

**MASTEROPPGAVE
TVERRFAGLIG SAMARBEID I
HELSE- OG SOSIALSEKTOREN**

Norsk tittel:	Å skjære eller ikke skjære -en kvalitativ studie om samhandling ved skulderlidelser.
Engelsk tittel:	To incise or not to incise - a qualitative study of interprofessional collaboration in shoulder treatment.
Levert av:	Torbjørn Tangen
Levert når:	20. mai 2015
Annet:	Antall ord: 24.357



Høgskolen i Østfold

Avdeling for helse- og sosialfag

FORORD:

For noen år tilbake gjorde jeg meg noen tanker om å gjennomføre et Masterprosjekt, men slo det fra meg. Tanken modnet og jeg kjente etterhvert på en økende motivasjon for å starte på studiet. Jeg er nå glad for å ha gjort det og kan anbefale det til andre. Løpet har vært langt og mange timer er investert. Min kompetanse er justert på mange felt og ikke minst har jeg blitt kjent med mange flotte og inspirerende medstudenter og forelesere.

Først og aller mest skal takknemligheten rettes til min kjære kone og mine barn. Ektemann og far har sittet utallige timer i bøker og PC, mens hverdagslivet har måttet gå sin gang uten store bidrag fra meg. Til overmål har min kone måttet tåle timelange drøftinger med meg om emner som egenverdi, vold i nære relasjoner, anerkjennelse, organisasjonspsykologi og alt mulig. Tusen takk for din tålmodighet og dine verdifulle innspill!

Mine kollegaer ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Dr. Tone Dahl-Michelsen og Dr. Yngve Røe har vist interesse og gitt råd og motivasjon underveis. Takk så mye til dere!

Informantene i studien har gitt av sin tid og engasjert seg i mitt prosjekt uten vederlag og med stor velvilje. Uten disse, ingen studie. Takk for innsatsen!

Min veileder Prof. Helge Ramsdal har hele veien vært tilgjengelig og støttende i sin veiledning og sikret god fremdrift i arbeidet med å fullføre. Gruppeveileder Catharina Bjørkqvist vil jeg si har engasjert seg utenom det som kan forventes og jeg tar av meg hatten for henne. Til sist vil jeg si takk til mine medstudenter i gruppeveiledningen for motiverende tilbakemeldinger og hyggelig samvær. Alltid trivelig å komme til veiledning og lunsj med dere!

Nå går jeg videre med ny kompetanse og kjenner på en spenning om hva fremtiden bringer.

Yven 15. mai 2015

Torbjørn Tangen

SAMMENDRAG:

Muskel- og skjelettplager er et stort problem i Norge. Skulderplager er en viktig del av dette. Det er utbredt å operere i skulder med såkalt kikkhullskirurgi. Norske spesialister med internasjonal tyngde har tatt til orde for at det ikke er riktig å operere så mange som vi gjør. Det har blitt debattert at det er pasientene som presser legene og at dette er et uttrykk for et krav i samfunnet om at alle plager skal kunne behandles. Denne studien tar for seg pasienter og deres behandleres synspunkter vedrørende samhandling om atraumatiske skulderlidelser. Ved å ta utgangspunkt i pasientperspektivet fikk jeg et lite innsyn i pasientenes univers når det gjelder denne helseplagen. Deres opplevelser, forventninger og forestillinger dannet utgangspunktet for intervjuer av behandlerne lege, fysioterapeut og ortopedspesialist. Mot et bakteppe av teori om muskel- og skjelettlidelser, profesjonsteori og medisins utvikling i det moderne samfunn har jeg skissert noen funn og satt disse opp mot kunnskapsperspektiv og strategier for intervensjon. Konklusjonen viser at pasienter og behandlere har samme syn på viktigheten av profesjonalitet, samarbeid, kommunikasjon og koordinasjon av tiltak. De er også skjønt enige om grunnleggende respekt, språkbruk og pasientens behov for omsorg. Når det kommer til utredning og behandling for tilstanden oppstår en avstand mellom pasienter og behandlere. Pasientene omfavner ikke rådende anbefalinger for behandling. De finner det vanskelig å godta langvarig forløp og en avventende holdning til kirurgi. De ønsker MR-diagnostikk og de vil raskt til spesialist. Dersom fastlegen nøler med å iverksette dette presser de på for å bli henvist eller de søker seg direkte til MR og spesialist. Behandlerne rapporterer at de opplever seg presset på tid og at de ser det som problematisk å frigjøre nødvendig tidsbruk for å overbevise pasienten om å følge kunnskapsgrunnlaget. Dataene viser et nærmest skrikende fravær av tverrfaglig samarbeid og at dette kommer uheldig ut gitt skulderplagers sammensatte og komplekse natur. Det ser heller ikke ut til at behandlerne er klar over hvor stor motstand pasientene egentlig har mot anbefalingene. Konklusjonen retter noen spørsmål mot spesialistfunksjonen og mot funderingene av gjeldende praksis.

Nøkkelord: Tverrfaglig samarbeid, samhandling, skulderplager, profesjonelle barrierer, kunnskapshåndtering, profesjonsrelasjoner, medikalisering, ICF, muskel- og skjelettlidelser, bildediagnostikk, artroskopi, medical reversals, wicked problems

ABSTRACT:

Muscle and skeletal pains are a big problem in Norway. Shoulder pain is an important part of this. Arthroscopic surgery is widely used. Norwegian specialists with international clout have advocated that it is not proper to operate as many as we do. It has been debated that it is the patients who are pushing the doctors and that this is an expression of a demand in the community that all problems in life should be able to be processed. This study deals with the patients and their handlers points of view concerning the interaction of atraumatic shoulder disorders. By taking the starting point in the patient's perspective, I was given a small insight into patients ' universe when it comes to this health issue. Their experiences, expectations and beliefs established the foundation for interviews of the practitioner physician, physical therapist, and orthopaedic surgeon. Against theory of muscle and skeleton disorders, professional theory and the development of medicine in modern society, I have outlined some findings and set these up against the knowledge perspective and strategies for intervention. The conclusion shows that the patients and handlers have the same views on the importance of professionalism, collaboration, communication and coordination of measures. They also agree on the basic respect, language use and the patient's need for care.

There occurs a distance between patients and treatment providers when it comes to treatment for the condition. The patients do not embrace the prevailing recommendations for treatment. They find it difficult to accept the long-duration progression and a hesitant attitude to surgery. They want MRI - diagnostics and they want swiftly referral to the specialist. If the family doctor hesitates in this matter, they search themselves directly to the MRI and specialist. The professionals report that they are experiencing the pressure of time. They find it problematic to make the necessary amount of time in order to convince the patient to follow the knowledge base. The data show a virtually screaming absence of interdisciplinary collaboration and considering the complex nature of shoulder conditions such lack of collaboration should be avoided. It also appears that the handlers are unaware of how much resistance the patients really have against the recommendations. The conclusion dishes a few questions to the specialist function and against the foundations of current practice.

Key words: cross-disciplinary collaboration, interaction, shoulder pain, professional barriers, knowledge management, professional relationships, medicalization, ICF, muscle and skeletal conditions, image diagnostics, arthroscopy, medical reversals, wicked problems.

Innhold:

INTRODUKSJON	7
PROBLEMSTILLING	8
HVILKE SYNSPUNKTER HAR SYKMEDELTE PASIENTER OG DERES BEHANDLERE PÅ SAMHANDLINGEN OM DEN	
ATRAUMATISKE SKULDERLIDELSEN?	9
I: HVILKE FORVENTNINGER HAR PASIENTENE TIL BEHANDLERNE?	9
II: HVILKE FORESTILLINGER HAR PASIENTENE OM UTREDNING OG BEHANDLING?	9
III: HVORDAN FORHOLDER BEHANDLERNE SEG TIL PASIENTENES FORVENTNINGER OG FORESTILLINGER?	9
AVKLARING AV SENTRALE BEGREPER	9
DISPOSISJON	10
<u>TEORI</u>	<u>11</u>
TEORETISK RAMMEVERK	11
NORSK HELSETJENESTE I HISTORISK PERSPEKTIV	11
PROFESJONSUTVIKLING OG BEGREPSUTVIKLING I ET HISTORISK-SOSIOLOGISK PERSPEKTIV	12
KORT OM KORSRYGGPLAGER	13
BEHANDLINGSLINJER	14
KUNNSKAPSHÅNDTERING	16
PROFESJONELLE BARRIERER	16
BIOMEDISINEN OG DEN BIOPSYKOSOSIALE MODELLEN	17
«MEDICAL REVERSALS»	18
ATRAUMATISKE SKULDERLIDELSER	19
MEDISINSK TEKNOLOGIVURDERING (MTV)	19
MÅLING AV PLAGER	20
ER DET SYKDOM?	20
«WICKED PROBLEMS»	21
OPPSUMMERING	22
<u>METODE</u>	<u>22</u>
FORSKNINGSDESIGN	22
ETISKE HENSYN	25
DATAINNSAMLING	25
INTERVJUER	26
AVKODING OG MENINGSFORTETNING	29
OM SPRÅKBRUK	30
OM KOORDINASJON AV TILTAK	30
OM KOMMUNIKASJON	30
ANALYSEMATRISE	31
RELIABILITET OG VALIDITET	31
PRESENTASJON AV FUNN	33
OPPSUMMERING	52
DRØFTING	53

FORSKNINGSPØRSMÅL I	54
FORSKNINGSPØRSMÅL II	55
FORSKNINGSPØRSMÅL III.....	57
HOVEDPROBLEMSTILLING.....	59
IMPLIKASJONER.	60
KONKLUSJON.	60
LITTERATUR:	61
VEDLEGG:.....	63

FEIL BEHANDLING TIL RETT TID? – OM BEHANDLINGSLINJER FOR SKULDERPLAGER.

«Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre, uden at han holder noget af dets liv i sin hånd.» (Løgstrup, 1991)

INTRODUKSJON.

Muskel- og skjelettplager, ofte forkortet til MUSSP, er svært utbredt i befolkningen og av stor betydning for folkehelsen (Lærum et al., 2013). 46% av sykefraværet og 33% av uførepensjoner tilskrives disse tilstandene (Ihlebak & Lærum, 2004). Feltet er av stor betydning helsepolitisk og samfunnsøkonomisk, men mottar for liten oppmerksomhet mht avsatte offentlige forskningsmidler og er i liten grad omtalt i Samhandlingsreformen (Ihlebak & Lærum, 2004) og (St.meld. nr. 47).

Skuldresmerter omfatter mange forskjellige tilstander og det er vanlig å ha symptomer fra flere kroppsområder samtidig. Bongers viste at 50% av befolkningen har symptomer fra skulderregionen minst en gang pr. år (Engebretsen, Grotle, Bautz-Holter, Ekeberg, & Brox, 2010).

Symptomene på de forskjellige tilstandene er relativt like og det er tilgang på en lang rekke forskjellige behandlingsformer (Brox, Staff, Ljunggren, & Brevik, 1993) og (Brox et al., 2010). Ofte står det mellom såkalt konservativ behandling, gjerne i form av veiledning og øvelser, og kirurgi. En rekke studier viser at begge intervensjonene kommer likt ut mht resultat på kort og på lang sikt (Engebretsen et al., 2010). Magnetresonans eller MR-diagnostikk er en utbredt (Sharma, 2014) og omdiskutert metode da den er kostbar, gir stråling og vurderes som upålitelig (McFarland, 2006, i (Engebretsen et al., 2010)). Likevel bruker vi 0.8 mrd offentlige helsekroner hvert år og tallet er stigende (Lærum et al., 2013). Tallene for privat omsetning er ikke lett tilgjengelige, men trolig betydelige. Det er særlig fenomenet med «inneklemming» eller «impingement» som skaper diskusjon, da det ligger i forklaringsmodellen at strukturer inne i skulderen ligger i klemme og blir utsatt for friksjon eller gnissing under armbruk, især ved armene løftet over skulderhøyde. Fagfeltet har de senere år vist betydelig interesse for dette og det er etter hvert grundig dokumentert at det er all grunn til å være mer tilbakeholden med både MR og med kirurgi (Lewis, 2011).

I nyhetsavisen Dagens Medisin 21. mars 2013 tar Prof. med Jens Ivar Brox til orde for at 70 % av inngrepene er unødvendige og at årsaken er at tilbudet om kirurgi har økt. Han kaller det for «supermarkedsmodellen», dvs at pasientene velger dette selv fordi de ønsker eller til og med krever dette og at de har stor tro på at det vil hjelpe. Han mener de presser legene til å rekvirere MR og at de vil henvises til spesialist. I klinisk praksis er det svært vanlig at fastlegen henviser pasienten til fysioterapeut på et tidlig stadium. Fysioterapeuten er ment å være legens medhjelper med

spesialkompetanse på muskel- og skjelettplager og i mange tilfeller er det godt samarbeid mellom lege og fysioterapeut, men det kan også være at kommunikasjonen er mangelfull. Legens henvisning redegjør kort for de viktigste funn og aktuell funksjonsproblematikk og fysioterapeuten følger opp dette med sin egen undersøkelse og iverksetter tiltak. Underveis og/eller etter endt behandlingsperiode sender fysioterapeuten sin tilbakemelding med statusvurdering og sin anbefaling om evt. fortsatt sykemelding eller andre tiltak. Det kan være aktuelt med telefonkonferanse, men i praksis er hverdagen så travel at skriftlige notater blir mest benyttet. Pasienten og fysioterapeuten treffes ofte, dvs. 2-3 ganger pr. uke, mens legen ser pasienten to ganger i måneden. De senere årene har behandlingsskapiteten ved fysioterapiklinikkene blitt utfordret og det er blitt vanlig at pasienten må vente en tid på å få time hos fysioterapeut. Dette kan variere fra en uke til 12 uker, men det er kortere tid dersom pasienten velger en behandler uten avtale med HELFO (Helseøkonomiforvaltningen). Da betaler pasienten all behandling selv. Ved henvisning til ortoped er det gjerne ventetid og det er som regel kun en konsultasjon, evt. to dersom det inntas en avventende holdning. Dersom ortopedien finner grunnlag for inngrep, er det ny ventetid på poliklinisk innleggelse. Denne kan variere fra tre til 12 uker (www.frittsykehusvalg.no pr. februar 2015). Dersom pasienten er forsikret eller vil betale selv, er det kort ventetid. Ofte ikke mer enn en til to uker.

Mens denne behandlingslinjen går sin gang er det et parallelt forløp med arbeidsgiver og med NAV om sykmelding og oppfølging av dette.

PROBLEMSTILLING.

Dette bakteppet reiser noen spørsmål om mekanismer. Hvis et samlet fagfelt anbefaler noen retningslinjer for en utbredt og kostbar tilstand, hvorfor endres ikke klinisk praksis i tråd med forskningen? Hva er det som gjør at kostnadene holdes oppe av en praksis som ikke er anbefalt? Det er foreslått at det er pasientene selv som driver dette fremover, gjennom å presse legene. Hvorfor presser de legene og hvorfor står ikke legene imot?

Klinisk helsepersonell kan støtte seg til ulike faglige plattformer, i hovedsak grovt delt inn i:

- biomedisinsk perspektiv
- psykososialt perspektiv
- biopsykososialt perspektiv

Det ligger utenfor oppgavens rammer å redegjøre fullt for disse perspektivene, men kort fortalt er biomedisin en måte å forstå kroppslige plager som en konsekvens av å se kroppen som en «maskin» og at vi gjennom å feilsøke kan finne feilen for så å reparere den. Jfr røntgenbilde av en brukket arm.

Psykososialt perspektiv er å tilnærme seg pasientens plager med utgangspunkt i at det er faktorer utenfor kroppen som påvirker plagene. Eksempelvis hodepine pga. stress.

Det biopsykososiale perspektivet tar inn over seg at det er unaturlig å skille mellom kroppen og omgivelsene (Malterud, 2010). Vi må se på at de gjensidig påvirker hverandre og at en klinisk vurdering ikke er fullstendig før man har sett på det totale bildet. WHO har laget en klassifisering for å hjelpe oss med dette. International Classification of Functioning, Disability and Health (Gardner, 2011) er delt inn i kategorier for å sikre at vi ikke utelater viktige forhold som kroppsstruktur, kroppsfunksjon, aktiviteter, deltagelse og miljø- og personlige faktorer. Normalt forkortet til ICF. En vurdering som forholder seg kun til kroppsstruktur som for eksempel ved MR av skulder, anses derfor i denne sammenheng som ufullstendig. Like fullt er det vanlig at en spesialist i ortopedisk kirurgi forholder seg i stor grad til biomedisinsk perspektiv (Fordyce, 1997) og vi kan se for oss en risiko for at pasienten blir vurdert som en kropp med en feil som skal repareres. En person med skulderplager som henvises til spesialist med bakgrunn i noen funn på MR, vil trolig i stor grad være prisgitt vedkommende spesialists syn på dette. Man ser at fagpersonens perspektiv kan være avgjørende for hvilken behandling man ender opp med.

Påstanden fra Brox om at pasientene presser legene er meget interessant og leder oppmerksomheten mot pasientens mening om saken. Dersom vi skal anerkjenne pasientens brukermedvirkning og ekspertrolle i hht sin egen plage, må vi beregne pasienten som en av aktørene i behandlingslinjen. De står ikke passive og ser på, de interagerer og påvirker fremdrift og retning (Sharma, 2014). Hvordan ser egentlig pasientene på dette? Og hva mener behandlerne om pasientenes perspektiver? En har derfor følgende aktører; pasienten, fastlegen, fysioterapeuten og ortopedspesialisten. Problemet de har til felles er pasientens atraumatiske skulderlidelse. Derfor følgende problemstilling:

Hvilke synspunkter har sykmeldte pasienter og deres behandlere på samhandlingen om den atraumatiske skulderlidelsen?

For nærmere presisjon av problemformuleringen har jeg utledet følgende forskningsspørsmål:

I: Hvilke forventninger har pasientene til behandlerne?

II: Hvilke forestillinger har pasientene om utredning og behandling?

III: Hvordan forholder behandlerne seg til pasientenes forventninger og forestillinger?

Avklaring av sentrale begreper.

Pasientene som omtales her er de som har blitt invitert til og deltatt i fokusgruppeintervju.

Inklusjonskriteriene var at de skulle være sykmeldt og at plagen skulle være av atraumatisk karakter.

Det vil si «uten forutgående hendelse» (Brox et al., 2010). De måtte også kunne snakke norsk.

Behandlerne er fysioterapeuter i klinisk hverdag, leger og ortopedspesialister. Det er bevisst unngått å velge behandlere som kjenner de aktuelle pasientene. Pasientene vet heller ikke hvilke behandlere som er intervjuet. Begrepet samhandling speiler gjøremålene til behandlerne i relasjon til pasientene.

Definisjonen av begrepet er hentet fra Stortingsmelding 47:

”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert rasjonell måte” (St.meld. nr. 47).

Stortingsmeldingen tar dessverre ikke for seg definisjonen av «koordinert rasjonell» på en utførlig måte, men konteksten tilsier at denne vendingen omhandler samarbeid til det beste for pasienten og ressursene. Tverrfaglig samarbeid er et begrep det er vanskelig å definere da det avhenger av kontekst og perspektiv. Willumsen omtaler tverrfaglighet og tverrprofesjonelt som synonymt (Willumsen, 2009). Hun viser til den engelske termen «interprofessional collaboration» som innebærer at flere profesjoner jobber sammen. Beslutninger og anbefalinger springer ut fra felles drøftinger og refleksjoner på ulik faglig plattform og at det er et poeng at deltakerne i den tverrfaglige gruppen representerer ikke bare sin egen tjeneste, men den gruppen de samarbeider i. Pasientenes forventninger i denne sammenheng peker mot hva pasientene uttaler at de medregner som handlinger, holdninger og kompetanse fra behandlernes eller systemenes side. Forestillinger spiller på at man som person bærer med seg et indre bilde om sammenheng og årsak innen et gitt tema. Våre forestillinger danner grunnlaget for mening om sakene og hvordan ting henger sammen.

Disposisjon.

Oppgaven innleder med å ivareta introduksjon til temaet og utlede en problemstilling. Teorigrunnlaget vil vise hva slags litteratur som anvendes i drøftingen og metodekapittelet synliggjør hvordan jeg har gått frem for å behandle innhentede data. Presentasjon av funn og drøfting av dette følger forut for konklusjonen. I drøftingen rettes også noen spørsmål vedrørende aktuell klinisk praksis og jeg tillater meg å komme med noen anbefalinger. Forskningsspørsmålene besvares i rekkefølge og problemstillingen besvares i konklusjonen.

TEORI.

TEORETISK RAMMEVERK.

Denne delen av oppgaven vil ta for seg relevante teoretiske perspektiver på kunnskapsgrunnlaget i norsk og internasjonalt helsevesen. Innledningsvis anvendes Erichsens historiske beskrivelser av helsetjenestene i Norge (Erichsen, 1996), og jeg vil peke mot profesjonenes stridigheter om ryggbehandling som foregikk for 20 år siden som en parallell til nåtidens skulderbehandling.

Jeg vil videre anvende nyere forskning om samarbeid mellom profesjonskulturer og hvordan moderne kunnskapshåndtering blir utfordret av barrierer og erkjennelsen av at vi har pådratt oss enorme kostnader uten at vi har oppnådd å redusere forekomsten av plagene. Mot slutten av kapitlet viser jeg hvordan diskusjonen kommer til uttrykk i dagens helsedebatt og trekker frem noen artikler som kan få oss til å stoppe litt opp for å se nærmere på praksis.

Norsk helsetjeneste i historisk perspektiv.

Det er i møte med helseprofesjonene at helsepolitikken blir iverksatt og studier av helseprofesjonene kan belyse sammenhenger mellom historiske utviklingstrekk og aktuelle utfordringer innen helsetjenesten (Erichsen, 1996). Som nevnt i introduksjonen foreligger en slik utfordring i hvordan vi best møter pasienter som er sykmeldt med skulderplager. Erichsen er opptatt av at brytninger i interesser og verdier innen profesjonssystemtenkningen kan være formgivende og grunnleggende trekk for selve utformingen av helsetjenester og at profesjonsmakt er sentralt i denne prosessen. Hun referer til Ole Bergs «Medisinens logikk» når hun beskriver yrkessystemets to dimensjoner; verdier og kunnskapstilknytning. Systemet anfører et yrkeshierarki med biomedisinske subspecialiteter på topp og hjelpepleiere i bunn. En definisjon av helsetjenesten kan i følge Erichsen være: «Helsetjenesten er summen av alle de aktiviteter og gjøremål som utføres av helseprofesjonene.» Altså en temmelig romslig definisjon, men jeg tenker at det også utføres aktiviteter og gjøremål av andre helsearbeidere som ikke har status som profesjonsutøvere.

Erichsen benytter Abbotts begreper om mikro- og makronivå (Abbott, 1988) når hun viser til samspillet mellom nivåene under utformingen av helsetjenesten. I denne oppgaven kan fastlegekontoret eller sykehusavdelingen representere mikronivået og myndighetenes føringer og profesjonsorganisasjonene ligge på makronivå. Her vil perspektivene om; i): medisinsk-intern, nærmere bestemt anvendelse av reduksjonistisk logikk ved at årsak til sykdom føres tilbake til underliggende tilstand og ii): medisinsk-ekstern som spiller på betydningene av sosiale og kulturelle forhold kunne påvirke valg av tiltak.

