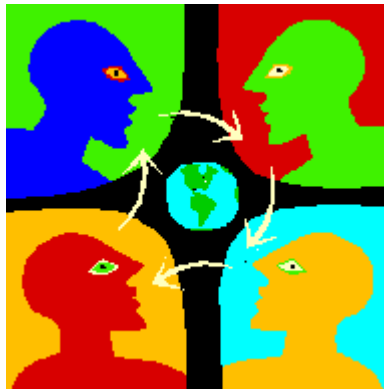


EN APPELL OM HJELP

Tverrfaglig vurdering av langvarige smertetilstander

En intervjuundersøkelse



Tove Hansen

Mastergradsoppgave i Helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mars 2011

SAMMENDRAG

Tema for studien er møtet mellom helsearbeideren og pasienten med langvarig non-malign smertetilstand. Studiens hensikt er å evaluere den tverrfaglige modellen for vurdering av langvarige smertetilstander ved ”min” Smerteklinikk. Modellen har en bio-psyko-sosio-kulturell grunnlagsforståelse og tverrfaglig tilnærming, noe som er i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer. Som psykomotorisk fysioterapeut ved denne smerteklinikken møter jeg mange pasienter som sliter med å få forståelse for sine ”usynlige” smerter i møte med helsevesenet. Intensjonen til Smerteklinikken er å møte pasientene med forståelse for sitt smerteproblem, å bidra til innsikt i egen situasjon og å fremme brukermedvirkning. Det tverrfaglige oppsummeringsmøtet anses å ha stor betydning for å ivareta pasientens deltakelse og medbestemmelse. Problemstilling: *Hvordan erfarer pasientene det tverrfaglige tilbudet for vurdering av sin smertetilstand ved aktuell Smerteklinikk?* Forskningsspørsmål: *I hvilken grad vektlegger pasientene opplevelsen av å bli forstått og tatt på alvor, og hvilken betydning har dette for dem? Hvilken kunnskap og innsikt oppnår pasientene gjennom den tverrfaglige vurderingen som helhet?*

Metode: Studien er en kvalitativ intervjuundersøkelse, og inkluderer fire informanter med langvarige smertetilstander uten objektive funn som påviser deres smertetilstand. Erfaringsmessig er det disse pasientene som møter minst forståelse fra helsevesenet. Det antas derfor at de best kan belyse problemstillingen. Empirien belyses og drøftes i et fenomenologisk, hermeneutisk og kommunikativt perspektiv.

Resultater: Materialet viser at det var store kontraster i hvordan informantene opplevde møtene med faggruppene. Felles var et følelsesmessig engasjement hos alle, og at de individuelle møtene syntes å ha størst betydning både m.h.t. å bli forstått og tatt på alvor og for å bidra til kunnskap og innsikt i sitt smerteproblem. Å få bekreftet smertene, å få forklaring på smertene, å få fortelle, at noen lytter og deltakelse og ivaretagelse er faktorer som har betydning for å bli forstått og tatt på alvor. Kunnskap og innsikt skapes gjennom kroppslig erfaring, oppmerksomhet mot kroppen og gjennom å få fortelle til noen som lytter. Motsatt medfører det å ikke få fortelle, å bli misforstått og opplevelse av å ikke bli undersøkt godt nok til krenkelse av integritet og usikkerhet. Å møte pasientens levde kropp istedenfor den objektive kroppen fremstår som essensielt.

Nøkkelord: Tverrfaglig, langvarige smerter, kommunikasjon, levd kropp

SUMMARY

The topic of this study is the encounter between the health care professional and the patient with a chronic, non-malign pain condition. The purpose of the study is to evaluate the multidisciplinary model for assessment of chronic pain conditions at “my” pain clinic. The model is based on a bio-psycho-socio-cultural understanding and has a multidisciplinary approach, which is in line with national and international guidelines. As a psychomotor physiotherapist at this clinic, I meet many patients who struggle to be believed when consulting the health care system about their “invisible” pains. The objectives of the pain clinic are to treat the patients with understanding as to their pain problems, contribute to personal insight into their own situation, and promote patient participation. The multidisciplinary summing-up meeting is assumed to be of great importance in terms of attending to the patient’s participation and co-determination. Problem for discussion: *How do patients experience the multidisciplinary services for assessment of their pain conditions at the pain clinic in question?* Research question: *To what extent do patients emphasize the experience of being treated with understanding and taken seriously, and what is the significance of this treatment to them? On the whole, what kind of knowledge and insight do patients acquire through the multidisciplinary assessment?*

Method: The study is a qualitative interview investigation and includes four informants with chronic pain conditions without objective findings verifying their pain conditions. From experience, these are the patients who are treated with less understanding in the health care system. It is thus assumed that they are best able to illuminate the problem for discussion. The empirical findings are illuminated and discussed in a phenomenological, hermeneutic, and communicative perspective.

Results: The data material shows that there were huge contrasts in how the informants experienced encountering the various professionals. They all had an emotional commitment in common; in addition, the individual encounters seemed to be of greatest importance, both with respect to being understood and taken seriously, and in order to promote knowledge and insight into their pain problems. Getting confirmation and explanations of their pain, being allowed to tell their stories, having listeners, and participation and caretaking are important factors for being understood and taken seriously. Knowledge and insight are created through bodily experience, attention to the body, and by being allowed to tell your story to someone

who is listening. In the opposite case; not being allowed to tell, being misunderstood, and experiencing not to be well enough investigated lead to violation of integrity and to insecurity. Meeting the lived experience of the patient instead of the objective body appears to be crucial.

Keywords: Multidisciplinary, chronic pain, communication, lived experience

FORORD

Spiren til denne masteroppgaven ble sådd i 2007 under Norsk Smerteforenings konferanse i Oslo. En av foredragsholderne stilte spørsmålet; hva vil det egentlig si å bli tatt på alvor? Jeg kjente da en umiddelbar trang til at dette vil jeg finne ut av. Jeg meldte meg i full fart på et Metodekurs, ble tatt opp på Masterstudiet på deltid og her er jeg, fire år etter. Min arbeidsgiver var også entusiastisk med fra første stund, og bidro med permisjoner slik at jeg fikk gjennomført studien. En stor takk til min avdelingsleder Åsta Myhre, du er bare toppen.

Uten mine informanter hadde ikke denne studien vært mulig. Deres åpenhjertige fortellinger gjorde sterkt inntrykk på meg. Takk for at dere har bidratt til å få belyst praksisen.

Jeg vil takke min veileder, Siri Moe, både for konkrete tilbakemeldinger og spørsmål som har bidratt til å løse meg gjennom denne oppgaven. Du har også hjulpet meg til å løfte blikket noen hakk slik at jeg har sett materialet i et større perspektiv.

Takk til Elisabeth Ursfjord for oversettelse av sammendraget til engelsk. Takk til deg, Svein Bergvik, for kritiske og konstruktive tilbakemeldinger. Det hjalp meg til å ”rydde” i oppgaven.

Jeg vil takke alle mine kollegaer for deres interesse og oppmuntring underveis. Det er godt å være sammen med dere. Takk til Hanna, våre diskusjoner har hatt stor betydning for meg. Du har vært gjennom dette nylig og forsto akkurat hva jeg snakket om. Takk til sekretær Elisabeth for samarbeid om utdeling av forespørsler. Du er en knupp.

Jeg vil også takke familie og venner for deres interesse og tro på mine ferdigheter. En kjempestor takk spesielt til Bodil, Stein, Magnus og Leif for hjelp til redigeringsarbeidet. Dere reddet meg.

Sist men ikke minst en stor takk til min mann Leif og min datter Helena. Leif, du har vært tålmodig, støttet og oppmuntret meg. Det har betydd mye for meg. Nå kan vi endelig bruke helgene til *bare* å kose oss, det gleder jeg meg til. Helena, du behøver takk bare fordi du er til.

Tromsø, 28. mars 2011

Tove Hansen

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	1
1.1 Formål og problemstilling.....	3
1.2 Kunnskap om smerte og tilnærming til smerte.....	5
1.2.1 Definisjon av smerte.....	5
1.2.2 Nervesystemets plastisitet og funksjon ved langvarige smerter	5
1.2.3 Bio-psyko-sosio-kulturell modell.....	7
1.3 Oppgavens oppbygning.....	8
2 TIDLIGERE FORSKNING	9
2.1 Pasientenes perspektiv – Undersøkelse og behandling.....	9
2.2 Å leve med smerter	10
2.3 Forståelse av langvarige smertetilstander	10
2.4 Kommunikasjon – Å møte pasienten	12
3 TEORETISKE PERSPEKTIVER	13
3.1 Kroppsfenomenologi.....	13
3.1.1 Å eksistere som levd kropp	13
3.1.2 Å-være-til-verden – Persepsjon og intensjonalitet.....	14
3.2 Kroppsfenomenologisk syn på smerte	15
3.2.1 Smerte – fra ”fraværende” til ”fremmedgjort” kropp	15
3.2.2 Smerte og forholdet til omverden.....	17
3.2.3 Å finne smertens mening	18
3.3 Kommunikasjon – å møte den levde kroppen	19
3.3.1 Anerkjennende eller krenkende møter.....	20
3.3.2 Å møtes om ”det felles tredje” – pasientens smerteproblem	21
4 METODOLOGI OG METODE.....	24
4.1 Fenomenologi og hermeneutikk	24
4.2 Valg av metode.....	25

4.3 Hvordan jeg har gått fram	26
4.3.1 Rekruttering og utvalg.....	26
4.3.2 Gjennomføring av intervju	27
4.3.3 Transkribering av intervju	30
4.3.4 Analyseprosessen	30
4.4 Å forske i eget felt	34
4.5 Etske overveielser.....	35
5 RESULTATER	37
5.1 Presentasjon av informantene	37
5.2 Møtet med fysioterapeuten.....	39
5.2.1 Bekreftelse for "usynlige" smerter – "Det va nokka"	39
5.2.2 "Det ga mæ vanvittig velbehag".....	40
5.2.3 Når kroppen oppleves oversett – "Ho fikk ikke sjækka mæ ordentlig"	41
5.2.4 Å lære gjennom kroppslig erfaring – "Det e som å gå med en tung ryggsekk"	42
5.3 Møtet med legen.....	44
5.3.1 At noen lytter - "Ho forsto kor desperat æ va"	44
5.3.2 Kunnskap om medikamenter	45
5.3.3 "Æ hadde håpa å få mer forklaring på koffer man hadde de smertan man hadde"	46
5.4 Møtet med psykologen	47
5.4.1 Å få fortelle – "Ho sporte på en måte de rette spørsmålan"	47
5.4.2 Å ikke få fortalt – "Det her stemme jo ikke"	48
5.5 Det tverrfaglige møtet.....	49
5.5.1 Deltakelse og ivaretagelse.....	50
5.5.2 Å bli misforstått - "MEN Æ KJENNE DET IKKE"	50
6 DISKUSJON.....	53
6.1 Å bli anerkjent og møtt som levd kropp.....	53
6.2 Å finne smertens mening	57

6.3 Å møtes om "det felles tredje"	59
6.4 Fra en "fremmedgjort" mot en "fraværende" kropp	61
6.5 Det tverrfaglige møtet	64
7 AVSLUTTENDE DISKUSJON	66
7.1 Oppsummering av hovedfunn	66
7.2 Utvidelse av eksisterende kunnskap	68
7.3 Studiens troverdighet og overførbarhet	71
7.4 Studiens styrke og begrensninger	73
7.5 Implikasjoner for fremtiden	74
LITTERATURLISTE	76
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	
Vedlegg 4	
Vedlegg 5	

1 INNLEDNING

Hensikten med denne oppgaven er å gjøre en kvalitativ evaluering av pasientenes opplevelse av den tverrfaglige modellen for vurdering av langvarige non-maligne smertetilstander som de mottar på en Smerteklinikk ved et sykehus i Nord-Norge.

Det er som psykomotorisk fysioterapeut på smerteklinikk jeg har fått aller mest innblikk i hvordan det kan være å leve med en konstant og uforklarlig smerte. Jeg har møtt mange pasienter som forteller om hvordan det er å leve med sine ”usynlige” smerter. Tilsynelatende ser de friske ut og ofte kan man heller ikke finne noen medisinsk årsak til hvorfor de har smerter; ingenting er galt. ”*Jeg er frisk! Hvorfor har jeg vondt?*”, er et utsagn fra en av mine tidligere pasienter som illustrerer dette. Mange sliter med å få forståelse for sitt smerteproblem, både fra leger og andre. Derfor ønsker de en klar diagnose som gir legitimitet overfor omverdenen, og håp om en behandling som kan gjøre dem frisk. Ifølge Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD)NOU1999:13, Kvinners helse i Norge, er kronisk smerte, myofascielle smerter, bløtdelsrevmatisme og fibromyalgi diagnoser som brukes når det ikke kan påvises klare somatiske årsaksforhold eller når det er misforhold mellom smertetilstanden og de objektive funn. Når forskning fokuserer på personlighetsfaktorer, angst, depresjon og ”somatisering” som ”årsak” til den kroniske smerten, er det forståelig om pasienter føler de ikke blir forstått eller tatt på alvor av helsevesenet. Fibromyalgi befinner seg på bunnen av diagnosehierarkiet, noe NOU-utredningen (1999) mener henger sammen med den usikkerheten og uenigheten som råder omkring kroniske smertetilstander (Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) NOU 1999:13 –Kvinners helse i Norge).

I retningslinjer for smertelindring (Den norske legeforening, 2009) vises det til at hele 20 % av den voksne befolkningen i Europa og 30 % av den voksne, norske befolkningen lider av smertetilstander som har vart mer enn 6 måneder. Smerte er også den vanligste årsaken til at pasienter oppsøker lege, de fleste på grunn av muskel- og skjelettlidelser (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). At smerte er et allment fenomen er det altså ingen tvil om. I løpet av de siste 10-15 årene er det blitt konsensus for at moderne smertebehandling skal foregå med en *bio-psyko-sosio-kulturell* grunnlagsforståelse. Retningslinjene har ført til at tilnærmingen til kronisk smerte langt på vei er blitt mer og mer tverrfaglig basert fra smerteklinikkene både nasjonalt og internasjonalt (International Association for the Study of Pain (IASP) <http://www.iasp-pain.org/>; Den norske legeforening, 2009; Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2006). Ifølge nasjonale

retningslinjer for Smertelindring har smerteklinikkene i landet et spesielt ansvar for utredning og behandling av vanskelige og langvarige smertetilstander. Prioriteringsveilederen for smertetilstander fra Helsedirektoratet (2008) vektlegger behovet for å fange opp smertetilstander som ellers ikke prioriteres i spesialisthelsetjenesten og som ikke fanges opp av ICD-10: ”*Fellesnevner for disse er at de lider av sammensatt smerte som vedvarer til tross for behandling og som forringer livskvalitet og gir betydelig funksjonsnedsettelse.*” I retningslinjene fra Legeforeningen (2009) og NOU 1999:13 (Kvinnens helse i Norge) trekkes fram det faktum at pasientene ofte opplever å ikke bli forstått og tatt på alvor.

Synet en har på kropp, sykdom og helse bestemmer mye av tilnærmingen til pasienten (Thornquist, 1998, 2003). Noe av min bakgrunn for å forstå sykdom og smerte hos mennesker ligger i den fenomenologiske tradisjonen. Fenomenologien er opptatt av å forstå menneskets handlinger ut fra deres eget subjektive perspektiv, og at verden vi lever i har en mening og betydning for oss. Kropps-fenomenologen Maurice Merleau-Pontys syn er at kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse, det er ved hjelp av min kropp at jeg forstår den Andre (Thornquist, 2003). I fenomenologisk forståelse nedfelles våre erfaringer i kroppen som vaner og mønstre. Å leve med langvarige smerter blir da en del av vår livshistorie, vår levde erfaring som uttrykkes kroppslig og som må forstås i sammenheng med vår omverden (Gretland, 2007; Thornquist, 2003). I det biomedisinske paradigmet er det fokus på årsak og virkning og medisinske forklaringer på sykdom og smerte. Helt siden Descartes tid og fremveksten av naturvitenskapen på 1600-tallet har synet på mennesket vært delt inn i to adskilte deler, den såkalte kropp/sjel-dualismen. Descartes betraktet kroppen som fullstendig løsrevet fra menneskelig erfaring (Thornquist, 2003). Denne dualistiske forståelsen synes fortsatt å være gjeldende både blant enkelte helsepersonell og ikke minst blant pasienter, som forstår smerteproblemet ut fra *enten* en bio-medisinsk *eller* psykologisk forståelsesramme. I den senere tid har imidlertid kroniske sykdommer fått en mer fremtredende plass og Svenaeus (2005) mener derfor at nødvendigheten av å se hele mennesket har trengt seg fram. De fleste tverrfaglige smerteklinikkene i landet arbeider etter en bio-psyko-sosio-kulturell modell hvor man ser på langvarig smertetilstand som et sammensatt og komplekst fenomen.

Helt siden Smerteklinikkens oppstart har vi vært opptatt av å ha en tverrfaglig tilnærming til pasientens smerteproblem, da vi forstår smerte som et sammensatt fenomen som griper inn i hele pasientens livssituasjon. Pasientene har ofte forventning om en enkel løsning på sitt smerteproblem, noe som står i kontrast til virkeligheten med fokus på å bidra til økt innsikt i

eget problem, hjelp til selvhjelp og hjelp til å synliggjøre egne ressurser. Vi har også fokus på å møte pasienten med forståelse for sitt smerteproblem. Intensjonen er også å fremme pasientens deltakelse i vurderinger og beslutninger angående hans smerteproblem.

Brukermedvirkning er her et stikkord, noe bl.a. direktøren i Helse Nord, Lars Vorland, fremhever som viktig satsningsområde i sitt fredagsbrev fra 21.01. 2011

(<http://intranett.unn.no>). Å fremme en sterkere brukerrolle er også i tråd med nasjonale retningslinjer (Helse- og Omsorgsdepartementet; Nasjonal helseplan (2007-2010), 6.1, Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006); Mestring, muligheter og mening).

Den tverrfaglige vurderingen av pasientens smerteproblem på ”min” Smerteklinikk er organisert med polikliniske konsultasjoner over to dager. Pasienten møter psykolog eller psykiatrisk sykepleier, lege og psykomotorisk fysioterapeut til individuelle samtaler og undersøkelser. Pasienten har på forhånd fylt ut et smertevurderingsskjema med sosiale opplysninger, opplysninger om søvn og medikamenter, skalering av smerten og vurdering av hvordan smertetilstanden griper inn i livssituasjonen. Hos psykolog eller psykiatrisk sykepleier fokuserer samtalen ofte på utfordringene det er å leve med smerter. Hos legen er det fokus på medikamenter, smertediagnostikk og samtale om pasientens problem. Hos fysioterapeuten er undersøkelse av kroppen ut fra psykomotoriske prinsipper i fokus. Den polikliniske vurderingen av pasientens smerteproblem avsluttes med et felles tverrfaglig møte med alle fagpersonene og pasienten til stede. Fastlegen inviteres også til å delta i dette møtet. I det tverrfaglige møtet legger hver faggruppe fram sine inntrykk og vurderinger fra samtale og undersøkelsene som informasjon og grunnlag for forståelse for hverandre og for pasienten. Pasienten blir invitert til å delta ved å stille spørsmål og komme med korrigeringer eller kommentarer underveis. Gjennom å lytte når fagpersonene forteller fra samtale og undersøkelser i det tverrfaglige møtet og gjennom å fortelle om seg selv, er hensikten å løfte fram pasientens ressurser og deltakelse samt fremme forståelse for egen situasjon. Når alle har lagt fram fra sitt ståsted åpnes det for en felles diskusjon om forståelse av smertetilstanden, konklusjoner, målsetninger og tiltak.

1.1 Formål og problemstilling

Det er behov for mer forskning på langvarige smertetilstander, og pasientperspektivet etterlyses i forskning på området (Nilsen & Elstad, 2006, 2008, 2009; SBU, 2006). Siden

oppstarten av Smerteklinikken i 2003 har det hittil ikke vært gjennomført noen systematisk evaluering av den tverrfaglige modellen. En kvalitativ intervjuundersøkelse er særlig egnet for få fram pasientenes egne erfaringer og synspunkter ut fra det de anser som vesentlig i forhold til sine helseproblemer og behandlingsbehov. Vår kliniske erfaring med at pasienter ofte gir uttrykk for at de opplever liten forståelse for sitt smerteproblem fra helsevesenet styrker nødvendigheten av å få frem pasientperspektivet i forskningen. Et sentralt spørsmål er om vår tilnærming utgjør noen forskjell for pasienten. I denne undersøkelsen ønsker jeg å finne ut om vi klarer å innfri vår intensjon om å møte pasienten med *forståelse, skape innsikt og å invitere til deltakelse*. Siden vi anser det tverrfaglige oppsummeringsmøtet som helt spesielt og betydningsfullt for den totale vurderingen, er jeg også nysgjerrig på å få innblikk i hvilken betydning dette møtet har for pasientene.

Oppgavens formål er derfor først og fremst en kvalitativ evaluering av den tverrfaglige modellen for vurdering av langvarige smertetilstander. Å forske på klinisk praksis er nødvendig for å gi pasienten best mulig faglig tilbud. Gjennom oppgaven ønsker jeg også å formidle til helsepersonell at langvarig smerte er et sammensatt fenomen og at hvilket ståsted man ser verden fra får stor betydning for tilnærming til og kommunikasjon med pasienten.

Jeg er interessert i å fange pasientenes perspektiv, erfaringer og opplevelser angående tilbudet og tilnærmingen de møter på Smerteklinikken. Jeg ønsker å få fram betydningen av det pasienten opplever og erfarer gjennom følgende *hovedproblemstilling*:

- Hvordan erfarer pasientene det tverrfaglige tilbudet for vurdering av sin smertetilstand ved aktuell Smerteklinikk?

Jeg ønsker å utdype problemstillingen med følgende *forskningsspørsmål*:

1. I hvilken grad vektlegger pasientene opplevelsen av å bli forstått og tatt på alvor, og hvilken betydning har dette for dem?
2. Hvilken kunnskap og innsikt oppnår pasientene gjennom den tverrfaglige vurderingen som helhet?

For å avgrense oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i pasienter med ”diffuse” smertetilstander hvor det ikke er påvist objektive funn ved hjelp av røntgenundersøkelser, blodprøver eller andre undersøkelser. Våre erfaringer fra klinikken er at det er denne pasientgruppen som særlig har gitt uttrykk for å ha møtt liten forståelse fra leger og spesialister, og som derfor har erfaringsbakgrunn for å belyse problemstillingen.

1.2 Kunnskap om smerte og tilnærming til smerte

1.2.1 Definisjon av smerte

Definisjon av smerte fra IASP (International Association for the Study of Pain): ”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv” (Den norske legeforening, 2009).

Definisjon av smerte fra National Institutes of Health, 2001: “Pain is personal and subjective, is affected by mood and psychosocial factors, and demonstrates tremendous individual variation” (Neugebauer, Li, Bird & Han, 2004).

Disse to definisjonene beskriver smerte som et subjektivt og individuelt fenomen hvor opplevelsesaspektet er sentral. Det individuelle opplevelsesaspektet kan tolkes som at ulike personer kan oppleve samme smertetilstand forskjellig, avhengig av deres tidligere historie og aktuelle livssituasjon.

1.2.2 Nervesystemets plastisitet og funksjon ved langvarige smerter

I den senere tid har forskning vist at det ved langvarig smerte skjer endringer også i nervesystemet. I dette avsnittet skal jeg gi en oversikt over smertens nevrofysiologi og –biologi i grove trekk. Informasjonen er hentet fra Butler & Gifford (1998), Brodal (2005), Jensen, Arendt-Nielsen & Bach (2003), Lidbeck (2004) og Wigers (2002).

Ved langvarig smerte skjer endringer både i det perifere og sentrale nervesystem. Langvarig påvirkning av nociceptorer fører til perifer sensitisering i bakhornene i ryggmargen som frigjør neurotransmittere. Frigjøringen av neurotransmittere øker smerteintensiteten og ”fyringen” i nevronene. Dette ”wind-up” fenomenet leder til sentral sensitisering med overfølsomhet også i det sentrale nervesystemet. Økt smertefølsomhet innebærer at mekanoreseptorer som reagerer på trykk og varme- og kuldereseptorer ”omformer” disse stimuliene til smerte. Det skjer også en utvidelse av innervasjonsområdet slik at smerten spres over et større område enn opprinnelig. Nevrokjemisk bidrar substans-P til sentral sensitisering, mens signalstoffet serotonin er smertehemmende. Det er vist at fibromyalgipasienter har lavere serotoninkonsentrasjon i cerebrospinalvæsken enn normalt. Dette er trolig sekundært til en perifert induert sensitiseringsprosess, langvarig stress eller depresjon. Sentral sensitisering vil normalt avta når nocicepsjonen opphører. Hvorfor sentral

sensitisering vedvarer for eksempel ved fibromyalgi kan ikke forklares, men det utelukkes ikke at perifer nociceptiv faktor spiller en rolle (myofasielle smerter) Butler & Gifford (1998), Brodal (2005), Jensen, Arendt-Nielsen & Bach (2003), Lidbeck (2004) og Wigers (2002).

Sammenhengen mellom det perifere og sentrale nervesystem i bearbeidingen av smertesignalene fra nociceptorene moduleres gjennom oppad- og nedadgående baner i et nevronalt nettvert som strekker seg fra ryggmargen til hjernebarken (Brodal, 2005). Selve smerteopplevelsen er subjektiv (jfr definisjonen av smerte) og fortolkningen av smerten henger sammen med den aktuelle situasjonen smerten oppleves i, av tidligere opplevelser og av personens forventninger. Dette henger sammen med at områder av hjernen, som for eksempel insula, gyrus cinguli og somatosensorisk cortex, også bearbeider emosjoner, og får betydning for den nedadgående moduleringen av smerteopplevelsen. For å forstå smerte må man derfor integrere betydningen av kognitive og emosjonelle forhold og man må søke etter meningen bak smerteopplevelsen. Brodal (2005) argumenterer for at smertebehandling har størst sjanse til å lykkes hvis man *både* kan påvirke nociceptor-aktivering og endre personens opplevelse av situasjonen.

Tracey & Bushnell (2009) diskuterer i sin oversiktsartikkel hvorvidt langvarig smerte nå skal kalles for "disease", på bakgrunn av forskning som påviser strukturelle endringer i den grå substans i hjernen ved smertetilstander. Det er imidlertid stor usikkerhet hvorvidt det er selve smertetilstanden eller tilstander som angst, endret livsstil eller ulike medikamenter som forårsaker disse strukturelle endringene i grå substans. Foreløpig kan man derfor konkludere med *at* langvarig smerte gir strukturelle forandringer i hjernen, at bearbeiding av smerte i hjernen kan forstyrre kognitiv kapasitet og kroppsbevissthet og ved langvarige smertetilstander er det mer aktivitet i områder som bearbeider emosjoner.

Selv om man kan påvise strukturelle endringer i nervesystemet er det fremdeles et spørsmål om hva som er "høna og egget" (Tracey & Bushnell, 2009). Gretland (2007) viser til at man med dagens viten kan anta at personlig lidelse kan omdannes til organisk skade i nervesystemet og hjernen, at det ikke behøver å være forstyrrelser i biologiske prosesser i hjernen som er bestemmende for utvikling av psykopatologiske forhold. Med den nye nevrobiologiske kunnskapen viser det seg nå at personlig lidelse og biologiske og fysiologiske prosesser foregår *samtidig* i nervesystemet og kroppen. En kan ikke lengre snakke om et enten-eller forhold når det gjelder smerte og annen lidelse. Ved å anlegge en fenomenologisk

forståelse kan en nå overskride den biomedisinske og dualistiske forståelsen av kropp og sjel; den objektive kroppen og den levde kroppen er uløselig knyttet til hverandre.

