



Språkets betydning i smertebehandling

En tematisk analyse av fagpersoners møter med mennesker
rammet av langvarig smerte

Karianne Nygård

VID vitenskapelige høyskole

Oslo

Masteroppgave

Master i familierapi og systemisk praksis

Antall ord: 24890

Dato 27.05.22

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt

Sammendrag

I denne studien ønsket jeg å undersøke hvordan fagpersoner beskriver sine møter med personer som er rammet av langvarig smerteproblematikk med følgende problemstilling:

Hvilke diskurser skaper fagpersoner i deres møte med mennesker som er rammet av langvarig smerte? Forskningsspørsmål: 1) Hvilke tilgjengelige diskurser har intervjupersonene vedrørende smerteproblematikken? 2) Hvordan forstår intervjupersonene det presenterte problemet?

Jeg gjennomførte 4 semi-strukturerte kvalitative forskningsintervjuer med fagpersoner som villig delte sine erfaringer. Inspirert av tematisk analyse ble fire funn og underfunn beskrevet: 1. Hjelpediskurs: Forventningen om å hjelpe blir utfordret når smerten ikke lar seg lindre. Underfunn a) Smerte er mer enn bare smerte. Underfunn b) Faglig dilemma som oppstår: Hvis ikke smerten er fysisk, så er den psykisk. 2. Diskursen om den vanskelige pasientgruppa. 3. Diskursen om den viktige samtalen: arena for de personlige og de vanskelige temaene. 4. Diskursen om smertens subjektivitet- skaper grunnlag for å tvile på smertens eksistens. Underfunn a) Problemforståelsen- smerten blir mer usynlig med årene og pasientens troverdighet blir svekket. Underfunn b) Det å tro på pasientens smerteutsagn blir et verdispørsmål. Intervjupersonene jobber i en kontekst som tradisjonelt har sin kunnskapsleverandør fra det naturvitenskapelige paradigmet. Her inviteres denne konteksten inn i et systemisk teoretisk rammeverk. Hvor ideer fra sosialkonstruksjonisme, narrativ teori og inspirasjon fra en samarbeidsorientert tilnærming, blir brukt for å diskutere de rådende diskursene som blir beskrevet.

Studiet beskriver at sammensatt smerte krever en sammensatt hjelper som forstår at det ikke finnes en enkel løsning på langvarig smerte. Narrative om «den vanskelige pasientgruppen» kunne skape uheldige føringer i språket. Når fagpersonene tok seg den tiden de kanskje ikke hadde til å sitte ned, ble det åpnet et rom for den uformelle men viktige samtalen. Intervjupersonene delte oppfatningen at det å leve med langvarig smerte skapte en tilpasning over tid. Smerten ble med årene ikke like «synlig». Dette kunne svekke pasientens troverdighet og bidra til utfordrende interaksjoner, og ideen om hvordan en pasient «bør» oppføre seg viste seg å være vanskelig å forlate i en klinisk hverdag.

Emneord: Diskurs, systemteori, sosialkonstruksjonisme, positivisme, smerte, kunnskapsgrunnlag og fagperson.

Veileder: Jacob Cilius Vinsten Christiansen

Summary

In this study I wanted to find out how health care professionals describe their encounters with patients living with persistent pain by investigating the following problem: Which discourses do health care professionals make when they meet persons who is afflicted by persistent pain. The following questions were addressed: 1) Which available discourses do the persons interviewed have regarding experiences with severe persistent pain? 2) How do the persons interviewed understand the problem presented to them?

I performed 4 semi-structured qualitative research interviews with health care professionals who were willing to talk about their experiences. Inspired by thematic analysis, these findings with subthemes were described: 1. The discourse of the helper. The expectations of being a helper are challenged by pain that cannot be relieved. Sub findings: a) Pain it's more than just pain. b) A professional dilemma arises. If the pain is not physical, by default it must be psychological. 2. The discourse regarding the difficult patient. 3. The discourse about the healing conversation: a setting for personal and difficult topics. 4. The discourse of the subjectivity of pain: creates a basis of doubt as to the existence of the pain. Sub finding a) Understanding of the problem: -the pain becomes more invisible as the years pass and the trustworthiness of the patient decreases. Sub finding b) Believing in the patient's expressed pain becomes a moral question.

The interviewees work within a context that traditionally expands their knowledge within the paradigm of natural sciences. In this study, I try to bring this context into the framework of system theory where ideas from social constructionism, narrative theory and inspiration from collaborative therapy, was used to discuss the discourses presented by the interviewees. The study describes that complex pain requires a complex helper who has the ability to understand that there is no simple solution to the problem of persistent pain. The narrative about "the difficult patient group" can lead to negative consequences for the patients through disadvantaging language patterns. I found that when health care

professionals spent a bit more time with the patient even when there were time restraints, a space for the informal but healing conversation was opened. All persons interviewed shared the common agreement that living with persistent pain causes adaptation over time. As years pass, pain became less “visible”. This could decrease the credibility of the patient and contribute to challenging interactions. The idea of how patients “should” behave was shown to be difficult to abandon in the setting of clinical work.

Supervisor: Jacob Cilius Vinsten Christiansen

Keywords: Discourse, system theory, social constructionism, positivism, paradigm of knowledge, health-care professionals

Forord

Denne oppgaven hadde ikke vært mulig uten de fire intervjupersonene som var villige til å delta i dette prosjektet. Uten deres åpenhet, nysgjerrighet og ærlighet ville ikke denne studien vært mulig å gjennomføre. Jeg unner dere en kjempestor takk for bidraget!

Helt fra dag en har jeg fått stødig veiledning fra min veileder Jacob Vinsten Cilius Christiansen. Tusen takk for det du bidro med. Du gav meg tilbake troen på å gjennomføre dette prosjektet da det var dager jeg tvilte på alt. Uten din vennlige og betryggende stemme gjennom de to siste årene ville denne master berg-og-dalbanen blitt enda mer utfordrende. Takk også til klasselæreren vår Lennart Lorås som med en noe mer myndig men likevel kjærlig hånd loste oss trygt gjennom denne prosessen.

Takk også til min tidligere arbeidsgiver, Avdeling for Smertebehandling på Oslo Universitetssykehus. Det var her startskuddet gikk, og jeg fikk denne fantastiske muligheten til å forske på et spennende og viktig tema jeg vet mine gamle kollegaer også er opptatt av. Og så takk til Akershus Universitetssykehus og Konsultasjonspsykiatrisk enhet og psykosomatisk poliklinikk, for at dere lot meg fullføre dette prosjektet.

Midt i pandemi med mye digital undervisning mistet vår klasse mange muligheter for å bli kjent. Derfor har veiledningsgruppen min og veilederen vår betydd ekstra mye underveis. Takk så utrolig mye til Martine, Gro og til Anne Hedvig for felles støtte, oppmuntring og trøst de to siste årene.

Til slutt er det min beste venn og snart (ekte)mann Thor som fortjener en stor takk. Takk for at du holdt ut med meg i denne perioden. Du har vært med i både opp-, og nedturer, gjennom flyttelass og tålt fargerike analyselapper på nyoppussede vegger. Takk for din bunnløse tålmodighet, for din tro på at jeg skulle få dette til og for at du har vist at du er en mann å ha med seg i livet.

Kurland 05.04.2022

Karianne Nygård

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	10
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	10
1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning	11
1.3 Begrepsavklaring	11
1.3.1 Systemisk terapi	11
1.3.2 Fellesbetegnelser.....	12
1.3.3 Langvarig smerte	13
1.4 Oppgavens oppbygning.....	13
2 Teori og relevant forskning	14
2.1 Smerte og smerteforståelse	14
2.2 Positivistisk kunnskapstradisjon.....	16
2.3 Systemteori.....	18
2.3.1 Kybernetiske systemer	19
2.3.2 Komplementære og symmetriske interaksjoner.....	20
2.3.3 Annen-ordens kybernetikk.....	20
2.3.4 Kontekst og punktuering	21
2.3.5 Digital og analog kommunikasjon	21
2.4 Samarbeidsorientert tilnærming.....	22
2.4.1 Hvem snakker om problemet?	23
2.4.2 Hvordan forstår vi problemet?.....	23
2.5 Sosialkonstruksjonisme	24
2.6 Diskurs	27
2.7 Relevant forskningslitteratur.....	28
3 Metode	33
3.1 Studiets epistemologiske ståsted	33
3.2 Eget epistemologisk ståsted.....	34
3.3 Kvalitativ metode	35

3.4 Kvalitative forskningsintervjuer.....	36
3.5 Intervjuguide	37
3.6 Datainnsamlingsprosess	38
3.7 Transkribering.....	39
3.8 Utvalg med presentasjon av intervjupersonene	40
3.8.1 Tabell med presentasjon av intervjupersonene.....	41
3.9 Troverdighet- Bekreftbarhet-Overførbarhet.....	41
4 Analysemetode og analyseprosess.....	43
4.1 Tematisk analyse	43
4.1.1 Induktiv og deduktiv tilnærming	44
4.2 Tematisk-analyse i 6 faser	44
4.3 Etske vurderinger	48
4.4 Forskerens posisjonering i fagfeltet	49
5 Presentasjon av funn	52
5.1 Hjelpediskurs- forventningen om å hjelpe blir utfordret når smerten ikke lar seg lindre	52
5.1.1 Smerte er mer enn bare smerte.....	54
5.1.2 Hvis ikke smerten er fysisk, så er den psykisk	56
5.2 Diskursen om den vanskelige pasientgruppa.....	57
5.3 Diskursen om den viktige samtalen: arena for de personlige og de vanskelige temaene	59
5.4 Diskursen om hvordan smertens subjektivitet skaper grunnlag for å tvile på smertens eksistens	61
5.4.1 Problemforståelsen- smerten blir mer usynlig med årene og pasientens troverdighet blir svekket.....	63
5.4.2 Det å tro på pasientens smerteutsagn blir et verdispørsmål	65
6. Diskusjon	66
6.1 Hjelpediskurs: Forventningen om å hjelpe blir utfordret når smerten ikke lar seg lindre.....	66
6.2 Diskursen om den vanskelige pasientgruppa.....	70
6.3 Diskursen om den viktige samtalen: arena for de personlige og de vanskelige temaene	73

6.4 Diskursen om hvordan smertens subjektivitet skaper grunnlag for å tvile på smertens eksistens	76
6.5 Kliniske implikasjoner	80
6.6 Kliniske implikasjoner for forskning	82
6.7 Svakheter ved studien	82
7 Avsluttende kommentar.....	84
Litteraturliste.....	87
VEDLEGG.....	93

1 Innledning

Jeg har i mange år tenkt jeg en gang vil skrive en oppgave som heter: Her er det mye psykiatri! Dette uttrykket har jeg hørt så mange ganger på min ferd rundt på mange sykehus i det sentrale Oslo de siste 15-20 årene. Som spesialsykepleier i ulike konsultasjonsteam innen kreftomsorg, smerte og psykisk helse, har jeg hatt utallige spennende samtaler med kollegaer fra ulike profesjoner for hvordan vi kan forstå dette uttrykket. Våre ulike utdanninger har gitt oss en ulik teoretisk forankring som kunne både berike og noen ganger lukke dialogen. Oppsummert sitter jeg igjen med en antakelse at uttrykket lett kan brukes når vi i helse-, og omsorgsarbeid møter situasjoner vi ikke alltid forstår.

Jeg har i mange år drømt om å få en anledning hvor jeg kan få pakke enda mer ut hva dette begrepet også kan bety. Jeg har de siste årene arbeidet med mennesker som er rammet av langvarig smerter både på sykehus og i poliklinisk arbeid. Gjennom videreutdanning og nå masterstudie i familieterapi og systemisk praksis, fikk jeg en teoretisk forankring som hjalp med å sette ord på noe av det som skjer når virkeligheten mellom pasient og den profesjonelle utfordres. Du trenger ikke vite så mye om smerter og smertebehandling for å lese denne teksten. Det holder at du er interessert i temaer som berører hvordan vi behandler mennesker som trenger vår hjelp.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Denne studien handler om hvordan noen fagpersoner gjennom sitt profesjonelle arbeid opplever, beskriver og forstår sine møter med personer som er rammet av langvarig smerteproblematikk. Til tross for stor mengde forskning beskrives behandling og oppfølging av personer med langvarige smerter som utfordrende. Det anses å være et stort folkehelseproblem og en helsefaglig utfordring innenfor helse- og omsorgstjenesten (Breivik et al., 2006). Et gjennomgangstema til mange av de pasientene jeg har møtt er: «Vær så snill og ta meg på alvor, tro på meg når jeg sier jeg har vondt». Et gjennomgangstema hos hjelperne er: «Dette syns vi er vanskelig å stå i- vi trenger hjelp til å forstå». Den sosialkonstruksjonistiske forståelsen av språk, sannhet og virkelighet har hjulpet meg i mitt arbeid med mennesker som lider av tilstander som ikke kan observeres, påvises eller

behandles med enkle midler. Dette har nå inspirert meg til å undersøke nærmere hvilke muligheter og begrensninger som finnes i det profesjonelle språket. Jeg ønsket å undersøke hvilken rolle språket kan spille i smertebehandling i dag.

1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning

Etter hvert som mastergradsarbeidet tok form, ble dette den overordnede problemstillingen:

Hvilke diskurser skaper fagpersoner i deres møte med mennesker som er rammet av langvarig smerte?

Denne problemstillingen la grunnlag for følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvilke tilgjengelige diskurser har intervjupersonene vedrørende smerteproblematikken?
- 2) Hvordan forstår intervjupersonene det presenterte problemet

1.3 Begrepsavklaring

Jeg vil nå gjøre rede for noen av de begrepene jeg anser som sentrale i min studie.

1.3.1 Systemisk terapi

Definisjonen nedenfor bruker begrepet relasjonelle systemer i den konteksten det oppstår, og ses relevant for min studies tematisering innen systemisk praksis. Det er pasientens egen erfaring og historie som anbefales å være det beste stedet å starte for å finne løsninger. Et terapeutisk mål er å få i gang systemets relasjonelle styrker slik at symptomene får mindre plass.

Systemic therapy is based on the assumption that people's challenges and difficulties can best be solved within the relational system and context in which they arose.

Clients' own experience and history are considered to be the best starting point for finding new ways of dealing with their problems. The basic therapeutic goal is

therefore to mobilize the strengths of their relationships so as to make disturbing symptoms unnecessary or less problematic for them. The understanding of meaning as created in language also makes it a therapeutic goal to identify each client's thoughts and beliefs, and link them to their emotions and feelings, in order to co-create new meaning and the possibility of new alternative relationships. Throughout the therapeutic process, the therapists maintain an attitude of respect and uncertainty, knowing that clients' expertise and knowledge of their lives must be mobilized, and that the therapists' knowledge is always provisional. (Lorås et al., 2017, s. 144)

1.3.2 Fellesbetegnelser

Betegnelsen klient er den fellesbetegnelsen som ofte brukes i innen systemisk litteratur. Jeg befinner meg i en sykehushverdag hvor pasient er et sterkt innarbeidet begrep både i klinisk arbeid, litteratur og helsepolitiske dokumenter. Dette er den verden mine intervjupersoner jobber i. Av hensyn til de som har bidratt til denne studien legger jeg meg derfor nær deres virkelighet og benytter ordet pasient i denne oppgaven. En slik kontekstuell bruk av pasientbegrepet er gjennomført på lignende måte i systemisk litteratur (Cecchin et al., 2012, s. 91). Jeg er likevel klar over at ordet pasient kan indikere at mennesket *er* sykt, og blir frisk ved utskrivelse siden ordet pasient sjeldent brukes utenfor et sykehussystem (Birkemose, 2013). I litteratur, i klinisk arbeid og hos intervjupersonene brukes videre begrepet smertepasient. Jeg velger ikke å bruke denne betegnelsen da jeg oppfatter denne betegnelsen i større grad kan understøtte ideen om en passiv hjelpesøkende person. I diskusjonskapittelet brukes begrepet likevel noen ganger for å tydeliggjøre en språklig konstruksjon. Jeg benytter forkortelsen LST for langvarig smertetilstand av praktiske grunner. Jeg har valgt fagperson og ikke helsepersonell, for å gjøre studiet relevant til yrkesgrupper fra ulike sammenhenger.

1.3.3 Langvarig smerte

“Langvarig smerte er smerte som varer utover den akutte sykdomsfasen og er normalt lite formålstjenelig. Behandling er langt mer krevende, og årsaksmekanismene er sammensatte” (Nielsen et al., 2014). Ved komplekse smertetilstander er det sjeldent smerter bare ett sted i kroppen. Dette kan innebære smerter i mange områder av kroppen ofte ledsaget av tretthet, søvnproblemer, konsentrasjonsvansker, nedstemthet og hukommelsesplager (Reme & Jacobsen, 2017; Thornquist et al., 2020). Det vil i studiet brukes langvarig og ikke kronisk smerte, da dette anbefales i smertefeltet i dag (Stubhaug & Ljosa, 2020).

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel en redegjorde jeg for valg av tema med begrepsavklaring. I kapittel to presenteres teoretisk rammeverk og relevant forskning for problemstillingen. Kapittel tre vil omhandle metodologien. I de første avsnittene redegjør jeg for vitenskapsteoretisk forankring. Deretter følger presentasjon av kvalitativ forskningsmetode med bruk av intervjuer og metodiske valg foretatt underveis. Til slutt i kapitlet beskrives studiet sin troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. I kapittel fire vil analysemetoden tematisk analyse beskrives slik den ble brukt i dette studiet. Til slutt følger etiske vurderinger samt forskerens posisjonering i feltet. I kapittel fem presenteres funnene, hvor de videre blir diskutert i lys av teori i kapittel seks. Dette kapitlet avsluttes med studiets i implikasjoner både for praksis og for forskning, før til slutt svakheter ved studiet vil bli beskrevet.

2 Teori og relevant forskning

I dette kapitlet vil jeg presentere det teoretiske rammeverket som ble valgt for denne studien. Hensikten med studien er å undersøke hvilke diskurser fagpersoner skaper i sine møter med mennesker som er rammet av langvarig smerte. Dette kapitlet starter derfor med en kort beskrivelse av fenomenet smerte slik det brukes i denne studien. Deretter følger beskrivelse av den positivistisk kunnskapstradisjon som dekker noe av denne studies forskningskontekst. Med utgangspunkt i min problemstilling vil mye av teori omhandle systemisk teori, og jeg vil videre redegjøre for min forståelse av de sentrale systemiske begreper som benyttes, samarbeidsorientert tilnærming, sosialkonstruksjonisme og diskursbegrepet. Til sist presenteres relevant forskning.

2.1 Smerte og smerteforståelse

En stor europeisk undersøkelse viste at langvarige smerte av moderat til sterk intensitet rammet 19% av den voksne befolkningen, og hadde omfattende påvirkning på deres sosiale liv (Breivik et al., 2006). Smerte som varer over 3 måneder regnes i dag for en langvarig smertetilstand. Frem til 2. verdenskrig fantes det lite erfaring med hvordan håndtere langvarige og sammensatte smerter. Den rådende antakelsen var at smerten var en følgetilstand til en sykdom, med en bakenforliggende somatisk tilstand som først måtte påvises (Højsted et al., 2019, s. 722). Å se på smerte som en ren fysisk eller nevrofysiologisk tilstand regnes som reduksjonistisk og anses av store deler av smertefeltet i dag å være utilstrekkelig, og kan stå i fare for å skape en overforenkling av behandlingstiltakene (Gatchel et al., 2007). En biomedisinsk modell ser på sykdom og smerte som en objektiv biomedisinsk kategori som ikke er påvirket av psykososiale faktorer. Det er mennesker som lider under smertetilstander der det ikke lenger kan påvises vevsødeleggelse eller det man kaller objektive funn på smerte. Dette skaper utfordringer både hos pasienten og for omgivelsene (Paul-Savoie et al., 2018). Smerter uten bakenforliggende sykdom ble tidligere definert som psykiske eller psykogene smerter. Dette skille tas det i dag avstand fra, da det ikke samsvarer

med det vi i dag vet av fysiologi og hvordan sentralnervesystemet fungerer. Det vil ved en langvarig smertetilstand alltid være komponenter av en skade eller utløsende årsak som står nært knyttet opp til fysiske, psykiske, sosiale og kulturelle faktorer. Alle disse faktorene vil hver for seg påvirke tilstanden (Gormsen & Fink, 2019, s. 476-477). Det finnes i dag ikke noen enighet om hva man skal kalle smerter uten en klar og velkjent årsak. Langvarig smerte er ikke bare akutt smerte som er blitt langvarig. Omfanget av denne oppgaven gjør det ikke mulig å redegjøre for alle faktorer som bidrar til at noen rammes av smerte som blir vedvarende. Man kjenner heller ikke til i dag alle mekanismene rundt denne utviklingen (Reme & Jacobsen, 2017).

Smerte er et subjektivt symptom (Raja et al., 2020). Den internasjonale smerteforeningen IASP definerer smerte slik: «An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage» (Raja et al., 2020, s. 481). Definisjonen rommer en smertefysiologisk (tissue damage) og en opplevelsesdimensjon (emotional experience). Den følelsesmessige opplevelsen trekkes frem som en viktig faktor. Smerte regnes å være sammensatt av sensoriske, kognitive og emosjonelle faktorer. Ingen reagere likt på den samme smertestimulien. Det er et verdiladet begrep som er vanskelig å bevise med empiriske metoder. Smerten er vanskelig å språkliggjøre og pasientene har ofte store forhåpninger om å få hjelp til smertelindring som kan sette profesjonelle hjelperollen på en stor prøve.

Det er smertens sosiale og psykologiske innhold som får fokus i denne studien. Smerte oppleves aldri alene i et sosialt vakuum. Når smerte uttrykkes, påvirkes også de sosiale omgivelsene rundt personen som opplever smerten (Vervoort & Trost, 2018). Temaet for denne studien omhandler hvorfor en problemforståelse oppstår og hvordan den blir værende. Et sentralt tema i systemisk teori (Watzlawick et al., 1996). Fokuset ligger ikke på personens egen sykdomsoppfattelse. Dette fordi det i denne studien var fokus på fagpersoners forståelse og dybdeintervjuer av hjelperne og ikke pasientene. Man tror likevel i dag at personens kognitive og emosjonelle faktorer spiller en stor rolle for hvordan livet med en LST oppleves (Gormsen & Fink, 2019, s. 486).

Den følelsesmessige responsen fremheves som nøkkel når man snakker om omsorg og mellommenneskelig samhandling med personer rammet av smerter (Vervoort & Trost,

2018). Vi tror også at nære relasjoner har en stor betydning i forståelse av hvordan en smerte kan bli vedvarende (Woods et al., 2019). Hvis vi ser på smerte som kommunikasjon, vil måten smerten kommuniseres fremkalle reaksjoner hos den andre. Smerten kan vises gjennom skrik og gjennom taushet. Smerte berører aller mest den som er rammet av den. Smertens vesen er at den også berører de som er vitne til smerten- som er tema for denne studien. Å være et smertevitne kan få oss til å handle, og den kan få oss til å unngå å handle, fordi det kan skape handlingslammelse (Vervoort & Trost, 2018). Denne reaksjonen vil påvirke den smerterammede.

Den mest aksepterte og lett tilgjengelige modellen for å forstå og behandle langvarig smerte på i dag er den biopsykososiale modellen (Bache et al., 2019, s. 692; Gatchel et al., 2007). Det er smertens kompleksitet som ligger til grunn for at man anbefaler et tverrfaglig arbeid med flere yrkesgrupper i behandling av langvarige smertetilstander. Den biopsykososiale modellen forstår de psykososiale faktorene som viktige faktorer som påvirker smerteopplevelsen (Toye et al., 2017).

2.2 Positivistisk kunnskapstradisjon

Temaet for dette studie har sin forskningskontekst fra en medisinsk sammenheng. Teori brukes i denne studien som et teoretisk kart i et forsøk på å strukturere det som kommer videre i denne oppgaven. Å tro på noe som ikke kan måles, telles eller påvises er et sentralt tema. Den positivistiske forståelsesmodellen har hatt svært mye å si for hvordan vi i dagens helsefag forstår og behandler pasienter (Engelsrud, 2020, s. 44; Hårtveit & Jensen, 2004). Jeg anser derfor som relevant å ta med teori som kan hjelpe oss til å forstå hvordan ulikt kunnskapssyn påvirker klinisk praksis. Dette valget baserer seg ikke på at det som skjedde videre i historien er en videreutvikling og mer raffinert kunnskapstradisjon som for eksempel det postmoderne perspektivet. Disse utviklingslinjene bygger på hverandre og eksisterer den dag i dag. Det er støtte i litteraturen om behovet for tilstedeværelse av ulike kunnskapstradisjoner for å forstå et komplekst helseproblem som det langvarig smerte er (Engelsrud, 2020).