I beskrivelsen av helsepolitiske regimers utvikling i Norge sorteres noen hovedtrekk og hun viser til at private helseinstitusjoner og bruk av forsikringer har fått økende utbredelse de siste årene og hun anfører at «Norge har et svært potensial som privat helsetjenestemarked». Som vist i innledningen

foreligger pr. dato tall på dette. Når det gjelder utforming og gjennomføring av helsepolitiske tiltak har medisinsk ekspertise hatt en sentral rolle, og hun påstår at vi i denne sammenheng kan kalles en profesjonsstat.

I et profesjonsteoretisk perspektiv vil alle arbeidere være naturlig underordnet legen når kunnskapsgrunnlaget er avledet av medisin. Da vi allerede er kjent med at muskel- og skjelettplager er meget utbredt og kostnadskrevende (Lærum et al., 2013) vil et nærmere blikk på legenes rolle kunne gi mer innsikt i mekanismene. Pasienter oppsøker som kjent legen når de får plager. Innenfor et maktperspektiv viser Erichsen til Freidsons (1970) beskrivelse av at dominans og autonomi var viktigere for legene enn tillit og kollegialitet. Profesjonsrelasjoner beskrives som sosialt konstruerte i den forstand at vi fant oss avhengige av sterke og uavhengige profesjoner, men at man ikke kunne ta for gitt at profesjonene under enhver omstendighet ville tjene samfunnet. Det kan slik oppstå misforhold mellom kunnskapsgrunnlaget og de oppgaver profesjonene er satt til å løse. Dette skal vi se mer på under i avsnittet om korsryggsmerter i lys av Waddell (Waddell, 1996).

Profesjonsutvikling og begrepsutvikling i et historisk-sosiologisk perspektiv.

Forståelsen av profesjonsutviklingen i Norge kan si oss noe om hvorfor og hvordan mekanismene har utviklet seg. Ved å ta utgangspunkt i hva som faktisk blir gjort og integrere dette i en analyse fremkommer koblingen mellom mikro- og makronivå i offentlig politikk. Erichsen (Erichsen, 1996) ser at vitenskapsperspektivet blir begrenset ved at de profesjonelles handlinger blir betraktet som instrumentalistiske i den forstand at viktige sider ved aktørenes handlinger ikke blir fanget inn. Det er disse handlingene som former tjenesten. Ved å gå inn i selve arbeidet i produksjon av helsetjenester kan man se at det profesjonelle systemet er «et system av relasjoner». Disse relasjonene har stor plass i det historisk-sosiologiske systemet ved at vi har med en vitenskap å gjøre hvor ikke alt er entydig og gitt og det foreligger et mangfold og kontraster av kunnskapssyn. Fravær av entydighet åpner for tolkninger og varianter innenfor samme fagfelt og skulderpasientene vil måtte tåle å stå i uenighet og usikkerhet. Dette har naturlig nok stor innvirkning for strategier i tenkemåter og utarbeidelse av behandlingssidder. Strevet med å etablere kontroll over oppgavene driver frem konflikter mellom utøverne og man beveger seg over mot begreper som jurisdiksjon, kjerne, grenseflate og randsoner.

Jurisdiksjon. Abbott (Abbott, 1988) beskriver hvordan profesjonene har utviklet et samhandlingssystem og at de konkurrerer innenfor systemet. De søker å monopolisere en bestemt del av arbeidsmarkedet (Ramsdal & Fineide, 2010) og de vil overta hverandres oppgaver. Abbott bruker uttrykket «å gjøre hevd på» jurisdiksjon i den mening at det gjøres krav innenfor profesjonens struktur og at dette kravet griper inn i andre profesjoner da ethvert trekk innenfor en profesjons jurisdiksjon påvirker de andres jurisdiksjon. Grunnlaget for jurisdiksjonskravene er profesjonenes definisjon av sitt ansvars- og myndighetsområde og hvilke oppgaver de mener å «eie». Det er grader av jurisdiksjon, men jeg avstår fra å redegjøre for disse i denne omgang.

Kjerne og randsoner. For dette tema kan man gjerne si at medisinenes kjerne er biomedisin og høyteknologi (Erichsen, 1996) siden det diskuteres hvordan en skulder best skal behandles og at MR er en moderne og avansert metode under stadig utvikling. I ytterkant av kjerneområdet har vi randsonen. Her trekkes grensene mot andre yrker, mot folkelige modeller og mot politikk. Begrepet «folkelig modell» anser jeg viser til hvordan legfolk forstår og forklarer et fenomen når de snakker seg i mellom. De kommer med sine synspunkter som jeg viser interesse for i problemstillingen. Helsesektorens avgrensning mot andre sektorer i offentlig virksomhet viser at yrker konstrueres og rekonstrueres sosialt ved at jobben kan forflyttes til en annen sektor, f.eks til «skole- og oppvekst». I følge Erichsen er flytting av grenser mellom fag og politikk en annen type randsoneprosess. Medisinen har vært god på å flytte sine randsoner utover. Dette kalles medikalisering. Det motsatte kalles avmedikalisering (Erichsen, 1996).

Grenseflater. Grenseflater springer ut av arbeidsdeling mellom grupper. Her kan en støte på gråsoner med uklarheter og konflikter om arbeidsoppgaver, autoritet og ansvar. Dette er mest typisk i ytterkanten av autoritetsområder. Erichsens budskap er at den sosiale dynamikken i kjerne- og randsoner og grenseflater er viktige å forstå for å se hvordan helsetjenesten konstrueres og rekonstrueres sosialt gjennom utforming av profesjonene. Konstellasjonen om at pasienter blir sendt fra en behandler til en annen kan betegnes som arbeidsdeling mellom grupper og når vi ser på autoritetsområdene for lege, fysioterapeut og ortoped tegner det seg en viss overlapping vedrørende arbeidsoppgaver mens makt og myndighet har en klar rangering etter kompetanse innenfor det medisinske hierarkiet. Fysioterapi har tradisjon som underordnet og som hjelpende for legen. Spesialisten rangerer over legen.

Velferdsstatens vekst dro med seg oppblomstring for mange fag. Legenes spesialisering var fremdeles viktig, men rundt 1970 oppsto økende kritikk av spesialisters reduksjonistiske og organorienterte tenkning. Dette skapte naturlig nok konflikter som vi skal se mer om under i Engels artikkel fra 1977.

Kort om korsryggplager.

Det er ikke nytt at det oppstår spenninger i forholdet mellom forskjellige kunnskapsretninger. I en artikkel fra 1996 tar Waddell et oppgjør med medisinenes tumling med korsryggplager (Waddell, 1996). Det er vanlig å forkorte korsryggplager med LBP (low back pain). Waddell viser til erkjennelsen av LBP som et verdensomspennende stort problem preget av høy ekspertise og høye omkostninger samt økende bruk av private aktører. Dette er en internasjonal beskrivelse. Waddells utgangspunkt er at ryggplager er meget vanlig og til og med normalt. Han vil kalle det «simple back-ache» og trolig har det fulgt oss i alle tider. Tilstanden er selvregulerende, altså den går over av seg selv. Nyere forskning retter i økende grad fokus mot smertepsykologi- og adferd for å finne kurative løsninger. Han hevder LBP-administrasjon pr. 1996 baseres på biomedisin. Se for øvrig Engels betraktninger om biomedisin under.

I mye av litteraturen som danner grunnlaget for forståelsen av LBP vises det ofte til «the ruptured disc», en skade i ryggen som skaper smerte. Dette sementerte idèen som et ortopedisk problem og ortopedkirurgene tok eierskap i tilstanden og forskningen. Dette til tross for at det allerede var påvist at dette var normal aldersbetinget degenerasjon av skiven. Waddell mener det oppsto en forestilling om «the ultimate illusion of a surgical fix». At kirurgene kunne løse problemene med kniv. Eierskapet til tilstanden mener Waddell kommer tydelig frem i at «The international society for the study of the lumbar spine» består av over halvparten ortopedkirurger. Han hevder derfor treffende at som ryggpasient blir det slik at; «who You see is what You get», med henvisning til Cherkin (1994). Ortopedisk kirurgi for LBP gir liten effekt på behandlingsresultater, men har stor effekt på kostnader, og at til tross for at USA og Storbritannia finansieres meget forskjellig, er pasientene like misfornøyde i begge land. Waddell mener feilen ligger i fokuset mot rotaffeksjon (at nerven i ryggen er kommet i klemme) og spesifikke tilstander – mens i virkeligheten har majoriteten av pasienten det som nå omtales som «non-spesific low back pain»; uspesifikk korsryggsmerte. De skal ha en annen behandling. Han mener videre at spesialistene dynges ned med feil pasienter og at retningslinjer ikke følges opp i praksis til tross for at de foreligger med bred konsensus. Ortopedkirurger er feil spesialist for LBP, LBP administrasjon er en katastrofe og endring er nødvendig (Waddell, 1996). Det er nå en stund siden 1996 og WHO har oppnådd konsensus om nye retningslinjer som er mindre biomedisinsk rettet og mer veiledende i retning av smertemestring og en avventende holdning (Airaksinen et al., 2006).

Som et à propos hadde vi på TV2-nyhetene her i Norge et innslag om at tusenvis av friske personer opereres for meniskplager i knærne uten at det foreligger grunnlag for dette (TV2 Nyhetskanalen innslag 6. sept. 2014). Nå er denne oppgaven rettet mot skuldre, så for leseren vil det by seg en mulighet for å følge noen resonnementer videre i teksten.

Behandlingslinjer.

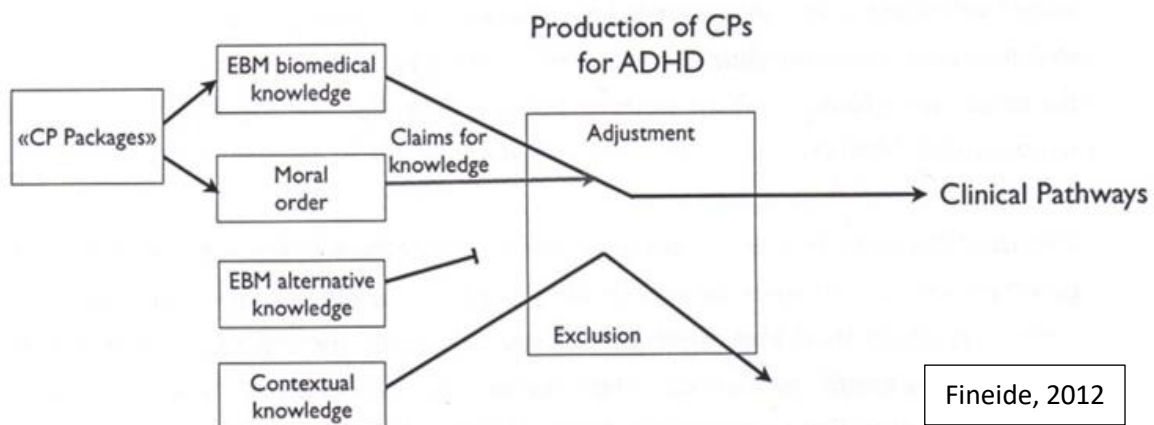
En behandlingslinje visualiserer og beskriver alle aktivitetene innen intervensjon og behandling for en gitt tilstand. Hensikten er å styre og veilede forløpet steg-for-steg. Den er regulerende for aktørene, et kunnskapsbasert verktøy som legger premissene for profesjonell praksis. Aktørene har makt til å åpne eller stenge dører, og de er herre over rett og galt. Dette er stor makt (Fineide, 2012). Sykmeldte pasienter er hengitt til denne makten og jeg vurderer at de i utgangspunktet i liten grad kan styre sitt eget forløp. I samhandlingen mellom behandlerne vil behandlingslinjen tegne seg og pasientenes opplevelser av forløpet er interessant å belyse. Prosessene bak produksjon av regler og standarder for helsearbeidet er etter mitt syn relevant for temaet i denne oppgaven. Intervensjonen for pasientgruppen er under debatt parallelt som pasienter kontinuerlig kommer og går på løpende bånd. Analyserer av hvordan regler blir til og på hvilket grunnlag, kan gi dypere innsikt. Innen psykisk helsearbeid er dette en sofistikert prosess (Fineide, 2012), og jeg mener at det er god grunn til å tro at dette også gjelder for muskel- og skjelettlidelser. Fineide referer til de profesjonelle som sitter i «førersetet», altså dedikerte

utøvere som er tett på pasientene og på organiseringen av tjenesteutforming, men at veien de kjører på allerede ser ut til å være definert av andre forhold. Det kan være politiske føringer, reformer og rådgivere, samt ny teknologi. Utformingen av reglene hviler på skuldrene til de profesjonelle, fundert på eksisterende kunnskapsfortolkning av de samme.

En vanlig illustrasjon på dette kan være som figuren under:



Antakelsen om at kunnskapsgrunnlaget var entydig, objektivt og tydelig, skulle vise seg ikke å stemme. Det biomedisinske hegemoniet sto sterkt og konkurrerende alternative perspektiver ble i stor grad avvist siden EvidenceBasedMedicine (EBM) var ansett som overlegent med hensyn til fravær av tvil og tvetydighet. Slik ble kunnskap som egnet seg til standardisering innlemmet i prosedyrene, mens annen kunnskap ble utelatt. Se fig.under.



Alternative og konkurrerende perspektiver kan i denne sammenheng være biopsykososialt perspektiv, fenomenologisk tilnærming og kontekstuell kartlegging som f.eks. ICF. Mer om dette under. Et behandlingsforløp for skulderpasienter hvor disse perspektivene er satt til side vil kunne skape en behandlingslinje som går glipp av viktige brikker i puslespillet.

Delegering av oppgaver skaper spesialisering, som igjen skaper noen ulemper med koordinasjonen. Samhandling mellom profesjonsutøverne blir utfordret av de forskjellige profesjonelle tilnærmingene. Vi må huske at helsetjenestene er karakterisert av uenighet, usikkerhet, tvetydighet og kontroverser innen behandling og diagnostisering. I tillegg er pasientene langt fra homogene og at det er vanlig med komorbiditet. Pasienter endrer seg ofte også over tid (Ramsdal & Fineide, 2010).

Kunnskapshåndtering.

Kunnskapshåndtering innen helsevesenet er noe som til enhver tid pågår. Det er rik tilgang på litteratur som viser at klinisk forskning implementeres i praksis, men i mindre grad er det tatt i betraktning hvordan ledelse og organisasjonskunnskap påvirker helsearbeidet (Ferlie, Crilly, Jashapara, & Peckham, 2012). Gullstandarder i RCT nyter stor respekt i EBM, men innen sosialvitenskap øker anerkjennelsen av kvalitative studier. Pasientens stemme og taus kunnskap har i følge Ferlie lett for å bli borte i EBM.

Tre teoretiske posisjoner skisseres hvor det vises til at det er godt dokumentert at: 1) kunnskap gir konkurransefortrinn, mens 2) kunnskap og ledelse blir kalt for «the odd couple», gitt at kunnskap er vanskelig å styre og 3) grupper som jobber sammen utvikler gradvis en felles kunnskap som de anser som sin egen. Kunnskap kan både flyte mellom grupper, men også stenges inne bak barrierene som oppstår mellom gruppene. EBM blir videre kritisert for ikke å omfavne pasientens liv og forfatterne minner om at helsearbeid innebærer «different ways of knowing». Kunnskap som ikke implementeres kan ses som et rasjonale for å hegne om kunnskap istedenfor å dele og profesjonene kan på den måten maksimere sin makt eller verdi. Det går mot et skifte i kunnskapshåndteringen, «where the patient`s voice is louder» (Ferlie et al., 2012). Det er nettopp pasientens stemme denne oppgaven søker å fange opp. Mitt syn er at litteratur som dette viser at vi besitter en del kunnskap om sammenhenger, eller mangel på slike, når det gjelder vår anvendelse av ny viten. Biomedisinere tufter sitt kunnskapsgrunnlag på EBM og risikerer dermed å unngå viktige perspektiver som vist over. Det er nok et berettiget spørsmål hvorvidt for eksempel et sykehus klarer å snu seg rundt og rekonfigurere sin kompetanse i fruktbar kunnskapsdeling mellom avdelingene.

Profesjonelle barrierer.

Profesjonene utvikler seg og preges av sine kulturer (Abbott, 1988). Overbevisning, adferd, vaner, normer og verdier ligger til enhver tid som et bakteppe for profesjonsutøvelsen og ikke minst til den forutgående profesjonsutdanningen (Hall, 2005). Historiske faktorer, sosial klasse og kjønnsmønstre kommer til uttrykk i opplæringen innen faget. Denne sosialiseringprosessen styrker kulturmønsteret og særtrekkene blir enda mer påfallende når en profesjonsutøver spesialisere seg. Dette utfordrer effektivt tverrfaglig samarbeid. Hall tar til orde for å utvikle økt forståelse for disse mekanismene og på den måten finne bedre metodologi innen utdanningene.

Klinisk praksis i helse-Norge reflekterer nok en markant utvikling i riktig retning ved at leger i dag er langt mer deltagende i tverrprofesjonelt arbeid enn før. Likevel mener jeg det kan være god grunn til å se nærmere på spesialistenes holdninger til samarbeid. Det er flere tegn som tyder på at profesjonenes rolle endres (Adler, Kwon, & Heckscher, 2008). Utviklingen går mot at relasjonene mellom fag, kunnskap og arbeid blir mer komplekse og ambivalente. Hovedrollenehaverne i kunnskapsintensive organisasjoner er nettopp de profesjonelle og velferden i samfunnet er avhengig av effektiviteten i deres arbeid.

Det er verdt å merke seg at det er legers rolle som er valgt som kilde i tolkningen av trendene og at det påpekes at legenes hierarki ikke tar godt vare på taus kunnskaps forankring i praksis. De profesjonelle (her legene) er avhengige av sitt «legesamfunn» gjennom tre viktige momenter; 1)ekspertise oppgaver, 2)monopol og autonomitet og 3) etisk og juridisk ansvar. Adler reiser spørsmål om Weber kan ha oversett «det profesjonelle samfunn» i sin beskrivelse av organisasjoner. Kan det være slik at de hengir seg til sine normer og verdier i den grad at de blir umulige å styre? Utenfor organisasjonskulturens kontroll? Det synes i hvert fall som om det er vanskelig å motivere legekollegiet til å sette sosiale interesser foran sine egne. Dette skaper en het debatt om leger i lederstillinger med budsjettansvar. Grensene mellom byråkratisk tjenestevei og kollegiale relasjoner står i fare for å fremstå som uklare. Ettersom markedskreftene vokser ser man at kapitalistene trenger kunnskap for å skape seg konkurransefortrinn, og da ser de mot profesjonene fordi de er kunnskapsintensive. Kunnskapssamfunn er i sterkt behov av kunnskapsdeling. Systematisk innovasjon gir gevinst i form av effektivitet og kvalitet, særlig innovasjon med feste i praksis, og «collaborative community» vokser frem flere steder for å imøtekomme disse trekkene innen organisering av helsearbeid (Adler et al., 2008).

Det beskrives at det er oppstått stor avstand mellom kunnskapskaping på universitetene og praksisnære utfordringer, og når dette kombineres med autonomi og trangsynt egoisme (Hall, 2005) oppstår forsinkelser og variasjoner i kunnskapsgrunnlaget. I partiet over kunne man se at Fineide pekte på den samme utfordringen vedrørende kunnskapen legitimitet. Leger i lederstillinger er dessuten ofte avventende og skeptiske til de finansielle målesystemene. De opplever at autonomien trues. Likevel observeres en trend bort fra «tenacious commitment to professional autonomy» og i retning av et kollegialt tverrfaglig felleskap (Adler et al., 2008). Man snakker om den kollegiale profesjonelle som drar sine kolleger med i det fruktbare felleskap. Det er likevel tydelig at jo mer spesialisert utøveren er, jo mer motstand vil han yte. I kryssilden av debatten om mer effektivitet og kvalitet har pasientens perspektiv kommet tydeligere frem. Enkeltmennesket er langt mer opplyst og sofistikert enn tidligere samtidig som legen har klatret litt ned fra den store høyden. Samarbeidet blant de profesjonelle tar en ny form som det samhandlende kollegium, i økende grad ser man hverandre som bidragsytere – istedenfor som støy. Personer i stabsfunksjoner vil dra nytte av samhandlingskompetanse for å optimalisere innsatsen i organisasjonen.

For min del har jeg litt problemer med å se at gjeldende behandlingslinjer for skulderpasienter i Norge bæres av «collaborative community».

Biomedisinen og den biopsykososiale modellen.

I 1977 skrev en mentor for mange akademikere, professor i psykiatri og medisin, G.L. Engel en artikkel om behovet for en ny medisinsk modell. Den skapte etter manges mening selve grunnlaget for en viktig og vanskelig diskusjon innen medisin som fortsatt pågår. Etter en lengre periode hvor

psykiatere hadde følt sitt fagfelt som en oppsamlingsplass for «unscientific opinions, assorted philosophies, role diffusion and propaganda», mens resten av medisinen fremsto som «neat and tidy», tok Engel i sterke ordelag sitt fag i forsvar – og biomedisin kraftig i rette (Engel, 1977). Han anførte at til tross for biomedisinen sitt «astounding achievements», med henvisning til de fantastiske og ubestridelige fremskritt i å avdekke sammenhenger og finne god behandling for en lang rekke tilstander, hersket en krise i faget. Sykdomsbegrepet var blitt for snevert og profesjonene måtte ta sitt ansvar og utvide terrenget. Psykososiale temaer ble omtalt som «krattskog», mens medisinerne forholdt seg til «ekte» sykdom. Til nøds kunne psykiatrisk sykdom vurderes som sykdom dersom det ble gjort funn i form av organiske eller biologiske avvik. I motsatt fall hadde man ikke en sykdom, men noe annet, f.eks. «problems of living». Engel reiste spørsmålet om selve sykdomsbegrepet var adekvat. Han mente de måtte ta inn over seg en ny modell; den biopsykososiale modellen. Å inkludere det psykososiale uten å miste biomedisinen. Pasientens opplevelse og historie skulle lyttes til og inngå som en del av datainnsamlingen. Dette ville medføre at relasjonen mellom behandler og pasient fikk stor betydning, og at behandlerens rolle ville påvirke utfallet av behandlingen. Problemene med dette ble at legene så sin egen begrensning i gapet mellom eksellent biomedisinsk forankring og sin tilkortkommenhet i pasientsammenheng. Han anklaget også universitetene for at de var uinteresserte, til og med fiendtlige, mot psykososial forskning og at de ikke brydde seg om å lese dette stoffet. Han pekte mot at det er mye penger i medisin og at dersom kunnskapsperspektivet fikk lov til å utvikle seg til et dogme, vil legene konsentrere seg mer om å beholde sin makt enn å våge å gå nye veier.

Biomedisinsk perspektiv var å betrakte som et rammeverk uten rom for sosiale, psykologiske og adferdsmessige dimensjoner av sykdom, og han tok til orde for en ny modell for undervisning, utredning og behandling innen helsearbeid.

«Medical reversals».