1.2.3 Bio-psyko-sosio-kulturell modell

I både nasjonal og internasjonal tilnærming til langvarige smertetilstander tar en utgangspunkt i forståelsen av smerter som et bio-psyko-sosio-kulturelt fenomen (Den norske legeforening, 2009). Den bio-psyko-sosiale modellen ble utviklet av George Engel (1977). Hensikten med modellen var å få en motvekt til den biomedisinske og dualistiske tilnærmingen til smerte og sykdom. Engel tok utgangspunkt i systemteori hvor tanken er at alle nivåer har en gjensidig påvirkning på hverandre, hver del har betydning for helheten og helheten har betydning for delene. Hensikten med modellen var altså å unngå å se på sykdom som kun et naturfenomen. For å se på sykdom i et helhetsperspektiv må også de psykologiske og sosiale aspektene tas med (Borrell-Carrio, 2004; Falkum, 2008; Kaplan, 2005; Meland, 2003).

Etter hvert er det kommet mange kritiske røster som ”beskylder” også den bio-psyko-sosio-kulturelle modellen for å være dualistisk og endimensjonal og for å mangle teorigrunnlag, blant annet de fleste av ovennevnte forfattere. Norges ME-forening (2007) kritiserer tilhengerne av modellen for kun å se på smerte som en psykologisk og atferdsmessig lidelse når en ikke finner noen objektive funn som forklaring på smertetilstanden. De hevder at den bio-psyko-sosio-kulturelle modellen bruker psykologiske teorier for å reklassifisere kroppslige symptomer om til mentale problemer. I retningslinjene fra Den norske legeforening (2009) gjengis følgende:

”Smerte er et biopsykososio-kulturelt fenomen. Smertens intensitet står ikke i direkte forhold til patologien som ligger bak. Smerte må utredes grundig medisinsk. I tillegg må man kartlegge psykososiale og kulturelle faktorer som kan forsterke smerteopplevelsen eller bidra til at en smertetilstand blir kronisk” (s. 6).

Om dette tolkes som en dualistisk forståelse av smerte som et medisinsk fenomen hvor psykososiale og kulturelle faktorer kommer *i tillegg* til smerten og ikke noe som er *en del av* smerten diskuteres i det medisinske miljøet (Kirkengen, 2002; Knardahl, 2002; Meland, 2003; Malt, 2003; Steihaug & Claussen, 2002).

1.3 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 og kapittel 3 vil jeg presentere tidligere forskning og teoretisk perspektiv som jeg mener har betydning for å belyse problemstillingen. I tidligere forskning har jeg funnet frem til artikler som sier noe om pasienters forventning til undersøkelse og behandling for sin smertetilstand, noe om hvordan det er å leve med smerter, hvilket syn helsepersonell og forskere har på langvarige, uavklarte smerter og noe om hva som er viktig i kommunikasjonen og relasjonen mellom pasient og helsearbeider. I kapittel 3 har jeg tatt utgangspunkt i kroppsfenomenologisk teori; Maurice Merleau-Ponty / Østerberg (1994), Leder (1990), Moe (2009) og Thornquist (1998, 2003). For hermeneutisk teori tar jeg utgangspunkt i Gadamer (1996), Leder (1990) og Gulddal & Møller (1999). Teori om kommunikasjon finner jeg hovedsakelig hos Thornquist (1998), Skjervheim (1996), Halvorsen (2008) og Schibbye (2002). Kapittel 4 inneholder kort beskrivelse av metodologi og en grundig beskrivelse og begrunnelse for metodevalg og valg av analysestrategi. Dette kapittelet inneholder også etiske overveielser. I kapittel 5 presenteres resultatene av studien og i kapittel 6 diskuteres og belyses resultatene i teoretisk perspektiv. Til slutt i kapittel 7 følger en avsluttende diskusjon med oppsummering og diskusjon av funn og tanker om fokus for videre forskning.

2 TIDLIGERE FORSKNING

I tillegg til pensumlisten har jeg i søkingen etter tidligere forskning og litteratur på området i hovedsak gått gjennom noen av helsebibliotekets databaser; AMed, Embase, Ovid Nursing, Pedro, PubMed og SveMed+. Jeg har også brukt Norsk Smerteforenings forslag til smertenettsteder for å søke etter litteratur. I tillegg har jeg også brukt Google. Søkeord jeg har brukt er bl.a. disse: Langvarig smertetilstand, kronisk smertetilstand, smerteklinikk, pasienttilfredshet, biopsykososial, pasienterfaringer, kommunikasjon og relasjon, i ulike kombinasjoner. Engelske søkeord: Chronic pain, Pain Clinic, biopsychosocial, team approach, patient satisfaction, professional-patient relations, provider-patient interaction, multidisciplinary, participatory decision-making, outpatients, patient experiences.

I søket etter tidligere forskning for å gi informasjon om pasienters egne opplevelser og synspunkter i forhold til tverrfaglig vurdering av langvarige smertetilstander, har jeg ikke funnet noe som direkte omhandler vurderingen. Jeg har derimot funnet noen artikler som ser på pasienters erfaringer og synspunkter i forhold til tverrfaglig rehabilitering og behandling av langvarige smertetilstander. Hvilke svar man får i de ulike studiene tenker jeg avhenger av hva man spør etter og hvordan man går fram for å finne svarene. Kvalitative studier er gjerne mer åpne og fanger hva pasientene selv er opptatt av, mens i kvantitative studier er det forskernes spørsmål og undring som blir besvart.

2.1 Pasientenes perspektiv – Undersøkelse og behandling

Jeg har gjennomgått både kvalitative og kvantitative artikler for å finne ut av pasienters forventninger og tanker om undersøkelse og behandling for sin smertetilstand. Resultatene fra studiene samsvarer i stor grad med erfaring fra min kliniske hverdag. Alle studiene finner at pasientene har behov for informasjon om og en forklaring på smertetilstanden sin (Hirsh et al, 2005; McCarthy & Oldham, 2005; Nilsen & Elstad 2006, 2008, 2009; Teh et. al, 2009; Aars, 2000). En forklaring på smertetilstanden synes å bidra til at smertene oppleves mer meningsfull for pasientene. Det kan føre til at pasientene får mer grep om hverdagen og blir i stand til å påvirke sin egen situasjon. Behovet for å få en klar diagnose på sin tilstand og effektiv behandling for å bli frisk fremheves spesielt hos McCarthy & Oldham (2005). Viktige faktorer i møte med helsepersonell er opplevelse av å bli forstått, hørt og tatt på alvor. Tid til å fortelle hele sin historie, å bli grundig undersøkt og opplevelse av å få delta og

påvirke egen behandling bidrar til dette (Nilsen & Elstad, 2006, 2008, 2009; Teh et al, 2009). Pasientenes tilfredshet med undersøkelse og behandling synes å bli forsterket av en god relasjon mellom pasienten og helsearbeideren. Den gode relasjonen fører til at pasientene opplever å bli møtt som et helt menneske (Hirsh et al, 2005; Teh et al, 2009).

2.2 Å leve med smerter

Noen kvalitative intervjuundersøkelser beskriver hva det innebærer å leve med kroniske smerter. Pasientene beskriver smertene som en evigvarende pine lik et monster man ikke klarer å temme, smerten lager en barriere mot omverdenen slik at hele deres eksistens står på spill (Råheim & Håland, 2006; Thomas & Johnson, 2000). Anerkjennelse fra helsevesenet for at smertene er ”reelle” er viktige for mange pasienter. Mange har også motstand mot en psykologisk forklaring på sine smerter. Å leve med ikke-diagnostiserte muskelsmerter fører til usikkerhet, kaos og ”moralske” problemer med å oppnå aksept fra omverden (Mengshoel, 2005; Nettleton, 2005). I Nilsen & Elstads intervjuundersøkelse (2009) fremhever pasientene bl.a. hvordan smertens uforutsigbarhet gjør det vanskelig å fortelle om sine erfaringer til andre. Quinter, Cohen, Buchanan, Katz, & Williamson (2008) mener at pasienter mangler språk for å uttrykke sin smerte, når den finner sitt språk er det gjennom en kreativ ramme. Det pasientene her beskriver synes jeg får fram hvor sammensatt og kompleks den langvarige smertetilstanden som fenomen er. Hvilken forståelse og tilnærming helsepersonell selv har til dette fenomenet får derfor stor betydning for hva som foregår i de enkelte møtene med pasientene.

2.3 Forståelse av langvarige smertetilstander

Begrepene ”funksjonelle lidelser” og ”somatiseringslidelser” benyttes ofte når en mangler objektive funn som kan forklare en smertetilstand (Holtedahll, 2002; Malt, Malt, Blomhoff & Refnin, 2002). I Norge har Nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser ved St. Olavs hospital i Trondheim utformet et nytt begrep som skal erstatte disse med ”sammensatte lidelser” (Borchgrevink et. al, 2009). Pasientene synes å oppfatte det nye begrepet som mindre stigmatiserende enn de gamle. En kronisk, somatisk sykdom med psykiske tilleggsfaktorer eller psykiatrisk sykdom kombinert med somatiske symptomer betegnes

ifølge forfatterne ikke som sammensatte lidelser. Sammensatte lidelser betegnes av betydelig grad av funksjonssvikt og langvarig nedsatt arbeidsevne, som for eksempel ved generaliserte muskelsmerter og kronisk utmattelsessyndrom (ibid).

Wainwright et.al (2006) beskriver det etiske dilemmaet leger ofte opplever når de møter pasienter med ”uforklarlige” smerter. Mangelen på objektiv patologi mener legene indikerer et psykososialt problem, mens pasienten insisterer på å ha en bio-medisinsk sykdom. For ikke å ødelegge et godt lege-pasient forhold velger legene ofte å støtte pasienten i sitt syn og foreskrive behandling de vet ikke virker. Forfatteren tilbakeviser påstanden om at legene kun er bio-medisinsk orientert i sin forståelse av sykdom og lidelse, men at undersøkelsen viser at legene også tar hensyn til pasientens subjektive og emosjonelle behov. Både Høltedahl (2002) og Malt et al (2002) ser at den dualistiske oppdelingen i fysiske eller psykiske årsaksforklaringer til pasientens smerte er utilstrekkelig og å skifte fokus til et bio-psykososialt perspektiv er derfor nødvendig. Formålet er å bidra til at pasienten ser sammenhenger mellom følelser og hendelser i livet på den ene siden og de somatiske symptomene på den andre siden. Slik jeg tolker innholdet i disse artiklene innebærer de fortsatt en forståelse av smerte som et dualistisk fenomen hvor fysiske, psykiske, sosiale og personlighetsfaktorer *virker inn* på hverandre og opprettholder eller forsterker smertebildet.

Mange forfattere prøver imidlertid å overskride den dualistiske, mekanistiske og reduksjonistiske forståelsen av smerter gjennom et fenomenologisk perspektiv. Felles for tre av disse artiklene, Bendelow & Williams (1995), Sullivan (2001) og Haugli & Finset (2002) er perspektivet til kroppsfilosofen Maurice Merleau-Ponty som fremhever kroppen som bærer av mening. Pasientens smerte forstått som en kroppsliggjort ”levd erfaring” integrert i en sosial og inter-personlig sammenheng er sentral i deres forståelse. Pasientens fortellinger forstått i en kulturell kontekst ”fullender” denne overskridende forståelsen av smerter. Bullington, Nordemar, Nordemar & Sjöström-Flanagan (2003) fremhever at klinikere ikke kun må henvende seg til den ”objektive kroppen” men også til den ”kommuniserende kroppen” som uttrykker den ordløse lidelsen. Å møte pasienten som en person og ikke kun diagnosen blir viktig. Når vi lytter til pasientens historie er det ikke nok å bare ”ta inn” informasjon, men vi må kunne være oppmerksomt tilstede og *la oss berøre* av den andre i en ”body-to-body fashion”.

2.4 Kommunikasjon – Å møte pasienten

Haugli & Finset (2002), Livengood (2004) og Aars (2000) peker på viktigheten av at lege/terapeut og pasienten har en felles forståelse av plagene. Felles forståelse kan springe ut av legens/terapeutens anerkjennelse av pasientens kunnskap og erfaring, ved å etterspørre hans synspunkter, forståelse av sin smertetilstand og tidligere erfaringer og hendelser i livet. Å snakke i et språk pasienten forstår er viktig for at pasienten kan integrere den nye kunnskapen i sin hverdag. Bullington et.al (2003) og Quinter et al (2008) vektlegger møtet mellom pasienten og terapeuten som integrasjonen av og forståelsen mellom to likeverdige verdener. I det intersubjektive ”third space” kan nye terapeutiske muligheter vokse fram (ibid).

Sammendrag av tidligere forskning.

Relasjonen mellom pasient og helsearbeider, informasjon om og medbestemmelse over sin helsetilstand, å få en klar diagnose og effektiv behandling for sine lidelser fremstår som viktig i disse studiene. Å få en forklaring på smertene gir mening og forståelse for pasienten selv slik at han kan få ”grep” om livet sitt igjen. Pasientene opplever at smertene lager en barriere mot omverdenen; deres eksistens blir satt på spill. Å få anerkjennelse for at smertene er ”reelle” og å unngå en psykologisk forklaring på smertene er viktige for pasientene. I helsevesenet råder en dualistisk oppfatning av smerter, som enten biologiske eller psykososiale, men mange har også en forståelse for at vi må henvende oss til ”den kommuniserende kroppen”, vi må møte pasienten som person og ikke kun diagnosen, vi må la oss berøre av den andre. Mange forfattere tar til orde for å overskride kroppsdualismen gjennom et fenomenologisk perspektiv.

3 TEORETISKE PERSPEKTIVER

For å belyse og analysere empirien i oppgaven tar jeg utgangspunkt i et kroppsfenomenologisk, hermeneutisk og kommunikativt perspektiv. Kroppsfenomenologi vil bli belyst med utgangspunkt i filosofen Maurice Merleau-Ponty (1994) sine arbeider og andre forfatters fortolkninger av hans filosofi. Siden oppgaven handler om personer med langvarige ”usynlige” smerter vil første del av teorikapitlet handle om hvordan smerter nedfelles og uttrykkes kroppslig, sett i et fenomenologisk perspektiv. Hvordan smerte og sykdom påvirker kropp og verden belyses med utgangspunkt i Leders (1990) teori om ”den fraværende kroppen”. Hermeneutisk teori anvendes for å få fram informantenes forståelsesprosess i forhold til sin smertetilstand. Teori om kommunikasjon og relasjon basert på fenomenologi for å belyse informantenes opplevelser av møtene med fagpersonene kan si noe om hva det innebærer å møte og forstå pasienten som levd kropp.

3.1 Kroppsfenomenologi

3.1.1 Å eksistere som levd kropp

I motsetning til rasjonalistenes og positivistenes dualistiske forståelse av menneskekroppen som et entydig og målbart objekt ser Merleau-Ponty (1908-1961) på kroppen som vår eksistens (Thornquist, 2003; Østerberg, 1994). Kroppen er uttrykksfelt og sentrum for erfaring. Det er som kroppslige subjekter vi handler og samhandler med hverandre og med omgivelsene. Levd erfaring og levd liv har en kroppslig forankring (ibid). Ifølge Bengtsson (2006), Bullington (2004), og Thornquist (2003) karakteriserer Merleau-Ponty mennesket som en kropp-sjel-enhet i sitt samspill med og rettethet mot verden. Thornquist (1998, 2003) viser til at vi i den fenomenologiske forståelsen eksisterer som biologiske organismer og sosiokulturelle vesener *samtidig*. Den fenomenologiske forståelsen av samtidigheten mellom kropp og følelser henger sammen med at vi eksisterer *som* kropp, vi ikke bare *har* en kropp, vi *er* kroppen. Kroppen kan aldri bli fortid, den eksisterer her-og-nå (ibid). Merleau-Ponty (1994) hevder at hvert øyeblikk av en bevegelse ”innkapsles” i nåtiden og får betydning for fremtiden. Kroppen forstår verden uten å måtte underordne seg en symbol- eller objektiverende funksjon (ibid).

Merleau-Ponty beskriver kroppen som bestående av to lag; den *habituelle*, vanemessige, historiske kroppen, og den *aktuelle* kroppen som er her-og-nå. De to lagene kan beskrive møtestedet mellom fortid, nåtid og fremtid (Thornquist, 2003). Våre erfaringer i livet nedfeller seg i kroppen som vaner og mønstre. Den habituelle kroppen får på den måten betydning for den aktuelle kroppen. Pasienter med såkalte ”usynlige” smerter har ofte vanskelig for å bli forstått fordi legen ikke finner noen objektive funn. Steihaug (2005) peker på at fysioterapeuter ofte finner karakteristiske funn hos disse pasientene med økt muskelspenning, holdt pust, dårlig balanse og liten mulighet for kroppsdelene til å bevege seg fritt i forhold til hverandre. Den levde kroppen må forstås i sammenheng med sin omverden og historie (Gretland, 2007; Steihaug, 2005). Kroppslige budskap kan være flertydige og må forstås i sammenheng med kontekst og sosiale konvensjoner, det gjelder også følelsesmessige uttrykk (Thornquist, 1998). I fenomenologisk forstand forstås følelser som noe som er *i* kroppen, *i* ansiktet eller *i* gestene (Thornquist 1993, 1998, 2001, 2003, 2005; Engelsrud, 1990; Bengtsson, 2006; Bullington, 2004). Rudebeck (2001) poengterer at det kroppslige uttrykket eller symptomet pasienten kommer til legen med er et aspekt av følelsen, og ikke må ses på som et resultat av den, slik som i den dualistiske forståelsen av kropp og følelser.

3.1.2 Å-være-til-verden – Persepsjon og intensjonalitet

I kroppsfenomenologisk teori forstås verden gjennom kroppen. Det viktigste med den levde kroppen er at den er intensjonal, dvs. den er konstant rettet mot verden for å oppnå harmoni og forståelse (Bullington, 2004; Østerberg, 1994). Motorisk intensjonalitet handler om at all bevegelse har en hensikt og bevegelsens hensikt er ”iboende” i bevegelsen. *”I den konkrete bevegelse er den syke seg verken stimulus eller reaksjon bevisst: han er simpelthen sin kropp, og hans kropp er beherskelse av en bestemt verden”* (Merleau-Ponty 1994:52). Kroppen og dens omverden har en indre relasjon og henviser gjensidig til hverandre, noe Merleau-Ponty betegner som ”å-være- til-verden” (Thornquist, 2003; Østerberg, 1994).

Persepsjon er et essensielt begrep innen kroppsfenomenologien og kan ifølge Thornquist (2003) forstås som fra-til-strukturen og brukes for å fremme vår kommunikative og åpne holding til verden. Gjennom sansene åpnes kroppen opp til verden og vi får kjennskap til egen kropp og verden gjennom sansing og persepsjon (Moe, 2009). I fenomenologien forstås persepsjon som en aktiv prosess. Persepsjon kan ikke foregå uten sansing, men i

fenomenologisk forståelse er det ikke selve sanseintrykkene som erkjennes, men gjenstanden som persiperes. Samtidig som persepsjonen er selektiv og vi ikke fanger opp all informasjonen rundt oss, oppfatter vi det som sanses som en helhet. Mening og forståelse av sanseintrykkene skapes på basis av tidligere forståelse (Moe, 2009; Thornquist, 2003). To personer kan innta de samme sanseintrykkene men likevel ha ulik oppfatning av en ting eller situasjon. Bevisstheten er alltid bevissthet om *noe*, og den kan kun rette seg mot en intensjonell gjenstand (Moe, 2009; Thornquist, 2003). Fenomenet smerte har en intensjonalitet fordi det viser seg som *noe*, nemlig en kroppslig erfaring for *noen* (Nortvedt, 2008). Hva vi styrer oppmerksomheten mot er avgjørende for hvordan objektene eller fenomenene ”trer frem” for oss, og hva som styrer vår oppmerksomhet er igjen avhengig av den konkrete situasjonen vi befinner oss i. Dette kan ses på som en forgrunn og en bakgrunn, hvor forgrunnen er det du har i fokus og bakteppet utgjøres av ens historie, forventninger osv. Altså, våre erfaringer gir mening til det vi persiperer (Gretland, 2007; Thornquist, 2003).

Et aspekt av persepsjonen er tid- og romdimensjonen. Vi oppfatter tiden som en *levd tid* hvor vi i noen situasjoner opplever at tiden går rasende fort mens den i andre situasjoner omtrent står stille, selv om den *objektive tiden* (klokketiden) er den samme. I fenomenologien er romdimensjonen ikke bare et fysisk rom, men et ”*meningsmettet rom*” hvor vi tar med oss våre erfaringer (Thornquist, 2003:106). Når Merleau-Ponty sier at kroppen *bebor* rommet forstår han det som *levd rom* og *levd tid* (Thornquist, 2003). ”*Ved å betrakte kroppen i bevegelse ser man lettere hvordan den bebor rommet*” (Merleau-Ponty, 1994:47).

I forhold til møter mellom pasienter og helsepersonell er det innenfor en fenomenologisk forståelsesramme viktig å ha forståelse for at det vi opplever i øyeblikket her og nå er preget både av vår fortid og fremtid. Samtidig er vår opplevelse av fortid og fremtid farget av nåtiden; hvordan jeg har det akkurat i øyeblikket (Thornquist, 2003).

3.2 Kroppsfenomenologisk syn på smerte

3.2.1 Smerte – fra ”fraværende” til ”fremmedgjort” kropp

Moe (2009) og Thornquist (1998, 2006) viser til Leder (1990) angående forholdet mellom kroppens subjekt- og objektstatus. Når vi er frisk er kroppen ”fraværende” (”dis-appearing”) i den forstand at vi retter oppmerksomheten utover mot det vi gjør (intensjonalitet). Vi tar

kroppen for gitt, den er utematisert og fraværende. Når vi blir syke og får smerter kan dette samtidige forholdet mellom kroppssubjekt og kroppsobjekt endres, vi blir oppmerksom på kroppen, kroppen kommer i veien for vår utfoldelse i dagliglivet. Kroppen blir dermed fremmedgjort ("dys-appearing"). Pasienter beskriver ofte smerten som "det", adskilt fra "jeg". Når kroppen blir et objekt for egen persepsjon, som ved smerte, innebærer det en viss grad av distanse. Jeg *er* ikke lengre kroppen min, den utematiserte "kraften" jeg eksisterer ut fra, jeg *har* nå en kropp, et perseptuelt objekt i verden (Leder 1990).

Leder (1990) stiller spørsmål om hvorfor kroppen, som grunnlag for vår erfaring, tenderer til å unndra seg direkte erfaring. Han hevder at det er gjennom kroppens overflate, "The Ecstatic Body", vi møter og blir kjent med det som er annerledes enn oss selv. I likhet med Merleau-Ponty viser han til persepsjonen som vår relasjon til verden. Han beskriver kroppen som et nullpunkt som vi erfarer verden ut fra, persepsjonsorganene forblir "fraværende" mens handlingen blir fremtredende. Maurice Merleau-Ponty (1994) betegner motorikken som en opprinnelig intensjonalitet, som et "jeg kan". Når kroppen har tilegnet seg en ny ferdighet betegner Merleau-Ponty det som en vanetilegnelse (ibid). Vanen utvider vår væren-i-verden. "*Man sier at kroppen har forstått og vanen er ervervet når den har latt seg gjennomtrengte av en ny betydning*" (Merleau-Ponty 1994:103).

Leder (1990) sier videre at ved smerte og sykdom oppstår et brudd i opplevelsen av kroppen som "dis-appearing" ("fraværende)." Kroppen framstår nå som et problem eller en ting som står i veien for deltakelse i verden. Han viser til et eksempel med tennisspilleren som automatisk stiller inn kroppen og retter sin oppmerksomhet mot ballen som kommer susende, klar til et kraftfullt slag. Når han opplever en akutt smerte midt i brystet blir all hans oppmerksomhet dratt fra aktiviteten og rettet mot det aktuelle punktet i brystet. Brystet som tidligere var en del av hans "background disappearace" er nå i fokus. Leder (1990) sier at smerten har en spesiell egenskap, den er ubehagelig og medfører en affektiv oppmerksomhet. Jeg kan ikke velge bort smerten som jeg kan med andre sansestimulier. Hele ens verden blir "reorganisert" p.g.a. smerteopplevelsen, både forholdet til andre og til en selv. Det skjer en forstyrrelse i intensjonaliteten og i oppfattelsen av omgivelsene, den smertefulle kroppen fremstår som fremmed. I stedet for den perseptuelle *fra*-strukturen som tennisspilleren har sin intensjonalitet rettet mot, blir den smertefulle kroppen selv et "*til*" som han legger merke til. Intensjonaliteten blir brutt (Leder 1990).

3.2.2 Smerte og forholdet til omverden

Leder (1990) viser til at også forholdet til andre endres på grunn av smerten. Tennisspilleren delte sitt engasjement og oppmerksomhet omkring spillet med den andre spilleren før smerten oppsto. Smerten har en innadvendthet en ikke kan dele med andre, i motsetning til hyggen og velbehaget. Selv om velbehaget også retter oppmerksomheten mot kroppen, er det ikke med den samme brutte intensjonaliteten mot objekter eller andre mennesker. Behagelige sanseropplevelser oppleves som om de er *i* eller *fra* verden, ikke kun som sanseropplevelser fra min egen kropp. Smerten oppleves derimot som lokalisert inni kroppen. I velbehaget og gleden, som er mer knyttet til en delt verden, opprettholdes vår intensjonelle link til andre mennesker. Gleden og velbehaget åpner oss opp til verden og til andre, mens smerten fører til selvrefleksjon og isolasjon. Smerten snevrer vår verden (Leder 1990).

Selv om smerten fører til en mer avgrenset verden fører den aldri til en totalt ”kollaps” av verden. Som ”værende-i-verden” innehar vi alltid en viss grad av kontinuitet i tid og rom, og som engasjert i prosjekter og mål. Men, verden er ikke lengre *der* ute, men *her* inne.

Oppmerksomheten blir ikke bare dratt mot kroppen, men også mot en spesiell *del* av kroppen. Ved kronisk smerte har vi ingen steder å rømme, ingenting vi kan gjøre. Sterk smerte tar oss tilbake til her-og-nå (Gadamer 1996; Leder 1990). Gadamer (1996) sier at menneskelig eksistens er umulig uten å tenke at fremtiden ligger åpen for oss, og med den nye muligheter. Leder (1990) viser til at vi med en frisk kropp kan utforske og forestille oss fortid og fremtid. Ved kronisk smerte kan en intellektuelt vite at en var fri for smerte, men en har mistet det kroppslige minnet om hvordan det følte. Derfor kan en smertefri fremtid fortønes som utenkelig. En kan prøve å rømme fra smerten ved å rette oppmerksomheten utover mot verden, å dvele ved fortiden eller på en lysere fremtid. Kroppen kan likevel ikke sies å være et nullpunkt som en handler og erfarer ut fra, den påkaller en aktiv tilstedeværelse som må motstås. Forstyrrelsen av og innsnevringen av den habituelle verden samsvarer med kroppen som fremmedgjort (Leder 1990).