Filosofien David Hume (1711-1776) var opptatt av våre sanseerfaringer som ble bekreftet gjennom vitenskapelige undersøkelser (Thomassen, 2018). Det var en gruppe filosofer fra Wien i løpet av 1900-tallet som skapte en bevegelse og en ny måte å tenke kunnskapsutvikling på som ble kalt positivismen. De ønsket et motsvar på metafysikken, og forsøkte å besvare spørsmålet: Hva er vitenskap? Det vokste videre frem en ny måte å utforske naturen på hvor metoden hadde som ideal å speile naturen, samt et tankesett fra realismen om at virkeligheten eksisterer uavhengig av vår bevissthet om den. Data skulle innhentes ved observasjon eller eksperimenter, som gjorde det mulig å registrere og måle. Dette ble kalt empirismen. Ved systematisk bruk av metoder og eksperimenter skulle hypoteser testes mot fakta. Denne metoden var retningsgivende på alt som kaltes vitenskap, uansett hvilket område av virkeligheten det ble forsket på (Thomassen, 2016, s. 64). Dette er det som kalles enhetsvitenskap. Den samme kunnskapsteori uansett gjendstandsområde (naturvitenskap, humaniora). Vitenskap skulle hvile på det som er positivt gitt oss via våre erfaringer, erfart med absolutt sikkerhet. Som en del av naturvitenskapen vokste biomedisinen frem på 1700-tallet. Gjennom et paradigmeskifte kom biologiske lover også til å påvirke medisinen (Thornquist et al., 2020, s. 23). Dette kalles positivistisk kunnskapstradisjon. Den springer ut fra naturvitenskapelig tradisjon som innebærer studiet av den fysiske natur (Thomassen, 2018, s. 44). En positivist mener at veien til kunnskap går via denne vitenskapen (Snævarr, 2017, s. 27). Dette skapte forklaringsmodeller for hvordan vi forstår menneskesinnet og bevisstheten. Det mekanistiske virkelighetsbilde ga opphav til forklaringsmodeller der mennesker på lik linje med maskiner kunne forklares ved hjelp av årsak-virkningsmodeller (Thomassen, 2018, s. 139). En lineær årsak-virkning tankegang innebærer et syn på sykdom med den tro at det alltid finnes en bakenforliggende årsak. En antakelse fra denne tiden som gikk fra å være en idé til en kunnskap som nå i enkelte miljøer tas for gitt, er ideén om at kropp og sjel er to ulike deler av et menneske (Engelsrud, 2020).

Opphavet til oppdelingen eller dualisme mellom det fysiske og det psykiske har røtter tilbake til filosofien, vitenskapshistorien og vitenskapsteorien. Det er matematikeren og filosofen Descartes (1559-1650) som beskrev dualismen slik vi forstår den i dagens tenkning og som har fått prege vitenskapen. Han stilte spørsmålet: Hvordan kan vi være sikre på at vi vet noe som helst? (Gergen, 2011, s. 209). I møte med den hurtig voksende naturvitenskapen ønsket

Descartes å finne en måte å skape sikker kunnskap på som ikke kunne betviles. Han fant ut at mye i verden er tvilsomme prosjekter, også kunnskap gitt fra våre sanser (Engelsrud, 2020). Hans virkelighetsforståelse favoriserte den naturvitenskapelige verden og resultatet var en ny standard for rasjonalitet. Den skulle være frakoblet all menneskelig emosjonell påvirkning. Kroppen representerer det målbare, mens sjelen representerer noe abstrakt og ikke målbart (Thornquist et al., 2020, s. 23).

2.3 Systemteori

Systemteoriens vektlegging av kommunikasjon, relasjon og samspill har vært en stor faglig inspirasjon i mitt daglige arbeid, samt i arbeidet med dette studiet. All systemisk praksis har det til felles at den ser på problemer som oppstår mellom mennesker som relasjonelle (Stratton et al., 2014). De oppstår mellom mennesker og ikke i mennesker, som et separat fenomen (Jensen & Ulleberg, 2011). Jeg vil beskrive begreper fra Gregory Batesons kommunikasjonsteori som for meg har vært nyttige i analyse av sirkulære samspill: kybernetiske systemer, komplementære og symmetriske interaksjoner, annen-ordens kybernetikk, kontekst og punktuering, digital og analog kommunikasjon. Jeg starter med å gi en kort beskrivelse av familierapiens og systemteoriens røtter og noen utviklingslinjer.

Utover 1800-tallet og starten på 1900-tallet skjedde det brudd i denne klassiske måten å produsere kunnskap på. Innenfor de vitenskapene som omhandlet mennesker ble det stilt spørsmål om det var mulig å forstå alle fenomener med språk fra fysikkens verden som; kraft, energi og vekt. Det ble nødvendig med en ny forståelse. Teorien ble kalt General systems theory (Ølgaard, 2004, s. 51). Systemteorien innebar et paradigmeskifte fra et mekanistisk verdenssyn med en årsak-virkning-tenkning til et system preget av feedback (Jensen & Ulleberg, 2011). Teorien forente de ulike vitenskapene og så på universet som et system som var organisert og sammensatt i en uendelig helhet (Ølgaard, 2004). Dette skapte interessen for å studere samspillet i et system og ikke kun de enkelte delene (Hårtveit & Jensen, 2004, s. 49). Når kompleksiteten i systemet ble erkjent som en helt essensiell egenskap som ikke kunne reduseres bort, ble det mulig å komme videre i problemløsningen. Gregory Bateson anses å være den som introduserte systemteorien inn i familierapifeltet

(Ølgaard, 2004). Hans «nye» vitenskap fikk flere navn; systemteori, kybernetikk informasjons- eller kommunikasjonsteori eller spillteori (Ølgaard, 2004, s. 51). Batesons forståelse av systemer var knyttet opp mot de komplekse kybernetiske systemene. Epistemologien innebar forståelse og forklaring for hvordan et system fungerer og hvordan dette påvirker en adferd. Dette gav viktige bidrag i å forstå mentale prosesser (Ølgaard, 2004).

2.3.1 Kybernetiske systemer

Kybernetikk er vitenskapen om selvregulerende systemer både innenfor fysiologi og biologi, og et kybernetisk system definerer Bateson slik:

At systemer, når alt kommer til alt, enhver enhed, der indeholder feedbackstrukturer og derfor er istand til at behandle information. Der er økologiske systemer, sociale systemer, og den individuelle organisme plus den omverdenen, som den interagerer med, er selv et system i denne tekniske betydning. (Bateson, 1991 gjengitt fra Ølgaard, 2004, s. 181)

Komplekse nettverk vil alltid være eksisterende kretsløp, sammensatt av sirkulære årsakskjeder hvor årsakssammenhengen går i kretsløp (Ølgaard, 2004, s. 181). Kretsløpet reguleres via feedbacksystemer, hvor endringer et sted fører til en forskjell og en endring et annet sted i systemet (Ølgaard, 2004); et såkalt homeostatisk prinsipp som sier noe om et systems selvregulerende evne. Et spørsmål i møte med menneskelige systemer blir da: «er dette systemet stabilt?», overlever det over tid? Bateson forstod overlevelse og stabilitet som «utsagn om systemet» (Ølgaard, 2004, s. 188). «Hvilke utsagn om dette systemet er fortsatt sande?» (Bateson, 1961 s. 117 gjengitt fra Ølgaard, 2004, s. 188). Et system med en velfungerende regulator kalles et selvkorrigerende system. Mangel på en regulator fører til at systemet «løper løpsk» (Ølgaard, 2004, s. 183) som kan føre til noe Bateson kalte skismogenese. Han var opptatt av hvordan relasjonsmønstre vedlikeholdes og skapes, og bruker skismogenese for å beskrive de brudd og uenigheter som kan skje relatert til punktueringsvaner.

2.3.2 Komplementære og symmetriske interaksjoner

Bateson identifiserte to typer skismogenese: symmetriske og komplementære interaksjoner. En måte å forstå hvordan onde sirkler blant mennesker, grupper eller samfunn oppstår og holdes ved like (Ølgaard, 2004, s. 40-41). I symmetriske relasjoner preges relasjonen av en gjensidighet der mer av det ene fører til mer av det samme hos den andre (Ølgaard, 2004). For eksempel latterkrampe: mer latter fører til mer latter hos den andre (Bateson, 2005, s. 98). I komplementære relasjoner preges samspillet av ulikhet, men adferden er likevel tilpasset og komplementerer hverandre. En adferd hos person A kan gjøre at B tilpasser sin adferd (Bateson, 2005, s. 99). En komplementær relasjon fordrer den enes dominans og den andres underdanighet (Ølgaard, 2004, s. 41). Skismogenese skjer når dette samspillsmønsteret ikke blir rettet opp i. Det skapes en sterk felles uenighet og systemet kan bryte sammen (Bateson, 2005, s. 99). Å bruke Gregory Bateson sine ideer om hvordan brudd i relasjonelt arbeid kan forstås, kan gi ny forståelse av interaksjonen mellom pasient og hjelper knyttet til mitt tema (Kenny, 2004).

2.3.3 Annen-ordens kybernetikk

Med kybernetikken ble det observerende systemet språkliggjort, og det postmoderne skiftet ble tydeligere. Dette påvirket terapeutens forståelse av språkets rolle (Anderson, 2003). Terapeuten kan ikke lenger stå utenfor å endre, kontrollere eller styre et system, det deltar i systemet (Anderson, 2003, s. 51). Denne endringen ble kalt annen-ordens kybernetikk. Mennesket kunne ikke gi et eksakt bilde av verden via språket, for eksempel gi en korrekt gjengivelse av hva som var unormal menneskelig adferd. Observert adferd var ikke en iboende egenskap, men måtte ses i sammenheng med den konteksten adferden utspant seg i (Anderson, 2003; Watzlawick et al., 1967).

2.3.4 Kontekst og punktuering

I systemisk teori forstås kontekst som den kommunikative rammen vi bruker for å forstå fenomener eller verden på (Jensen & Ulleberg, 2011). Våre ord og handlinger blir meningsløse uten kontekst. Hvilken ramme vi velger avhenger av hva vi oppfatter, samt hva vi ikke oppfatter som informasjon, og som utelates fra vår oppmerksomhet. Dette betyr en uendelighet av muligheter for vår kontekstforståelse. Ingen beskrivelse er mer riktige enn andre (Hårtveit & Jensen, 2004, s. 49). Virkeligheten kan først erkjennes i et fellesskap. Innen profesjonsutøvelse vil observasjonsrammen være med å definere kontekstforståelsen. Er pasienten truende eller maktesløs? Hvilken observasjonsramme som velges styres ofte av allerede satte regler som «avslører» våre punktueringsvaner (Jensen & Ulleberg, 2011). Punktuering er vår måte å organisere og forstå en samspillssekvens (Jensen & Ulleberg, 2011). Å punktuere på lineære samspill gir muligheter til å lete etter årsaker. I møte med komplekse fenomener kan dette bli utilstrekkelig. Det viser seg å være vanskelig å finne årsaken til at mennesker blir psykisk syke eller forklare hvorfor krigen i Ukraina brøt ut. Det kan tyde på at Russlands president punktuere på helt andre hendelser enn Ukrainas president. Dette gjør at de har total ulik forståelse av om dette er en krig eller frigjøring. Hvordan punkteringen viser seg, er årsak til mange uenigheter (Watzlawick et al., 1967, s. 56).

2.3.5 Digital og analog kommunikasjon

Å kommunisere på det digitale og det analoge nivået er et av Watzlawick (1967) sine fem aksiomer for kommunikasjon, og kan sies å være til stede og supplere hverandre i enhver (menneskelig) samhandling (s. 63). Bateson brukte disse begrepene til å si noe om den umulige oppgaven det er å teoretisere over menneskers komplekse opplevelser som kan gi opphav til misforståelse (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 123). Det digitale nivået handler om ord som forstås med visse regler som gir en mening, og har sørget for matematiske oppdagelser og videreføring av kunnskap (Watzlawick et al., 1967, s. 63). Det analoge nivået handler om det vi ikke kommuniserer med ord (Watzlawick et al., 1967). Vårt talespråket er analogt

kodet (Ølgaard, 2004), i form av stemmeleie, kroppsholdning og ansiktsuttrykk (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 129), og må sees på i den konteksten de opptrer. Det er i det analoge nivået vi kommuniserer våre relasjoner. All kommunikasjon er kommunikasjon, hvor Watzlawick (1967) sier: «One cannot not communicate» (s. 51).

2.4 Samarbeidsorientert tilnærming

Jeg vil i dette avsnittet gå nærmere inn på noen sentrale trekk ved den samarbeidsorienterte tilnærmingen som for meg ble viktige teoretiske kart da jeg analyserte de fire intervjuene. En vei inn i dette for leseren kan være for en stund legge vekk hva vi har lært om hva som er normalt, hva som er avvik og legge til side egne overbevisninger. Det er kanskje nå mange lesere av denne studien vil oppleve at de modernistiske og de postmoderne teoriene kommer i konflikt. Et hjelpesystem sammensatt av fagpersoner sammen med pasient kan forstås som et språkssystem (Anderson, 2003). Et hjelpesystem sammensatt av fagpersoner sammen med pasient og eventuell familie kan forstås som et språkssystem. Den samarbeidsorienterte tilnærmingen presenterte en nyttig modell for å forklare flere funn i min intervjuundersøkelse.

Talspersonene for denne retningen var Harlene Anderson og Harry Goolishian. De dannet Galveston Family Institute i 1978. De var fascinert av språket og konversasjoner, og lot seg inspirere av de sosialkonstruksjonistiske ideene (Hårtveit & Jensen, 2004). De forsto menneskelige systemer for språkssystemer og hevdet at problemer løses og skapes i språket gjennom systemets organisering (Anderson, 2003, s. 51). Behandlingen bidro til at klienten fikk hjelp til å lage ny mening til sitt problem. Metoden for å lykkes med dette er gjennom aktiv lytting. De ville tone ned terapeutens rolle og ønsket å gå bort fra ordet terapi og erstattet det med samtale. Hvordan språkssystemet snakker om problemet, i denne sammenhengen; fenomenet smerte blir dermed et viktig anliggende. Et problem oppfattes sjeldent likt, og det kan skapes konkurrerende virkeligheter. Dette utfordrer den biomedisinske forståelsen av virkeligheten. Som om den var en stabil antakelse (Anderson, 2003, s. 109). Anderson betviler også at språket kan gi en eksakt gjengivelse av virkeligheten,

at jo mer presis beskrivelse, jo mer sant. Anderson (2003) kritiserer diagnosesystemets tro på at språk i seg selv klarer å gi en eksakt avbildning av virkeligheten (s. 109).

Det er to viktige spørsmål i den samarbeidsorienterte tilnærmingen jeg anser som relevante for mitt prosjekt: 1. Hvem snakker om problemet? 2. Hvordan forstår de problemet?

2.4.1 Hvem snakker om problemet?

Den samarbeidsorientert tilnærmingen forsøker å si at måten vi deltar i menneskelige systemer på, kan være med å påvirke samtalen. Det er et eksempel på annen-ordens kybernetikk som utfordrer et naturvitenskapelig syn på objektivitet. Terapeuten kan ikke stå utenfor å observere uten å delta i systemet (Anderson, 2003, s. 104). Et språkssystem er sosialt system som på hver sin måte er opptatt av relevante forhold, ofte omtalt som «problemet», altså de som snakker om problemet. Det finnes like mange definisjoner av problemet som det finnes deltakere i språkssystemet og Anderson (2003) er like opptatt av både klient og terapeut sin definisjon av problemet (s. 105-107). En samarbeidsorientert terapeut er opptatt av at problemer ikke løses, men oppløses når medlemmene i språkssystemet snakker annerledes om problemet. Når ikke det er mer å snakke om, er problemet oppløst. Dette skjer når klient og terapeut snakker om problemet på en annen måte (Anderson, 2003). Hvis terapeuten ikke er en del av løsning, kanskje han er en del av problemet (Anderson, 2003)?

2.4.2 Hvordan forstår vi problemet?

Dette handler om i hvilken grad lar vi oss informere av den andre. Uttrykket ikke-vitende posisjon ble introdusert av Anderson og Goolishian i artikkelen: «The client is the expert; A not knowing approach to therapy» (Anderson & Goolishian, 1992), og begrepet er et avgjørende begrep i den samarbeidsorienterte tilnærmingen. Den springer ut fra en sosialkonstruksjonistisk tankegang om at sannheten ikke finnes, men skapes gjennom konstruksjoner mellom menneske (Anderson, 2003, s. 13). Anderson, beskriver den ikke-

vitende posisjonen som en terapeutisk posisjon preget av frihet og en filosofisk holdning mer enn en ferdighet. (Anderson, 2003, s. 130). Frihet til ikke å vite svaret eller å stresse over å finne de riktige spørsmålene.

En annen ingrediens i den ikke-vitende posisjonen er ydmykhet (Anderson, 2003, s. 178). Dette handler om hvordan terapeuten forholder seg til kunnskap. Å bruke kunnskap med en ikke-vitende posisjon skjer ved at terapeuten bruker sin kunnskap for å få frem klientens perspektiv og historie på best mulige måte. Dette krever lytting som gjør at pasienten føler seg lyttet til: «som det at være opmærksom på, interagere med, respondere å og prøve å sette sig ind i klientens historie og i, hvor viktig historien oppleves» (Anderson, 2003, s. 198). En slik holdning kan hjelpe terapeuten til å forstå klientens oppfattelse av problemet. For at dette skal bli et felles prosjekt må terapeuten forsøke å få fatt på klientens egen oppfatning.

Ved å bruke teori fra den samarbeidsorienterte tilnærmingen i denne studien åpner det seg en mulighet for å forstå og (opp)løse problemer gjennom språket. Den vil kreve et ydmykt forhold til at det vi vet i dag, kan være noe annet i morgen. Dette bidrar således til et brudd i mange vedtatte sannheter. I stedet for rett og galt er jeg nyskjerrig på hva som kan skje i samhandlingen mellom pasient og fagperson hvis kampen om sannheten erstattes med en erkjennelse av det finnes en mangfoldig og delt virkelighet (Anderson, 2003).

2.5 Sosialkonstruksjonisme

Et viktig fokus innen sosialkonstruksjonismen er å se på hvordan de ulike diskursene rundt menneskelig fungering skapes (Gergen, 2011). Knyttet opp mot mitt tema er det sosialkonstruksjonismens antakelse at språket skaper mer enn former virkeligheten som er hovedinspirasjonen til en sosialkonstruksjonistisk epistemologi for denne studien. Hva er sannhet? Og hva er kunnskap? Hvordan vurderer vi beskrivelser av virkeligheten som sanne? Hvis alt er konstruksjoner, hva er da virkelig? Dette er sentrale spørsmål konstruksjonister er opptatt av med relevans for dette studiet.

Sosialkonstruksjonismen står i opposisjon til realismen som hevder det finnes en objektiv sannhet (Thomassen, 2018). Slik utfordres begreper som sannhet, objektivitet, fornuft og kunnskap (Gergen, 2011, s. 13). Det settes spørsmålstegn til forskerens evne til å si noe om verden på en nøyaktig måte, og retter kritikk til de rådende modernistiske vitenskapelige ideer om verden. Ydmykhet for hva vi regner for kunnskap er kanskje grunnen til at sosialkonstruksjonismen er en av vitenskapsteoriens mest omdiskuterte tilnærminger (Rasborg, 2013, s. 2). En grunnleggende idé innen sosialkonstruksjonismen er: «Alt, hvad vi regner for virkeligt, er socialt konstruert, intet er virkeligt, før folk er enige om, at det er det at alt som vi mener er virkelig, er sosiale konstruksjoner» (Gergen & Gergen, 2005, s. 9). At virkeligheten er sosialt konstruert er som øyne som ser den samme skogen, den samme fargen, den samme krangelen mellom to voksne. Det som er ulikt, er betydningen vi legger i det vi ser. Vår tilgang til verden bestemmes av våre sosiale relasjoner (Gergen & Gergen, 2005). Virkeligheten er alltid en fortolket virkelighet hvor menneskets erkjennelse av virkeligheten er med å påvirke den. Denne erkjennelsen skjer aldri i et vakuum eller i den enkelte, men i interaksjonen mellom mennesker, det oppstår alltid i relasjoner (Gergen, 2005, s. 32). Dette vil si at en egenskap eller karakteristika alltid må sees i sammenheng med interaksjon med omgivelsene. Å hevde at verden blir meningsfull i kraft av relasjoner, gjør at måten vi responderer er avgjørende. Vi kan overse, være totalt uenig eller støttende. Vi trenger hverandre for å danne mening og betydning, og dette krever handlingskoordinasjon. Dette gir uendelig muligheter for stadig nye bevegelser, der den ene ytringen føder ny mening (Gergen, 2011, s. 132).

En positivist vil hevde at språket er metoden for å gjengi sine resultater av undersøkningen, og dermed vil språket være en bærer av den objektive sannhet (Gergen, 1997, s. 42). Gergen stiller spørsmålet om språket kan gis et så tungt ansvar det innebærer å skulle gjengi et objektivt bilde av naturen, og stiller et diskursivt spørsmål: Hvor har vi dette fra? At språket har den egenskapen? Kan språket beskrive en handling? Vil ikke alltid «den intelligente» eller «den fiendtlige» være i bevegelse, mens våre definisjoner av dem være statiske og uforanderlige? (Gergen, 1997, s. 42). Det vi ser, eller tror vi ser er alltid knyttet opp mot en fortolkningstradisjon (Gergen, 2011, s. 131). Vi mennesker kan stole så mye på våre sosiale konstruksjonsprosesser at selve konstruksjonen blir usynlig. Dette fører oss et annet sentralt tema i denne studien; kunnskap som tas for gitt. For en konstruksjonist er en kritisk holdning

til ting vi tar for gitt et grunnleggende potensial og mulighet. Utfordringen er å aldri slutte å tvile på det vi har akseptert som sant, virkelig og nødvendig (Gergen, 2011, s. 26).

En sosialkonstruksjonist vil hevde at så lenge det er mulig å endre en samtale om et problem, er det også mulig å rekonstruere problemet slik at det ble en mulighet (Gergen, 2011). Dette kalles et frigjørende sosialkonstruktivistisk perspektiv. Virkeligheten er formbar, og kan rekonstrueres. Antakelsene vi har om å være den gode mor, den profesjonelle hjelper og «den troverdige pasient» som jeg senere vil skrive om, kan endres. En grunnlagsforståelse innen sosialkonstruksjonisme er ikke at noe aldri er sant eller riktig. En konstruksjonist vil svare at alt er virkelig innenfor en ramme.

Det er hvordan en forståelsesramme er blitt dannet en sosialkonstruksjonist vil undersøke. Det betyr at når en sosialkonstruksjonist hevder at virkeligheten er konstruert, er ikke det det samme som at ingenting eksisterer. Vi konstruerer virkeligheten alltid ut fra et bestemt synspunkt. Vi uttaler oss ut fra en tradisjon som gir mening for oss (Gergen, 2011). Vår kunnskap om virkeligheten skapes gjennom språket som igjen skaper våre relasjoner. Ut fra en konstruksjonistisk forståelse er det nødvendig med en viss felles forståelse av virkeligheten eller «hva det er» for å etablere relasjoner (Gergen, 2011, s. 51). Hvis din forståelse av verden er basert på ånder, magi og healing, mens min er knyttet opp mot nervesignaler, hormoner og medikamenter vil vi ha problemer når vi skal diskutere ditt smertefulle kne. Det er lett å se at det kan forekomme krenkelser og brudd i en slik samtale. Det som for meg er av det gode og det virkelige, vil for deg være det motsatte. Det er gjennom språket vi kan finne enighet (Gergen, 2011, s. 52).

Sosialkonstruksjonisme kan gi viktige bidrag i å oppløse kampen om sannheten og hvordan vi kan snakke om flere sannheter. Med et sosialkonstruksjonistisk vitenskapelig ståsted kan det i denne studien bli mulig å se nærmere på hvilke diskurser som er med å forstå hvorfor vi forstår verden på den måten vi gjør. De menneskelige beskrivelsene er alltid sagt i relasjon til noe, og mening dannes ikke bare i den enkelte av oss, men mellom oss. Det som er riktig bestemmes av en «felles tradisjon (Gergen, 2005, s. 12).

2.6 Diskurs

Denne studien har som nevnt sin vitenskapsteoretiske forankring i sosialkonstruksjonisme. Bruken av begrepet diskurs krever en ontologisk og epistemologisk forståelse av hvilken rolle språket spiller i konstruksjonen av den sosiale verden (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Jeg vil nå gjøre kort gjøre rede for teori fra den kritiske tradisjonen og poststrukturalismen for å belyse diskursbegrepet slik det brukes i denne studien. Jeg vil beskrive hvordan jeg tenker begrepet diskurs var nyttig for å finne mer ut av det jeg var nyskjerrig på: Hvordan fagpersoner forstår og beskriver sine møter med mennesker som er rammet av LST.

Ordet diskurs kommer fra latin og betyr tale, samtale eller drøftelse. I den kritiske tradisjonen brukes diskurs til å si noe om «hvordan ulike grupper vil utvikle ulike måter å forstå og omtale virkeligheten på» (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 74). Det er vanskelig å få en fullstendig forståelse av hva diskursbegrepet innebærer (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Følgende definisjon kan for eksempel være nyttig: «en diskurs er en bestemt måte å tale om og forstå verden (eller et utsnitt av verden) på» (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 9). Dette bygger på ideen om at mennesker strukturerer språket i ulike mønstre, som vi følger når vi befinner oss i bestemte sosiale sammenhenger Dette kan kalles en diskursiv praksis, som igjen skaper et diskursivt regime (Winther Jørgensen & Phillips, 1999).

Sosialkonstruksjonismen har dragninger mot poststrukturalismen (Jensen & Ulleberg, 2011), men der en sosialkonstruksjonist vil hevde at virkeligheten skapes i språket vil en poststrukturalist være enig så lenge han kan få legge til samfunnsmakten som en medskaper (Snævarr, 2017, s. 249). En kjent skikkelse innenfor poststrukturalisme og den kritiske tradisjonen er Michel Foucault (1926-1984). Poststrukturalismen vokste frem som en intern kritikk av strukturalismen, hvor det var ideene om begrepssystemene vi omgir oss med Foucault mente var for vilkårlige. Han snudde på hodet antakelsen om at det fantes en rett måte å klassifisere objekter på (Snævarr, 2017). Foucault ønsket å undersøke de ulike former for makt som eksisterer i et samfunn. I takt med poststrukturalistisk tankegang ville han ikke presist definere dette begrepet. Ikke de maktformene som handlet om forbud, men maktformer som gir grobunn for at kategorier blir påvirket av historiske prosesser (Solvang, 2020). Maktforståelsen hans kan likevel beskrives som noe som er tilstede i samfunnet med

en ubevisst maktutøvelse (Foucault, 1999b). Foucault hevdet at makt kan vise seg både i strukturer, i politisk makt, i relasjoner og diskurser og var opptatt av den nære relasjonen mellom makt og kunnskap. Det finnes binære strukturere i språket vårt som vil hevde at normalt er bedre enn avvik. Innen poststrukturalismen vil målet være å stille spørsmål som avdekker hvordan vi kom oss dit hvor vi hevder at blikket for eksempel har fått mer forrang enn hørsel (Solvang, 2020, s. 260-261).