«Medical reversals» er implementerte medisinske prosedyrer som viser seg å ikke være til noen nytte. Gjeldende praksis som burde vært avvirket da de enten er dokumentert ineffektive eller har blitt forbigått av bedre rutiner (Prasad et al., 2013). Det er vist at dette faktisk er ganske vanlig og at beslutningstakere bør være seg dette bevisst. Hele 40% av materialet viser til ineffektive metoder, og det forekommer i alle medisinske disipliner (Prasad et al., 2013). Det er potensielt skadelig, det er unødig bruk av ressurser, det er vanskelig å avvikle og det underminerer helsesektorens troverdighet i fht befolkningen. Holdbarheten for kunnskapsgrunnlaget kan i denne sammenheng ikke understrekes nok. Metodiske svakheter rundt nye metoder kan være dyrt å unngå, men det blir en enda høyere pris å betale dersom vi iverksetter meningsløse prosedyrer. Spesialister har en klar tendens til å klynge seg til etablert praksis og det er vanskelig å overbevise dem til å «abandon ship». Undersøkelser pirker dessuten litt borti det ubehagelige faktum at vi ikke kan se bort fra kyniske mekanismer med underliggende strategier om å opprettholde praksis som noen tjener store penger på (Prasad & Cifu,

2011). Det stilles også spørsmål om ikke det er sannsynlig at vi pr. dato omgir oss med hittil uavslørte «reversals»?

Atraumatiske skulderlidelser.

Professor J.I. Brox, Ortopedisk avdeling, Rikshospitalet, har meldt seg tydelig på kartet i diskusjonen om bruk av ressurser for å løse skulderproblematikk. I samarbeid med nasjonale størrelser innenfor muskel- skjelettlidelser redegjør han for sitt syn på utredning og behandling av atraumatiske skulderlidelser med bakgrunn i litteratursøk og egne erfaringer (Brox et al., 2010). Betegnelsen atraumatisk vil si at plagen har oppstått uten noen klar, forutgående hendelse.

Denne gruppens hovedbudskap er:

- Skulderplager er tredje vanligste årsak til konsultasjoner for muskel- og skjelettlidelser i allmenn praksis.
- En kombinasjon av kliniske tester er nyttig ved de vanligste diagnosene.
- En enkelt klinisk test gir ikke grunnlag for å stille en patoanatomisk (sykdom eller skade i kroppsstruktur) diagnose.
- Ukritisk bruk av bildediagnostikk kan forsterke upålitelig patoanatomisk klassifisering. Ultralyd og MR er likeverdige for å vurdere skuldermansjetten.
- Det er kunnskapsgrunnlag for at effekten av veiledet trening og operasjon er lik.

Hyppigheten av degenerative forandringer skulderledd i normalbefolkningen vanskeliggjør tolkning av bildediagnostikk. En grundig anamnese og klinisk undersøkelse med bruk av flere kliniske tester er normalt tilstrekkelig ved disse plagene. Kunnskapsgrunnlaget kan ikke forklare økningen i antall operasjoner, og disse forholdene peker mot at det ikke er enighet innen fagfeltet. Jeg passer her på å minne om stridighetene innen korsryggplager. Jeg mener å se noen likheter.

Medicinsk teknologivurdering (MTV).

MTV utarbeides av det Danske Sundhedsvæsenet for å vurdere effekt og omkostninger av ulike tiltak og iverksettes for å sikre optimal pasientbehandling og ressursutnyttelse i helsesektoren. Danskene har laget en grundig MTV for kirurgisk behandling av «hyppige og udvalgte skulderlidelser» (Løvschall et al., 2011). Denne MTV er tverrfaglig og tverrvitenskapelig (fra forordet), og innholdet er basert på relevant faglig, forskningsmessig og metodisk viten. Tall fra Landspatientregistret og Sundhedsstyrelsen viser at i perioden 2005 – 2009 var det en markant økning i antall skulderoperasjoner, og at fra 2007 endte 31 % av alle konsultasjoner med kirurgi. Økonomisk analyse peker mot at kirurgi ikke er kostnadseffektivt og at den vitenskapelige litteraturen inneholder en rekke metodiske svakheter som vanskeliggjør kunnskapsgrunnlaget. Det fremkommer betydelige variasjoner i operasjonshyppigheten mellom regionene som ikke lar seg forklare med at det skulle være noen form for overhyppighet av bestemte skader i bestemte regioner. Mulige øvrige forklaringer er tilgang på

skulderkirurger, varierende etterspørsel etter kirurgi fra pasientene og forskjellige indikasjoner for operasjon. Som vist over har Brox allerede pekt på at pasienter etterspør dette med en viss kraft og i introduksjonen gjorde jeg oppmerksom på at det foregår diskusjon i fagfeltet vedrørende hva som er rett behandling for skuldersmerter. Rapporten etterlyser bedre studier, bedre dokumentasjon, bedre måleredskaper, redegjørelse for konkrete organisatoriske forhold som kan forklare variasjonen mellom regionene og veksten innenfor området. Mer om måleredskaper under.

Måling av plager.

Fysioterapeut og forsker Yngve Røe har i sitt doktorgradsarbeid kartlagt pasienterfaringene med skuldersmerte og utført en innholdsanalyse av de standardiserte målemetodene for funksjon som benyttes av kliniske eksperter og forskere (Roe, Soberg, Bautz-Holter, & Ostensjo, 2013).

Doktorgradsprosjektet legger til grunn Verdens helseorganisasjons Internasjonale klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) sin forståelse av funksjon og funksjonshemming.

Resultatene viser at pasienterfaringene med skuldersmerte ofte er flerdimensjonale og omhandler smerte, mental helse, muskelfunksjoner, bevegelsesfunksjoner, hjemmeliv, samhandling med andre personer, arbeid og fritidssysler. I tillegg rapporterte opptil en femdel av pasientene at sosiale miljøfaktorer, slik som støtte fra familie og venner, hadde betydning. Innholdet i de standardiserte målemetodene er mer begrenset, det vil si at de dekker færre funksjonsområder. Dette skulle tilsi at mer tverrfaglig tilnærming kunne ivareta vurderingene på en mer utfyllende måte. Det ble i tillegg funnet stor variasjon i innhold mellom målemetoder som er utviklet for pasienter med skuldersmerte.

Han anbefaler at videre arbeid undersøker om pasientens perspektiv blir tilstrekkelig ivare tatt i gjeldende praksis for vurdering av skulderpasienter og at det biopsykososiale aspektet kommer tydeligere frem under måling av plagene. Nok en gang rettes oppmerksomheten mot pasientperspektivet og kompleksiteten av muskel- skjelettplager.

Er det sykdom?

Det kan være grunn til å stille spørsmål om det ikke er på tide å begrense definisjonen av “syk” og bremse publikums ønsker og forventninger om at alle problemer kan og skal behandles. Gevinsten kan være å bruke ressursene der de gjør størst nytte samt å unngå å medikalisere, behandle og sykeliggjøre friske mennesker (Moynihan, Doust, & Henry, 2012).

Hovedtrekk som driver utgiftene er i følge Moynihan et. al teknologiutviklingen som gir oss stadig mer avansert diagnostisk utstyr, markedskreftene som tilbyr behandling, profesjonsdebatter som skaper ulike «guidelines», straffereaksjoner mot oversett sykdom, systematisk favorisering av test og behandling og til slutt en sterk kulturell overbevisning om at «jo mer, jo bedre».

Meget interessant og noe urovekkende i denne sammenheng er Moynihan og kollegers antydning om at industrien bak legemidler og medisinsk teknisk utstyr har tette bånd til profesjonene som sitter med

ansvar for å utarbeide retningslinjer og behandlingsprosedyrer. Det foreligger til og med påstand om at spesialister ivaretar sine kommersielle interesser ved å konstant øke pasientstrømmen til sin egen virksomhet. Artikkelen tar direkte til orde for å diskvalifisere profesjonsutøvere fra ekspertpaneler dersom de har finansielle tilknytninger innen temaet.

Sett i lys av temaet for denne oppgaven finner jeg flere spørsmål relevante til Brox sin beskrivelse av «supermarkedsmodellen» som leseren fikk beskrevet i oppgavens innledning.

«Wicked problems».

Wilson viser til Rittel og Webber (1973) når han definerer “wicked problems” som antitesen til enkle eller “tamme” problemer (Wilson, 2013). Der tamme problemer kan defineres og deles opp i håndterbare enheter med mulige løsninger, motsetter “wicked problems” seg å la seg definere. De lar seg ikke frigjøres fra andre problemer og de ser ikke ut til å la seg løse (Rittel & Webber, 1973). Dette medfører ifølge Wilson at man finner det vanskelig å utvikle felles forståelse av samme problem. Han setter dette i sammenheng med at vår hang til kausale modeller gjør at vi får problemer med å finne løsningen i felleskap. Hvis vi ikke forstår problemet på samme vis vil løsningene unnsnippe oss. Tamme problemer gir oss gjerne en mulighet til å finne rett eller galt svar, men «wicked problems» kan i beste fall bare lede til gode eller mindre gode løsninger. Når en skulderkirurg med knapphet på tid skal ta imot en skulderpasient vil omfanget av problematikken kunne få konsekvenser for tidsbruken. Da vil det være mest tidseffektivt med et tamt problem. Det er også typisk at aktørene i problemløsningen ofte er likeverdige med hensyn til forutsetningene, men ikke bemyndiget til å formelt avgjøre hvilken løsning man skal gå for. Kompleksiteten understrekes videre av at aktørene besitter et mangfold av interesser og perspektiver (Wilson, 2013). Første skritt i retning av å forbedre samarbeid er å se mot barrierene, og en viktig faktor her er fragmentering. Fragmentering oppstår når interessehaverne i diskusjonen er overbevist om at de hver for seg sitter med løsningen (Conklin, 2001). En god strategi for å motvirke fragmentering er å søke felles forståelse og felles engasjement. Conklin snakker om en smerte i samarbeidet, forårsaket av en ny type problemer. Problemer som våre metoder og verktøy ikke er egnet til å løse. Det kan være at «supermarkedsmodellen» omtalt på side 7 innehar elementer av denne smerten Conklin berører. Vi er mer vant til tamme problemer og fortsetter å anvende unyttige strategier mens vi aksepterer kaoset som følger med. Vitenskapelig tilnærming var i utgangspunktet utviklet for å finne løsninger og svar, men «wicked problems» omfavner samfunnsspørsmål og politiske hensyn i et sosialt samfunn hvor vi ikke finner «rett» eller «galt». Der vi leter etter løsninger ser det dessverre ut til at vi må nøye oss med anbefalinger og vurderinger (Rittel & Webber, 1973). Det har imidlertid vist seg å være en farbar vei å anerkjenne visse problemstillinger som nettopp «wicked» og at man kan vinne ny innsikt ved å sammenstille klienter og behandleres erfaringsperspektiver i analyse for å forbedre tjenestene (Hansen & Ramsdal, 2014).

Erfaringsperspektiver kan for eksempel innhentes og belyses slik som metodekapittelet under beskriver.

OPPSUMMERING.

Sett opp i mot Engels artikkel om nødvendigheten av å skifte perspektivfokus mer i retning av biopsykosiale tendenser, støttet av forskning som Røe (hvordan måle en plage) og Hall (barrierene mellom profesjonene er dypt kulturfestet), vil jeg tro at arbeidet med å finne den rette intervensjonen for skulderplager besitter visse paralleller til CP-mekanismene i Fineide sitt arbeid.

Kunnskapsperspektivet er helt avgjørende for hvilken retning behandlingsforløpet tar, og de artiklene jeg har fremlagt her viser at spesialiserte profesjonsutøvere står i fare for å fremholde sin praksis upåvirket av andre perspektiver.

Det er nettopp dette med påvirkning som gjør kunnskapsmobilisering så spennende, både i fht klinisk praksis og til organisasjonskunnskap. Hvilken kunnskap kommer til anvendelse i hvilke sammenhenger? Jeg synes at uttrykket «claims» er beskrivende i vår sammenheng. Hvem har rett på å si hva som er best for vår pasient? Mitt syn er at kunnskapsstatus i dag skulle tilsi at bruk av kirurgi burde avta, men tallene viser at det øker. Jeg merker at min nysgjerrighet på hva de impliserte har å si om saken er stor.

METODE.

I denne oppgaven har jeg søkt kunnskap om pasientene og deres behandleres synspunkter vedrørende samhandling om den sykmeldte pasientens atraumatiske skulderlidelse. Dette kapitlet vil redegjøre for hvordan mine resonnementer har ledet meg til designet av studien. Jeg vil beskrive mine metodiske valg og avslutte med noen refleksjoner om disse.

FORSKNINGSDESIGN:

Hvordan skal vi forstå dette fenomenet? Lar det seg i det hele tatt gjøre å studere samhandlende mennesker i et sosialt system og så danne seg en konklusjon som gir mening? Filosofer har strevet med dette grunnleggende ontologiske problem i flere hundre år (Jacobsen, 2005). I hvilken grad er det mulig å samle inn og operasjonalisere kunnskap om dette, og hvordan skal vi i tilfelle gå frem? Et positivistisk syn på dette vil være at alt, også sosiale systemer kan studeres og analyseres på en slik måte at det fremkommer en objektiv virkelighet som står utenfor oss selv og at dette kan studeres. Jacobsen referer til en type logikk om at man kan opparbeide en kumulativ kunnskap om den objektive verden ved at aktuell forskning bygger på tidligere forskning som igjen gir utvidelse av kunnskap (Jacobsen, 2005). Det positivistiske synet møtte mye motstand i Norge fra midten av forrige århundre (A. Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010) og det har oppstått en dreining mot hermeneutisk metode, også kalt fortolkningsbasert tilnærming (Jacobsen, 2005). Hermeneutisk metode vil åpne opp for at ulike personer fortolker samme hendelse på ulik måte og at det er interessant å gå nærmere inn

på hvilken mening mennesker legger i sosiale fenomener. For å forstå dette problemet må en rette seg inn mot å snakke med noen mennesker. Samhandlingen mellom hjelperne og den hjelpetrengende danner en helhet man ikke kan forstå uten å se nærmere på de enkelte delene, og vi kan ikke forstå de enkelte delene uten samtidig å se på helheten. Våre fortolkninger begrunnes ved å vise til andre fortolkninger og vi må være forberedt på å gå i ring – i den hermeneutiske sirkel (A. Johannessen et al., 2010).

En tverrsnittsundersøkelse vil kunne gi ett øyeblikksbilde av en bestemt situasjon (A. Johannessen et al., 2010), men vi vil ikke kunne si noe særlig om utvikling over tid, og heller ikke mye om sammenhengen med andre fenomener hvis det ikke knyttes mot et eksperiment eller et kvasiekperiment. En kvalitativ studie som ser på andre menneskers syn på sin livsverden og hvordan de forstår sammenhenger, kan være en vei å gå. Fenomenologisk tilnærming handler om å se på begivenhetene slik de viser seg for oss, sett med en gruppe menneskers øyne (A. Johannessen et al., 2010). Ryen viser til Denzin og Lincoln som utdyper kvalitativ forskning som å studere ting i deres naturlige setting for å gi mening (make sense of) eller tolke fenomener ut fra den mening folk gir dem (Ryen, 2002).

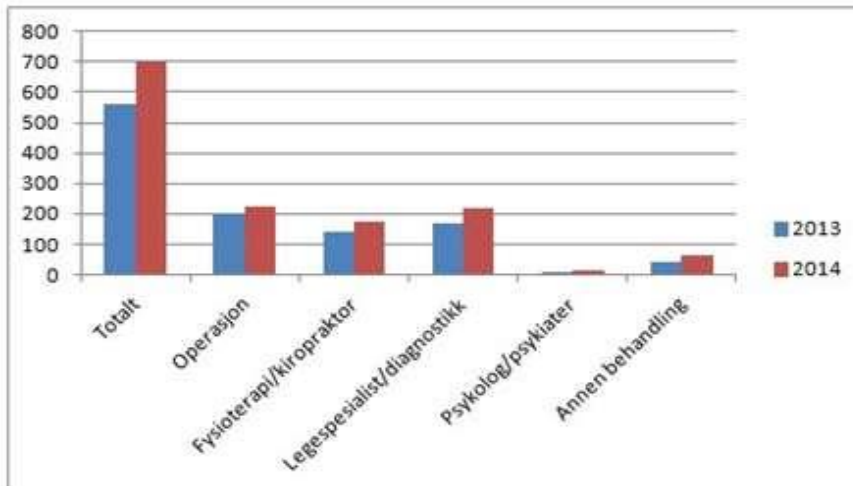
I denne sammenheng er vi interessert i pasientenes og behandlernes forforståelse og en god måte å gjøre dette på er ved intervjuer. Jeg velger å intervju noen personer som inkluderes etter visse kriterier, for så å sette dette datagrunnlaget inn i en sammenheng med legers definisjonsmakt som omtalt av Abbott (Abbott, 1988)), Cheetham (Cheetham & Chivers, 2005) og Fauske (Fauske, 2008) og deres interaksjon med offentlige kontra private helseaktører. Som det påpekes av Jerlang: «Vi er udleveret til hindanden!» (Jerlang & Øhrgaard, 2011). Pasienten legger tillitsfullt sin skjebne i legens hender og legen plikter å finne svaret i sin faglighet. Hva da hvis pasienten ikke liker legens forslag (Jerlang & Øhrgaard, 2011)? Kan det være slik at det er lettere å presse legen dersom man betaler privat takst, eller har et forsikringselskap i ryggen? Hva hvis forsikringsdekningen garanterer MR og operasjon innenfor et visst tidsrom? En vanlig betingelse for å utløse dette vilkåret er at lege har forordnet undersøkelsen (If helseforsikringsvilkår pr. 1.november 2014, www.if.no). Er fastlegen oppdatert på retningslinjene innen spesialfeltet, evner ortopedspesialisten å se utover det biomedisinske perspektiv, har pasienten stor tro på at kirurgi vil løse problemene?

Innenfor rammene av datainnsamling vil dette være en intensiv og fortolkende ramme med et induktivt perspektiv (Jacobsen, 2005). Det er veldig interessant å se etter forklaringer på fenomen som gjentar seg fremfor enkelthendelser, fordi det kan skape en mulighet til å avdekke de prosesser som opprettholder eller endrer fenomenet over tid (J.-A. Johannessen & Olaisen, 2006). Vi kan trygt si at operasjoner av skuldre på bakgrunn av MR-undersøkelse er noe som gjentar seg da vi gjennomfører MUSSP-relaterte inngrep for 5 milliarder offentlige helsekroner per år, og en stor andel av disse er skulderprosedyrer (Lærum et al., 2013). Vi har ikke tall for privat finansierte inngrep i skulder, men

Finans Norge har presentert tall pr. februar 2015 som viser at det utbetales store summer i økende grad.

Se tabell under:

Behandlingsforsikring:



Tabellen viser utbetalinger til sykdomsbehandling gjennom privat helseforsikring i Norge vist i millioner kroner. Totalt 700 millioner i 2014 og en markant økning fra 2013.

Kilde: Finans Norge

<https://www.fno.no/aktuelt/nyheter/2015/02/>

Hvis det er en konsekvens at vi opererer med 70 % unødvendige inngrep, så vil det medføre en annen åpenbar konsekvens i form av høye kostnader med liten nytteverdi. En måte å studere konsekvensene på er å følge tilbakekoblingsmekanismene for problemet. Slik kan man oppdage hva som kan skape eller endre handlingen (J.-A. Johannessen & Olaisen, 2006).

Mht informanter har jeg gjennom mitt yrke rik tilgang på diverse arenaer med sykmeldte skulderpasienter og deres hjelpere, det gjelder bare å velge på riktig måte for å besvare problemstillingen mest mulig utfyllende. Et lukket intervju vil kunne gi data som er effektive å systematisere og strukturere. Jeg kan spørre en større mengde respondenter og legge dataene inn i statistikkprogram eller regneark. Dataene vil kunne være mer representative og det generelle kan bli mer synlig for oss. I tillegg vil det kunne ses som en fordel at det er lettere å beholde en avstand til respondenten. Han blir en ansiktsløs enhet (Jacobsen, 2005). En annen viktig fordel er at det vil foreligge mindre risiko for undersøkelseeffekt, dvs at undersøkelsen oppleves som et fenomen i seg selv og at det faktisk er dette som måles istedenfor den opprinnelige problemstillingen. Et åpent intervju vil derimot kunne gi detaljer og nyanserikdom langt ut over det som intervjueren kunne lagt til rette for. Relevansen i svarene vil reflektere respondentens opplevelsesunivers og vi unngår at undersøkeren på forhånd har definert hva som er relevant. Vi kommer nært på og dataene som fremkommer er godt egnet til å belyse det unike og spesifikke ved respondentens og dennes kontekst (Jacobsen, 2005). For øvrig er det en vanlig kritikk mot intervjusituasjonen at respondentene kan finne på å svare annerledes når settingen endres fra individuelt intervju til gruppeintervju (Ryen, 2002).

Ryen tolker dette som at de andre personene representerer forstyrrende elementer i fht respondenten. Hun minner her om at samspill påvirker meningsdannelse og at dette taler mot bruk av individualistisk forskning (Ryen, 2002).

ETISKE HENSYN.

Designet stiller noen krav til overveielse av hvorvidt vi tar tilstrekkelig hensyn til personer og grupper. Det er et overordnet hensyn i all forskning at etikken er ivaretatt (Trost, 2010). Vi vil berøre arenaer som fagkunnskap, økonomiske forhold og trygdemedisinske hensyn både for helsepersonellet og pasienten. Å stille noen i et uheldig lys ved å antyde at vedkommende person eller gruppe ikke følger med på aktuell forskning, evt. bevisst bryter med anbefalt praksis og mulige motiver for dette, må unngås. Jeg anerkjenner mitt ansvar for å følge de gjeldende retningslinjer gitt av NESH (Den nasjonal forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora). Retningslinjene åpner tydelig opp for at mange fag har uenighet om vitenskapsteoretiske grunnlagsspørsmål, så det synes rimelig å stille søkelyset på klinisk praksis om et faglig omstridt tema. Samfunnsnyttens i denne problemstillingen er for meg åpenbar da det er snakk om offentlig finansiering av en omfattende praksis og at det kan kaste lys over den sykmeldtes hverdag på en måte som går ut over belastning målt i kroner og øre. Det har en kostnad for en person å gå sykmeldt med smerter og i tillegg være stilt utenfor arbeidslivet. Det kan være at det fremkommer en tredjepart som eksempelvis arbeidsgiver, NAV eller privat helseaktør. Disse vurderes som lite fragile i denne sammenheng og mulig ulempe vil etter min oppfatning oppveies av det samfunnsnyttige ved å belyse fenomenet. Idèen om informert samtykke er søkt ivaretatt gjennom skriftlig og muntlig informasjon både i utvalgsprosessen og umiddelbart før selve intervjuene. Gitt at intervjuer ikke skal styre informantens forestillingsverden i for stor grad før spørsmålene kommer, så vil det ikke være hensiktsmessig å gi altfor mye opplysninger (Trost, 2010). Det er nok at informantene vet hva studien har til hensikt å undersøke. Hvilke funn som blir gjort og hvilke konklusjoner forfatteren vil komme til er det ikke mulig å si på forhånd. Jeg ser det heller ikke som naturlig å gjøre rede for eventuelle fordeler og ulemper for informanten slik som foreslått av Kvale (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009) da jeg ikke har noen mulighet til å vite noe særlig om dette. Informanten vil for meg være ukjent og dermed kan jeg si lite om hva som er fordelaktig/ufordelaktig for vedkommende.

DATAINNSAMLING.