Craig et.al (2010) har gjennom teoretisk og eksperimentell forskning funnet at ulike typer smerteuttrykk har betydning for hvordan andre oppfatter pasientens smerte. Smerteuttrykk som indikerer automatiske reaksjoner i situasjoner (refleksive, emosjonelle reaksjoner) fremkaller andre reaksjoner hos observatører enn kontrollerte reaksjoner som indikerer planlagt, målrettet oppførsel. Å være vitne til personer som har smerter fremkaller umiddelbare følelsesmessige reaksjoner. Når en observerer en person som gir uttrykk for

sterke smerter rettes umiddelbart oppmerksomheten mot personen og en prøver automatisk å sette seg inn i personens tilstand og situasjon. Det synes mindre trolig at kontrollerte reaksjoner alene vil være i stand til å trigge de samme emosjonelle, empatiske reaksjonene som ved automatiske uttrykk. Pasienter jobber ofte hardt for å produsere overbevisende argumenter slik at deres smertetilstand skal bli tatt på alvor. Når en pasient oppfattes å være under viljestyrt kontroll mener Craig et al (2010) at observatøren vurderer om pasienten kan ha fabrikkert opplysningene. Personer som varierer i sin smertepresentasjon blir ofte grundig vurdert av andre. Selv om klinikere blir ”oppdratt” til å tro på pasienten krever man ofte at pasienten gjennom beskrivelsen legitimerer sin lidelse. I mangel av medisinske bevis for smerten eller skaden, må helsearbeideren stole på pasientens klager og forklaringer om symptomer; derfor blir det ofte stilt spørsmål ved troverdigheten (Craig et al, 2010).

3.2.3 Å finne smertens mening

Ifølge Gadamer (i Gulddal & Møller, 1999) er forståelse en grunnleggende måte å forholde seg til verden på. Å forstå sin egen væren vil si det samme som å forstå sine muligheter. Mulighetene er underlagt en begrensning i kraft av tilværens *kastethet*. Dette betyr at vi fødes inn i en verden vi ikke selv har valgt, men som vi er tvunget til å overta. Verden er ikke en blank tavle, tavlen er allerede skrevet på av foregående generasjoner. Dette betyr likevel ikke at alt er forutbestemt, vi er selv med på å sette vårt preg på den verden vi er kastet ut i. Den primære forståelsen er uartikulert, og er grunnlaget for den sekundære forståelse. En mer bevisst og reflektert form for forståelse betegner Heidegger som utlegning. Det er først gjennom utlegning at det forståtte kan begrepsfestes og artikuleres. Forståelsen blir uttrykt. Forholdet mellom utlegning og forståelse er Heideggers versjon av ”den hermeneutiske sirkel” eller ”forståelsens struktur” (Gulddal & Møller, 1999).

Leder (1990) peker på at samtidig som smerten trekker oppmerksomheten mot her-og-nå, gir den også et fremtidig mål; å bli kvitt smerten. Dette målet sier Leder (ibid) er en grunnleggende egenskap ved oss, automatisk så trekker vi oss bort fra smertefulle stimuli. På et høyere nivå fører smerten oss til noe Leder (ibid) kaller for et ”hermeneutisk og pragmatisk øyeblikk”. Det hermeneutiske øyeblikket innebærer at vi søker etter en fortolkning og forståelse av smerten. Vi søker etter smertens mening. Først når det hermeneutiske øyeblikket er oppfylt vil tennisspilleren være i stand til å ta grep for enten å ”reparere” smerten eller å

mestre den eksistensielle utfordringen det innebærer å leve med smerten. Det samme gjelder i høy grad for informantene i denne studien som på ulike måter søker en forståelse av sine smerter. Leder (1990) sier videre at smerte mer enn noen annen erfaring krever og insisterer en fortolkning. Smerte krever et svar om meningen med smerten, og spesielt svar om smertens årsak da årsaken er en viktig del av smertens mening. Vår trang til å forstå smerten er altså naturlig. Mens velbehaget verken gir et ønske om fortolkning eller handling skriker smerten etter en forandring. Derfor er ”det hermeneutiske øyeblikket” knyttet sammen med et pragmatisk mål: å bli kvitt eller å mestre smerten. Kroppen blir ikke kun et objekt for persepsjon og fortolkning, men også for handling. Istedenfor å handle *fra* kroppen, handler jeg nå *mot* den (Leder 1990). Ifølge Leder vil altså det å få en forklaring på smertene bidra til at pasienter som lever med langvarige smerter kan komme seg ut av sin fastlåste situasjon og finne en ny mening med livet. Dette illustrerer hvorfor mennesker som lider av langvarige smerter noen ganger kan bli desperate etter å få en forklaring på smertene, og går i en evig runddans med undersøkelser og behandlinger i håp om å kunne bli frisk.

Som Svenaeus (2005) og Råheim (2003) sier vil det å være syk og leve med smerter bety at livsverdenen endres og dermed også forholdet til seg selv og omgivelsene. Man må dermed gjøre en ny fortolkning av sin livssituasjon og skape en ny mening med tilværelsen (ibid). Aspekter av dette illustreres i analysen av empirien.

3.3 Kommunikasjon – å møte den levde kroppen

Det kommunikative perspektivet som presenteres i dette delkapittelet har et fenomenologisk og hermeneutisk fundament. Temaene som presenteres nedenfor griper inn i hverandre og er vanskelige å dele opp. I presentasjonen vil derfor noen momenter gå igjen flere steder.

Kommunikasjon kommer fra det latinske *communicare* som kan oversettes til ”å gjøre felles” (Wikipedia /internetthenv). Thornquist (1998) knytter begrepet kommunikasjon til utveksling av budskap mellom subjekter. Intersubjektivitet handler om hvordan vi mennesker kan ha tilgang til hverandres verden gjennom kropp og språk (Thornquist 2003).

3.3.1 Anerkjennende eller krenkende møter

Alle møter mellom helsepersonell og pasienter er i utgangspunktet asymmetriske fordi helsepersonell har en faglig kompetanse som pasientene etterspør (Thornquist, 1998). Om disse møtene preges av likeverd og anerkjennelse eller krenkelse og maktmisbruk er avhengig av hva som skapes i situasjonen. Den som har størst makt har mest ansvar for hva som skapes i situasjonen (ibid).

Halvorsen (2008) viser til ulike undersøkelser som sier noe om hva den gode relasjonen bør inneholde, da det er slik at relasjonen mellom pasienten og hjelperen sammen med pasientens ressurser er det viktigste for ”terapeutisk suksess”. En slik suksess mener hun kan oppnås gjennom alliansebygging hvor det er pasientens oppfatning av problem, årsak og løsning på problemet som er avgjørende. Å skape en allianse betyr at partene må ha et felles mål, de må være enige om veien de skal gå og de må ha en følelsesmessig tilknytning. For å få til en virksom relasjon må altså partene komme fram til en felles virkelighetsforståelse gjennom samarbeid, likeverd og personlige relasjoner. Motsatt er det å ikke få bekreftelse for sin beskrivelse av virkeligheten ødeleggende for en god relasjon, og kan ses på som kjernen i en krenkelsesopplevelse. Synet til Halvorsen (2008) støttes også av Schibbye (2002) og Thornquist (1998).

Å møte pasienten med en åpen holdning er noe både Bullington (2004), Halvorsen (2008), Schibbye (2002) og Thornquist (1998) fremhever som viktig for å skape anerkjennelse og likeverd i møter mellom helsearbeider og pasient. For å danne et felles grunnlag for samarbeid kan pasientens erfaring og kompetanse etterspørres gjennom åpne spørsmål. Helsearbeideren lytter med åpne sanser til det pasienten sier og lar sin forforståelse være i bakgrunnen slik at fenomenet (det pasienten snakker om) kan tre frem. Å lytte med en slik åpenhet gir pasienten tid og rom til å oppdage og integrere følelser. Anerkjennende væremåte skaper trygghet for pasienten. Gjennom sin totale væremåte signaliserer helsearbeideren at pasientens følelse er den viktige og at han har rett til å oppleve verden på sin måte. Aksepten om å få lov til å ha opplevelsen gjør det mulig å forandre den. Hvis terapeuten derimot bestemmer hva som er riktig for den andre å oppleve, skapes sinne og motstand. Anerkjennelse bidrar ikke bare til økt selvavgrensning og selvrefleksivitet, men også større toleranse for å tillate svekkelse i grensene under emosjonelle påkjenninger. Det skjer en overskridende endring når grensene og refleksiviteten svekkes og gjenvinnes. Forutsetningen for at individet våger å slippe grensene

er at hun kan gjenvinne dem (Bullington, 2004; Halvorsen, 2008; Schibbye, 2002 og Thornquist, 1998).

Ved et objektivt kropps- og menneskesyn mener Schibbye (2002) at en blir fratatt egen selvopplevelse, og karakteriserer det som et relasjonelt overgrep hvor du gjør deg til ekspert på den andres opplevelse. Det blir krenkende dersom en overser denne indre opplevelsen. Thornquist (1998) peker på at vi som mennesker speiler oss i og forstår hverandre i lys av andres reaksjoner, bekreftelser og avvisninger av oss selv. Anerkjennende relasjoner er forutsetning for utvikling av autonomi. Å ikke bli hørt, å bli oversett, å ikke få respons på det vi uttrykker kan resultere i at vi tviler på vår egen dømmekraft og til og med vår egen eksistensberettigelse (ibid). Å bli hørt og bekreftet er altså bokstavelig talt livsviktig. Leder (1990) hevder at å være utsatt for et objektiviserende blikk kan føre til opplevelse av seg selv som fremmedgjort, noe som betyr et brudd mellom den levde og den objektive kroppen. I det asymmetriske møtet har den underlegne oftest en tendens til å bli mer oppmerksom på seg selv og underordne seg den andres intensjoner og hensikter. Dette betegnes som ”social disappearance” (ibid). Gadamer (1996) fremhever at når vi gjennom møter med andre mennesker føler at vi blir forstått og våre behov ivaretatt, kan bli i stand til å oppdage nye muligheter og ikke bare se våre begrensninger.

I boken ”Den etiske fordring” viser Løgstrup (2006) til at når mennesker møtes er det alltid med en iboende *tillit* til hverandre. I denne tilliten blottstiller vi oss for hverandre og legger noe av vårt liv i den andres hender. Vi drister oss frem på for å bli imøtekommet. Hvis forventningen om å bli møtt i tillit ikke oppfylles ender det ofte med konflikter og moralske beskyldninger. Å møte den andre med mistillit eller mistenksomhet mener Løgstrup er livsfornektende. Den etiske fordringen er taus og radikal, det blir opp til meg å tolke hva fordringen går ut på selv om min tolkning kan være noe annet enn hva den andre ønsker. I likhet med Skjervheim (1996) mener Løgstrup at bare å føye seg etter den andres ønsker og behov fører til et uoppriktig forhold. Den radikale fordring går ut på å gjøre det en mener er best for den andre, også når det medfører ubehag for en selv (Løgstrup 2006).

3.3.2 Å møtes om ”det felles tredje” – pasientens smerteproblem

Skjervheim (1996) ser i sin artikkel ”Deltakar og Tilskodar” på hvordan vi kan møte hverandre gjennom språket. Gjennom språket har vi en felles verden, forstår vi ikke språket til

den andre lever vi i hver vår verden. I den *treledda relasjonen* deltar jeg (ego) og lar meg engasjere i det den Andre (alter) snakker om og er opptatt av. Å delta og la seg engasjere i den Andre sitt problem betyr ikke nødvendigvis å være enig i det han sier. Så lenge vi er opptatt av og deler samme sak er vi engasjert i en felles verden. Når jeg oppfatter den andre sin påstand som en påstand lar jeg meg engasjere i en diskusjon, og viser dermed at jeg tar den andre på alvor og er villig til å ta hans meninger opp til ettertanke. En annen måte å møte andre på er ifølge Skjervheim den *toledda* relasjonen hvor de to partene ikke lengre deler noe felles problem. I denne relasjonen engasjerer jeg (ego) meg ikke i den Andres (alter) sitt problem, men jeg konstaterer han og hans problem som et faktum. Her er altså to personer som engasjerer seg i hvert sitt problem. Vi deler ikke samme problem lengre, og vi lever dermed i hver vår verden. Når en forholder seg til det den andre sier som et faktum, mener Skjervheim at en stiller seg selv utenfor og gjør seg selv til en fremmed i forhold til det en snakker om. Å objektivere den andre betyr ifølge Skjervheim også at en går til angrep på den andres frihet. Som resultat av dette oppstår det ofte en kamp om ”herredømmet”. Hvis en person føler seg determinert eller konstatert som et faktum må han ”ta igjen” og definere den andre. En tredje måte å møte hverandre på er at jeg (ego) ikke engang hører etter ordene den andre sier, men bare registrerer de som lyder. I vårt daglige liv forholder vi oss på alle disse tre måtene til hverandre samtidig (Skjervheim, 1996).

For å se på den tolkningen som finner sted i medisinsk praksis viser Svenaeus (2005) til Gadamer dialogiske hermeneutikk. Også Gadamer er opptatt av at for å forstå den andre må vi sette oss inn i dennes språk, kultur og ”psyke”, det må skje et møte mellom ulike *forståelseshorisonter* (Svenaeus, 2005; Thornquist, 2003). I ”Den gåtefulle helsen” sier Gadamer (i Svenaeus 2005) at medisinen essens nettopp ligger i dialogen mellom lege og pasient, noe som har en hermeneutisk betydning. I den medisinske praksisen ligger en avstand mellom de to ulike forståelseshorisontene, legen og pasientens, som det må bygges bro mellom. Pasienten med sin hverdagsholdning til sykdommen og legen med sin medisinske kunnskap om sykdommen. Gadamer peker på at det er viktig å nærme seg den sykes forståelseshorizont på en innlevende måte samtidig som møtet har et nyskapende potensial, om legen i møtet mellom de ulike perspektivene prøver å etablere en forståelse også for den spesifikt medisinske forståelsen av sykdommen. Når pasienter oppsøker leger / helsepersonell er det fordi de vil bli hjulpet. Måten legen møter pasienten på får stor betydning for pasienten. At pasienten får komme til orde og presentere sitt problem, diskutere

problemet med en person som vil forstå og hjelpe og som har den medisinske kunnskapen om sykdommen skaper en opplevelse av å bli møtt, sett og forstått (Svenaesus, 2005).

Ved å være opptatt av *hvem* som har symptomene, *hvordan* han opplever symptomene og *hva* det innebærer for pasienten å ha symptomene møter og forstår en pasienten som levd kropp (Bullington, 2004). I dette møtet kan det ligge en mulighet for en overskridende forståelse for både fagutøver og pasient (Thornquist, 1998).

4 METODOLOGI OG METODE

Ifølge Bengtsson (2006) vil de antakelser jeg har om hva virkelighet og kunnskap er, få konsekvenser for valg av forskningsmetoden. Nedenfor vil jeg kort redegjøre for den fenomenologiske og hermeneutiske filosofien, som danner bakteppe for min forståelse av empirien. Videre vil jeg gjøre rede for selve metoden og begrunne de valg jeg har gjort i skriveprosessen fram til et ferdig produkt.

4.1 Fenomenologi og hermeneutikk

I fenomenologien er man opptatt av å forstå verden slik den erfares av subjektet (Thornquist, 2003). Grunnlaget for denne studien baserer seg på at jeg skal prøve å forstå verden, i dette tilfellet pasientenes erfaringer av den tverrfaglige vurderingen, slik det ”viser seg” for meg. Når Husserl (1859-1938) sier han vil ”vende seg til tingen selv” er det ikke ting kun i objektiv forstand, men tingen er alltid ting *for* noen. Subjektet, som tingen eksisterer for, retter alltid sin oppmerksomhet ut fra seg selv, og er intensjonalitetsbegrepet i fenomenologien. Tingen må altså alltid ha noen å vise seg *for*. Dette gjenspeiler det gjensidige forholdet mellom subjekt og objekt (Bengtsson, 2006; Thornquist 2003).

Husserl ønsket i utgangspunktet å utforske en ren bevissthet, eksistensen måtte settes i parentes for å kunne gå til tingen selv (Thornquist, 2003). Dahlberg, Dahlberg & Nyström (2008) viser til Heidegger (1889-1976) som sier at kjernen for forståelsen av mennesket er hermeneutisk; vår forståelse av vårt dagligdagse liv avhenger av hvordan vi fortolker den. Det er ikke vi som forskere som skal peke ut fenomenet vi vil studere, det er fenomenet som skal vise seg for oss. Thornquist (2003) peker på at for å forstå og fortolke kroppens flertydighet og sammensatthet er det nødvendig å gå utenfor fenomenologien og over til den hermeneutiske tradisjon. Bengtsson (2006), Dahlberg et al (2008), Gulddal & Møller (1999) og Thornquist (2003) hevder at for å forstå fenomenene må det skapes en bro mellom de ulike forståelseshorisonter i en horisontsammensmeltning. Begges horisonter utvides i den nye betydningen. Gjennom den hermeneutiske sirkelen lar vi vår bevisste og ubevisste forforståelse konfronteres med ”tingen” eller fenomenet slik at fortolkningen skaper en mening som ikke fantes før (ibid).

Når jeg skal finne ut av hva som er viktig og betydningsfullt for informantene i møte med fagpersonene må jeg altså både benytte den fenomenologiske og hermeneutiske forståelsen.

Jeg må gå til ”tingene selv” og så åpent som mulig se hvilket fenomen som viser seg for meg, samtidig som jeg må være bevisst min forståelseshorisont og la forståelsen og fortolkningen av fenomenet utvides i møte med fenomenet og med relevant teori (Thornquist, 2003). Som Bengtsson (2006) sier vil min bakgrunnsforståelse av verden bestemme hvilke figurer som trer fram for mitt blikk og blir tilgjengelig for forskning.

4.2 Valg av metode

Da fenomenets natur og forskningsspørsmålet bestemmer valg av metode var det naturlig for meg å velge en *kvalitativ metode* for utforskning av problemstillingen. Et kvalitativt forskningsdesign innebærer grundige undersøkelser av få enheter, og er derfor hensiktsmessig i denne studien. Ved å benytte kvalitative metoder oppnås innsikt og forståelse for sosiale fenomener, slik de oppleves av informantene i studien. Kvalitative metoder innebærer åpenhet og fleksibilitet og egner seg derfor til å studere fenomener det er forsket lite på fra før, slik pasientperspektivet etterspørres i smertemiljøet (Dahlberg et al., 2008; Malterud, 2003; Polit & Beck, 2008; Ringdal, 2006; Thagaard, 2003; Thornquist, 2003).

Jo mer komplekst fenomenet er jo mer må man vurdere metodevalget (Dahlberg et al., 2008; Polit & Beck, 2008). Når jeg velger å ikke bruke en kvantitativ tilnærming i denne studien er det for å unngå å ”tre” min forforståelse og ferdiglagde kategorier ned over hodet på pasientene. Jeg ønsker å gå åpent ut slik at fenomenet kan ”vise seg for meg”. For å få utforsket fenomenet må jeg gå gjennom den subjektive opplevelsen til informantene (Dahlberg et al., 2008; Fog, 2004; Polit & Beck, 2008; Thornquist, 2003). *Kvalitativt intervju* er ikke noe ensartet begrep, men kjennetegnes ifølge Olsen (2003) av å ha et induktivt ”nedenifra” perspektiv. Jeg er interessert å få fatt i informantenes egne beskrivelser av seg selv og hvordan de opplever og erfarer den tverrfaglige vurderingen av deres smerteproblem i møte med fagpersonene, og gjennom analysen skape en teoretisk og empirisk innsikt om dette forholdet (Fog, 2004; Kvale, 2001). Det kvalitative forskningsintervju ivaretar informantenes perspektiv, opplevelser og erfaringer som er fokus i denne studien.

4.3 Hvordan jeg har gått fram

4.3.1 Rekruttering og utvalg

Seleksjonen av informanter ble i denne studien gjort ut fra både strategiske og pragmatiske hensyn (Olsen, 2003). Utvelgelsen av informanter ble foretatt ut fra henvisningskriv av nyhenviste pasienter til tverrfaglig vurdering. Strategisk seleksjon foretok jeg ut fra diagnose og problemstilling. Pragmatisk seleksjon ble gjort på bakgrunn av begrensningene i antall informanter som er anbefalt innenfor rammen av denne mastergradsstudien. Fire informanter ble inkludert i studien. Selv om det ifølge Dahlberg et al (2008) og Olsen (2003) er viktig at utvalget er mest mulig variert i forhold til alder, kjønn, utdanning, arbeidserfaring osv., var jeg nødt til å gjøre et pragmatisk valg også her. Av tidsmessige grunner var jeg nødt til å inkludere de første som svarte. Et variert utvalg er viktig med hensyn til generering av teori og at studien kan være gyldig også i andre sammenhenger (Dahlberg et al, Olsen, *ibid*; Malterud, 2003). Inklusjonskriterier var informanter som ikke har noen objektive funn eller diagnoser som forklarer deres smerteproblem. De som ble inkludert i denne studien har en eller flere av disse diagnosene; ryggsmarter, nakkesmarter, utbredte muskelsmarter, fibromyalgi, smerter i ledd eller hodepine. Informantene skal ha hatt smertetilstanden i minimum to år. Ut fra min forforståelse er det denne pasientgruppen som har møtt minst forståelse for sitt smerteproblem i møte med helsevesenet, og er derfor ut fra min forforståelse best egnet til å belyse problemstillingen. Eksklusjonskriterier er pasienter med medikamentavhengighet og objektive funn. Pasienter som jeg selv har undersøkt er også ekskludert fra studien.

Rekrutteringen av informantene foregikk ved at sekretæren på Smerteklinikken delte ut et informasjonsskriv om studiens innhold og formål samt et samtykkeskjema (vedlegg 4) til aktuelle informanter. For å skape minst mulig bryderi for informanten var det vedlagt en ferdig påskrevet og frankert returkonvolutt. For ikke å påvirke informanten eller fagpersonene i hvordan de oppførte seg i samhandlingssituasjonene leverte sekretæren forespørselen like i etterkant av den tverrfaglige vurderingen. Intervjuene ble foretatt to til tre uker etter tverrfaglig vurdering.

Jeg avtalte også med en psykiatrisk sykepleier, som ikke var medlem av det tverrfaglige teamet, om å ha et åpent tilbud for samtale om følelser eller tanker som eventuelt kan oppstå i etterkant av en slik intervjusituasjon. Dette gjorde jeg for å ivareta informantene.

Prosjektbeskrivelsen ble godkjent av Regional Etisk Komite (REK) (Vedlegg 1 og 2). Fordi det tok lang tid før noen informanter responderte på forespørselen søkte jeg REK om tillatelse til å sende ut påminnelsesbrev (vedlegg 5) tre dager etter svarfristen.

4.3.2 Gjennomføring av intervju

Alle fire som besvarte forespørselen ble inkludert i studien. De sendte samtykkeskjemaet i returkonvolutten og jeg tok så kontakt med hver enkelt pr. telefon og avtalte tidspunkt og sted for intervju. Da intervjusituasjonen er en asymmetrisk situasjon, er det viktig at jeg som intervjuer har tatt ansvar for å forberede meg godt slik at informanten ivaretas i best mulig grad (Fog, 2004; Kvale, 2001). Thagaard (2003) peker imidlertid på at begge parter har innflytelse over utfallet av intervjuet, da jeg som intervjuer er avhengig av informantens åpenhet og villighet til å dele fra sine erfaringer. For å åpne opp for fortelling er det viktig med en trygg ramme rundt intervjuene. Olsen (2003) anbefaler derfor at intervjuene foregår i informantens hjem. Et annet moment som er viktig er å sørge for at intervjuet kan foregå mest mulig uforstyrret og selvfølgelig sjekke at alt utstyr fungerer som det skal, noe som var tilfelle under alle intervjuene. I de tre første intervjuene reiste jeg ut til informantens hjem, etter deres eget ønske. Den fjerde informanten syntes ikke hjemmet var presentabelt nok til å ta imot besøk. Jeg ordnet da med et møterom på pasientens hjemsted hvor intervjuet foregikk. Jeg opplevde å bli tatt imot med åpenhet og vennlighet av alle informantene.

Hjemmeintervjuene foregikk i informantenes stue. Her var det jeg som ble servert kaffe og kaker, mens i det fjerde intervjuet var det jeg som tilbudte kaffe og kaker. Dette var med på å skape en avslappet ramme rundt intervjuene.

Intervjuene startet med at jeg presenterte meg selv og min rolle i det tverrfaglige teamet på Smerteklinikken, samt at jeg gjentok formålet med studien og at informantenes synspunkter er viktige for å få kunnskap om problemstillingen. Jeg forsikret også at deres anonymitet ville bli ivaretatt. Til slutt spurte jeg om de hadde noen spørsmål før selve intervjuet startet. Som overgang til selve intervjuet spurte jeg informantene om ”faktaopplysninger” angående tidsperspektiv på smerteproblemet og sosial status. For å beholde fokus på problemstillingen valgte jeg et halvstrukturert intervju med temaer som jeg ønsket å utforske. Temaene er i hovedsak resultat av min forforståelse og kjennskap til feltet, tidligere forskning og teoretisk perspektiv. For å ivareta åpenheten er det viktig å være oppmerksom på spørsmålsstillingen

underveis i intervjuet (Dahlberg et al, 2008; Fog, 2004; Kvale, 2001). Intervjuguiden (vedlegg 3) ble åpnet med et innledningsspørsmål for så å gå over til tre hovedtemaer og en avsluttende del. Jeg hadde fokus på å stille spørsmål som åpner opp for erfaring. Ifølge Dahlberg et al. (2008) skal åpningsspørsmålet ideelt sett være en balanse mellom struktur og åpenhet. Spørsmålet bør være enkelt og klart formulert, slik at informanten opplever seg invitert inn til å reflektere og kompetent til å begynne å beskrive noe av sin erfaring. Målet er å rette informantens intensjonalitet, tanker og følelser mot et bestemt interesseområde (ibid). Dette synes jeg er ivaretatt i denne studien.

Videre ble alle hovedtemaene åpnet med *introduksjonsspørsmål*; "kan du fortelle noe om". Underveis oppsto flere sub-områder som behøvde videre utforskning. Ifølge Dahlberg et al (2008), Kvale (2001) og Thagaard (2003) er det da viktig å stille nye åpne spørsmål som styrer oppmerksomheten mot dette området. Disse spørsmålene som er aktivt ledende skal bare brukes når man vil utdype det som er i fokus eller om informanten kommer inn på nye relevante områder. Viktig å huske på her er at for mange slike spørsmål kan få informanten til å bli forvirret og miste retningen. Så lenge fenomenet er i fokus skal jeg kun støtte og oppmuntre informantens beskrivelser. Min rolle i denne fasen var å komme med *oppfølgingsspørsmål* for enten å klargjøre noe eller for å komme dypere ned i temaet. Her var det viktig å være oppmerksomt tilstede slik at jeg kunne respondere på informantens ord, reaksjoner og følelser. Målet er å nærme seg det uventede, ukjente og ureflekterte, for så å kunne reflektere på en ny måte og komme nærmere fenomenet. Intervjuene kan også ses på som en hermeneutisk prosess da nye perspektiver og fortolkninger kan komme inn i bildet (Dahlberg et al., 2008; Kaarhus, 1999; Olsen, 2003). Jeg var også opptatt av å være avventende og tillate taushet i intervjusituasjonen for å gi informanten tid til refleksjon og tid til å samle seg når samtalen ble følelsesladet, noe som fremheves som viktig av blant annet Dahlberg et al (2008).

I avrundingen av intervjuene var jeg opptatt av å samle og lukke intervjusituasjonen. Dette gjorde jeg ved å stille noen oppsummerende spørsmål (vedlegg 3). Til slutt takket jeg for informantens velvilje ved å stille opp til intervjuet og informerte om samtaletilbudet informantene kunne få i etterkant av intervjuet.