Et viktig anliggende innenfor den kritiske tradisjonen er å løfte frem og kritisk drøfte hvordan makt kan vises av individer gjennom strukturer og diskurser (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 72). Jeg oppdaget gjennom analysen at å benytte begrepet diskurs i problemstillingen gav mulighet til å undersøke hvilke handlingsrom disse måtene å snakke om fenomener ga. Å forankre dette prosjektet i en kritisk teoretisk tradisjon vil kunne gi viktige bidrag i å analysere de rådende diskurser, talemåter, kunnskap og oppfatninger som tas for gitt. Det kan få frem mulig skjult maktbruk som kan ligge i helsevesenet i dag, men også hvilke produktive sosiale praksiser og muligheter som finnes i diskursen (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 23).

2.7 Relevant forskningslitteratur

Jeg vil nå gjøre rede for relevant forskning for min studie. På grunn av oppgavens beskjedne omfang så har jeg valgt disse 8 forskningsartiklene og 3 fagartiklene, da jeg vurderer at de kan være med å belyse min studie. Jeg vil havne på siden av noen av artiklene, for eksempel er problemstillingen ikke avgrenset til en spesiell yrkesgruppe, og mange av artiklene har forsket på lege-pasient relasjon. Jeg fant det interessant at det var likhetstrekk mellom disse artiklene og mønstre i mine funn. Basert på problemstillingen har jeg foretatt søk etter vitenskapelige artikler på databasene CINAHL, pubmed og Oria. Det er forsket utrolig mye på smerteproblematikk innen flere ulike fagdisipliner, og det var disse søkeordene som hjalp meg med å begrense søkene: «chronic pain», «health professionals», «professional attitude», «discourse», «biopsykososial», «biomedicin», «clinical talk», «Systems theory, «qualitative analysis», «relationship». Dette gav treff i medisinsk-, sykepleiefaglige- og

sosialfaglige tidsskrifter. Jeg avgrenset søkene med treff kun i fagfellevurderte artikler, geografisk område som kunne sammenlignes med norsk helsevesen tilbake til 2000.

For enkelthetsskyld valgte jeg å lage oversiktstabell med utvalgte artikler. Jeg vil her presentere nærmere noen artikler som fikk mye å si for mitt arbeid.

Toye et al. (2017) sin studie: «Meta-ethnography to understand healthcare professionals' experience of treating adults with chronic non-malignant pain», er en oppdatert stor meta-etnografisk studie som samler for første gang et stort antall kvalitative studier med mål å utforske helsepersonell erfaring med å behandle pasienter med langvarig smerte. De presenterer en modell for hvordan helsepersonell kan bedre forstå, tenke om og påvirke sine erfaringer rundt denne pasientgruppen. Temaene de beskrev: En slags kollektiv skepsisme overfor en gruppe pasienter, vanskelig å navigere i ulike medisinske modeller, utfordrende å skape relasjonell tillit, lojalitetskonflikt mellom pasienten vs systemet, personlig belastning, smertebehandling som et håndverk. Forfatterne er opptatt av denne forskningen har overføringsverdi også overfor andre smertetilstander, og sykdomsgrupper.

En svensk studie Thunberg et al. (2001) ble valgt da jeg ønsket å bruke en artikkel som hadde brukt et ganske likt forskningsdesign som mitt eget studie, og hvor konteksten var nær norsk helsevesen. Artikkelen beskriver tre hovedtema: 1) *Profesjonell tvetydighet*: som viste seg at å jobbe helhetlig med denne gruppen var vanskelig uten en felles strategi. 2) *Den profesjonelles bærer av virkeligheten*: innebar frustrerende møter når pasientene hadde for høye forventninger til hva «virkeligheten» kunne tilby. 3) *Den profesjonelles tanker om en ideell omsorg*: stort gap mellom hva helsepersonell ønsket å få til og hva som ble resultatet. Det var interessant å se hvordan funnene tilbake til 2001 var mye likt slik forskningen i dag også viser og hvordan flere av disse funnene er å finne igjen i mitt eget studie.

Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: bridging the communication chasm, av Kenny (2004) var til stor inspirasjon tidlig i masterforløpet. Selv om den omhandler spesifikt lege-pasientrelasjon, var det den artikkelen av størst interesse jeg fant som brukte systemisk teori i sin analyse. Forfatteren beskriver at det i den kliniske konsultasjonen foregår to parallelle dialoger mellom lege og pasient. Legens implisitte psykologiske smerteforklaring, og pasientens implisitte biomedisinske smerteforklaring. Dette skapte utfordrende interaksjoner som er av stor relevans for min studie.

Jeg tok også med en artikkel fra en norsk doktorgradsavhandling: *It is hard work behaving as a credible patient: Encounters between women with chronic pain and their doctors* (Werner & Malterud, 2003). Selv om fokuset var kliniske konsultasjoner mellom lege og pasient og ikke på sykehus, var den norske konteksten av interesse. Samtidig viser forfatteren hvordan ideen om en rett «smerteadferd» påvirker pasienten til å endre sin adferd for å bli oppfattet som troverdig. Dette gir viktig relevans inn i det systemiske rammeverket for denne studien.

Master i familieterapi og systemisk praksis har i sitt navn også et nedslagsfelt utenfor det klassiske par-, og familieterapeutiske rommet. Min studie bruker systemisk teoretisk rammeverk inn i en kontekst som ikke tradisjonelt sett har Bateson som sin foregangsmann. Det var derfor relevant å ta med en kunnskapsoppsummering med formål å utforske ulike utfall i studier med intervensjoner fra par- og familieterapi med en vid definisjon av hva dette innebar. Felles for modellene er at alle deler oppfatning av at det presenterte problemet er nært knyttet opp mot relasjonelle mønstre i systemet, og endring hos individet innebærer endring i systemet (Stratton et al., 2014, s. 2). Fysisk sykdom og relasjonsproblemer er nevnt eksplisitt som mulige problemområder, og oppsummeringen har inkludert 7 studier som går på voksne og fysisk helse som kreft, smerte og HIV som gjør den relevant også for mitt forskningsområde.

Paul-Savoie et al. (2018) sin artikkel: *The impact of pain invisibility on patient-centered care and empathetic attitude in chronic pain management*, hadde som formål å undersøke hvordan synlige eller usynlige tegn på smerte påvirket helsepersonell sin personsenterte og empatiske holdning overfor pasienten. Dette viste seg også å være knyttet opp mot hvor mye erfaring helsepersonell hadde. Denne artikkelen belyser hva som kan bidra til at de kliniske møtene med pasientene blir utfordrende og hvordan vi bedre kan forstå pasienter som ikke opplever seg tatt på alvor. Den konkluderer med at det er behov for forskning på helsepersonell sine ubevisste holdninger som kan få store konsekvenser for pasientene. Til tross for metodisk svakhet ved å tallfeste det som kan ligne på holdninger, blir denne artikkelen tatt med. Dette fremstår som en svakhet ved studien. Det ble brukt en kombinasjon av selvrapporing og observasjon av ekte pasienter på en video.

I en slik kort litteraturgjennomgang har det vært umulig å legge bort mitt eget engasjement, interesse og forforståelse når jeg besluttet hvilke artikler jeg valgte ut av den store mengden

forskning jeg hadde tilgang til. En forutinntatthet i mitt prosjekt knyttet til min egen posisjonering i feltet, var at min egen erfaring og utdanning kunne gjøre at jeg mistet nysgjerrigheten på artikler som kunne vise andre funn enn jeg her har presentert.

Tabell over forskningslitteratur

Forfatter, år	Tittel på studie	Analysemetode	Fokus i studien
Toye et al., (2017)	Meta-ethnography to understand healthcare professionals' experience of treating adults with chronic non-malignant pain.	Meta-etnografi	Å utforske helsepersonell sine erfaringer med å behandle kronisk ikke-malign smerte ved bruk av kvalitativ metasyntese
Woods, S. B., Priest, J. B., Kuhn, V., & Signs, T. (2019).	Close relationships as a contributor to chronic pain pathogenesis: Predicting pain etiology and persistence	Tverrsnittstudie med regresjonsanalyse	Å undersøke hvordan ulike relasjonelle bidrag kan påvirke både nyoppstått og langvarig smerte.
Kenny, D. T. (2004).	Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: bridging the communication chasm.	Konseptuell analyse med systemisk teori	Å identifisere implisitte og eksplisitte temaer i pasient-lege konsultasjon, vurdere nytteverdi av systemisk teori i forståelsen av interaksjonene, undersøke de terapeutiske implikasjonene av disse funnene
Werner, A., & Malterud, K. (2003)	It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors	Giorgi's fenomenologiske analyse	Å undersøke innholdet i «arbeidet» pasienter gjør for å bli trodd, forstått og tatt på alvor i legekonsultasjoner
Paul-Savoie, E., Bourgault, P., Potvin, S., Gosselin, E., & Lafrenaye, S. (2018).	The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management	Deskriptiv kvantitativ studie	Å undersøke hvordan synlige fysiske tegn på smerte påvirket pasientsentrert og empatisk omsorg i en kontekst av langvarig smerte.
Thunberg, K. A., Carlsson, S. G., & Hallberg, L. R. M. (2001).	Health care professionals' understanding of chronic pain: a grounded theory study.	Grounded theory	Å undersøke hvordan helsepersonell oppfatter langvarig smerte.
Stratton et al. (2014)	Couple and Family Therapy Outcome Research in the Previous Decade: What Does the Evidence Tell Us?	Kunnskapsoppsummering	Å utforske utfallskarakteristika i studier med terapeutiske intervensjoner fra familie og par-terapi over en 10 års periode
Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007).	The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain:	Kunnskapsoppsummering	Å presentere en litteraturgjennomgang med de mest nevneverdige utvikling på forskning innen smerteforståelse

Mortensen (2017) .	Smerte - i et relationelt og sosialt perspektiv	Fagartikkel	Smertens sosiale faktor, og at smerte kan fungere som fremmer av marginalisering av ulike befolkningsgrupper
Gurnæs, J. V. (2013).	En genåbning og genskrivning af klienters liv og relationer- et bidrag til en narrativt inspireret supervisionspraksis	Fagartikkel	Å vise hvordan man kan i en veiledningskontekst bidra til å gjenåpne og omskrive klienters liv og relasjoner ved å skape på nytt behandleres oppfatning av virkeligheten
Solem et al. (2008)	Å ta empirien på alvor - Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere?	Fagartikkel	Introducerer et vitenskapelig ståsted som kan forene ulike analytiske perspektiver og metoder med familierapeutisk relevans

3 Metode

Det sentrale i empirisk forskning er hvordan forskeren har samlet inn, analysert og tolket data (Johannessen et al., 2016). Det neste kapittelet presenterer dette studiet sin metodologi. Det innebærer presentasjon av studiets epistemologi og forskerens vitenskapelige forankring. Dette gir føringer for hvilket perspektiv som er valgt i forskningsprosessen. Videre gjør jeg rede for kvalitativ metode, prosessen rundt innsamling av data gjennom forskningsintervju og analyse. Deretter presenterer jeg studien sin troverdighet, bekreftbarhet og mulig overføringsverdi. I oppsummeringen viser forskeren sin posisjonering i feltet, og etiske vurderinger tatt underveis.

3.1 Studiets epistemologiske ståsted

Innen forskning er det en akademisk god skikk å velge en spesifikk vitenskapelige retning for å sikre en sammenheng i det som presenteres. Forskerens vitenskapelige ståsted sier noe om hvilket perspektiv som er valgt. Dette gir føringer for metodiske valg underveis i forskningsprosessen. Epistemologi handler om hvordan få kunnskap om virkeligheten (Thomassen, 2018). Kan vi finne objektiv kunnskap om det som skjer eller er all kunnskap fundert på fortolkning? (Johannessen et al., 2016). Det vitenskapelige ståsted i denne studien befinner seg i en hermeneutisk og sosialkonstruksjonistisk vitenskapstradisjon. Det epistemologiske utgangspunkt er at menneskets viten og erkjennelse er en fortolkning av denne, ikke en direkte avspeiling (Rasborg, 2013, s. 4). Det innebærer ideen om at også kunnskap er sosialt konstruert, og vår erkjennelse av virkelighet er en fortolket virkelighet vi er selv med å påvirke (Rasborg, 2013). Det sosialkonstruksjonistiske ståstedet innebærer at språket gis stor plass. Et syn som innebærer at språket skaper, mer enn det reflekterer virkeligheten (Minuchin, 1996, s. 53). Språk forstås som handling som gir rom for interaksjon, sosiale prosesser og praksis. Denne studien har sitt fokus på mennesket og menneskelige fenomener og har derfor også en hermeneutisk fortolkningsramme (Thomassen, 2018). Dette innebærer troen på at enhver forståelse krever en annen

forutgående forståelse. Et hermeneutisk ståsted gir mulighet til å utvikle kunnskap om hvordan vi kan hindre å bli trollbundet av våre egne føropfatninger (Thomassen, 2018). Disse valgene gjør at forskeren forstår kunnskap i denne studien som relasjonell, kontekstuell og produsert i interaksjon mellom forsker og intervjuperson. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 77) Å anerkjenne kvalitativ metode innebærer i dette prosjektet å forstå at datainnsamling via intervju er kvalitativt noe helt annet enn datainnsamling som lar seg påvirke av fysiske størrelser. Metoden er ingen garanti for å produsere sann kunnskap.

3.2 Eget epistemologisk ståsted

Et epistemologisk ståstedet gjør at forskeren har tatt et valg som gir en avgrensning for hvor perspektivet skal være for hva som skal undersøkes (Johannessen et al., 2016, s. 50). Mitt vitenskapsteoretiske standpunkt er forankret i en sosialkonstruksjonistisk forståelse med vekt på språkets betydning. Et kjennetegn i kvalitative forskning er den sentrale rollen forskeren spiller. Måten forskeren bruker sin personlighet, kunnskap, mot og faglig skjønn er med å påvirke kvaliteten på intervjuet og resten av forskningsprosessen. Dette kalles forskerens kredibilitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Jeg bruker «rammet av langvarig smerte» i problemstillingen for å språkliggjøre mitt ståsted: At sykdom ikke er noe man selv har skyld i, sykdom er noe som rammer. Et sosialkonstruksjonistisk perspektiv kan ses på som motsatsen til et realistisk perspektiv. Kritikerne vil hevde at det å studere den menneskeskapte virkeligheten er så fundamentalt annerledes enn den fysiske naturen at disse to ikke kan forenes (Thomassen, 2018). Vi lever likevel i en tid hvor vi søker de enkle og entydige svarene på komplekse spørsmål. Vår tid tyr til reduksjonistiske forklaringsmodeller for å forstå det komplekse mennesket (Thornquist et al., 2020), og jeg anser meg selv som en sosialkonstruksjonistisk forsker inntil et visst punkt. Konteksten for dette prosjektet er fra somatisk helsevesen som tradisjonelt sett har sin kunnskapstradisjon fra en positivistisk og naturvitenskapelig kunnskapstradisjon (Thomassen, 2018). Dette gir noen implikasjoner for mitt vitenskapelige ståsted. Å forstå smerte som kun et sosialt konstruert fenomen vil ikke være å ta virkeligheten på alvor. Inspirert av kritisk realisme forstår jeg også virkeligheten som noe observerbart samtidig som den inneholder et domene som er dypt og ikke

observerbart (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 24-25). Den terapeutiske makt forsvinner ikke bare ved å gi et fenomen et annet navn (Minuchin, 1996, s. 53). Jeg velger derfor å forankre mitt vitenskapssyn også i den vitenskapsfilosofiske retningen kritisk realisme. Dette er en vitenskapelig forståelsesramme som regnes å være et slags svar på positivismestriden på 1970 tallet (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 7). Her forstås virkeligheten som noe observerbart samtidig som den inneholder et domene som er dypt og ikke observerbart. Det vi «ser» er toppen av isfjellet og fokus må også rettes mot de ikke observerbare fenomenene som strukturer og mekanismer som skaper det vi kan «se» (Buch-Hansen & Nielsen, 2014, s. 24- 25). På denne måten kan det bli mulig å forene klokskapen fra et realistisk og et konstruksjonistisk perspektiv (Solvang, 2020). Det hevdes at i det helse-, og sosialfaglige kontekster er nødvendig med et både og. For å øke vår forståelse av sammensatte helsetilstander må det finnes perspektiver som kan kombinere både de biologiske og de sosiale sidene (Engelsrud, 2020; Thornquist et al., 2020). Jeg synes også det her er relevant å legge til at det er strømninger innen familierapifeltet som hevder at feltet med sin postmoderne tankegang har posisjonert seg litt utenfor det dominerende kunnskapssynet som tradisjonelt sett har fått påvirke felt innen de tradisjonelle behandlingsfeltene medisin, psykiatri og psykologi, og dermed mistet noe av sin legitimitet (Solem et al., 2008). Spørsmålet om hva som er gyldig kunnskap vil vi trolig måtte leve med en stund til. Jeg har valgt dette vitenskapsteoretiske ståstedet i et forsøk på bygge bro over teori og praksis fra to verdener som er blitt konstruert til å stå langt fra hverandre i sin forståelse av virkeligheten.

3.3 Kvalitativ metode

Når man redegjør for metodiske valg sier det noe om hvordan forskeren har gått frem for å analysere og skaffe informasjon om virkeligheten (Johannessen et al., 2016, s. 33). Studiet har et deskriptivt design med en kvalitativ tilnærming. Jeg ønsker å ta utgangspunkt i detaljerte og nøyaktige beskrivelser av praksissituasjoner og løfte frem enkelte fagpersoner erfaringer, opplevelser og refleksjoner knyttet til samhandling med mennesker med LST. Et deskriptivt design ønsker å få frem detaljerte opplevelser, beskrivelser og følelser for hvorfor de handler som de gjør (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er temaet og hva som er selve

gjendstandsområde for forskningen som bør styre valg av metode (Ekeland, 2009). Formålet med prosjektet er å undersøke nærmere hvorfor møtet mellom fagperson og pasienter som rammes av langvarig smerte, beskrives i litteratur og praksis som utfordrende og hvordan språket kan være med å påvirke denne prosessen. Dette kan gi viktige bidrag til å øve opp en kritisk sans overfor våre handlinger i arbeid med mennesker som trenger vår hjelp. Jeg har valgt kvalitativ metode for å undersøke dette. Kvalitative metoder har som mål å få ny kunnskap om sosiale fenomener og fortolkningen har en stor plass (Thagaard, 2013). Formålet er ikke å beskrive et fenomen, men å forstå fenomenet (Thagaard, 2013). En kvalitativ forsker vil aldri hevde at sannheten kan nås metodisk, men den kan stadig utforskes (Johannessen et al., 2016). Jeg vil lage kart over hvilke diskurser fagpersoner skaper i sine møter med personer som er rammet av langvarig smerteproblematikk. Særtrekk ved kvalitativ forskning er å søke kunnskap om sosiale fenomener gjennom intervju eller observasjon som fordrer nær interaksjon mellom forsker og deltakere (Thagaard, 2013, s. 17). Der den kvantitative forskeren kan ses på som gruvearbeideren som «henter ut» kunnskap, er den kvalitative forskeren «den reisende forsker», som utforsker et ukjent land ved å la befolkningen fortelle sine historier. En slik kunnskapskonstruksjon ligger nær antropologien med en postmoderne og konstruksjonistisk forståelse som ligger til grunn (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 71).

3.4 Kvalitative forskningsintervjuer

Jeg har valgt å gjennomføre kvalitative forskningsintervjuer da dette kan gi rike beskrivelser av hvordan mennesker oppfatter egne liv og hvordan de forstår temaene som er i fokus under intervjuene (Thagaard, 2013). Det samler inn empirisk data ved å innhente kunnskap om deltakernes bestemte og typiske meninger om temaet (Kvale & Brinkmann, 2015). Formålet med studien er å belyse og fortolke et lite antall fagpersoners personlige erfaringer med å jobbe med noe jeg forstår som et komplekst helseproblem. Jeg ønsker å utvikle data gjennom 4 intervjuer. Intervjupersonene ble invitert av forskeren til å dele erfaringer knyttet til arbeid med pasienter med LST innlagt på sykehus. Dette innebar samtaler om hvilke antakelser og tolkninger intervjupersonene forholdt seg til når det kom til smerte hos den

andre og hvordan de satte ord på sine antakelser. Ved å la temaet få avgjøre metodevalg bidro dette til å motstå fristelsen å bruke fremgangsmåter som økte sjansen til at undersøkelsen gav de resultatene jeg ønsket (Johannessen et al., 2016). Den kvalitative forskningsprosessen er en dynamisk prosess, der det kan komme informasjon fra intervjupersonene som ikke støtter problemstillingen, slik at den må endres eller justeres underveis (Johannessen et al., 2016), noe som var tilfelle i mitt studie. I prosjektplanen var den opprinnelige problemstillingen: «Hvilke diskurser synes å påvirke fagpersoner i deres møte med pasienter med langvarig og kompleks smerteproblematikk?» Den valgte metodologien gjorde det ikke mulig å direkte undersøke pasientperspektivet, og gjennom diskusjoner med veileder ble denne problemstillingen derfor endret.

3.5 Intervjuguide

Jeg valgte semistrukturerte intervjuguide. Hvis jeg på forhånd hadde laget ferdig alle spørsmålene som skulle stilles i en bestemt rekkefølge, ville det kunne ha lukket for refleksjonen (Thagaard, 2013). Jeg forsøkte å utføre intervjuene med en ikke-vitende posisjon som fordret at jeg ikke bare lyttet etter utsagn som svarte på min problemstilling. Jeg valgte en temasentrert analyse. Dette fordrer at intervjupersonene skal snakke ut fra de samme temaene (Thagaard, 2013). For å sikre kvaliteten på intervjuguiden drøftet jeg den med veileder og gjennomførte et prøveintervju av en bekjent med erfaring innen problemstillingen. Knyttet til godkjenning av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) fikk jeg også anbefalinger om å endre noe av ordlyden i spørsmålene for å ivareta taushetsplikten. Intervjuguiden se vedlegg 2, ble utformet med bakgrunn av mine to forskningsspørsmål. Jeg oppdaget at det siste forskningsspørsmålet; «Hvor stor vekt legger intervjupersonene på relasjonen mellom fagpersonen og pasienten», ikke gav meningsbærende svar på problemstillingen. Dette ble derfor ikke tatt med i den videre analysen. Det gav svar som lå utenfor emnet for studiet. Intervjupersonene hadde ulik forståelse av relasjonsbegrepet. Enkelte beskrev det i relasjon til diskursen om den viktige samtalen arena for de personlige og de vanskelige temaene, mens andre knyttet relasjonsbegrepet opp mot dilemmaet som

oppstod i forbindelse med administrering av vanedannende medikamenter. Dette lå utenfor min problemstilling.

Intervjuguiden inneholdt 1-2 intervju spørsmål knyttet til hvert forskningsspørsmål, med påfølgende hjelpespørsmål. Jeg ønsket at intervjuet skulle bli vennlig ledet av forskeren, men aktivt preges av informantene slik Kvale & Brinkmann (2015) beskriver det (s. 162).

Dette erfarte jeg ved at flere av intervju personene kom selv inn på temaene som hjelpespørsmålene tematiserte da jeg stilte introduksjonsspørsmålet: Hva er grunnen til at du valgte å si ja til å bli med på dette prosjektet- språkets rolle i smertebehandling? Dette kunne si noe om intervjuguidens relevans for temaet.

Jeg ønsket å få det som kalles «spontane beskrivelser av livsverden» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 163). Noe jeg best fikk til ved ikke å ha en bestemt rekkefølge på spørsmålene. På samme måte som når informantene kom med utsagn som var relevante for problemstillingen ba jeg de ved begge scenarier å utdype dette med hjelp av hjelpespørsmål som: «kan du si mer om dette» eller jeg bad de komme med eksempler.

3.6 Datainnsamlingsprosess

Jeg har gjennomført fire semistrukturerte intervjuer. Det lot seg gjøre å gjennomføre intervjuene over en periode på 4 uker. Intervjuene ble foretatt der intervju personen ønsket. Det siste året med økende bruk og erfaring av digitale plattformer, gjeldende anbefaling innen Covid-19, samt ønske om å komme i gang med intervjuene gjorde at jeg utførte det første intervjuet digitalt. Dette ble diskutert med veileder. Jeg ser likevel at viktig informasjon som non-verbal kommunikasjon både fra forskeren og intervju personen gikk tapt. Informasjon som kunne være viktig i det videre analysearbeidet. Mitt tema er nært knyttet til holdninger. Å gjennomføre intervjuet digitalt kan ha påvirket svarene. De to neste intervjuene ble utført på deres eget arbeidssted, og det siste ble utført på mitt daværende arbeidssted. Samtalene ble tatt opp på egen lydopptaker og ble oppbevart etter anbefalte retningslinjer. Et videopptak ville gitt en helt annen mulighet til å si noe om interaksjonen mellom forsker og intervju personen (Kvale & Brinkmann, 2015). I forkant av intervjuene gjorde jeg intervju personene alltid oppmerksom på deres taushetsplikt. Der det forekom

identifiserbare opplysninger ble disse utelatt fra transkripsjonen. Intervjuene varte mellom 60 og 75 minutter. Tidsvariasjonen kom som følge av at vi brukte ulik tid for å bli litt kjent. Andre intervjupersoner var mer komfortable til å gå direkte i gang med intervjuet.