Som vist i innledningen er det samlet inn sekundærdata i form av statistikk og kostnadsberegninger gjort av helsemyndigheter og ressursgrupper innen fagsektoren. Disse er i hovedsak kvantitative og det er meg selv som har plukket dem ut i den hensikt å belyse bakgrunnen for oppgaven slik jeg finner det formålstjenlig. Jeg vurderer at tallene i MUSSP-rapporten er valide for innholdet i min tekst, men må også anta at andre vil kunne finne andre måter å fremstille tallmaterialet på, og at saken kan stille seg noe annerledes ved presentasjon av for eksempel supplerende tallmateriale fra forsikringsbransjen eller næringslivet. Tekstene jeg har referert til med intervju av personer og beskrivelser av situasjoner blir å

regne som kvalitative data og er åpne for tolkninger. Dagsaktuelle intervjuer av sentrale fagpersoner må alltid ses i sammenheng med pågående debatter i media. Disse er ofte farget av hendelser tilbake i tid og man skal være varsom med å overføre innholdets relevans til dagens dato. Særlig skal man være oppmerksom på nettaviser o.l. som ofte henter stoffet sitt fra flere forskjellige kilder. Det kan være snakk om at vi faktisk forholder oss til en tredjehåndskilde eller noe enda lenger bort fra primærdatainnsamlingen. Hvert ledd vil da gjennomgå fortolkning og velge ut informasjon som kan dreie innholdet. I mitt tilfelle bruker jeg dette stoffet som innledning til å diskutere et tema, og vil avvente å trekke konklusjoner til jeg har behandlet mine egne innsamlede data.

INTERVJUER.

Som nevnt over bestemte jeg meg for å snakke med noen mennesker. Jeg har interessert meg for fastlegen, fysioterapeuten, ortopedspesialisten og pasienten. Disse fire karakterene vil jeg bruke noe tid på å beskrive. En fysioterapeut er ikke bare en fysioterapeut like lite som en pasient er en pasient. Med hensyn til datametning vil jeg måtte begrense antall informanter for at det skal bli håndterbart innenfor rammene av oppgaven. Jeg vil gjerne ha med minst to av hver karakter, og aller helst ville jeg hatt gruppeintervju av alle samtidig. Mer om gruppeintervju under. En stor og viktig del av tablået for en sykmeldt skulderpasient er NAV. NAV innhenter og krever dokumentasjon fra fastlegen og styrer den sykmeldtes rettigheter og plikter. Jeg bestemte meg likevel for å utelate denne kilden i datainnsamlingen av hensyn til omfanget det trolig ville medføre.

Jeg tenkte at å samle fire leger ville bli vanskelig, så jeg planla derfor å intervjuere behandlerne hver for seg, i åpent intervju, og fire til seks pasienter i et fokusgruppeintervju. Totalt syv intervjuer å bearbeide. Fastlegen står for meg som en naturlig plass å begynne. Han mottar pasienten til første gangs konsultasjon for en skulderplage og han initierer de første skritt i behandlingsforløpet. Han kan foreskrive medisiner, viderehenvise og sykmelde. Jeg ville unngå å velge leger som jeg allerede hadde personlig og/eller profesjonell relasjon til. Dette for å unngå sammenblanding av rolleforståelse og som en måte å unngå at jeg kunne velge en lege som jeg allerede visste mye om mht meninger og faglige standpunkter. Jeg tenkte også en del på hvordan konsekvensene av den ferdige avhandlingen ville bli. Dersom det oppsto noen kontroverser i etterkant så ville jeg gjerne unngå å svekke mine opparbeidede relasjoner som jeg er avhengig av i mitt daglige arbeid. Jeg valgte da å kontakte noen perifere skikkelser pr. telefon og tidspunkt for intervju ble avtalt etter arbeidstid.

Naturlig nok kjenner jeg mange fysioterapeuter både privat og profesjonelt. Jeg ville unngå de som jeg mer eller mindre daglig omgås og de som jeg samarbeider tett med i min kliniske hverdag. Helst ville jeg treffe fysioterapeuter som jeg anså som erfarne og med bred erfaring. Derfor ble det til at nyutdannede eller spesialiserte på skulderplager ble unngått. Jeg ønsket de som står med pasienter i daglig klinisk praksis. Samme fremgangsmåte med kontakt pr. telefon og avtale etter arbeidstid.

Når det kom til ortopedene så spekulerte jeg mye over hvordan jeg skulle lykkes å få til avtaler med disse som er så opptatte. Ortopeder er gjerne subspecialiserte i den forstand at de forholder seg til visse kroppsområder som kne, hånd, rygg, hofte eller skulder. Min tanke var at det ikke ville være noe stort poeng i å snakke med noen som bare opererte knær, derfor søkte jeg til såkalte skulderkirurger. Noen jobber i den offentlige spesialisthelsetjenesten og noen representerer private aktører som klinikker eller større sykehus. Flere har dessuten tilsetting eller engasjement ved flere steder, både privat og offentlig. Mitt valg falt på offentlig tilsatt ortoped, noe som skulle påvirke min analyse i større grad enn jeg forutså. Mer om dette i analysen. Det var en del strev med å få dette til. Telefonkontakt viste seg vanskelig. Ortopedene er veldig opptatte og deres sekretærer og forværelser har ikke myndighet til å gjøre avtaler for dem til annet enn pasientavtaler. Ortopedene har mail på jobben, men det viste seg at denne ikke blir sjekket ofte og jeg mottok aldri svar på epost til tross for gjentatte forespørsler og purringer fra min side. Jeg henvendte meg forsøksvis via fysioterapiavdelingen ved sykehuset og skrev også brev til avdelingsledelsen for ortopedisk avdeling. Til slutt lyktes jeg ved å ringe opp ortopedene privat og ble møtt med velvilje.

Pasientutvalget så innledningsvis ut til å være en enkel affære. Jeg kontaktet noen fysioterapiklinikker og etterspurte pasienter i rett kategori og ble raskt lovet opptil flere pasienter. Her ble det også en del purring fra min side for å oppnå tilstrekkelig antall. Jeg hadde heldigvis tatt høyde for at det skulle bli noe frafall til selve gruppeintervjuet og dette viste seg klokt. Jeg hadde på et tidlig tidspunkt avtale med syv pasienter som hadde mottatt skriftlig informasjon og samtykket til å delta. Når vi satt og gjennomførte gruppeintervjuet var det fire pasienter i gruppen. Dette var det første intervjuet og planen var å avkode innholdet hurtigst mulig slik at intervjuguiden for behandlerintervjuene kunne tilpasses funnene i gruppeintervjuet.

Alle intervjusituasjonene opplevde jeg som gode. Jeg følte meg trygg på temaet og på min egen intervjuguide. Pasientene var ikke vanskelige å sette i gang. De snakket mye og til dels i munnen på hverandre og mot slutten måtte jeg rett og slett be dem stoppe for at jeg ikke skulle få alt for mye data. De vegret seg for å stoppe og det ble ti minutter etter at jeg syntes det var nok. Mer om denne situasjonen under «Reliabilitet og validitet».

Behandlerintervjuene forløp i en god og profesjonell atmosfære og det var tydelig for meg at informantene hadde mye kunnskap, erfaring og ikke minst meninger om temaet. Jeg kjente at det var en avvæpnende og trygg vinkling at de skulle kommentere pasientenes utsagn. Da unngikk vi at de kunne oppleve å testes i kunnskap eller ferdigheter.

For å legge til rette for diskusjonen avgjorde jeg å inkludere stimulusmateriale mot slutten av gruppeintervjuet. Mitt valg falt på et nyhetsklipp fra TV2-nyhetene høsten 2014. Dette klippet ble opprinnelig vist av TV2 for å belyse en offentlig diskusjon om bruk av kirurgi ved skulder- og

kneplager. Fremtredende fagfolk lot seg intervju og de fremsatte påstander jeg antok at pasientene ville ha meninger om. Slik sett var klippet egnet til å vekke diskusjon (Wibeck, 2011).

Jeg stilte som krav for min egen undersøkelse at den skulle være gyldig og pålitelig. Med andre ord skulle den måle det jeg ville den skulle måle og at informasjonen skulle være til å stole på. Jeg tenkte at åpent intervju med de profesjonelle egnet seg da det ville være få informanter og jeg var ute etter den enkeltes forståelse og mening om problemet. Jeg ville gjerne gjøre det ansikt til ansikt og påregnet den nødvendige ressursbruk for få dette til. Telefon eller nettbasert tilnærming så jeg på som mindre fortrolig og jeg ville da også miste muligheten til å observere informantens opptreden underveis. Det ville gjøre det lettere for meg å fornemme i hvilken grad jeg burde gå tettere innpå for å få ytterligere utdyping av svar (Jacobsen, 2005). Jeg tenkte også at jeg måtte pre-strukturere spørsmålene slik at vi oppnådde et slags fokus, da jeg gjerne ville unngå at vi «sporet av» eller pratet oss bort. Jeg så for meg en intervjuguide med noen tema, men uten bestemt rekkefølge og ingen faste svaralternativer. Selve arenaen for samtalen ville avhenge av hva som var praktisk mulig å få til, men jeg måtte være oppmerksom på konteksteffekten beskrevet av Jacobsen og at denne ville påvirke informasjonen. Hensikten med intervjuet vil for meg være åpenbar, da jeg vil ha en klar problemstilling. Det som ville bli spennende var om informanten ville anse temaene som sensitive i den forstand at jeg spurte om klinisk praksis og pasienthåndtering foran et bakteppe om faglig oppdatering og erklærte retningslinjer.

Et fokusgruppeintervju med pasienter var altså en tidlig tanke. Antallet fire til seks ble valgt ut i fra at jeg anså det som overkommelig å håndtere datamengden og at det ville bli tilstrekkelig aktivitet til at jeg ville få nok informasjon. Det ville dessuten ivareta en viss risiko for at en eller to uteble fra det berammede møtet. Mine mange år som pasientbehandler har lært meg at pasienter av og til uteblir. For at intervjuet skulle få det ønskede forløpet, nemlig at deltakerne sammen fortolker og gir mening til felles opplevelser, måtte jeg ha noe strammere struktur på temaene. Halkier skriver om fokusgrupper at de først og fremst er egnet til å «produsere data om sosiale gruppers fortolkninger, samhandling og normer» (Halkier, 2002). Hun hevder videre at det er vanskelig å få frem kompleksiteten i betydningsdannelser og sosiale praksiser i individuelle intervjuer og at dette da blir en metodisk fordel i denne sammenheng. Fokusgrupper er også tidseffektivt sammenlignet med feltarbeid eller deltagende observasjon da man slipper å sitte og vente på at noe av interesse skal dukke opp (Halkier, 2002). Jeg ville unngå at møtet på et tidlig tidspunkt beveget seg i alle retninger, nettopp fordi jeg ønsket en fortolkningsutvikling i gruppen (Jacobsen, 2005). Det ville stilles en del krav til meg som gruppemoderator. For eksempel måtte jeg være bevisst på at jeg skulle lytte mer enn jeg skulle snakke og at jeg ønsket å skape et bestemt sosialt rom hvor respondentenes erfaringer og fortolkninger ville komme til uttrykk (Halkier, 2002). Jeg måtte kunne noe om gruppeprosesser og selvfølgelig om temaet (A. Johannessen et al., 2010). Lydopptak ble tatt for å sikre dokumentasjon.

AVKODING OG MENINGSFORTETNING.

Transkriberingen av gruppeintervjuet ble foretatt dagen etter og jeg søkte teksten for meninger og innhold når jeg skulle analysere materialet. Datareduksjon oppstår umiddelbart når man bare lytter til et lydopptak. Stemning, kroppsspråk, gestikulering og blikk-kontakt er allerede utelatt. Jeg hadde heldigvis under gruppeintervjuet et ark for notater underveis og her hadde jeg fått med meg noe av dette. Ved noen anledninger oppsto megetsigende nikk eller hoderysting, andre ganger mente jeg å se sinne eller oppgitthet. Dette hadde jeg da notert på dette arket og kunne supplere dialogen med dette.

Med fargekoder for de tre forskningsspørsmålene gjorde jeg notater med fargekulepenn i ekstra bred marg til dette formålet. Dette for senere å plassere fargekodene i tabeller for ryddighet og oversikt. Denne strategien opplevde jeg som såpass givende og effektiv at dette ble gjentatt med de individuelle intervjuene. Jeg kunne tidlig observere at en fargekode dekket mer enn ett forskningsspørsmål; eksempelvis kan en pasients opplevelsesbeskrivelse sammenfalle både med forventning og med forestilling. Dette skapte en del hodebry og endte med at jeg satte samme dataene på flere steder, men på en slik måte at de ikke fikk dobbel betydning. Når jeg da senere satt med transkripsjonene og fokuserte på direkte sitater ble dette gjort i to trekk. Sitater som belyste en fargekode ble passert i tabellen under rett fargekode. Det kunne være et utsagn som:

«Man kan jo ikke trene bort slitasje!»

Jeg mener dette er uttrykk for en forestilling og når dette kommer fra en pasient så passet det inn i tabellen under «pasientenes forestillinger om utredning og behandling». Jeg passet da på å koble denne informasjonen fra pasienten mot en behandlers kommentar til akkurat dette. Dette ble da trekk to. Behandlerne var jo bedt om å kommentere pasientenes utsagn, så her kunne jeg gå rett inn i tabellen for behandlernes tilsvarende på et slikt utsagn og kunne finne noe som dette:

Fysioterapeut: Det overrasker meg ikke at pasientene har denne oppfatningen. Jeg kjenner det igjen!

Se tabell under:

Tema	Behandler		
	Fysioterapeut	Lege	Ortoped
Om språkbruk:	<p>«Pasienter har opplevd at de ikke har forstått hva som er problemet.»</p> <p>«Vi må bruke enkle ord og uttrykk.»</p> <p>«At det blir gitt informasjon på et forståelig språk.»</p>	<p>«Hvis ikke pasienten får sagt det han har tenkt til å si, hvis han ikke blir hørt, det er ikke omsorg..det er ikke respekt.»</p> <p>«Folk vil gjerne skjønne hva du snakker om.»</p>	<p>«Det er en selvfølge.»</p>
Om koordinasjon av tiltak:	<p>«Jeg forventer ikke at legen skal være den som koordinerer.»</p> <p>«Det kan bli mye papirer for legen.»</p> <p>«Fastlegen skal jo være en koordinerende person, men av og til er det jo han som vet minst.»</p>	<p>«Det er etter reglementet. Fastlegen er det faste holdepunktet.»</p> <p>«Vi er jo et mellomledd mellom pasienten og NAV og spesialisttjenesten og sykehuset. Så det avhenger av at vi har et godt samarbeid.»</p>	<p>«Vi forventer at legen tar det ansvaret. Han er jo pilaren i dette.»</p>
Om kommunikasjon:	<p>«Å sende informasjon muntlig via pasienten bør vi ikke gjøre. Da er det bedre å ringe legen direkte.»</p> <p>«Det er ikke alltid det samstemmer hva som er vår vurdering og hva pasienten har oppfattet.»</p>	<p>«Vi regner jo med at pasienten og fysioterapeuten blir enige om dette her.»</p> <p>«Mange ganger kom jo fysioterapeutene inn til oss i lunsjen, så kunne vi diskutere.»</p> <p>«Det er ytterst få fysioterapeuter som gir tilbakemelding.»</p>	<p>«Vi er veldig nøye på at alt blir sendt skriftlig til fastlegen.»</p>

Videre festet jeg med ved «spenstige» sitater som jeg mente i særlig grad belyste eller aktualiserte en fargekode. Alle disse samlet jeg i en annen tabell som jeg hadde tilgjengelig når jeg skulle presentere resultatene.

Arbeidet med dette var tidkrevende, men jeg ble belønnet med meningsfortattede kolonner som jeg sorterte direkte under forskningsspørsmålene som igjen var satt rett under problemstillingen. Se eksempel på dette under:

ANALYSEMATRISE				
1	2	3	4	5
	Problemstilling: Hvilke synspunkter har sykmeldte pasienter og deres behandlere på samhandlingen om den atraumatiske skulderlidelsen?			
Range-ring:	Forskningsspørsmål I: Hvilke forventninger har pasientene til sine behandlere?	Forskningsspørsmål II: Hvilke forestillinger har pasientene om utredning og behandling?	Forskningsspørsmål III: Hvordan forholder behandlerne seg til pasientenes forventninger og forestillinger?	
			Forskningsspørsmål element A: Forventninger.	Forskningsspørsmål element B: Forestillinger.
	DATA	DATA	DATA	DATA

Dataene i kolonne 2 ble sammenholdt med dataene i kolonne 4 og dataene i kolonne 3 mot dataene i kolonne 5. I kolonne 1 ble funnene rangert etter hvor stor betydning jeg tilla dataene. Når dette var på plass hadde jeg etablert god oversikt over mine funn og kunne oppsummere min tolkning.

Reliabilitet og validitet.

Termene i denne overskriften stammer fra kvantitativ metodologi (Bryman, 2003). Det ligger i selve naturen til kvalitativ forskning å fange opp nyanser og variasjoner så tanken om å oppnå kvalitetskravene og standardene fra kvantitative verdier kan ikke innfris fullt ut (Trost, 2010).

Påliteligheten og troverdigheten i foreliggende datainnsamling og tolkning hviler helt og fullt på min

evne til å forholde meg på en strikt og ryddig måte til det jeg har foran meg. Jeg har hele tiden anstrengt meg for å ikke legge ordene i munnen på informantene og jeg har satt min ære å ikke fordreie meninger. Likevel må det sies at jeg ved flere anledninger kunne høre meg selv på lydopptaket stille ledende spørsmål og at jeg når iveren ble for stor fremsatte mitt eget syn på et tema. Jeg skulle gjerne unngått de episodene da jeg fremstår lite objektiv fordi det kan svekke troverdigheten i studien (Fog, 2004). Dette var jeg da oppmerksom på når jeg skulle avkode svaret fra informanten og gjorde mitt beste for å redusere den uheldige effekten. Det er dog ikke realistisk å forholde seg saklig og uten synspunkter i denne sammenheng og trolig heller ikke nyttig for sluttproduktet. En slik standard kan stå i veien for nytenkning og nykonstruksjon (Trost, 2010). Jeg kunne også høre at jeg en rekke ganger var «flink» og holdt inne når jeg burde det. Under gruppeintervjuet henvendte pasientene seg til meg flere ganger og ville ha min mening. Jeg unngikk å svare og rettet spørrende blikk mot de andre og da kom svar fra andre pasienter. Jeg har ikke noen grunn til å tro at informantene har snakket usant eller holdt noe skjult for meg.

Mine spørsmål hentet jeg fra intervjuguiden som er nøye utarbeidet med tanke på problemstillingen. Om dataene er gyldige som grunnlag for konklusjoner må ses i sammenheng med hva jeg legger til grunn i mine avsluttende kommentarer. En studie med så få informanter over veldig kort tid vil ikke kunne dekke et så stort tema på en utfyllende måte. Jeg har samlet inn synspunkter og sortert og drøftet disse mot utvalgt teori. Det som er sagt er sagt og rådata foreligger som transkriberte dokumenter. Sitatene er ikke endret eller fordreid på noen måte, men meningene er fortettet og noe av dette er lagt til side. Her kan jeg ha mistet noe. Under selve meningsfortettingen ser jeg at det ved noen anledninger kan være flere måter å forstå et utsagn på, men jeg har gjort mitt beste for å gå fremover og bakover i lydopptaket for å unngå at jeg mister kontekst og innhold. Totalt sett vurderer jeg å ha god dekning for mine tross alt begrensede konklusjoner. Det er likevel ett poeng som har forfulgt meg i prosessen; De pasientene jeg til slutt satt i gruppeintervju med, hva slags motivasjon hadde de for å møte meg? De hadde blitt fortalt at dette var forskning på samhandling vedrørende skulderlidelser og at de var interessante fordi de var sykmeldte. Under selve gruppeintervjuet var det åpenbart at de hadde mye på hjertet. Det var bare å sette dem i gang og mot slutten måtte jeg stoppe dem. Hadde de sagt ja til å delta fordi de så dette som en anledning til å synge ut om hva de var misfornøyd med? Kunne jeg fått andre pasienter med andre synspunkter? Det kan hende det er tilfelle, men jeg fikk de jeg fikk og de sa det de sa. Jeg hevder ikke at deres utsagn er gjeldende for alle sykmeldte med skulderplager. Det er uansett styrkende for reliabiliteten at jeg synliggjør grundig og tydelig for hvordan mine data er håndtert og for prosessen med bearbeidingen. Kvale omtaler generaliserbarhet som oppdelt i tre kategorier; naturalistisk, statistisk og analytisk (Kvale et al., 2009). Ved analytisk generalisering gjør forskeren en bedømmelse av i hvilken grad resultatene kan overføres til en annen, lignende situasjon og argumenterer for sitt syn gjennom å vise til funn og analyse. Dette gjøres på en slik måte at leseren selv kan avgjøre generaliserbarheten på bakgrunn av forskerens

argumentasjon og de data som er presentert. Generaliserbarhet kan også omtales som overførbarhet; at funnene kan være relevante i andre sammenlignbare situasjoner (Thagaard, 2003).

Som helseprofesjonsarbeider besitter jeg i utgangspunktet kunnskap, holdninger og perspektiver jeg bringer med meg i alt jeg gjør. Dette medfører at jeg på noen felt har inngående og oppdatert kunnskap. Jeg velger å se på det som en fordel når det kommer til diskusjoner om evidens og berettigede påstander da jeg unngår å havne i villrede underveis i diskusjonen. Jeg mener ikke at jeg skal «vinne» diskusjonen, men at jeg kan innta en posisjon når jeg lytter til hva andre diskuterer. Da kan jeg eventuelt skyte inn adekvate spørsmål eller kommentarer. Jeg er også vant til å omgås pasienter, tolke dem og snakke med dem. Dette taler også til en fordel ved intervjuer og meningsfortolkning. Åpenbart er det en risiko for overfortolkning og avdekking av skjulte budskap med hensyn til dette. Livsverdenbegrepet til Merleau-Ponty legges til grunn i Bengtssons skildringer av møtet mellom verdener (Bengtsson, 2001). I dette perspektivet innebærer min metode at både den som studeres og jeg som studerer er uatskillelig forbundet gjennom våre livsverdener (Bengtsson, 2006). Utgangspunktet for møtet er min verden og mine horisonter og gjennom møtet med det andre mennesket konfronteres jeg med andre verdener som utspiller seg foran meg (Bengtsson, 2006).

Den totale gyldigheten for min undersøkelse slik Jacobsen definerer den er ikke møtt (Jacobsen, 2005), men ved å følge råd for god metode og reflektere kritisk over funnene kan undersøkelsen likevel være god.

Presentasjon av funn.

I det følgende vil jeg presentere de funnene jeg mener foreligger etter avkoding og meningsfortetning av transkripsjonene fra intervjuene. Analysen har til hensikt å besvare problemstillingen og de underliggende forskningsspørsmål:

HVILKE SYNSPUNKTER HAR SYKMELDTE PASIENTER OG DERES BEHANDLERE PÅ SAMHANDLINGEN OM DEN ATRAUMATISKE SKULDERLIDELSEN?

Forskningsspørsmål I:

Hvilke forventninger har pasientene til sine behandlere?

Forventninger om profesjonalitet i kommunikasjon og samhandling: I hovedtrekk er det tydelig at pasientene har høye forventninger. De forutsetter profesjonalitet i samhandlingen, herunder dokumentasjon og kommunikasjon som understøtter pasientenes behandlingsbehov.

Meningsfortattede data om dette ble sortert inn i analysematrisen på side 31 under gul kolonne 2 i påvente av data fra behandlernes svar i gul kolonne 4. Ved henvisning mellom lege og fysioterapeut beskriver legen i korte trekk hva som er problemet og de viktigste funn og pasienten gjennomgår en

undersøkelse hos fysioterapeuten. Ved oppstart av behandling hender det at fysioterapeuten gir melding til legen om hva som er strategien, men det er ikke regelen. Pasientene oppgir at det ofte blir gitt beskjeder til legen via dem, ofte muntlig overlevering fra fysioterapeut til pasient som gjengir dette til legen. Noen ganger får de med seg et lite skriv som de gir til legen. Dersom fysioterapeuten sender dette skrivet i posten til legen, er det som regel ikke mottatt når pasienten kommer til konsultasjon hos legen eller det kan være mottatt, men foreløpig ikke lest.

