevegelser av kroppen, som gjør at hun føler pusten går lettere. Det roer magen også. Hun er forsiktig når hun skal fortelle om seg selv. Men hun våger etter hvert å fortelle om hennes barndom, hvor hun var mye redd, og måtte klare seg helt selv, fra ung alder. Det sitter langt inne å spørre om hjelp når ubehaget hun opplever blir for stort. Hun vil ikke trekke barna sine eller samboeren inn dette, de har gjennomgått nok synes hun. En dag kommer ikke Kristin til timen, hun svarer heller ikke på telefonen. Hun ringer tilbake dagen etter og forteller hun måtte gjøre et hasteoppdrag på jobb og glemte derfor timen. Neste time hos terapeuten er hun ennå mer urolig i kroppen. På benken klarer hun ikke å slappe av. Terapeuten spør henne om hun har lyst å fortelle hva hun opplever. Kristin blir helt stiv i kroppen og tårene begynner å trille. Hun har ikke klart å holde ut med ubehaget i magen og har derfor drukket alkohol igjen. Hun ber om unnskyldning for at hun

ikke avlyste sist avtale og ber terapeuten om å ikke si det til noen. Kristin forteller at det bare var et engangstilfelle.

Vedlegg 3: Prosedyre ved gjennomføring av intervju

1. Avtale et egnet sted og tidspunkt for intervju

- Ta med litt munngodt til studiedeltakerne, tilrettelegge for en god atmosfære
- Ta med samtykkeskjema til behandler og medforsker, penn og papir, pc, lader og diktafon (påse at diktafonen er ladet).
- Teste diktafonen – plassering i rommet, lyd og støy.

2. Møte med medforsker

- Refleksjon med gjennomgang av intervjuguide
- Gjennomgang av forventinger, rollefordeling, ønsker
- Forme intervjuguiden klar før intervju med behandler

3. Intervju av behandlere med medforsker

- Innlede intervju. Fortelle litt om formålet med studien
- Innhente samtykkeskjema og gjennomgang av informasjonsskriv
- Avklare tidsramme, informere om pauser
- Gjennomføre intervju
- Avslutte intervju med behandler
- Avklare evt. reiseutgifter
- Takke for deltagelse

4. Møte med medforsker etter intervju med behandler

- Gjennomgang av hva vi hørte, tanker, opplevelser
- Gjennomgang av evt. endringer som kan gjøres til neste intervju, gjennomgang intervjuguide igjen.
- Refleksjon rundt idealhistorier
- Avtale tidspunkt for neste intervju
- Avklare evt. reiseutgifter

Laste opp lydopptak på HVL forskningsserver og slette lydfil på diktafon.

Vedlegg 4: Svar fra regionale komiteer for medisinsk og helsefaglige forskningsetikk - REK



Region: REK vest
Saksbehandler: Camilla Gjerstad
Telefon:
Vår dato: 11.11.2020
Vår referanse: 183776
Deres referanse:

Tobba Therkildsen Sudmann

183776 Samhandling mellom terapeuter og pasienter i et behandlingsforløp hos psykomotorisk fysioterapeut.

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Tobba Therkildsen Sudmann

Søkers beskrivelse av formål:

Formålet med denne studien er å bidra med ny kunnskap om hvordan pasienter, psykomotorisk fysioterapeuter og andre behandlere samhandler om planlegging, gjennomføring og evaluering av et tverrprofesjonelt behandlingsforløp. De involverte vil være to pasienter og deres behandlere (lege, psykolog, sosionom, helsefagarbeider el. lig). Det er et kvalitativt studie. Det vil bli gjennomført individuelle intervju med hver enkelt behandler, hvor pasienten er med som medforsker før, under og etter hvert intervju. Jeg skal produsere samhandlingsdata fra det tverrprofesjonelle behandlingsforløpet og pasientens perspektiv er også viktig å belyse her. Brukermedvirkning i forskningsprosessen er med på å få frem data som skal brukes videre i analysen. Det har ikke blitt gjort et slikt studie før og økt kunnskap om hvordan samhandling mellom pasienter og behandlere i primærhelsetjenesten er, kan bidra til bedre tverrprofesjonell praksis.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vest i møtet 21.10.2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Inhabilitet

Henriette Sinding Aasen var inhabil og deltok ikke i behandlingen av saken.

Formålet

Formålet med denne masterstudien er å bidra med ny kunnskap om hvordan pasienter, psykomotorisk fysioterapeuter og andre behandlere samhandler om planlegging, gjennomføring og evaluering av et tverrprofesjonelt behandlingsforløp i primærhelsetjenesten.

Studiepopulasjon og metode

Studiepopulasjonen består av pasienter som går til psykomotorisk behandling, psykomotorisk fysioterapeut og andre behandlere pasienten samhandler med. To pasienter

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,
Haukelandsveien 28, Bergen

| E-post: rek-vest@uib.no
Web: <https://rekportalen.no>

Vedlegg 5: Svar fra Norsk senter for forskningsdata – NSD

14.12.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Samhandling mellom terapeuter og pasienter i et behandlingsforløp hos psykomotorisk fysioterapeut.

Referansenummer

841682

Registrert

16.11.2020 av Marcus Megrund - 576859@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse og funksjon

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Tobba Therkildsen Sudmann, Tobba.Therkildsen.Sudmann@hvl.no, tlf: 90061469

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marcus Megrund, 576859@stud.hvl.no, tlf: 47621721

Prosjektperiode

11.11.2020 - 01.10.2021

Status

14.12.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

14.12.2020 - Vurdert

BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: 183776).

Det er NSD sin vurdering at behandlingen også vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet datert 14.12.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å