Jeg erfarte at intervjupersonene gav meg mye tillit, og det var ikke vanskelig å stimulere til refleksjon rundt temaet. Alle gav tilbakemeldinger om at de var glade for å få delta å gi innspill til mer kunnskap på et område de erfarte kunne være vanskelig.

3.7 Transkribering

I en transkripsjonsprosess gjøres samtale om til tekst slik at det muliggjør en formidling av intervjupersonens historie som danner grunnlag for analysen (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene ble transkribert av forskeren 1-3 dager etter intervjuet ble utført. Når jeg selv valgte å utføre transkriberingen kan det bidra til en dynamisk prosess der jeg reflekterte over egen måte å intervju på, som var med å forme det neste intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har bevart konfidensialiteten til intervjupersonene ved å utelate identifiserbar informasjon som navn, arbeidssted, samt beskrivelser som kunne identifisere dem og andre. Lydkvaliteten viste seg å være god og jeg brukte fotpedal og hodetelefoner som fanget opp lyden Dette gjorde transkriberingen lettere. Et lydopptak vil ikke klare å fanger opp non-verbal kommunikasjon, som er viktig rolle i menneskelige kommunikasjon (Jensen & Ulleberg, 2011) Jeg har i transkripsjonen notert der det er latter, nøling, lengre pauser, samt ord som hmm, ehh og mmm. Kortere pauser er notert med Dette ble notert både før og etter et utsagn der pausen kom tydelig frem. En skriftlig transkripsjon vil aldri kunne bli en direkte gjengivelse av hva som skjedde underveis. Det er en tekst som allerede er blitt fortolket, tatt ut av sin kontekst og kan sees på som en konstruksjon av et muntlig språk (Kvale & Brinkmann, 2015). Under presentasjon av funnene beskriver jeg nærmere hvordan jeg gikk frem for å lage en lesbar tekst ut fra verbale intervjuer. Se ellers vedlegg 4 for eksempel fra transkripsjonen.

3.8 Utvalg med presentasjon av intervjupersonene

Temaer i kvalitativ forskning er ofte personlige, noe som også er tilfelle i dette studiet. Seleksjonsmåten i form av tilgjengelighetsutvalg ble derfor valgt ved hjelp av strategisk utvalg. Innen kvalitativ forskning baserer et strategisk utvalg seg på valg av deltakere som har egenskaper som gjør dem strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2016, s. 61). For å besvare min problemstilling intervjuet jeg 4 fagpersoner. Ved intervjuforskning er det formålet med studien og om utvalget er representativt for problemstillingen som avgjør antall deltakere (Kvale & Brinkmann, 2018, Thagaard, 2016, s. 65). Fagpersonene måtte ha minimum 5 års relevant erfaring, og ha som del av sin daglige praksis samhandling/møter med personer med LST innlagt på sykehus. Jeg rekrutterte de som ønsket å delta, og de som var villige til å fortelle om personlige praksiserfaringer. Rekrutteringen foregikk via nettverk på daværende arbeidsplass, samt hjelp fra kollegaer. For å gjøre mitt arbeid transparent bestrebet jeg meg på åpenhet knyttet til valg av tilnærming til temaet gjennom informasjonsskrivet, se vedlegg 1. Deltakerne fikk ikke vite den overordnede hensikten med studien, men ble informert om at smertens subjektivitet og håndtering av denne var i fokus. Siden tverrfaglighet er anbefalt behandlingsmetode i møte med disse pasientene ønsket jeg å intervju deltakere av ulik fagbakgrunn. Dette er også gjort på samme måte i annen forskning på området (Paul-Savoie et al., 2018). Det viste seg vanskelig å rekruttere fra et bredt utvalg av fagdisipliner.

3.8.1 Tabell med presentasjon av intervjupersonene

Intervjuperson	Arbeidssted	Antall år med arbeidserfaring	Yrkestittel	Intervjutidspunkt
Anne	Kirurgisk sengepost Erfaring med kreft-, nevrologi	5,5 år	Spesialsykepleier	23.08.21
Elin	Kirurgisk sengepost. Erfaring med rygg og bekkenplager	24 år	Fysioterapeut	30.08.21
Heidi	Kirurgisk poliklinikk og sengepost. Erfaring innen nevrologi	8 år	Spesialsykepleier	09.09.21
Lillian	Kirurgisk sengepost. Erfaring fra ortopedi	7 år	Sykepleier	17.09.21

3.9 Troverdighet- Bekreftbarhet-Overførbarhet

Troverdighet

Å sikre troverdighet i kvalitativ forskning krever at forskeren viser at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte og vise transparens (Thagaard, 2013). Dette sikrer jeg ved å gjøre rede for fremgangsmåten for hvordan jeg har kommet frem til mine funn (Thagaard, 2013). Jeg har gjort rede for hvordan intervjumaterialet er samlet inn, mitt teoretiske ståsted og endringer som er foretatt underveis og vil senere redegjøre for valg av analysemetode. En slik detaljert framstilling av fremgangsmåten under hele prosessen viser studiens troverdighet, hvor det blir mulig å spore forskerens dokumentasjon. Intervjupersonenes beskrivelser vil alltid kunne gjenfortelles på utallige måter. Det vil alltid være et fortolket materiale og jeg som forsker tar imot historiene som vil forbli uten verdi hvis de ikke settes sammen som i et bilde. Dette bilde er jeg med og skaper og slik kan ny kunnskap oppstå (Hårtveit & Jensen, 2004, s. 61-62).

Bekreftbarhet

Innen kvalitativ forskning sier studiens bekræftbarhet noe om gyldigheten av de tolkningen undersøkelsen viser og hvordan metoden var egnet til å undersøke det den skulle (Thagaard, 2013). Gjennom en grundig redegjørelse for stegene i analyseprosessen og valg jeg foretok underveis, ønsket jeg å vise åpenhet rundt denne prosessen. Samt bestrebet meg på i diskusjonen å tydelig vise hva som er mine fortolkninger og hva som er intervjupersonenes utsagn. Jeg viser transparens rundt min egen tilknytning og posisjon i feltet.

Overførbarhet

Innen kvalitativ forskning kan overførbarheten knyttes opp mot gjenkjennelse. En leser med erfaring innen feltet skal kunne kjenne seg igjen i fortolkningen og resultatene som presenteres. Det er de enkeltstående sosiale fenomenene som står i fokus, ikke enkelttilfellene i seg selv (Thagaard, 2013). Før diskusjonskapittelet ble ferdigstilt, presenterte jeg studiets fire funn på fagdag med kollegaer. Tilbakemeldingene var preget av at temaene var gjenkjennbare.

4 Analysemetode og analyseprosess

Det neste kapittelet omhandler en overordnet redegjørelse for en kvalitativ analyseprosess, presentasjon av analysemodellen, begrunnelse for valg av analysemetode samt stegene i analyseprosessen som gav utgangspunkt for videre diskusjon og teoriutvikling.

4.1 Tematisk analyse

Jeg valgte tematisk analyse som analysemetode. Jeg vil nå kort gjøre rede for tematisk analyse (TA) slik jeg forstår Braun & Clarke sin beskrivelse av dens innhold og fremgangsmåte med hovedvekt på deres artikkel fra 2006 (Braun & Clarke, 2006). TA er en mye brukt analysemetode innen psykologiforskning med kvalitativ metode. Den er fleksibel og ikke bundet opp mot noe spesielt teoretisk rammeverk eller epistemologi (Braun & Clarke, 2006, s. 78), og kan benyttes til å analysere diskurser som er formålet i dette prosjektet. Data blir likevel aldri kodet i et epistemologisk vakuum, men preges av forskerens epistemologi (Braun & Clarke, 2006, s. 84). Den teoretiske fleksibiliteten kan bli en ulempe når friheten blir så stor at det blir vanskelig å finne temaer. Analyseprosessen har ingen definert start eller slutt. TA er en måte å gå frem på, og ikke en retningslinje som må følges slavisk (Braun & Clarke, 2006, s. 86). Jeg vil nå redegjøre for begrunnelse for hvorfor jeg valgte TA.

Dette er min første erfaring med å analysere kvalitative data. Min begrensede kompetanse i analyse kombinert med et stort antall sider datamateriale gjorde det naturlig å velge TA som analysemetode. Den regnes å være enkel å ta i bruk for nye forskere og TA kan benyttes innenfor en realistisk og sosialkonstruktivistisk epistemologi (Braun & Clarke, 2006). Min epistemologiske forankring er innenfor sosialkonstruksjonistisk vitenskapssyn.

Gjenstandsområde for forskningen innenfor smertefeltet har tradisjonelt sett hentet sitt kunnskapssyn fra naturvitenskapen med en positivistisk forståelse av kunnskap. TA er godt egnet for et slikt forskningsdesign. Braun & Clarke (2006) trekker frem kritisk realisme som en posisjon mellom disse to (s. 81).

4.1.1 Induktiv og deduktiv tilnærming

Det beskrives to tilnærminger for å identifisere mønstre innen datamateriale i kvalitativ forskning, som også følger en TA: induktiv og deduktiv tilnærming (Braun & Clarke, 2006; Thagaard, 2013, s. 187). En induktiv tilnærming eller datadrevet analyse tar utgangspunkt i datamateriale for å forstå begrepene uten et teoretisk rammeverk (Thagaard, 2013, s. 198). En deduktiv eller teoridrevet analyse vil bruke allerede eksisterende teori inn i meningsdannelsen av datamaterialet (Thagaard, 2013). En kvalitativ forskningsprosess med TA er preget av begge. Det er når jeg befinner meg hvor som er viktig å gjøre rede for (Braun & Clarke, 2006).

Temaet for dette prosjektet er inspirert av min systemteoretiske forankring og kan sies å være teoridrevet. Jeg bestrebet meg på å ha en åpen holdning til litteratur og artikkelsøk gjennom arbeidet med prosjektplanen. Ved utarbeiding av forskningsspørsmål gikk prosessen mer over i en induktiv tilnærming. Datamaterialet ble innsamlet spesielt til dette studiet og var mer datadrevet. En induktiv tilnærming gav rom for at temaene ble tydelige uten en spesiell relasjon til intervju spørsmålene eller forskerens teoretiske forankring. Kodingen foregikk uten å passe inn i et spesielt rammeverk (Braun & Clarke, 2006). Diskusjonsdelen vil være mer drevet av forskerens teoretiske og analytiske interesse på området. Denne prosessen er mer preget av detaljert analyse av valgte områder i dataene, og inneholdt mindre av de rike beskrivelsene. Troverdighet i kvalitativ forskning vises gjennom graden av transparens (Thagaard, 2013). For å vise hvordan data ble utviklet og at forskningen ble utført på en tillitsvekkende måte vil jeg nå gjøre rede for kodeprosessen og beslutninger jeg tok underveis.

4.2 Tematisk-analyse i 6 faser

Fase 1: Bli kjent med dataene du har samlet inn

Denne fasen startet allerede under intervjuet, ved at jeg underveis noterte i teksten hvor jeg opplevde at intervju personene svarte på problemstillingen. Jeg gjorde meg opp den første

mening om spesielle temaer som var av interesse slik det anbefales i TA (Braun & Clarke, 2006). Transkriberingsprosessen var en tidkrevende, men viktig meningsskapende fase. Dette gav ny mulighet til å bli kjent med datamaterialet. Gjennomlytting av intervjuene lærte meg mye om egen intervjuteknikk som førte til justering i de neste intervjuene. I denne fasen bør forskeren lese det skiftelige materiale med et observant og nyskjerrig blikk (Gareth et al., 2017, s. 23). Jeg la merke til temaer flere av intervjupersonene snakket likt om, for eksempel «den troverdige pasienten», og hvordan kollegaers oppfattelse var. Utforskning av interessante temaer startet allerede her. Jeg tilføyde derfor et spørsmål for hvordan slik faglig uenighet ble møtt.

Fase 2: Lage de første kodene

I denne fasen starter forskeren med å lage oversikt med ideer av hva som fremtrer som interessant og hvilke trekk som gjør de interessante. Dette innebærer å lage koder og organisere dem i meningsfulle grupper (Braun & Clarke, 2006). Jeg lot forskningsspørsmålene og problemstillingen være det som drev kodingen fremover. Innen TA anbefales det å kode for så mange temaer og mønstre som forskeren ser er mulig (Braun & Clarke, 2006).

Jeg lagde et tre-kolonner-dokument i word. Transkriberingen var plassert i midten. Margen til venstre inneholdt meningsenheter med ubehandlet tekst, som kunne være svar på forskningsspørsmål og problemstilling. Margen til høyre inneholdt en første fase for å generere meningsinnhold og tolkning. Jeg brukte spørsmål som: Hva kan dette handle om? for å kunne si noe om den implisitte meningen. Se vedlegg 6.

Fase 3: Søke etter tema

Et tema i kvalitativ analyse kan si noe om et nivå av mønster i svar og respons fra intervjuene. Ikke antall ganger det blir nevnt. Det er forskerens frihet til å avgjøre hva som er et funn. Dette sier noe om fleksibiliteten som også ligger i tematisk analyse (Braun & Clarke,

2006, s. 83). Forskeren ser her etter relasjoner mellom koder og om det finnes ulike nivåer innenfor temaene. Dette var en tidkrevende prosess som foregikk over flere uker. Tankekart foreslås som kreativt verktøy (Braun & Clarke, 2006). Jeg brukte post-it lapper i ulike farger og skrev ned alle utsagnene jeg hadde markert i venstre kolonne i fase 2. Se vedlegg: 5. Jeg så gjennom alle lappene og startet en møysommelig sortering. Sitatene ble samlet i 8 temaer.

Tema 1: Å være til hjelp

Tema 2: Kronikerne/gjengangerne

Tema 3: Tro på pasienten/ta på alvor

Tema 4: Ta seg tid/samtalen

Tema 5: Problemforståelsen når smerter varer over lang tid

Tema 6: Den profesjonelle relasjonen

Tema 7: Sammensatt tilstand

Tema 8. Vanskelig problemstilling på to nivåer:

1. en vanskelig pasient fordi de ikke kommer i mål
2. de vanskelige kollegaene som setter pasientene i bås.

Fase 4: Gå kritisk gjennom temaene

Når forskeren har utviklet et sett med temaer starter en dypere og bredere utvikling av disse temaene. Det skal være klare skillelinjer mellom temaene (Braun & Clarke, 2006).

Datamaterialet som sier noe om temaene skal likevel fremstå sammenfallende. Jeg vendte tilbake til lappene og sorterte dem under de 8 funnene beskrevet ovenfor for å gjennomføre en re-koding. Jeg gjorde de samme kodene om til enheter som hadde lignende innhold. Dette resulterte først i tre hovedfunn. Se vedlegg 7.

Fase 5: Definer og gi temaene navn

Forskeren må stadig være villig til å flytte utdrag fra materialet og se om det fortsatt passer inn i de valgte temaene (Braun & Clarke, 2006). Jeg strevde med «å få plassert» ett av underfunnene, beskrevet som tredje funn. Da veileder ved gjennomlesning identifiserte hvordan dette funnet ikke svarte på det teksten forsøkte å beskrive, ble dette beskrevet som et eget funn. Et eksempel på hvordan analyseprosessen er en subjektiv prosess (Gareth et al., 2017).

Dette ble de identifisere og navngitte funnene slik de ble tydelige for meg gjennom tematisk analyseprosess:

1. Hjelpediskurs: Forventningen om å hjelpe blir utfordret når smerten ikke lar seg lindre

- Smerte er mer enn bare smerte
- Faglig dilemma som oppstår: Hvis ikke smerten er fysisk, så er den psykisk

2. Diskursen om den vanskelige pasientgruppa

3. Diskursen om den viktige samtalen: arena for de personlige og de vanskelige temaene

4. Diskursen om smertens subjektivitet- skaper grunnlag for å tvile på smertens eksistens

- Problemforståelsen- smerten blir mer usynlig med årene og pasientens troverdighet blir svekket
- Det å tro på pasientens smerteutsagn blir et verdispørsmål

Fase 6: Skrive ut rapporten

Denne fasen innebærer å skrive ut rapporten som baserer seg på analysen (Braun & Clarke, 2006). Det er i denne delen at jeg som forsker skal beskrive dataene på en slik måte at de fremstår som en større helhet drøftet opp mot relevant teori, og ikke bare beskrivelsene av dataene i seg selv.

4.3 Etske vurderinger

Denne masteroppgaven behandler personopplysninger, og falt inn under personopplysningsloven fra 2001. Prosjektet mitt var meldepliktig, og jeg søkte om tillatelse til å gjennomføre prosjektet hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). Se vedlegg 3. Kravet om anonymitet er en avgjørende forskningsetisk problemstilling. Intervjupersonenes anonymitet ble ivaretatt i hele prosessen fra lydopptak, transkribering og ferdigstilling av studien. Et etisk dilemma er å balansere anonymitet opp mot mitt ønske å formidle relevant faglig kunnskap. Jeg ivaretok anonymiteten ved å velge deltakere som ikke representerer det samme nettverket (Thagaard, 2013). Jeg valgte å bruke spesialsykepleier i stedet for spesifikk videreutdanning, og utelot hvilket sykehus de arbeidet på. Jeg transkriberte alt på bokmål. Slike endringer jeg utførte for å ivareta anonymitet må alltid sees i forhold til hvordan det kan påvirke meningsinnholdet i teksten.

Tilnærmingen til min tematisering handler om språk som er nært knyttet til holdninger. Fordi jeg som forsker studerer dette utenfra vil mitt perspektiv være annerledes enn informantenes forståelse. Dette kan gi et etisk dilemma (Thagaard, 2013, s. 215). I kvalitativ forskning vil forskerens tolkning alltid være en fortolkning av deltakerens forståelse (Thagaard, 2013). Før hvert intervju gikk jeg gjennom informert samtykke, hvor jeg tematiserte muligheten for gjenkjenning. Jeg er likevel klar over at et informert samtykke ikke i seg selv unngår dilemmaet som kan oppstå hvis deltaker kan føle seg misforstått i tolkningen (Thagaard, 2013). Det er umulig å forutsi på forhånd hvilke data et intervju kan gi. Et etisk prinsipp er at deltakeren unngår å ta skade av prosjektet. Intervjupersonene som deltok i min studie, kunne komme i kontakt med praksiserfaringer som har blitt opplevd som

vanskelige og utfordrende. Kanskje skapte dette en slags følelse av å komme til kort og ikke mestre jobben. Det var ingen som uttrykte dette direkte, men det kan av noen ha blitt oppfattet som en negativ konsekvens ved å være intervjuperson i min studie. Jeg bestrebet meg på slik det anbefales å skille mellom mine tolkninger og presisere når det er informantens egen forståelse jeg forsøker å beskrive (Thagaard, 2013, s. 215). Det kan være deltakerne ikke kjenner sin egen forståelse igjen i den ferdigskrevne teksten. Jeg bestreber meg likevel på at funnene som blir presentert er gjenkjennelige ikke bare for deltakerne, men også andre personer interessert i dette feltet.

Et siste etisk dilemma jeg erfarte var knyttet til makt-asymmetrisk relasjon mellom forsker og intervjuperson. Konteksten var at fagpersoner med varierende grad av erfaring og kompetanse innen smertebehandling samhandlet med en spesialutdannet forsker innen samme felt. Et eksempel på dette er at jeg ved en anledning flere måneder før intervjuet samarbeidet med en av intervjupersonene om en felles pasient. Jeg kan ha avslørt mitt faglige ståsted gjennom våre refleksjoner og dermed påvirket svarene i intervjuet. Jeg som forsker har både faglige og forskningsmessige interesser, og samtalen er målrettet på en annen måte enn når to kollegaer diskuterer et faglig dilemma (Thornquist et al., 2020, s. 46).

4.4 Forskerens posisjonering i fagfeltet

Å redegjøre for forskerens vitenskapsteoretiske ståsted og egen kliniske erfaringsbakgrunn er viktig i forskningsprosessen. Jeg vil sikre transparens ved nå å gjøre rede for hvordan egen posisjonering i feltet kan ha påvirket mitt tolkningsgrunnlag slik det anbefales i litteraturen (Thagaard, 2013).

Jeg forsker på et område jeg har sterke faglige bånd til og sterkt personlig engasjement. Det er i forskningslitteratur beskrevet både positive og negative sider knyttet til forskerens posisjonering i feltet (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2013). Så lenge jeg kan huske har jeg vært opptatt av at det å «å tro på» pasientens versjon av virkeligheten, selv når den kan bryte med min oppfatning. Dette har jeg erfart kan bygge tillit og relasjon. Dette er med på å påvirke forskningsprosessen. En fallgrube i dette prosjektet er at min forforståelse, og «min væren» vil påvirke intervjuene. I dette prosjektet vil jeg se nærmere på hvilke diskurser som

fagpersoner skaper i møte med pasienter som er rammet av LST. Temaet for dette prosjektet tok på ett vis for gitt at intervjupersonene opplevde møte med denne pasientgruppen som utfordrende. Min evne til kritisk tenkning er blitt påvirket av kunnskap og erfaring fra smertefeltet som jeg kan stå fare for å ta for gitt. Jeg har ledet veiledningsgrupper knyttet til dette temaet tidligere og har tilegnet meg kjennskap til hvordan det kan oppleves å arbeide med denne gruppen av pasienter innlagt på sykehus. Dette gav meg viktige bidrag inn i utformingen av intervjuguiden. Jeg har på ulike måter jobbet med personer rammet av ulike smertetilstander i mange år. Jeg har samhandlet med kollegaer, pasienter og deres familie i kontekst med alvorlig psykisk sykdom, alvorlig kreftsykdom hvor døden truet, samt den langvarige smerten som både unge og eldre har lært seg å leve sammen med. Det er ikke slik at min erfaring i feltet styrker denne studien, det er tolkningsgrunnlaget som hadde vært annerledes hvis jeg ikke hadde samme yrkeserfaring (Thagaard, 2013). Å kunne identifisere og beskrive antakelser som tas for gitt, er en grunnleggende forutsetning for kritisk distanse (Thornquist et al., 2020, s. 61). Denne evnen kan ha blitt påvirket på grunn av min tilknytning til feltet. Gjennom min erfaring, utdanning og personlige engasjement har jeg dannet meg meninger om hva jeg tenke kan være de meningsfulle diskursene rundt denne pasientgruppen. Dette ble jeg oppmerksom på da intervjupersonene underveis kom med andre svar enn jeg på forhånd hadde tenkt. Jeg var med å påvirke svaret ved ikke å reagere, bytte tema o.l. Et spørsmål jeg som forsker må stille meg er hvordan egen yrkeserfaring har påvirket min tilnærming til teorien jeg leser, hvor jeg skaper den virkeligheten jeg tror jeg oppdager (Minuchin, 1996). På den andre siden kan det å ha inngående kjennskap til forskningsområdet også være en forutsetning for å kunne ha den nødvendige avstanden til datamaterialet ved å kjenne til at fenomenene og beskrivelsene kan forstås på flere måter (Thagaard, 2013).

Valg av tematisk tilnærming ble påvirket av min daværende arbeidsplass som var en regional smertepoliklinikk. Jeg fikk finansiert masterstudiet delvis gjennom arbeidsgiver som ønsket at denne kunnskapen skulle komme arbeidsplassen til gode. I oktober 2021, rett etter at intervjuene ble foretatt flyttet jeg. Dette medførte bytte av arbeidssted. Analysearbeid, diskusjon og ferdigstilling av masteroppgaven ble dermed utført uten de samme faglige båndene til det smertefaglige feltet. Dette kan ha vært med på å påvirke analysearbeidet

ved at funnene i mindre grad ble påvirket av lojalitet til tidligere arbeidsgiver, kollegaer og og kan ha bidratt til å minske ønsket og behovet om de «riktige» funnene.

5 Presentasjon av funn

Jeg har ikke et mikroskop som kan vise meg hva jeg ser. De temaene jeg her beskriver har «jeg sett» gjennom mine metodevalg. Jeg vil nå presentere mine funn som for meg ble tydelige gjennom bruk av tematisk analyse. Jeg vil gjøre rede for fire hovedfunn og presentere disse i dette kapittelet. Hva som presenteres som funn er preget av min fortolkning, og representerer ikke sannheten. Det er et utdrag av hvordan jeg fortolket intervjupersonene, og vil være preget av min forståelse av hva jeg oppfattet de uttrykte gjennom intervjuene. Forskeren bruker sitt eget faglig utgangspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015), noe jeg heller ikke i det følgende kommer utenom når jeg presenterer mine funn. Det vil være sider ved intervjupersonenes egne beskrivelser og erfaringer jeg ikke har fått frem og har måttet utelate av hensyn til problemstillingen.

Gjennom hele analysearbeidet lot jeg problemstillingen lede meg for hva jeg skulle lete etter: *“Hvilke diskurser skaper fagpersoner i deres møte med mennesker som er rammet av langvarig smerte?”* De fire diskursene som blir beskrevet er de som for meg kom tydeligst frem og som besvarte problemstillingen på en god måte. Sitater fra intervjupersonene vil bli gjengitt for å illustrere funnene. Et muntlig språk kan være vanskelig å lese. For å gjøre teksten lettere å forstå og for å få tydeligere frem meningsinnholdet, er sitatene skrevet om med små forandringer. Enkelte sitater er fullstendig gjengitt. Der jeg har utelatt enkelte ord eller ytringer er det for å få tydelig frem intervjupersonenes beskrivelser. Der jeg har utelatt uttrykk er det markert med (..) Der jeg har lagt til noe er dette markert med []. Fra transkripsjonen benevnes sidetallet hvor sitatene er funnet, samt dato for intervjuet.

5.1 Hjelpediskurs- forventningen om å hjelpe blir utfordret når smerten ikke lar seg lindre

Dette funnet beskrives også med to underfunn. Det er beskrivelser av hvordan de forskjellige problematikkene rundt «det vanskelige ved å være til hjelp» viste seg gjennom intervjuene.