Fra pasientintervjuet: (I=intervjuer, P1=pasient 1 osv.)

P: Virker ikke som det er noe utstrakt samarbeid...altså at de snakker sammen.

Utsagnet viser at denne pasientens forventninger til behandlerne er at de skal fremstå med profesjonalitet i fagutøvelsen og som gode samhandlere med hverandre. Særlig er de opptatt av at dokumentasjon blir ivaretatt på en god måte og at det foregår en viss grad av kommunikasjon på profesjonell basis.

Ved behandlingens slutt eller ved milepæler underveis er det regelen at fysioterapeuten skal sende såkalt epikrise. Dette er en kortfattet sluttstatus om hva slags behandling som er utført, hva som er oppnådd og oppdatert klinisk status på pasientens tilstand. Dette blir i liten grad gjort i følge pasientene. Dersom pasienten derimot har vært hos spesialist, mottar legen alltid epikrise, men som regel med en viss forsinkelse slik at legens behov for dokumentasjon opp mot sykemelding ikke blir møtt. Disse mekanismene gjør at legen ofte ikke er oppdatert og må henvende seg til pasienten for informasjon. Dette reagerer de negativt på.

I: Fastlegen henviste deg...

P: Til fysioterapeuten og han henviste videre. Jeg vet ikke om fastlegen og fysio har snakket sammen eller sendt mail eller noe. Det vet jeg ikke. Men jeg har informert min fastlege om hva som skjer hos min fysioterapeut.

I: Du rapporterte til fastlegen hva dere drev med?

P: Ja. Så han var informert. Det var jeg som gjorde det.

I: Tror du fysioterapeuten samarbeider med ortopedene?

P: Nei, det tror jeg ikke. Men han sa til meg at jeg skulle gi han informasjon.

Pasientene gir uttrykk for at det ikke er godt nok med muntlige overleveringer og kommentarene tilsier at de ønsker å bli forklart sine plager med et godt språk og kommenterer tydelig at dette forholdet bør utvikles bedre. Pasientene vil ha respekt og omsorg med fastlegen som ansvarlig og våken koordinator.

I: Det er vel to forskjellige måter å samhandle på, den ene er å be pasienten å fortelle til legen hva vi driver med, den andre er at det blir skrevet en rapport ..?

P1: Jeg synes jo det blir mere riktig fordi det jeg forklarer om hvordan fysioterapeuten holder på med meg det..det blir folkelig prat, men jeg mener det er litt viktig at helsepersonell snakker samme språk på en profesjonell basis når det gjelder sånne ting..for da forstår de mer av hverandre.

I: Et skriv, er det å snakke sammen, tenker du?

P1: Ja. At han sender en rapport... og hva han muligens har en mistanke om at det kan være.

P2: Jeg tror ikke det er vanlig prosedyre.

P1: Nei jeg tror rett og slett du må be om det.

P3: Du må be om det.

P1: Jeg har dårlig tro på at det er noe automatikk i sånne ting.

Det siste utsagnet til P1 viser at han betviler at dette er ivaretatt. P3 rett og slett konstaterer forholdet etter at P2 har reist usikkerhet om prosedyren. De sier at de må selv ta ansvar for at dette viktige hensynet kommer i stand og at hvis de ikke gjør det, så blir det ikke ivaretatt. Slik ender pasientene opp med en følelse av ansvar for samhandlingen.

Forventninger til spesialisten: Videre fremkommer tydelig at når de til slutt kommer til spesialisten så forventer de at de får svar på hva som skal gjøres og at de skal tilbys «spesialistbehandling» i form av inngrep, sprøyte eller pille. Siden spesialisten som regel krever oppdatert MR-beskrivelse medbringer de sine MR-svar som de selv har fortolket som dramatiske og at funnene må løses med spesialistmetoder. MR-beskrivelser inneholder avanserte termer som ikke gir mening til lekfolk, men de får dette oversatt av legen eller fysioterapeuten eller de «Googler» begrepene.

P2: Jeg så jo skrivet fra første MR-bilde. Det var helt umulig å lese. Jeg skjønnte jo ingenting av det som sto der.

P3: Nei.

P2: Så jeg måtte ringe fysioterapeuten og si: Kan du oversette? Da forklarte han at det er trangt og at det var slitt. Det hørtes slett ikke bra ut!

MR-beskrivelsen er ikke ment for pasienten, men til legen. Pasientene gir uttrykk for at de misliker at det er uleselig og når de får det forklart, så tar de til seg innholdet på en bokstavelig måte. Etter spesialistintervensjonen forventes en god oppfølging med kontroll og evt forslag til videre tiltak. Som regel sendes de videre til fysioterapeut for opptrening samtidig som fastlegen mottar melding om hva

som er gjort. Dersom det oppstår problemer postoperativt er det tydelig at pasientene opplever at det ikke er rom for å bruke tid på dette under konsultasjonen. Det er satt av kort tid fra spesialisten og på gangen sitter mange pasienter og venter på sin tur.

P2: Ja, når jeg kom tilbake til han så sa jeg at jeg ikke var fornøyd og at jeg fremdeles hadde mye plager... fastlege og fysioterapeut kan ikke sette fingeren på hva det er for noe....han som ortoped skulle ha gjort en undersøkelse..om ikke annet..vært såpass ydmyk at han kunne sagt: vel, vi får ta nye MR bilder, så får vi se. Jeg var inne hos han..tur retur Oslo, inne hos han tre minutter. Hele etterkonsultasjonen. Opplevde ham som frekk...arrogant faktisk!

Rangering av behandlerne og institusjonene: Gjennom samtalene viser pasientene at de forventer forskjellig kompetansenivå på behandlerne, med spesialisten på toppen, og at spesialisten har makt til å diktere de andre. De kan også rangere behandlere etter merkelapper som «ekspert», «dyktig på skuldre» eller «kan jobben sin». Det er tydelig at det opereres med referanser og anbefalinger i sosiale nettverk som familie, nabolag og på arbeidsplassen. Andre pasienter er raske med å anbefale en rekke forskjellige behandlere og typer intervensjon.

Private sykehusalternativ forventes mer effektivt og også som bedre eller dyktigere enn offentlige alternativ. Pasientene sier lite om hvordan de måler denne effektiviteten, men de peker på at det går raskt å få time og at konsultasjonene og operasjonene tar kort tid.

Om offentlig sykehus kontra privat:

P2: Det er styringa. Offentlig styring er jo sendrektig. Det har den vært i mange år. Vanskelig å snu.

P1: Jeg tror at.. Den operasjonen jeg hadde der inne, det samlebandssystemet som var der. Et rom for knepasienter og ett rom for skulderpasienter. Folk ble trilla ut og inn hele tiden. Jeg var vel der en time før..og jeg tror han opererte en fem-seks stykker i den tiden. Samlebånd. Smokk,smokk.

P2: Et maskineri som gikk i ett!

Tilsynelatende oppfatter de maskineriet og samlebandet som en form for effektivitet. De setter pris på at det går unna fordi at da betyr det at ventetiden ikke blir så lang.

P3: ..hvis du går til en privat med avtale. Da stiller jeg meg egentlig spørsmålet: Hva er det de gjør, de private sykehusene som de offentlige sykehusene faktisk bruker ...ja.. hvor mye lenger tid på...?

P4: Det er ikke noe heksekunst å regne seg fram til det. På privatklinikken der jobber dem og det offentlige går og klør seg i ...

P4 gjør det helt klart hvordan han ser på det offentlige systemet og befester sin tidligere påstand om sendrektighet i det offentlige Norge. P3 stiller seg undrende til hva som foregår på et offentlig sykehus når ting tar etter hennes oppfatning mye lenger tid.

Forventninger til fastlegens rolle: I følge pasientene skal fastlegen koordinere behandling og tiltak inkludert henvisninger og oppfølging av disse. Han skal kommunisere med alle involverte og han skal «være våken» og gripe inn. De vil han skal ta ansvar for det som skjer på flere fronter og holde dem underrettet om sakens utvikling.

Forskningsspørsmål II:

Hvilke forestillinger har pasientene om utredning og behandling?

Det ser ut til å være liten tvil om at pasientene mener at bildediagnostikk er helt nødvendig for å forstå tilstanden og at kirurgi er den rette behandlingen. Det fremkommer opptil flere ganger i diskusjonen:

P1: Operasjon. Det finnes ikke noe mer over det. Før det sender de deg overalt, men til slutt så kommer du dit. Det er som en pyramide.

Eller her:

P4: Jeg er ikke operert før, men på torsdag skal jeg til ortoped. Men nå har jeg hatt plagen i seks- sju år uten å ta tak i det. De skal vurdere om det skal opereres eller hva de skal. Så da får vi se. Hva det er jeg har? Det vet jeg ikke. Altså hva det er for skade..

P1: Det ser de på MR-bildene.

P4: Nei, jeg mener nå har jeg vært i kontakt med fysioterapeuten og fastlegen og de har ikke forklart meg...

P2: Må ha bilder for å se det vet du.

P4 forklarer at han lever i uvisshet og P1 og P2 forsikrer ham om at dette vil bli avklart når han får tatt MR. De sitter med erfaringer på at ortopedene har benyttet bildene som kilde til å bestemme inngrep:

P3: (...)Det er den merkverdige konsultasjonen jeg har hatt både før og etter operasjon. Jeg kom inn og han sa: Jeg har sett bildene dine og jeg kan hjelpe deg. Når vil du ta operasjon? Han ba meg ikke løfte på armen en gang.

P1: Nei men da hadde han sett på bildene!

Legg merke til at P1 ved de to siste passiarene viser til sin sterke overbevisning om bildenes makt. I tillegg føler pasientene at NAV gjerne vil ha MR-bilder og spesialistuttalelser i sin

dokumentasjonsprosess knyttet til sykmeldingen. Å være sykmeldt er en sårbar situasjon og når det trekkes i langdrag stiller NAV noen krav til tiltak og utredning. Pasientene erfarer da at NAV kan staggjes med denne dokumentasjonen. Man ser også i passieren over at MR-bilder legger til rette for at behandler kan droppe klinisk undersøkelse og at pasienten i dette tilfellet synes det er greit. Han forsvarer ortopedens praksis med bildenes legitimitet.

Å bli operert i skulderen kan være svært smertefullt postoperativt, men pasientene mener det er verdt det. Dersom det ikke oppnås effekt av første inngrep vil det trolig være nyttig med ett til, hevder de. De ser på inngrepet som totalt ufarlig og hvis du sier nei må du være forberedt på smerter resten av livet. Pasientene har etablert sterke forestillinger om utslitte strukturer inne i skulderen og at plagen er irreversibel og forventningene om kirurgiens effekt øker når behandler foreslår eller støtter dette:

P3: Den operasjonen du gjorde, du sov ikke? Det var bare bedøvelse?

P2: Jo. Det var narkose. Du kjenner ingenting.

P1: Sovner fort og våkner fort.

P3: Det er ikke farlig?

P1 og P2(i kor): Nei, nei. Du merker ikke engang. Jeg sovna sånn (knipser).

P1: Det er ikke noe å grue seg for. Det er ikke noe å grue seg for.

I: Tenker du at det er litt skummelt å sovne inn?

P3: Ja..om det kan være farlig...

P3 uttrykker skepsis og noe frykt. De andre mobiliserer og motiverer ham. De kommenterer hver og en at han må bare ta det med ro og ikke engste seg. Det er verdt å merke seg at ingen av dem kjenner P3 fra tidligere og at de dermed ikke har noen forutsetninger for å gi råd angående hans helsetilstand. Han viser tegn på frykt mens de virker mest opptatt av at han skal la seg sovne inn og få gjennomført inngrepet de alle mener er nødvendig. Så følger en sekvens hvor han får høre hva som venter ham hvis han ikke lar seg operere:

P3: Hva skjer hvis man nekter? Hvis jeg sier: Nei, jeg vil ikke operere meg?

P2: Da må du gå og ha vondt, da blir du i hvert fall IKKE noe bedre.

P4: Da blir du ikke bra. (Rister på hodet.)

P1: Og hvis du da begynner med smertestillende...som jeg begynte med for ryggen..og gikk over til morfinbaserte midler....

P3: Jeg vet at jeg blir ikke bedre. For det har vært lenge og det blir bare mer og mer.

P2: Akkurat.

P3: Jeg må gjøre noe med det, men...

P2: Det er ingen garantier...for at operasjonen blir bra, men det er neste steg på veien..kanskje det ikke holder med en, man må kanskje ha to..(Lener seg frem).

Nok en gang gjør de andre felles sak og tegner et bilde av sørgelige konsekvenser av å takke nei til inngrep. De skisserer også at det kan være nødvendig å foreta flere. De antar for øvrig at NAV stopper pengene dine hvis du ikke stiller opp da det er et krav at pasienten skal delta i det behandlingsopplegget spesialisten anbefaler. Pasientene mener det praktiseres forskjellsbehandling ved at de som har penger eller forsikring får fortere og bedre hjelp. De omtaler seg selv som «den lille mann» og «Jørgen Hattemaker» og viser til at folk høyt på strå kommer lettere til den rette behandlingen.

Forestillinger om årsaker: Når vi snakker om mulige årsaksammenhenger forklarer de sine funksjonsproblemer med biomedisin. Altså slitasje, feilfunksjon, revet i stykker og utslitt, men når jeg spør nærmere om utløsende og vedlikeholdende faktorer peker de mot stress som en viktig årsaksfaktor. De viser til sin hverdag privat og på jobb og påpeker en rekke psykososioemjonelle forhold som; presset arbeidsliv, aktiv på mange fronter, vanskelig å fungere i tilpasset arbeid etc:

P4: Det er blitt veldig press i samfunnet..hele veien.

P3: Spesielt på jobb..

P4: I industrien hvor jeg jobber må vi springe hele tiden. Hvis du sier du ikke orker, så sier de ha det bra og henter en polakk eller noe.

I: Mener du det at hvis du viser tegn på svakhet eller skade, så kommer andre og tar jobben din?

P4: Ja,ja!

P4 sitter med en klar og tydelig opplevelse av at han sitter utrygt i sin jobb. Smerter og funksjonsproblemer representerer en trussel mot en forutsigbar tilværelse med fast jobb og stabil inntekt. Han viser til at arbeidsgiver med letthet kan hente inn andre for å gjøre hans jobb og at han dermed kan unnværes. Dette kunne han unngått hvis han bare ikke hadde vondt i skulderen. Særlig dette med tilpasset arbeid oppleves som truende og vanskelig:

P4: Men så er det da at når du først er blitt syk og kommer inn i NAV-systemet..så sier NAV at arbeidsgiver kan legge til rette!! (latter)

P4: ..sånn at du kan gå på jobb i 40% eller 30%..det er lett for NAV å si det! Kommer du til arbeidsgiver og sier det så ler han deg rett i ansiktet! Jeg har ikke bruk for deg lenger.

Tanken på at arbeidsgiver skulle finne på å le en sykmeldt medarbeider rett opp i ansiktet når han søker sin lovfestede rett til tilpasset arbeid er ikke noe særlig oppløftende. Det som inntreffer her gjenkjennes av de andre med at de ler hånlige av situasjonen. Arbeidsmiljøloven og tariffavtaler sikrer arbeidstageres rettigheter, men i praksis opplever de sykmeldte at rettighetene i hovedsak foreligger på papiret. Det oppleves ikke som en reel sikkerhet. De ler av ordningen i felleskap og virker skjønt enige om at NAV ikke har peiling på hvordan ting fungerer i arbeidslivet.

I: Hva skjer med deg (til P3), hvis du sier dette til din arbeidsgiver?

P3: Nå er jeg sykmeldt 70%. Når jeg jobber normalt, så kommer smertene tilbake. Så har jeg sagt at jeg skal slippe å bære bruskasser.. men noen annen må ta de kassene.. så sier de drittsekk til meg..

P2: Ja..

P3: ..(Hvisker) ..vi må alltid ta hans jobb.. Da blir jeg utstøtt og baksnakket. Det er ikke...det er ikke trivelig å dra på jobb. På jobb så må vi ta skiten sammen...hvis du skal slippe fordi du har vondt så går all belastning på de andre...så ...

P3 sitter åpenbart med en opplevelse av at de andre baksnakker ham og P2 ser ut til å ha erfart noe lignende ved at han skyter inn et «ja» etter P3s beskrivelse av bruk av skjellsord. Arbeidsgiveren til P3 har tydeligvis godtatt at han ikke skal løfte bruskasser, men arbeidskollegaene lar ham ikke slippe så lett unna. De løfter kassene, men lar ham samtidig forstå at dette ikke er greit. De får en merbelastning på grunn av hans plager og da lar de ham få kjenne på at dette ikke kan fortsette. Han skjønner at hvis han skal kunne jobbe der, så må skulderplagen løses. Hvis ikke er han ikke ønsket som kollega. Han havner i samme situasjon som P4 som ikke var ønsket av sin arbeidsgiver. Dette er sterke krefter som driver folk ut av arbeidslivet. Det er ikke merkverdig hvis de søker med lys og lykt etter måter å bli kvitt plagene sine. Hvis det da har oppstått en situasjon ved at de tenker at de må opereres, så vil alle forhold som drøyer eller utsetter dette tiltaket trolig oppleves som hindringer i retur til arbeid. Sårbarhet og følelsen av å komme til kort ser dermed ut til å forsterkes av et tiltak som opprinnelig har til hensikt å hjelpe pasienten til å delta i arbeidslivet. De opplever seg som «den lille mann» i den store sammenheng og føler seg som «en kasteball» i systemet. Utredning og venting trekker situasjonen i langdrag og de skisserer en bestilling på et mer helhetlig og ivaretagende system med tydelige roller og oversikt over hvem som har ansvar for hva.

Reaksjonene på videoklippet: Videoklippet som speiler oppdatert kunnskapsgrunnlag kolliderer kraftig med pasientenes forestillinger om best behandling og de støtter ikke de anbefalte tiltakene som trening, fysioterapi etc. De er tydelig på at de ikke vil tilslutte seg behandlingsstrategier som ikke gir

mening for dem. Opplevelsen av at de sliter med noe som har med overbelastning og slitasje å gjøre er allerede forsterket av dramatiseringen av MR-funn og det faktum at de er sykmeldt for å avlaste og skjermes for jobbaktivitetene. Da får de det ikke til å stemme at det skal være riktig å trene seg frisk. De oppfatter ventetiden som en forsinkelse i tilfriskningen:

P4: ..det er der du har problemet i fht oss som er vanlige oppegående normale mennesker. Vi forstår ikke det regnestykket. At staten skal betale oss en helsikes haug med sykepenger frem til en viss dato og da får vi arbeidsavklaringspenger. Så skal vi der gå og vente istedenfor at de får ut fingeren og får oss operert så har vi rehab i tre måneder og «smakk» så er vi tilbake på jobb. Det må da bli mye billigere for Staten? Jeg kan ikke forstå annet.

Det er tydelig at P4 ser operasjon som eneste vei til å bli frisk og alle mekanismer som utsetter kirurgien fordyrer prosessen for Staten og forlenger prosessen for ham og arbeidsgiver. Han ser ikke ventetiden som en mulighet for å bli frisk og han virker sikker på at tre måneder med rehabilitering er tilstrekkelig for at han skal kunne fungere i jobb igjen.

P1: Trene mer! De siste 18 årene har jeg syklet frem og tilbake på jobben. Det er 15km om dagen!

P4: For meg høres det vanvittig feil ut at jeg skal trene mer når jeg flyr og lempet på stål hele uka. Jeg springer opp og ned ledere og lempet og herjer og trimmer og slåss hele dagen med jern, så det gjør jeg ikke!

P2: Så kan vi stille spørsmål...ja trening ville kanskje hjelpe noe, men vi har jo alle fått denne plagen fordi vi har feilbelastet. På et eller annet vis...ikke sant? Jeg har fått det mye pga ensformighet, ...betennelser...forkalkninger...du kan vel ikke trene bort en forkalkning? Som mange av disse skulderplagene faktisk er?

P1: Nei.

Det oppsto en amper stemning etter filmklippet med hoderisting og fnysing og himling med øynene. Utsagnene ble fremsatt med en viss bestemtighet og som vi ser påtar P1 seg rollen som fagkyndig og besvarer P2s spørsmål som var rettet mot intervjueren. Tanken på å frigjøre energi og tid til en treningstilnærming virker for dem uoverkommelig:

P3: Nei, nei. Hvis du ser en av mine dager: jeg går på jobb...stress...tungt arbeid...mer stress...du må stå på beina i 8 timer...du kan ikke sitte for det er ikke tid...etterpå må du løpe hjem til barn og kone som venter på deg og så er det stress der også til barna sover...så vil jeg slappe av og lese en bok og bare ta det med ro...så må du gå og trene! Ha, ha...hvor får jeg inn den tiden? Hvor får jeg den lysten? I min jobb er det ikke plass, kanskje er det det for andre?

Det ble likevel slik at den faglige tyngden i TV-innslaget hadde sin effekt på gruppa og et visst refleksjonsnivå oppsto for å komme påstandene i møte:

P2: Jeg tror veldig mange av de plagene vi har i dag er stressrelatert. Du går med hevede skuldre og spent nakke. Du skal rekke noe, du skal skynde deg. Det blir feilbelastning hele tiden. Jeg vet ikke om en halv time på treningsstudio løser det. En livsstilsendring må til.

P4: Det er blitt veldig press i samfunnet...hele veien.

P1: (nikker)

P4: Det er en kjensgjerning. Det er sånn det er blitt.

P3: Sånn er det for meg.

De oppsummerer med en viss resignasjon arbeidslivets prøvelser og hvordan de strever med hverdagslivet sitt. Som i forrige forskningsspørsmål konkretisertes meningsfortettede data inn i analysematrisen på side 31. Denne gang i rosa kolonne 3 i påvente av data om behandlernes perspektiv i rosa kolonne 5.

Forskningsspørsmål III:

Hvordan forholder behandlerne seg til pasientenes forventninger og forestillinger?

Dette spørsmålet inneholder to elementer (a+b) som relaterer seg til de to første forskningsspørsmålene. Behandlerne sier noe om hvordan de forholder seg til a): forventninger og b): forestillinger som beskrevet over. Behandlerne bidrar også uoppfordret med sine egne tanker om dette. Leseren kan se tilbake til analysematrisen på side 31 og se hvordan dette spørsmålet er plassert i hvit celle som en paraply over gul kolonne 4 og rosa kolonne 5. Alle data i gul kolonne 4 refererer seg til at behandlerne forholder seg til det som pasientene har oppgitt om forventninger i gul kolonne 2, mens dataene i rosa kolonne 5 er kategorisert som tilsvar på pasientenes forestillinger fra rosa kolonne 3.