Som psykomotorisk fysioterapeut er jeg vant til å snakke med, lytte til, følge opp vesentlige poeng og å være oppmerksom på den andres uttrykk, noe jeg også prøvde å være i

intervjusituasjonen. Åpenhet og fokus er to begrep jeg oppfatter som viktige ved kvalitative intervju. Åpenhet innebærer at jeg må ha minst mulig forutinntatte holdninger og meninger i møtet med informanten. Spesielt fordi jeg er en ”insider” i mitt eget felt stilles det ekstra store krav om å ikke ta opplevelser og erfaringer for gitt (Dahlberg et al., 2008; Fog, 2004; Kvale, 2001; Thornquist, 2003). Til forskjell fra en terapeutisk samtale føler jeg at forskningsintervjuet blir en mer enveiskommunikasjon; det er jeg som skal ”få noe ut av” informanten. Jeg tror at min interesse, mine undrende eller klargjørende spørsmål, mine ”mm’er” og forhåpentligvis bekreftende kroppsspråk har bidratt til at informantene likevel følte seg ivaretatt. Det var tydelig at de informantene som meldte seg til studien hadde noe på hjertet, noe de ville formidle. Empati og innlevelsesevne er også en forutsetning for å få til gode intervju, og kan ifølge Fog (2004), Kvale (2001) og Olsen (2003) ses på som følelsesmessig åpenhet ved det å møte et annet menneske.

For å være åpen for fenomenet må jeg samtidig beholde en refleksiv distanse. Som forsker må jeg posisjonere meg og være tilstede her-og-nå slik at fenomenet kan ”vise seg for meg” (Dahlberg et al., 2008; Thornquist, 2003). For at dette skal skje må jeg så godt som mulig sette mine forutinntatte oppfatninger i ”parentens” og la det bli et bakteppe for informantens opplevelser som er fokus for intervjuet. Et bevisst ”grep” jeg foretok for å ivareta dette var blant annet å velge bort informanter jeg selv hadde vært involvert i med undersøkelse og som deltaker i det tverrfaglige møtet. (Disse informantene fikk ikke forespørsel om deltakelse). Jeg hadde forberedt meg godt til intervjuene og tenkt igjennom hva jeg ville vite noe om. Intervjuguiden var til god hjelp for å strukturere intervjuet og som en huskeliste over momenter å spørre om. Siden dette var en ny situasjon for meg følte jeg meg veldig spent på hvordan det ville gå, spesielt før det første intervjuet (med Amund). Overraskende nok gikk det første intervjuet veldig bra, informanten hadde mye på hjertet og ga fyldige beskrivelser. For å være sikker på å få med meg alt fulgte jeg intervjuguiden ”slavisk”. Selv om informanten hadde svart indirekte på samme tema eller spørsmål tidligere kom det fram andre perspektiver og opplysninger ved direkte spørsmål om emnet. Å gjenta spørsmål ga altså utfyllende informasjon. Det andre intervjuet (med Birger) ble mer utfordrende, da jeg ofte opplevde å måtte bruke flere og andre ord for å gjøre meg forstått. Da jeg opplevde informanten som mer sårbar, valgte jeg å ikke være for pågående i spørsmålsstillingen. Jeg oppfattet likevel at informanten fikk formidlet det han hadde på hjertet. Det tredje intervjuet (med Carl) opplevdes som uproblematisk. Jeg opplevde Carl som noe forsiktig i starten av

intervjuet, men at han ”tødde opp” etter hvert. Også her fulgte jeg intervjuguiden og synes jeg fikk utfyllende opplysninger. I det fjerde intervjuet (med Dag) følte jeg meg noe mer løsrevet fra intervjuguiden, samtidig som jeg sjekket at alle temaene var representert. Informanten hadde mye på hjertet og kom også med fyldige beskrivelser. Etter alle intervjuene ble jeg slått og berørt av intensiteten i deres fortellinger, hvor mye møtet med fagpersonene betydde for hver enkelt.

4.3.3 Transkribering av intervju

Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker og transkribert i etterkant. Jeg valgte å skrive ordrett og på dialekt. Jeg beskrev pauser med , når et sitat er satt sammen fra ulike steder av intervjuet markeres det med (. . .), trykk på uttalelser og ord markeres med **uthevet** skrift eller STORE BOKSTAVER. Latter eller følelsesmessige utbrudd som ikke var verbalisert ble også beskrevet. Sitat som starter midt i en setning ser slik ut; *...ligget og lett etter*. Sitater som er under tre linjer integreres i teksten, mens sitater over tre linjer skilles ut i eget avsnitt. Å transkribere på dialekt ga mer nærhet til materialet når jeg i ettertid skulle analysere det. Jeg opplevde også at intervjuene ble mer levende og informantene trådte tydelig fram i materialet.

Første intervju ble transkribert ca en uke etter intervjuet, da jeg måtte reise bort dagen etter intervjuet. Andre og tredje intervju ble foretatt ca. en uke etter dette, to dager på rad, og transkribert etter tur. Da jeg kom sent i gang med intervjuene valgte jeg å gjøre intervjuene når det passet for informantene, og helst så tidlig som mulig etter den tverrfaglige vurderingen. Dette gjorde jeg for at informantene skulle bevare og huske så mye som mulig fra vurderingen. Den fjerde informanten ble inkludert ca en måned etter forrige transkribering. Her startet transkriberingen dagen etter intervjuet. Jeg fikk overført intervjuene til en lydfil på datamaskinen, og brukte øretelefoner under transkriberingen.

4.3.4 Analyseprosessen

Fasene i en kvalitativ forskningsprosess overlapper hverandre slik at datainnsamlingen og analysen foregår parallelt. Analyseprosessen er en reflekterende prosess som får betydning både for datainnsamlingen og skriveprosessen (Coffey & Atkinson, 1996 Thagaard, 2006).

Refleksjonen som foregår under selve intervjuet og i analysen åpner opp og utvider forståelsen av fenomenet.

Ifølge bl.a. Coffey & Atkinson (1996), Graneheim & Lundman (2004), Lindseth & Norberg (2004), Malterud (2003) og Polit & Beck (2008) er det ingen konsensus om hvordan den ”riktige” kvalitative dataanalysen skal utføres. Analysene som beskrives hos disse forfatterne har likevel fellestrekk, selv om det er ulik grad av struktur i dem. I denne studien har jeg ikke fulgt en bestemt analysemetode men er mest inspirert av den fenomenologisk – hermeneutiske metoden til Lindseth & Nordberg, Malterud sin modifiserte versjon av Giorgis fenomenologiske analyse og Graneheim og Lundman sin kvalitative innholdsanalyse. Alle disse analysene innebærer en de-kontekstualisering, re-kontekstualisering og fortolkning av datamaterialet. Min faglige bakgrunn, det kroppsphenomenologiske, hermeneutiske og kommunikative perspektivet danner bakgrunnen og er utgangspunkt for forforståelse for fenomenet i møte med datamaterialet.

Etter transkribering av ett og ett intervju foretok jeg en ”naiv” lesing for å danne et helhetsbilde av de tre første intervjuene. Jeg leste gjennom intervjuene flere ganger uten tanke på verken intervjuguiden, tidligere forskning eller teoretisk perspektiv. Hovedmålet var å gå så åpent ut som mulig og å sette min forforståelse i ”parentes”, selv om jeg vet at dette ikke lar seg gjøre fullt ut. Jeg ønsket å se hva teksten sier, om informantene snakker om noe annet enn min forforståelse og erfaring skulle tilsi.

Jeg skrev ned de temaer som trådte fram i materialet. Det første intervjuet var veldig innholdsrikt og inneholdt alle temaer, som innholdet i de følgende intervjuene kunne føye seg inn under, også det fjerde intervjuet. Jeg ga hvert tema en egen fargekode og gikk så gjennom teksten linje for linje og ga hver meningsenhet sin fargekode, avhengig av hvilket tema det hørte inn under. Deretter laget jeg en overskrift til hvert tema og egne dokumenter på PC med tilhørende meningsenheter.

I kondenseringen av meningsenhetene var jeg opptatt av å være ”tro” mot det informantene fortalte ved å ha empirinære beskrivelser. Jeg sjekket underveis om det mer abstrakte innholdet stemte overens med temaer og den naive lesingen. Deretter leste jeg alle intervju på nytt flere ganger for å se om andre temaer dukket opp eller om noen temaer skulle slås sammen.

Videre i analyseprosessen tok jeg for meg meningsenhetene igjen og abstraherte de ytterligere ved å skrive ned informantens utsagn på bokmål samtidig som jeg omformulerte teksten til et mer lesbart språk. Dette gjorde jeg for å få mer analytisk avstand til teksten. Denne gangen tok jeg kun med de meningsbærende enhetene jeg mente var viktig for å svare på problemstillingen. Teksten jeg satt igjen med var nå relevant for oppgaven. Intervjuene ble nummerert med linjenummer. Dette gjorde at jeg lett kunne finne tilbake til det opprinnelige utsagnet i teksten, noe som kunne bli nødvendig når jeg skulle ha direkte sitat i oppgaven eller om jeg av en annen grunn ønsket å sammenholde det opprinnelige innholdet med min analyse og fortolkning. I neste gjennomgang av intervjuene omformulerte jeg meningsenhetene til en mer fortellende stil og fortalte om informanten i 3. person. Dette har gitt en enda bedre analytisk distanse og oversikt. Noen meningsenheter ble slått sammen. De nye meningsenhetene ble skrevet med rød skrift under de "gamle". Dette betyr at jeg fremdeles hadde oversikt over linjenummer i intervjuene og kunne finne tilbake til opprinnelig tekst, noe som er viktig for troverdigheten i det som presenteres. De nye meningsenhetene fikk et eget dokument med navnet "kondenserte intervju".

Kategoriene som trådte fram av meningsenhetene var informert av mine teoretiske perspektiv og forforståelse. Denne studien må sies å være en deskriptiv studie, hvor analysenivået både er beskrivende og (delvis) begrepsdannende (Malterud, 2003). Å bli forstått og tatt på alvor er et tema som jeg ut fra empirien ønsker å utforske og lage nye beskrivelser av. Hva er det som gjør at informantene opplever seg forstått og tatt på alvor og hva er eventuelt til hinder for det. Hva som kan skape eller øke kunnskap og innsikt om eget smerteproblem er et annet tema jeg ønsker å utforske gjennom beskrivelse av empirien. De nye beskrivelsene er sprunget ut fra empirien, med forforståelsen og teoretisk perspektiv som et bakteppe.

Hovedoverskriftene i resultatdelen følger til en viss grad overskriftene i intervjuguiden (vedlegg 3) idet de beskriver møtene med de ulike faggruppene. Underoverskriftene er et resultat av de-kontekstualisering og re-kontekstualisering av empirien, hvor jeg har delt opp teksten i meningsenheter, kondensert disse og satt de sammen i en ny sammenheng som skaper mening i forhold til å belyse problemstillingen. Kategoriene (de tekstnære overskriftene) er dannet ut fra empirien (= begrepsdannelse) mens temaene er identisk med forskningsspørsmålene (Malterud, 2003).

Resultatkapittelet innledes med en kort presentasjon av informantene, inkludert utsagn om hvordan det kan være å leve med smerter. For å svare på problemstillingen valgte jeg til slutt å presentere funnene i informantenes ulike møter med fagpersonene, med tilhørende *undertemaer* og kategorier: *Møtet med fysioterapeuten*; 1) Bekreftelse for ”usynlige” smerter – ”Det va nokka.” 2) ”Det ga mæ vanvittig velbehag.” 3) Når kroppen oppleves oversett – ”Ho fikk ikke sjækka mæ ordentlig.” 4) Å lære gjennom kroppslig erfaring – ”Det e som å gå med en tung ryggsekk.” *Møtet med legen*; 1) At noen lytter – ”Ho forsto kor desperat æ va.” 2) Kunnskap om medikamenter. 3) ”Æ hadde håpa å få mer forklaring på koffer man hadde de smertan man hadde.” *Møtet med psykologen*; 1) Å få fortelle – ”Ho sporte på en måte de rette spørsmålan.” 2) Å ikke få fortalt – ”Det her stemme jo ikke.” *Det tverrfaglige møtet*; 1) Deltakelse og ivaretagelse. 2) Å bli misforstått – ”MEN Æ KJENNE DET IKKE.”

Overskriftene i resultatdelen ble tilstrebet å være mest mulig empirinær. Funnene er beskrevet under hvert delkapittel i en fortellende stil. Informantens budskap ble ”krydret” med sitater fra intervjuene. Informantene betegnes med respektive initialer, ”A” (Amund), ”B” (Birger), ”C” (Carl) og ”D” (Dag). Intervjuer betegnes som ”I.” Informantenes utsagn skrives i *kursiv*, mens intervjuers utsagn skrives i normal skrift.

I denne prosessen jobbet jeg også med den empirinære teoretiske analysen av funnene, noe som også modnet over flere ”runder” med bearbeiding. Jeg valgte å ha den empirinære analysen / beskrivelsen av resultater i kapittel 5 og diskusjonen av empiri og teori i kapittel 6. Den teoretiske analysen av empirien ble foretatt på bakgrunn av kapittelet om teoretiske perspektiv. Da det er litteraturhenvisninger til forfattere i teorikapittelet gjentas ikke dette systematisk i analysekapittelet, men det forutsettes en implisitt forståelse av dette. Dette valget gjøres også for å få en bedre flyt i framstillingen. I hvert møte var jeg ute etter å fange hva det er som gjør at informantene opplever seg forstått og tatt på alvor og hvordan kunnskap og innsikt eventuelt oppstår på bakgrunn av møtene. Empirien diskuteres i forhold til kroppsfenomenologiske og hermeneutiske begrep som blant annet; Levd erfaring, Persepsjon, Intensjonalitet, Fra dys-appearance til dis-appearance, Mening og forståelse og Å møtes om ”det felles tredje.”

4.4 Å forske i eget felt

Åpenhet og fokus er to begrep jeg oppfatter som viktige ved kvalitativ forskning. Siden jeg er ”insider” i mitt eget felt stilles det ekstra store krav om å ikke ta opplevelser og erfaringer for gitt. Samtidig er min forforståelse og kunnskap en viktig forutsetning for utforskningen og resultatet av studien, noe også Dahlberg et al (2008) og Olsen (2003) peker på. Fordi denne tverrfaglige modellen er en del av min hverdag, kan jeg lettere sette meg inn i informantenes situasjon når de forteller om sine opplevelser i møte med fagpersonene. Også Paulgaard (1997) og Thornquist (2003) fremhever dobbeltheten som oppstår ved å forske i eget felt eller egen kultur. Som en del av det tverrfaglige teamet på Smerteklinikken er jeg ”midt i smørøyet” og har stor grad av *nærhet* til forskningsfeltet og kan dermed bli offer for ”hjemmeblindhet”. Det er da lett å ta for gitt utsagn og sammenhenger som kommer fram i intervjuene. Faren med dette er at jeg står i fare for å overse momenter som kan gi viktig innsikt for å belyse problemstillingen. Utgangspunktet for studien var å finne ut hvordan pasientene opplevde vår tverrfaglige tilnærming til deres smerteproblem, noe som er formulert i problemstillingen. Når jeg opplevde at det var vanskelig å formulere noen konkrete forskningsspørsmål før selve analysen av intervjuene var i gang, tror jeg at det har sammenheng både med ”hjemmeblindhet” og med åpenheten i studien. Jeg syntes det var vanskelig å bestemme noen eksakt fokus for studien (forskningsspørsmålene) før jeg hadde funnet ut hva informantene var opptatt av. Likevel ser jeg at det har vært en hermeneutisk prosess hvor både min forforståelse, det teoretiske perspektivet og resultatene i studien sammen har ført fram til hvilke fenomen som var interessante å belyse. Den hermeneutiske prosessen har derfor vært et middel for refleksjon og å skape en analytisk distanse til problemstillingen. Dahlberg et al (2008) betegner dette som å bevege seg mellom nærhet og distanse, ikke konkludere for fort men heller vente på at meningen med fenomenet skal vise seg for meg. Dahlberg et al (ibid) hevder også at en ved å konfrontere eller stille spørsmål ved forforståelsen skaper en refleksiv distanse og en bevissthet om studien. Spesielt forskningsspørsmålene men også spørsmålene i intervjuguiden tenker jeg både konfronterer og setter spørsmålstegn ved forforståelsen. Som Thornquist (2003) uttrykker det er utfordringer ved å være ”insider” i eget felt ”å gjøre det kjente fremmed” (s 220). Det er likevel ikke til å komme bort i fra at jeg som psykomotorisk fysioterapeut har en spesiell innsikt og forståelse i fysioterapeutens del av vurderingen. Faren for ”hjemmeblindhet” er derfor aller størst i forhold til møtet mellom fysioterapeut og pasienten.

Det teoretiske perspektivet er også en del av forforståelsen, slik det var i mitt tilfelle i forhold til den kroppsfenomenologiske forståelsen av menneskelig eksistens. Samtidig er det ifølge Thornquist (2003) å lese annen type teori også en måte å distansere seg fra feltet på. Teori kan altså både være en del av forforståelsen, men også med på å skape distanse.

4.5 Etiske overveielser

Som redegjort for tidligere er studien godkjent av Regional Etisk Komite (REK). Et viktig prinsipp i Helsinkideklarasjonen (1964) er at *”I medisinsk forskning som omfatter mennesker, skal hensynet til forsøkspersonens velferd gå foran vitenskapens og samfunnets interesse”*.

Min viktigste intensjon med denne studien har vært å bidra til et best mulig innhold i tilbudet til pasienter som lider av langvarige smerter.

For å behandle informantenes opplysninger konfidensielt har jeg oppbevart diktafon, samtykkeerklæring og navneliste over informantene i låst safe. Lydfil og skriftlig datamateriale er oppbevart på passordbeskyttet PC. Både navnelister, lydfiler, samtykkeerklæring og annet datamateriale ble slettet ved utgangen av REK’s periode for godkjenning. Aidentifisering av personopplysninger er også en viktig del av å ivareta anonymiteten. Siden utvalget er lite har det vært ekstra viktig å være oppmerksom på at informantene ikke kan identifiseres, heller ikke av fagpersonene på Smerteklinikken. Informasjonsskrivet ble derfor delt ut av sekretæren i etterkant av den tverrfaglige vurderingen. Heller ikke sekretæren er informert om hvilke informanter som er inkludert i studien. Det er kun jeg som har oversikt over navnelisten med informantene og over innholdet i de transkriberte intervjuene. Som ledd i anonymisering av informantene benevnes alle som ”han”. I stedet for å benevne informantene med nummer 1, 2 osv. har jeg valgt å gi dem fiktive navn. Dette er gjort for å levendegjøre materialet og for å få øye på sammenhenger mellom den enkelte informants historie, forventninger og opplevelser / erfaringer.

Som sagt tidligere var det viktig å stille spørsmål på en slik måte at informantene følte seg invitert inn og kompetent til å besvare spørsmålene. Fordelene med studien for informantene vurderes å være større enn ulempene. Erfaringsmessig viser det seg at pasienter opplever tilfredshet ved å kunne fortelle om sine smerteplager til noen som lytter, selv om det skulle medføre følelsesmessige reaksjoner. Likevel har jeg tatt høyde for at noen av informantene kunne oppleve følelsesmessige reaksjoner i etterkant av intervjuet som vanskelig å takle. I en

intervjusituasjon kan en bli ”revet med” og fortelle mer enn det som i ettertid føles riktig (Dahlberg et al, 2008; Fog, 2004; Thagaard, 2003). Informantene ble derfor informert om tilbudet ved å snakke med en psykiatrisk sykepleier i etterkant av intervjuet.

Lojaliteten til mine kollegaer og til faget er selvsagt også et dilemma i forskningen. Når informanten forteller om episoder som setter en eller flere av mine kollegaer i et dårlig lys, skal jeg da unnlate å ta det med i oppgaven? Under skriving av oppgaven har jeg vært opptatt av å fremstille informantenes historier så ærlig og korrekt som mulig. Oppgavens troverdighet har derfor vært langt framme i min bevissthet. Samtidig har jeg vært bevisst på mine kollegaers indirekte informantrolle i samhandlingen med informantene. Jeg har vært opptatt av å anonymisere kollegaene så godt som mulig ved å benevne alle som ”hun”. Siden det er mellom 3 og 4 personer i hver faggruppe gir det anonymitet. At fagpersonene har fagspesifikke roller vanskeliggjør også større grad av anonymisering; en fysioterapeut gjør kroppslig undersøkelse og en lege snakker om medikamenter mens psykologen ”bare” snakker. Et poeng som har vært avgjørende for at hensynet til informantenes anonymitet (i tillegg til forskningsmessige krav) har vært mest vektlagt, er at denne studien er gjort i overensstemmelse med ledelsen på Smerteklinikken. Jeg har også støttet meg til Thornquist (2003) som mener at det å unnlate å stille kollegaer i dårlig lys kan få konsekvenser både for fagets og kollegaenes utviklingsmuligheter. Jeg har derfor valgt å ta med de momenter jeg mener er viktig for å belyse forskningsspørsmålene.

5 RESULTATER

I presentasjonen av empirien har jeg valgt å tematisere resultatene med utgangspunkt i informantenes individuelle møter med fagpersonene og det tverrfaglige møtet. Opplevelsene og erfaringene informantene beskriver i møte med fagpersonene på Smerteklinikken viser store kontraster og spennvidde. Slik jeg tolker det opplevde én informant alle de individuelle møtene som gode og positive mens de andre informantene hadde en blanding av gode, dårlige og nøytrale møter med faggruppene. Nedenfor har jeg laget en tabell for å gi en bedre oversikt over informantenes møter med fagpersonene.

	<u>Psykolog</u>	<u>Fysioterapeut</u>	<u>Lege</u>	<u>Tverrfaglig</u>
<u>Amund</u>	Dårlig	God +	Nøytral -	Dårlig
<u>Birger</u>	Nøytral	Dårlig	God	Nøytral
<u>Carl</u>	God +	Nøytral -	God (-)	God
<u>Dag</u>	God +	God +	God +	God

Tabell nr. 1 Opplevelse av møtene

Fremstillingen starter med en kort presentasjon av informantene. Videre har jeg strukturert resultatdelen inn i empirinære beskrivelser av informantenes møter med fysioterapeuten, legen, psykologen og til sist det tverrfaglige møtet.

5.1 Presentasjon av informantene

Å lide av en langvarig ”usynlig” smertetilstand setter preg på livet og gjør noe med hvem en er som person og hvilket ståsted en forstår verden ut fra. Selv om denne studien ikke spør etter hvordan det er å leve med smerter har jeg kunnet trekke ut en god del informasjon om dette fenomenet fra datamaterialet. Empirien forteller om hvordan informantene har opplevd tidligere møter med helsevesenet og om tidligere opplevelser i livet. Denne bakgrunnsinformasjonen mener jeg er med på å kaste lys over og skape forståelse for deres opplevelser i møte med Smerteklinikken.

Amund har hatt smerteplager i ca. 9 år. Hans hovedproblem er rygg smerter, men han er også plaget med hodepine og smerter i nakke, skuldre, knær og hofter. Henvisningen omfatter også vurdering av medikamentbruk (ikke misbruk). Amund ønsker ikke å vise andre at han har vondt. Å skyve bort og ikke vise smertene til andre tapper han for energi. Allerede om morgenen når han står opp med ungene og har fått dem av gårde i barnehagen merker han at energinivået kan være lavt. Belønningen Amund får ved å skjule smertene er at han klarer å leke med ungene, prate med andre, rett og slett være sosial. Konsekvensen av å gå rundt og skjule smertene for omverdenen er at han blir *avstumpet*, både følelsesmessig og reaksjonsmessig. Noen ganger kan han føle seg undervurdert av fagfolk når det gjelder allmennkunnskap om egen helse og aktivitet. Han poengterer at han jo er voksen og vet at bevegelse er bra, og ikke er han redd for å bevege seg heller.

Birger har også hatt smerteplager i ca. 9 år. Hans hovedproblem er smerter i skuldrene og hoftene, samt utbredte muskelsmerter i kroppen. Birger har lang fartstid i helsevesenet. Han opplever at leger han tidligere har vært i kontakt med aldri har hørt på det han har å si, at han har sittet og snakket til veggen. Følgende utsagn illustrerer hans frustrasjon:

*I: Ka tenke du om de smertan dine, at dem et seg utover som du sier, ka tenke du om det? B: Nei, ka æ tenke om det? Æ e veldig **forbainna**. For at ting ikke blei gjort nokka, før. At æ ikke blei hørt på. Æ har gått i mange år hos legan og **aldri** blitt hørt på, verken det ene eller det andre.”*

Birger gir også et innblikk tilbake i sin barndom. Helt fra han var liten har han følt seg urettferdig behandlet av andre.

Carl har vært plaget med hodepine i omtrent 20 år, han har gradvis utviklet slitasjeskader i skuldrene og armene, og han har smerteplager fra nakke og rygg etter diverse ulykker. Carl har opplevd å bli overkjørt av fagfolk, å bli avfeid med at smertene bare er ”tøv”. Som han sier så har han jo ikke noen medisinsk kompetanse, han vet jo bare hvordan han selv føler det. Derfor føler han mange ganger det er som å gå i en ring, det blir en ond sirkel han ikke kommer seg ut av. Carl er frustrert og indignert over aldri å få vite hva som feiler han. Fastlegen sier bare at han er utslitt og ”kjører på” med medisiner. Det tar brodden av smertene men sier ingenting verken om årsak til eller forklaring på smertene. Carl blir derfor gående og tenke på hva som feiler han.

Dag har hatt rygg smerter i ca. 10 år. Han er operert for ryggprolaps. Dag forteller om hvordan han ble totalt utslitt av smertene og av å miste nattesøvn, det begynte til slutt å gå ut over ungen. Etter at han fikk nye medisiner på Smerteklinikken får han nå sove om natta og er overveldet over hvor stor betydning det har både fysisk og psykisk. Nå er han mye mer aktiv. Dag er full av frustrasjon over den dårlige behandlingen han har fått av helsevesenet. Han fikk ingen forståelse for sine smerter, men opplevde tvert imot å bli mistenkeliggjort. Han føler seg totalt psykisk knekt etter denne opplevelsen.

5.2 Møtet med fysioterapeuten

I dette kapittelet vil jeg formidle hva som var viktig for informantene i møte med psykomotorisk fysioterapeut og hva de har fått ut av dette møtet. I analysen kommer det fram at den psykomotoriske undersøkelsen har stor betydning for to av informantenes opplevelse av å bli forstått og tatt på alvor og som grunnlag for å skape selvinnsikt og forståelse for sine smerter. For de to andre informantene blir møtet med fysioterapeuten annerledes.

5.2.1 Bekreftelse for "usynlige" smerter – "Det va nokka"

Tre av informantene uttrykker at en grundig kroppsundersøkelse er viktig i denne tverrfaglige vurderingen av deres smertetilstand. Amund er den eneste av informantene som forteller at han har fått bekreftelse for sine "usynlige" smerter gjennom fysioterapeutens undersøkelse. Han fremhever at fysioterapeuten var veldig grundig i sin undersøkelse. Hun kunne vise til spesifikke ting i kroppen og behøvde nesten ikke ta på musklene for hun skjønnte at det var anspent. De "usynlige" smertene var synlig både i kroppsholdningen og i ansente og ømme muskler. For Amund var det viktig å få bekreftelse på at det er noe som er galt i kroppen, spesielt fordi han tidligere har opplevd spesialister som sier at:

"A: du har no sikkert vondt, men vi finn ingenting." I: Men du følte at ho fant nokka? A: Ja, ho fant nokka, ho kunne vise til det, altså spesifikke ting (...) her va ting som va gærnt. I: Kan du si nokka mer om hvordan du opplevde at ho fant de, de tingan? A: Det va en lettelse, det va godt, godt å få høre det også, at det ikke e bare tull, eller at det e hjernen som tulle med deg. Det va faktisk, det va nokka."