Intervjupersonene jobber i en naturvitenskapelig tradisjon som er nært knyttet opp mot en biomedisinsk diskurs. Denne tradisjonen vil forsøke å forklare smertens opphav, med et mål om å behandle og kurere lidelse. Dette funnet handler om at det å gi helsehjelp til mennesker som er rammet av LST kan kreve å se utover den biomedisinske diskursen. Når intervjupersonene ordsetter sine møter med pasienter med langvarig smerte og hvorfor disse møtene ofte ble utfordrende, ble det beskrevet i sammenheng med uttrykk som: «å komme i mål», «optimal smertelindring», «finne en løsning», «gjøre det riktig» og «komme til bunns i». Oftest fordi dette ikke var mulig å få til:

«Og smerteproblematikk tenker jeg er når vi ikke klarer å komme i mål med å smertelindre. Og pasientene har det vondt mens de er på en sykehusavdeling. Med alle mulige tilgjengelige ressurser» (Anne, 23.08.21, s. 3).

«Man får de jo ikke helt til å ha det 100% bra, fordi man ofte ikke greier å være den som lindrer de smertene da. Og at det derfor blir en sånn vanskelig pasientgruppe fordi man forsøker masse ulike medikamenter og ikke-medikamentelle tiltak, men kanskje aldri kommer helt i mål. Det er det jeg i iallfall kjenner på. At da blir det (..) vanskelig og utfordrende fordi jeg ikke gjør jobben min på en måte, godt nok» (Anne, 23.08.21, s. 8).

Intervjupersonene har et sterkt ønske om å være til hjelp, som settes på prøve når den ordløse smerten skal beskrives. Lillian beskriver dette slik:

«Jeg tror vel at hvis noen hadde beskrevet hvordan de hadde det. (..). Kanskje beskrevet atman ikke klarte å konsentrere seg, eller at nå (..) banker det opp over der og der. Med en gang man setter mer ord på det så blir det lettere for meg å forstå hvordan det er for deg og kanskje da vurdere hva jeg kan gjøre med det» (Lillian (17.09.21, s. 6).

Vanskeligheten med å gå inn til noen kan være en måte å si noe om forventningene til å være til hjelp: «Men vi ser jo at de kroniske smertepasientene, synes vi generelt er vanskelig å gå inn til» (Lillian, 17.09.21, s. 4).

Den samme intervjupersonen inkluderer også pasientperspektivet når smertene ikke lar seg lindre:

«Jeg tenker det er frustrerende for alle parter. Frustrerende for de som har vondt og ikke får noe og så er det frustrerende for den som vil gjøre det riktig da, eller hva man skal kalle det (Lillian, 17.09.21, s. 6).

Når man ikke kommer i mål med medikamenter rettes spørsmålet om det er noe annet enn smerter som er problemet. Elin erfarer at for å «redde» pasientene må noe mer til:

«Dette blir jo helt feil, pasienten som har hatt vondt så lenge, selvfølgelig må det noe annet til, altså vi kan ikke redde.... vi kan ikke hjelpe pasientene bare med medikamenter (Elin, 30.08.21, s. 2).

En av deltakerne nyanserer ideen om at «å komme i mål» med denne pasientgruppen ikke alltid var like nyttig. Hun ordsetter dette som en prosess som kan foregå over tid. *«Og det er jo ikke alltid man kommer i mål med dem. Men man kommer kanskje et steg på vei da og vi har jo mange samtaler oppigjennom og kanskje man kommer litt videre hver gang» (Heidi, 09.09.21, s. 15).*

Denne intervjupersonen beskriver en annen type hjelpediskurs:

«Nei, det er jo å redusere smerten, øke funksjon og forhåpentligvis øker livskvaliteten. Og det er jo også sånn man må spørre seg: Hva vil du tilbake til? Hva skal du bruke den tiden til hvis smertene reduseres? (..) Hva lengter du tilbake til? Så det er jo å ta bort deres bekymring som sannsynligvis er smertene. Og så hjelpe dem på en måte tilbake til et liv som forhåpentligvis blir, det høres litt bisart ut; et liv som er mer verdt å leve. Mindre hinder da (Elin, 30.08.21, s. 8).

5.1.1 Smerte er mer enn bare smerte

Intervjupersonene beskrev på ulike måter hva en smerte egentlig kunne handle om, når det var vanskelig «å komme i mål». Dette var et tema som gikk igjen gjennom de fire intervjuene. Beskrivelsene som ble brukt var at smerte er omfattende og det er ofte mer enn bare smerte. Problemforståelsen var blant annet at pasientenes lidelse var satt sammen av

både fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Dette samsvarer med definisjonen en sammensatt smerteproblematikk (Finset, 2017). En av intervjupersonene beskrev dette slik:

«Det er jo selvfølgelig en fysisk smerte som er veldig til stede (..) Det her med psykisk [er]at; hvis man har gjort samme operasjon tidligere. [Da] ligger det igjen erfaringer og opplevelser fra forrige gang som kan gjøre at man kan bli ekstra redd og gjøre at man får enda mer fysiske smerter. Det er jo veldig sammensatt, eller det hører veldig mye sammen (Anne, 23.08.21, 5).

Heidi sier noe av det samme, når hun beskriver det jeg tolker er at for å arbeide med denne pasientgruppen kan det være en god tilnærming å ikke forstå for fort: *«Ja, det krever noen egenskaper (..) en forståelse kanskje og på en måte tålmodighet og kanskje en evne til å tenke at smerte er mye mer da, enn bare smerte (Heidi, 09.09.21, s. 13).*

Denne intervjupersonen peker på den sosiale faktoren, og historien bak smerteproblemet: *«så jeg synes det er både en tung gruppe fordi det er så omfattende, samtidig så skjønner du at du kan ikke bare se på pasientene og høre hva som har skjedd og så gi medikamenter. Det kan være så mye mer da. Familieforhold, jobbsituasjon, hvor lenge har du hatt vondt, hva var det som utløste det, hvordan hadde du det før (Elin, 30.08.21, s. 3). Senere forteller hun: «Jeg tror egentlig det blir en tung gruppe fordi den er omfattende, det er mere enn bare smerteproblematikken (Elin, 30.08.21, s. 8).*

Den psykiske faktoren blir trukket frem som beskrivelse av «noe mer enn» bare fysisk smerte: *«For det er ganske mye som kan ligge bak på en måte når det kommer til smerter sånt. Kroniske smerter. Sånn psykisk betinga» (Heidi, 09.09.21, s. 12).*

Og hun gir et eksempel fra praksis: *«Og noen ganger så kan man kanskje se at pasienter blir lagt inn [...], eller søke mye kontakt i f.eks. høytider, eller tider som er vanskelige. Kanskje for de som er mer alene.. og at de da på en måte søker mer hjelp. Da er det jo ofte litt psykisk betinga, at ting blir forsterket. Vi har sett at enkelte alltid er innlagt i jula. [...] og da er det jo ikke nødvendigvis at det er noe somatisk grunn for innleggelsen, men at det er den her ekstra psykiske påvirkningen som bidrar til at man opplever at dette er vanskelig å stå i selv (Heidi,*

09.09.21, s. 15).

5.1.2 Hvis ikke smerten er fysisk, så er den psykisk

For å bedre hjelpe denne pasientgruppen ble viktigheten av å inkludere de psykiske faktorene i smerteopplevelsen for noen beskrevet som helt avgjørende. Dette ble av intervjupersonene også beskrevet som et slags dilemma de stod i. Intervjupersonen måtte gjøre en slags umiddelbar tolkning av den andres smerte. Elin beskriver det jeg tolker er å enten innta en nyskjerrig eller en mer lukket holdning i sine møter med pasienter rammet av langvarig smerte:

« åhh![med en oppgitt stemme] Der kommer det en til som har så mye smerter og dette sitter i hodet. Eller: Åh, så spennende. Dette skal vi ta tak i fordi vi forstår ikke hvorfor det gjør vondt. Eller; dette er jeg spesialist på, dette skal jeg fikse» (Elin, 30.08.21, s. 1).

Min oppsummering

Det å være til hjelp for denne pasientgruppen kunne skape en frustrerende situasjon for fagpersonene fordi smertene i liten grad lot seg lindre med raske metoder. Det hvilte forventninger på intervjupersonenes skuldre for å fikse pasientens smerteproblem. De opplevde at verktøyene de hadde ikke alltid var til hjelp. Forklaringen som ble brukt var at smerte ikke bare er smerte- det er sammensatt og må møtes sammensatt. Det mekanistiske språket var lite nyttig i denne sammenhengen. En viktig talemåte som alle intervjupersonene brukte når de snakket om dette temaet var utfordringene det skapte når smerten ble erklært som sammensatt av flere faktorer. Det var noen som beskrev dette som en nesten uoverkommelig utfordring mens andre så på dette som en mulighet til å nærme seg pasientene på en ny måte. Funn fra denne intervjustudien kan tyde på at en sammensatt problematikk hos pasienten også krever en sammensatt hjelper som evner å tenke at det ikke finnes en enkel løsning på langvarig smerteproblematikk.

5.2 Diskursen om den vanskelige pasientgruppa

Når intervjupersonene beskriver sine møter med pasienter som er rammet av langvarig smerte skapes det en diskurs som handler om den vanskelige pasienten. Som til sammen blir til *den vanskelige pasientgruppa*. Jeg opplever at intervjupersonene formidler gjennom materialet: «Jeg forstår ikke hvordan jeg kan snakke annerledes om noe som oppleves så virkelig!» Et av formålene med denne studien var å undersøke nærmere hvorfor behandlermøtene med denne pasientgruppa ble beskrevet som utfordrende, både i forskning og i klinisk arbeid. Dette bekreftes ikke overraskende av intervjupersonene.

[Vi] kaller jo (...) ryggpasienter og bekkenpasienter for en tung pasientgruppe. (Elin, 30.08.21, s. 7).

Denne intervjupersonen refererer til hva hun oppfatter andre tenker om denne gruppen: «*Og mine kollegaer synes jo dette er den vanskeligste pasientgruppen de har i avdelingen*» (Heidi, 09.09.21, s. 4).

Det er mønstre i intervjuene at det fantes et slags hierarki og prestisje innenfor ulike sykdomskategorier, som kan si noe om utvikling av et uheldig stigma:

«Pasienter med kroniske plager (...) har utfordringer i hverdagen og i livet. Når de er innlagt på sykehus så [er det ikke den] pasientgruppen som på en måte blir... hva skal man si.. mest populær (ler litt) (Heidi, 09.09.21, s. 10).

De to neste sitatene sier noe av det samme:

«Jeg tror at fordommene også kommer litt fordi det er en krevende pasientgruppe å stå med. Og (...) mange synes det rett og slett er veldig utfordrende og vanskelig og da kommer fordommene mye lettere» (Heidi, 09.09.21, s. 7).

«Jeg opplever ofte at de noen ganger kanskje blir litt sånn satt i en bås av kollegaer, eller litt sånn mistrodd kanskje og» (Anne 23.08.21, s. 2).

Å bli satt i bås kan handle om å behandle mennesker ut fra forutinntatte antakelser. Denne gruppen av pasienter trenger ofte helsehjelp over flere år. Flere av intervjupersonene tematiserer hva det gjør med fagpersoner å møte den samme pasienten over flere år, de såkalte "gjengangerne" med de samme problemstillingene.

«Jeg tror det kan være litt spesielt med pasienter som la oss si er gjengangere. De samme pasientene som kommer igjen. At det fort bli en kultur for at: Ja ja! Der kommer den pasienten igjen. (...) Han sier han har så og så vondt, men jeg tror egentlig ikke det (...) Og spesielt på en sengepost. Hvis man er en som ringer mye i snora, [kan det] fort bli sånn at man oppfattes som en masete pasient og det skapes en ukultur blant alle de som er på jobb sammen (Anne 23.08.21, s. 6). Dette krever en nysgjerrig holdning som de erfarer kan være litt fraværende i kulturen på egen arbeidsplass.

Intervjupersonene ønsket gjerne å møte pasientene sine med tillit og tid. Å møte pasienter på en individuell måte ble utfordret av tidspress. *«Den avdelingen jeg jobber på er veldig travel, har veldig høyt tempo. Og jeg tror vel at over tid så blir man litt sliten av det, og får kanskje litt mindre overskudd som jeg kjenner kreves for å gå inn i de situasjonene. [...] Jeg har nok mindre, ikke tålmodighet, men jeg setter meg kanskje ikke like mye inn i det» (Lillian (17.09.21, s. 4).*

Min oppsummering

Dette funnet handler om fortellingen om en den vanskelige pasientgruppe. Den inneholder historien om en krevende, sammensatt pasientgruppe hvor individualisert behandling er mulig når fagpersonene klarer å være åpne og nysgjerrige for hva det er pasienten strever med. Det å møte mennesker med komplekse lidelser som varer over mange år kan oppleves som en krevende arbeidsoppgave i en hektisk arbeidshverdag, der tidsnøden kan påvirke pasientbehandlingen.

5.3 Diskursen om den viktige samtalen: arena for de personlige og de vanskelige temaene

Dette funnet handler om de viktige og nære møtene. Viktigheten av å sette seg ned og snakke med pasientene ble av alle informantene trukket frem som noe som kunne være med å endre en samhandling. Det kunne være hverdagslige temaer; personlige ting, familie, jobb- alt det som ikke hadde med sykdom og smerte å gjøre. Dette var betydningsfulle temaer som kunne bidra til å løse opp samhandlingen. Det ble en arena for å ta opp vanskelige temaer, som til og med kunne bidra til bedre effekt enn smertestillende. Dette kalles innen smertefaget: Ikke-medikamentelle tiltak, og anses å være en svært viktig faktor innen smertebehandling til mennesker med langvarig smerte.

Et mønster som gikk igjen, var at å snakke om ikke sykdomsrelaterte temaer var noe som kunne skape en forskjell i disse møtene:

«det er jo ofte bare sånne hverdagslige ting også da, om familien. Spørre om pårørende, hvor de bor, om de har barn, ta seg tid i en hverdag hvor det egentlig ikke er tid til det (Anne 23.08.21, s. 7).

«Og kanskje bare av og til prate om andre ting.. helt urelaterte ting (ler).hunder, eller katter eller barn.. så er det ofte at noe løsner» (Lillian, 17.09.21,s. 10).

«Jeg tenker at det kan hjelpe om man snakker om andre ting også...at man (..) er interessert i personen, [og] får et litt større bilde av personen kanskje, enn bare den lille biten, og det som er rundt de. Jeg tror [det også] gjør det enklere å samarbeide, man kan kanskje forstå hverandre litt bedre. (...) Jeg ser jo at hvis man har god kjemi med noen så får man ofte til mye mer.. (ler).. sånn er det ... det er jo logisk på en måte» (Lillian, 17.09.21, s. 13).

Gjennom slike samtaler var det mulig å få en annen kontakt med pasienten:

«Men språket er jo så mye da. I forhold til om du snakker litt privat [og] snakker litt om andre ting enn bare denne smertesituasjonen. Barna, hvordan møtte du mannen din. Der kan du spørre sånne ting, så kan du koble deg så utrolig på» (Elin, 30.08.21, s. 9).

Det å sette seg ned kunne også bidra til at behovet for medisiner ble mindre:

«Og igjen det med tid. Fordi ofte så prater [pasientene]. De har mye på hjerte og (..) man har ikke den tiden til å gå inn i det. Og av og til så tenker jeg at det fungerer like godt som smertestillende og det tror jeg hadde fungert like godt på mange i stedet for at vi gir sobril og oksynorm [beroligende og smertestillende] men at vi snakker [og] setter oss ned (Lillian (17.09.21, s. 12).

En betydningsfull forskjell; samtalen ble benyttet til å ta opp sensitive temaer som for eksempel bruk av smertestillende: «Det er viktig å legge til rette for samtale, tidlig. [Ved] innleggelse [og ved] oppfølging, og at man hører hva pasienten har å si og viser forståelse og anerkjennelse for situasjonen» (Heidi, 09.09.21, s. 12).

Det var også funn som beskrev at samtalen i seg selv kunne gjøre samhandlingen vanskeligere:

«Men at de [leger] på en måte ikke helt har forståelse for hvordan man skal snakke med pasienter når det kommer til håndtering av smerter og hvordan man skal gå litt frem i samråd med pasienten. At det fort blir litt sånn hardt og brutalt liksom» (Heidi, 09.09.21, s. 5).

Et annet eksempel var konsekvensene av å unngå viktig kommunikasjon:

«At man kanskje kan si ting på vaktrommet. Man kan snakke om mye som skjer rundt pasientene på vaktrommet og så tør man kanskje ikke ta det opp med pasienten fordi det er vanskelig å snakke om. Det er konfliktfylt. Man må tørre å snakke om ting. For ellers så tror jeg ikke man klarer å hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv eller mestre og flytte fokuset. Man må på en måte gå litt i dybden med de» (Heidi, 09.09.21, s. 15).

Min oppsummering

Dette funnet handler om hva som skjer når intervjupersonene tok seg den tiden de kanskje ikke hadde til å snakke om helt vanlige, ikke-sykdomsrelaterte temaer. Dette kunne bidra til å gjøre denne pasientgruppa litt mindre vanskelig å behandle og være sammen med. Det var i tillegg til dette mønstre som kunne vise at samtalen i seg selv kunne gjøre samhandlingen med pasientene vanskeligere hvis den ikke ble utført på en forståelsesfull måte.

5.4 Diskursen om hvordan smertens subjektivitet skaper grunnlag for å tvile på smertens eksistens

Dette funnet handler om ideen om den troverdige pasienten. Gjennom intervjuene kom alle intervjupersonene inn på temaet om diskrepans mellom hva de selv observerte, og pasientens egen tolkning. Det oppstod vanskelige situasjoner når pasientene ikke oppførte seg som om de hadde vondt. Dette førte til en valgsituasjon hvor møtet med pasienten skapte et valg om å tro eller tvile på smerten. Det var mønstre i intervjuene som tydet på at det å anerkjenne den usynlige smerten i kollegafelleskapet kunne dette bli et ensomt perspektiv.

Et dilemma som gikk igjen var hvordan de selv og kollegaene forstod mangel på objektive tegn på at smerten eksisterte, og hvordan dette kunne påvirke helsehjelpen. Jeg velger her å legge ved forskerens spørsmålsformulering (beskrevet som: K) for å vise noe av konteksten for intervjupersonens svar. Intervjupersonen er formulert med; H.

K: «Hva er det som gjør at vi leter etter de objektive tegnene? Hvorfor holder det ikke med at pasienten sier han har vondt?»

H:» Det handler jo om fordommer. At man ikke tror på pasienten. Eller at vi er kanskje litt opptatt av å ha noe håndfast som sier at pasienten har vondt (..), og det kan man på en måte ikke med smerte. [Det] som er vanskelig [er]at man ikke har noen faglig begrunnelse for hvorfor pasienten skal ha så vondt.. det er ikke et knekt [bein] du kan ikke se. Som du kan (..) ta og føle på» (Heidi, 09.09.21, s. 14).

En intervjuperson peker på hva som skjer når kart og terreng ikke passer sammen:

Jeg tenker jo at de passer ikke inn i den boksen. [...] med alle de typiske tegnene på smerte for eksempel (Lillian (17.09.21, s. 10).

Det å anerkjenne den andres smerte stod sentralt hos alle intervjupersonene. Lillian beskriver dette slik: «Mange som nok er vant til kanskje ikke å bli trodd på det, eller ikke få det de trenger (..) At de ikke er vant til å bli møtt så det blir litt...dårlig stemning kanskje helt fra starten av» (Lillian, 17.09.21. s. 4).

«Jeg føler at en sånn gjenganger i det kan være at de har historier hvor de har blitt mistrodd andre steder i helsevesenet (...). Det sitter veldig i de på en måte, at de er blitt mistrodd. Og når de da merker at man har forståelse og tror på det de sier, [så er] kanskje det med å hjelpe litt» (Anne 23.08.21, s. 7).

Et annet funn var hvordan de forstod fravær av synlige tegn på smerte, som grimasering, gni/stryke det smertefulle område, høyt blodtrykk, høy puls, uendret fysisk fungering. Uttrykket troverdig pasient ble i intervjuene brukt for å danne en felles språklig forståelse av hva dette kunne bety. Anne kjenner seg ikke helt igjen, men svarer:

«Jeg føler ikke jeg har opplevd det faktisk. Men kanskje det her med hvis man ser veldig mye (..) nonverbale tegn på at det ikke ser ut som en pasient har smerter. At de orker veldig mye og har overskudd til veldig mye. Da kan det jo kanskje være sånn at det kanskje ikke er så troverdig at den er i så sterke smerter. Men det [er] subjektivt da» (Anne 23.08.21, s. 3-4).

Flere av intervjupersonene trekker frem bruken av mobiltelefon/lpad for å illustrere dette: *«Ja det er jo også vanskelig. Fordi det er så innebygd dette med å observere og bruke observasjoner sammen med det man snakker om. Jeg merker jo på avdelingen når vi snakker sammen om de som har mye smerter og smertelindring, at vi ofte sier: Jammen, han ligger og snakker i telefonen eller ligger helt stille, men så er det ikke sånn som man kanskje forventer og se det»* (Lillian (17.09.21, s. 5).

To av intervjupersonene brukte dette som eksempel når de skulle forklare hvordan de i kollegafellesskapet tolket pasientene ulikt.

«Mye av det som kan være vanskelig med det [å arbeide med denne pasientgruppen] er at jeg opplever at kollegaer sier at: Ja ja, den personen orker å holde på med mobilen og (..)Ipaden, men sier [han]har (..) en NRS på 10. Og det tror ikke jeg stemmer (Anne 23.08.21, s. 2). NRS er forkortelse for Numeric Rating Scale 0-10. Et selvrapporteringsverktøy brukt i smertebehandling.

«Det er veldig sånn: Jammen hun ligger på mobilen, hun kan jo ikke ha vondt. Det er veldig sånn utsagn som går, og det synes jeg er et veldig dårlig utsagn (ler)» (Heidi, 09.09.21, s. 6).

Jeg undret meg hvor vi har denne ideen fra: at en pasient ikke kan ha sterke smerter og samtidig sitte uanfektet på sin mobiltelefon:

K: Men har du tenkt noe på det noen gang. Hvor vi har den ideen fra at det å sitte på mobil er det samme som om man ikke har vondt?

A: Nei, jeg vet ikke. Jeg synes det er (..) litt vanskelig å si hvor det kommer fra men jeg vil tro at det ikke er noe som går i arv men som noen har satt opp en forutsetning: at hvis man orker å gjøre de tingene så har man mindre vondt da ..og det er jo noe man må lære av andre» (Anne 23.08.21 s. 6).

Denne intervjupersonen trekker frem hvordan våre antakelser påvirker vår forforståelse:

«Hvordan møter vi pasienten? Altså du tenker sikkert inni (..) hodet at denne pasienten overdriver, alternativet har de ikke forstått skalaen, eller så er de livredde» (Elin, 30.08.21, s. 5).

5.4.1 Problemforståelsen- smerten blir mer usynlig med årene og pasientens troverdighet blir svekket

De to neste temaene valgte jeg å kalle underfunn. De handler om hvordan en tilpasningsprosess hos mennesker med langvarig smerte kan gjøre det vanskeligere for fagpersoner å anerkjenne selve smerten. Intervjupersonene delte forståelsen at det å leve med smerter over lang tid skaper en tilpasning, slik at blodtrykk normaliseres, og smerteuttrykket endret seg. Dette kunne sette troverdigheten på prøve.

«Det er ikke alltid man kan se det på de da, for de har jo levd med smerter over lang lang tid. Og på sin måte klarer de å fungere ved siden av, hvis det gir mening?» (Anne 23.08.21 s. 2).

Denne intervjupersonen sier noe av det samme med vekt på de individuelle forskjellene, og hvor lett det er å se det man tror man leter etter:

«Jeg tenker jo at de har funnet en måte, eller [har] måttet finne en måte å leve med det på. Og at når man har noe over tid versus noe som er akutt og plutselig, så håndterer man det på en helt annen måte. Og jeg jeg tenker også [at] det er jo (..) en del pasienter med akutte smerter som går helt inn i seg selv. Som blir helt stille. Som er redd. [Dette er] også tegn på smerte, men ikke nødvendigvis et tegn som man tenker så mye på, eller som er de klassiske tegnene eller hva man skal kalle det. Og at når noen er stille [så har] man kanskje lett for å overse det, de tegnene på det» (Lillian, 17.09.21, s. 11).

Det oppleves vanskelig å legge bort ideen om smertens usynlighet. Slik beskriver hun dette enda nærmere:

«Jeg tenker jo mest at de har en annen måte å håndtere smerter på enn de som ikke har opplevd smerter. Så da er det egentlig ikke rart at det ser annerledes ut. Men man klarer ikke helt legge bort den dere visuelle (ler) biten som skal være en del av vurderingen. At man heller skulle hatt, jeg vet ikke (..) andre verktøy, en annen måte å se det på» (Lillian 17.09.21, s. 11).

Denne intervjupersonen bruker mobil-situasjonen for å forklare kollegaer hvordan mobilen kan brukes også til distraksjon. En annen måte å håndtere smerter på.

«Nei da konfronterer jeg de selvfølgelig, og sier man kanskje ikke skal uttale seg om hva smerte er. [At] det er en subjektiv følelse og alle har forskjellige opplevelse av smerte og det er ikke alltid det vises i høy puls eller i handlinger man gjør. Om man orker å se litt på tv eller ligge på mobil, at det er en mestring. Så jeg prøver kanskje å belyse hva annet det kan være for dem» (Heidi, 09.09.21, s. 13).

Denne intervjupersonen reflekterer hva økt kompetanse har gjort med egen forståelse av fravær av synlige smertetegn:

«Før jeg tok videreutdanning, så kunne jeg (..) føle meg litt enig i det: Ja ja; Det ser jo ikke så ille ut, når man ikke har rynka i panna eller ikke ser sånne verbale tegn. Men etter å ha (..) fått mer kunnskap om hvor sammensatt det er med smerte kan jeg nesten bli litt provosert

når jeg hører andre si det. Fordi det kan man jo ikke si. Det vet man jo ingenting om (..) så jeg har blitt litt sånn at jeg kanskje motsier kolleger litt» (Anne 23.08.21, s. 4).

5.4.2 Det å tro på pasientens smerteutsagn blir et verdispørsmål

Intervjupersonene beskrivelser av sine møter med denne pasientgruppen inneholdt alle flere elementer av det å tro på det pasienten forteller. Dette kunne oppleves som et ensomt perspektiv. Anne beskriver det slik: *«Jeg tenker jo at det de forteller meg, det må jeg bare på en måte tro på»*. Og senere legger hun til: *«Det er kanskje litt naivt (..) Ja, alle forteller jo på en måte... Jeg føler ikke at noen forsøker å lyve, eller ikke være troverdig på en måte» (Anne 23.08.21, s. 3).*

Heidi beskriver noe av det samme, der det å anerkjenne en pasients sin opplevelse kan møte motstand hos kollegaer:

«I møte med de kroniske [pasienter med smerter] så syns jeg det med språket har veldig mye å si, og hvordan man legger frem ting. Hvordan man ivaretar pasienten og jeg erfarer at veldig mange pasienter opplever på en måte å ikke få anerkjennelse for smertene sine og blitt sett kanskje litt ned på av helsepersonell fordi de ikke har (..) helt forståelse av den subjektive følelsen av smerte, og hva det er for noe» (Heidi, 09.09.21, s. 3).

Min oppsummering

Dette funnet handler om hvordan vi i profesjonell praksis forholder oss når kart og terreng ikke henger sammen. Ideen om hvordan man bør oppføre seg når man har smerter var vanskelig å forlate i en klinisk hverdag. Alle intervjupersonene hadde en forståelse at det å leve med langvarig smerte skapte en tilpasning i adferd over tid. Dette kunne svekke pasientens troverdighet og trolig sette samspillet på prøve. Intervjupersonene opplevde at det å anerkjenne og tro på pasientens smerteutsagn kunne skille seg ut fra mange kollegaer.

6. Diskusjon

I det følgende kapittel drøfter jeg funnene og de ulike diskursene som nå er beskrevet opp mot det jeg valgte som relevant teori. Hver av diskursene blir drøftet i egne avsnitt. Til slutt redegjør jeg for kliniske implikasjoner for praksis og forskning, og svakheter ved studien som inkluderer forskerens egen posisjonering i feltet.

6.1 Hjelpediskurs: Forventningen om å hjelpe blir utfordret når smerten ikke lar seg lindre

Denne diskursen handler om hvilken kunnskapskultur og tradisjon fagpersonene jobber i og hvordan det kan være med å forstå hvordan de oppfatter sin hjelperolle. Videre handler det om hvordan denne forståelsen kan påvirke samhandlingen mellom fagpersonen og mennesker som er rammet av LST. I møte med komplekse fenomener kan det bli utilstrekkelig å lete etter årsakssammenhenger. Dette funnet minner om den klassiske problemløsningslogikken: identifisere problemet, deretter finne årsaken slik at problemet kan repareres. Denne mekaniske problemløsingen fungerer ikke like bra på levende systemer (Gurnæs, 2013; Jensen & Ulleberg, 2011; Ølgaard, 2004).

Intervjupersonene brukte målbare uttrykk når de beskrev sine møter: «å komme i mål, optimal smertelindring, finne en løsning, gjøre det riktig og komme i bunns i.» Dette sies på denne måten fordi det gir mening (Gergen, 2011). På den andre siden var det mekanistiske språket ikke alltid like nyttig i arbeid med pasienter med LST. Dette bygger på tolkningen av en talemåte intervjupersonene brukte når de snakket; nemlig utfordringene det skapte når smerten ble erklært som sammensatt av ikke bare en fysisk faktor. Det var noen som beskrev dette som en stor utfordring. For eksempel var smertestillende medikamenter sjeldent nok. Dette bekreftes i litteraturen at den bio-psyko sosiale (BPS) forståelsesmodellen er den anbefalte tilnærming for mennesker med langvarig smerte (Gatchel et al., 2007). Det var ingen av intervjupersonene som nevnte spesifikt BPS modellen, som noe de de arbeidet ut fra. Det var likevel tegn på at flere ønsket å jobbe slik.

Det var som om intervjupersonene opplevde å stå i et dilemma, der den dominerende forståelsesrammen ikke var god nok. Dette beskrives også som et tema i forskning (Toye et al., 2017, s. 13). Gjennom analysen stilte jeg meg selv spørsmålet: hvilken utfordring beskriver intervjupersonene i sine møter? Å basere problemforståelsen sin på «kamp»-metaforer som å «løse» eller forsøke å «befri» pasienten fra problemet kan gi skuffelse når fagpersonen opplever at problemet stadig vekk er tilstede (White, 2009, s. 33). Denne frustrasjonen kan gjøre det vanskeligere å se på sin egen problemforståelse på en ny måte. I lys av systemteorien foregår ikke konstruksjonen av fagpersonens forståelse av smerte i et vakuum (Watzlawick et al., 1967, s. 20-21). For å kunne studere et samspill i systemet må alle delene som helhet studeres (Ølgaard, 2004). En av delene i konteksten vil være språket. Det språket kulturen tilbyr vil påvirke menneskets tolkning av egen og den andres lidelse og hvilken mening som skapes (Ekeland, 2019a, s. 66). Dette funnet som ble kalt hjelpediskursen: Forventningen om å hjelpe blir utfordret når smerten ikke lar seg lindre og kan således si noe om vår tendens til å forsøke å minske kompleksiteten, ofte ikke er en god løsning. Et lignende mønster ble beskrevet i en artikkel hvor helsepersonell opplevde frustrasjon relatert til diskrepans mellom «the ideal care» og hva som var mulig i det praktiske liv (Thunberg et al., 2001, s. 104).

Konteksten dette utspiller seg i er hentet fra en medisinsk kontekst som tradisjonelt sett har naturvitenskapen som sin premissleverandør for sitt kunnskapsfelt (Ekeland, 2019). Å lete etter årsaken før man kan behandle er en sentral del i den medisinske forklaringsmodellen. Hvor ideen om at årsaken til problemet måtte finnes et sted, enten i «materien, i kroppen, eller i historien» var rådende. Dette kan kalles en lineær forståelse (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 83). Denne modellen har fått mye å si for hvordan vi forstår fenomener som har med kropp, helse og sykdom å gjøre. Dette kan skape et syn på sykdom hvor adferd og fysiologi ikke passer inn, og blir patologi (Ekeland, 2019a). Slike normative avgrensninger gir føringer i språket (Ekeland, 2019a, s. 138). Eksempel fra mine intervjuer er når man ikke kommer i mål med medikamenter rettes spørsmålet om det er noe annet enn smerter som er problemet. Jeg vil her legge til hvordan pasientenes forventninger også trolig bidrar til skapelse av denne hjelpediskursen. Kulturen vi lever i påvirker vår måte å forstå verden på. Pasientene har høye forventninger til helsepersonell (Thunberg et al., 2001). De er også preget av en kultur hvor kroppen forstås som biologi og kan streve med å ha språk for psykologiske innflytelse

på smerten, og de biomedisinske forklaringene gis forrang (Toye et al, 2017). Litteraturen viser at pasientene spør seg om plagene er fysiske eller psykiske, og forsøker å balansere mellom hvilke av tenkemåtene som gir mest gyldighet. Engelsrud (2020) hevder at dette er en forklaring på hvorfor skillet mellom fysisk og psykisk er blitt et vitenskapsteoretisk grunnlagsproblem i dagens helse-, og sosialfag (s. 149).

Underfunnet: Hvis ikke smerten er fysisk, så er den psykisk- beskriver dette nærmere. Her blir forholdet mellom psykologiske og fysiologiske forklaringer på smerte beskrevet og forstått på ulike måter. Denne dikotomien mellom psyke og soma er gammel, men ser ut til å leve i beste velgående (Kenny, 2004; Toye et al., 2017). I en meta-etnografisk studie ble dette kalt en dualistisk forståelse av BPS modellen. Når medisinske undersøkelser ikke «kunne finne» noen objektive skader/vevsødeleggelser skiftet forståelsen raskt til psykologiske forklaringer på smerten. Dette kan true relasjonen til pasienten trolig fordi det er knyttet til opplevelse av stigmatisering (Toye et al., 2017, s. 14). Fagpersoner og pasientene kan sies å punktuere samspillsekvenser som kan gi opphav til onde sirkler (Jensen & Ulleberg, 2011). Det var mye forskning som støtter funnet at pasienter føler seg mistrodd når fagpersonen konsentrerer seg om for mye om psykologiske forklaringer på den usynlige smerten (Kenny, 2004; Paul-Savoie et al., 2018; Werner & Malterud, 2003). Hvordan er det mulig å snakke om at en smerte er sammensatt, uten å kalle det for psykisk *eller* fysisk? Innen smertefaglig forståelse og behandlingen av LST er det ikke uvanlig å anta at smerte fører til angst eller angst kan forverre smerten (Reme & Jacobsen, 2017). I min sammenheng kan jeg undre meg: hvem har lyst til å være han som blir redd sin egen smerte? Hva kan skje i møtet med personer rammet av LST, hvis vi skaper et språk der angsten er en del av smerteopplevelsen? I stedet for enten eller som lett blir til en lineær forståelsesmodell hvor A fører til B. I systemisk teori er det interaksjonen mellom fenomenene som har betydning. En studie med et systemisk teoretisk rammeverk beskrev kliniske konsultasjoner med to parallelle dialoger mellom lege og pasient. Legen forklarer pasientens smerte med psykologiske forklaringsmodeller, mens pasienten fastholder den biomedisinske smerteforklaring. Dette skapte utfordrende interaksjoner hvor artikkelforfatteren bruker Batesons uttrykk skismogenese for å forklare det relasjonelle bruddet som her oppstår (Kenny, 2004, s. 303). Det blir som om begge skylder på hverandre, og man står i fare for å miste mulighet til en transformativ dialog, når samtalen har skapt betydninger det er umulig

å endre på (Gergen, 2011, s. 160). Eller et slags utopi (Watzlawick et al., 1996). Et annet eksempel fra forskning, er at pasientens opplevelse av ikke å få hjelp, vekker motvilje hos fagpersonen for å være den som ikke klarer å være til hjelp (Thunberg et al., 2001). En kritikk av BPS modellen er når den skaper et språk der «lykkelige mennesker» ikke blir syke. Sammensatte lidelser kan således være et perfekt utgangspunkt for metaforer for hva et samfunn regner som moralsk og sosialt dårlig (Smith, 2006). Den sosialkonstruksjonistiske transformative dialogen vil kunne åpne opp for spørsmålet «hvordan havnet vi her? Eller «fortsetter vi å snakke slik til hverandre, så gjør vi hverandre bare vondt» (Gergen, 2011, s. 162). Et overordnet svar på dette kan være forrangten det naturvitenskapelige perspektiv har fått i dagens forståelse av sykdom, og hvordan det har preget forskningstradisjonen. Enkelte kritikere kaller dette et grunnlagsproblem i helse -og sosialfagene (Engelsrud, 2020), og hevder at dette ikke er nok for å forstå noen av vår tid sammensatte og komplekse tilstander- som for eksempel langvarig og kompleks smerteproblematikk (Ekeland, 2019a; Gatchel et al., 2007; Thornquist et al., 2020). Kan det være strukturer i vårt helsevesen som legger til rette for uheldig praksis?

Min oppsummering

Drøftingen av det første funnet viste tendenser til at intervjupersonene hadde en sterk vilje til å hjelpe, men som ble utfordret når smerten ikke lot seg lindre med enkle midler. Kanskje er det et tegn i tiden. Behovet for enkle løsninger på komplekse problemer? (Ekeland, 2009). Den systemiske ideen innebærer at for å kunne nærme seg problemløsning må kompleksiteten i systemet erkjennes som en helt essensiell egenskap (Hårtveit & Jensen, 2004, s. 49). Dette belyser noe av nytteverdien av medisinske forklaringer innen helse- og sosialfaglig arbeid (Solvang, 2020, s. 249). Dette kan være en måte å forstå hvorfor min studie får funn som ligner på lignende studier som ble utført for 20 år siden, og hvor mye den positivistiske forståelsesmodellen har hatt å si for hvordan vi i dagens helsefag forstår og behandler pasienter.

6.2 Diskursen om den vanskelige pasientgruppa

Jeg vil nå forsøke å belyse hvordan profesjonelle problemdefinisjoner kan bli skapt gjennom språket og hvilke mulige implikasjoner det kan ha for praksis. Det vil si hvilke potensielle handlingsrom diskursen om den vanskelige pasientgruppa kan skape med inspirasjon fra Michael White og hans narrative forståelse (White, 2009). Denne studien er forankret i en kritisk teoretisk tradisjon med fokus på rådende strukturer og diskurser som tas for gitt og som kan belyse noen maktstrukturer i dagens helsevesen. Makten kan vise seg i politisk makt, i relasjoner og diskurser, inkludert de skjulte maktstrukturer innenfor akademiske profesjoner som for eksempel medisin (Foucault, 1999a).

Personer med LST kunne være spesielt tunge å arbeide med. Intervjupersonene beskrev dette for eksempel som «den vanskeligste pasientgruppa vi har», «en lite populær gruppe» og «en pasientgruppe det er vanskelig å stå med». Det var historier om ikke å få det til, om avmakt, om det jeg tolket var depersonalisering og tap av tålmodighet. Mitt epistemologiske utgangspunkt er å forstå dette i lys av systemteoretiske perspektiver. Diskursen om den vanskelige pasientgruppen oppstår ikke i et vacuum. Den sosiale konstruksjonen skjer ut fra et bestemt synspunkt og tradisjon som gir mening for oss (Gergen, 2011). Jeg velger å forstå diskursen som den vanskelige pasientgruppa som språklige konstruksjoner fagpersonene er blitt invitert inn i. Hvor virkeligheten de lever i er preget av de samtalene de involveres i (Gergen, 2011, s. 16). Dette innebærer at antakelsene fagpersonene har om pasientene ikke er intrapsykkiske egenskaper de selv besitter. Det handler ikke om dårlige holdninger eller mangel på empati og engasjement. Dette ville være en reduserende problemforståelse, som gir få muligheter for bevegelse. Jeg ønsker å ha fokus på et diskursivt regime der fagpersonen selv kanskje ikke er seg bevisst disse prosessene (Solvang, 2020, s. 266). Kan det være at språket og diskursene villeder fagpersonene til å tro at pasientene er vanskeligere enn de egentlig er?

For å se nærmere på hvilke mulige implikasjoner denne problemdiskursen kunne skape i praksis, brukte jeg Michael White sine tekster om narrativ terapi. Selv om konteksten i narrativ teori er fra det terapeutiske rommet, er teori om at problemer løses og skapes i språket et viktig teoretisk rammeverk for min studie (Anderson, 2003). I beskrivelsene fra

intervjupersonene får problemhistorien slik jeg tolker intervjuene en stor plass og blir således den dominerende historien (White, 2006, s. 6). En tradisjonell måte å forstå symptomer og plager på er at de ses på som en direkte avspeiling av personens natur og vesen (White, 2009, s. 14). Dette utfordrer det systemiske perspektivet som vil mene at problemet er relasjonelt og sosialt konstruert, ikke plassert inni individet (Anderson, 2003; Stratton et al., 2014). Dette kan skape en forståelse at personen og problemet er det samme. Slike samtaler gir lite rom for endring (White, 2009, s. 28). Språket kan lure oss til å tro at pasienten er selve problemet ved at pasienten blir problemet. Hva om vi heller skaper samtaler der det er selve smerten som problemet? Et godt eksempel er spørsmålene en av intervjupersonene stiller når hun snakker om sitt møte med disse pasientene: «*Hva vil du tilbake til? Hva skal du bruke den tiden til hvis smertene reduseres? Hva lengter du tilbake til?*»? Dette er et eksempel på slik jeg forstår eksternaliserende samtaler som kan bidra til å redusere objektivering av pasienters identitet, ved å skape samtaler der «*problemet blir problemet, ikke personen*». (White, 2009, s. 28). En dekonstruksjon av dette funnet kunne blitt: Diskursen om den vanskelige smerteopplevelsen.

White hevdet at når problemet og personens identitet blir sammenblandet, kan problemet vokse (White, 2009, s. 14). Bare gjennom definisjonen av gruppen av pasienter det her er snakk om: «*langvarig smerte*» sier det seg selv at dette er en gruppe som trenger helsehjelp over mange år. I smertefeltet i dag anbefales det for eksempel å ikke bruke kronisk smerte da det kan gi et «*negativt drag*», og idé om at dette ikke går over (Stubhaug & Ljosa, 2020). Hvis språket skaper virkeligheten, oppdager jeg at det kan bli like problematisk å bruke ordet «*langvarig smerte*» som er den nåværende erstatningen, som for øvrig denne studien også benytter.

Det var funn i denne studien som beskrev hvordan mangel på tid gjorde det vanskelig å møte pasientens behov, som også forskning på samme område sier noe om. Toye et al. (2017) beskriver i sin artikkel dette som personlig belastning når de opplevde «*failure for not being able to fix*» (s. 15). Dette kunne gå utover tålmodigheten og skape demoralisering. Dette kan sammenlignes med utviklingen av compassion fatigue hos fagpersoner som over tid møter lidelse og smerte (Isdal, 2017). Der synkende motivasjon og uungåelse av oppgaver kan være typiske symptomer. Når fagpersoner opplever høy grad av compassion fatigue er det vanskeligere å ta inn over seg kompleksiteten av en tilstand (Isdal, 2017, s. 131). Det kan også

utvikles en slags kollektiv compassion fatigue, hvor en hel personalgruppe preges av sitt arbeid på en uheldig måte. Dette kan gi store konsekvenser for en pasientgruppe. Et av temaene i studien, viste også at helsepersonell sin forforståelse av denne pasientgruppen kalt: «*sceptical cultural lens*» kunne være med å forstå hvorfor mange pasienter føler seg mistrodd (Toye et al., 2017, s. 13). Å miste sitt empatiske ståsted påvirker den profesjonelles vurderingsevne (Isdal, 2017). Analysen av dette funnet kunne tyde på at fagpersonens posisjon som omsorgsyrer ble utfordret av effektiviteten som også støttes av annen forskning (Thunberg et al., 2001). Fagpersonene opplevde i denne studien et krysspess av to motsetningsfulle diskurser. Det var som om de måtte velge mellom å være effektive og omsorgsfulle.

Det gir oss muligheter for ny konstruksjon av vedtatte sannheter ved å stille spørsmål til hvordan har vi fått den kunnskapen om verden som vi tror vi har? (Gergen, 2011). For hvor mye av virkeligheten går tapt når den dominerende diskursen er «den vanskelige pasienten»? Hva er den foretrukne historien som den dominerende historien i mine intervjuer har fått dekket over? Hva kan skje med den dominerende diskursens påvirkning hvis vi også stilte oss sirkulære spørsmål som: Hva ville pasientene ha tenkt om denne beskrivelsen? Ville de kjent seg igjen? (Gurnæs, 2013). Hva ville de tenkt om sitt ufrivillige medlemskap i «den-vanskelige-pasientgruppa»? Hva kunne skjedd hvis vi gledet oss til «gjengangerne»? Slike spørsmål kunne ha invitert pasientens stemme inn på en annen måte, og gjøre de «tynne» beskrivelsene litt tykkere og kanskje redusere opplevelse av avmakt. Det er her begrepet diskurs kommer til sin rett, da det muliggjør en analyse av hvilke undertrykkende og forløsende muligheter det ligger i språket (Jensen & Ulleberg, 2011).

Det viste seg nemlig at det å møte de såkalte gjengangerne, og jeg forstår det som de samme pasientene som kommer igjen med samme problemstilling over mange år, synes i mine intervjuer å være en utfordring. Diskursen om den vanskelige pasientgruppa kan skape en forforståelse som står i veien for å la seg bli informert av den andre. Dette kan medføre en for rask tro på at vi har forstått hva den andre strever med (Anderson, 2003), som igjen kan stå i veien for et faglige engasjement for denne gruppen (Isdal, 2017). Å møte en pasient med «den samme» smerteproblematikken mener jeg krever av fagpersoner å våge å la seg bli overrasket slik Anderson (2003) forklarer den ikke-vitende posisjonen. Et eksempel fra

intervjuene er: «*Ja, ja! Der kommer den pasienten igjen*». En mulighet slik jeg forstår intervjupersonen til å posisjonere seg og tåle at vi denne gangen heller ikke helt sikkert kan vite hva pasienten kommer til å trenge hjelp med.

Min oppsummering

Diskursen om den vanskelige pasientgruppa handlet om hva som kan skje når fagpersoner blir invitert inn i diskurser og problemdefinisjoner, narrativer og språk som blir mer av det samme (Gurnæs, 2013). Ved å skape en mindre problemmettet diskurs om denne pasientgruppen vil problemet ikke lenger bo inni pasienten eller i hans personlighet. Dette gir muligheter for å skape nye og tykkere historier i et forsøk på å ta opp kampen mot smerteopplevelsen og dens påvirkning ikke personen som har smerten.

6.3 Diskursen om den viktige samtalen: arena for de personlige og de vanskelige temaene

Diskusjonen av det første funnet som omhandlet hjelpediskursen, synliggjorde hvordan et mekanistisk språk og ideen om å løse et problem var vanskelig å realisere i møte med mennesker med LST. Diskusjonen rundt diskursen om den vanskelige pasienten viste hvordan språket kan forhekse oss. Dette funnet handler om små initiativ som står for noe helt annet. Dette handler hva som gjør at problemet blir mindre synlig i enkelte situasjoner. Å gi rom for viktige samtaler i en sykehuskontekst er ikke alltid det opplagte tiltaket når samhandlingen står på spill.

Diskursen om den viktige samtalen: arena for de personlige og de vanskelige temaene handler om det som kan minne om unntakshistoriene. Dette var ganger hvor pasienten ble beskrevet som mindre vanskelig å være sammen med, eller med systemisk språk: problemet var mindre synlig (White, 2006). Å legge til rette for dialog som fremmer pasientens medbestemmelse kan være krevende. Når intervjupersonene fortalt om sine møter trakk de frem viktigheten av å ta seg tid til de hverdagslige temaene, det som ikke hadde med

sykdom å gjøre. De betydningsfulle temaene var personlige ting, familie, husdyr, jobb- alt annet enn sykdom og smerte. Toye et al. (2017) hevdet i sin studie at fagpersoner som brukte en integrert psykososial forståelsesmodell, anerkjente i større grad at å sette seg ned og støtte. Alternativet til å «fikse» kunne være godt både for pasient og for fagperson (s. 14).

En mulig tolkning av dette funnet viste hvordan interaksjonen mellom fagperson og pasient tok en ny form. En måte å forstå dette på er at problemsystemet ble oppløst ved at fagperson og pasient møtes på en ny arena, og det ble skapt muligheter til å snakke annerledes om problemet (Anderson, 2003). Anderson beskrev dette i en terapeutisk kontekst, men det oppleves relevant å benytte hennes tanker inn hva som her skjer. Og funnet kan synliggjøre hvorfor man i den samarbeidsorienterte tilnærmingen ønsker å erstatte ordet terapi med samtale (Anderson, 2003). Jeg ble nyskjerrig på hva som skjedde når pasientene fikk mulighet til å snakke om andre temaer enn sin smerte. Når mennesker får mulighet til å snakke om det som representerer noe helt annet enn det som knyttes opp mot problemet, for eksempel egne mål og verdier, vil dette kunne påvirke hvordan personen ser på sitt problem (White, 2009, s. 32). Dette minner om samtaler inspirert av Antonovskys' teori om opplevelse av sammenheng. Det salutogene perspektivet har det til felles at det fokuserer på hva som fremmer helse og mestring, hvor det patogene perspektivet handler om årsaken til lidelse (Christiansen, 2021). Å se på sitt problem på en ny måte kan frigjøre pasienten til å leve med sin langvarige smerte på en bedre måte (Werner & Malterud, 2003). I mange av disse smertefulle livene er det nok av fortellinger om hvordan smerten har ødelagt både for karriere, samliv og fysiske adspredelser. Et vanlig spørsmål å stille er hva pasienten ikke lenger kan gjøre, og hvordan livet er blitt endret. Dette er spørsmål som kan skape mer av det som ikke virker, og minner om stimulans til mer problemsnakk (De Jong et al., 2005, s. 63). Å kartlegge problemets virkning og evaluere dette med pasienten kan være uvant (White, 2009, s. 43). Å gi mulighet for det White kaller ny-formulerende samtaler kan få frem de underordnede fortellingene som er blitt glemt og kanskje oversett (White, 2009, s. 59). Slike «unntakssamtaler» kan få frem personens glemte livserfaringer som gir ny mening i møte med livet slik det ble. Hva kunne skjedd hvis fagpersoner åpnet opp for samtaler rundt hvilke områder smerten ikke har fått ødelagt? Det blir ikke lenger bare et spørsmål om forholdet mellom personen og problemet, men det som skjer mellom problemet og de som erfarer problemet (White, 2009). Ved å åpne opp for disse samtalene,

var ikke det bare en måte å vise empati. Det kan gi pasienten hjelp til å oppdage hvilke glemte og skjulte sider personen har som kan utvide fortellingen om «meg og mine smerter».