Forventninger om profesjonalitet: Pasientenes forventninger og behandlernes holdninger samsvarer ifht språkbruk og etikk. Behandlerne beskriver at de selv har gode rutiner, men er godt kjent med at kolleger ikke innfrir det som de selv anser som minimumskrav for fagutøvelse mot denne pasientgruppen. Behandlerne oppgir at de selv følger etiske retningslinjer og internasjonale guidelines for fagutøvelse, men innrømmer at det er få treffpunkter i den kliniske hverdagen og liten grad av tilgjengelighet overfor hverandre. De ser at av ulike årsaker blir ikke pasientens behov imøtekommet. Brev kan være forsinket, tilbakemeldinger avgis for sent eller ikke i det hele tatt. Også her avgis en

rekke eksempler på at kolleger ikke innfrir. Behandlernes totalinntrykk av samhandlingen er at denne er dårlig, en sier til og med at den er elendig:

Lege: «Det er et fantastisk dårlig system, jeg må si det høyt at kvaliteten i norsk allmenn praksis er mange steder veldig dårlig. På samme måte som kvaliteten på en del fysioterapeuter er veldig dårlig.»

Forventninger til spesialisten: Behandlerne støtter opp under hierarkiet innenfor medisin og forventer høy grad av kompetanse og profesjonalitet fra spesialisten. Ingen av behandlerne er imidlertid enige i at spesialistkonsultasjonen er endestasjonen hvor alt skal finne sin løsning. Spesialisten tar bare stilling til sin spesialistintervensjon:

Ortoped: Vi vurderer pasienten med tanke på om dette kan opereres. Hvis ikke, så slipper vi pasienten.

Dette utsagnet viser til at ortopedene på forhånd har en tanke om at konsultasjonen skal benyttes til å avgjøre om det skal foretas kirurgi eller ikke. Spesialistfunksjonen anses av alle som meget kompetent uten at kompetansebeskrivelsen foreligger eksplisitt. Hva som bør gjøres av spesialisten er opp til spesialisten, men den opprinnelige henvisningen kommer fra en fastlege som ønsker utredning av sin pasient med skulderplager. Legen har stor tiltro til spesialistens utredning og jeg tolker at han ikke er helt inneforstått med spesialistens på forhånd planlagte begrensning av oppdraget. Det kan være at legen anser at oppdraget har en noe større omfang.

Alle behandlerne fremholder at MR ikke er nødvendig og skal i tilfelle bare være et supplement. Noen behandlere mener det er NAV som krever MR:

Fysioterapeut: Jeg har inntrykk av at NAV legger opp tiltaksplan etter MR og spesialistsvar.

Lege: NAV har et dokumentasjonsbehov for å godkjenne videre sykmelding. Jeg tror det har større gjennomslagskraft med en MR-beskrivelse for å begrunne arbeidsuførheten og det mener jeg er helt feil.

Behandlerne har felles synspunkt på at pasientene har for høye forventninger til hva som kan tilbys.

Lege: Det er rett og slett overdreven tro på kirurgi. Hva skal vi si...mangelfull opplysning om kirurgiens begrensning.

Rangering av behandlerne og institusjonene: Alle behandlerne bekrefter at skulderlidelser er noe som krever en spesiell oppmerksomhet og kompetanse fra behandler og at det er god grunn til å rangere. Noen få behandlere anses så kompetente at de kan dele ansvar med spesialisten, mens noen behandlere er ansett som så svake at de må overvåkes eller unngås. Opprettelse og utvikling av samarbeidsrelasjoner oppstår som nøkkelementer i god klinisk praksis. Relasjonsbygging er utbredt

mellom behandlerne. De identifiserer hverandre gjennom felles referanserammer ut fra faglige plattformer og utvikler og vedlikeholder gjensidig nytteverdi. Denne nytteverdien synes effektiv også for pasientene og letter behandlingsforløpet. Fastlegens rolle som koordinator og ansvarlig synes ubestridt og åpenbar for alle partene i studien. Det er likevel vist at han noen ganger sitter uten informasjon og blir forbigått i informasjonsflyten. Både ortoped og fysioterapeut ser at den totale belastningen med alle papirer og prosedyrer og tidsfrister kan bli overveldende for legen. En lege vil etablere samarbeid med noen få fysioterapeuter og benytte disse regelmessig til denne kategorien pasienter. Disse fysioterapeutene kan få privilegier som at legen forer dem med pasienter og anbefaler dem, eller han kan gi fysioterapeuten et eget telefonnummer slik at de kan ringe hverandre. Som motytelse får legen gjerne en snarvei for sine utvalgte pasienter slik at de slipper å vente på time:

Lege: Fordi det som hendte meg en del ganger var at folk, de kan jo velge hvilken fysioterapeut de kan gå til selv. Og så kom de tilbake og så for eksempel så sto det trening, opptrening pga tendinitt eller lignende. ...så forteller de at de har fått laser, varmepakninger, trykkbølge...de hadde fått...altså det er en del fysioterapeuter..(mumler)..og de har all slags maskiner på kontoret sitt nå, som de kanskje heller bruker enn å bruke den fysioterapien som de lærte i studiet. Og det har sikkert noe med...noe med økonomi å gjøre. Og så er det noe med interessen da...noe med hvor god du egentlig er. I mitt tilfelle, jeg prøvde å si at; gå ned på NN-klinikken, de er gode på det...og noen ganger så ringte jeg jo ned: Jeg har en her, han jobber, bør komme inn fort, da fikk jeg jo han tror jeg fortære inn enn om han hadde gått et annet sted.

Dersom en behandler oppfatter at den andre tenker i de samme baner som ham vil samarbeidet befestes og de holder seg til hverandre og stoler på hverandre. Dette gjelder faglige standpunkter, rutiner for tilbakemelding og holdbarheten i kliniske vurderinger:

Lege: Som lege så må du finne fysioterapeuter som jobber på den måten jeg tenker at de bør jobbe. Jeg har tre fysioterapeuter som jeg bruker.

Eller:

Ortoped: Overfor de fysioterapeutene jeg samarbeider med til daglig har vi meningsutveksling. Der er det ikke sånn at jeg dikterer. Vedkommende vet veldig mye om skulder.

og:

Ortoped: Så spør vi pasienten; hva slags fysioterapi har du egentlig mottatt? Så viser det seg at det var overhodet ingen av de elementene som vi ønsker skal være del av fysioterapibehandling.

Det siste utsagnet fra ortopedens viser at han har direkte erfaring på at pasienter har mottatt behandling som han ikke omfavner. Han har sett at pasienter mottar behandling som han vurderer ikke gir effekt og at han merker seg hvilken fysioterapeut det her er snakk om.

Pasientenes holdninger til private alternativ om at de er mer effektive og også dyktigere imøtegås av behandlerne. De er ikke enige i dette. De mener pasientene måler effektivitet på feil måte og at pasientene ikke godtar portvaktfunksjonen til legen eller sykehuset og at de bare er opptatt av å få raskt time, snarlig tilbud om behandling og at de ønsker løsninger hvor de må yte lite selv. Selve diskusjonen privat kontra offentlig tar fort store dimensjoner når den kommer på bordet og virker veldig preget av synsing og at man kanskje ikke har så mange harde fakta. Synspunktene til behandlerne varierer også en del med hensyn til hva de er opptatt av, det kan være at de private aktørene har sett sin mulighet for å engasjere seg der det offentlige nedprioriterer eller omprioriterer:

Lege: Det kom noen sånne undersøkelser som viste at de som hadde fått trening klarte seg like bra eller bedre enn de som ble operert. Det var da sykehuset snudde. (..) Så istedenfor å operere 9 av 10 så opererte de 1 av 10. Fordi at fysioterapi hjalp.

Fysioterapeut: Det siste året har ventetiden ved sykehuset vært lang, og da har de private aktørene kommet på banen.

Eller at de private i utgangspunktet ikke oppfattes som særlig velkomne:

Lege: Det private helsevesen ...etablerer seg og tapper det offentlige for en knapp ressurs...flinke fagfolk..

Legen nærmest anklager det private helsevesen for å rekruttere flinke folk. Folk som burde holde seg til det offentlige slik at vi fikk høyt nivå på våre tjenester. Han appellerer dermed til en slags idealistisk holdning fra helsearbeidere om at de skal jobbe i det offentlige selv om det er dårligere betalt og med dårligere utstyr. Det er tydelig at han synes det er problematisk at flinke folk går over til det private. Han kaller det å «tappe» det offentlige.

Det fremmes også som forklaring at de private virker effektive fordi de i hovedsak påtar seg enkle og ukompliserte oppdrag med de rette pasientene, mens det offentlige må ta de pasientene som har komorbiditet eller behandling som krever spesielt utstyr og/eller mer tidsbruk:

Fysioterapeut: Det er ikke noen tvil om at man kan oppleve at et privat sykehus er mer effektivt enn et offentlig. Det er kanskje riktig i noen tilfeller også. At man skal ha diverse operasjoner som kikkhullsinngrep i skuldre og sånt noe som burde være gjort privat og ikke i det offentlige. (...). At de skal konsentrere seg om andre ting på et offentlig sykehus.

Det kan virke som fysioterapeuten tenker at dette kan være en god mekanisme, å frigjøre tid og ressurser for det offentlige til å gjøre det som krever litt mer. Han sier ikke så mye om hvordan det skal avgjøres hvorvidt oppdraget er komplisert eller ikke. Jeg minner om at spesialisten har forenklet sitt oppdrag ved kun å ta stilling til hvorvidt det skal opereres og at det er denne avgjørelsen som ligger til grunn for selve inngrepet. Kompleksiteten rundt bakgrunnen for pasientens problem har da

blitt ryddet av veien og oppdraget er plutselig blitt «ukomplisert og enkelt». Han sier heller ikke så mye om hva han mener med «andre ting». Mener han kreftbehandling og avansert medisin eller mener han mer omfattende inngrep i skulder og arm? Dette burde jeg fulgt opp med spørsmål.

En av ortopedene sier han mener å se en utvikling i retning av at pasientmaterialet deler seg i to hovedgrupperinger. Mot det offentlige og mot det private:

Ortoped: Det jeg tror er at etter hvert nå så får du en forandring i pasientmaterialet mellom de som er i det offentlige og de som er i det private. I det private så tror jeg det er...du får en litt annen type seleksjonering av pasientene mellom disse to institusjonene. Så jeg tror de helt enkle greie problemstillingene...vi får mindre og mindre av de. Vi får mer sånne litt tyngre ting å hanskes med.

Ortopeden bekrefter fysioterapeutens anvisning om at offentlig sykehus får litt annerledes oppgaver. Han antar at sykehuset får mer «tyngre ting» og viser til forskjellig seleksjonering. Her ser det også ut til at han i likhet med fysioterapeuten tenker at noen inngrep i skulder er «enkle og greie» uten å gå nærmere inn på kriteriene for dette. For min del blir det uklart hvordan noen problemstillinger kan vurderes som enklere enn andre. Jeg tenker at i denne situasjonen ville jeg trolig fått andre og mer utfyllende data dersom jeg hadde intervjuet flere ortopeder både fra private sykehus og fra offentlig helsevesen.

Det fremkommer også andre og litt mer utfordrende perspektiver på motivasjonen til de private aktørene:

Ortoped: ...dette er det mange av mine kollegaer som har skjont at her kan man gjøre gode penger. De gjør sikkert mye bra også, det er ikke det, men jeg...det er ikke min form for medisin, da.

eller:

Lege: At det er markedskrefter inne i bildet er jeg helt sikker på. Det er jo sånn at de private klinikkene er aksjeselskap, det står store eiere bak som vil ha avkastning. De krever et overskudd. Det tror jeg nok en del av de legene som jobber der lar seg påvirke av. Det tar tid å forklare en pasient at han ikke skal opereres. Det tar kortere tid å bare sette ham opp til inngrep.

eller:

Fysioterapeut: Jeg har inntrykk av at de private er raskere til å gå for operasjon. At pasienten ikke har kjørt konservativ behandling først. Det offentlige er mer restriktive.

En ser at alle behandlerne melder seg på og mer enn antyder at det er en forskjell mellom det private og det offentlige som stikker noe dypere enn at det er snakk om en praktisk arbeidsfordeling. De viser til økonomiske motiver og markedsmekanismer som kontinuerlig forer industrien med pasienter som

har høy motivasjon for å legge seg under kniven. Private klinikker gjør gode penger og leverer overskudd til sine eiere i regi av spesialistenes forvaltning av kunnskapsgrunnlaget. Det opprinnelige oppdraget som initieres av pasientens problemformulering overfor sin fastlege iverksetter en behandlingslinje fra fastlegens henvisning til spesialist og videre inn i korridorene til kapitalistenes marionetter. Fra det øyeblikk er pasientens videre skjebne helt og holdent i spesialistens hender. De perspektivene i litteraturen som forfekter andre intervensjoner enn kirurgi havner i skyggen av effektiv privat sykehuspraksis når spesialisten og pasienten går hånd i hånd om å forstå plagene i lys av biomedisin. Biopsykososial tilnærming tar for lang tid, krever for mye innlevelse og blir møtt med motstand fra pasienten.

Forventninger til fastlegens rolle: Alle er enige om legens rolle som koordinator. Både pasienter og behandlere. Samtidig er behandlerne klar over at dette ikke er lett å håndtere ifht tidsbruk i den kliniske hverdagen og naturen i den uoversiktlige prosessen. Legene opplyser at de tar sin rolle som portvakt på alvor og at noen pasienter må holdes igjen. Når pasientene vil rett til spesialist forbeholder legen seg retten til å vurdere nødvendigheten av å henvise og at de vil vurdere pasienten først:

Lege: Mange pasienter vil jo til spesialist, men vi kan ikke sende alle. Vi skal være en silingsinstans.(..)Men mange søker seg rett til spesialist, ikke sant. Bare betaler for det.

Legens portvaktfunksjon blir ofte ikke tatt godt imot hos pasientene da de opplever at de blir nektet noe de gjerne vil. Privat alternativ fremstår da som en løsning for noen. Av og til kan også fastlegen støtte pasientens sterke ønske og henviser pasienten direkte til privat spesialist:

Lege: Det hendte jo av og til at jeg mente pasienten ikke burde vente...at han trengte raskt time...da sendte jeg ham rett til privatklinikken...jeg har jo mine forbindelser.

Han omtaler det inntrufne som «av og til», noe som jeg anser som at dette ikke var regelmessig praksis. Hva som gjør at han finner at pasientens ønske bør innfris raskt kommer ikke frem, men denne legen virket veldig opptatt av arbeidsevne og arbeidslivet så jeg tenker at hastverket kan knyttes til dette. Når legen gjør det på denne måten undergraver han strategien han tidligere har støttet. At sykehuset ønsker tålmodighet og langsiktig perspektiv og opp trening i sykmeldingsperioden.

Det kan også være at fysioterapeuten har instruert pasienten om å be legen om å utføre eller iverksette noe, for eksempel å sette en sprøyte, ordinere medisiner eller skrive ut/forlenge sykemelding. Dersom dette formidles muntlig fra pasienten overfor legen blir det ikke tatt godt imot:

Lege: Det kunne hende fysioterapeuten foreslo at jeg skulle sette sånn kortisonsprøyte i skuldra til pasienten. Og det får jeg gjennom pasienten. Kjedelig.

I en slik situasjon eksponeres legen for pasientens forventning. Han må da bruke tid på å forklare dette hvis han ikke er enig med fysioterapeuten. Det er tydelig at bakgrunnen for forslaget og faglig diskusjon rundt dette ikke har funnet sted mellom de to behandlerne. Legen kunne i en slik diskusjon enten la seg overbevise av faglige argumenter eller han kunne ta en tydelig stilling overfor fysioterapeuten at dette ikke kommer på tale. De to kunne ha avklart dette seg i mellom og pasienten kunne vært skånet for uleilighetene. Da opplever pasientene at de to behandlerne ikke samarbeider om tiltak og at de nektes noe som potensielt kan medføre bedring. Legen blir irritert over forslaget og fysioterapeuten føler han ikke blir hørt når han kommer med det som han oppfatter som gode forslag. Legen er likevel villig til å legge skylden på pasienten slik at uleiligheten ikke faller på fysioterapeuten:

Legen: Jeg tror ikke alltid det er fysioterapeutens feil, han sier kanskje noe og så oppfatter pasienten noe annet.

Forestillinger om nødvendigheten av bildediagnostikk og om effekten av kirurgi: Ingen av behandlerne er enige i pasientenes forestillinger om at bildediagnostikk er nødvendig og at funnene står i nær sammenheng med plagene. MR sier ikke noe om funksjon eller prognose og skal bare brukes som supplement til grundig klinisk undersøkelse. Behandlerne er opptatt av at kunnskapsgrunnlaget har endret seg og praksis skal endres. Pasienter som ønsker kirurgi må møtes med god tidsbruk, gode forklaringer og undervisning. Samtidig sier alle behandlerne at dette er det ikke tid til eller at det er utfordrende både å sette av tid til dette og at selve gjennomføringen av en slik strategi oppleves vanskelig:

Fysioterapeut: Det første møtet med en skulderpasient burde bestå i å forespeile gangen i det hele. At det kan hende du må trene i et halvt år. Å fortelle pasienten at den tiden (ventetiden) er viktig. Det er ikke lett.

Og:

Ortoped: Det hadde vært fantastisk hvis vi kunne bygget opp et stort og godt behandlingsapparat her på sykehuset. Fordi at skulder er jo så vanvittig sammensatt! Av alt jeg har drevet med er dette toppen av kransekaka i forhold til kompleksitet. Altså helt ekstremt.

Både ortoped og fysioterapeut sier her noe om hvordan det burde være og at slik praksis hadde vært «fantastisk». De viser at de er enige om hvordan plagene kan forstås og at veien til en bedre hverdag for pasienten kan starte med gode møter med behandlingsapparatet.

Fysioterapeut og lege forteller at de gjenkjenner det pasientene sier om NAVs holdning til MR-bilder:

Lege: Så det er den kliniske vurderingen som du gjør, altså undersøke pasienten, inspeksjon, bevegelsesinnskrenkning, det er jo det som sier noe om du klarer å sitte i kassa på Rema og slå inn noe, ikke MR-beskrivelsen. Men jeg tror at for både pasienten og NAV så er det mye viktigere at det står at det er forkalkninger i skulderleddet, for da er det funnet noe.

og:

Lege: Det er klart at når Spesialist NN sier at pasienten må gjennom fysioterapi før det kan bli snakk om operasjon f.eks. så.. og i den tiden ikke kan løfte med armene over hodet, så veier nok det veldig mye tyngre hos NAV for jeg tror NAV også har det sånn, alt de kan føre...det er som pasienter...alt kan sees på røntgen, er det noe galt på røntgenbildet, så er det noe galt.

Legen viser til hvordan han tror NAV-konsulenten forholder seg. En logikk som minner om pasientenes tankesett. Slik blir en MR-vurdering full av avanserte ord og uttrykk som krever høy kompetanse å omsette til praktisk betydning benyttet som begrunnelse for sykmelding og dokumentasjon av faktiske forhold. En måte å tenke på som er typisk for legfolk, at man danner seg meninger utfra sin måte å forstå og forklare, uten å ta hensyn til at man ikke har det faglige grunnlaget. Legens sammenligning av pasientens og NAV-konsulentens tankesett fremstår for meg som selve essensen av problemene med årsaksforklaring.

Man så over at pasientene gjerne forsøker å påvirke og gi råd til hverandre. Det ble godtatt og til og med forsvart at en behandler kunne droppe klinisk undersøkelse og kun forholde seg til bilder. Ingen av behandlerne er enige i dette og fordømmer dette som dårlig praksis:

Lege: Å se på bildene istedenfor å undersøke er kortslutning.

Og:

Lege: Vi henviser jo til spesialister som vi har tiltro til.

Det er tydelig at legen har forventning til høyere grad av ansvarlighet og kompetanse fra den spesialisten han har henvist til. Dette avstedkommer en konsekvens som antydes slik:

I: Betyr det at hvis det hadde kommet deg for øre at han og han spesialisten tar snarveier så ville du kanskje få litt mindre tiltro...?

Lege: Ja. Egentlig. Da ville jeg begynt å bli skeptisk. For det....du forventer jo at pasienten får en skikkelig undersøkelse når du sender ham til spesialisthelsetjenesten.

Nå sier ikke legen noe om hva han legger i begrepet «skeptisk», men dette begrepet kommer nok i konflikt og kontrast med «tiltro» som han benyttet tidligere. I hvilken grad henvisende lege blir gjort oppmerksom på eventuelle snarveier fra spesialisten er ikke godt å vite. Det må være hvis pasienten

blir veldig opptatt av å fortelle hva som har foregått og at legen da genuint lytter til dette. Hvis pasienten ikke forteller disse detaljene og legen ikke spør om dem, så blir de borte. Legens «tiltro» til spesialisten ble ikke fulgt opp med spørsmål fra intervjuer. Er det snakk om en i utgangspunktet sterk overbevisning om kompetanse fra en ukjent spesialisert kollega eller har legen en profesjonell relasjon til spesialisten via langvarig og fruktbart samarbeid?

Gruppeintervjuet viste over at pasientene støtter og motiverer hverandre til å la seg operere. De er klar over at det er smertefullt postoperativt, men de mener det er verdt smertene fordi belønningen etterpå er å bli bra. Behandlerne er ikke enige i at kirurgi er løsningen og i hvert fall ikke flere inngrep når det er oppstått problemer:

Ortoped: ..så var det jo sånn at pasienten kom til såkalt «second opinion» hos meg. Var altså operert. Blitt ti ganger verre. Men den som hadde operert hadde sagt at nå skal vi gjøre en operasjon til, så blir det bra. Skulle bare ha min godkjennelse på at dette var hensiktsmessig. Og min erfaring med å operere inn i brennende skuldre er dårlig. Så det skjønnte jeg jo med en gang. At hun synes mine forslag om å behandle dette ved hjelp av smerteklinikken og fysioterapi, det synes hun var helt håpløst. Hun skulle jo bare ha min støtte på nytt inngrep.

Alle behandlerne reagerer på pasientenes forestillinger om risikofri prosedyre og at man egentlig ikke har noe valg hvis du vil bli smertefri. Inngrep er aldri helt uten risiko eller bivirkninger. Det er heller ikke grunnlag for pasientenes inntrykk av at plagen er irreversibel. Det er tvert imot gode resultater ved rett behandling, men det krever oppdatert praksis fra behandler og at pasienten godtar egeninnsats og langvarig perspektiv. I de tilfellene pasientene oppgir at de står alene mot systemet og at de presses fra NAV til å stille opp i behandlingen bekrefter behandlerne at de mener man må mobilisere stor innsats for å motivere pasientene og de støtter at velferdssystemet stiller krav til den sykmeldte:

Lege: Nei. Det er jo et problem det der. Som sykmeldt er du jo forpliktet til å følge opp behandlingen, så burde jo det få følger for pasienten rett og slett økonomisk. At hvis du ikke selv bidrar til at du skal bli bra, så hvis du kommer til fysioterapeut og ikke vil yte noe selv. Bare at fysioterapeuten skal gjøre deg bra...man er jo avhengig av at pasienten følger behandlingsopplegget...gjøre de øvelsene som er lagt opp. Det er klart at du har jo pasienter som ikke følger opp. Det er jo frustrerende for enhver behandler. Både fysioterapeuten og legen.

Det var tydelig at pasientene helst ville forklare skulderplagene sine med biomedisinske perspektiver og at andre forhold som bekymringer og stress ikke sto tydelig frem for dem. Behandlerne betrakter derimot lidelsene som multifaktorielle og komplekse med uklare årsaksforhold:

Ortoped: I prinsippet så tenker jeg at den diagnosegruppen vi snakker om...det er tendinitter og diverse...ting vi egentlig ikke aner hva er for noe.

Likevel benyttes moderne måleinstrumenter i liten grad, mens kliniske verktøy med biomedisinske forklaringsmekanismer benyttes i stor grad. Fysioterapeutene har stor tiltro til sine funksjonstester, men sier lite om spørreskjemaer eller selvrappotering og legene sender ansvaret for vurderingen over til kompetanse som ortopedspesialist eller en vel ansett fysioterapeut. Mer om moderne måleinstrumenter og vurdering av funksjon i drøftingen.