Gjennom undersøkelsen får Amund stor tillit til fysioterapeuten, han sier det var tydelig at hun visste hva hun gjorde. Derfor mener han også at han vil lytte til det hun har å si. I tillegg

til å bekrefte hans smerter gjennom en spesifikk, kroppslig undersøkelse bekrefter fysioterapeuten også Amunds smerter med ord. Amund blir overrumplet og overveldet av følelser idet han forteller:

*”A: ...for ho sa jo rett ut at du har nok veldig vondt, ja, og da ble æ veldig letta, for den, den hadde æ ikke hørt før (blir beveget). I: det har du aldri hørt før? A: Nei, da blei æ no veldig letta, her va det en som, ja... hadde forståelse for det og kanskje..., æ fikk inntrykk av at ho **genuint** ville hjelpe meg. (...) og det e jo sikkert derfor at æ synes at det æ hadde mest igjen for av alt, det va jo med ho.”*

Amunds samboer har hatt problemer med å forstå hvorfor han har så store smerter. Etter undersøkelsen hos fysioterapeuten er han lettet over å kunne fortelle hvorfor han har vondt.

Oppsummert: Fordi fysioterapeuten fokuserte på spesifikke funn i kroppen, på funksjon, muskulatur og bevegelser, og ikke minst fordi hun tydelig uttrykker at hun **ser** hans smerter, opplever Amund å få bekreftelse og anerkjennelse for sine ”usynlige” smerter. Når Amund bare får høre at ”vi finner ingenting”, begynner han til slutt å tvile på sin egen forstand. Endelig kan han legitimere sine smerter overfor sin samboer. Endelig er det noen som forstår og vil hjelpe.

5.2.2 ”Det ga mæ vanvittig velbehag”

Dag har mye erfaring fra tidligere behandlinger hos fysioterapeut. Disse behandlingene forbinder han kun med ubeskrivelig smerte, uten at det har ført til noen framgang. Dag sier det slik:

”Det har vært sånn at æ har nesten angrepet han av og til, for det va egentlig bare vondt, og så føle æ, det førte ingen plasser. Æ følte bare at han gjorde sånn at æ hadde vondt, og så va det ingen framgang (...) Men da æ va hos fysioterapeuten her så ... ja ... det va godt ”

Da han kom til fysioterapeuten på Smerteklinikken ble han veldig overrasket over at selv om hun gjorde veldig lite så ga det en stor ”*velfølelse*” i kroppen. Han sier at fysioterapeuten i undersøkelsen i hovedsak kartla muskulaturen i kroppen, hvor det ”satt” mest. Slik uttrykker Dag det:

”Æ hadde masse spenninga opp igjenna nakken og hodebunnen, og ho masserte meg i ansiktet og, ja, ting som æ aldri har vært borti før men som ga mæ vanvittig velbehag. Men ka ho undersøkte, ja det va jo muskulaturen i hovedsak. Det e absolutt den beste behandlinga æ

har vært borti så langt. (...) Æ kjente jo at æ va bedre i kroppen etter at æ gikk ut derifra. Æ synes det e littegrann pussig når æ føle at ho egentlig gjør så lite, men det lille ho gjør gjer så stor uttelling. Æ føle at det e veldig, veldig bra.”

Oppsummert: Dag vektlegger mest velbehaget han opplever i fysioterapiundersøkelsen. Den spesifikke undersøkelsen kommer i bakgrunnen. At ”det lille” fysioterapeuten gjorde ga så stort velbehag og uttelling blir betydningsfullt for Dag.

5.2.3 Når kroppen oppleves oversett – ”Ho fikk ikke sjækka mæ ordentlig”

I motsetning til Amund og Dag er Birger svært **misfornøyd** med fysioterapeutens undersøkelse mens Carl er **usikker** på hva fysioterapeuten egentlig fant. Birger forteller at han på forhånd ikke hadde noen spesielle forventninger til møtet med Smerteklinikken. I samtalen kommer han likevel raskt inn på møtet med fysioterapeuten. Han forteller at han ikke var fornøyd med smertedelen av vurderingen, og da spesielt fysioterapeuten fordi, som han sier: *”ho fikk ikke sjækka mæ ordentlig.”* Birger sier at han ikke har fått noen hjelp for kroppen, og ønsker han kunne bli skikkelig utredet for sine kroppslige plager. Han hadde håpet på at møtet med fysioterapeuten skulle resultert i at han fikk mer behandling, og sier ganske forurettet; *”Men det får æ jo ikke!!”* I stedet for mer behandling blir Birger oppfordret til å trene. Birger er tydelig indignert over måten han ble møtt på av fysioterapeuten: *”For ho va det bare, ... bare.”* Birger sier:

*”...det er ikke **bare**. Livet er ikke bare, særlig når du har sotte her i så mange år og depresjonen har tatt overhånd, og da e det ikke **bare, bare, bare**. (...) Dem vet stakkars ikke ka dem snakke om, mange.”*

Birger forteller videre at han er forvirret over at fastlegen og fysioterapeuten har så forskjellige oppfatning om tilstanden i muskulaturen hans. Han ble henvist til Smerteklinikken fordi fastlegen mente han hadde stramme muskler og er svært indignert over fysioterapeuten som sier at han ikke har muskler: *”Ja, så sier hun at jeg **ikke** har muskler”*. Selv er han ikke i tvil om at musklene er stramme. Han forteller videre at han har begynt å bygge opp musklene igjen, og har: *”gådd og gådd og gådd i mange år, men ifølge ho så hadde æ ingen muskla!”*

Da Carl var hos fysioterapeuten opplevde han å bli tatt på alvor i samtalesituasjonen, når han fortalte om sin arbeidssituasjon. Når det gjelder den kroppslige undersøkelsen hadde han forventet seg noe mer, men hva er han litt usikker på, og forteller:

*”C: ...ho gjorde det sikkert rett, ho så sikkert ting som **æ ikke opplevde at ho så**, men det gjorde ho sikkert. (...)Ho så jo sikkert både på holdning og bein og muskla og alt samma, det gjorde ho jo. Ho fant jo ut at æ hadde mykje rart her i nakken og skuldran mine, og det stemme jo, sånn at reint fysisk sett så så ho vel det som ho skulle se. Æ veit ikke, æ va litt sånn usikker der... I: Ja, på ka ho hadde... C: **Ka ho hadde funne**. I: Ho sa ikke nokka ka ho hadde funne? C: *Nei, egentlig ganske lite, men det e ikke sikkert det va meir, æ veit ikke.*”*

Når Carl tidligere har fått problemer med kroppen har han gått til kiropraktor. Kiropraktoren konstaterer raskt hvor problemet er *”og så går han laus med en gang.”* Han hadde forestilt seg at fysioterapeuten skulle *”bryte”* litt mer på han, og forteller videre: *”... for æ har jo vært hos kiropraktoren, og han e jo ganske heftig når han går laus på mæ. Det e litt sånn, vondt skal vondt fordrive”*. Når Carl går til fysioterapeut uttrykker han at han ønsker å bli *”knadd”* og at fysioterapeuten retter på *”feilene”* i kroppen. Han lurte på om ting har forandret seg i forhold til nye behandlingsmetoder.

Oppsummert: Birger har ikke fått bekreftelse for sine kroppslige smerter, mens Carl har fått bekreftet det han visste fra før. Birger synes ikke kroppen er godt nok undersøkt, mens Carl er usikker på om det ikke er mer å finne. Lite kommunikasjon om undersøkelsen gir Carl lite innblikk i fysioterapeutens vurderinger. I stedet for å få behandling som han ønsker, blir Birger henvist til å trene selv. Han opplever at fysioterapeuten ikke forstår men heller bagatelliserer hans problem.

5.2.4 Å lære gjennom kroppslig erfaring – “Det e som å gå med en tung ryggsekk”

Amund ble veldig overrasket over å oppdage at han ikke klarte å aktivisere de musklene fysioterapeuten mente han skulle begynne å bruke. Han sier:

*”Det va jo litt sånn der; **e det mulig?** (...) så det va jo litt sånn at man forsto jo litt bedre sjøl også at hvis det e meininga at de musklan skal brukes og æ bruke helt andre muskla så e det ikke rart at dem blir overbelasta og e øm.”*

Han er derfor veldig spent på hvordan det skal gå når han skal begynne i psykomotorisk fysioterapi på hjemstedet, om han klarer å få tak i musklene og bruke dem. Etter han har kommet hjem har han prøvd å kjenne på smertene, hva han egentlig føler og forklarer:

”...da føle æ at hele ryggen sliter mæ ned mot bakken. Det e som å gå med en tung ryggsekk hele tida. Men det e jo ikke en ryggsekk for den tar jo ikke på skuldran, bare ned gjenna ryggen, musklan trekkes nedover, føles som om det slit...”

Når Amund nå har begynt å legge merke til smertene på en annen måte, forteller han at han også er opptatt av å beskrive dem med ord, istedenfor å bare si at han har vondt. Det nærmeste han kan forklare smerte på nå er å si at: *”du går med en vanvittig tung ryggsekk på deg, bare at den e teipa fast i ryggen på deg, den heng ikke over skuldran.”*

At han nå bevisst har begynt å legge merke til hvordan smertene er tror han kommer til å bli til hjelp i framtida, at han kommer til å lære andre måter å slappe av på og bruke kroppen på. Allerede nå prøver han å tøye ryggmusklene motsatt vei når han kjenner at det sliter nedover. Han prøver også å følge råd fra fysioterapeuten om hvordan han kan bruke kroppen annerledes og få tak i andre muskler når han reiser seg opp fra stolen. Han legger merke til at stolene de har i huset stort sett er for lave, han kjenner at han må bruke mye ryggmuskler når han reiser seg opp.

Dag sier han først var skeptisk til fysioterapeuten som skulle ha han til å slappe av og tenke sånn og sånn, men når han først begynte å følge med på det hun gjorde så la han merke til at han fikk en helt annen følelse i kroppen. Han forteller: *”Ja, æ lå bare helt død når ho va ferdig. En sånn følelse i kroppen hadde æ ikke hatt på mange, mange månedda.”* Dag holder på å prøve ut avspenningsteknikken han lærte seg hos fysioterapeuten og oppdager da at han får en følelse i kroppen som han har; *”...ligget og lett etter hele natten.”* Han får en bedre søvnkvalitet og bedre hvile.

Dag har skjønt at han må endre sin innstilling til hvordan han forholder seg til aktivitet. Han er en person som: *”kjører på for full gass helt til det er brå stopp.”* Han sier kroppen har sagt ifra at nok er nok, nå må han ta det helt med ro. Fysioterapeuten har bedt han om å lytte til sin indre stemme, men han er forvirret over hvem han skal høre på. Kirurger som har operert han i ryggen sier han ikke skal ha så store forhåpninger om å komme seg tilbake på jobb igjen, mens fysioterapeuten sier at han må se på det positive og bestemme seg for å komme seg tilbake på jobb. Dag sier han liker den positive tanken best: *”Æ kjenne jo når æ e positiv inni*

tankegangen min så e æ jo i fysisk bedre form, både når det gjeld smertan og alt samma.” Når han er negativ og lytter til det kirurgen sier og ser mørkt på framtida så kjenner han at det blir tyngre å bevege seg, det blir tyngre å stå opp. Han sier:

Æ trur det e en viktig jobb dokker gjør. Spesielt det psykiske, i hvertfall. At man får en anna tankegang. Æ har jo egentlig aldri forbundet det psykiske med fysisk smerte, men æ innser jo no at det har masse å si.”

Verken Birger eller Carl forteller om noen ny lærdom om sitt smerteproblem eller ny kroppslig innsikt på bakgrunn av fysioterapiundersøkelsen.

Oppsummert: Amund har blitt klar over at han overbelaster ”feile” muskelgrupper, og blir overrasket over at han ikke klarer å aktivisere de ”rette” musklene.” Han forstår nå mer hvorfor han har smerter i musklene. Amund er nå bevisst smertene på en annen måte enn før, og han er også opptatt av å bruke andre ord for å beskrive dem. Han justerer allerede sine daglige aktiviteter i forhold til sin økte kroppsbevissthet. Dag har skjønt at han må lytte mer til kroppens signaler, og har også lagt merke til at ”det psykiske henger sammen med fysisk smerte.” Dag oppdager en ny følelse i kroppen når han retter oppmerksomheten mot kroppen og fysioterapeutens instruksjoner.

5.3 Møtet med legen

I dette kapittelet vil jeg formidle informantenes opplevelser i møtet med legen. Også i møtet med legen har informantene ulike opplevelser. Sammenlignet med møtet med fysioterapeuten og psykologen må møtet med legen betegnes som det mest ”nøytrale”.

5.3.1 At noen lytter - ”Ho forsto kor desperat æ va”

Dag forteller at han egentlig ikke hadde noen forventninger da han kom til Smerteklinikken. Han kom inn med et åpent sinn og sier han var klar for å ta imot hva som helst. Han utdyper:

*”...æ va så langt nede at hadde dem bedt mæ stå på hendene i et døgn så hadde æ antagelig prøvd å gjort det. Ja, æ va villig til å gjøre ka som helst. Så æ hadde ikke så store forventninga om ka som sku skje, æ hadde bare løst at **nokka** sku skje, at æ sku få nån forandring i hverdagen.”*

I møtet med legen hadde Dag en sterk opplevelse av å bli forstått og tatt på alvor. Han følte at legen forsto hans desperasjon etter å få hjelp til å lindre smertene slik at han kunne få sove. De nye medikamentene han fikk har hjulpet godt. For Dag var det viktig å få opplevelsen av at noen virkelig lyttet til det han sa, få følelsen av at han var ønsket. Slik forteller han om dette:

”...det va viktig for mæ å komme dit og få følelsen av at når virkelig lytta til det æ sa og ikke bare satt der; e han ikke ferdig snart å fortelle om sine plaga, liksom, så kan æ sende han ut av kontoret igjen. Æ følte at legen prøvde å sette sæ inn i mitt sted og skjønne ka æ prøvde å forklare. Så fikk æ følelsen av at ho faktisk skjønnte ka æ sa for nokka, at ho forsto kor desperat æ va etter å få et eller anna som gjorde at æ kunne få lov å kvile meg.”

Oppsummert: Legen forsto Dag sin desperasjon etter smertelindring. At noen virkelig lytter, og prøver å sette seg inn i hans sted gir opplevelse å bli forstått og tatt på alvor.

5.3.2 Kunnskap om medikamenter

Både Carl og Dag uttrykker stor tilfredshet med informasjonen og forklaringen de fikk fra legen når det gjelder den medikamentelle behandlingen. De synes det var betryggende å få innsikt i hvordan medisinerne virker. De har begge erfaringer med at fastlegen gir lite eller ingen informasjon om smertemedikamentene de bruker. Dag opplever å ha fått en trygghet i hvordan han skal bruke medikamentene og ikke minst er han nå mer trygg på at kombinasjonen av medikamentene ikke er farlig og går ut over de indre organene. Dag har fått lagt om medisineringen sin på Smerteklinikken og skal ha en utprøvsperiode for å finne den rette kombinasjonen og doseringen. Også Carl uttrykker tilfredshet med informasjonen han får om medikamentene:

*”For at han fastlegen min, han sei **aldri** når ting om bivirkninger, om kordan æ ska bruke dem. Det må æ jo omtrent finne ut av sjøl når æ kommer heim. Men hos legen her så fikk æ jo vette at nokka medisin æ hadde brukt det va fanken mæ livsfarlig. (...) Og det sa legen min **ingenting** om! Det syns æ e ganske skummelt.”*

Oppsummert: Det skaper trygghet å få informasjon om medikamentene, både bruk og virkning.

5.3.3 "Æ hadde håpa å få mer forklaring på koffer man hadde de smertan man hadde"

Carl sitt hovedinntrykk fra Smerteklinikken var veldig positivt. På slutten av intervjuet spør jeg om det er noe han savner eller om noe kunne vært gjort annerledes. Han er først litt nølende til spørsmålet, men sier så at han egentlig ble litt overrasket over at legen kun snakket om medisiner. Han synes at det kunne vært tatt opp medisinske årsaker til smerten også, at legen kunne ha snakket om det som plagde han fysisk også. Fortsettelsen av dette temaet forløp slik:

"I: Fikk du snakka med noen om det som plagde deg fysisk? C: Æ fortelte dem jo alt som hadde skjedd mæ, ...men no va det jo ikke nåkka sånn fagfelt ho (legen) opererte innafor, ... at ho hadde nokka forståelse for koffer æ har de her smertan, ... det blir jo litt sånn **diffust**, alt. (...) Kanskje det va litt lite der. I: Det å få snakke om de fysiske smertan? C: Ja, ja. De erfaringen æ har fra fastlegen e at det e bare å kjøre på med medisin, så rette alt på seg. Og det trur æ egentlig e galt. Det e greit, du kan jo ta brodden av smerten på en måte, men årsakan og forklaringen, ... vi **veit jo ingenting allikevel**, når du bare kjøre på med medisin."

Carl høres indignert ut når han forteller om at forklaringen han får fra fastlegen er at han er utslitt. Det fører til at han blir gående og tenke og gruble: "Ka kan det være." Han sier at han vet jo bare hvordan han selv opplever smerten, han har ingen medisinsk kompetanse. Som vi ser overfor har ikke møtet med legen bidratt til noen forklaring på smertene, alt oppleves fremdeles noe diffust for Carl. Han sier:

"Æ hadde som sagt håpa at æ skulle fått nokka meir forklaring på koffer at man hadde de smertan man hadde. (...) ...og at æ hadde fått litt meire kjøtt på beinan i forhold til årsakssammenhengen til de her smertan hos legen."

Carl ønsker å få et svar på hvorfor han har vondt: "E det no ikke nokka så får man no være glad til, og e det nokka så får æ jo et svar og kan legge opp livet mitt deretter. Så at det liksom skjer nokka, ja." Han er veldig fornøyd med at legen på Smerteklinikken henviste han til røntgenundersøkelse av hoftene sine. Carl føler det er satt i gang en prosess som på sikt kan gi han noen svar og en større forståelse for sine smerter. Han sier: "Æ trur det viktigaste må være det, så får det no gå som det går."

Verken Amund eller Birger synes de fikk nok oppmerksomhet for selve smertene. Amund er misfornøyd med at legen kun snakket om medisiner, og han savner at også legen gjør en undersøkelse av kroppen. Birger er likevel fornøyd med møtet hos legen fordi han opplever at

legen tok han på alvor i forhold til sin grunnsykdom og henviste til videre utredning for denne.

Oppsummert: Både Carl, Amund og Birger savner mer oppmerksomhet og snakk om sin smertetilstand. Spesielt Carl uttrykker ønske om en mer forklaring på de fysiske smertene. Å bli henvist til videre undersøkelser oppleves som viktig av Carl og Birger.

5.4 Møtet med psykologen

Dette kapittelet omfatter informantenes møte med psykologen. Informantenes møte med psykologen bærer preg av å være det mest kontrastfylte møtet så langt.

5.4.1 Å få fortelle – ”Ho sporte på en måte de rette spørsmålan”

Både Carl og Dag forteller om hvordan de har fått tid og rom til å fortelle sine historier og hvilken betydning det har hatt for dem. Begge sier det var viktig at det var satt av nok tid til å fortelle om sitt problem og opplever en stor lettelse over å bli tatt på alvor. Det er spesielt møtet med psykologen både Carl og Dag fremhever som særlig viktig i denne sammenheng. Carl sier at psykologen var veldig grei fordi:

”C: ...ho sporte jo på en måte de rette spørsmålan, sånn at æ fikk fortelt, altså. I: Akkurat, de rette spørsmålan. C: Ja, altså, æ trur nok at ho følte det va ting æ ikke ville snakke om, på det tidspunktet i hvertfall. I: At ho følte det va nokka du ikke ville snakke om? C: Ja, og då gikk ho ikke vidare på det, på en måte. I: Ka syns du om det? C: Det syns æ va helt greit.(...) Det va veldig greit at ho ikke sporte meir enn at æ følte mæ bekvem, for å si det på den måten.”

Gjennom spørsmålene og varhet for Carls grenser åpner psykologen opp for at Carl får fortelle om sin situasjon og sine bekymringer. Han er som tidligere sagt frustrert over at fastlegen kun sier at han er utslitt. Gjennom møtet med psykologen får han satt ord på hva han tenker om det å være utslitt, og sier at han da har fått mer klarhet i hva det innebærer. Som han sier: *”...du kan ikke bare si at folk e utsletten, ka betyr det”?* Carl har forstått at han må gjøre noen valg i forhold til sin arbeidssituasjon, og synes det er greit å ha hatt kontakt med noen som kan bekrefte at han tar noen rette valg. Han synes det var god hjelp å få lov til å legge fram problemet sitt, så må han selv ta avgjørelsen. Carl synes likevel at tiden hos

psykologen kunne vært enda litt lengre, for som han sier så har de fleste på hans alder mye de går og bærer på.

Dag synes at det var spesielt samtalen inne hos psykologen som ga han følelse av å bli forstått og tatt på alvor. Han syntes selv at han satt og sytete og klagde, mens han sier at psykologen ga han lov til å gjøre det. Dag blir veldig beveget når han forteller at psykologen var den første personen som legitimerte at han hadde lov til å klage. Dag forteller:

*”Ho sa at, ja at æ egentlig hadde **lov til** å syte og klage, at æ hadde faktisk **grunn** til det. Og det va godt, ... ja ... æ knakk egentlig ganske mye sammen... Det va godt å få tømt ut ting.”*

Dag føler at han har fått bort mye av frustrasjonen som han hadde i seg, på bakgrunn av tidligere møter med helsevesenet hvor han har kjempet for å få den medisineren han syntes han trengte. Dag syntes også det var godt å få snakke med psykologen om hvordan livet hans har endret seg, han føler at han har mistet alt. Han sier: *”Det var godt å kunne få prate om det, få det ut.”*

Oppsummert: Tid til å fortelle sin historie er viktig for å få fram hele problemet. Gjennom å få sette ord på hva det vil si å være utslitt får Carl mer klarhet i sin egen situasjon og hjelp til å se at han må ta noen valg. Åpne spørsmål og varhet fra psykologen sin side åpner opp for å fortelle. For Dag var det å få lov til å tømme seg for frustrasjon og få aksept for sine følelser og meninger viktig. Han fikk følelsen av at psykologen lyttet og forsto.

Birger hadde ikke noe spesielt han ville fortelle om fra møtet med psykologen, bortsett fra at han opplevde det som en hyggelig samtale.

5.4.2 Å ikke få fortalt – ”Det her stemme jo ikke”

Bortsett fra fysioterapiundersøkelsen er Amund veldig misfornøyd med hva han har fått ut av vurderingen på Smerteklinikken og med hvordan han er møtt. Han synes at fagpersonene misforsto det han sa om sin situasjon. Det er spesielt møtet med psykologen han karakteriserer som *”heller tragisk.”* Han sier:

”...for det va sånn (knipser i fingrene) så hadde ho konkludert med at æ va overmedisinert. Æ va bare trøtt. (...) Æ vet ikke helt ka som skjedde, men når æ tenke på det i ettertid så va det jo veldig kjapt. Æ hadde ikke vært der i mer enn ett minutt eller to så sa ho rett ut at, æ ser du

bruke for mye medisin. Da va det tre daga sia sist æ hadde tatt nokka, æ trur det va Ibux. Ho kunne se at æ hadde sløve øya og sånn.”

Amund forteller at han ble litt ”paff” og ”satt ut” i den situasjonen og sa derfor ikke noe, selv om han tenkte at: ”det her stemme jo ikke”. I etterkant funderer han over om han bare burde sagt i fra med en gang, men begrunner det med respekt for fagpersoner og at han ikke har lyst til å gi dem korreks. Han lurar på om misforståelsen oppsto fordi han var dårlig til å ordlegge seg. Amund forteller at han noe senere i samtalen med psykologen ble så sint og provosert at han ikke klarte å holde tilbake sin aggresjon. Slik beskriver han utbruddet:

”...det va vel der (hos psykologen)æ blei så forbanna når ho kom med pekefingeren nesten opp i ansiktet på mæ og sa at det her e det bare du som kan gjøre nokka med, det e ingen andre som kan gjøre nokka, det e bare du som kan. Ho sa det va bare å jobbe med det sjøl så fiksa det sæ, og det va vel da æ tente på alle pluggan og sa at hadde det vorre så j... enkelt så hadde æ vel ikke sotte her. Da hadde æ vel gjort det for lenge sia. (...) Det va da æ blei kraftig provosert, det va på nippen æ måtte gå derifra, æ blei så sint. Det, det der provoserte meg. Men ho va jo voksen nok, ho beklaga sæ jo og sa det kom vel feil ut, det va absolutt ikke meininga det va sånn det sku komme ut.”

Amund forteller at det er veldig uvant for han å være sint, men etter dette møtet var han sint i flere timer. Det opplevde han som veldig rart. Vanligvis pleier han å skjule følelsene sine for omverdenen. Han opplever å ha blitt avstumpet både følelsesmessig og reaksjonsmessig av å gå rundt og skjule smertene sine for omverdenen. I denne situasjonen ble han så provosert at han ikke klarte å holde følelsene tilbake.

Oppsummert: Amund blir overrumplet over psykologen som konkluderer med at han er overmedisinert, uten at han får sagt sin mening. Amund lurar på om han er dårlig til å ordlegge seg. Han ønsker ikke å gi fagfolk korreks. Blir veldig provosert når psykologen sier at bare han selv kan gjøre noe med sin situasjon. Det er uvant for Amund å bli sint.

5.5 Det tverrfaglige møtet

Dette kapittelet omfatter informantenes opplevelser og erfaringer fra det tverrfaglige møtet. I henhold til Smerteklinikkens intensjon er det spesielt dette møtet som skal løfte fram informantenes ressurser, deltakelse og medbestemmelse.

5.5.1 Deltakelse og ivaretagelse

Carl forteller at han opplevde det tverrfaglige møtet som "okey" fordi som han sier: "...æ følte jo at dem på en måte hadde fatta poenget." Han hadde forventninger om å få legge fram problemene sine til fagpersoner som visste hva han snakket om, og det synes han ble oppfylt. Han sier: "Æ va heilt utsletten når det der va over, for æ følte på en måte at æ hadde vranga mæ ut. Æ kom med vranga ut derifra, men det syns æ egentlig va helt greit."

Carl sier han opplever å ha deltatt i det tverrfaglige møtet fordi fagpersonene henvendte seg til han og fordi han fikk komme med kommentarer underveis når fagpersonene snakket.

For Dag ble også det tverrfaglige møtet til slutt en god opplevelse. Han opplevde at fagpersonene gjorde alt de kunne for at han skulle ha det behagelig, de tilbydde seg å tilrettelegge med puter for at han skulle sitte eller ligge så bekvemt som mulig. Han hadde grudd seg til det tverrfaglige møtet hvor alle skulle være samlet, og synes det var en prestasjon at de klarte å få han til å slappe av. Som han sier:

"Æ hadde vært inne hos hver enkelt, og æ brøt jo sammen hos alle tre. Så når alle va samla så hadde æ litt panikkfølelse..., det va no greit å bryte sammen hos hver enkelt på separate rom, men når æ fikk alle tre på samme rom så kjente æ at det blei litt mye. Og det virka som at ho (psykologen) skjønnte det med en gang og spurte om det var i orden at ho oppsummerte ka vi hadde snakka om."

Dag satte pris på at psykologen tok ansvaret og oppsummerte til alle hva de hadde snakket om, slik at han slapp å forklare på nytt til alle hva han egentlig følte og hvordan han hadde det. Dag var også lettet over at det endelig var noen som hadde litt peiling på hva smerte er for noe. Han er overveldet over å ha fått støtte for det han sa og følte. Som han sier har han hele tiden kranglet med andre leger for å få riktig medisinerings for sine smerter. Etter dette møtet føler han at han har vunnet over dem. For Dag betyr støtten og forståelsen spesielt mye fordi den kommer fra fagfolk han anser er fullt på linje med andre spesialister han har hatt kontakt med. Han avslutter med å si: "Æ føle mæ sedd, liksom, i Norges helsevesen."