Det var eksempler fra funnene om samtaler som aldri finner sted, eller som ble utført på måter som intervjupersonene tolket ikke var til hjelp for pasientene. Samtaler på vaktrommet forble der inne, kanskje fordi de omhandlet konfliktfulle og sensitive temaer. Hvordan fagpersonene som del av et språkssystem forstår et sammensatt fenomen som smerte, kan avsløre forståelsen overfor pasienten. Den systemiske teorien viser hvordan vi kommuniserer våre relasjoner i det analoge nivået, inkludert det vi ikke snakker om. All kommunikasjon er kommunikasjon (Watzlawick et al, 1967, s. 64). Det at et tema ikke tas opp er også kommunikasjon. De små språklige nyansene kan skape forskjeller (Anderson, 2003).

En intervjuperson brukte ordet «urelatert» når hun beskriver at det kan løsne opp en samtale om husdyr og barn. Som systemisk orientert forsker er jeg opptatt av at alt står i relasjon til hverandre. Hva er relasjonen mellom det å snakke om hunder, katter eller barn og det å få det bedre? En måte å forstå dette på er det vi tror vi vet om viktigheten av den terapeutiske alliansen mellom pasient og fagperson. Kvaliteten på denne regnes innen psykoterapiforskning som en nøkkelrolle i terapeutisk arbeid og er en del av det som kalles fellesfaktorer i psykoterapi (Wampold, 2001, s. 202). Denne forskningen trekker for eksempel frem at terapeutens egen tro på det hun gjør, og klarer å overføre dette på entusiastisk vis, kan være avgjørende for pasientens endringsarbeid (Wampold, 2001, s. 183). Hva kunne skjedd hvis vi tok på alvor at det er i relasjonene det skjer, når vi vet at intervensjoner basert på systemteori kan vise seg å være effektive i mange ulike situasjoner (Stratton et al., 2014). Hva kunne skjedd med organiseringen av våre tjenester? For eksempel tror man i dag det er sterke bånd mellom opplevelse av støtte fra familie og fare for at en smerte forblir langvarig for eksempel etter en skade (Woods et al., 2019, s. 7).

Min oppsummering

Dette kapittelet handlet om et alternativ når vi opplever å stå fast i vårt arbeid. Det vil alltid være områder i pasientens liv vi har oversett. Å bringe disse refleksjonene tydeligere frem vil kunne bringe fagpersonen i retning av kanskje mer realistiske og tykke beskrivelser av

pasienten. Når fagpersoner åpnet opp for andre type fortellinger, så det ut som pasienten fremstod annerledes for fagpersonene. Dette endret hva som ble oppfattet som informasjon og det oppstod en annen-orden forandring sagt med et systemisk begrep (Ølgaard, 2004). Diskusjonen rundt dette funnet kan kanskje være med å endre narrative om den vanskelige pasient. I en klassisk systemisk forståelse vil dette funnet kunne si noe om at løsningen ikke ligger i å løse problemet, men vil her innebære å se på hvilke omstendigheter som gjør at problemer ikke eksisterer i like stor grad (Lorås et al., 2017).

6.4 Diskursen om hvordan smertens subjektivitet skaper grunnlag for å tvile på smertens eksistens

Dette avsnittet forsøker å utvide ideen om at smerte ikke er en objektiv størrelse som kan observeres med det blotte øyet. Denne ideen viste seg å være vanskelig å forlate i klinisk praksis. Funnet vil bli tolket inn i en sirkulær forståelsesramme som kan gi en retning for hva som kan bidra til opprettholdelse av denne diskursen og hvilke mulige implikasjoner dette gir for mennesker med LST. Innen systemteorien er hensikten ofte ikke å undersøke hvorfor noe oppstår, men mer hva står i veien, og hva er opprettholdende faktorer (Lorås et al., 2017). Når jeg skriver om mulige faktorer i dagens helsevesen som kan være med å opprettholde en slags systemisk stabilitet med implikasjoner for en spesiell pasientgruppe, betyr ikke det at alle pasienter er forsvarsløse skapninger i møte med en forståelsesramme som blir påtvunget dem. Møte med et helsesystem vil naturligvis også være preget av pasientens egne «handlinger, holdninger og livserfaringer» (Järvinen & Mik-Meyer, 2003, s. 11). Pasientens egen påvirkning på systemet er av stor betydning og ikke mindre viktig. De er likevel ikke et fokus i dette avsnittet.

I analysedelen beskrev jeg hvordan ideen om hvordan den «ideelle smertepasienten» burde oppføre seg, var vanskelig å slippe i en klinisk hverdag. Alle intervjupersonene delte problemforståelsen; at å leve med LST skapte tilpasning i adferd over tid. Dette kunne bidra til å svekke pasientens troverdighet når forventede tegn på smerte uteble. I forskning blir det beskrevet som viktige bidragsytere til brudd i relasjonen: Utfordringen å tro på den

usynlige smerten (Paul-Savoie et al., 2018; Toye et al., 2017; Werner & Malterud, 2003). I mitt materiale så det ut til at intervjupersonene sin oppfattelse av det «å ikke tro på pasienten» ble knyttet opp mot beskrivelser av fordommer, som kan gi grobunn for stigmatisering.

Et interessant eksempel var at flere av intervjupersonene tematiserte uavhengig av intervjuguiden bruken av mobiltelefon for å kontekstualisere denne erfaringen. Min tolkning er at intervjupersonene presenterer en slags språklig konstruert forutsetning som oftest var representert hos kollegaer: det er ikke mulig å lese nyheter, spille candy crush, surfe på internett via mobiltelefonen, og samtidig være smertepreget. En mulig smertefysiologisk forklaring på dette er at pasienten får hjelp av de endogene smertehemmende mekanismene hvor distraksjon og redusert oppmerksomhet på smertene kan redusere smerteopplevelsen (Landrø, 2017). En systemisk forståelse av dette samspillet bygger på ideen om annen-ordens kybernetikk. Menneske kan ikke observeres utenifra, men er bærer av mening som deltaker uten en nøytral posisjon utenfor systemet (Hårtveit & Jensen, 2004). I det man «går inn» på pasientrommet som en av intervjupersonene sa, blir man deltakende og vil påvirke interaksjonen idet man entrer rommet (Ølgaard, 2004, s. 84). En dissonans mellom hva fagpersoner ser og hva pasienten sier var også et av funnene i studien til Toye et al. (2017) med dette sitateksempel: «Sometimes I could have a patient sitting there and saying that they are hurting, 10 out of 10, and they are sitting like you and I» (s.13). Denne språklige konstruksjonen kan medføre at en person med LST kan ha større sjanser for å bli trodd hvis adferden står i stil til smerteintensiteten. I lys av Batesons beskrivelser av komplementære interaksjoner vil dette påvirke pasienten til justere adferden sin og det kan skapes et stabilt mønster (Bateson, 2005, s. 99). Hjelperrelasjoner kan lett utvikle seg til dette. Overføring av makt mellom relasjonene er tydelige (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 119). Den profesjonelle mot den hjelpesøkende (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). En norsk artikkel viste også hvordan dette kan vise seg. Kvinner med såkalte «ubestemte» helseplager, opplevde avmakt når kampen for å fremstå som en troverdig pasient, stod i veien for å leve bedre med sine plager (Werner & Malterud, 2003). Dette kan understøtte passivitet og skape immobilisering, samt ta fra pasientene viktige mestringsstrategier (McCaffery & Beebe, 1996). Ideen om den troverdige pasient kan sies å være gitt fagpersonen gjennom

kulturelle og historiske faktorer, og når dette mønstre ikke blir rettet opp i, kan det skapes en form for skismogense (Ølgaard, 2004).

Mennesker kommuniserer mye utover det å bare snakke (Minuchin, 1996, s. 54). Det kan gi opphav til misforståelser når vi tolker andres uttrykk (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 129). Å forstå smerte og smerteuttrykk som non-verbal kommunikasjon gjør det mulig å analysere det man i systemteorien kaller det analoge nivået i kommunikasjonen (Watzlawick et al., 1967, s. 62). Et fenomen må forstås i sin kontekst (Watzlawick et al., 1967, s. 20) og vårt talespråk er analogt kodet (Ølgaard, 2004, s. 13). Vi leter etter sammenhenger mellom det som uttrykkes og måten dette gjøres på. Når pasientene ikke «oppfører seg» som om de har smerter minner dette om eksempelet Watzlawick et al, 1967 beskriver: «Å pusse tennene i et overfylt veikryss i stedet for på baderommet vil kunne raskt tiltrekke deg politiet eller føre deg til galehuset» (min oversettelse) (s. 62). Antakelsene om hvordan den «troverdige pasient» skal eller bør se ut er ikke en objektiv størrelse. En konstruksjonist vil spørre hvordan kom vi dit hvor vi konstruerte vårt bilde av den «typiske smertepasient»! Et fenomen vil eksistere uavhengig av vår erkjennelse av den (Gergen, 2011, s. 12). Diskursen om den «snille» pasienten er den fornøyde pasienten, og den «vanskelige» pasienten er den misfornøyde trenger ikke være mer sann enn at den «snille» har tilpasset seg systemet. Å leve med langvarig smerte gjør at de typiske tegnene ved akutt smerte som høyt blodtrykk, blekhet og urolig kroppsspråk normaliseres (Paul-Savoie et al., 2018). Spørsmålet blir om det gir mening å bruke uttrykk som fysisk eller psykisk, subjektiv smerte eller smerte uten objektive funn- når det så langt meg bekjent ikke har vært mulig å finne opp *smertebarmoteteret*. Et smertebarmometer som med vitenskapelig sikkerhet er forsket frem med metodedesign av gull innen det mange vil kalle den mest valide forskning som finnes, for å finne ut om smerten virkelig er til stede eller ikke. Før denne oppfinnelsen er tilgjengelig, tvinges vi tilbake til smertens ordløse språk, hvor pasienten og fagpersonen sammen må finne en måte å være sammen på som reduserer kampen om hvem som har rett eller feil oppfatning av virkeligheten.

Det var mønstre i intervjuene som tydet på at intervjupersonenes punktuering av situasjonen rundt pasienten skilte seg ut fra sine kollegaer. Det fantes mange meninger om problemet som Anderson ville kalt språkssystemer (Anderson, 2003). Dette kunne skape tvil,

og det var eksempler på uenigheter mellom kollegaer på grunn av ulike punktueringssvaner, eller ulike oppfatninger for hvordan problemet skulle forstås. Da tolket jeg det som at det oppstod et verdispørsmål. Det at en intervjuperson lurer på om det er naivt å tro at pasienten ikke lyver. Kan det bety at det er litt uvanlig å tro 100% på det pasientene forteller? Å tro på, kan i denne sammenhengen ligne på begrepet anerkjennelse.

Fagpersonen viser respekt overfor pasientens versjon og klare å integrere denne i sin egen faglige forståelse (Jensen, 2009, s. 65). Det minner om den ydmyke holdningen i den ikke-vitende posisjonen (Anderson, 2003, s. 178), hvor fagpersonen bruker sin kunnskap for å få frem klientens perspektiv og historie på best mulige måte. Dette gjøres ved aktiv lytting som gjør at pasienten føler seg lyttet til. Dette kan først bli mulig når det gjøres til et felles prosjekt å undersøke pasientens egen oppfattelse av problemet (Anderson, 2003).

Innen systemteorien stilles et spørsmål: Hva er det som gjør den uønskede situasjonen varig? (Watzlawick et al., 1967, s. 22). Å endre et system kan innebære å endre samhandlinger som er godt etablerte, ofte over lengre tid. En slik samhandling kan bli så forankret at deltakerne organiserer seg rundt forståelsen slik at det tar form som regler og ikke bare mønstre (Priest, 2021). Når intervjupersonene anerkjente den usynlige smerten, kunne dette bryte mot en slags regel. Det innebar et ensomt perspektiv når deres syn på subjektiv smerte brøt med kanskje en annen dominerende diskurs. Dette er et eksempel på hvordan et system opprettholdes og fremstår stabilt (Watzlawick et al., 1996).

Min oppsummering

Så hvis vi ser på utfallet av organiseringen av systemet, var det dette vi planla? Hvis vi kunne forutse det jeg skrev tidligere i oppgaven om Descartes' skille mellom psyke og soma x-antall år senere, hva hadde vi tenkt om dette utfallet da? Denne refleksjonen hjalp meg å stille meg et viktig spørsmål: Hvilke pasientforløp er det vi har skapt, som gjør at pasientene er som de er? Eller hvordan ble dette den uplanlagte hensikten? (Priest, 2021) Det kan være nyttig å se nærmere på hvordan problemene egentlig er bundet til hverandre. Kan det være at helsevesenet sin måte å sette opp noen «retningslinjer» er med å bidra til å gjøre det umulig å oppfylle kriteriene for den (tro)verdige pasienten? Kan dette være forklaringen på

hvorfor så mange pasienter med LST viser en «manglende evne» og noen ville kanskje også kanskje sagt manglende vilje til å leve opp til disse retningslinjene slik det er forventet av dem? En kritikk også til den konstruktivistiske systemiske praksis, er konsekvensene av at man glemmer «de insitutionelle og sociale samforfatterne» av en problemhistorie (Minuchin, 1996,s. 54). Det kan skapes en tro at familien, eller pasienten selv skaper sitt problem. I stedet for å la personen få skrive sin egen historie, blir den formet av en sosial konstruksjon. En slik individualiseringsdiskurs kan også være med å underbygge en antakelse om at pasienten alene sitter med svaret på sin egen lidelse (Ekeland, 2019). Så hvilke perfekte systemer har vi skapt som gjør at det er tegn på at så mange «smertepasienter» ikke føler seg tatt på alvor?

6.5 Kliniske implikasjoner

Min studie gir et innblikk i hvordan fire intervjupersoner snakker om sine erfaringer i samhandling med mennesker som er rammet av langvarig smerte. De metodiske valgene gjorde at fire diskurser ble beskrevet. Det er disse diskursene som danner grunnlaget for å si noe om den kliniske implikasjonen for denne studien som jeg nå vil presentere.

Temaet berører to verdener som tradisjonelt ligger litt fra hverandre. Innen psykologi og medisin er det mange tekster for å forstå smerte som fenomen. De senere år har det også kommet forskning fra antropologi, sosiologi, litteratur, historie og religionsvitenskap (Mortensen, 2017). Dette er et systemisk bidrag, og kan skape ny kunnskap omkring et fenomen som forener en verden hvor årsak-virkning- ikke alltid må komme på kollisjonskurs med de som mener at alt kan bety alt. Dualismen skiller den tause kroppen (objektet) fra det talende subjektet (Thornquist et al, 2020). Denne studien kan være et bidrag til oppheving av oppdelingen der kroppen handler om naturvitenskap, og kommunikasjon handler om samtale og samfunn som kun relateres til humaniora og samfunnsfagene (Thornquist et al, 2020, s. 141).

Den systemiske teoretiske forankringen kan være med å belyse hva som kunne skjedd hvis vi tok på alvor at relasjonelle intervensjoner i behandling også av LST er det som kan virke (Stratton et al., 2014). Litteraturen viser at det kan være sterke bånd mellom opplevelse av

støtte fra familie og fare for at en smerte forblir langvarig for eksempel etter en skade (Woods et al., 2019, s. 7). Forskerne anbefaler å ansette familieterapeuter på smertepoliklinikker i et forsøk på å hindre at smerten utvikler seg til å bli langvarig. Dette anses trolig i dag som en innovativ tilnærming.

Denne studien viste noe om hvordan den uformelle samtalen kunne ha stor betydning. Prisen for høyteknologisk hverdag med krav til effektivisering og økonomiske modeller kan gå utover samtalens plass. Denne studien viste at fagpersonene ønsket å jobbe i tråd med en BPS tilnærming, men opplevde dette vanskelig i en hektisk hverdag. Hvis vi virkelig ønsker å hjelpe mennesker med sammensatte tilstander, må helsetjenesten også ta innover seg: At det tar lengre tid å snakke med pasienten om hvordan livet kan leves med en ubuden smerte som stjeler all livskraft, enn tiden det tar å trappe opp, eller for raskt ned på sterke smertestillende medisiner.

Denne studien mener jeg kan ha overføringsverdi overfor andre sykdommer som gir langvarige tilstander som ikke lett sees på røntgen eller blodprøver som myalgisk encefalitt (ME), irritabel tarmsykdom, long-covid, fibromyalgi og psykosomatiske lidelser. Tilstander som ofte er forbundet med stigmatisering, og polariserte debatter mellom psykisk og fysiske forklaringsmodeller. Denne studien kan være med å redusere stigmaet og øke engasjementet rundt disse pasientgruppene. Den kan bidra til kritiske overveielser knyttet til bruken av språk på egen arbeidsplass, og påvirke narrative rundt «de vanskelige pasientene». Sammen med personer som er rammet av LST er dette en gruppe mennesker som kan streve i samarbeid med NAV, arbeidsgivere, fastleger og andre faggrupper som har som mål å få sine klienter tilbake eller stå lengre i arbeid. Min studie kan dermed øke bevisstheten rundt belastningen det er å leve med usynlige lidelser i møte med offentlige instanser, og systemers mulige opprettholdende faktorer av et problem.

Studien kan til slutt gi et viktig bidrag inn i generell folkeopplysning gitt det store antall mennesker som i løpet av livet enten selv vil ha en smerteproblematikk, eller vil oppleve dette i nær familie eller blant venner. Den kan øke forståelsen for at smerten, slitenheten, og konsentrasjonsvanskene ikke alltid synes utenpå, men er likevel like reell, som igjen vil være viktige temaer innen helse, og sosialfaglige utdanningsinstitusjoner.

6.6 Kliniske implikasjoner for forskning

Denne studien hadde fokus på hvilke diskurser fagpersonene skapte i sine samhandlinger med mennesker rammet av LST. Underveis i prosessen er jeg blitt enda mer opptatt av diskursen rundt ulike forklaringer eller meninger som finnes om hvorfor noe smerte forblir langvarig. Det hadde derfor vært spennende å utforske hva underfunnet under avsnitt 5.1.1- Smerte er mer enn bare smerte. Jeg er nyskjerrig på hva som skjer i det profesjonelle møtet, og det hadde vært spennende å forske på hvordan både pasient og fagperson beskrev sine opplevelser i etterkant av konsultasjoner og samtaler.

I lys av forskningen til Woods et al. (2019), er jeg blitt mer nyskjerrig på par-, og familierelasjoners påvirkning på hvordan en smerteproblematikk påvirker familien. Det hadde vært spennende å forske på dette også i en norsk kontekst.

6.7 Svakheter ved studien

Innen kvalitativ forskning spiller forskerens egen posisjonering en stor rolle (Kvale & Brinkmann, 2015). Spørsmålsformuleringene i intervjuguiden samt selve informasjonsskrivet har vært med å skape en diskurs om en problemmettet pasientgruppe. Jeg hadde fått andre funn hvis jeg dekonstruerte virkeligheten og spurt om hvilke spennende muligheter for profesjonell og personlig vekst det hadde gitt å arbeide med pasienter som er rammet av LST. Jeg kunne i større grad ha hatt med dette perspektivet i intervjuguiden. Videre kan min språkliggjøring og metodiske tilnærming ha bidratt til en slags kollektiv bekymring for selv å bli rammet av langvarig smerte. Dette synliggjør den kvalitative forskerens påvirkning av data som blir samlet inn (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette kan sees på som en svakhet ved denne studien.

Av forskningsetiske hensyn ønsket jeg å bruke en analysemetode som mest mulig sikret at tolkningen av datamaterialet skulle være gjenkjennbart for leserne med kjennskap til faget (Thagaard, 2013). Diskursanalyse ble ikke valgt, da en vanlig kritikk er at diskursanalysen i for stor grad vektlegger språkssystemer, som kan skape relativisme der virkeligheten alltid kan

forstås på nytt (Johannessen et al., 2016, s.224). Det at jeg ikke brukte diskursanalyse for å analysere diskursene som ble beskrevet, kan ha redusert studiets bekræftbarhet, og være en svakhet ved studien.

Ved å intervju kun fagpersonene, gikk jeg glipp av pasientens beskrivelser og oppfatninger av de samme møtene. Hvis jeg hadde inkludert pasientens stemme ville denne studien ha fått styrket sin troverdighet. I kvalitativ forskning vurderes troverdigheten blant annet opp mot en vurdering om resultatene som presenteres faktisk sier noe om den virkeligheten som studeres (Thagaard, 2013). Dette bidro til at denne studien ikke har med de kognitive og emosjonelle faktorene man i dag tror er viktige for å forstå hvorfor noen smerter hos noen forblir langvarig etter at den akutte skaden er over (Gormsen & Fink, 2019, s. 486). Dette er en svakhet ved denne studien.

Min posisjonering i feltet og epistemologiske forankring gav meg tilgang på litteratur tidlig i fasen. Det å sette seg inn i litteratur på forhånd kan ha vært med å påvirke analysen (Braun & Clarke, 2006, s. 86), som kunne bidra meg at jeg fant det jeg lette etter. Det kan ha vært med å forklare hvorfor denne studien ikke har med temaer som handler om simulering, eller at noen kan ha sekundær-gevinst av å ha langvarig smerter. Dette kan for noen vurderes som en svakhet ved studien.

7 Avsluttende kommentar

Helt til slutt vil jeg oppsummere min diskusjon og hva de fire funnene kunne handle om. Det som ledet meg underveis, var denne problemstillingen: *Hvilke diskurser skaper fagpersoner i deres møte med mennesker som er rammet av langvarig smerte?* Hvor jeg benyttet disse to forskningsspørsmålene: 1) Hvilke tilgjengelige diskurser har intervjupersonene vedrørende smerteproblematikken? 2) Hvordan forstår intervjupersonene det presenterte problemet?

Gjennom Tematisk analyse ble disse fire funnene beskrevet, med underfunn:

1. Hjelpediskurs: Forventningen om å hjelpe blir utfordret når smerten ikke lar seg lindre.

Underfunn a) Smerte er mer enn bare smerte.

Underfunn b) Faglig dilemma som oppstår: Hvis ikke smerten er fysisk, så er den psykisk.

2. Diskursen om den vanskelige pasientgruppa.

3. Diskursen om den viktige samtalen: arena for de personlige og de vanskelige temaene.

4. Diskursen om smertens subjektivitet- skaper grunnlag for å tvile på smertens eksistens.

Underfunn a) Problemforståelsen- smerten blir mer usynlig med årene og pasientens troverdighet blir svekket.

Underfunn b) Det å tro på pasientens smerteutsagn blir et verdispørsmål.

Diskusjonen av disse fire funnene viste at det å være til hjelp for denne pasientgruppen kunne skape en frustrerende situasjon for fagpersonene fordi smertene i liten grad lot seg lindre med raske metoder. Det hvilte forventninger på intervjupersonenes skuldre for å fikse pasientens smerteproblem. Forklaringene som ble brukt var at smerte ikke bare er smerte- det er sammensatt og må møtes sammensatt. Det mekanistiske språket var lite nyttig i denne sammenhengen. En viktig talemåte som alle intervjupersonene brukte når de snakket om dette temaet var utfordringene det skapte når smerten ble erklært som sammensatt av flere faktorer. Det var noen som beskrev dette som en nesten uoverkommelig utfordring mens andre så på dette som en mulighet til å nærme seg pasientene på en ny måte. Funn fra

denne intervjustudien kan tyde på at en sammensatt problematikk hos pasienten også krever en sammensatt hjelper som evner å tenke at det ikke finnes en enkel løsning på langvarig smerteproblematikk.

Den videre diskusjonen handlet om narrative eller fortellingen om en den vanskelige pasientgruppe. Den inneholder historien om en krevende, sammensatt pasientgruppe hvor individualisert behandling er mulig når fagpersonene klarer å være åpne og nysgjerrige for hva det er pasienten strever med. Det å møte mennesker med komplekse lidelser som varer over mange år kan oppleves som en krevende arbeidsoppgave i en hektisk arbeidshverdag, der tidsnøden kan påvirke pasientbehandlingen.

Alle intervjupersonene snakket om de spontane og betydningsfulle møtene som fant sted i hverdagen. Gjennom diskusjonen handlet dette funnet om hva som skjer når intervjupersonene tok seg den tiden de kanskje ikke hadde til å snakke om helt vanlige, ikke-sykdomsrelaterte temaer. Dette kunne bidra til å gjøre denne pasientgruppa litt mindre vanskelig å behandle og være sammen med. Det var i tillegg til dette mønstre som kunne vise at samtalen i seg selv kunne gjøre samhandlingen med pasientene vanskeligere hvis den ikke ble utført på en forståelsesfull måte.

Det siste funnet handlet om hvordan vi i profesjonell praksis forholder oss når kart og terreng ikke henger sammen. Ideen om hvordan man bør oppføre seg når man har smerter var vanskelig å forlate i en klinisk hverdag. Alle intervjupersonene hadde en forståelse at det å leve med langvarig smerte skapte en tilpasning i adferd over tid. Dette kunne svekke pasientens troverdighet og trolig sette samspillet på prøve. Intervjupersonene opplevde at det å anerkjenne og tro på pasientens smerteutsagn kunne skille seg ut fra mange kollegaer.

Det er mange måter jeg kunne valgt å språkliggjøre denne studien på. Jeg har måttet ta mange metodiske valg underveis, og slik ble denne studien til. De som har fulgt meg litt fra sidelinjen gjennom de siste årene vet at jeg alltid har vært opptatt av språket. Måten vi snakker sammen både i profesjonell-, og privat sammenheng har vært trolig både til inspirasjon og irritasjon for de rundt meg.

Jeg lar «Annes» sitat stå som det aller siste som skrives i denne masteroppgaven. Et sitat som kan oppsummere noen av funnene. Uten de villige, kunnskapsrike, nysgjerrige og ærlige intervjupersonene, ville det vært umulig å skape ny kunnskap. Ny kunnskap til et tema jeg

tror og håper berører og inspirerer leseren til å fortsette og utforske hvilke diskurser som kanskje preger oss uten av vi alltid er klar over det.

«Før jeg tok videreutdanning, så kunne jeg føle meg litt enig i det:

Ja ja; Det ser jo ikke så ille ut, når man ikke har rynka i panna

eller ikke ser sånne verbale tegn.

Men etter å ha fått mer kunnskap

om hvor sammensatt det er med smerte

kan jeg nesten bli litt provosert når jeg hører andre si det.

Fordi det kan man jo ikke si.

Det vet man jo ingenting om!»

(Anne 23.08.21)

Litteraturliste

- Anderson, H. (2003). Samtale, sprog og terapi : et postmoderne perspektiv. Reitzel.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. I S. McNamee & K. J. Gergen (Red.), *Therapy as social construction* (s. 25-39). Sage Publications.
- Bache, N., Schmelling, W., & Hanghøj, T. R. M. (2019). Sygepleje og smertebehandling. I M. U. Werner, N. B. Finnerup, & L.-A. Nielsen (Red.), *Smerter- Baggrund, evidens og behandling* (4 utg., s. 691-713). FADL's Forlag.
- Bateson, G. (2005). *Mentale systemers økologi: skridt i en udvikling*. Akademisk forlag.
- Birkemose, D. (2013). *Når gode mennesker handler ondt. Tabuet om forråelse*. Syddansk Universitetsforlag.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287–333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2005). *Kritisk realisme*. Roskilde Universitetsforlaget.
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. A. (2012). *Uerbødighed og fordomme*. Mindspace.
- Christiansen, V. J. C. (2021). Antonovksys teori om opplevelse av sammenheng. I V. J. C. Christiansen & L. Lorås (Red.), *Samtaler i relasjonelt arbeid* (1 utg., s. 33-43). Fagbokforlaget.
- De Jong, P., Berg, I. K., & Ystanes, O. (2005). *Løsningsskapende samtaler*. Gyldendal akademisk.
- Ekeland, T.-J. (2009). Hva er evidensen for evidensbaert praksis?. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 145-168). Abstrakt Forlag.
- Ekeland, T.-J. (2019). Individualisering og patologisering. En kulturkritikk. I A. Kolstad & R. Kogstad (Red.), *Medikalisering av psykososiale problemer* (s. 59-83). Abstrakt forlag.

- Ekeland, T.-J. (2019a). Medikalisering – epistemologiske forutsetninger. I A. Kolstad & R. Kogstad (Red.), Medikalisering av psykososiale problemer. Abstrakt forlag.
- Engelsrud, G. (2020). Kropp-sinn; fysisk-psykisk: Et bidrag til avklaring av et grunnlagsproblem i helse- og sosialfagene. I D. Jenssen, M. Kjørstad, S. Seim, & A. Tufte (Red.), Vitenskapsteori for sosial- og helsefag (s. 138-160). Gyldendal.
- Finset, A. (2017). Kommunikasjon med smertepasienter. I E. A. Fors & T. C. Stiles (Red.), Smertepsykologi (s. 93-109). Universitetsforlaget.
- Foucault, M. (1999a). Diskursens orden: tiltredelsesforelesning holdt ved College de France 2. desember 1970. Spartacus Forlag A/S.
- Foucault, M. (1999b). Overvåkning og straff : det moderne fengsels historie (3 utg.). Gyldendal.
- Gareth, T., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic Analysis. I C. Willig & W. Stainton Rogers (Red.), The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology (s. 17-37). SAGE Publications.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychol Bull*, 133(4), 581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gergen, K. J. (1997). Virkelighet og relationer : tanker om sociale konstruksjoner. Dansk psykologisk forlag.
- Gergen, K. J. (2011). En invitation til social konstruktion (2. udg. utg.). Mindspace.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. (2005). Social konstruktion : ind i samtalen. Dansk Psykologisk Forlag.
- Gormsen L., Fink,P. (2019) Den kroniske smertepatient. 3: Funktionelle smerter og sygdom. I M. U. Werner, N. B. Finnerup, & L. Arendt-Nielsen (Red.), Smerter- Baggrund, evidens og behandling (4 utg., s. 476-492). FADLS Forlag.
- Gurnæs, J. V. (2013). En genåbning og genskrivning af klienters liv og relationer- et bidrag til en narrativt inspireret supervisionspraksis. *Fokus på familien*, 41(4), 308-321. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2013-04-05>

- Højsted, J., Handberg G., Jensen, N.-H., & Jensen, T. S. (2019). Organisation af smerteområdet. I M. U. Werner, N. B. Finnerup, & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter-Baggrund, evidens og behandling* (4 utg., s. 716-732). FADLS Forlag.
- Hårtveit, H., & Jensen, P. (2004). *Familien - pluss en: innføring i familierapi* (2 utg.). Universitetsforlaget.
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Fagbokforlaget.
- Jensen, P. (2009). *Ansikt til ansikt: kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid* (2 utg.). Gyldendal akademisk.
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene: kommunikasjon i profesjonell praksis* (1 utg.). Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5 utg.). Abstrakt.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2003). *At skabe en klient: institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag.
- Kenny, D. T. (2004). Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: bridging the communication chasm. *Patient Educ Couns*, 52(3), 297-305.
[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00105-8](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00105-8)
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Gyldendal akademisk.
- Landrø, N. I. (2017). Nevropsykologiske aspekter ved kroniske smertetilstander. I E. A. Fors & T. C. Stiles (Red.), *Smertepsykologi* (s. 47-52). Universitetsforlaget.
- Lorås, L., Bertrando, P., & Ness, O. (2017). Researching Systemic Therapy History: In Search of a Definition. *Journal of family psychotherapy*, 28(2), 134-149.
<https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1285656>
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1996). *Smerter: lærebok for helsepersonell*. Ad notam Gyldendal.

Minuchin, S. (1996). Konstruktivismens forførelse. At definere magten væk, vil ikke få den til at forsvinde. Fokus på familien, 24, 52-27.

Mortensen, M. (2017). Smerte - i et relationelt og socialt perspektiv. Tidsskrift for kønnforskning, 40(2), 140-155. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2017-02-04>

Nielsen, C. S., Steingrimsdottir, O. A., Skurtveit, S. O., & Handal, M. (2014).

Folkehelseberapporten- Langvarig smerte. Oslo Hentet 7. mai 2022

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>

Paul-Savoie, E., Bourgault, P., Potvin, S., Gosselin, E., & Lafrenaye, S. (2018). The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management. Pain Res Manag, 2018, 6375713. <https://doi.org/10.1155/2018/6375713>

Priest, J. B. (2021). The science of family systems theory. Routledge.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. PAIN, 161(9), 1976-1982.

<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Rasborg, K. (2013). Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi. I B. O. P. Fuglsang L, Rasborg K, Elling B, (Red.), Videnskabsteori i samfundsvidenskabene: på tværs af fagkulturer og paradigmer (s. 403–438). Samfundslitteratur.

Reme, E., Silje, & Jacobsen, B., Henrik. (2017). Psykososiale faktorer ved smerte: "Fra vondt til verre"! Når akutte smerter blir langvarige. I E. A. Fors & T. C. Stiles (Red.), Smertepsykologi (s. 59-77). Universitetsforlaget.

Smith, D. S. (2006). The biosychosocial approach: a note of caution. I P. White (Red.), Biosychosocial medicine. An integrated approach to understanding illness. (s. 77-102). Oxford university press.

Snævarr, S. (2017). Vitenskapsfilosofi for humaniora: en kritisk innføring. Cappelen Damm akademisk.

Solem, M.-B., Thuen, F., & Tilden, T. (2008). Å ta empirien på alvor - Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere? *Fokus på familien*, 36(2), 88-106.

<https://doi.org/https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2008-02-03>

Solvang, P. K. (2020). Sosialkonstruksjonisme. I D. Jenssen, M. Kjørstad, S. Seim, & A. Tufte (Red.), *Vitenskapsteori for sosial - og helsefag* (s. 248- 269). Gyldendal.

Stratton, P., Silver, E., Nascimento, N., McDonnell, L., Powell, G., & Nowotny, E. (2014). Couple and Family Therapy Outcome Research in the Previous Decade: What Does the Evidence Tell Us? *Contemporary family therapy*, 37(1), 1-12.

<https://doi.org/10.1007/s10591-014-9314-6>

Stubhaug, A., & Ljosa, T. M. (2020, 02.10.2019). Hentet. 7. mai 2022

<https://ekspertsykehusetblog.wordpress.com/2019/10/02/smerte-et-symptom-en-sykdom-og-en-diagnose/>.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2018). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag* (9 utg.). Gyldendal akademisk.

Thornquist, E., Kirkengen, A. L., & Thornquist, E. (2020). *Sammensatte lidelser: et samfunnsspeil* (1 utg.). Fagbokforlaget.

Thunberg, K. A., Carlsson, S. G., & Hallberg, L. R. M. (2001). Health care professionals' understanding of chronic pain: a grounded theory study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 15(1), 99-105. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.1510099.x>

Toye, F., Seers, K., & Barker, K. L. (2017). Meta-ethnography to understand healthcare professionals' experience of treating adults with chronic non-malignant pain. *BMJ Open*, 7(12), e018411-e018411. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018411>

Vervoort, T., & Trost, Z. (2018). An affective-motivational account of interpersonal dynamics in pain. I V. Tine, K. Kai, T. Zina, & P. K. M (Red.), *Social and Interpersonal Dynamics in Pain. We don't suffer alone.* (s. 57-75). Springer.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : models, methods, and findings*.
L.Erlbaum Associates.

Watzlawick, P., Bavelas, J. B., Jackson, D. D., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication : a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes* (1 utg.). Norton.

Watzlawick, P., Fisch, R., & Weakland, J. (1996). *Forandring: prinsipper for hvordan problemer oppstår og hvordan de løses* Gyldendal ; Pensumtjeneste.

Werner, A., & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Soc Sci Med*, 57, 1409-1419.

[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00520-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00520-8)

White, M. (2006). *Narrativ teori*. Hans Reitzel.

White, M. (2009). *Kart over narrativ praksis*. Pax.

Winther Jørgensen, M., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag. Samfundslitteratur.

Woods, S. B., Priest, J. B., Kuhn, V., & Signs, T. (2019). Close relationships as a contributor to chronic pain pathogenesis: Predicting pain etiology and persistence. *Soc Sci Med*, 237, 112452-112452. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112452>

Ølgaard, B. (2004). *Kommunikation og økomentale systemer : ifølge Gregory Bateson* (2 utg.). Akademisk Forlag.

VEDLEGG

Vedlegg 1

Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet " Språkets betydning i smertebehandling"?

Hei!

Har du lyst å være med i et forskningsprosjekt?

Vi ønsker å finne ut hvilke muligheter og begrensninger det ligger i kommunikasjonen med pasienter med langvarig og kompleks smerteproblematikk innlagt på sykehus.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et prosjekt hvor vi vil undersøke hvorfor det til tross for mye forskning innen smertebehandling beskrives utfordrende behandlingsmøter mellom helsepersonell og pasienter med kompleks og langvarig smerteproblematikk innlagt på sykehus.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi har lyst å snakke med 3-5 helsepersonell med relevant erfaring. Du er blitt spurt fordi vi mener du har akkurat den erfaringen. Vi håper du vil være med!

Vi vil for eksempel stille deg spørsmål som: Kan du på generelt grunnlag si noe om hvordan du opplever å samhandle med denne pasientgruppen?

Til tross for mye forskning er smertebehandling fortsatt sett på som et utfordrende felt. Hvorfor det egentlig? Kanskje fordi langvarig og sammensatt smerteproblematikk ikke lar seg behandle bare med medisiner, operasjon eller trening?

Smerte kan ikke påvises eller måles. Dette kaller vi smertens subjektivitet. Det kan gi utfordringer i kommunikasjonen og det er faktisk ikke helt ubetydelig hvordan helsepersonell vurderer pasientens troverdighet når smerten uttrykkes.

Derfor er det helsepersonell og ikke pasientene vi gjerne vil snakke med.

Problemstillinger vi ønsker å analysere er blant annet hvilke muligheter og begrensninger som finnes i det profesjonelle språket?

Hvilke antakelser har helsepersonell om smerten som kan påvirke kommunikasjonen mellom dem?

Dette studiet foretas som ledd i master i familieterapi og systemisk praksis.

Hvem leder forskningsprosjektet?

Forskeren heter Karianne Nygård. Hun jobber som spesialsykepleier ved avdeling for smertebehandling på OUS.

Student ved VID Vitenskapelige Høyskole

E-mail: Kariannenygaard@hotmail.com Tlf +47 91189972.

Prosjektansvarlig

Per Lennart Lorås

Professor II ved VID Vitenskapelige Høyskole

E-mail: lennart.loras@hvl.no Tlf +47 98 42 21 13

Ekstern veileder ved VID Vitenskapelige Høyskole

Jacob Cilius Vinsten Christiansen

Lektor i sosialt arbeid, Psykoterapeut MPF

Socialrådgiveruddannelsen i Odense

Master i familieterapi og systemisk praksis

Studieleder [Diplomuddannelse i Familieterapi og relationel praksis](#)

E-mail: jchu@ucl.dk Tlf +45 28491175

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er blitt spurt om å delta i dette prosjektet fordi du har minimum 5 års relevant erfaring. Det vil si at du har som del av din daglige praksis samhandling/møter med denne pasientgruppen på sykehus. Vi vil rekruttere de som ønsker å delta, og de som er villige til å fortelle om kanskje litt personlige erfaringer.

Noen blir kontaktet fordi vi har fått kontaktopplysninger fra andre som mente du var velegnet for dette prosjektet sin problemstilling.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du gjennomfører et intervju ledet av masterstudent Karianne Nygård. Et intervju er en samtale der vi stiller deg forskjellige spørsmål, som vil ta mellom 1-1,5 time. Intervjuene kan foretas i lokalene på smertepoliklinikken Ullevål, OUS eller der det måtte passe deg. Det tas lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er masterstudent Karianne Nygård og veileder Jacob Cilius Vinsten Christiansen som vil ha tilgang til intervjumaterialet. For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til

personopplysningene, f.eks. «Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen kryptert passordbeskyttet minnebrikke.

Intervjuene vil bli nøye lest og den avsluttende masteroppgaven vil inneholde en oppsummering av alle de ulike temaene som kommer frem i intervjuene. Det kan være du vil kunne kjenne igjen noen temaer og problemstillinger fra intervjuene og kanskje noen av dine sitater vil kunne bli gjengitt helt anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når oppgaven er godkjent, planlagt mai-2022.

Personopplysningene vil bli slettet etter at klagefristen på masteroppgaven ved VID Vitenskapelige høyskole er gått ut i august 2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Vitenskapelige Høyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

VID Vitenskapelige Høyskole v/ prosjektansvarlig Jacob Cilius Vinsten Christiansen.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no).eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Jacob Cilius Vinsten Christiansen

Student

Karianne Nygård

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: **Språkets betydning i smertebehandling**, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet
- Att enkelte kan identifiseres i den ferdige publikasjonen

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

Oppvarmingsspørsmål: Hva er grunnen til at du valgte å si ja til å bli med på dette prosjektet-
språkets rolle i smertebehandling?

Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
<p>1. Hvilke tilgjengelige diskurser har intervjupersonene vedrørende smerteproblematikken?</p>	<p>Hvilke erfaringer har du når det kommer til pasienter med langvarig smerte innlagt på sykehus? Hva tenkte du da du leste tittelen på prosjektet?</p> <p>De neste spørsmålene fungerer som hjelpespørsmål:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Uttrykket: «det ser ikke ut som pasienten har vondt, eller pasienten ser ikke smertepåvirket ut» er noe vi lett sier som denne pasientgruppen. Er du enig/uenig i dette? Evt. Hvorfor tror du vi lett sier dette?2. Er det på din avd kultur for å dele opp smertene i fysisk og psykisk smerte? Hva tenker du om det?3. Når pasienten skalerer sin smerte til NRS 9, men du ikke kan observere fysiske tegn, hvordan pleier du å forstå en slik situasjon?

2. Hvordan forstår intervjupersonene det presenterte problemet?

4. Når det gjelder kommunikasjon med denne pasientgruppen, hva har du erfart har fungert i dine møter?
5. Hva legger du i uttrykket: «smerte er alltid subjektivt»?
6. Sett at smerte også hadde en objektiv side...
7. Hva tenker du om den muligheten vi som helsepersonell har for å vurdere pasients smerte annerledes enn det som er pasientens oppfattelse?
8. Hvilke faktorer tror du har vært med å forme din faglige praksis på dette feltet? Har du noen personlige erfaringer med denne problematikken som du tror kan ha vært med å påvirke din faglige praksis?

Har du tenkt over hvorfor denne pasientgruppen ofte blir omtalt som en utfordrende gruppe pasienter både i forskning og i klinisk arbeid?

De neste spørsmålene fungerer som hjelpespørsmål:

1. Kan du på generelt grunnlag si noe om hvordan du opplever å

**3. Hvor stor vekt legger
intervjupersonene på relasjonen
mellom fagpersonen og pasienten**

samhandle med denne
pasientgruppen?

2. Hva karakteriserte de gangene det ble en god samtale?

Hva karakteriserte de gangene det ble en vanskelig samtale?

3. Hvis jeg sier at pasienten virker troverdig ift sine smerter, hva tenker du da? Kan du beskrive en pasient som du vurderer som troverdig ift sine smerter? Og i så fall- hva har du lagt merke til?

Hva tenker du om relasjonen mellom fagperson og pasient?

De neste spørsmålene fungerer som hjelpespørsmål:

1. Hvordan går du vanligvis frem for å få pasienten sin tillit?
2. Syns du det er lett eller vanskelig å få til en tillitsfull relasjon til denne pasientgruppen?

Vedlegg 3

NSD Godkjenning

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

898102

Prosjektittel

Språkets betydning i smertebehandling

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Per Lennart Lorås, lennart.loras@hvl.no, tlf: 4798422113

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Karianne Nygård, kariannenygaard@hotmail.com, tlf: +4791189972

Prosjektperiode

01.08.2021 - 31.08.2022

Vurdering (1)

01.07.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 01.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.08.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i

personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4

Utskrift fra transkripsjonen

A: hvordan man på en måte snakker med de og møter de.. ehhh og på en måte hvor man legger forkuset hen da.. og det er jo noe jeg har tenkt på egentlig.. spesielt nå under det studiet som jeg går da. Hvor man egentlig.. språket har ekstremt mye å si

K: mm

A: for hvordan utfallet til pasienten..eller hvordan de opplever smertebehandlingen eller opplever å bli ivaretatt. En ting er at man får smertelindring men hvis man ikke blir godt nok ivaretatt eller får en opplevelse av å bli forstått da, så vil jo det på en måte ikke bedre situasjonen dems

K: Har du lyst til å gi et eksempel hvor du erfarte det i praksis?

A: Litt sånn..... hvis man blir på en måte for eksempel med de som har kroniske smerter da, hvis man skal legge frem en plan som kanskje er kan være litt streng da ift smertebehandlingen at man er ... skal være litt.. .. eh.. det er mange vi på en måte på å sette litt grenser for ofte kan.. de vil ofte ha mer smertelindring da, og den type smerte jeg jobber med er veldig vanskelig å smertelindre å kupere smerter så det er jo vanskelig å komme i mål da... alltid.. og da kan det med språket og det med hvordan man legger frem ting, og planlegger med pasienten og ivaretar de under denne altså både før man begynner med smertebehandling, under smertebehandling og det som har med nedtrapping gjøre

K: mm

A: Så det å ha med pasienten på laget og ha et samarbeid og at det er pasienten som er med å styrer behandlingen det er jo ekstremt viktig, og det er jo ikke alle som legger til rette for det ..og det har jo noe med kommunikasjonen å gjøre.. og språket.. og hvordan man er.. tenker jeg.

K: mm

A: som sykepleiere.. og hvilken kompetanse man har

K: mm

A: og det er jo.. i når du blir utdannet sykepleier så møter du jo også kroniske pasienter, men du har jo ikke noe bred erfaring om hvordan håndtere disse pasientene og mine kollegaer syns jo dette er den vanskeligste pasientgruppen de har i avdelingen

K: ja.. hva tror du det kommer av?

A: Jeg tror det kommer av at det er vanskelig å stå i kommunikasjonen med disse pasientene

K: Og når du sier kommunikasjonen med disse pasientene, kan du..

A:: Når du på en måte møter de, fordi de har.. de er ofte ..de har kanskje veldig fokus på det med smerter og det som har med smertebehandlingen å gjøre.. og det er et vanskelig.. det er vanskelig og på en måte...legge.. en plan som kanskje de ikke er helt fornøyd med da.. og kanskje er det legen som lager den planen og så skal man stå i det som sykepleier på en måte, det tror jeg er ganske vanskelig. Og si at.. selvom noen vet allerede dagen etter at det har blitt snakka om en nedtrappingsplan så kanskje man ikke snakker med den pasienten fordi man gjerne vil unngå å komme i konflikt da.. for det er jo ofte litt konfliktfylt fordi det er noe som er sårbart for pasienten.

K: Ja.Mm.. har du gjort deg noen erfaringer eller eksempler der hvor det ble en konflikt?

A: ja.. hmm.. det har jeg mange. Tror jeg (ler). både med kroniske pasienter og pasientens om sliter med rus..

K: OG siden det er et tema om langvarig smerte.. er det greit

A: så kan vi holde.. ler..

K: er det ok??

A: ja (ler) nei det litt sånn at man kanskje ..det har jo skjedd flere ganger da at man har.. man skal drifte en avdeling ..og når det kommer til smertebehandling spesielt kanskje i.v smertebehandling under innleggelse så må de ligge på en overvåkningsstue, det skaper på en måte press på avdelingen, og da er det jo sykepleiere som sitter med drift ikke sant som skal koordinere hvor sykepleier skal og

Vedlegg 5

Utdrag fra analyseprosess



Vedlegg 6

Utdrag fra analyseprosessen

Ubehandlet tekst som kan gi svar på problemstillingen/ forskningsspørsmål	Transkribert materiale	Forslag til diskurser jeg la merke til
<p>Språket</p> <p>Språket har veldig mye å si Hvordan man legger frem ting</p> <p>Hvordan man ivaretar pasienten</p> <p>Pasienter opplever ikke å få anerkjennelse for smertene sine</p> <p>Pas blir sett ned på har ikke forståelse av den subjektive følelsen av smerte</p>	<p>A: Litt fordi jeg syns språkets rolle har en stor betydning når det kommer til håndtering av disse pasientene, til smertebehandling generelt..</p> <p>ehhmm både på de som er kroniske smerter og de som har akutte smerter og som sannsynligvis på en måte går over da</p> <p>K: Ja</p> <p>A: i hverfall i møte med de kroniske så syns jeg jo det med språket har veldig mye å si, og hvordan man legger frem ting og...</p> <p>K: mm</p> <p>A: hvordan man ivaretar pasienten og jeg erfarer jo at veldig mange pasienter opplever på en måte å ikke få anerkjennelse for smertene sine og blitt sett kanskje litt ned på av helsepersonell fordi de ikke har på en måte kanskje helt forståelse av den subjektive følelsen av smerte da.. og hva det er for noe</p> <p>K: mm</p>	<p>Relevant tema</p> <p>problemforståelsen</p> <p>Å være til hjelp/hjelpediskurs Ivareta med språk- talehandling</p> <p>Hvordan de andre forstår en annen's smerte</p> <p>Deler ikke samme forståelse av problemet</p>

Vedlegg 7

Matrise over første funn

Hvilke diskurser skaper fagpersoner i møte med mennesker som er rammet av langvarig og sammensatt smerteproblematikk?

Tema	Funn	teori	Dette er historien om
<p>1. Vi er mer enn en kropp</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er mer enn bare smerter 	<p>Sammensatt av psykisk og fysisk</p> <p>Medisin og psykologi</p> <p>Samtalen hjelper like mye som medisiner</p> <p>Komme i mål, optimal smertelindring</p> <p>Mer enn bare smerter</p>	<p>Positivism og naturvitenskapelig paradigme</p> <p>Biomedisin vs bio psyko sosiale modellen</p> <p>Lineær og sirkulære årsakssammenhenger</p> <p>Descartes dualisme</p>	<p>De pasientene vi ikke klarer å hjelpe</p> <p>De møtene hvor jeg gjerne vil men får det ikke til</p> <p>De pasientene som ikke passer inn i vårt system,</p>
<p>2. Personen er problemet</p>	<p>De samme pasientene har lett for å få en annen behandling</p> <p>Der kommer den pasienten igjen</p> <p>Som maser, som ingen blir kvitt</p> <p>Gjengangerne</p> <p>Går på jobb hver dag, går i det samme sporet blir Mindre forståelsesfull og tålmodig</p>	<p>Foucault og maktutøvende diskurser</p> <p>Narrativ praksis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eksternaliserende samtaler - Talehandlinger <p>Samarbeidsorientert tilnærming</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ikke-vitende posisjon - Språkssystem vs problemsystem <p>Sosialkonstruksjonisme: språket skaper virkeligheten</p> <p>Sekundær traumatisering og compassion fatigue</p>	<p>At den vanskelige pasienten forblir vanskelig så lenge vi syns problemstillingen er så vanskelig</p> <p>At jeg forstår ikke helt hvordan jeg kan snakke annerledes om noe som oppleves så virkelig</p> <p>Hva som kunne skjedd hvis vi gledes oss til å bli kjent med mennesker som lider av tilstander som kanskje aldri går over</p>
<p>3. Opprettholdende faktorer i systemet</p>	<p>Pasienten oppfører seg ikke som om han har vondt</p> <p>Jeg har forhåndsregler å forholde meg til</p>	<p>Systemteori:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Feedback og homeostase -Annen-ordens kybernetikk - går ikke an å ikke-kommunisere 	<p>Hvilke perfekte systemer har vi skapt som gjør at omtrent alle smertepasienter ikke føler seg tatt på alvor.</p>