Forestillinger om årsaker: Pasientenes kommentarer til stress ble møtt med forståelse fra alle behandlerne. Fysioterapeutene viser en slags tilfredstillelse over at pasientene reflekterer over dette, men legen gir inntrykk av å ha sett dette som et viktig moment i lang tid. Ortopeden avviser ikke vinklingen, men definerer sin rolle bort fra temaet:

I: Pasientene sier at en viktig årsaksfaktor for plagene er stress. De sier også at vi ikke har noen som kan behandle oss for stress. Hva tenker du om dette?

Ortoped: Det er sikkert bra, men det ligger på sett og vis utenfor det feltet hvor jeg jobber. Altså vi vurderer pasienten med tanke på om dette kan opereres. Det er jo den utfordringen vi møter hver dag. Kan vi hjelpe deg til å bli bedre i skulderen med en operasjon? Og hvis ikke så slipper jo vi pasienten...da kan du si at det er veldig enkelt å gjøre det, men det er pga pasientstrømmen. Vi har for mange pasienter.

Han sier han ikke har tid til å ta dette fordi tiden ikke strekker tid i hverdagen. Det samme sier legen, mens fysioterapeuten ser dette mer naturlig som sin oppgave. Ortopedene sier likevel at de anser at det er deres oppgave å forklare nøye hvorfor de ikke vil operere:

I: Pasientene sier at dersom de mottar anbefalinger som ikke er logiske for dem, så følger de dem ikke?

Ortoped: Det tror jeg er helt riktig. Men det er jo min oppgave, opplever jeg, når jeg kommer med noe som jeg skjønner at pasienten synes er litt rart. Å informere veldig nøye om hvorfor jeg mener at det skal gjøres sånn.

Han sier egentlig to ting som står i motsetning til hverandre. På den ene siden oppgir han at vil «slippe» pasienten hvis han vurderer at det ikke er indikasjon for kirurgi, mens han på andre siden formidler at han er opptatt av å «informere nøye» om sin begrunnelse. Han legger inn et forbehold om at han i hovedsak vil legge vekt på å informere nøye hvis han oppfatter at pasienten synes det «rart». Da tenker jeg at i utgangspunktet kan det hende alle pasientene har sterkt behov for grundig informasjon siden de fleste allerede har inntatt en holdning om at de selv vurderer at kirurgi er løsningen. Hvis han da velger ut et fåtall fordi han har det travelt vil mange oppleve at de «slippes». Ortopedene har for øvrig de interne sykehusfysioterapeutene å støtte seg på. Siden de deler samme syn, kan pasienten sendes videre til fysioterapeuten for å høre mer om riktig behandling. Riktig

behandling virker likevel som et treningsfokus fra behandlerne og at stress som faktor ikke i like stor grad blir ivaretatt systematisk.

Reaksjonene på videoklippet: Behandlerne er enige i det kunnskapsgrunnlaget videoklippet formidler og innser at det er krevende å motivere pasientene til å godta en tilnærming som krever betydelig egeninnsats fra pasienten. De anklager pasientene for ikke å ville yte egeninnsats og de etterlyser et bredere sammensatt behandlingsprogram, men har ikke noe forslag til reorganisering og viser til tidsnød. De er alle opptatt med daglig klinisk pasientarbeid og har ikke frigjort tid og ressurser til plan- og utviklingsarbeid, og i hvert fall ikke på en tverrfaglig arena.

OPPSUMMERING.

Dataene som er presentert viser at pasientenes forventninger til behandlerne er at de skal fremstå med profesjonalitet i fagutøvelsen og som gode samhandlere med hverandre. Særlig er de opptatt av at dokumentasjon blir ivaretatt på en god måte og at det foregår en viss grad av kommunikasjon på profesjonell basis. De ønsker å bli forklart sine plager med et godt språk og kommenterer tydelig at dette forholdet bør utvikles bedre. Pasientene vil ha respekt og omsorg med fastlegen som ansvarlig og våken koordinator og de vil at spesialisten skal tilby spesialistbehandling i form av en operasjon eller en sprøyte eller et medikament. De søker seg til fysioterapeuter som de rangerer etter antatt kompetanse eller som de er blitt anbefalt å oppsøke.

Pasientene forestiller seg at bildediagnostikk er meget viktig for å forstå tilstanden og at kirurgi må være rett behandling. Overbevisningen om dette er så sterk at de er villige til å påvirke og overbevise andre pasienter om å la seg operere. De årsaksforklarer lidelsen innenfor biomedisinske rammer som slitasje og overbelastning, men åpner også opp for en tolkning innenfor en biopsykososial modell når de bringer inn stress i arbeidslivet og familielivet. Det kommer også tydelig frem at de opplever sykmeldingssituasjonen og behandlingsforløpet som en vanskelig og sårbar situasjon. De opplever seg som «den lille mann» i den store sammenheng og føler seg som «en kasteball» i systemet. Utredning og venting trekker situasjonen i langdrag og de skisserer en bestilling på et mer helhetlig og ivaretagende system med tydelige roller og oversikt over hvem som har ansvar for hva.

Behandlerne sier seg enig i mye av det som pasientene kommer med. Språkbruk, etikk og profesjonalitet gjenkjennes av behandlerne som hovedelementer i god praksis. I de tilfellene behandlerne kjenner til kolleger som avviker fra dette erkjenner de at dette ikke er godt nok for pasientene. Medisinens hierarki med spesialisten på toppen som toneangivende for foretrukne intervensjoner støttes av både pasienter og behandlere. Lege og fysioterapeut stoler på spesialistens kompetanse og forholder seg lojalt til de konklusjoner og vurderinger som blir gitt. Vi ser også at relasjonsbygging er utbredt mellom behandlerne. De identifiserer hverandre gjennom felles referanserammer ut fra faglige plattformer og utvikler og vedlikeholder gjensidig nytteverdi. Denne nytteverdien synes effektiv også for pasientene og letter behandlingsforløpet. Fastlegens rolle som

koordinator og ansvarlig synes ubestridt og åpenbar for alle partene i studien. Det er likevel vist at han noen ganger sitter uten informasjon og blir forbigått i informasjonsflyten. Både ortoped og fysioterapeut ser at den totale belastningen med alle papirer og prosedyrer og tidsfrister kan bli overveldende for legen. Pasientene gir uttrykk for at de ikke er fortrolig med legens portvaktfunksjon mot bildediagnostikk og henvisning til spesialisthelsetjenesten. De velger da å gå utenom «porten» og kjøpe denne tjenesten fra privat aktør. Når behandlerne konfronteres med at pasientene anser private aktører som mer effektive og til dels dyktigere tar dataene en vending mot litt større dimensjoner innenfor helsepolitisk debatt om privatisering. Det antydes sammenhenger og mekanismer i retning av markedsøkonomi og bevisst avvik fra god praksis. Videosekvensen setter en tilnærming på dette via offentlig nyhetssending og det er vesentlig faglig tyngde bak det som blir sagt i videoklippet. Alle behandlerne støtter fagpersonene i nyhetssendingen sine syn.

Det er under oppstillingen av data om pasientenes forestillinger vi ser størst sprik mellom behandlere og pasienter. Her avdekkes en tydelig diskrepans mellom hva pasientene anser som riktig og hva behandlerne forfekter. Pasientene kan ikke forstå at MR-bilde ikke gir forklaring og at skulderlidelsen skal behandles med trening og veiledning over lang tid. De motsetter seg den langsiktige strategien og mobiliserer alternative forløp for å komme til målet. Dette kan være å kjøpe tjenester som MR og spesialistkonsultasjon eller de går fra behandler til behandler i håp om å finne noen som kan tilby noe som føre til raskere resultater. Behandlerne på sin side forlanger at pasienten nærmest blindt skal godta det som blir ordinert og ser seg ikke i stand til å bruke nødvendig tid på å forklare og motivere. Behandlerne viser til travel hverdag og få treffpunkter mellom de som skal samhandle om den aktuelle pasienten. For øvrig godtar både pasienter og behandlere delvis å sette plagene i sammenheng med livsbetingelser, men vi ser at dette perspektivet i liten grad reflekteres i behandlernes praksis både i undersøkelse og behandling.

DRØFTING.

Her følger mine resonnementer vedrørende hvordan funnene kan forstås i lys av teorigrunnlaget for oppgaven. Når vi ser på den historiske utviklingen av helsetjenesten i Norge er det vist at helseprofesjonene har spilt sentrale roller i utformingen av tjenestene (Erichsen, 1996). Det foreligger et medisinsk yrkeshierarki med biomedisinske subspecialiteter på topp som agerer styrende for de øvrige. Profesjonssystemet er et system av relasjoner som påvirker hverandre (Abbott, 1988) og de strever med å kontrollere oppgavene (Ramsdal & Fineide, 2010). Perioden med kniving om rett behandling for korsryggsplager (Waddell, 1996) har jeg brukt som eksempel fordi det kan ligne på det dagsaktuelle som foregår med skuldre. Behandlingslinjer som beskrevet av Fineide (Fineide, 2012) viser hvordan kunnskap danner grunnlag for diskusjon om rett behandling og hvordan reglene blir til og Ferlie (Ferlie et al., 2012) har reist spørsmål om ikke det er på tide at pasientens stemme blir løftet frem. Hall (Hall, 2005) og Adler (Adler et al., 2008) redegjør i sine artikler for hvordan profesjonelle barrierer kan hindre samarbeid og at nyere tverrprofesjonelt arbeid går i retning av å fokusere på å

bygge ned barrierer og trekke lasset i større grad sammen. Biomedisinen ble utsatt for kraftig kritikk av Engel (Engel, 1977) når han lanserte nye perspektiver på å forstå mennesker og deres sykdom mens Prasad (Prasad et al., 2013) og Brox (Brox et al., 2010) har satt lyset på våre medisinske rutiner og deres berettigelse. I denne sammenheng vil metodene for måling av plager som vist av Røe (Roe et al., 2013) kunne gi grunnlag for å gjøre ting på en annen måte innen muskel- og skjelettplager. Det Danske Sundhedsvæsenet har sett nøye på sine rutiner og kommet frem til at kirurgi ikke er kostnadseffektivt og de etterlyser bedre dokumentasjon for å rettferdiggjøre aktuell praksis (Løvschall et al., 2011). Mot slutten av teorigrunnet har jeg vært opptatt av å vise at selve sykdomsbegrepet er satt under lupen av Moynihan (Moynihan et al., 2012) og profesjonenes rolle i moderne, vestlig medisinsk praksis utfordres og til dels anklages. Problemene med å utvikle felles forståelse av samme problem og hva man kan gjøre med det har av flere blitt omtalt som «wicked problems» (Rittel & Webber, 1973), (Conklin, 2001) og (Wilson, 2013). Strategier og mekanismer for å løse slike problemer kan være å sammenstille klienter og behandleres erfaringsperspektiver (Hansen & Ramsdal, 2014).

De tre forskningsspørsmålene følger i tur og orden og mot slutten av kapittelet problematiseres hovedfunnene med noen tanker om mulige implikasjoner for klinisk praksis og utvikling av samhandlingen om atraumatiske skulderlidelser i Norge.

Forskningsspørsmål I: Hvilke forventninger har pasientene til sine behandlere?

Pasientenes forventninger representerer etter mitt syn ingen store overraskelser. Ønskene om profesjonalitet og samhandling, dokumentasjon og kommunikasjon, godt språk, respekt og omsorg samt fastlegens koordinerende rolle gjenspeiler våre lover og forskrifter for god fagutøvelse. Det er ikke uventet at de forventer dette, og det er heller ikke urimelig. Jeg vil si det slik at dersom disse forventningene kunne bli møtt, så ville vi kunne påberope oss god kvalitet i våre helsetjenester for denne pasientgruppen. Når det kommer til hva de forventer av spesialisthelsetjenesten gjenkjenner vi Erichsens (Erichsen, 1996) beskrivelser av de historiske perspektivene for medisinenes utvikling i Norge. Vi ser medisinenes yrkeshierarki med subspecialiteten på topp, her i skikkelse av ortopedspesialist også omtalt som skulderkirurg. Han kan stå som en representant for Abbots (Abbott, 1988) mikronivå og en eksponent for medisinsk-intern tankegang ved at han fører plagen tilbake til underliggende tilstand og at han i mindre grad er opptatt av sosiale og kulturelle forhold som kjennetegner medisinsk-eksternt perspektiv.

Erichsens antagelse fra 1996 om at private aktører vil øke sin innsats i Norge på bakgrunn av stort potensial som privat helsemarked ser vi konturene av når vi hører om hvilket omfang pasientene beskriver av tilgang til private alternativ. Vi ser at pasientens utrednings- og behandlingsforløp er underlagt medisinen ved at legen opptrer som portvakt mot bildediagnostikk og spesialisthenvisning. Det er denne portvaktfunksjonen pasientene ikke slår seg til ro med når tiden går. De vil gjerne gå

utenom porten og da er den eneste måten å betale for dette. Jeg vil anta at dersom dette gjøres i stor grad, så vil det bli et høyt antall pasienter som går utenom porten i løpet av ett år. Jeg finner dessuten støtte for denne antagelsen i min innledning med tabellen på side 22 over antall solgte behandlingsforsikringer pr. 2014. Erichsen viser også til at profesjonene er opptatt av sin autonomi og de ser ikke alltid i retning av å tjene samfunnet. Det er handlingene som former helsetjenesten og det er kamp om kontrollen over oppgavene. Pasientene jeg har intervjuet mer enn antyder at de kan tenke seg å ta tilbake noe av kontrollen. De sjekker ut Fritt Sykehusvalg og de bestiller seg time hos privat spesialist for å korte ned den uakseptable ventetiden de til stadighet blir utsatt for. Da vi allerede har sett at vitenskapen ikke er entydig åpner det seg nettopp slike rom for å velge blant aktører. Der det er dragkamp om oppgaver ser vi også at det kan oppstå en form for kamp eller strategier for å unngå visse oppgaver. Fastlegen er rask med å sende pasienten videre til fysioterapeut når det kommer til uklare tilstander som muskel-skjelettplager og ortopedien virker kun opptatt av å vurdere om han skal operere eller ikke. Spesialiteten og kompetansen til denne behandleren må vel gå noe utover om man skal foreta inngrep eller ikke? Vi vet at han kvier seg for å bruke for mye tid gitt at da vil timeplanen og logistikken ved poliklinikken havarere. Han etterlyser et bredere tilbud til sine pasienter, men ser ikke hvordan det skulle la seg løse innenfor eksisterende rammer. Både legen og fysioterapeuten viser til travle dager og at det er lite rom for å møtes eller annen form for kontakt vedrørende pasientsamarbeid. Begge to nevner dialogmøter med NAV som en mulig arena for å treffes og diskutere. Abbott har sagt at profesjonene utvikler seg sammen og former hverandre (Abbott, 1988) og det ser for meg ut som om den ene behandleren påvirker hverdagen til den andre når han enten trekker pasienten til seg eller sender ham fra seg.

Forskningsspørsmål II: Hvilke forestillinger har pasientene om utredning og behandling?

Når vi ser nærmere på hva pasientene forestiller seg om utredning og behandling ser jeg det som tjenlig å vise til historien om utviklingen av kunnskapsgrunnlaget for korsryggplager. Jeg mener å se visse paralleller. Waddell stilte spørsmål om low-back-pain (LBP) ikke bare var en naturlig og selvregulerende tilstand som ville gå over av seg selv (Waddell, 1996). Vi vet i dag at han hadde rett når det gjelder gruppen som kategoriseres som uspesifikke korsryggssmerter (ikke nerveavklemming eller skade/traume/sykdom). Våre nasjonale og internasjonale retningslinjer gir et solid grunnlag for de rådene vi gir til disse pasientene. Forestillingen både behandlere og pasienter satt med var den såkalte «illusion of the ultimate surgical fix». Biomedisinsk tankesett gjorde at ortopedkirurger hadde tatt tilstanden i sitt eierskap og styrte intervensjonene etter sine kompasser. Jeg minner om Brox sine ord i videoklippet; «pasientene vil ha en quick-fix». Til forveksling lik Waddell. Evalueringen av arbeidet med LBP genererte massiv kritikk fra flere forfattere, og Waddell refererte i sin oppsummering Cherkins treffende karakteristikkk av utredningsforløpet for ryggpasienter; «who You see is what You get» (Waddell, 1996).

Forestillingene om betydningen av MR-teknologi bunner kanskje i at vår teknologi tillater oss å fremstille innsiden av pasientens skulder med så stor grad av nøyaktighet at vi ser alle mulig avvik. Det er da fristende både for behandlere og pasienter å tillegge avvikene betydning og å sette dem i sammenheng med plagene. Det er ikke like fristende å sette plagene i sammenheng med stress eller andre livsbetingelser, for da må vi møte pasientens lidelse med andre verktøy. Verktøy som ikke er like tilgjengelige og som er mer tidkrevende. Rygghistorien medførte store kostnader og liten effekt. Som Airaksinen viste dreier kunnskapsgrunnlaget nå mer i retning av smertemestring og en avventende holdning til ryggplagene (Airaksinen et al., 2006). Når vi skal diskutere fornuftige behandlingslinjer for skulderpasienter husker vi at Fineide så nøye på mekanismene for «rule production» og «rule following» (Fineide, 2012). Hun viste til at kunnskapsgrunnlaget for behandling av ADHD ikke var hugget i stein og at dette fikk konsekvenser for hva som ble lagt til grunn for arbeidet med behandlingslinjene. Innenfor muskel-skjelettplager er det nå allment godtatt at enkle biomedisinske forklaringsmodeller ikke er holdbare (Malterud, 2001). Perspektivet må utvides, særlig når problemstillingen er rettet mot atraumatiske lidelser. Pasienter som har stupt over sykkelstyret eller falt i slalombakken får andre skader og skal utredes og behandles etter andre prinsipper. Det er likevel en utfordring at evidens står så sterkt innen medisin, fordi at andre og konkurrerende perspektiver lett blir avvist (Fineide, 2012). Ferlie viste en klar trend i retning av at EBM bør tones ned og pasientens stemme må løftes frem (Ferlie et al., 2012). Vi er ikke tjent med å utelate alt annet enn EBM. Nå har denne oppgaven forsøkt å lytte til pasientenes stemme og de sier tydelig at det er en rekke forhold de ikke er fornøyd med. De finner det svært vanskelig å godta venting og det å bli sendt rundt omkring. Det er ikke for ingenting de bruker metaforen «kasteball». De sendes rundt blant profesjonelle som vi allerede vet er hovedrolleinnhavere med stor påvirkningskraft innen velferdsstaten. Adler pekte på at det vil oppstå forsinkelser og variasjoner i kunnskapsgrunnlaget på grunn av stor avstand mellom universitetene og praksisfeltet og at høy grad av spesialisering gir stor motstand mot å rette seg etter nye kunnskapsgrunnlag (Adler et al., 2008). De får støtte av Hall som er helt tydelig på at en spesialisert profesjonsutøver vil forsterke sine særtrekk og styrke sine barrierer (Hall, 2005). Kunnskapshåndtering krever rekonfigurering av kompetansen og å bygge ned barrierer og vi må huske at enkeltmennesker i dag er langt mer opplyst og at legen i tillegg har klatret et stykke ned for å komme pasienten i møte. Dette legger til rette for at pasienten kan komme med sine synspunkter og ønsker. Da kan vi få situasjoner hvor de selvsagt gir uttrykk for det som de ikke er fornøyd med og hva de ønsker seg. Velferdsstaten søker å demme opp for den utålmodige og kjøpesterke pasienten ved å etablere portvakter og retningslinjer, men funnene i denne studien viser at pasientene finner veien utenom. Pasientene er også klare på at strategier om å vente på bedring og å la seg veilede under trening ikke uten videre kan godtas. De ser ut til å omfavne de perspektivene Engel la seg slik i selen for å endre (Engel, 1977). Han ville innlemme psykososiale forhold uten å miste biomedisinen, mens pasientene jeg har snakket med trengte tid på å sette ord på årsaker satt i forbindelse med det levde livet.

Forskningsspørsmål III: Hvordan forholder behandlerne seg til pasientenes forventninger og forestillinger?

Behandlerne viste til sine erfaringer om at pasientene ikke ville høre snakk om at problemene satt noe annet sted enn i skulderen, for da måtte det sitte i hodet og det var ikke så lett å forholde seg til. Dette antyder at implementering av det moderne kunnskapsgrunnlaget er tidkrevende og omstendelig og muligens hindres av utålmodige pasienter som ikke forstår og derfor motsetter seg en strategi som for dem ikke virker som en farbar vei. Dette forholdet ser ut til å bli ytterligere vanskeliggjort av private aktører som føyer seg for pasientenes sterke krav når de betaler for tjenesten enten av egen lomme eller gjennom sin forsikring. Nå er det blitt så utbredt med artroskopi (kikkhullskirurgi) at det er blitt etablert som vanlig praksis og velkjent for den vanlige borger. Mange har erfaringer og meninger og de fleste klinikker har investert i dyrt utstyr for å kunne tilby dette. Hva da med fenomenet «medical reversals»? Prasad synliggjorde at dokumentert ineffektiv praksis skal avvikles da dette underminerer troverdigheten til helsemyndighetene og dette fenomenet utfordrer kvaliteten i kunnskapsgrunnlaget for enhver intervensjon (Prasad et al., 2013). I samme artikkel ligger to utfordrende momenter og vaker; spesialister har en klar tendens til å klynge seg til etablert praksis og det antydes til og med at det foreligger kyniske overveielser om å opprettholde metodene fordi man tjener gode penger på dette. Er det kommet til at denne praksisen vi ser i Norge i dag og som Brox mener er helt feil (Brox et al., 2010) skal avvikles? Jeg mener å se at kunnskapsgrunnlaget for kirurgi slik det praktiseres for denne pasientgruppen i dag vakler. Nøkkelartikkelen for kunnskapsgrunnlaget i Norge og utgangspunktet for innledningen i denne oppgaven er Brox sin artikkel om atraumatiske skulderlidelser og hans utsagn i presse. Innholdet i artikkelen har jeg presentert i korte trekk og jeg bare minner om at skulderplager er meget vanlig. Det er ikke tilstrekkelig å gjøre en enkelt klinisk test for å diagnostisere og ukritisk bruk av MR vil kunne forsterke upålitelig patoanatomisk klassifisering. Veiledet trening og kirurgi gir likt resultat. Dette avleder for min del en holdning i retning av at en konsultasjon hos en spesialist som bare tar utgangspunkt i bildene og dropper undersøkelsen ikke ivaretar forventningen fra henvisende lege om «en grundig undersøkelse og vurdering». Derfor kan heller ikke henvisende lege «stole på den vurderingen og de tiltak spesialisten anbefaler». Jeg vil si at den tidligere omtalte MTV (medicinsk-teknologisk-vurdering) fra Danmark gjør seg noen kloke oppsummeringer når de viser at dansk praksis ikke er økonomisk forsvarlig og at det foreligger et for svakt kunnskapsgrunnlag for kirurgi. Mulige forklaringer på aktuell praksis foreslås som ulik tilgang på skulderkirurger, varierende etterspørsel etter kirurgi fra pasientene og forskjellige indikasjoner for operasjon (Løvschall et al., 2011). Dette med tilgang på kirurger har vi sett at pasientene til en viss grad styrer selv da de oppgir høy motivasjon for å søke seg utenom portvakten. Jeg har også vist at fastlegen til en viss grad assisterer dem i dette. Vi husker at den danske rapporten etterlyser bedre studier, bedre dokumentasjon, bedre måleredskaper og redegjørelse for konkrete organisatoriske forhold som kan forklare variasjonen mellom regionene og veksten innenfor området. Etterlysningen av bedre

måleredskaper får støtte fra Røe som viste at pasientenes erfaringer med skuldersmerter er flerdimensjonale og at de vanlige måleredskapene ikke fullt ut dekker de av pasientene beskrevne funksjonsområdene (Roe et al., 2013). Uttrykket flerdimensjonale bør i denne konteksten utdypes noe. Ordinær klinisk undersøkelse utført av lege, fysioterapeut eller ortoped har trolig mange variasjoner, men antagelig over de samme temaene som bevegelighet, smertesvar, provokasjonstester og diverse funksjonsprøver utover en grundig sykehistorie. De siste årene har spørreskjemaer og standardiserte måleinstrumenter gradvis gjort sitt inntog, men jeg har ingen oversikt over i hvilken grad slike har blitt benyttet av mine informanter. Det som dog er vist av Røe er at dimensjoner som sosiale relasjoner, energinivå og initiativ, temperament og personlighet, engstelse og depresjon samt muskelspenninger og utholdenhet ikke vanligvis blir målt. Dette er områder som pasientene i stor grad omtaler som erfaringer med skuldersmerter. Hvis dette ikke blir målt før og etter intervensjon, så er det trolig vanskelig å vurdere i hvilken grad intervensjonen har lyktes. Røe konkluderer med at det er behov for økt tverrfaglighet og at pasientenes perspektiv bør ivaretas i større grad. Dette styrker etter min mening argumentene for å løfte frem det biopsykososiale perspektivet. Behandlernes rapportering i denne oppgaven er at de savner treffpunkter for samhandling og at de i liten grad føler at de klarer å sette av nok tid til pasientene i sin hektiske hverdag. Jeg mener da at viktige hensyn ikke blir møtt hvis vi skal legge funnene til Røe til grunn. Videre ser det ut til at pasientene befinner seg i en form for famlende hverdag hvor de føler seg sårbare og i uvisse. Det burde vært satt av tid til å la dem få innblikk i at de over omtalte dimensjonene er vanlige og at de får anledning til å snakke med noen om dette.