5.5.2 Å bli misforstått - "MEN Æ KJENNE DET IKKE"

I sterk kontrast til Dag og Carl slet Amund med å få forståelse for hvordan han opplever sin situasjon. Når alle var samlet på det tverrfaglige møtet skjønnte Amund at alle hadde misforstått angående hans medikamentbruk. Han prøvde å si ifra, men som han sier: "Æ vet

ikke om dem beit sæ merke i det.” I starten var det veldig ubehagelig å være tilstede fordi han enda var veldig ”opptrekt” og han syns det var vanskelig å få med seg det som de snakket om. Underveis i intervjuet husker Amund flere episoder og detaljer fra dette møtet. Han hadde blant annet store problemer med å få fagpersonene til å forstå at han har vanskelig for å kjenne sine egne grenser når han er ute og gjør noe fysisk arbeid. Han merker ofte ikke at han har overbelastet seg før mange timer etter arbeidsøkten. Og det, sier han: ”*Det fatta dem ikke.*”

Amund forteller at han i det tverrfaglige møtet flere ganger måtte bryte inn og heve stemmen for å få fagpersonene til å stoppe opp. Det var spesielt angående hva han klarer å gjøre i hverdagen. Amund forteller:

”...men det va bare å ta pause, ikke sant. Sånn når du kjenne at du får vondt. Men æ kjenne det ikke. Ja, men når du kjenne at du har behov. Men æ kjenne det ikke. Så til slutt måtte æ si det litt høyere at; MEN Æ KJENNE DET IKKE. Æ trur ikke det seig inn for det.”

Amund vet ikke helt om de forsto hans situasjon. Det eneste han fikk råd om var å jobbe og ta pause, jobbe og ta pause. Han lurer på hvordan fagpersonene selv ville gjort det hvis de var i hans situasjon. Litt oppgitt sier han at han skulle ønske at andre kunne kjenne hvor vondt han virkelig har det. I utgangspunktet mener Amund at han ikke har fått så mye igjen for denne tverrfaglige vurderingen som helhet. Han synes ikke det ble snakket så mye om han og hans smerteproblem, han mener det var mest ”husmorråd” å få angående hvordan han skulle forholde seg til smertene i hverdagen med å ta hyppige pauser når han er i aktivitet.

Amund har en oppfatning av at det var spesielt i den tverrfaglige samtalen han hadde vanskelig for å få fagpersonene til å forstå sin situasjon. Han tror at når tre fagpersoner sitter sammen og diskuterer så holder de tilbake sine egne konklusjoner for hverandre. Samtidig som Amund er frustrert over å få det han kaller for ”husmorråd” om hvordan han skal forholde seg i hverdagen ønsker han at fagpersonene skal si det de tenker. Han er frustrert:

”For å gå rundt grøten det har man gjort i mange år. (...) Nu e man kommet dit at man bare e interessert i å høre ka dem sier. Finn på nokka. Ja, det blir nesten sånn; vær så snill og hjelp, alt e bedre enn det her.”

Amund sier at han hadde forventet seg større forståelse for sitt smerteproblem fra fagpersonene på Smerteklinikken, spesielt siden de har møtt så mange andre med samme

problem. Han funderer samtidig på om hans forventninger kan ha spilt inn, som han sier:
”Kanskje æ satt og trudde æ sku møte folk som hadde det like vondt som meg”.

Birger forteller at han var sliten og trøtt på slutten av dagen og husker veldig lite fra det tverrfaglige møtet. Han husker likevel at det var mest snakk om hans grunnsykdom og lite eller ingenting om hans smerteproblem, utenom at han burde begynne å trene.

Oppsummert for alle: Felles for alle informantene synes å være at det tverrfaglige møtet på en eller annen måte opplevdes som belastende. Det som er ulikt er likevel hvordan noen av informantene opplevde å bli ivaretatt og forstått mens andre opplevde det motsatte. Når en sammenligner med de individuelle møtene med fagpersonene, avspeiles tydeligere at måten informantene har blitt møtt og ivaretatt på i disse møtene gjenspeiles i det tverrfaglige møtet. Dag ble ivaretatt slik at det ”endte godt” mens Amund fortsatt møtte motstand. Han fikk heller ikke støtte av fysioterapeuten i det tverrfaglige møtet. Carl var utslitt, men veldig fornøyd. Birger var utslitt og husker ikke så mye fra møtet.

6 DISKUSJON

I denne delen av analysen har jeg valgt å tematisere diskusjonen med utgangspunkt i teoretiske begreper fra fenomenologi og hermeneutikk, som presentert i teorikapitlet. Møtene med de ulike faggruppene diskuteres kronologisk under hvert delkapittel, slik som i presentasjon av resultatene.

6.1 Å bli anerkjent og møtt som levde kropp

a) Fysioterapeuten

Som skissert innledningsvis har møtene med de ulike faggruppene svært ulikt innhold for den enkelte informant. I møte med fysioterapeuten uttrykker Amund en tydelig lettelse over å få bekreftelse for sine smerter, noe som kan forstås på bakgrunn av vår kroppslige væren. Amund etterspør et konkret bevis for sine smerter. ”Bevisene” han får av fysioterapeuten kan ”klassifiseres” som ”avvik i kroppsholdning”, ”anspent muskulatur” og ”øm muskulatur”. Funnene gir Amund noe konkret å forholde seg til, noe som kan gi et ”grep” om tilværelsen. Når Amund får bekreftelse for sine ”usynlige” smerter betyr det at han får bekreftet sin levde erfaring, altså smerten. Gjennom den spesifikke og grundige kroppsundersøkelsen og gjennom den sterke følelsesmessige bekreftelsen av å bli sett og forstått får Amund anerkjennelse som levde kropp.

Dag sitt sterkeste inntrykk fra møtet med fysioterapeuten er en følelse av velbehag. Når Dag ikke er opptatt av en spesifikk undersøkelse slik som Amund, kan det ha med deres tidligere erfaringer å gjøre; Amund går til spesialister som aldri finner noe ”galt” mens Dag er vant til en smertefull behandling hos tidligere fysioterapeut. Gjennom en forsiktig og behagelig tilnærming fra fysioterapeuten på Smerteklinikken får Dag anerkjennelse for sine smerter og sin levde erfaring. Det ser ut som om fysioterapeuten har klart å fange opp Dag sitt kroppslige uttrykk og tilpasse sin tilnærming slik at han føler seg forstått og tatt på alvor. Det er den levde kroppen eller kroppens subjektstatus som fremheves i møtene.

Det er tydelig at Birger opplever å ikke bli tatt på alvor fordi han føler at kroppen ikke er godt nok undersøkt. Birgers ”bakteppe” når han møter fysioterapeuten er en opplevelse av å aldri ha blitt hørt i helsevesenet og en opplevelse av alltid å ha blitt urettferdig behandlet. I dette ”meningsmettede” rommet møtes Birger og fysioterapeuten. Birgers tidligere erfaringer i

møter med helsevesenet ser ut til å bli befestet i møtet med fysioterapeuten; han blir ikke hørt eller forstått. Hans appell om hjelp til mer behandling blir møtt med ”krav” om at han må begynne å trene selv. Ifølge Birgers fortelling om møtet med fysioterapeuten blir ikke hans levde erfaring møtt, han får ingen bekreftelse eller anerkjennelse for sine kroppslige smerter. Derimot blir han fortalt at han ikke har muskler, noe som kan forstås som at han ikke har grunn til å ha smerter. I dette møtet er det kroppens objektstatus som løftes fram. Birger har tydelig behov for å forsvare seg overfor fysioterapeutens definerings av hans muskelkvalitet (hans personlighet); han har jo gått og gått i mange år og gjort det han kan for å styrke muskulaturen. Dette utsagnet kan tolkes som en kamp om ”herredømmet”. Birger ønsker å forsvare sin ”frihet”, han ønsker ikke å bli determinert og tar igjen overfor meg som intervjuer.

Carl sitt møte med fysioterapeuten kan sies å være en mellomting mellom Amund og Dag sitt møte hvor den levde kroppen fremheves og Birger sitt møte med fysioterapeuten hvor kroppens objektstatus fremheves. Carl opplever å bli anerkjent gjennom *samtalen* med fysioterapeuten fordi hun er opptatt av hans arbeidssituasjon. Likevel er det tydelig at Carl savner en mer konkret tilbakemelding på sitt kroppslige problem, det som er utgangspunktet for hans besøk hos fysioterapeuten. Når Carl ikke er helt fornøyd med bare å ha fått konstatert det han vet fra før om sine plager i nakke og skuldre kan det ha sammenheng med lite kommunikasjon mellom Carl og fysioterapeuten. De kroppslige uttrykkene hans er ikke blitt tilstrekkelig tematisert og derfor heller ikke tydeliggjort. Hvis Carl oppfatter at fysioterapeuten ikke er nok opptatt av hans kroppslige smerter blir ikke den levde kroppen fremhevet. Å fremheve den levde kroppen kunne hos Carl vært å hjelpe han til å se sammenheng mellom de kroppslige uttrykkene og hans smerter. En kan si at Carl er møtt mest som *person* gjennom samtalen med fysioterapeuten og ikke ”fullt ut” anerkjent som *levd kropp* gjennom møtet med fysioterapeuten.

I motsetning til hos Amund og Dag, som kan sies å bli forstått og tatt på alvor for sitt smerteproblem gjennom synliggjøring av smertene og gjennom opplevelse av velbehag, møter ikke Birger forståelse for sine smerter mens Carl opplever en delvis forståelse for sitt problem. Mens Amund og Dag har fått hjelp til ny kroppslig erfaring får Carl konstatert tidligere kunnskap om sine smerter, mens Birger blir presentert en helt ny forståelse av sitt smerteproblem.

b) Legen

I møtet med legen er det kun Dag som gir uttrykk for et følelsesmessig engasjement. Slik jeg forstår Dag sin fortelling fikk han en umiddelbar følelse av at legen forsto hans appell om hjelp til å få hvile. Når Dag er følelsesmessig langt nede er dette et direkte kroppslig uttrykk som er lett å tolke for legen. Både direkte uttrykk for smerte, desperasjon og depresjon (langt nede) fører til at den som observerer disse uttrykkene hos Dag, i dette tilfellet legen, automatisk blir opptatt av å finne ut av og sette seg inn i hans situasjon. Dag og legen får tilgang til hverandres verden gjennom følelsene som kommer kroppslig til uttrykk. Dette kan forstås som at de går inn i hverandres affektive opplevelser; Dag føler seg forstått og tatt på alvor. Når Dag opplever at legen virkelig lytter til hans historie tyder det på at legen er åpen for det som kommer fra Dag, hun er ikke opphengt i forutinntatte meninger og synspunkter. Dag sin appell om hjelp er møtt.

Selv om Birger savner mer fokus på smertetilstanden synes det som om legens fokus på å henvise han til videre utredning for sin grunnsykdom oppveier noe av dette. Endelig opplever Birger å bli hørt og tatt på alvor, selv om det ikke gjelder smerteproblematikken. Dette kan være med på å styrke Birgers autonomi og selvrespekt samt bidra til at han ser muligheter for framtiden. For Amund ser ikke møtet med legen ut til å ha gitt noen opplevelse av å bli møtt eller forstått i forhold til det han etterspør; en forklaring på smertene og en kroppsundersøkelse av legen. I motsetning til Dag sitt møte med legen, ser ikke Amunds appell om hjelp ut til å bli møtt. Der Dag møter åpenhet og forståelse ser Amund ut til å bli møtt av en mer instrumentell og lukket holdning. Alle informantene har blottstilt seg for legen med en iboende tillit om å bli imøtekommet, men som empirien viser er Dag blitt møtt i tillit, mens Carl, Birger og Amund i minkende grad er blitt imøtekommet i forhold til hva de etterspør.

c) Psykologen

Når Carl og Dag får fortalt om sine problem til psykologen opplever de å bli forstått og tatt på alvor. Bakgrunnen for deres lettelse over å få fortalt til noen som lytter kan ligge i deres tidligere erfaringer om mistro og mistillit fra helsevesenet. At det er satt av **tid** nok til å fortelle sin historie til psykologen skaper grunnlaget for et vellykket møte. Hvordan tiden

brukes (innholdet i timen) er imidlertid avgjørende for om den levde kroppen løftes fram i møtet, noe kontrasten mellom informantenes møte med psykologen viser.

Carl har inntrykk av at psykologen skjønner når det er noe han ikke vil fortelle om, og har respekt for hans grenser. Denne varheten bidrar til at Carl føler seg forstått og tatt på alvor, han blir møtt som levde kropp. Å ha respekt for Carl sine grenser kan i sin tur bidra til at Carl får tillit til psykologen og han føler seg trygg til å fortelle om sine erfaringer. Måten psykologen stiller spørsmålene på er tydeligvis en avgjørende faktor som bidrar til at Carl får fortalt om sin levde erfaring. Ut fra Carls respons ser det ut til å dreie seg om åpne spørsmål som bidrar til å åpne opp for hans erfaring om hva det vil si å være utslitt. Ved å få satt ord på hva det er å være utslitt viser Carl at han får en bedre forståelse for og bevissthet om sitt eget problem. Ved at psykologen etterspør og anerkjenner Carls erfaring sidestiller hun samtidig Carls levde erfaring med hennes faglige kompetanse, noe som henspeler på et likeverdig møte.

I motsetning til de to foregående møtene må en kunne si at møtet mellom Amund og psykologen ikke fremmer hans levde kropp. Uten at Amund kommer til orde og får fortelle om sitt problem konkluderer psykologen med at han er overmedisinert. Konklusjonen blir ifølge Amund tatt på bakgrunn av hans kroppslige uttrykk med "sløve øyne." Han blir overrumplet av psykologens bastante konklusjon. I denne situasjonen opplever Amund seg som underlegen og underordner seg derfor psykologens intensjon, et eksempel på "social dysappearance". Når Amund blir presentert en ferdig forståelse av sitt problem kan det føre til at han begynner å tvile på sin egen dømmekraft. Han legger på en måte skylden på seg selv og sin egen formidlingsevne. Det er det alltid den som har mest makt i en relasjon som er ansvarlig for hva som skapes i samhandlingen. Når psykologen gjør seg til ekspert på hans opplevelse og når Amund ikke får bekreftelse for sin beskrivelse av virkeligheten kan det ses på som kjernen i en krenkelsesopplevelse.

I likhet med møtet hos legen er Dag sitt møte med psykologen preget av en emosjonell åpenhet. Dag er som han sa tidligere veldig langt nede følelsesmessig og han opplever at psykologen tar imot hans følelsesmessige "fortelling" og uttrykk. Det er tydelig at bekreftelsen fra psykologen om at Dag har både lov til og grunn til å "syte og klage" betyr mye for han. Psykologens anerkjennelse av hans følelser bidrar til at mye av frustrasjonen blir borte. Den eksplisitte bekreftelsen fra psykologen om at han har rett til å føle det han føler, er

viktig for at Dag skal kunne stole på sin egen dømmekraft og sin eksistensberettigelse. Denne anerkjennende væremåten kan føre til at Dag blir mer fleksibel og kan tåle emosjonelle påkjenninger i større grad enn tidligere uten å ”knekke sammen”. Både Carl og Dag har lagt noe av sitt liv i psykologens hender, de har dristet seg frempå og har opplevd å bli imøtekommet. Psykologen har forstått og tatt imot deres etiske fordring, deres levde kropp.

I kontrast til Dag sin emosjonelle åpenhet kan en si at psykologens forutinntatte forståelse av Amund sitt problem lukker for et videre samspill og kommunikasjon. Som de fleste andre har også Amund et ønske om hjelp for sine problemer. Sagt med Løgstrup så drister han seg frempå for å bli imøtekommet. Når den iboende tilliten vi har til hverandre i ethvert møte ikke blir møtt ender det ofte med konflikt og moralske beskyldninger.

Når Amund først reagerer med å bli ”satt ut” og ikke ta til motmæle overfor psykologen, kan det forstås på bakgrunn av at han i mange år har vært vant til å undertrykke følelsene sine. Innledningsvis forteller han om at han føler seg ”avstumpet” både følelses- og reaksjonsmessig av å skjule smertene for omverdenen. Det som får Amund til å ”sprekke” er når han oppfatter at psykologen sier det kun er han selv som er i stand til å gjøre noe med sitt problem, (implisitt sagt at han ikke må forvente seg noe fra helsevesenet). Påpekningen av at det bare er å jobbe selv så blir han frisk, ser ut til å være en krenkelse av Amunds integritet og derav den sterke følelsesmessige reaksjonen. Når Amund blir sint og provosert så kommer det tydeligvis også kroppslig til uttrykk. Amund er ikke vant til å uttrykke sinne og aggresjon. Når følelsene uttrykkes direkte ser de ut til å fange psykologens oppmerksomhet. Hun skjønner at Amund er provosert og beklager seg overfor han. Dette synes å rette opp noe av Amunds integritet.

6.2 Å finne smertens mening

a) Fysioterapeuten

Som tidligere nevnt har informantenes forhistorie og levde erfaring betydning for hva som er viktig for dem og hvordan de oppfatter de ulike møtene. Amund og Dag forteller at de på bakgrunn av undersøkelsen hos fysioterapeuten har utvidet forståelsen for sine smerter. Amund forstår nå hvorfor ryggmuskulene er så overbelastet og smertefulle som de er. Dag har skjønnet at han må endre sin innstilling til aktivitet og lytte mer til kroppens signaler om

overbelastning. Dag har også fått forståelse for at ”det fysiske og psykiske” henger sammen. En kan si at de begge har kommet nærmere et ”hermeneutisk øyeblikk”. Smertene gir mer mening. Det de nå gjør for å motvirke smerten kan sies å oppfylle det ”pragmatiske øyeblikket” om å bli kvitt eller å mestre smerten.

Ved hjelp av de nye erfaringene kan Amund nå kommunisere mer med omverdenen, spesielt sin samboer som har hatt vanskelig for å forstå hans smerter. Han kan nå beskrive ryggsmertene med andre ord, ikke som tidligere bare si at det er ”vondt”. Når Amund har begynt å nyansere beskrivelsene av smertene og følelsene han kjenner i kroppen kan det sies at han har tatt steget opp fra det pre-bevisste og den primære forståelsen til den sekundære og bevisste forståelsen. Dette er et eksempel på den hermeneutiske sirkelen, hvordan Amunds forforståelse blir utvidet av den nye forståelsen som så danner utgangspunkt for hans nye forforståelse. Dag merker at positiv tankegang øker hans fysiske form. Mens smerten skaper en innadvendthet og snevring av verden, skaper velbehaget og forståelsen av problemet en åpning mot verden med fremtidshåp og muligheter. Altså nærmere et pragmatisk øyeblikk.

b) Legen

Både Carl, Amund og Birger savner mer fokus på selve smerteproblematikken. Det er tydelig at disse tre informantene forventer en biomedisinsk forklaring eller fokus på sitt smerteproblem i møtet med legen, noe Carl uttrykker mest spesifikt. Frustrasjonen og indignasjonen over manglende biomedisinsk fokus kan forstås på bakgrunn av Heideggers og Gadammers hermeneutikk om at forståelsen er en grunnleggende måte å forholde seg til verden på. Når informantene, spesielt slik Carl uttrykker det, ikke forstår bakgrunnen for hvorfor han har smerter, har de også vanskelig å se hvilke muligheter som finnes for å gjøre noe med dem. Smerten er ifølge Leder (1990) den opplevelsen som mest av alt krever en fortolkning og et svar. Informantene søker etter en medisinsk forklaring, en årsak til smertene sine. Hvis de hadde fått ønsket om en årsaksforklaring oppfylt ville de også ifølge hermeneutikken funnet en mening med smertene. Slik det er i dag ”svever meningen i lufta”, og verken det hermeneutiske eller pragmatiske øyeblikket blir oppfylt i forhold til å forstå og gjøre noe med smertene.

c) Psykologen

Samtidig som Carls møte med psykologen bidrar til en anerkjennelse av hans levde kropp, kan også møtet sies å bidra til å gi smertene en mening. Når Carl får mer forståelse for hva det innebærer å være utslitt oppnås det hermeneutiske øyeblikket. Dette fører til at også det pragmatiske øyeblikket blir oppfylt når han opplever å kunne ta valg for fremtiden.

6.3 Å møtes om "det felles tredje"

a) Fysioterapeut

Når den levde kroppen blir løftet fram gjennom synliggjøring av smerter, gjennom en ny opplevelse av kroppen, gjennom kommunikasjon om kropp og smerter, gjennom ny innsikt og kunnskap om sitt problem, ved å få nye ord og begreper om sine smerter, ser det ut til å bidra til en overskridende forståelse eller horisontsammensmeltning mellom fysioterapeut og pasient. Gjennom nye kroppslige erfaringer får pasientene mulighet til å forstå sammenhenger som de tidligere ikke så. Når fysioterapeuten med sin faglige kunnskap kan møte Amund og Dag i deres uttalte og uuttalte appell om hjelp, deres "hverdagskunnskap" om sitt smerteproblem, møtes to ulike verdener i en felles forståelse. I samsvar med Skjervheim kan en si at fysioterapeuten i forhold til Amund og Dag har latt seg engasjere i deres smerteproblem og de er dermed deltakere i hverandres verden. Derimot kan en si at møtet mellom Birger og fysioterapeuten er preget av å være "to-ledda"; de samles ikke om noen felles forståelse og kan derfor sies å være i hver sin verden.

Å bli møtt som levde kropp, å få anerkjennelse for sine smerter, å finne en mening med smertene og å få nye kroppslige erfaringer i møte med fysioterapeuten er altså faktorer som bidrar til at fysioterapeuten og pasienten kan møtes om "det felles tredje".

b) Legen

At informantene etterspør en biomedisinsk forklaring på sitt smerteproblem kan forstås på bakgrunn av den vestlige og dualistiske forståelsen av kropp og sjel; alt som omhandler kroppen er avpersonifisert, mens følelser, sosiale og kulturelle faktorer kommer **i tillegg** til de kroppslige plagene, som er de "egentlige". En del av det å bli forstått og tatt på alvor

innebærer altså at legen også har et medisinsk fokus og forklaring på deres smerteproblem. Spørsmålet i dette møtet med legen er om informantene opplever å ha bli møtt i et jeg-du-møte hvor en lytter forutsetningsløst til det pasienten forteller og er opptatt av hvem en har foran seg og hva smertene gjør med personen.

Når det gjelder kunnskap og innsikt som er skapt i møtet med legen uttrykker kun Carl og Dag tilfredshet med å ha fått mer innsikt og kunnskap om medikamentene. Møtet med legen ser ikke ut til å ha bidratt til en nevneverdig utvidelse av informantenes horisont. Det ser ut som om Dag har blitt møtt på en innlevende måte, mens det nyskapende perspektivet i møtet er mindre synlig. Carl opplever en viss grad av nyskapende perspektiv i forhold til ny kunnskap om medikamenter og synes også å bli møtt med en viss grad av innlevelse i forhold til røntgenundersøkelsen. Legen har klart å møte Birgers forståelseshorisont i forhold til sin grunnsykdom, mens det nyskapende potensialet ikke kommer til syne verken hos Birger eller Amund. For at det skal skje en horisontsammensmeltning må det bygges bro mellom de ulike forståelseshorisontene.

c) Psykologen

Når den levde kroppen blir løftet fram, slik som beskrevet i møtet mellom Carl, Dag og psykologen, åpner det opp for en overskridende forståelse eller horisontsammensmeltning. En kan si at psykologen og informantene her møtes om ”det felles tredje.” På ulike måter lar psykologen seg engasjere i Carl og Dag sitt problem. Det betyr at psykologen har møtt informantene med åpenhet og forståelse. Når begge parter kunnskap blir sidestilt betegnes dette som et likeverdig møte. Både Carl og Dag er blitt forstått og tatt på alvor.

I Amunds møte med psykologen får han ikke mulighet til å komme til orde og fortelle om hvordan *han* opplever sin egen situasjon fordi det synes som om psykologen allerede har konkludert med hva som er hans problem. Her ses et eksempel på den toledda relasjonen. Det er tydelig at Amund og psykologen ikke er engasjert i samme problem, psykologen har konstatert Amund som overmedisinert mens Amund egentlig har nok med å forsvare seg. Denne tilnærmingen til Amund fører til at han opplever sin frihet som truet og det oppstår derfor en maktkamp mellom aktørene, noe som kan illustreres med Amunds utsagn om at hadde han visst hva han skulle gjøre så hadde han vel ikke søkt hjelp på Smerteklinikken. Et annet interessant forhold er at psykologen i denne situasjonen, hvor hun gjør sin raske

konstatering av Amunds problem, i virkeligheten gjør seg selv til en tilskuer og dermed ikke får mulighet til å komme innenfor Amunds opplevelsesverden.

6.4 Fra en "fremmedgjort" mot en "fraværende" kropp

a) Fysioterapeuten

Når den levde kroppen fremheves hos Amund og Dag i møtet med fysioterapeuten gir det mulighet for en frigjøring fra kroppens tematiserte nærvær. Når Amund får bekreftelse for sine usynlige smerter åpner det for en frigjøring fra smertens "grep" blant annet fordi han nå kan formidle til sin samboer at smertene er "reelle". Hvis Amund slipper å kjempe mot smertene kan mer energi frigjøres og rettes utover mot barna og hans sosiale liv. Dag opplever velbehag og kroppen kjennes bedre ut etter undersøkelsen hos fysioterapeuten. Kan denne erfaringen gi håp om at smertene en gang kan bli bedre og at han kan få pause fra smertene? Ifølge Leder (1990) kan velbehaget innebære en mer utoverrettet mot verden. Når en frigjøres fra smertens grep er det større sjanse for å se muligheter for endring i framtiden slik at den brutte intensjonaliteten kan gjenopprettes.

Gjennom fysioterapiundersøkelsen oppdager Amund og Dag kroppen på en ny måte, noe som kan være et utgangspunkt for å tilegne seg nye inkorporerte vaner. Dag opplever å bli mer frigjort fra kroppens smertefulle og innadvendte "her-og-nå" situasjon når han klarer å integrere og nyttiggjøre seg avspenningsteknikken. Amund holder på å utforske en ny måte å reise seg opp fra stoler på. En undersøkelse hos fysioterapeut vil ikke føre til noen total endring av informantenes liv, men slik som hos Amund og Dag kan en se tendenser og muligheter fra en fremmedgjort kropp mot en mer fraværende kropp. Å bli forstått og tatt på alvor og økt forståelse og innsikt om sin smertetilstand kan derfor sies å bidra til at kroppen blir mer fraværende. Deres appell om hjelp kan sies å være møtt.

Som vist i analysen i forrige kapittel får ikke Birger eller Carl i samme grad som Amund og Dag anerkjennelse for sine smerter eller levde kropp i møte med fysioterapeuten og de oppnår heller ikke økt forståelse for sitt smerteproblem. Den påtrengende og uforståelige smerten ser fremdeles ut til å hindre en utoverrettethet fra kroppen mot verden. Oppmerksomheten er fremdeles rettet innover mot kroppen i søken etter svar på smerten og etter behandling som

kan gjøre dem frisk. Birger og Carl vil derfor ha vanskeligere for å oppdage nye muligheter for seg selv og til mestring av tilværelsen.

Persepsjon som grunnlag for innsikt og endring

Ifølge kroppsfenomenologien får vi tilgang til verden gjennom vår sansing og persepsjon, bevisstheten tar form gjennom kroppen. Ut fra Amund og Dag sine fortellinger om møtet med fysioterapeuten tolker jeg at de har fått en økt innsikt og forståelse for sine smerter. De har fått et annet forhold til kroppen og lært noe nytt. Amund er blitt i stand til å oppdage at han ikke klarer å aktivisere de ”rette” musklene. Den manglende kontakten med musklene er det som ”trer fram” for hans bevissthet fordi det er det han opplever som essensielt i denne konteksten. I motsetning til Amunds aktive bevegelse av kroppen er det berøring og ”passiv” bevegelse som gir Dag en helt ny dimensjon i opplevelsen av sin kropp. Dag opplever en helt ny tilnærming til kroppen som gir en totalt annerledes opplevelse enn det han er vant til. Stimuliene som fysioterapeuten gir gjennom berøring og bevegelse oppfattes som en kvalitativt annen sansestimuli enn de smertestimuliene han er vant til hos sin ”vanlige” fysioterapeut. Velbehaget blir derfor fremtredende i Dags bevisste persepsjon. Felles for Amund og Dag er hvordan deres oppmerksomhet mot kroppen blir styrt av fysioterapeutens undersøkelse og instruksjoner. Kommunikasjonen mellom fysioterapeuten og pasienten ser altså ut til å skape en bevissthet som får betydning for deres utvikling av innsikt.

Oppmerksomhet mot den levde kroppen ser ut til å føre til endring. Når Amund nå legger merke til kroppen på en annen måte har han grunnlag for å gjøre noe aktivt og annerledes enn før; han prøver å motvirke stramningen i ryggen og han utforsker nye måter å bevege seg på i hverdagen. Velbehaget Dag kjenner fører til at han slipper opp i muskelspenningene og han får bedre hvile og søvn. Å være oppmerksomt tilstede her-og-nå er altså viktig for å ha mulighet til endring. De opplever nå skiftende sansekvaliteter, mellom smerten og velbehaget, mellom ”den gamle” smerten og de nye nyansene av smerten. Selv om Amund fremdeles har like mye smerter som før undersøkelsen kan en likevel ane et annet fokus og rettethet for hans oppmerksomhet. Kroppen kan enda ikke beskrives som et ”nullpunkt” han erfarer verden fra, men hans endrede fokus bort fra ”bare” smerten kan sies å åpne for ny læring og dermed tilegnelse av en ny vane. Det vil si at om Amund etter hvert integrerer nye bevegelser og funksjonsmåter som en del av sitt ”jeg kan”, har han frigjort seg fra sitt tidligere mer

begrensete utgangspunkt å være i verden på. Når det å reise seg opp fra en stol kan foregå uten for mye smerter, kan også Amunds rettethet mot verden skje med en ubrutt intensjonalitet. Når Dag via undersøkelsen hos fysioterapeuten oppdager ”*en helt annen følelse i kroppen*” og klarer å integrere et ”jeg kan” i forhold til avspenningsteknikken han har lært, medfører det bedre søvnkvalitet og bedre hvile.

Både Birgers og Carls oppmerksomhet ser ut til å være rettet mot fysioterapeutens undersøkelse med håp om å få en forståelse og hjelp for sine smerter. Når jeg fortolker at kroppsundersøkelsen ikke har gitt noen ny forståelse for deres smertetilstand er det på bakgrunn av at de ikke har fått noen kroppslige erfaringer som har kunnet utvide deres tidligere forståelse. Birger er forvirret over at legen og fysioterapeuten har så ulik oppfatning om tilstanden i muskulaturen hans. Undersøkelsen har tydeligvis ikke gitt Birger noen nye sansestimuli som har ført til en ny erfaring eller erkjennelse av sin kropp i samsvar med fysioterapeutens oppfattelse av hans manglende muskulatur. Den psykomotoriske undersøkelsen er en ny erfaring for Carl og står i sterk kontrast til hans erfaring hos kiropraktoren om ”bryting” og en rask konstatering av funn i kroppen. Det som trer frem for Carl er det samme som han vet fra før fordi han ikke har noen sikker opplevelse av hva fysioterapeuten undersøkte.

b) Legen

I møtet med legen synes informantene i ulik grad å bli anerkjent og møtt som levd kropp. Carl er den av disse tre informantene som umiddelbart var mest fornøyd med møtet med legen. Å få kunnskap om medisinene gir trygghet. Å bli henvist til røntgenundersøkelse for sine hoftesmerter gir håp om en forklaring og eventuelt avklaring av smertene. Ifølge Heideggers og Gadammers hermeneutiske teori kan en tenke at røntgenundersøkelsen gir et lite fremtidshåp om et svar på smerteproblemet og dermed håp om å kunne gjøre noe med smertene. Med økt trygghet om medikamentbruken og håp om avklaring av smertetilstanden kan en tenke seg at Carl får frigjort noe av oppmerksomheten som er rettet mot kroppens smerter og ”feil”. Med intensjonaliteten mer rettet utover mot verden ligger det mer til rette for at Carl kan oppdage nye muligheter for seg selv. Fra en fremmedgjort kropp kan han nå bevege seg mot en mer fraværende kropp. Dette avhenger av at Carl virkelig klarer å slå seg til ro om røntgenundersøkelsen ikke bidrar til å gi en økt medisinsk forklaring på hans smerteplager.

I følge Gadamer (1996) kan også det å bli forstått og lyttet til føre til at en ser nye muligheter for fremtiden. Når Dag opplever at legen virkelig lytter til det han sier, i motsetning til tidligere erfaring hvor han får følelsen av at legene bare vil ha han ut av kontoret, kan det være med å bidra til en større frigjøring fra den fremmedgjorte kroppen. At Birger endelig opplever å bli hørt og tatt på alvor ved å bli henvist til utredning for sin grunnsykdom kan også være med på å åpne for at den brutte intensjonaliteten til omverdenen i noen grad kan gjenopprettes. Dag og Birger kan derfor bli i stand til å se andre muligheter for sin egen fremtid.

c) Psykologen

Selv om psykologen ifølge informantene ikke bidrar med noen medisinsk kunnskap kan en likevel si at både Carl og Dag har utvidet sin horisont gjennom å fortelle om sitt problem. Å få fortelle bidrar til at Carl blir i stand til å gjøre noen konkrete valg om sin fremtidige arbeidssituasjon. En kan her ane konturene av en mer åpenhet ut mot verden da han nå har fått hjelp til å ta noen valg om sin egen fremtid. Carls oppmerksomhet er nå i større grad rettet utover fra kroppen mot verden. Mens Carl har fått hjelp til økt innsikt i sitt problem som gir han økt trygghet for de valgene han bestemmer seg for å ta, bidrar psykologens anerkjennelse av at Dag har lov til å oppleve verden på sin måte til en frigjøring fra frustrasjonen omkring tidligere møter med helsevesenet. Både Carl og Dag opplever en frigjøring fra frustrasjon som har bidratt til å skape en fremmedgjøring i forhold til verden omkring. Mens frustrasjonen skaper et brudd i intensjonaliteten rettet ut mot verden og mulighetene som finnes der ute skaper frigjøringen fra frustrasjonen en åpenhet ut mot verden, en fraværenhet fra kroppen som åpner for å rette oppmerksomheten mot mestring og mot å se muligheter.

Amunds appell om hjelp blir ikke møtt og dette møtet opprettholder hans ”dys-appearance”. Han opplever ikke å ha fått hjelp til å forstå sine smerter.

6.5 Det tverrfaglige møtet

I det tverrfaglige møtet vektlegger Carl og Dag ulike forhold. Carl er opptatt av å ha fått *deltatt*, mens Dag er opptatt av å ha blitt *ivaretatt*. Denne vektleggingen gjenspeiler deres utgangspunkt for møtet med Smerteklinikken; Carl sin søken etter klarhet og Dag sin

desperasjon. Når Carl opplever at han har vært deltaker i det tverrfaglige møtet er det fordi fagpersonene henvendte seg til han underveis i møtet og han fikk også komme med kommentarer underveis. Dag opplevde det tverrfaglige møtet i utgangspunktet som overveldende, fordi han var redd for å bryte sammen når alle tre fagpersonene var samlet. Den følelsesmessige åpenheten som har preget de individuelle møtene synes å ha lagt grunnlaget for at fagpersonene også i det tverrfaglige møtet har lett for å fange opp det Dag uttrykker, både i kroppslige og språklige uttrykk. De umiddelbare uttrykkene som skapes i en emosjonell åpenhet bidrar til at fagpersonene umiddelbart kan sette seg inn i hvordan Dag har det, og derfor gjør alt de kan for at han skal ha det behagelig. Således føler Dag seg ivaretatt.

Amund og Birger hadde problemer med å huske hva som ble sagt i det tverrfaglige møtet, Amund fordi han enda var ”opptrekk” etter møtet med psykologen og Birger fordi han var trøtt og sliten etter to lange dager. For Amund synes det som om opplevelsen av å bli misforstått ble forsterket i dette tverrfaglige møtet. Når heller ikke fysioterapeuten, som bekreftet hans smerter i det individuelle møtet, gir noen form for støtte eller uttrykk for forståelse for hans situasjon har det oppstått et meget asymmetrisk forhold mellom aktørene. Det er som sagt fagpersonene som har ansvar for å gjøre pasienten til deltaker og komme innenfor hans opplevelsesverden. Måten fagpersonene anvender sin maktposisjon på overfor Amund kan karakteriseres som kjernen i en krenkelsesopplevelse og som relasjonelle overgrep hvor fagpersonene gjør seg til ekspert på Amunds opplevelse.

I motsetning til Carl og Dag sine tverrfaglige møter møtes ikke fagpersonene og Amund om noe ”felles tredje”, de er opptatt av å overbevise hverandre om sitt syn på saken. Amund får ingen anerkjennelse for sin levde erfaring, han blir ikke forstått eller lyttet til når han prøver å formidle sine erfaringer til fagpersonene. ”Husmorrådene” som Amund får gir ikke noen mening fordi han ikke er i stand til å oppdage når han har overbelastet seg. Motsetningen som ligger i Amunds frustrasjon over å få ”husmorråd” samtidig som han ønsker at fagpersonene skal si rett ut det de tenker, kan forstås på bakgrunn av at det er fagpersonenes forståelse som er ”tredd over hodet” på Amund. Når deres forståelse ikke stemmer overens med hans egen oppfatning av sitt smerteproblem blir det vanskelig å godta det de sier. Amunds appell om hjelp har derfor ikke noe grunnlag for å bli møtt.

Det synes ikke som om det tverrfaglige møtet har bidratt til nye overskridende forståelser eller ny innsikt for informantene. De som opplevde å bli forstått og tatt på alvor i de individuelle

møtene fikk dette bekreftet, og motsatt, de som opplevde å ikke bli hørt og misforstått fikk også bekreftet denne opplevelsen i det tverrfaglige møtet. Kunnskapen og innsikten er utviklet på bakgrunn av de individuelle møtene. Det skjer derfor ikke noen ytterligere bevegelse fra den fremmedgjorte mot den fraværende kroppen. Det skjer ikke noe nytt i de tverrfaglige møtene som ytterligere utvider deres horisonter.

7 AVSLUTTENDE DISKUSJON

Samhandlingen mellom pasienter og fagpersoner i denne masteroppgaven foregikk ved en Smerteklinikk i Nord-Norge. Det tverrfaglige teamet besto av lege, psykolog/psykiatrisk sykepleier og psykomotorisk fysioterapeut. Formålet med oppgaven er en kvalitativ evaluering av den individuelle, tverrfaglige vurderingen som pasienter med langvarige smerter møter når de kommer til Smerteklinikken. Om pasientene opplevde å bli forstått og tatt på alvor for sitt smerteproblem og om de opplevde å få økt innsikt og forståelse for sitt smerteproblem på bakgrunn av den tverrfaglige vurderingen, er to hovedspørsmål som stilles i studien. Disse spørsmålene er besvart på bakgrunn av analyse av kvalitative intervju med fire informanter. Alle fire informanter var i utgangspunktet ukjente for meg.

I denne avsluttende diskusjonen vil jeg oppsummere sentrale funn fra empirien og se de i lys av tidligere forskning. Så kommer en metodediskusjon før oppgaven avsluttes med tanker om videre forskning og mulige implikasjoner for Smerteklinikken.

7.1 Oppsummering av hovedfunn

For det første må det sies at innholdet i det informantene fortalte om var preget av store kontraster, men også noen likheter og fellestrekk. Felles for alle informantene var noe jeg opplevde som en appell om hjelp for sine smerter. Alle hadde opplevd frustrasjon og varierende grad av forståelse fra helsevesenet tidligere. Noen opplevde også at det var vanskelig å få forståelse fra nære relasjoner. Jeg oppfattet det slik at de individuelle møtene med fagpersonene hadde svært stor betydning for den enkelte informant. Lettelse over å bli forstått og tatt på alvor og indignasjon og sinne over å bli misforstått var to motpoler som trådte fram i møtene. Ved å belyse empirien gjennom et kroppsfenomenologisk og hermeneutisk perspektiv trådte det fram noen faktorer som viste seg å være grunnleggende.

For å bli forstått og tatt på alvor var det viktig å bli anerkjent og møtt som levd kropp, det var viktig å møtes om en felles forståelse av pasientens smerteproblem og det opplevdes viktig å finne meningen med smerten. Å bli forstått og tatt på alvor ser ut til å være et skritt på veien mot en ”fraværende” kropp, det vil si at pasienten i større grad kan rette oppmerksomheten (intensjonaliteten) utover mot verden og omgivelsene og dermed få et bedre ”grep” om smertene og livet igjen.

Informantene la, naturlig nok, stort sett vekt på ulike faktorer i møte med de ulike faggruppene. Ønske om en grundig undersøkelse av kroppen og en forklaring på smertetilstanden samt mer fokus på selve smertene var faktorer som gikk igjen hos de fleste informantene. En grundig undersøkelse hos fysioterapeuten var mest vektlagt, men også mer fokus på de kroppslige plagene i møte med legen var et ønske hos flere av informantene. At fysioterapeuten forteller om spesifikke funn, hva som er ”galt” i kroppen, synes å være viktig for å synliggjøre og legitimere smerten. Når kroppen oppleves oversett fører det til frustrasjon, indignasjon og usikkerhet. Lettelsen over å bli henvist til videre utredninger for å få et svar eller avklaring på hva som feiler en er viktig for noen informanter. Informantenes opplevelse av at fagpersonene, i dette tilfellet legen og psykologen, virkelig lytter til det de har å si og at de får tid til å fortelle sin historie var viktig. Å stille åpne spørsmål, anerkjenne informantens følelser og ha respekt for deres grenser er faktorer som fremmer informantens fortelling og opplevelse av å bli forstått og tatt på alvor. Motsatt medfører det å ikke få fortalt sin historie og bli møtt med en forutinntatt forståelse til opplevelse av underlegenhet og krenkelse av integritet.

Studien viser at kunnskap og innsikt i eget problem fremmes blant annet gjennom å få fortelle om sitt problem. Her er det betydningsfullt hvordan en snakker sammen. At fagpersonen respekterer pasientens grenser og stiller spørsmål som åpner opp for fortelling er viktig. Informasjon og kunnskap om medikamenter gir økt trygghet. Den kroppslige tilnærmingen i fysioterapiundersøkelsen viser seg å ha betydning for å skape økt bevissthet omkring funksjon og bevegelser, slik at pasienten lettere kan regulere sine bevegelser og aktivitet i ettertid. Oppdagelsen av smertene på en ny måte bidrar til at også språket nyanseres og det blir lettere å kommunisere med omverden. På denne måte vil også økt kunnskap og innsikt i eget problem bidra til en mer ”fraværende” kropp og mer ”grep” om smertene og livet.

Et interessant og noe uventet funn var informantenes vektlegging av det tverrfaglige møtet, eller rettere sagt, at de vektla det i mye mindre grad enn forventet. Med tanke på Smerteklinikkens oppfatning av det tverrfaglige møtet som nærmest det mest betydningsfulle i hele modellen, er informantenes vektlegging noe overraskende. I motsetning til de individuelle møtene med fagpersonene oppfattet jeg ingen entusiasme i deres fortellinger om innholdet i det tverrfaglige møtet, det var på en måte ” greit”. Jeg oppfatter det derfor slik at det tverrfaglige møtet i seg selv ikke bidrar til å gi pasienten større ”grep” om smerten og heller ikke til opplevelse av økt deltakelse og medbestemmelse.

7.2 Utvidelse av eksisterende kunnskap

Å få en diagnose eller forklaring på hvorfor en har de smertene en har viser seg å være viktig for mine informanter, noe som samsvarer med tidligere forskning (Hirsh et al, 2005; McCarthy & Oldham, 2005; Nilsen & Elstad, 2006, 2008, 2009; Teh et al, 2009). Resultatene både fra min studie og tidligere forskning (Mengshoel, 2005; Nettleton, 2005; Nilsen & Elstad, 2009) viser at det å ikke ha en diagnose skaper mye usikkerhet og frustrasjon hos pasientene. At smertene som er så påtrengende til stede i kroppen likevel er usynlig for omverdenen skaper stor frustrasjon, både i forhold til leger og ikke minst til omverden for øvrig. Like viktig som en medisinsk forklaring på smertetilstanden synes ifølge min studie å være at kroppen blir grundig undersøkt. Å finne det som er ”galt” i muskulatur og kroppsholdning og så synliggjøre det til pasienten gjennom å fortelle, å berøre og bevege gir pasienten en følelse av lettelse. Dette gir en legitimitet for at smertene er ”reelle.”

Som den tidligere forskningen viser (Bullington et al, 2003; Mengshoel, 2005; Nettleton, 2005; Thomas & Johnson, 2000; Råheim & Håland, 2006) er det mange som lever i et følelsesmessig kaos fordi smertens ”usynlighet” gjør det vanskelig å formidle til andre hvordan livet med smerter oppleves. Både synliggjøring av smertene og informasjon om medikamenter ser ut til å være en viktig faktor for å gi pasientene mer ”grep” om smertene og kontroll over livet sitt igjen, og som gjenoppretter integritet og verdighet overfor omverdenen. Bevissthet om og legitimering av smertene bidrar også til å gi et mer nyansert ordforråd i beskrivelsen av smertene, noe som tydelig letter kommunikasjonen med omverdenen. Å bli møtt på en måte som fremmer fortellingen synes ifølge denne studien også å være en av de viktigste faktorene som kan bidra til at pasienten får bedre ”grep” om smerten. Når en av

informantene får mulighet til å sette ord på hva det innebærer for akkurat han å være utslitt, får han ikke bare mer klarhet i fenomenet men han blir også i stand til å ta valg for fremtiden.

Både det å lære *med* og *om* kroppen er viktige faktorer også for å skape kunnskap og innsikt, noe som Aars (2000) fremhever i sin artikkel. Gjennom sansing, persepsjon, bevegelse og berøring i den psykomotoriske undersøkelsen i min studie viser det seg at kunnskap og innsikt om eget smerteproblem kan utvikles gjennom kroppen. Det viser seg at det å bli mer bevisst hvordan smertene kjennes gjør at en informant nærmest ubevisst begynner å legge merke til hvordan han bruker ryggen når han skal reise seg opp fra ulike stoler. Denne lærdommen er en kroppslig kunnskap han ikke kan få bare ved å snakke om smertene eller ved å få informasjon om hva som er fornuftig å gjøre. Istedenfor å flykte fra smerten for å unngå å kjenne på den, kan altså det å ha fokus på og gå inn i smerteopplevelsen føre til kunnskap og innsikt som får betydning for mestring av hverdagen. Læring på et mer bevisst plan forutsetter altså oppmerksomhet på kroppen.

Bio-psyko-sosio-kulturell modell og fenomenologi

Fagpersonenes utdanning og ståsted vil ha betydning for hvilke ”briller” de har på seg i møtet med pasienten, noe som får betydning for hvordan de forstår den langvarige ”uforklarlige” smertetilstanden og dermed hvordan de kommuniserer med pasientene. Slik jeg forstår den tidligere forskningen er både psykologer, psykiatere, fysioterapeuter og leger opptatt av å forstå pasienten med langvarig smerte i et helhetlig perspektiv. Både Kirkengen (2002) og Steihaug & Claussen (2002) argumenterer for den fenomenologiske forståelsen av ”helheten” og tilnærmingen til pasienten med langvarige smerter. Kroppen er fundamentet for eksistensen *samtidig* som kroppen er biologi. Kritikken mot for eksempel Knardahl (2002) er at i den bio-psyko-sosio-kulturelle forståelsen fremstilles kroppen som en ”ting” som det psykososiale ”virker inn på”, altså fremdeles en dualistisk og mekanisk forståelse av smerte. Malt (2002) og Meland (2002) beskylder på sin side Kirkengen (ibid) for subjektivismen på bakgrunn av det de oppfatter som motstand mot biomedisin. Malt og Meland (ibid) er opptatt av at langvarig smerte må forstås på bakgrunn av ulike teoretiske ståsted, biomedisin alene er ikke nok og fenomenologi alene er ikke nok. Dette er jeg enig i.

Kan Smerteklinikken gjennom sin tilnærming *overskride* dualismen, som også jeg oppfatter er til stede i den bio-psyko-sosio-kulturelle modellen, ved å bringe inn et fenomenologisk

perspektiv? Som Bullington et al (2003) sier er det viktig å være oppmerksomt tilstede og *la seg berøre* av pasientens fortelling, slik eksempler fra min studie viser. I et kroppsfenomenologisk perspektiv kan alle møter mellom mennesker ses på som et ”kroppslig møte”. Når fagpersonene er åpne for og uttrykker aksept for pasientens frustrasjon og følelser og ved å kommunisere med åpne spørsmål og respekt for pasientens grenser, kreves det en tilstedeværelse og oppmerksomhet fra fagpersonens side for å ”fange opp” pasientens intensjoner og kroppslige uttrykk. Ved å *la seg berøre* er muligheten for å overskride dualismen til stede. Når smerten tas på alvor innebærer det at pasienten blir møtt som person. Den dualistiske kroppen og den fenomenologiske kroppen blir to vidt forskjellige måter å forstå verden på (Thornquist, 1998, 2001, 2003). Som empirien viste var ikke alle møter mellom pasient og fagperson preget av innlevelse og oppmerksomhet på den andres uttrykk og fortelling. Når pasienten opplever å bli misforstått og krenket som individ oppstår en kommunikasjon med ”den objektive kroppen”.

Ulike faglige ståsted og filosofiske retninger har ulike ord og ”språk” for forståelse og formidling av verden. I den tidligere forskningen som vist til ovenfor brukes ulike begrep for å få fram budskapet om å forstå smerten som et sammensatt fenomen. Kan disse ulike horisontene møtes i en felles forståelse? Kan begreper som ”... sammenhenger mellom følelser på den ene siden og somatiske symptomene på den andre siden...” (Malt, 2002), og ”... smerte som en kroppsliggjort levd erfaring...” (Bendelow & Williams, 1995; Haugli & Finset, 2002; Sullivan, 2001) forstås som det samme? Jeg tror at selv om intensjonen er det samme vil nettopp ordene og begrepene en bruker om fenomenet få betydning for hvordan en forstår det. Kan forskjellen mellom den fenomenologiske og bio-psyko-sosio-kulturelle forståelsen av langvarig smerte være at fenomenologien har *pasienten* som utgangspunkt for å forstå hans smertetilstand, mens den bio-psyko-sosio-kulturelle forståelsen har de ulike *faglige perspektiv* i sentrum, som pasienten skal passe inn i? Dette blir i så fall to forskjellige utgangspunkt å forstå smerten på.

Om fagpersonene på Smerteklinikken formidler forståelsen av smertefenomenet i et fenomenologisk eller bio-psyko-sosio-kulturelt perspektiv er ut fra empirien noe vanskelig å få grep om. I denne studien er det pasientenes perspektiv som er grunnlaget for tolkning og analyse. Hva pasientene oppfatter har sammenheng med deres livserfaringer, forventninger, og deres tidligere erfaringer med helsevesenet å gjøre. Jeg tror også at den dualistiske forståelsen av kroppen som avpersonifisert spiller en stor rolle i hva pasientene oppfatter.

Påstanden til Norges ME-forening (2007) om at helsepersonell ”psykologiserer” smertene når de ikke kan forklare smertetilstanden objektivt er vel en vanlig oppfatning blant ”folk flest”. Derfor tror jeg også at mange pasienter er ”på vakt” og vil forsvare seg mot å bli oppfattet som en ”hypokonder”. De vil at fagpersonene skal oppfatte smertene som ”reelle”, og ikke bare som noe ”psykisk”.

Jeg lurer på om det å forklare mekanismene om sentral sensitisering, om strukturelle endringer i nervesystemet og om det nevrobiologiske grunnlaget for sammenhengen mellom ”kropp og sjel” ville bidratt til økt forståelse og innsikt i smertetilstanden. Kunne det bidratt til å få en forklaring på de langvarige smertene som skaper mening og sammenheng for informantene? En slik forklaring av smertetilstanden tror jeg ville gi økt legitimitet i forhold til omverdenen og en økt forståelse for smerten. Utfordringen for fagpersonene er å formidle denne informasjonen på en slik måte at det blir forståelig for den enkelte pasient. Målet må også være å formidle at *”kroppen er samtidig biologi og sosial”* (Moe, 2009:18). For å overskride dualismen når vi kommuniserer med pasienten må vi formidle at smerten er *i biologien, i fysiologien, i muskulaturen, i pusten, i kroppsholdningen, i følelsene, i relasjonene*. Den somatiske smerten er ikke på den ene siden, mens det psykososiale er på den andre siden. ”Det psykososiale” er *i* ”den somatiske smerten” og motsatt. Informasjon kun som en enveiskommunikasjon ikke er tilstrekkelig eller hensiktsmessig for å formidle forståelsen av smerte som et sammensatt fenomen. Uten å komme i dialog med pasienten for å utforske hans smerteproblem kan ikke noen overskridende forståelse skje, verken for fagperson eller pasient. Informasjon kan derimot være et bidrag til pasientens forståelse og ikke minst for å skape ”orden i kaoset”.

7.3 Studiens troverdighet og overførbarhet

I kvalitativ forskning er det vanlig å bruke begrep som troverdighet og overførbarhet (Fog, 2004; Kvale, 2001; Malterud, 2003; Thagaard, 2003). Det stilles krav om at leseren skal kunne vurdere studiens ”sannhetsverdi” (Fog, 2004; Kvale, 2001; Malterud, 2003). I denne studien var det informantenes perspektiv og erfaringer om den tverrfaglige vurderingen som var i fokus. Informantenes stemme mener jeg har fått komme fram og jeg har presentert utdrag fra deres fortellinger som jeg mente var viktig for å belyse problemstillingen. Enkelte informanter har derfor fått noe større plass enn andre i det presenterte materialet.

Troverdigheten av studien avhenger av at en viser til hvordan dataene er framkommet. For dette viser jeg til kapittel 4, som begrunner valg av metode og design og som beskriver og begrunner analysen av empirien. I oppbygning av studien har jeg vært oppmerksom på å skille og tydeliggjøre hva som er informantenes bidrag og hva som er mine fortolkninger, slik at leseren selv kan vurdere mine fortolkninger og på den måten vurdere studiens troverdighet eller ”sannhetsinnhold.” Troverdighet handler også om konteksten for innsamlingen av data og om relasjonen mellom informant og intervjuer (Thagaard, 2003). I mitt tilfelle foregikk intervjuet i omgivelser som må sies å være trygge for informanten. Som forsker var jeg på informantens ”hjemmebane”, noe jeg mener har vært med på å skape trygge rammer rundt situasjonen. At jeg presenterte meg som en del av det tverrfaglige teamet kan ha vært med på å legge bånd på enkelte informanter i forhold til hva de snakket om, spesielt om noen hadde avtalt individuelle behandlingsforløp i ettertid. For andre informanter kan det å vite at jeg var en del av teamet ha ført til at det var lettere for dem å fortelle om sine erfaringer fordi jeg visste hva det handlet om. Å være en uerfaren intervjuer tror jeg også har betydning for resultatet av studien. En mer erfaren intervjuer kunne kanskje ha kommet dypere ned i enkelte temaer eller fått fram andre viktige temaer. Med forbehold om begrensningene som er nevnt ovenfor mener jeg studien likevel har troverdighet i forhold til disse fire informantenes fortellinger om den tverrfaglige vurderingen.