Moynihan og kolleger har stilt det noe brennbare spørsmålet: Er det sykdom, og skal det behandles? De tar til orde for å begrense bruken av ordet sykdom og bremse publikums ønsker og forventninger. De mener vi står overfor en type medikalisering, at medisinen tar kontrollen over normale livsvariasjoner og at det tilbys for mye behandling (Moynihan et al., 2012). Det er nettopp pasientenes forventninger jeg har presentert som data og jeg mener det er åpenbart at de forventer at de skal få medisinsk hjelp med sin plage. De ønsker at det skal skje uten venting og de oppsøker personell som tilbyr det de etterspør. Moynihan mer enn antyder at vi står overfor sterke markedskrefter og at det er profesjonene som står bak utviklingen av avansert utstyr og anvendelsen av dette. I dataene presentert her ser vi at det dukker opp lignende påstander og utsagn fra informantene. Både leger og ortopeder peker på at det er gode penger i dette og i videoklippet blir praksisen betegnet som direkte uforklarlig. Det ytres også bekymring fra en ortoped om at han ser for seg å tape en pasientklagesak dersom han ikke tilbyr operasjon som siste løsning for en pasient som har gjennomgått lang ventetid og konservativ behandling. Nettopp denne mekanismen påpeker Moynihan som en av de drivende faktorene for overbehandling; frykten for straffereaksjon ved oversett sykdom. Et begrep som kan komme til anvendelse under drøftingen av dette materialet er det som benevnes «wicked problems» (Wilson, 2013). Problemer som unnslipper oss og som forårsaker en smerte i samarbeidet (Conklin,

2001). Problemer som våre metoder og verktøy ikke er egnet til å løse. Vi er mer vant til såkalte tamme problemer og vi fortsetter å anvende unyttige strategier mens vi aksepterer kaoset som følger med. Vitenskapelige tilnærminger blir vanskeliggjort da samfunnsspørsmål vikles inn i terrenget i et sosialt samfunn og blandes med politiske hensyn og publikums opinion.

Hovedproblemstilling.

For å avrunde drøftingen vil jeg sammenfatte de tre forskningsspørsmålene og vise hvordan jeg svarer på hovedproblemstillingen. Nok en gang viser jeg til analysematrisen på side 31 hvor den grønne cellen dekker over de underliggende gul, rosa og hvit celle med tilhørende fargekodede kolonner med data. Den grønne cellen med hovedproblemstillingen hviler på substansen i presenterte data og deres kategorisering og rangering innenfor forskningsspørsmålene.

Synspunktene til pasientene og behandlerne om samhandlingen ser ut til å være mange. Jeg har tatt utgangspunkt i pasientenes forventninger og forestillinger slik de fremmer dem i gruppeintervju. Meningene var tallrike og det kom mange innspill slik at arbeidet med å meningsfortette tok mye tid. Når behandlerne fikk anledning til å kommentere dette i individuelle enkeltintervju fremkom at en del av pasientenes meninger og forestillinger var kjent for dem, men det så også ut til at noe var nytt eller ukjent for dem. I særlig grad gjaldt dette omfanget av pasientenes motstand. Ved å lytte til informantenes stemmer har jeg plukket opp mange nyanser, men også en del overskrifter som jeg har avstemt mot både norsk og internasjonal litteratur. Samhandling er fra våre myndigheter definert som helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål samt evnen til gjennomføring på en koordinert rasjonell måte. Informantene i studien har valgt å bruke sine stemmer til å si noe om opplevelser, forventninger og forestillinger. Beskrivelser av hva de har vært med på og hvordan de tenker om tingene har vært gjenstand for min analyse og min drøfting. De har ikke blitt presentert for definisjonen av samhandling, men besvart og kommentert i fht sin forståelse av ordet. Hvorvidt deres behandlere samhandler på en koordinert rasjonell måte er ikke direkte besvart, men pasientene har fremmet sine synspunkter på en uhindret måte og behandlerne har gjort det samme. Problemstillingen hadde heller ikke som mål å avdekke grad av samhandling, men å gi et bilde av informantenes syn på dette. Konklusjonen viser hva jeg mener er de viktigste funn og metodekapitlet synliggjør hvilke hensyn leseren bør ta når han skal danne seg en egen mening om studiens innhold og betydning. Som en siste overskrift før konklusjonen har jeg valgt å fremme noen tanker om mulige tolkninger av studiens betydning.

Implikasjoner.

Studien gir grunnlag for noen anbefalinger for behandlerne. Jeg tillater meg å liste disse opp under:

Legene kan være tjent med å vektlegge at pasienter med atraumatiske skulderlidelser har et sammensatt og komplekst problem som krever tidsbruk og engasjement. Det er gode grunner til å etterfølge Nasjonale retningslinjer for bildediagnostikk og dokumentert konservativ tilnærming med trening og veiledning. Det er trolig nyttig å etablere tett samarbeid med kompetente fysioterapeuter som gir tilbakemelding.

Fysioterapeutene kan ta med seg at det er viktig å bruke god tid på undersøkelsen og følge gode rutiner i journalføringen. Skrivning av epikriser ved oppstart hvis mulig og uansett etter behandlingsserier eller ved milepæler gir bedring av kommunikasjonen. Ved å ringe legen og vise interesse kan relasjoner utvikles. Den som setter seg grundig inn i kunnskapsgrunnlaget vil kunne fremstå som en ressurs for pasienten. Utvidelse av måleverktøyrepertoaret og inklusjon av moderne spørreskjemaer og performancebaserte tester vil styrke den kliniske vurderingen.

Ortopedene kan vurdere å se nærmere på grunnlaget for konsultasjonen. Skal det handle om mer enn en vurdering for kirurgi? Pasientene vil trolig profitere på at den profesjonelle tyngden til spesialisten blir benyttet til å forklare pasienten hvordan han kan bli bedre uten inngrep. Dersom man skulle lykkes med å etablere ytterligere samarbeid med fastlege og fysioterapeut på en planmessig og systematisk måte ville trolig resultatene bli enda bedre.

KONKLUSJON.

Denne studien viser at pasienter med atraumatiske skulderlidelser har en rekke forventninger til sine behandlere. Forventningene er rimelige da de i hovedsak reflekterer lover og forskrifter om god klinisk praksis. Det ser likevel ut til at fastlegen har hendene mer enn fulle når det kommer til koordinasjonsfunksjonen og at tanken om «koordinert rasjonell» samhandling mellom behandlerne ikke reflekteres i praksis. Fravær av treffpunkter og svikt i kommunikasjon og informasjonsflyt viser at tverrfaglig samarbeid som definert av Willumsen (Willumsen, 2009) ikke innfris. Atraumatiske skulderlidelser er preget av så mange nyanser og fasetter angående forklaringsmodeller og behandlingsperspektiver at fraværet av samhandling fremstår som i nærheten av skrikende.

Pasientene forestiller seg noen mekanismer vedrørende utredning og behandling som ikke støttes fullt ut av behandlerne. Det ser ut til at det er et sprik mellom pasientene og deres behandlere hva angår hva som er best å foreta seg og i hvilken rekkefølge. Behandlerne er forholdsvis samstemte om hvilket kunnskapsgrunnlag man skal legge til grunn, men er tilsynelatende ikke klar over at pasientene ikke samstemmer i beslutningene. Pasientene finner det vanskelig å akseptere at de ikke skal opereres og at de skal la seg veilede om aktiviteter og trening. Strategien om å innta en avventende holdning til kirurgi i et langsiktig perspektiv blir ikke uten videre godtatt av pasientene og de søker seg utenom

fastlegens portvaktfunksjon. De benytter sin forsikring eller de betaler av egen lomme for MR-bilder og spesialistkonsultasjon. Private aktører anklages for å være mindre restriktive med kirurgi og det antydes både fra teorigrunnlaget og datagrunnlaget at det ligger markedsmekanismer og profesjonelle barrierer til grunn for dette. Slik antar temaet større dimensjoner hva angår helsepolitikk og samfunnsspørsmål. Hva består egentlig spesialistfunksjonen i? Fastlegen sender pasienten videre og oppover i systemet for utredning og behandling. Det som ønskes undersøkt er en muskel- og skjelettlidelse hvor vi er klar over at mange faktorer spiller inn og at det er fare for langvarig forløp. Hva skal spesialisten egentlig vurdere? Er det tid til å ivareta tilstrekkelig mange hensyn under konsultasjonen? Dersom vi av praktiske hensyn avkorter henvisningens bestilling til kun å vurdere om det er grunnlag for kirurgi eller ikke, er det en måte å «temme» problemet? Hvis vi velger å styre unna alle de tidkrevende dimensjonene i bakteppet for muskel- og skjelettlidelser, legger vi da til rette for private aktører? Slike spørsmål lar seg ikke besvare innenfor denne oppgavens rammer, men jeg finner grunnlag for å hevde at man kan gjøre mer arbeid her.

LITTERATUR:

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Adler, P. S., Kwon, S.-W., & Heckscher, C. (2008). Perspective-Professional work: The emergence of collaborative community. *Organization Science*, 19(2), 359-376.
- Airaksinen, O., Brox, J., Cedraschi, C. o., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., . . . Ursin, H. (2006). Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15, s192-s300.
- Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar: Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, J. (2006). *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer: livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Brox, J. I., Staff, P. H., Ljunggren, A. E., & Brevik, J. I. (1993). Arthroscopic surgery compared with supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage II impingement syndrome). *BMJ: British Medical Journal*, 307(6909), 899.
- Brox, J. I., Sunde, P., Piene Schrøder, C., Engebretsen, K., Skare, Ø., Marius Ekeberg, O., & Gunnar Juel, N. (2010). Atraumatiske skulderlidelser. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 130(21), 2132.
- Bryman, A. (2003). *Quantity and quality in social research*: Routledge.
- Cheetham, G., & Chivers, G. E. (2005). *Professions, competence and informal learning*: Edward Elgar Publishing.
- Conklin, J. (2001). Wicked problems and fragmentation. *Unpublished working paper*.
- Engebretsen, K., Grotle, M., Bautz-Holter, E., Ekeberg, O. M., & Brox, J. I. (2010). Predictors of Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) and work status after 1 year in patients with subacromial shoulder pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 218. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-11-218>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

- Erichsen, V. r. (1996). *Profesjonsmakt: på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Fauske, H. (2008). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I: *Molander, A., Terum, LI (red.): Profesjonsstudier*, 29-54.
- Ferlie, E., Crilly, T., Jashapara, A., & Peckham, A. (2012). Knowledge mobilisation in healthcare: a critical review of health sector and generic management literature. *Social Science & Medicine*, 74(8), 1297-1304.
- Fineide, M. J. (2012). Controlled by Knowledge: A Study of two Clinical pathways in Mental Healthcare. *Karlstad University studies, Karlstad*.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview* (2. rev. udg. ed.). København: Akademisk Forlag.
- Fordyce, W. E. (1997). On the nature of illness and disability: an editorial. *Clinical orthopaedics and related research*, 336, 47-51.
- Gardner, K. (2011). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(S1), 188-196.
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2014). Bedre samhandling—er løsningen nye arenaer? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 10(1), 30-42.
- Ihlebak, C., & Lærum, E. (2004). Plager flest—koster mest—muskel og skjelettlidelser i Norge. *Rapport nr, 1, 2*.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jerlang, E., & Ørngaard, P. (2011). *Myndiggjørelse i den professionelle praksis*. København: Hans Reitzel.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, J.-A., & Olaisen, J. (2006). *Vitenskapsstrategi og vitenskapsfilosofi*. Bergen: Fagbokforl.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsinterview* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lewis, J. S. (2011). Subacromial impingement syndrome: a musculoskeletal condition or a clinical illusion? *Physical Therapy Reviews*, 16(5), 388-398.
- Lærum, E., Ihlebæk, C., Brage, S., Johnsen, K., Natvig, B., & Aas, E. (2013). Et muskel- og skjelettrengskap (Vol. 2013). Oslo: FORMI, Ullevål sykehus.
- Løgstrup, K. (1991). Den etiske fordring. 2. udg. *København: Gyldendal*, 17-39.
- Løvschall, C., Witt, F., Svendsen, S. W., Hartvigsen, J., Johannsen, H. V., Beck, S. S., & Kjølby, M. (2011). *Medicinsk teknologivurdering af kirurgisk behandling af patienter med udvalgte og hyppige skulderlidelser: MTV og Sundhedstjenesteforskning*.
- Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *The Lancet*, 358(9279), 397-400.
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(23), 2356.
- Moynihan, R., Doust, J., & Henry, D. (2012). Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ-British Medical Journal*, 344(1), e3502.
- Prasad, V., & Cifu, A. (2011). Medical reversal: why we must raise the bar before adopting new technologies. *The Yale journal of biology and medicine*, 84(4), 471.
- Prasad, V., Vandross, A., Toomey, C., Cheung, M., Rho, J., Quinn, S., . . . Selvaraj, S. (2013). *A decade of reversal: an analysis of 146 contradicted medical practices*. Paper presented at the Mayo Clinic Proceedings.
- Ramsdal, H., & Fineide, M. J. (2010). *Backstage Decision-Making-standardizing professional work performance while coping with uncertainty*.

- Rittel, H. W., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences*, 4(2), 155-169.
- Roe, Y., Soberg, H. L., Bautz-Holter, E., & Ostensjo, S. (2013). A systematic review of measures of shoulder pain and functioning using the International classification of functioning, disability and health (ICF). *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(1), 1-12.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Sharma, S. (2014). *Nasjonale faglige retningslinjer for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser. Anbefalinger for primærhelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/bilediagnostikk-ved-ikke-traumatiske-muskel-og-skjelettlidelser/Sider/default.aspx>.
- St.meld. nr. 47, -. *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Thagaard, T. (2003). Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode.
- Trost, J. (2010). *Kvalitative intervjuer* (4. oppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Waddell, G. (1996). Low back pain: a twentieth century health care enigma. *Spine*, 21(24), 2820-2825.
- Wibeck, V. (2011). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod* (2. [korrigerede] oppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforl.
- Wilson, S. (2013). What are wicked problems?

<http://www.if.no/web/no/bedrift/forsikringer/person/helse/pages/helseforsikring.aspx>

<http://www.frittisykehusvalg.no>

<http://www.tv2.no/a/5998102> (videoklipp fra TV2 nyheter 10. september, 2014).

<https://www.fno.no/aktuelt/nyheter/2015/02/>

VEDLEGG:

NSD søknad

Skriftlig informasjon til informanter

Samtykkeskjema

Intervjuguide gruppeintervju

Intervjuguide enkeltintervju

Vedlegg I

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



NSD er et offentlig foretak etablert i 2005.
Eiernes ansvar: Høgskolen i Østfold
Høgskolen i Østfold
Postboks 112
1757 Halden
Telefon: +47 55 58 33 77
E-post: nsd@nsd.no

Helge Ramsdal
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 20.11.2014 Vår ref: 40771/13/11 Dato for dato: Dato for dato

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.11.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

*40771 Samhandling om sykmeldt med skulderlidelse
Behandlingsansvarlig Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Helge Ramsdal
Student Torbjørn Tangen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>. Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.11.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen
Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40771

Formålet med studien er å få økt kunnskap om hvordan dette samarbeidet med den sykmeldte pasienten fungerer.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltagelse.

Informasjonsskrivet er godt utformet.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Østfold sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 20.11.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlende opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Forespørsel om å delta på intervju i forbindelse med masteroppgave:

Jeg er masterstudent i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren ved Høgskolen i Østfold og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Tema for studien er samarbeid om den sykmeldte pasienten med skulderlidelse. Samarbeidet mellom de profesjonelle aktorene og pasienten og hvilke overveielser som kommer i betraktning underveis vil være fokus sammen med selve opplevelsesperspektivet fra pasientens side.

Med denne studien ønsker jeg å få økt kunnskap om hvordan dette samarbeidet fungerer og oppleves.

For å finne ut av dette vil jeg samle en pasientgruppe på 4-6 personer for et gruppeintervju. Deretter ønsker jeg å individuelt intervju to fastleger, to fysioterapeuter og to ortopedkirurger.

Intervjuene vil i hovedsak være basert på analysen av gruppeintervjuet. Intervjuene vil ha en varighet på 45 minutter. Gruppeintervjuet 60 minutter. Tid og sted avtales nærmere. Jeg kommer til å bruke håndopptaker og ta notater mens vi snakker.

Det er frivillig å delta og det er mulighet til å trekke seg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom man trekker seg vil alle innsamlede data om den det gjelder bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2015.

Om du har spørsmål om intervjuet, er det fint om du tar kontakt med meg på telefonnummer 990 08 407 eller ved å sende meg en epost; torbjornntangen@msn.com

Du kan også kontakte min veileder Prof. Helge Ramsdal ved Høgskolen i Østfold på telefonnummer 69 30 30 39.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS med prosjektnummer 40771.

Med hilsen

Torbjørn Tangen

Fysioterapeut og mastergradsetudent

Yvenveien, 44

1715 Yven

epost: torbjornntangen@msn.com

mobil: 99008407

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet høsten 2014. Med dette samtykker jeg til å være respondent i studien "Samhandling om sykmeldt med skulderlidelse". Som respondent vil jeg bli intervjuet om mine erfaringer med tverrfaglig samarbeid og mine opplevelser av dette. Det er en forutsetning at data om meg skal behandles konfidensielt og bli presentert i en anonymisert form. Det tas lydopptak under intervjuet, og lydfilene vil bli slettet senest ved prosjektslutt 20. nov. 2015. Jeg er informert om at prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, og har prosjektnummer 40771. Jeg er klar over at deltakelse i dette prosjektet er frivillig, og at jeg har mulighet til å trekke meg når som helst uten å begrunne årsaken til dette.

Dato: _____ Signatur: _____

Intervjuguide fokusgruppeintervju.

Gruppe på 4-6 sykmeldte pasienter med atraumatisk skulderlidelse.

Formål: Avdekke deltakernes oppfatning av samhandling mellom fysioterapeut, fastlege og/eller ortopedspesialist. Innhente informasjon om opplevd grad av felles kunnskapsplattform og holdning til forskjellige intervensjoner hos behandlerne samt pasientenes egne forestillinger om tiltak og effekt.

Innledende samtale med redegjørelse for prosjektet.

Bakgrunnsopplysninger. Hvem er informantene?

- alder og kjønn
- yrker
- sykdomsvarighet
- forsikring/ikke forsikring
- har noen truffet ortopedspesialist?

Fokusområde I, forventninger til behandlerne:

- hvilke forventninger har dere til behandlerne deres inntil kunnskap om muskel- og skjelettplager?
- i hvilken grad tenker dere at behandlerne samhandler om plagene deres, og på hvilken måte?
- hvordan opplever dere samhandlingen?
- hva er god samhandling?
- hva skal til for at dere skal oppleve god samhandling?

Fokusområde II, roller og ansvar:

- hvordan fordeles ansvar og oppgaver?
- hvordan oppleves de profesjonelles innbyrdes innflytelse over valg av behandling?
- savner dere noen behandler/fagområde(psykolog etc.)?

Fokusområde III, forestillinger om intervensjon:

- hva er god behandling for deres plager?
- hvem kan gi denne behandlingen?
- hva kan bildediagnostikk tilføre?
- hva er effekten av kirurgi?
- hva gjør du hvis anbefalingene du mottar ikke virker logiske for deg?

Videosekvens:

<http://www.tv2.no/a/5998102>

- kommentarer til videoen

Fokusområde IV, det ukjente:

- er det nå noe som ikke er sagt?

Takk for hjelpen.

Intervjuguide enkeltintervju.

2 fastleger, 2 ortopedspesialister, 2 fysioterapeuter intervjues om temaene som analysen av gruppeintervjuet peker mot.

Bakgrunnsopplysninger.

- alder og kjønn
- profesjon
- antall år med autorisasjon

Fokusområde I, pasientenes forventninger til behandlerne:

- Pasientene forteller at de forventer Hva tenker du om dette?
- Pasientene antyder at samhandlingen mellom profesjonene bærer preg av Hva tenker du om dette?
- Pasientene opplever samhandlingen som Kan du si noe om dette?
- Pasientene ønsker Hva mener du?

Fokusområde II, roller og ansvar:

- Pasientene opplever oppgave- og ansvarsfordeling som Hva mener du?
- Pasientene virker opptatt av at behandlernes innbyrdes innflytelse over intervensjonen fremstår som Hva er din holdning til dette?
- Pasientene savner fagområde som Har du noen kommentar til dette?

Fokusområde III, forestillinger om intervensjon:

- Pasientene mener at god behandling er, og at kan gi denne behandlingen. Hva tenker du om dette?
- Pasientene mener bildediagnostikk kan tilføre Hva tror du om det?
- Er du kjent med innholdet i siste veileder for bildediagnostikk av muskel- og skjelettlidelser?
- Pasientene mener kirurgi er Hva vil du si til dette?
- Pasientene forteller at dersom de mottar anbefalinger som ikke er logiske for dem, så vil de Hva tenker du om det?

Videosekvens

<http://www.tv2.no/a/5998102>

- Pasientene ble bedt om å kommentere denne videoen. De sa følgende Hva vil du si til dette?

Fokusområde IV, det ukjente.

- Til sist virker pasientene opptatt av at Kan du si noe om dette?

Takk for hjelpen.