Kvale (2001) og Malterud (2003) benevner overførbarhet som pragmatisk validitet, om kunnskapen som er fremkommet i studien kan anvendes ”til noe”. Overførbarhet forstås ifølge Thagaard (2003) som at de sentrale trekkene ved fenomenene som studeres har gyldighet også i andre sammenhenger. Da denne studien omhandler en evaluering av Smerteklinikkens tverrfaglige modell for vurdering av langvarige smertetilstander er ikke resultatene direkte overførbar til andre sammenhenger. Likevel mener jeg studien også har betydning for annet helsepersonell i møte med personer som lider av langvarige smerter. Det denne studien kan bidra med er forståelse for **hva** som kan fremme og hemme det å bli forstått og tatt på alvor, og hva som kan bidra til å skape innsikt og forståelse i egen situasjon. Møtene med fagpersonene har stor betydning for den enkelte pasient. Studiens materiale kan være en hjelp for helsepersonell til å bli enda mer oppmerksom på og reflektere over egne handlinger og samhandling i møte med pasienter.

7.4 Studiens styrke og begrensninger

Nærheten til fenomenene som studeres kan ses på både som en fordel og en ulempe. Fordelen er at det har kommet fram detaljerte beskrivelser av hva det kan innebære å bli forstått og tatt på alvor og hvordan en kan fremme kunnskap og innsikt hos pasienter. Som psykomotorisk fysioterapeut har jeg aller mest nærhet til egen faggruppe. Selv om det ikke er tilsiktet kan derfor min fagkunnskap og erfaring ha medført at informantenes møter med fysioterapeuten ble grundigere diskutert enn møtene med legen og psykologen. I tillegg har møtene med fysioterapeuten et direkte kroppslig perspektiv som gir grunnlag for å diskutere andre forhold grundigere, for eksempel sansing og persepsjon. En begrensning med oppgaven er at den kun innbefatter fire informanter. Når alle fire informanter har opplevd de ulike møtene så forskjellig som de har, sier det seg selv at et ”metningspunkt” om de ulike fenomenene ikke er oppnådd. Studien viser likevel at det er visse forhold som er vesentlig for at pasienter med langvarige smerter oppnår mer grep om egen tilværelse.

Hensikten med studien er å belyse den tverrfaglige vurderingen fra informantenes perspektiv. Som Thornquist (2003) sier: ”*Dokumentasjon av praksis er aldri identisk med praksisen selv; hendelser er aldri det samme som beretninger om hendelsene*”(s 216). Det betyr at jeg ved å intervju informanter får et innblikk i hvordan de har erfart møtene med de ulike faggruppene, hva som har vært viktig for dem. Jeg kan ikke vite eksakt hva som har foregått og hvordan samtalen og undersøkelsene har forløpt. En mulighet har vært å ta videoopptak av samhandlingssituasjonene og så i etterkant intervjuet informantene. Selv videoopptak gir bare et indirekte bilde av virkeligheten, nemlig den virkeligheten som er i fokus under studien. Tolkningen av samhandlingen og ”virkeligheten” er det uansett opp til meg som forsker å gjøre. Hva som gir et ”sant” bilde av situasjonen avhenger derfor av hvilket perspektiv en vil belyse og hvilket perspektiv en ser ut fra (Malterud, 2003; Thagaard, 2003; Thornquist, 2003). Ved å velge for eksempel et sosiologisk perspektiv ville både formålet med studien, spørsmålene jeg stilte og svarene jeg fikk være forskjellig fra nåværende resultat. Ved å ha mer fokus på brukervedvirkningen kunne jeg tatt utgangspunkt i Pierre Bourdieu (1930-2002) sin teori med vekt på sosiale klasser, habitus, kulturell og sosial kapital og en mer skjult maktbruk, eller Michel Foucault (1926-1984) sin teori om maktstrukturer i samfunnet (www.wikipedia.org/pierre_bourdieu og www.wikipedia.org/michel_foucault). Studiens formål om å belyse møtene på individnivå har vært avgjørende for valg av det

fenomenologiske og hermeneutiske perspektivet, i tillegg til at studiens størrelse og omfang setter begrensninger for valg av perspektiv.

Kjønnsforskjeller og sosioøkonomiske forhold er gjennom forskning vist å ha betydning for opplevelse av og mestring av smerter, som blant annet vist hos Rustøen & Stubhaug (2008). Dette aspektet kunne gitt verdifull innsikt i informantenes erfaringer fra møtet med fagpersonene, men hensynet til anonymisering av informantene veier tyngre og jeg velger derfor å ikke tematisere dette i studien.

7.5 Implikasjoner for fremtiden

Mens Smerteklinikken ser på ”det tverrfaglige møtet” som det mest betydningsfulle i den tverrfaglige vurderingen, viser resultatene i studien at informantene synes å legge mest vekt på de individuelle møtene med fagpersonene. En undersøkelse som omfatter flere informanter vil gi svar på om dette resultatet er gyldig for flere. Metoder en kan bruke er både en større brukerundersøkelse med spørreskjema for å få bredde i svarene, og å kombinere dette med en kvalitativ intervjuundersøkelse av færre informanter for å komme i dybden av pasientenes erfaringer fra den tverrfaglige vurderingen. Lærdommen av denne studien må blant annet være at Smerteklinikken retter mer fokus på innhold og funksjon i det tverrfaglige møtet. Etter to dager med samtaler og undersøkelser var informantene slitne, det er mange ulike inntrykk og opplevelser som trenger tid til å ”fordøyes.” Spørsmål vi må stille oss er om og eventuelt hvordan en kunne ha ivaretatt pasientenes medvirkning og deltakelse på en annen måte. Flere forhold kan spille inn. Hvordan opplever pasienten å sitte sammen med tre fagpersoner på en gang? Hvordan er det å lytte og snakke når andre er til stede i rommet? Kan det være at det blir for mye informasjon for pasientene å forholde seg til på en gang i det tverrfaglige møtet? Hvordan er samspillet mellom fagpersonene? Intensjonen om å handle til pasientens beste er uansett det viktigste og noe som settes høyt blant alle fagpersonene på Smerteklinikken.

Et annet sentralt spørsmål denne studien reiser er hvordan de ulike faggruppene (personene) på Smerteklinikken forstår fenomenet langvarig smertetilstand og hva de ulike faggruppene ser på som sitt viktigste bidrag til den tverrfaglige vurderingen. Hva vektlegger den enkelte fagperson i møte med pasienten? Hva er viktig for å utvikle et anerkjennende møte? På hvilken måte kan fagpersonen bidra til økt kunnskap og innsikt for pasienten?

Selv om de ulike profesjonene har en felles overordnet forståelse av disse fenomenene ville det vært interessant og nyttig å utforske om dette gjelder i ”virkeligheten”. Informantenes ulike opplevelser i møtene er også en grunn til å utforske dette videre. Videoopptak i klinisk samhandling med pasienter og fokusgruppeintervju eller individuelle intervju er metoder som kunne vært relevante for dette.

Langvarig smerte er et stort individuelt og samfunnsmessig problem. Smerten forringer livskvaliteten til den enkelte og kan i noen tilfeller være invalidiserende. Samfunnsøkonomisk utgjør også smerteproblematikken store kostnader (Den norske legeforening, 2009). Å forske på ulike sider ved smertefenomenet er derfor viktig. Denne studien kan ses på som et bidrag mot en større forståelse av den sammensatte problematikken rundt langvarige smertetilstander.

LITTERATURLISTE

Bendelow, G.A. & Williams, S.J. (1995). Transcending the dualisms: towards a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness*, 17, 139-165.

Bengtsson, J. (2006). En livsverdentilnærming for helsevitenskapelig forskning. Bengtsson, J. (red.), *Å forske i sykdoms og pleieerfaringer: Livsverdenfenomenologiske bidrag*. (13-59). Kristiansand, Høyskoleforlaget.

Borchgrevink et al (2009). Hva er sammensatte lidelser? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129, 1368.

Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., Epstein, R.M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of family medicine*, 2, 576-582.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V. , Cohen, R., Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europ: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.

Brodal, P. (2005). Smertens nevrobiologi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125, 2370-2373.

Bullington, J. (2004). Den objektiva kroppen och den levda kroppen i behandlingsrummet. Olin, S., Svenaeus F. (red). *Människan möter Medicin*. (49 – 68). Stockholm; Carlssons förlag.

Bullington, J., Nordemar, R., Nordemar, K., & Sjöström-Flanagan, C. (2003). Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 325-331.

Butler D.S., & Gifford, L.S. (1998). Integrering av smertevitenskap i klinisk praksis. *Fysioterapeuten*, nr. 9, 10-18.

Coffey, A & Atkinson, P (1996). *Varieties of data and varieties of analysis: Making Sense of Qualitative Data. Complementary Research Strategies*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Craig, K.D., Versloot, J., Goubert, L., Vervoort, T. & Crombez, G. (2010). Perceiving Pain in Others: Automatic and Controlled Mechanisms. *The Journal of Pain*, 11, 101-108.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. (2. utgave). Lund, Studentlitteratur.
- Den norske legeforening (2009). Retningslinjer for smertelindring. (www.legeforeningen.no/asset/42585/1/42585/1.pdf).
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, vol 196, no 4286, 129-136.
- Engelsrud, G. (1990). Kroppen: Glemte eller anerkjente? Jensen, K. (red.). *Moderne omsorgsbilder*. (160-181). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen. *Michael Quarterly*, 5, 255-263.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt*. (2. utgave). København, Akademisk Forlag.
- Gadamer, H.G. (1996). Bodily Experience and the Limits of Objectification. Gadamer, H.G. (red.). *The enigma of health: The Art of Healing in a Scientific Age*, (70-82). California, Stanford University Press.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Gulddal, J. & Møller, M. (1999). *Hermeneutikk: en antologi om forståelse*. København, Gyldendal.
- Halvorsen, G.S. (2008). Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende: Hva gjør den virksom? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 1, 3-15.
- Haugli, L. & Finset, A. (2002). Lege-pasient-forholdet ved funksjonelle lidelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 1123-1125.

Helsedirektoratet (2008). Prioriteringsveileder – smertetilstander. Fagspesifikk innledning for smertetilstander pr. 28.10.2008.

(http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00082/Fagspesifikk_innledn_82219a.pdf).

Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD), NOU 1999:13. Kvinners helse i Norge.

(www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-13.html).

Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD), St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. (<http://www.regjeringen.no>).

Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD), St.prp. nr. 1 (2006-2007). 6. Nasjonal helseplan (2007-2010). 6.1. Helseplanens bærebjelker. (<http://www.regjeringen.no>).

Helsinkideklarasjonen. Verdens legeforening (1964). *Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker..* Siste revisjon Skottland 2000. Siste tillegg Tokyo 2004.

(<http://www.etikkom.no/>)

Hirsh et al (2005). Patient Satisfaction With Treatment for Chronic Pain: Predictors and Relationship to Compliance. *The Clinical Journal of Pain*, 21, 302-309.

Holtedahl, R. (2002). Den somatiserende pasient i det moderne samfunn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 1130-1132.

International Association for the Study of Pain (IASP) <http://www.iasp-pain.org/>

Jensen, T.S., Dahl, J.B., Arendt-Nielsen, L. og Bach, F.W. (2003). Smertefysiologi. Jensen, T.S., Dahl, J.B., Arendt-Nielsen, L. (red). (2. utgave). *Smerter : baggrund, evidens og behandling*. 19-33. København, FADL's Forlag.

Kaplan, D.M. (2005). The Next Advancement in Counseling: The Bio-Psycho-Social Model. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 169–190.

(<http://www.counseling.org/Resources/Library/VISTAS/vistas05/vistas05.art03.pdf>)

Kirkengen, A.L. (2002). Begrepet ”funksjonelle lidelser” vitner om biomedisinens dysfunksjonelle teorigrunnlag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 2647-2649.

Knardahl, S. (2001). Kroniske smerter: gjør vi alt galt? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121, 2620-2623.

- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kaarhus, R. (1999). "Intervjuer i samfunnsvitenskapene: Bidrag til en videre metodologisk diskurs." *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 40, 133-161.
- Leder, D. (1990). *The Absent Body*. University of Chicago Press.
- Lidbeck, J. (2004). Sentralt forstyrret smertemodulering kan forklare kroniske muskel- og skjelettsmerter. *Fysioterapeuten*, nr. 1, 16-22.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). "A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience." *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145-153.
- Livengood, J.M. (2004). Pain Education: Molding the Trainee-Patient Dialogue. *PAIN, Clinical Updates*, XII, 1-4.
- Løgstrup, K.E. (2006). *Den etiske fordring*. København, Gyldendal.
- Malt, U.F. (2003). Biopsykososial medisin og fenomenologi. (Kommentar og debatt, svar på innlegg). *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123, 366.
- Malt, U.F., Malt, E.A., Blomhoff, S., Refnin, I. (2002). Funksjonelle somatiske lidelser: en oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 1379-1384.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. (2. utgave). Oslo, Universitetsforlaget.
- McCarthy, C.J. & Oldham, J.A. (2005). Expectations and satisfaction of patients with low back pain attending a multidisciplinary rehabilitation service. *Physiotherapy Research International*, 10, 23-31.
- Meland, E. (2003). Biopsykososial medisin og fenomenologi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123, 365-366.
- Mengshoel, A.M. (2005). Å bli bedre av fibromyalgi: noen tanker rundt erfaringer fra forskning og praksis. *Fysioterapeuten*, nr. 2. 23-26.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo, Pax Forlag A/S.

- Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fysioterapeuten, nr. 4*, 17-21.
- Nettleton, S. (2006). "I just want permission to be ill": Towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science & Medicine, 62*, 1167-1178.
- Neugebauer, V., Li, W., Bird, G.C. & Han, J.S. (2004). The Amygdala and Persistent Pain. *The Neuroscientist, 10*, 221-234.
- Nilsen, G. & Elstad, I. (2006). Arbeid og verdighet: Pasienters fortellinger fra livet med langvarige smerter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 4*, 27-39.
- Nilsen, G. & Elstad, I. (2008). Å sitte på altanen barføttes i snøen: Individuelle strategier for håndtering av langvarige smerter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, nr. 1*, 50-65
- Nilsen, G. & Elstad, I. (2009). Temporal experiences of persistent pain: Patients' narratives from meetings with health care providers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 4*, 51-61.
- Norges ME-forening (2007). Den ikke-eksisterende biopsykososiale modellen ved kronisk sykdom
(http://www.meforening.no/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Item)
- Nortvedt, F. (2008). Når smerte blir lidelse. *Forskning, 3*, 144-151.
- Olsen, H. (2003). "Gode" kvalitative interview med "riktige" informanter? *Sosiologisk Tidsskrift, 11*, 123-153
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utenfra eller begge deler? Fossaskåret et al (red). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (70-93). Oslo, Universitetsforlaget.
- Polit, D.F & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8. utgave). Philadelphia, USA, Lippincott Williams & Wilkins.
- Quinter, J.L., Cohen, M.L., Buchanan, D., Katz, J.D. & Williamson, O.D. (2008). Pain Medicine and Its Models: Helping or Hindering ? *Pain Medicine, 9*, 824-834.

- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rudebeck, C.E. (2001). Grasping the existential anatomy: the role of bodily empathy in clinical communication. Toombs, S.K. (red). *Handbook of Phenomenology and Medicine* (297-316). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Rustøen, T., Stubhaug, A. (2008) Kjønnforskjeller og smerte. *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (128-135). Gyldendal Akademisk.
- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi: innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten, nr. 1*, 14-18.
- Råheim, M. & Håland, W. (2006). Lived Experience of Chronic Pain and Fibromyalgia: Women's Stories From Daily Life. *Qualitative Health Research, 16*, 741-761.
- Schibbye, A.L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse: i psykoterapi med individ, par og familie*: Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjervheim, H. (1996). Deltakar og tilskodar. Skjervheim, H. (red). *Deltakar og tilskodar og andre essays*, (71-87). Oslo, Aschehoug.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta: En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm.
www.sbu.se/upload/publikationer/Content0/1/smarta_fulltext.pdf
- Steihaug, S. (2005). Hvordan kan kvinner med kroniske muskelsmerter endre sine kroppslige vaner? *Tidsskrift for Den norske legeforening, 125*, 2804-2806.
- Steihaug, S., & Claussen, B., (2002). Kroniske smerter: vi gjør ikke alt galt. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 122*, 218. (Korrespondanser).
- Sullivan, M.D. (2001). Finding Pain Between Minds and Bodies. *The Clinical Journal of Pain, 17*, 146-156.
- Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening: og møtet med det syke mennesket*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

- Teh et al (2009). Older People's Experiences of Patient-Centered Treatment for Chronic Pain: A Qualitative Study. *Pain Medicine*, 10. 521-530.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og Innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (2. utgave). Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thomas, S.P. & Johnson, M. (2000). A Phenomenologic Study of Chronic Pain. *Western Journal of Nursing Research*, 22, 683-705.
- Thornquist, E. (1993). Fra "funn" til forståelse. A.L. Kirkengen & J. Jørgensen (Red.) *Medisinsk teori: tanker om sykdom og tanker om helse*. 49-61. Oslo, Tano.
- Thornquist, E. (1998). *Klinikk, kommunikasjon og informasjon*. Oslo, Ad Notam Gyldendal
- Thornquist, E. (2001). Kroppssyn og faglige utfordringer i dag. *Fysioterapeuten*, nr. 14, 9-15.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling: En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 2, 30-44.
- Tracey, I., & Bushnell, C. (2009). How Neuroimaging Studies Have Challenged Us to Rethink: Is Chronic Pain a Disease? *The Journal of Pain*, 10, 1113-1120.
- Vorland, L., (2011). Direktørens fredagsbrev 21.01.2011: Den vet best hvor skoen trykker som har den på! (<http://intranett.unn.no>).
- Wainwright, D., Calnan, M., O'Neil, C., Winterbottom, A. & Watkins, C. (2006). When pain in the arm is "all in the head": The management of medically unexplained suffering in primary care. *Health, Risk & Society*, 8, 71-88.
- Wigers, S.H. (2002). Fibromyalgi – en oppdatering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 1300-1304.
- Østerberg, D. (1994). Introduksjon. Kroppens fenomenologi, *Innledning* (v-xii). Oslo, Pax Forlag A/S.
- Aars, M. (2000). Pasienters sykdomsforståelse. *Fysioterapeuten*, nr. 4, 26-32.

Vedlegg1

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord

Til:
Siri Moe
siri.moe@uit.no

Dokumentreferanse: 2009/947-7
Dokumentdato: 20.10.2009

TVERRFAGLIG VURDERING AV LANGVARIGE SMERTETILSTANDER - PROSJEKTET GODKJENNES

Vi viser til tilbakemelding av 05.10.2009 med vedlegg.

Prosjektleders tilbakemelding på komiteens merknader tas til etterretning.

Etter fullmakt er det fattet slikt

vedtak:
Prosjektet godkjennes.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er "vesentlige", må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad.

Det forutsettes at forskningsdata oppbevares forskriftsmessig.

Godkjenningen gjelder til 15.05.2010

Prosjektleder skal sende sluttmelding i henhold til helseforskningsloven § 12.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Monika Rydland Gaare
førstekonsulent

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge
REK NORD
Postadresse: TANN-bygget, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77620758 e-post rek-nord@fagmed.uit.no <http://helseforskning.etikkom.no>

Vedlegg2

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord

Til:
Siri Moe
siri.moe@uit.no

Dokumentreferanse: 2009/947-13
Dokumentdato: 18.05.2010

TVERRFAGLIG VURDERING AV LANGVARIGE SMERTETILSTANDER TVERRFAGLIG VURDERING AV LANGVARIGE SMERTETILSTANDER

Vi viser til søknad om prosjektendring av 11.05.2010.

Etter fullmakt er det fattet slikt

vedtak:
Prosjektendringen godkjennes.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter. Det forutsettes at forskningsdata oppbevares forskriftsmessig.

Godkjenningen gjelder til 30.12.2010

Prosjektleder skal sende sluttmelding i henhold til helseforskningsloven § 12.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Beate Solbakken
førstekonsulent

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK,
NORD-NORGE
REK NORD**

Besøksadresse: TANN-bygget, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77620758 e-post:
post@helseforskning.etikkom.no

Vedlegg 3

INTERVJUGUIDE

Hovedinntrykk

- Kan du si noe om hovedinntrykket ditt fra de to dagene du var på Smerteklinikken?
(Hva sitter du igjen med? Hva som har gjort inntrykk på deg?)

Undersøkelser hos de ulike faggruppene

- Kan du si noe om hvordan du opplevde undersøkelsen hos
 - Legen
 - Fysioterapeuten
 - Psykologen / psykiatriske sykepleieren
- Var det noe som gjorde inntrykk på deg?
 - Hva snakket dere om?
 - Hva ble undersøkt?
 - Savnet du noe?
- Kan du gi eksempler på om det var noe du opplevde som
 - - vanskelig / negativt
 - - bra / positivt
 - - nyttig / viktig
- Opplever du å ha blitt tatt på alvor, at de forsto ditt smerteproblem? Eksempler fra de ulike faggruppene.
- Hadde du noen forventninger på forhånd? Hvordan stemte de med "virkeligheten"?

Det tverrfaglige oppsummeringsmøtet

- Kan du si noe om hvordan du opplevde det tverrfaglige møtet som oppsummerte de to dagan?
- Hvordan var det for deg å høre på når de snakket sammen?
- Var det forståelig det som ble sagt?

- Hvordan vurderer du din egen deltakelse i dette møtet?
- Kom du til ordet?
- Fikk du sagt det du hadde på hjertet?
- Ble du hørt?
- Hvordan kom dere fram til konklusjoner / beslutninger?
- (Hvordan synes du at dine synspunkter og /eller meninger ble møtt og forstått?)

Hva har den tverrfaglige vurderingen ført til for den enkelte pasient?

- Hva har denne tverrfaglige vurderingen betydd for deg?
- **Hva sitter du igjen med?**
- Har du fått noen nye innsikter eller forståelse (i forhold til din smertetilstand)
- Hvilke **forventninger** hadde du til undersøkelsen på Smerteklinikken før du kom dit?
- Hvordan svarte forventningene til virkeligheten, det du ble møtt med?

Avrundning av intervjuet

- Hvordan vurderer du nytteverdien av denne tverrfaglige vurderingen?
- Er det spesielle faktorer eller situasjoner du vil fremheve som viktig eller positivt?
- Er det spesielle faktorer eller situasjoner du vil fremheve som negativt eller uviktig?
- Hvis du kunne ønske fritt, hva bør et slikt tilbud bestå av?

HUSK: Hvis du sku trenge noen å snakke med i etterkant av dette intervjuet, kan du ta kontakt med meg, så skal eg sette deg i kontakt med en psykiatrisk sykepleier som jobber på smerteklinikken, men som ikke tilhører det tverrfaglige teamet.

Vedlegg 4

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Tverrfaglig vurdering av langvarige smertetilstander”

Bakgrunn og hensikt

Som pasient ved Smerteklinikken forespørres du om å delta i en forskningsstudie for å vurdere om det tverrfaglige tilbudet ved smerteklinikken oppfyller hva du som pasient har behov for, hvorvidt tilbudet er relevant og nyttig for deg. Smerteklinikkene har et spesielt ansvar for utredning og behandling av kompliserte og langvarige smertetilstander. Personer som blir forespurt å delta i denne studien har hatt plager med langvarige smertetilstander i minimum 1-2 år. Resultatet av studien vil kunne få betydning for organisering og faglig innhold ved smerteklinikkene i landet og også danne grunnlag for en større brukerundersøkelse. Som pasient med langvarige smerter har du erfaring med hvordan det er å leve med smertetilstand og hvordan helsetilbudet fungerer. Du kan derfor bidra med viktig innsikt for å belyse problemstillingen i studien.

Rekruttering av informanter

Dette informasjonsskrivet vil bli delt ut til deg av sekretær på Smerteklinikken. Det kan derfor være mulig at det melder seg flere interesserte enn det antall informanter studien skal ha. Alle informanter som melder sin interesse til å delta vil uansett bli oppringt / få tilbakemelding fra prosjektmedarbeideren ved eventuell overtallighet. De første som melder sin interesse vil bli inkludert.

Universitetet i Tromsø, Institutt for helse og omsorgsfag, er ansvarlig for denne studien, som er en mastergradsoppgave i helsefag.

Hva innebærer studien

Å være deltaker i studien innebærer et intervju på ca. 1-2 timer. Intervjuet vil fortrinnsvis foregå i ditt hjem. Om ønskelig kan intervjuet foretas annet sted.

Mulige fordeler og ulemper

Å være deltaker i studien gir ikke noen direkte fordeler for deg her og nå, men som deltaker vil man bidra til økt kunnskap om hvordan vurdering av langvarige smertetilstander bør organiseres og hva det faglige innholdet bør bestå av. Mulig ulempe ved å være deltaker i studien er at man i intervjusituasjonen kan få følelsesmessige reaksjoner. Dette behøver nødvendigvis ikke å oppleves ubehagelig, da mange synes det er positivt å få snakke om sin smertetilstand til noen som lytter.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. Inntil lydbåndet er slettet vil det bli oppbevart i låsbar safe. Din anonymitet vil bli ivaretatt både ved oppbevaring av lydbånd og i det skriftlige materialet. Datamaterialet oppbevares på en bærbar PC med passord.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Det lages en liste som knytter deg til intervjumaterialet. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Listen, lydopptakene og identifiserbart skriftlig materiale blir slettet når masteroppgaven er godkjent.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av masteroppgaven når disse publiseres. Din anonymitet vil bli ivaretatt når resultatet av oppgaven publiseres, verken navn, bosted eller andre opplysninger som kan identifisere deg vil bli beskrevet. Din identitet vil ikke være kjent for andre enn prosjektmedarbeideren / intervjueren.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling ved smerteklinikken. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på denne siden. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Siri Moe, prosjektleder, førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø, institutt for helse og omsorgsfag, tlf, 77645265 eller Tove Hansen, prosjektmedarbeider, masterstudent, tlf. 97085770.

Kontaktinformasjon

Om du ønsker å delta i studien bes du om å kontakte prosjektmedarbeider **Tove Hansen, Rypeveien 75, 9015 Tromsø, Tlf. 97085770**, for nærmere avtale om tid og sted for intervju. Svarfrist er inntil en uke etter den polikliniske vurderingen på smerteklinikken. Selve intervjuet tilstrebes gjennomført innen 2 uker etter vurderingen.

Påminnelsesbrev

For å være sikker på at du har mottatt denne henvendelsen tillater vi oss å sende ut et påminnelsesbrev ca. 3 dager etter svarfristen, om du ikke har svart på henvendelsen.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5

PÅMINNELSESBREV

”Tverrfaglig vurdering av langvarige smertetilstander”

For noen uker siden fikk du fra sekretæren på Tverrfaglig Smerteklinikk utdelt forespørsel om deltakelse i prosjektet ”Tverrfaglig vurdering av langvarige smertetilstander”. Denne påminnelsen sendes som en forsikring om at du har mottatt forespørselen.

Som pasient med langvarig smertetilstand er det dine synspunkter og fortellinger som kan bidra til hvordan vi som helsepersonell på best mulig måte kan møte og forholde oss til pasienter med lignende problemer som deg selv. Din eventuelle deltakelse kan derfor bidra med viktig innsikt for å belyse problemstillingen i studien.

Ut over selve intervju situasjonen vil ikke dette medføre noen ekstra belastning for deg, da det er intervjueren som kommer hjem til deg. Det er frivillig deltakelse i studien, og du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra studien.

Kontaktinformasjon

Tove Hansen, Rypeveien 75, 9015 Tromsø. Mobil: 970 85 770.

Vedlegg: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt