

Flerfaglige beslutninger, relasjoner og funksjoner

*En observasjonsundersøkelse av legers
arbeid i medisinske møter*

Marlene Folkestad Persson



Masteroppgave i sosiologi

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

Juni 2014

Flerfaglige beslutninger, relasjoner og funksjoner

En observasjonsundersøkelse av legers arbeid i medisinske møter

© Marlene Folkestad Persson

2014

Flerfaglige beslutninger, relasjoner og funksjoner. En observasjonsundersøkelse av legers arbeid i medisinske møter.

Marlene Folkestad Persson

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Flerfaglige medisinske møter er blitt en institusjonalisert del av moderne sykehusorganisering. Etter hvert som medisinsk kunnskap om kropp og sykdom har blitt mer detaljert, har den medisinske profesjonen blitt inndelt i flere spesialiteter og subspecialiteter. Denne inndelingen skaper et behov for å samarbeid. Det blir nødvendig å føre den fordelte kunnskapen sammen igjen for å kunne diagnostisere og behandle. Flerfaglige medisinske møter er et eksempel på flerfaglig samarbeid i sykehus. Dette er et fenomen som er svært lite utforsket innenfor sosiologien.

Denne undersøkelsen er en empirisk studie av fenomenet. Jeg har gjennomført observasjonsundersøkelser i to forskjellige flerfaglige møter ved ett større norsk universitetssykehus. Med utgangspunkt i datamaterialet, søker jeg å svare på følgende tre spørsmål: 1) Hvordan produseres beslutninger om diagnose og behandling i flerfaglige medisinske møter, 2) hvordan etableres, uttrykkes og videreutvikles legenes sosiale relasjoner internt i møtene, og utad overfor andre medisinere og 3) hvilke funksjoner kan møtene ha for sykehusorganisering, leger, pasienter og den medisinske profesjonen?

I møtene foretar legene vurdering, tolkning og diskusjon av prøveresultater og bilder. Dette vil bli betegnet som *diagnosearbeid*. Gjennom dette arbeidet produserer legene beslutninger vedrørende diagnose og behandling av pasienter. Diagnosearbeidet foregår både eksplisitt og implisitt. Det eksplisitte diagnosearbeidet inkluderer legenes forsøk på å svare på hva som er galt med pasienten, hva som bør gjøres med dette og hvem skal gjøre det. Slik produseres diagnose- og behandlingsbeslutninger. Det implisitte diagnosearbeidet skjer i tilknytning til det eksplisitte arbeidet og muliggjør dette. Det implisitte arbeidet inkluderer forhandling om meningen til vanskelige medisinske funn, legenes uttrykk for bekreftelse og støtte til hverandres vurderinger samt generelle fagdiskusjoner. Det implisitte og eksplisitte arbeidet henger nært sammen, og kan bare analytisk skilles fra hverandre.

I tillegg til diagnosearbeid i møtene, beskriver jeg *relasjonsarbeid*. Dette inkluderer forhandling og klargjøring av møtedeltagernes roller ovenfor hverandre, samt markering av gruppens identitet. Gjennom sin kompetanse, erfaring og rolletaking inngår legene i ulike relasjoner til hverandre. Disse relasjonene kan blant annet knyttes til uttrykk for arbeidsdelingen mellom de forskjellige spesialitetene og deltagerens ulike grad av autoritet i møtene. Håndtering av dette er del av relasjonsarbeidet som foregår innad i gruppen. Legene

foretar også relasjonsarbeid ovenfor omverden. Gjennom å markere møtedeltagernes dyktighet i møtene, etablerer legene en referansegruppe, som de også plasserer seg selv i. I kontrast til denne referansegruppen, står de mindre dyktige, «andre» medisinerne som kritiseres i møtene.

Flerfaglige medisinske møter har flere funksjoner for sykehusorganisasjonen, legene og pasientene. I undersøkelsen pekes det på hvordan legene i møtene koordinerer ressurser og informasjon på tvers av avdelinger, samt foretar uformell selvevaluering av arbeid som er gjort tidligere. I tillegg er møtene et sted for å legitimere tøffe beslutninger, både ovenfor hverandre og for pasientene. Ved å forankre avgjørelser i flere fagområder, kan legene også støtte oppunder beslutningsprosessen og selve beslutningen.

Denne undersøkelsen fokuserer på diagnosearbeidet som gjøres i flerfaglige medisinske møter, men inkluderer noe mer. Forskning på medisinsk problemløsning og samarbeid har først og fremst vært rettet mot hvordan leger kommer frem til beslutninger om diagnose og behandling (Se Måseide 2003. Freidson 1970. Atkinson 1995). Det som har blitt utelatt fra denne forskningen er hvordan flerfaglig gruppearbeid også innebærer relasjonsarbeid. Dersom en gruppe mennesker skal kunne føre sammen den ulike kompetansen de besitter, *må* de samhandle. En viktig del av denne samhandlingen inkluderer etablering og håndtering av relasjonene som oppstår i forbindelse med gruppearbeidet. Gjennom å studere hva slags relasjonsarbeid som er involvert i samhandlingen i flerfaglige medisinske møter søker undersøkelsen å belyse hva *mer* som foregår i møtene, i tillegg til medisinsk problemløsning.

Takk til...

Dag Album, for ditt rørende engasjement for mitt prosjekt og din ro underveis i prosessen. Dine innspill og kommentarer har vært til enorm hjelp, selv om det faktisk er helt umulig å forstå håndskriften din. Jeg vil også takke deg for at du ga meg muligheten til å delta i «prestisjeprosjektet». Det hele har vært svært lærerikt og ikke minst moro.

Legene, som lot meg observere en del av deres arbeidsdag. Jeg er imponert over det dere gjør og svært takknemlig for at jeg fikk lov til å overvære det.

Lars Emil Fagernes Johannessen og Erik Fossan Rasmussen, for å ha tatt meg inn under deres vinger og fungert som biveiledere fra første fase i prosessen. Dere har kommet med mange uvurderlig gode (og noen forvirrende) innspill og råd. Forhåpentligvis kan jeg gjengjelde tjenesten en dag.

«Prestisjeseminaret» for interessante diskusjoner, inspirasjon og ideer. En spesielt stor takk til Cecilie Sudland, som har lest gjennom flere utkast og kommet med tilbakemeldinger i en kritisk fase av skriveprosessen.

Alle mine flotte medstudenter. Dere har gjort tida på pauserommet til et lyspunkt i hverdagen!

Maria Elisabeth Holter, for å ha vært tidenes beste mastervenn og støttekontakt, med massevis av moralsk støtte og mocca. Masterlivet ville ikke vært i nærheten av det samme uten deg!

Cathrine Elise Folkestad Persson, for nøye gjennomlesning og for å ha vært et strålende forbilde i alle år. Det var du som gjorde at jeg ville begynne å studere ved Universitetet!

Til resten av familien min. En spesiell takk til mamma og pappa for at dere alltid er stolte og støttende, og til Mor og Beste, for bistandshjelp.

Og sist, men ikke minst: Ole-Anders Wilhelmsen. For at du har holdt ut. Du er den beste og denne er til deg.

Innholdsfortegnelse

1	Spesialisering og kunnskapsfordeling i sykehus	1
1.1	Bakgrunn	1
1.1.1	Undersøkelsens problemstillinger	4
1.2	Oppgavens struktur	4
2	Medisinsk arbeid	6
2.1	Arbeid og gruppearbeid	6
2.1.1	Manifeste og latente funksjoner	7
2.1.2	Fokusert samhandling og felles situasjonsdefinisjon	8
2.2	Beslutninger og flerfaglig medisinsk problemløsning	9
2.2.1	Diagnosearbeid - produksjon av beslutninger om diagnose og behandling	9
2.2.2	Relasjonsarbeid - forvaltning av faglige og sosiale relasjoner	11
2.3	Oppsummering	11
3	Observasjonsundersøkelsen	13
3.1	Observasjon som metode	13
3.1.1	Forskningseffekt - påvirkning på feltet man studerer	14
3.1.2	Tilgang til feltet	16
3.2	Beskrivelse av møtene	17
3.3	Etikk	19
3.3.1	Informert samtykke	21
3.3.2	Pasientene	23
3.4	Analyse - materialet og metode	23
3.4.1	Pålitelighet og generaliserbarhet	25
3.4.2	Om utdragene	27
3.5	Oppsummering	28
4	Diagnosearbeid	29
4.1	Eksplisitt arbeid	29
4.1.1	Diagnostisering og diagnosebeslutninger – hva er galt?	30
4.1.2	Behandlingsbeslutninger - hva bør gjøres?	32
4.1.3	Koordinering - hvem skal gjøre hva?	35
4.2	Implisitt arbeid	37
4.2.1	Usikre og vanskelige tilfeller	37

4.2.2	Bekreftelse og støtte	40
4.2.3	Fagdiskusjoner – svar på generelle medisinske spørsmål	42
4.3	Om sammenhengen mellom det eksplisitte og det implisitte	45
4.4	Oppsummering	46
5	Relasjonsarbeid	48
5.1	Interne relasjoner	48
5.1.1	Kompetanse og arbeidsdeling	48
5.1.2	Erfaring og autoritet	52
5.1.3	Relasjonsarbeid om autoritet	55
5.2	Utad - Markering av gruppens identitet og dyktighet.....	56
5.2.1	Oss – de gode medisinere	56
5.2.2	De andre – de mindre gode medisinere	58
5.2.3	Gode medisinere som referansegruppe	62
5.3	Oppsummering	62
6	Flerfaglige funksjoner	64
6.1	Forholdet mellom flerfaglighet og relasjonsarbeid	64
6.2	Funksjoner - hva tilfører flerfaglighet organisasjonen?	66
6.2.1	Koordinering og selvevaluering	67
6.2.2	Legitimering av beslutninger	68
6.2.3	Reproduksjon av medisinske arbeidsmåter	70
6.3	Oppsummering	71
7	Avslutning	72
7.1	Oppsummering av undersøkelsen og dens bidrag	72
7.2	Videre arbeid	75
	Litteraturliste	77
	Vedlegg	81

1 Spesialisering og kunnskapsfordeling i sykehus

Flerfaglige medisinske møter for diagnostisering og behandling av pasienter er et vanlig innslag i moderne sykehusorganisering (Album 2013. Freidson 1970. Måseide 2014. Blazeby m. fl. 2005). Deres utbredelse følger av at medisinen har utviklet en stadig større og mer detaljert forståelse av kroppen, som har resultert i flere og flere spesialiteter og subspecialiteter (Album, 2013, s. 126). I og med at disse spesialitetene blir tillagt spesifikke, avgrensede arbeidsoppgaver forsterkes arbeidsdelingen. Samtidig skaper denne differensieringen et behov for samarbeid (Album, 2013, s. 125). Det blir nødvendig å føre den fordelte kunnskapen sammen igjen, for å kunne diagnostisere og behandle. Dette har bidratt til å gjøre flerfaglige medisinske møter til en institusjonalisert del av moderne sykehusorganisering (Album, 2013, s. 122. Atkinson, 1995, s. 61. Måseide, 2014, s. 1). Her søker legene å komme frem til felles beslutninger om diagnose og behandling. Ofte tar møtene for seg sykdomstilfeller som er spesielt krevende. Dette kan skyldes at diagnostisering i seg selv er uvanlig vanskelig, eller at behandlingsformene krever flere typer medisinsk kompetanse. Det er slike møter som er denne undersøkelsens fokus.

1.1 Bakgrunn

Kunnskap i moderne organisasjonsliv arter seg relasjonelt ved at den i stadig større grad produseres, brukes og omsettes i mer eller mindre åpne *kunnskapsnettverk* (Solheim, 2002, s. 118). Tverrfaglige medisinske møter er en del av slike kunnskapsnettverk. Det samme er det medisinske fagfeltet. Freidson definerer profesjon som en yrkesgruppe som har autoritet over retten til en bestemt del av samfunnets yrkesarbeid (Freidson, 1970, s. 71). Leger har på mange måter enerett på behandling av syke mennesker i moderne vestlige samfunn. Det er hovedsakelig dem som står for diagnostisering og behandling og som anerkjennes som faglig kompetente i medisinske og helserelevante spørsmål. Legeprofesjonen har ifølge Freidson en kontroll og påvirkningskraft på sitt fagfelt som mangler parallell til andre områder (1970, s. 48). Man kan stille spørsmål ved hvorvidt dette har endret seg siden Freidsons tid. Alternativ behandling har blitt stadig mer anerkjent og brukes overfor flere typer plager og lidelser, som for eksempel akupunktur mot pollenallergi. Likevel er det liten tvil om at legers arbeid fortsatt berører både enkeltpersoner, grupper og samfunnet generelt i svært stor grad. Det er fortsatt

leger som har hovedansvaret for diagnostisering, utredning og behandling. Medisin har autoritet til å definere både personer og tilstander (Jutel 2009).

Medisinsk sosiologi er et bredt felt som berører spørsmål om kropp, sykdom, sosial ulikhet i helse, opplevelse av sykdom og sosial konstruksjon av medisinsk kunnskap (Nettleton 1995). Denne undersøkelsen går hovedsakelig innunder sistnevnte. Studien er et forsøk på å forstå organiseringen av en del av medisinsk arbeid i sykehus. Innenfor helsevesenet er de flerfaglige medisinske møtene i stor grad formaliserte. De foregår på institusjonaliserte måter innenfor en formell organisasjon og arbeidsdelingen tar utgangspunkt i deltagerens faglige (spesialist)kompetanse. Samtidig fører denne økte kunnskapsspesialiseringen til noen potensielle utfordringer. Organisatorisk knytter utfordringene seg til koordinering av ulike fagfelt og fagpersoner, samt kommunikasjon og informasjonsformidling. Økt spesialisering fører også med seg en mer komplisert kunnskapsfordeling i sykehusene. Dette igjen har implikasjoner for kunnskapspraksisen blant leger i sykehusorganisasjonen. Det blir nødvendig for legene å samle all relevant kompetanse i behandlingen. Det er nettopp dette som foregår i denne studiens møter. Å studere hva slags arbeid som er involvert i flerfaglige beslutningsprosesser, kan gi et bedre bilde av hva som faktisk kreves av leger, utover medisinskfaglig kompetanse. Økt utbredelse av flerfaglige møter som arbeidsform, kan stille større krav til legenes samarbeids- og kommunikasjonsevner. Dette blir en del av det medisinske arbeidet. Til tross for at flerfaglige medisinske møter er del av en økende tendens innenfor både sykehus- og helseorganisering, er det et overraskende lite utforsket fenomen blant samfunnsvitere og sosiologer.

Freidson var med *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge* (1970) tidlig ute med å beskrive arbeidsdelingen innenfor medisin. Han fokuserte blant annet på den generelle arbeidsdelingen innenfor helsevesenet som helhet, og hvordan de ulike profesjonene innenfor sektoren hadde ulik grad av autonomi avhengig av hvor «nært» de befant seg til legeprofesjonen. Mye har skjedd innenfor medisinen de siste nærmere femti årene, blant annet oppdelingen av legeprofesjonen i flere subprofesjoner.

En del av litteraturen på temaet flerfaglig medisinsk gruppearbeid, kommer fra det medisinske og helsefaglige feltet. Dette arbeidet fokuserer først og fremst på implikasjonene av flerfaglighet som arbeidsform (Se for eksempel Blazeby m. fl. 2006. Hollenbeck m.fl. 1995) eller beskriver de praktiske endringene dette har gitt innenfor sykehusorganisering (Se blant annet: Li m. fl., 2008. Sidhom og Poulsen 2006. Ruhstaller m. fl. 2006). Det finnes også

enkelte empiriske studier, som ser på flerfaglig samarbeid i omsorgssektoren (Se Cott 1998. Opie 1997. Sands m. fl. 1990).

Av de få sosiologiske bidragene som finnes, vil jeg for det første trekke frem Paul Atkinson. Han har blant annet studert medisinsk arbeid blant hematologer (hematologi er læren om blodet og dets sykdom) og benyttet dette til å diskutere konstruksjonen av medisinsk kunnskap (1995). Atkinson har også studert hvordan medisinsk virkelighet reproduseres innenfor medisinsk klinisk arbeid (1997). Atkinsons arbeider fokuserer hovedsakelig på hvordan medisinsk arbeid generelt er med på å konstruere den medisinske virkeligheten, og han er lite opptatt av det flerfaglige aspektet.

En annen bidragsyter er Per Måseide, som har gjennomført empiriske studier av flerfaglig medisinsk samarbeid i flerfaglige møter. Han har blant annet gjennomført etnografiske studier ved avdelingsmøter ved et norsk universitetssykehus under feltarbeid ved en thoraxavdeling (2003). Måseide fremhever arbeidet med å etablere bevis som en diskursiv prosess der språket spiller den mest sentrale rollen (Måseide, 2006, s. 43). Måseide forsøker å beskrive «nedenfra» hvordan og hvor medisinsk arbeid gjøres, og hva som skjer når bevis nyttiggjøres og brukes innenfor medisin (Måseide, 2006, s. 43).

Min undersøkelse er et empirisk bidrag til medisinsk sosiologisk generelt, og studier av flerfaglig medisinsk arbeid spesielt. Undersøkelsen baserer seg på observasjonsstudier gjennomført i flerfaglige medisinske møter ved et norsk universitetssykehus. Fokuset er på hvordan leger som tilhører ulike spesialiteter arbeider og fører sin kunnskap sammen i konkrete situasjoner, flerfaglige medisinske møter, i sykehus. Undersøkelsen befinner seg dermed nærmest Måseides arbeider og er et forsøk på å videreføre dette. Samtidig trekker jeg med meg Atkinsons interesse for hvilke implikasjoner det medisinske arbeidet kan ha for videreføring og reproduksjon av den medisinske arbeidsmåten og virkelighetsforståelsen. I tillegg ønsker jeg å tydeliggjøre et aspekt ved flerfaglig medisinsk arbeid som er lite fokusert på av både Atkinson og Måseide, nemlig hvordan en del av flerfaglig medisinsk problemløsning i grupper, også innebærer at man må forvalte og håndtere de relasjonene som finnes innad i gruppen.

1.1.1 Undersøkelsens problemstillinger

Formålet med flerfaglige medisinske møter, er medisinsk problemløsning. Samtidig foregår det antageligvis noe *mer* i møtene enn det rent sykehusorganisatoriske og flerfaglig problemløsning. Gjennom å være en arena der kollegaer møtes, på tvers av avdelinger og spesialiteter, har møtene også en sosial funksjon. Møtene er en mulig arena for å markere, videreutvikle og videreføre relasjoner. I lys av dette ønsker jeg å undersøke følgende problemstillinger:

1. *Hvordan produseres beslutninger om diagnose og behandling i flerfaglige medisinske møter?*
2. *Hvordan etableres, uttrykkes og videreutvikles legenes sosiale relasjoner internt i møtene, og utad overfor andre medisinere?*
3. *Hvilke funksjoner kan møtene ha for sykehusorganisering, leger, pasienter og den medisinske profesjonen?*

Tredelingen av problemstillingen vil komme til uttrykk i inndelingen av analysekapitlene. Det som gjøres av legene for å komme frem til beslutninger om diagnose og behandling inkluderer blant annet beskrivelse, diskusjon og vurdering av prøveresultater og bilderepresentasjoner. Dette vil jeg referere til som *diagnosearbeid*. Dette begrepet sikter til den første problemstillingen. Det andre som foregår i møtene, knyttet til utvikling, markering og videreføring av relasjoner, vil jeg referere til som *relasjonsarbeid*. Relasjonsarbeidet foregår mellom enkeltpersoner i møtene, mellom medisinske grupperinger og spesialiteter og mellom sykehusavdelinger og sykehus. Dette svarer til den andre problemstillingen. Gjennom å svare på den tredje problemstillingen, vil jeg peke på mulige funksjoner ved det som foregår i møtene, knyttet til både diagnosearbeid og relasjonsarbeid.

1.2 Oppgavens struktur

I kapittel 2 vil jeg gjennomgå og definere en rekke nøkkelbegrep for undersøkelsen, blant annet knyttet til medisinsk arbeid og problemløsning, samt produksjon av beslutninger om diagnose og behandling. I kapittel 3 diskuterer jeg observasjon som metode og beskriver gjennomføringen av undersøkelsen. Jeg peker på de etiske utfordringene ved å gjennomføre observasjonsstudier i sykehus, og hvordan jeg håndterte dette. Jeg beskriver også hvordan de

observerte møtene foregikk. Kapittel 4 handler om legenes diagnosearbeid. Dette deles inn i eksplisitt og implisitt diagnosearbeid. Det eksplisitte diagnosearbeidet er det uttalte arbeidet med å gi mening til funn hos pasientene, mens det implisitte støtter oppunder dette. I kapittel 5 forteller jeg om relasjonsarbeidet i møtene. Dette inkluderer både de interne relasjonene mellom møtenes deltagere og relasjoner mellom gruppen og omverdenen. I kapittel 6 hever jeg blikket fra det empiriske materialet, og peker på funksjoner ved de flerfaglige møtene. I kapittel 7 oppsummerer jeg oppgaven og dens bidrag, samt kommer med forslag til mulig videre arbeid.

2 Medisinsk arbeid

Formålene med å arrangere flerfaglige medisinske møter er å komme frem til beslutninger vedrørende diagnose og behandling, samt kunnskapsoverføring og koordinering på tvers av avdelinger og spesialiteter. Jeg vil gjennom oppgaven benytte begrepet *arbeid* for å beskrive det som foregår i flerfaglige medisinske møter. Arbeidsforståelsen i oppgaven trekker på Strauss sin beskrivelse. I følge ham består arbeid av flere oppgaver som gjøres over tid og som fordeles på flere aktører ut fra ulike kriterier. Samlet utgjør dette «the arc of work» (Strauss, 1985, s.2). Dette begrepet sikter til totaliteten av oppgaver som ordnes i løpet av en problemløsningsprosess (Strauss, 1985, s. 4).

Ettersom denne undersøkelsen beveger seg innenfor et lite utforsket felt, har jeg valgt å ikke ha noen generell teoretisk gjennomgang. Oppgaven er først og fremst et empirisk bidrag og jeg vil benytte dette kapittelet til å gå igjennom de sentrale begrepene for undersøkelsen. Jeg vil først gjøre rede for det teoretiske perspektivet på arbeid som benyttes i denne oppgaven (2.1). Jeg vil deretter kort peke på skillet mellom manifeste og latente funksjoner (2.1.1), ettersom det som foregår i flerfaglige medisinske møter kan sies å ha begge deler. Gruppearbeid vil så knyttes til Goffmans begrep *fokusert samhandling* (2.1.2). Videre vil jeg vise hvordan jeg vil forstå medisinsk problemløsning i de flerfaglige medisinske møtene (2.2). Dette knyttes til produksjon av beslutninger. Jeg vil definere og benytte begrepene diagnosearbeid (2.2.1) og relasjonsarbeid (2.2.2).

2.1 Arbeid og gruppearbeid

De flerfaglige medisinske møtene innebærer *team- eller gruppearbeid*. Slikt arbeid blir ofte referert til som organisasjoners byggesteiner og fungerer som mellommenneskelige handlingsverktøy (Thompson og McHugh, 2009, s. 369). Gruppearbeid gjennomføres av en gruppe personer som 1) besitter ulike typer ekspertise, 2) har et felles mål og 3) møtes for å kommunisere og dele kunnskap man så tar beslutninger ut fra (Cott, 1998, s. 851). Enkelt deltagerne er gjensidig avhengig av hverandre for at gruppen skal fungere og for å kunne ta beslutninger (Hollenbeck, m. fl., 1995, s. 293).

Undersøkelse av arbeid innebærer undersøkelse av arbeidets mange bestanddeler; hvilke oppgaver som finnes, hvem som løser dem, hvor, hvordan og når, konsekvensene av dette og

problemene som oppstår underveis (Corbin og Strauss, 1985, s. 224). I forbindelse med de flerfaglige medisinske møtene, vil dette blant annet være knyttet til arbeidsdelingen mellom legene. Å fordele ulike oppgaver på ulike aktører, skaper et behov for å tydeliggjøre denne arbeidsdelingen. Slikt ekspliseringsarbeid («articulation work»), er i seg selv en vesentlig del av arbeidsprosessen (Strauss, 1988, s. 164). Dette kan også sees som en form for koordinering, der man avklarer hvem som skal løse hvilke oppgaver når (Strauss, 1985, s. 3).

Hva som regnes som arbeid varierer. Ofte viser arbeid til aktiviteter der mennesker omformer omgivelsene ved bruk av sine intellektuelle og fysiske evner (Korsnes, 2008, s. 17). Dette er en synlig form for arbeid. Det finnes imidlertid også arbeid som ikke er like synlig. *Kontekst* er avgjørende for hva som faktisk forstås som synlig arbeid (Star og Strauss, 1999, s. 12). Definerer av referanserammen for hva som innenfor en gitt kontekst skal anses som arbeid, og hvem som får gi dette arbeidet mening, blir i denne sammenhengen et nøkkelspørsmål (Star og Strauss, 1999, s. 13).

Flerfaglig medisinsk problemløsning oppnås gjennom tale (Måseide, 2003, s. 373). Dette innebærer at det arbeidet som foregår i flerfaglige medisinske møter, i stor grad uttrykkes gjennom *talehandlinger*. Tale innenfor medisinsk problemløsningsarbeid er mer enn samtaleutveksling. Det er også essensielt for å definere situasjonen, skape en ramme for deltagelse og regulere personlige forhold (Måseide, 2003, s. 373). Talen er slik med på å skape situasjonsdefinisjonen. Tale utgjør dermed en svært viktig del av medisinsk arbeid og er grunnlaget for denne undersøkelsen. Jeg er opptatt av hva legenes talehandlinger *gjør* i vid forstand.

2.1.1 Manifeste og latente funksjoner

Det arbeidet som gjøres i flerfaglige medisinske møter, kan tenkes å ha flere *funksjoner*. Funksjoner er et begrep med mange mulige betydninger. Man kan skille mellom *manifeste* funksjoner, som sikter til funksjoner som er en bevisst konsekvens eller motivasjon for sosial handling, og *latente* funksjoner, som inkluderer de objektive konsekvensene av handlingene (Merton, 1968, s. 114). De latente funksjonene trenger ikke være et resultat av bevisst handling, men kan være funksjoner forstått som virkning eller konsekvens. For leger som arbeider ved forskjellige avdelinger, er møtene en mulighet til å diskutere pasienter med flere spesialister, og å kunne få henvist pasienten til andre (Li m. fl., 2008, s. 76). Dette er en tilsiktet, eller manifest, funksjon ved møtene. Samtidig vil legene, gjennom å delta i

flerfaglige forum, bli bevisst begrensninger og muligheter innenfor og på tvers av de ulike fagområdene (Ruhstaller m. fl., 2006, s. 2461). Dette kan sees som et eksempel på en latent funksjon.

2.1.2 Fokusert samhandling og felles situasjonsdefinisjon

Jeg har allerede pekt på hvordan det som gjøres i flerfaglige medisinske møter, innebærer en bred form for arbeid. Men det foregår også noe mer. I de flerfaglige medisinske møtene, foregår det Goffman har definert som *fokusert samhandling* («focused gatherings») (Måseide, under publisering, s. 6). Fokusert samhandling foregår når personer effektivt inngår i felles oppgaver («joint tasks») og enes om å opprettholde et enhetlig fokus kognitivt og visuelt (Goffman, 1961, s. 7). For å opprettholde orden i slike samhandlingssystemer, er man avhengig av en felles situasjonsdefinisjon som deltagerne enes om (Goffman, 1961, s. 19). Situasjonsdefinisjonen avklarer hva som er relevant og irrelevant innenfor den aktuelle situasjonen (Goffman, 1961, s. 20). Dersom det skal være mulig å få gjennomført meningsfull samhandling, må dette være på plass. Å etablere en felles situasjonsdefinisjon kan dermed sees som en del av arbeidet.

En felles situasjonsdefinisjon forutsetter et visst felles kognitivt grunnlag (Thompson og McHugh, 2009, s. 236). Sosialisering inn i organisasjonens gjeldende normer og rutiner er én måte å etablere et slikt felles grunnlag på. En annen er gjennom lignende fagbakgrunn, slik legene har gjennom å tilhøre samme profesjon. Bruk og forståelse av de samme kategoriske verktøyene, som for eksempel det internasjonale diagnosesystemet, og felles virkelighetsforståelse er andre forutsetninger for at slike samarbeidsprosesser skal fungere. Det medisinske faget og sykehusorganisasjonen kan sies å utgjøre de flerfaglige medisinske møtenes ramme. For de observerte flerfaglige medisinske møtenes del, vil rammene i tillegg påvirkes av typen diagnoser som tas opp i møtet. Sykdomstypene avgjør hvilke typer spesialistkompetanse, prøvetyper og bilderepresentasjoner som er relevant for møtene.

Flerfaglige medisinske møter utgjør det som har blitt beskrevet som team med distribuert kunnskap (Måseide, 2006, s. 45) eller distribuert ekspertise (Hollenbeck m. fl., 1995, s. 293). Dette referer til en form for formaliserte grupper der kompetanse er spredt ulikt på deltagerne. Også Hutchins har en lignende forståelse, og diskuterer hvordan kognitive evner ofte er distribuert rundt på enkeltpersoner, men føres sammen i grupper (2000, s. 2). Måseide (2003) benytter også begrepet *sosialt distribuert kognitive systemer*. Dette beskriver situasjonen i

sykehus, der individuelle medisinerer inngår i et større organisatorisk miljø, der hver og en er et kompetent medlem i et *problemløsningssystem*. Denne formen for samhandlingssystemer, med sine brede erfaringer, kompetanse og ekspertise, har evner utover det den enkelte deltager kan ha alene (Måseide, 2006, s. 45).

2.2 Beslutninger og flerfaglig medisinsk problemløsning

Hittil har jeg diskutert begrepet arbeid og hvordan det som foregår i grupper kan sees som en form for fokusert samhandling. Men samhandlingen i seg selv, er ikke motivasjon for å arrangere møtene. Hovedformålet med medisinske møter, er å komme frem til en *beslutning* (Li, m. fl.,76). Beslutning kan sees som en forpliktelse til handling (Mintzberg og Waters, 1990, s. 2. Mintzberg, Raisinghani og Thèorêt, 1976, s. 246). Jeg vil benytte begrepet om de *konklusjonene* legene kommer frem til vedrørende diagnose og behandling. Jeg studerer ikke beslutningene i seg selv, men beslutningsprosesser. En beslutnings*prosess* er den samlingen av handlinger og faktorer, som begynner med en motivasjon for handling og som ender med en forpliktelse overfor denne handlingen (Mintzberg, Raisinghani og Thèorêt, 1976, s. 246). Diagnosen er en beslutning, mens diagnostisering er en beslutningsprosess. Diagnosen er også vesentlig for å ta beslutninger om behandling, eller behandlingsbeslutninger. Av det som foregår når legene i møtene kommer fram til disse beslutningene, vil jeg hovedsakelig fokusere på to områder; legenes diagnosearbeid og legenes relasjonsarbeid.

2.2.1 Diagnosearbeid - produksjon av beslutninger om diagnose og behandling

Diagnosen er medisinenes viktigste klassifiseringsverktøy (Jutel og Conrad, 2011, s. 15). Det er klassifiseringen som avgjør hvilken respons som er riktig overfor ulike fenomener eller tilstander (Jutel og Conrad, 2011, s. 19). En diagnose er ikke sykdom i seg selv, det er en form for kunnskap som forteller oss hvordan vi skal forholde oss til en person (Måseide, 2006, s. 46).

Diagnostisering forstås som fortolkning av medisinske data for å kunne plassere symptomer og funn inn i medisinske diagnostiske kategorier. Dette innebærer at man foreslår og tester hypoteser ved bruk av kroppundersøkelser og prøver (Schei, 2007, s. 89). Jeg vil i oppgaven

referere til dette som *diagnosearbeid*. Dette er en form for problemløsning og viser til det arbeidet legene gjør knyttet til fortolkning, vurdering og diskusjon av bilder og funn. I utgangspunktet følger medisinsk arbeid et standardisert mønster, der man gradvis utelukker alternativer (Måseide, 2003, s. 387). Diagnosearbeidet produserer beslutninger om pasientens diagnose og behandling. Denne evnen til å diagnostisere og behandle er et av de definerende aspektene ved legevirkosomhet og medisin generelt (Jutel, 2009, s. 278).

Diagnosen er et svært viktig *koordineringselement* i helsevesenet. Den gir helsearbeidere et felles språk for kommunikasjon (Schei, 2007, s. 89). Videre letter den på formell arbeidsdeling i det den fungerer som en administrativ merkelapp, blant annet ved å fortelle hvilken instans som har riktig kompetanse for behandling av hver enkelt pasient. Slik fungerer den også koordinerende ved å understreke arbeidsdelingen de ulike spesialistene og avdelingene i mellom.

En vesentlig del av diagnosearbeid er å fortolke av representasjoner av virkeligheten. Leger tolker pasientens historier og symptomer, røntgenbilder og prøveresultater (Leder, 1990, s.11). Under flerfaglige medisinske møter er det beskrivelse og vurdering av slike representasjoner, i form av bilder og prøveresultater, som er fokuset og utgangspunkt for beslutninger (Li m. fl., 2008, s. 78). Pasienten er ikke til stede, men likevel representert gjennom presentasjoner.

Fortolkning defineres som omforming av data til kunnskap og forståelse om verden (Daft og Weick, 1984, s. 291). Fortolkning handler imidlertid ikke bare om å kategorisere og gi mening til data. Det er også et spørsmål om relevans. For eksempel vil en radiologs fremheving av et aspekt ved et MR-bilde fremfor et annet, være avgjørende for hva man faktisk ser på bildet. Gjennom å utpeke forskjellige aspekter avgjør man hva som vil være relevant (Goodwin, 1994, s. 610). Profesjoner skaper slik representasjoner som er viktige for det arbeidet de gjør (Goodwin, 1994, s. 611). Videre er det ikke nok at funnene blir gjort diagnostisk relevante gjennom fortolkningene. Det må også være enighet om dem (Jutel og Conrad, 2011, s. 17). Diagnosen er dermed, blant annet, et produkt av interaksjonen mellom legene (Måseide, 2006, s. 43). Denne interaksjonen innebærer at de flerfaglige medisinske møtene også medfører en annen form for arbeid, nemlig *relasjonsarbeid*.

2.2.2 Relasjonsarbeid - forvaltning av faglige og sosiale relasjoner

Flerfaglige medisinske møter er mer enn en arena for medisinsk arbeid. Møtene har også en sosial funksjon gjennom å gi legene mulighet til å utvikle kollegiale forhold (Li m. fl., 2008, s. 76). Nettopp fordi flerfaglige medisinske møter er en arena der representanter fra flere fagretninger møtes, er det nødvendig å forvalte de sosiale relasjonene mellom disse. Jeg vil benytte begrepet *relasjonsarbeid* om det som gjøres og kommer til uttrykk i møtene, tilknyttet etablering, videreføring og markering av relasjoner, både mellom deltagerne i gruppen, mellom ulike spesialiteter, sykehus og medisinere.

Innenfor de rammene som finnes i sykehuset og i de flerfaglige medisinske møtene, vil det eksistere flere *lokale identiteter* eller *posisjoner*. Dette refererer til deltagerens uoffisielle posisjoner i den profesjonelle organisasjonen (Måseide, 2003, s. 372). Disse identitetene etableres gjennom samhandling og kan være knyttet til både det profesjonelle, det institusjonelle, det moralske og det lokale (Måseide, 2003, s. 372). I arbeidet med å komme frem til beslutninger, innebærer dette blant annet at *autoritet* kan være ulikt fordelt på møtenes deltagerne i ulike faser av møtene. Autoritet oppfattes som en legitim maktform forankret i fordelingen av statusposisjoner (Johanson i Korsnes, 2008, s. 26). Hvilke kompetanse en deltager besitter, vil påvirke hvem som kan snakke om hva (Sarangi og Roberts, 2011, s. 35). For eksempel vil det være naturlig at det er radiologen(e) i møtene som hovedsakelig står for tolkning og vurdering av MR-bilder. Hvilken spesialistkompetanse en lege besitter, vil antageligvis påvirke hvilke spørsmål vedkommende har mest autoritet til å besvare.

Relasjonsarbeid utgjør en vesentlig form for arbeid i møtene. Selv om et problemløsningssystem er organisert innenfor sosiale, byråkratiske og materielle rammer, avhenger det av samhandling mellom de enkelte deltagerne (Måseide, 2003, s. 373). Deltagerne bruker ekspressive handlinger innenfor den sosiale samhandlingen, for å posisjonere seg i forhold til hverandre, til seg selv og til sine egne utsagn (Måseide, 2003, s. 371).

2.3 Oppsummering

Ettersom undersøkelsen beveger seg innenfor et lite utforsket felt, har jeg valgt å ikke ha noen større, generell teorigjennomgang. I stedet har jeg i dette kapitlet vist hvilke perspektiver

som er viktige for nettopp denne studien. Dette inkluderer perspektivet på gruppebeslutninger, der den enkelte deltager sees som en viktig del av den større helheten. Videre forstås arbeid som kontekstavhengig og som noe mer enn ren omforming av fysiske omgivelser. Arbeidet i flerfaglige medisinske møter vil i stor grad komme til uttrykk gjennom legenes talehandlinger. Videre har jeg pekt på hvordan arbeidet i møtene kan ha både manifeste og latente funksjoner. Jeg har deretter fremhevet hvordan formålet med møtene er å produsere beslutninger om diagnose og behandling. Dette gjøres gjennom diagnosearbeid som innebærer fortolkning, vurdering og diskusjon av bilder og funn. I tillegg er møtene en arena for sosial samhandling mellom leger. Gjennom samhandlingen etablerer legene relasjoner og posisjonerer seg selv overfor andre. Håndtering og markering av disse relasjonene vil jeg referere til som relasjonsarbeid.

3 Observasjonsundersøkelsen

I dette kapittelet peker jeg først på noen generelle trekk ved observasjon som metode og beskriver hvilken tilnærming til feltet jeg har benyttet meg av (3.1). Deretter diskuterer jeg muligheter for påvirkning på feltet jeg har studert (3.1.1.), for så å fortelle hvordan jeg fikk tilgang til de aktuelle møtene (3.1.2). Jeg vil også beskrive hvordan de observerte møtene foregikk (3.2). Videre peker jeg på etiske utfordringer med den type datainnsamling denne oppgaven bygger på (3.3). Jeg går også gjennom analysemetoden jeg benyttet overfor datamaterialet (3.4) og diskuterer pålitelighet og generaliserbarhet i forbindelse med studien (3.4.1). Til slutt forklarer jeg hvordan utdragene som benyttes er satt opp (3.4.2).

3.1 Observasjon som metode

Observasjonsstudier er noe av det mest krevende man kan utsette seg for som forsker eller student (Tjora, 2013, s. 46). Likevel er dette metoden jeg har valgt for min undersøkelse. Observasjon er spesielt egnet for å studere sosialt liv som prosess (Emerson m. fl., 2011, s. 18). Videre har observasjon potensiale til å gi data om hva deltagerne i et felt faktisk gjør (Fangen, 2008, s. 31), og det er dette jeg ønsker å belyse. Observasjon skiller seg slik fra for eksempel intervjuet som metode, der datamaterialet først og fremst består av informantenes egen gjenfortelling og, derav deres tolkning, av hva de gjør. Særlig i studier av organisasjonspraksis, er det ofte mer relevant å studere selve arbeidssituasjonen enn hvordan det snakkes om den (Tjora, 2013, s. 46). I sykehusstudier, som denne, kan det være utfordrende å få informanter til å ta tid bort fra arbeidet sitt for å delta i studien. Ved å observere deler av legenes arbeid i stedet, unngår man disse utfordringene (Tjora, 2013, s. 47).

Ved bruk av deltagende observasjon kan forskeren innta feltet uten på forhånd å ha en endelig definert problemstilling. Utgangspunktet kan være et tema, felt eller en gruppe man er interessert i å studere nærmere, for så å se hva som dukker opp underveis (Tjora, 2013, s. 48). En av fordelene med en slik tilnærming er at man kan tilpasse fokuset sitt etter hva som oppfattes som interessant når man oppholder seg i feltet (Fangen, 2008, s. 39). En utfordring ved observasjonsmetodens åpne vinkling, er imidlertid at det kan gjøre det vanskelig å rette oppmerksomheten mot konkrete fenomener under observeringen. Etersom en totalt åpen tilnærming innebærer at *alt* som foregår i feltet er relevant for forskeren, kan man risikere at

det å systematisere materialet blir umulig. Dessuten er det aldri slik at en går inn i et felt uten noen som helst form for forforståelse. Man vil alltid ha en forståelse med seg inn i møtet med feltet, som fører en i en viss retning under observasjonen. Ingen forsker klarer å være en fullstendig nøytral, objektiv observatør (Emerson m. fl., 2011, s. 4).

Ved å ha et avgrensede forskningsspørsmål å rette seg etter, kan man imidlertid bøte på noen av disse utfordringene (Silverman, 2010, s. 83). Forskningsspørsmålet gir et fokusområde i møtet med feltet, og en bevissthet om hva dette fokuset er. Jeg valgte derfor å møte feltet med et bredt spørsmål i bakhodet: *Hva gjør legene i flerfaglige medisinske møter for å komme frem til beslutninger, når det er representanter fra flere ulike spesialiteter til stede?* Ved å ta utgangspunkt i et slikt spørsmål var formålet i starten først og fremst å observere hva legene gjorde i møtene, hvordan de gjorde det og hvem som gjorde hva. Dette deskriptive spørsmålet ga meg et utgangspunkt og rettet oppmerksomheten min mot hvordan beslutningsprosessen så ut i de ulike pasienttilfellene og hva legene foretok seg for å komme frem til en konklusjon. Etter hvert som jeg begynte å få oversikt over møtene, var det lettere å se nettopp hva jeg ønsket å fokusere på. Problemstillingen ble dermed stadig endret og spisset underveis. Denne formen for runddans mellom empiri og teori, er ikke uvanlig innenfor kvalitative metoder (Fangen, 2008, s. 39).

3.1.1 Forskningseffekt - påvirkning på feltet man studerer

En vanlig innvending mot observasjon, er at de observerte vil endre sin oppførsel når de blir observert (Tjora, 2012, s. 88). Det vil med andre ord ikke være mulig å få innsyn i hva som «vanligvis» foregår i situasjonen, ettersom det ikke vil være «vanlig» så lenge forskeren er til stede. Dette er en innvending som nok, i en eller annen grad, vil gjøre seg gjeldende ved feltarbeid. Likevel, denne formen for forskningseffekt er ikke noe som gjelder kun innenfor observasjonsstudier. For eksempel kan man si at intervjusituasjonen i seg selv er en form for forskningseffekt, ettersom den aldri ville funnet sted uten at forskeren hadde arrangert intervjuet (Tjora, 2012, s. 88). Det er viktig å ikke se forskerens mulige påvirkning på situasjonen som ødeleggende (Emerson m. fl., 2011, s. 4).

Den fysiske utformingen på rommet møtene ble arrangert i fungerte til fordel for meg med tanke på påvirkning på feltet. Møtene foregikk i forholdsvis store møterom som lignet forelesningsauditorium. Dette gjorde det enkelt kun å være til stede uten å delta aktivt og uten å være noe særlig forstyrrende på møtets gang. Det var mellom åtte og femten leger til stede,

som alle satt vendt i samme retning – mot skjermene som viste MR- og CT-bilder. Det at det allerede var såpass mange personer til stede i møtet, kombinert med at alle disse satt vendt mot og var svært konsentrerte om bildene, gjorde at de tilsynelatende glemte min tilstedeværelse så fort diskusjonen om pasientene var i gang. En person fra eller til virket ikke å spille så stor rolle. At jeg ikke deltok i samtalen virket heller ikke problematisk. Ikke alle de tilstedeværende legene deltok aktivt i diskusjonene. Noteringen min virket heller ikke å forstyrre noe særlig, ettersom det var vanlig å ha penn og papir foran seg på pulten. Samlet opplevde jeg at det spilte liten rolle for dem at jeg var der. Det var visstnok ikke så uvanlig at det var studenter til stede i møtene, både medisinstudenter og andre. Jeg ble fortalt at det ikke var første gangen de var blitt «observert».

Det hendte likevel at de henvendte seg direkte til meg underveis i møtene. Dette var som oftest for å sjekke om jeg lo av vitsene som ble fortalt. Imidlertid var det en episode der henvendelsen til meg var mer eksplisitt. Dette fungerte både som en påminnelse for alle tilstede om at jeg var «utenfra», og at de tingene som ble diskutert i møtet potensielt kunne komme ut i offentligheten. Episoden skjedde da det i løpet av en diskusjon ble etterlyst oppfølgingsbilder av en pasient. En av legene mente bildene var tatt, men at det ikke var mulig å finne dem fordi de antageligvis befant seg «i en eller annen scanningbunke». Da svarte en annen at dersom det var typisk for sykehuset å rote bort bilder i «scanningbunker» burde det kanskje ikke sies høyt? Ettersom jeg var tilstede kunne de jo risikere at alt havnet i avisen! Dette ble sagt i en spøkefull tone og alle snudde seg mot meg og lo (jeg lo selv, også). Mens alle lo snudde en tredje lege seg mot meg, og sa noe i retning av «bare smør på litt tykt, du!». Deretter fortsatte diskusjonen om pasienten som normalt. Spøker av dette slaget var vanlig legene imellom, særlig når det gjaldt problemer de opplevde med den praktiske organiseringen på sykehuset. Det kan med andre ord tolkes som et forsøk på å inkludere meg i interaksjonen. Samtidig fungerte det uten tvil som en påminnelse om at det var en utenforstående til stede.

Det hendte også at det kom kommentarer i det jeg satte på lydopptakeren som «nå må vi passe munnen vår, nå er vi på radioen». Dette ble sagt i en spøkefull tone og fungerte som en overgang til å starte den faglige diskusjonen. Jeg opplevde ikke dette som særlig problematisk, ettersom min interesse uansett var det som foregikk under den medisinske diskusjonen av pasienten.

Min rolle i møtene var først og fremst en *åpen observatørrolle*; legene visste at jeg var forsker og drev med observasjon (Tjora, 2013, s. 53). Samtidig var jeg ikke *deltagende* i den forstand at jeg var deltager i den medisinske diskusjonen. Likevel ble jeg i noen få tilfeller, slik som da jeg mottok den humoristiske oppfordringen om å tipse pressen, inkludert i deler av den sosiale samhandlingen legene imellom. Dette kan kalles *interaktiv observasjon*, som sikter til hvordan noe sosial interaksjon alltid vil oppstå mellom observatøren og dem som observeres, selv om man inntar en passiv observatørrolle (Tjora, 2013, s. 56).

3.1.2 Tilgang til feltet

Arbeidet med å få tillatelse til undersøkelsen og tilgang til feltet startet allerede i mai 2013. I et møte med en av avdelingslederne ved sykehuset fikk jeg både en bekreftelse på at møtesituasjonen jeg ønsket å studere faktisk eksisterte og var forholdsvis vanlig, samt forslag til en variant av møtene jeg var interessert i. Det var flere ting som gjorde nettopp dette møtet interessant for undersøkelsen. For det første ble det holdt en gang i uka, på samme sted til samme tid. Dette var praktisk. For det andre skulle det være til stede et høyt antall leger, mellom åtte og ti personer, med ulik spesialistbakgrunn. Dette gjorde møtet relevant for det forskningsspørsmålet jeg ønsket å belyse.

Etter møtet med avdelingslederen ble den ansvarlige for det nevnte møtet kontaktet. Samtidig ble det sendt inn søknader til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). I tillegg ble Personvernombudet ved sykehuset kontaktet av min veileder for å informere om undersøkelsen og spørre om hvordan vi skulle gå frem for å søke om tillatelse.

Samtidig som jeg ventet på de formelle tillatelsene, startet arbeidet med å informere de aktuelle legene for å innhente samtykke. Det ble arrangert et informasjonsmøte med dem som vanligvis deltok på disse møtene. Under dette møtet ble jeg tipset om et annet fast møte ved sykehuset. Legene mente at også dette møtet ville være interessant for meg. Dette skyldtes både at representanter for flere ulike spesialiteter var til stede, og at det visstnok ofte kunne bli «heftigere» diskusjoner her. Jeg fikk navnet på den ansvarlige for arrangementen av disse møtene og kontaktet vedkommende via e-post. Han stilte seg positiv og inviterte meg til å komme på neste møte for å informere om undersøkelsen og samtidig svare på eventuelle spørsmål. Han videresendte også min e-post med informasjon og forespørsel om deltagelse til alle på kontaktlisten for møtet.

I tillegg ble aktuelle avdelingsledere ved sykehuset, samt direktør, kontaktet gjennom e-post og informert om undersøkelsen. Også disse ga sin tillatelse. Så fort alle aktuelle personer var informert og hadde gitt sitt samtykke til min tilstedeværelse, samt lydopptak, fikk jeg beskjed om at jeg bare kunne komme og gå som jeg ville på de faste møtene: «Alle vet at du kommer og alle synes det er greit». En nærmere diskusjon av informert samtykke, vil jeg komme tilbake til i etikkdelen av kapittelet, under 3.3.1.

Prosessen med å få de formelle tillatelsene, finne ut hvem som var aktuelle personer å kontakte for de ulike møtene og å innhente tillatelse fra disse samt alle potensielle møtedeltagere, var svært tidkrevende. Selv om responsen i alle tilfeller var positiv til gjennomføring og deltagelse i undersøkelsen, var det ofte nødvendig med både en og to purringer før jeg fikk svar på forespørselene jeg sendte ut via mail. Det kunne gå uker fra jeg sendte mailene til jeg fikk svar. Dette skyldtes antageligvis at dette er leger, med en svært hektisk timeplan. I tillegg var det ofte slik at selv om vedkommende selv stilte seg positiv og ikke hadde noen problemer med min tilstedeværelse, mente han/hun at jeg også måtte forhøre meg med flere. Til tross for iherdig innsats fra min side, gjorde disse tingene samlet at jeg ikke fikk startet feltarbeidet før i midten av november. Dette selv om jeg startet prosessen med innhenting av samtykker og formelle tillatelser i god tid, allerede i mai. Dette var i perioder ganske frustrerende. Da november var godt i gang og jeg fortsatt ikke hadde fått gjennomført observasjon i et eneste møte, begynte jeg å bli alvorlig bekymret for om undersøkelsen i det hele tatt kom til å bli mulig å gjennomføre. Heldigvis løsnet det plutselig og jeg fikk komme godt i gang med observasjonsundersøkelsene før juleferien.

3.2 Beskrivelse av møtene

Tumormøtet er et felles forum for diskusjon av svulster i sentralnervesystemet. Ofte dreier det seg om kontroll og oppfølging av tidligere opererte pasienter, diagnostisering av nyoppdagede svulster og uklare funn, samt hvilken behandling som er mest hensiktsmessig. Møtet avholdes hver uke eller annenhver uke, avhengig av hvor mange pasienter som meldes opp. Leger melder opp de sykdomstilfellene de selv mener er aktuelle å diskutere via e-post på forhånd. Dersom antallet påmeldte pasienter er lite, venter man med å holde møtet til påfølgende uke for å kunne samle opp flere.

Antall deltagere på de tumormøtene jeg var til stede ved varierte mellom ni og tolv. Av de spesialitetene som jevnlig var representert var nevroradiologi, patologi¹, nevrokirurgi, barnekirurgi, stråleonkologi² og barneonkologi³. Antall diskuterte pasienter varierte mellom fem og åtte. Varigheten var mellom 30 og 50 minutter. Flere av deltagerne var der hver gang og en del var der nesten hver gang. Det var alltid nye ansikter. Disse ble ikke introdusert på noen formell måte og det var ut fra deltagelse og utsagn i diskusjonene jeg måtte finne ut hvilken spesialitet de tilhørte. Noen ganger var imidlertid ikke dette tilstrekkelig. Jeg søkte da opp navnene til de aktuelle personene på sykehusets nettsider for å få rede på hvilken spesialitet de tilhørte.

Vaskulærmøtet blir avholdt fast en gang i uken og to spesialiteter er representert; nevroradiologi⁴ og nevrokirurgi. I møtet diskuterer legene tilfeller hvor tilførselen av blod til eller fra hjernen eller sentralnervesystemet ikke er som den skal på grunn av misdannelser eller skader i blodårer og blodkar. Ofte er det aktuelt å avklare hvilke områder som er berørt, hva det impliserer og eventuelt hvilke behandlingsalternativer som er mulige, om noen.

De fire gangene jeg deltok på vaskulærmøtene, var det mellom seks og tolv personer til stede. Antall pasienter som ble diskutert varierte mellom seks og åtte, og møtene varte mellom 30 og 45 minutter. Jeg ble fortalt at møtene var «problembaserte» og at de hentet frem de tilfellene som de var usikre på hvordan de best kunne behandle.

Tumormøtet foregikk i et forholdsvis stort auditorium med plass til i underkant av hundre mennesker, mens vaskulærmøtet ble holdt i et mindre grupperom med plass til rundt 30 personer. I begge rommene satt alle deltagerne vendt mot to store skjermer som viste MR- og CT-bilder, samt henvisninger og angiografi i vaskulærmøtene. Bildefremvisningen ble i begge møtene styrt av nevroradiologen, som satt vendt ut mot publikum. Han eller hun satt foran tre dataskjermer, som vedkommende styrte bildefremvisningen fra.

De observerte møtene var i stor grad representasjonssentrert. Dette innebar at utgangspunktet for diskusjonene var representasjoner av pasienten. Den viktigste representasjonsformen i de to møtene, var MR- og CT-bilder. Disse var bokstavelig talt i sentrum av og utgangspunktet

¹ En patolog er en lege som er spesialisert innenfor undersøkelser av forandringer i organer, vev og celler (Utdanning.no 2014)

² Stråleonkologi er spesialisering i behandling av kreft med strålebehandling (Mayo Clinic 2014)

³ Barneonkologi er spesialisering i behandling av barn med kreft (Yale School of Medicine 2014)

⁴ Nevroradiologi omhandler bildediagnostikk og bildeveiledet intervensjon i sentralnervesystemet (Tidsskrift for Den Norske Legeforening 2006)

for samtalen og ble vist frem på store skjermer foran alle møtedeltagerne. I tillegg kom prøveresultater og andre kliniske funn, men disse ble ikke vist frem. I stedet ble de beskrevet muntlig av de(n) tilstedeværende spesialisten(e) på feltet. I tumormøtet var i tillegg histologi, vevsprøver, en vurderingsfaktor.

Møtene foregikk ved at legene tok for seg en og en pasient. Pasienten og dennes sykdomsproblemer ble presentert for møtedeltagerne ved å navngis, samtidig som det ble hentet opp MR- eller CT-bilder på skjermene. Pasienten kunne enten være en «gammel kjenning»; en som hadde vært til behandling tidligere, gjerne flere ganger, og som nå var til oppfølgingskontroll, eller en ny pasient. Når det gjaldt de «gamle kjenningene», var det ikke vanlig med noen særlig omfattende form for introduksjon. I stedet gikk man rett på hva som var siste nytt. Man virket å forvente at alle tilstede var såpass kjent med disse tilfellene at introduksjon ikke var nødvendig. Under observasjonen forekom det likevel at det var tilstede leger som tydeligvis ikke hadde kjennskap til pasienten. Disse stilte da enten spørsmål eller valgte å trekke seg noe ut av diskusjonen.

Etter at pasienten eller eventuelle endringer var presentert, gikk møtene over i beskrivelse og vurdering. Dette innebar fremvisning og beskrivelse av nye og gamle bilder og prøveresultater. Når det gjaldt «de gamle kjenningene» var det først og fremst et spørsmål om situasjonen fortsatt var stabil. Dette ble vurdert ved å vise frem og beskrive samt sammenligne nye og gamle bilder. I tillegg gikk man gjennom de kliniske opplysningene, dersom man hadde noe nytt. I nye tilfeller var ofte fokuset rettet mot å sette diagnose, dersom dette ikke var gjort, og vurdering av aktuelle behandlingstiltak. Etter introduksjon, beskrivelse og vurdering kom man frem til en konsensusløsning. Diskusjonen varte til man kom frem til en beslutning alle kunne samle seg om. Dette er et viktig, todelt poeng: For det første kunne ikke diskusjonen avsluttes før man hadde kommet frem til en beslutning, og for det andre måtte gruppen være enige om denne beslutningen.

3.3 Etikk

Av alle datainnsamlingsmetoder kan man hevde at observasjon er den minst påtrengende, ettersom forskeren ikke etablerer en kunstig, profesjonell situasjon som skaper avstand mellom dem man studerer (Fangen, 2008, s. 153). Samtidig kan observasjon føles mer etisk

krevende for forskeren, ettersom metoden innebærer at man kommer tett inn på forskningssubjektene gjennom å forholde seg til dem over lengre tid (Fangen, 2008, s. 153).

I min undersøkelse har jeg observert personer som befinner seg i en jobbsituasjon, og ikke i en privat, intim sfære. Åpen observasjon av legene i seg selv, var med andre ord ikke etisk problematisk. Men selv om min interesse var for legene og deres samhandling, var det ikke til å unngå at jeg fikk tilgang til sensitiv pasientinformasjon. I sykehusstudier krever pasienthensyn samt sykehusets retningslinjer for taushetsplikt og personvern hensyn spesielle hensyn (Tjora, 2012, s. 199).

I kvalitativ forskning er det alltid viktig å verne om informantenes konfidensialitet. Dette innebærer at man ikke publiserer informasjon som kan føre til identifisering av enkeltpersoner (Fangen, 2008, s. 158). Jeg har anonymisert møtene og deltagerne i så stor grad som mulig. Lydopptakene ble transkribert i anonymisert form fortløpende etter hvert enkelt møte og opptakene ble deretter slettet. Den informasjonen som er tatt med i transkripsjonene, inkluderer kun den enkelte leges spesialisering og stillingstittel. Når det gjelder pasientene er informasjon som kjønn, diagnose og den medisinske informasjonen som ble diskutert i møtene, inkludert i transkripsjonene. Jeg anser ikke dette som problematisk, ettersom tidspunkt for diskusjonen og eventuell behandling samt bosted, ikke publiseres. Informasjonen som gis kan dermed ikke føre til identifisering av pasientene. Fremgangsmåten har også blitt godkjent av REK, NSD og Personvernombudet ved det aktuelle sykehuset (Se vedlegg nr. 1 og 2).

At legene ikke navngis, innebærer ikke at enkeltpersoner ikke vil kunne kjenne igjen seg selv eller andre i gjengivelsene av møtene. Dette gjelder spesielt innenfor et lite, lukket miljø, der de fleste kjenner hverandre (Fangen, 2008, s. 160). At de som observeres har tilgang til og større interesse for de analysene som gjøres, stiller krav til forskeren når det gjelder nøyaktighet og etterrettelighet (Tjora, 2012, s. 46). I tillegg er det viktig å vurdere mulige konsekvenser offentliggjøringen kan ha for de personene som er studert, og den institusjonen eller gruppen de er en del av (Fangen, 2008, s. 230). I min studie er jeg ikke ute etter å mistenkeliggjøre legene på noen som helst måte. Målet er å fremme kunnskap om en del av legers arbeidsdag som andre enn leger selv sjeldent får innsyn i.

Videre kan det oppleves fremmedgjørende for informantene å lese forskerens tolkninger av deres handlinger og utsagn. Dette er spesielt problematisk dersom det er en særdeles stor

skjevhet i maktbalansen mellom forsker og informanter. Dette kan eksempelvis være tilfelle der forskeren har tilgang til og ønsker å bruke sensitiv informasjon som politiske eller religiøse oppfatninger og seksuelle eller helsemessige forhold (Fangen, 2008, s. 159). Slik informasjon er ikke registrert i min studie. Videre opplever jeg det slik at legene er en ressurssterk gruppe som har de forutsetningene som skal til for å kunne motsette seg mine tolkninger og vurderinger. Jeg opplever dermed ikke maktbalansen som skjev i legenes disfavør. Likevel har hensynet til legene vært viktig for meg gjennom hele analyse- og skriveprosessen, og jeg ønsker ikke på noen måte å fremstille mine informanter på negativt vis.

3.3.1 Informert samtykke

Informert samtykke innebærer at man informerer informanter om prosjektets formål (Fangen, 2008, s. 155). Prosessen med innhenting av informert samtykke, startet i mitt tilfelle ved at den ansvarlige for gjennomføring av møtene ble kontaktet via mail med informasjon om undersøkelsen og en forespørsel om deltagelse. Deretter ble det avtalt datoer for å møtes for å informere nærmere om prosjektet. Informasjon ble videreformidlet skriftlig via e-post som ble videresendt til alle mulige møtedeltagere via epostlister som allerede var etablert for møtene, samt muntlig gjennom informasjonsmøter der alle aktuelle personer ble invitert til å delta.

I tumormøtet ble jeg bedt om å holde en kort presentasjon av undersøkelsen i starten av et de faste møtene. Dette var etter at samtlige på kontaktlisten til møtet hadde fått videresendt min forespørsel per e-post og slik blitt informert skriftlig. Jeg presenterte undersøkelsen gjennom et kort innlegg på mellom fem og ti minutter, for så å ta imot spørsmål. Tilbakemeldingene var at dette var et spennende tema og at man var spent på hva jeg ville finne ut. Det startet til og med en diskusjon om flerfaglige arbeid på sykehus generelt. Responsen fra samtlige tilstedeværende under begge infomøtene var positiv, og jeg fikk beskjed om at jeg kunne starte opp undersøkelsen med lydopptak så fort Personvernombudet var ferdige med å behandle saken. På grunn av den gode responsen og møtelederens godkjenning, valgte jeg å ikke innhente skriftlig samtykke fra legene.

For vaskulærmøtet ble det satt av et eget møte med alle aktuelle spesialister fra den ene aktuelle avdelingen der min veileder og jeg deltok. Vi holdt en presentasjon av forskningsprosjektet generelt og denne undersøkelsen spesielt. De tilstedeværende fikk deretter muligheten til å stille spørsmål. Tilbakemeldingene var positive. Flere uttrykte at

dette var svært interessant og sa at de selv ofte hadde lurt på hva som foregikk i disse møtene. Responsen fra disse møtedeltagerne var også så positiv at jeg opplevde at muntlig samtykke var tilstrekkelig. Ettersom det først og fremst er i undersøkelser som inkluderer informasjon om personers private liv at skriftlig samtykke er strengt nødvendig (Fangen, 2008, s. 155), vurderte jeg ikke manglende skriftlig samtykke som problematisk.

Selv om jeg var åpen om formålet med undersøkelsen, kan det diskuteres hvorvidt samtykke virkelig var fritt. Ved å holde informasjonsmøter for hele gruppen samlet, kunne det skapes en form for gruppepress. Møtelederne hadde allerede sagt ja til deltagelse i undersøkelsen, selv om dette var med forbehold om godkjenning fra alle tilstedeværende leger. Dette, kombinert med den generelt positive innstillingen overfor undersøkelsen under presentasjonene, kan ha gjort det vanskelig for eventuelle skeptikere å uttrykke negative holdninger. I tillegg var det ofte nye personer til stede i møtene og det kunne være vanskelig å vite om disse faktisk var informert eller ikke. Jeg visste at informasjonsmailen om undersøkelsen min var sendt ut på møtenes epostlister og alle skulle derfor, i alle fall utgangspunktet, ha hørt om prosjektet selv om ikke de var tilstede ved infomøtet jeg holdt. Det var likevel mulighet for at de ikke hadde lest e-posten. Det hendte to ganger at jeg fikk spørsmål om hva lydopptakene skulle brukes til, i det jeg tok frem opptaksutstyret. I disse tilfellene ga jeg en kort presentasjon av prosjektet og en forsikring om at alle formelle godkjenninger var på plass og at møtelederen hadde godkjent det. Dette fikk jeg positiv respons på, og det opplevdes aldri som et stort problem.

Inntrykket av at legene var positivt innstilt til undersøkelsen, ble ikke bare støttet av ivrig diskusjon om temaet ved hvert infomøte, men også av at jeg ofte ble pekt i retning av nye typer møter gjennom e-post. Jeg opplevde at informasjonsskrivet mitt stadig vekk ble videresendt til ansvarlige for andre møter, og flere av disse tok uoppfordret kontakt med meg. Jeg valgte imidlertid å holde meg til tumormøtet og vaskulærmøtet. Dette var ikke bare et valg som skyldtes tidsbegrensninger, men også etiske overveielser fra min side. I min beskrivelse av undersøkelsen til NSD, REK og Personvernombudet ved sykehuset, hadde jeg gjort det klart at jeg ikke ville omgås eller ha kontakt med pasienter gjennom undersøkelsen. I flere av møtene jeg ble tipset om, var det imidlertid vanlig at pasienten var til stede. Jeg vurderte det dithen at observasjon i disse møtene, var noe jeg ikke hadde søkt om og fått tillatelse til av nødvendige instanser. Observasjon i disse møtene var derfor noe jeg utelukket.

3.3.2 Pasientene

Det ble ikke innhentet samtykke fra pasienter og disse var ikke informert om undersøkelsen. Dette ble vurdert som forsvarlig av både REK, NSD og Personvernombudet ved sykehuset (Se vedlegg nummer 1 og 2). Pasientene var ikke gjenstand for undersøkelse og sensitiv informasjon om disse ville ikke bli koblet til personidentifiserende opplysninger. Innhenting av informert samtykke ville derfor vært en unødvendig plage for pasientene og tatt unødvendig mye av både deres og min tid. Undersøkelsen ville da antageligvis ikke vært mulig å gjennomføre.

Under datainnsamlingen forsøkte jeg selv å distansere meg fra de personlige forholdene til pasientene som ble omtalt. Dette både fordi det ikke var selve personen jeg var interessert i, men diskusjonen rundt denne, og fordi jeg synes det å skulle forholde seg til implikasjonene av hvert enkelt sykdomstilfelle ville bli følelsesmessig tungt. Dette ble i midlertid vanskelig da jeg under et møte plutselig innså at pasienten som ble viet relativt mye tid og oppmerksomhet, var en bekjent av meg. Plutselig var det ikke lenger så lett å forholde seg passivt til den sykehistorien som ble fortalt og fokusere på det arbeidet legene gjorde. Jeg vurderte om det var problematisk at jeg inkluderte nettopp denne pasientdiskusjonen i transkriberingene mine. Etter diskusjon med veileder kom jeg frem til at dette ikke var problematisk av personvern hensyn. Den største utfordringen ved hele episoden, var at den opplevdes som ubehagelig for meg. Samtidig fungerte hendelsen som en påminnelse om hva legenes arbeid faktisk innebærer. Legene vil ofte ha møtt både pasienten de diskuterer og dennes pårørende. For dem er disse diskusjonene knyttet til et ansikt, en person og en historie.

3.4 Analyse - materialet og metode

Datamaterialet består av transkripsjoner av lydopptak samt feltnotater. Jeg var til stede ved åtte møter, med fire observasjonsøkter på hver av de to møtene. Totalt ble det tatt opp rundt ti timer lydopptak. Dette ga omtrent 250 transkriberte sider. Materialet inkluderer diskusjon av nærmere femti pasienter. Selv om undersøkelsen baserer seg på et begrenset antall møter, opplever jeg at det er rikelig med materiale å analysere for undersøkelsens formål. Målet har vært å beskrive hva som foregår i *noen* møter, ikke å gi en fullstendig utredning av *alle* slike møter. Det kan da være hensiktsmessig å gå i dybden på en liten mengde kvalitativt materiale fremfor å kaste et overflatisk blikk på en større mengde (Silverman, 2010, s. 86). Etter å ha

vært til stede i flere møter vil jeg dessuten hevde at situasjonene stort sett fortonte seg forholdsvis likt fra gang til gang. Jeg ville ikke nødvendigvis fått *andre* data, selv om jeg hadde samlet inn *mer*. Denne formen for *metningspunkt* er ikke uvanlig å nå i prosjekter der temaet eller situasjonen som studeres, er avgrenset (Fangen, 2008, s. 98).

Observasjonsmetoden innebærer at forskeren er i en form for konstant analysemodus, der man hele tiden velger å fokusere på det man som forsker anser som relevant eller interessant (Emerson m. fl., 2011, s. 14). Dette gir seg konkrete utslag for eksempel i feltnotatene ved hva man velger å skrive ned. Mer utydelig kan det gi seg utslag i hva man faktisk mener å *finne*. Nettopp på grunn av dette er det viktig at man på forhånd gjør seg bevisst hvilke innstillinger og hvilken forutinntatthet man møter feltet med. Dette må videre gjøres eksplisitt overfor leseren (Tjora, 2012, s. 203).

Jeg forberedte feltarbeidet ved å gjøre egen forutinntatthet tydelig for meg selv, gjennom å utarbeide et *observasjonsskjema* og et *refleksjonsskjema*. Tanken var at observasjonsskjemaet skulle benyttes etter observasjon, for å huske. Dette var først og fremst et deskriptivt skjema som inneholdt fire punkter: 1) *fokus* - hva retter samtalen seg mot, hva endrer fokus, hvem fokuserer på hva, 2) *posisjoner* - hvilke posisjoner snakkes det fra, hvordan rullerer samtalen mellom deltagerne, 3) *rekvisita* - hvilke fysiske gjenstander er til stede, hva signaliserer disse, hva brukes de til, og 4) *kroppsspråk* - hvordan blir kroppsspråk og toneleie brukt, og hva blir det brukt til. At jeg endte opp med nettopp disse fire punktene, gjorde det tydelig for meg at jeg var opptatt av interne relasjoner og dynamikker underveis i møtene.

Refleksjonsskjemaet var tenkt som en hjelp for å sette i gang egen refleksjon i etterkant av møtene. Refleksjonsskjemaet var mer teoretisk rettet, og dermed mer abstrahert fra feltet enn observasjonsskjemaet. Refleksjonsskjemaet var delt etter temaene 1) ramme og situasjonsdefinisjoner, 2) opprettholdelse av systemet, 3) koordinering, 4) arbeidsdeling, 5) autonomi og autoritet, 6) argumentasjon og 7) pasienten. Det var først og fremst i arbeidet med notatene etter de første observasjonsøktene at jeg benyttet de to skjemaene. Etter hvert som det ble tydeligere for meg hva som foregikk i møtene og hva ved møtene jeg ønsket å studere nærmere, ble skjemaene mindre viktige for å huske og reflektere. Likevel opplevde jeg dem som svært nyttige i forarbeidet før feltarbeidet startet, ved at jeg i større grad ble bevisst mine hovedinteresser. Samtidig var jeg åpen for hva som dukket opp underveis i feltarbeidet. Dette kan sees som en form for *forberedt åpenhet*.

Underveis i datainnsamlingen ble lydopptak bearbeidet til transkripsjoner. Etter hvert som transkripsjonene ble ferdig, nærleste jeg dem fortløpende for så å skrive en kort oppsummering av hvert møte. Jeg hadde da først vært til stede ved møtet, transkribert lydopptaket kort tid etter, for så å lese igjennom det. Dette gjorde at jeg ble godt kjent med mitt eget datamateriale og jeg dannet meg et inntrykk av hva jeg synes var viktig ved møtene og hva som gikk igjen.

Samtidig innså jeg etter hvert at jeg hadde behov for å gå mer systematisk til verks. Jeg benyttet meg derfor av Tjoras beskrivelse av stegvis-deduktiv induktive metode (SDI), som innebærer at man arbeider i etapper, fra rådata til konsepter eller teori (Tjora, 2012, s 175). Metoden er induktiv, i det man jobber *fra data mot* teori, samtidig som den er deduktiv i det man går tilbake for å sjekke det teoretiske opp mot det empiriske (Tjora, 2012, s. 175). Dette innebærer at man i første omgang jobber med å utvikle detaljerte tekstmære koder, hvor man benytter seg av begreper som allerede finnes i datamaterialet (Tjora, 2012, s. 179). Deretter samler man disse tekstmære kodene i hovedtemaer som utgjør kategorier, som man videre kan utvikle til konsepter eller teorier (Tjora, 2012, s. 186).

Med SDI-metoden gikk jeg over datamaterialet på nytt. Det endret ikke inntrykket jeg hadde av materialet mitt og på den måten ikke funnene mine. Det kan diskuteres hvorvidt dette skyldtes at jeg allerede hadde *funnet* det jeg mente var interessant. Interessen min var allerede rettet mot enkelte temaer. Samtidig var dette temaer jeg allerede var bevisst på at jeg var fokusert på, gjennom arbeidet med observasjons- og refleksjonsskjemaene. Den ekstra gjennomgangen av materialet med SDI ga meg likevel en bekreftelse på at temaene jeg mente gikk igjen, gjorde nettopp det. Dette bringer meg over til spørsmål om pålitelighet og generaliserbarhet.

3.4.1 Pålitelighet og generaliserbarhet

Pålitelighet er et spørsmål om hvorvidt det er en tydelig sammenheng mellom empiri, analyse og resultater i en undersøkelse, uten at det er personlige faktorer som ikke er gjort rede for (Tjora, 2012, s. 229). Forskerens kunnskap eller kjennskap til et område kan være en ressurs i forskning (Tjora, 2012, s. 203). I mitt tilfelle innehar jeg ikke medisinsk kunnskap utover en noe over gjennomsnittlig interesse for medisin. Dette har åpenbart vært en utfordring i gjennomføringen av denne undersøkelsen, ettersom jeg har møtt på mange for meg nye og ukjente uttrykk. Denne utfordringen har imidlertid ikke vært uløselig, og ved hyppig bruk av

nettbaserte medisinske leksikon har jeg etter hvert klart å utvikle en slags forståelse for hva det snakkes om i møtene. Denne forståelsen er riktignok begrenset, men ikke i så stor grad at jeg mener det har hemmet min forståelse for fenomenet jeg har studert.

Det har i denne sammenheng vært en fordel at jeg har gjennomført observasjon i kun to ulike møtetyper. Ettersom møtene arrangeres ut fra sykdomstyper, har det vært mye av de samme uttrykkene, diagnosene og anatomiske plasseringene som har gått igjen. Dette har begrenset hvor mye medisinsk fagprat det var nødvendig for meg å sette meg inn i. Her var det imidlertid ulikheter mellom de to møtene. Jeg opplevde det som lettere å sette meg inn i det fagspråket som var i tumormøtene, enn i vaskulærmøtene. Dette skyldtes at vaskulærmøtene i større grad inkluderte mange, svært tekniske beskrivelser av MR- og CT-bilder. I tumormøtene var det derimot mindre anatomiske begreper, og mer fokus på behandling og pasientens form. De mest faglige betegnelsene i disse møtene var stort sett forskjellige svulsttyper, og disse opplevde jeg det som enklere å sette meg inn i. Det var også ofte de samme som gikk igjen. Dette gjør at jeg antageligvis har en bedre forståelse av det tekniske som foregikk i tumormøtene, enn det som foregikk i vaskulærmøtene. Samtidig var det i tumormøtene det var flest ulike spesialister til stede. Det var nettopp dette som var utgangspunktet og idealet for studien. Jeg har hele veien hatt en ide om å studere arbeidsdelingen i flerfaglige medisinske møter. Jo flere ulike spesialiteter som er representert i møtene, jo mer innfløkt vil antageligvis denne arbeidsdelingen være. I tumormøtet der antallet ulike spesialister til stede var høyest, var det naturlig nok *mer* arbeidsdeling å studere. Til tross for ulikhetene opplever jeg at funnene fra tumormøtene i stor grad gjelder også for vaskulærmøtene. Ulikhetene i antall forskjellige spesialister og vanskelighetsgrad i fagspråket opplever jeg derfor ikke som problematisk for studiens pålitelighet.

Den type møter jeg har studert vil, i en eller grad, åpenbart være påvirket og avhengig av dens deltagere og institusjonen de holdes i. For eksempel var det tydelig for meg hvordan enkeltpersoner kunne være mer dominerende i møtene, og dermed ha stor påvirkning på hvordan møtet fortonte seg. De to møtene var, kanskje nettopp på grunn av dette, forskjellige i dynamikk og humør. En annen ulikhet mellom de to møtene, var som nevnt bruken av tungt fagspråk. Ettersom tumormøtene var mer lettfattelige, benytter jeg flere utdrag fra dette møtet enn fra vaskulærmøtet, av hensyn til leseren. Dette kan tenkes å prege det bildet som skapes av møtene. Samtidig er utdragene valgt ut nettopp med tanke på at de illustrerer generelle

poeng som gikk igjen i begge møtene. Jeg opplever det derfor ikke som en feilkilde i oppgaven.

Generaliserbarhet er en undersøkelses gyldighet utover de tilfellene som har vært utforsket (Tjora, 2012, s. 207). Generalisering innenfor kvalitative studier er et omstridt tema. Payne og Williams hevder imidlertid at også kvalitative forskere har en tendens til å generalisere, men uten å tydeliggjøre hvordan de kommer frem til sine konklusjoner (2005, s. 309). Kvalitativ forskning har likevel potensiale til å produsere det de definerer som *moderate generaliseringer*. Dette ligner den type pragmatiske generaliseringer man henter fra personlige erfaringer for å bringe orden og sammenheng til hverdagen (Payne og Williams, 2005, s. 296).

Som analysen vil vise, forteller denne undersøkelsen noe om hva slags arbeid som foregår på en arena der deltagerne besitter ulike typer kompetanse. Arbeid i slike grupper er ikke uvanlig, både innenfor medisin og i andre bransjer der kompetansen er spredd på ulike profesjoner og subprofesjoner. Selv om de relasjonene og funksjonene jeg beskriver i analysen først og fremst gjelder for de møtene jeg har observert, mener jeg derfor at det jeg beskriver, potensielt kan overføres til andre, lignende arenaer. Undersøkelsens funn har derfor en allmenn interesse.

3.4.2 Om utdragene

I utdragene benytter jeg parentes, ikke linjeskift, for avbrytende enkeltbekreftelser av typen «ja» og «mhm». Dette er for å unngå å stykke opp hovedtalerens poenger. Ellers er utdragene språkvasket og gjentakelser er tatt ut av hensyn til leseren, uten at innholdet i setningen er endret. Linjene i utdragene er nummeret, for å lettere kunne vise leseren til hendelser i utdragene. «(...)» indikerer at det er et avbrekk i samtalen der legene snakker om noe som ikke er direkte relevant for det som diskuteres. Dette er utelatt fra utdragene av hensyn til leseren og plass.

Utdragene som gjengis inneholder en del medisinske fagtermer og begreper. De begrepene som kan forklares forholdsvis enkelt, med et ord eller to, forklares med klamme i løpet av utdragene. Begrep som trenger mer utfyllende forklaring, er forklart med fotnoter. Dersom ikke annet er oppgitt, er definisjonen av begrepet hentet fra Store Norske leksikon eller Store Medisinske Leksikon.

3.5 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet pekt på og diskutert noen generelle trekk ved observasjonsstudier som metode, blant annet knyttet til mulig påvirkning på det feltet som studeres. Jeg har gått gjennom min opplevelse av dette og beskrevet møtene. Jeg har også påpekt hvordan observasjon er den metoden som er best egnet for å studere hva folk faktisk *gjør*. Det er dette jeg er interessert i å belyse med denne undersøkelsen. Jeg har diskutert hvilke etiske hensyn som må tas i forbindelse med sykehusstudier. Dette innebærer både innhenting av samtykke og anonymisering av møtets deltagere. I tillegg innebærer den type feltarbeid som er gjennomført her at man får tilgang til informasjon om pasienter. Likevel ble ikke samtykke innhentet fra pasientene. Dette har blitt vurdert som forsvarlig av både REK, NSD og Personvernombudet ved det aktuelle sykehuset. Jeg har også beskrevet hvilke type datamateriale jeg satt igjen med etter datainnsamlingen, og hvilke analysemetoder jeg benyttet overfor dette. Avslutningsvis har jeg diskutert pålitelighet og generaliserbarhet i forbindelse med kvalitative studier. Innenfor kvalitative studier vil funnene i en viss grad være situasjonsavhengig. Samtidig innebærer ikke dette at funnene ikke kan tenkes å gjelde i lignende situasjoner.

4 Diagnosearbeid

De observerte møtene er et ekspertforum for diskusjon av sykdomstilfeller. Legene håndterer ofte tilfeller hvor diagnostisering er ekstra krevende. Mange av pasientene er videresendt fra andre steder i landet, nettopp fordi de er uvanlige eller vanskelige tilfeller. Dette kunne komme til uttrykk ved at andre behandlingsinstitusjoner, som for eksempel lokalsykehus, ikke hadde vært i stand til å diagnostisere pasientens plager. De vanskelige tilfellene tydeliggjorde hva slags arbeid som var involvert i å gi mening til de funnene legene hadde foran seg.

I dette kapittelet vil jeg vise *diagnosearbeidet* som var involvert i å komme frem til beslutninger om diagnose og behandling. Diagnosearbeid forstås som det arbeidet legene gjør knyttet til fortolkning, vurdering og diskusjon av bilder og funn. Diagnosearbeidet produserer beslutninger om pasientens diagnose og behandling og er et uttalt formål med møtene. Jeg vil skille mellom det diagnosearbeidet som ble gjort eksplisitt (4.1.) og det som foregikk implisitt (4.2). Det eksplisitte diagnosearbeidet innebar konkret diskusjon og beslutningstaking om hva som var galt med pasienten (4.1.1), hva som skulle gjøres (4.1.2) og hvem som skulle gjøre det (4.1.3). Det implisitte diagnosearbeidet innebar forhandling om mening (4.2.1), uttrykk for støtte til foreslåtte tolkninger og vurderinger (4.2.2) og generelle faglige diskusjoner (4.2.3). Jeg vil også diskutere hvordan både det eksplisitte og det implisitte arbeidet i møtene er del av legenes diagnosearbeid (4.3).

4.1 Eksplisitt arbeid

Det eksplisitte diagnosearbeidet innebærer produksjon av diagnose- og behandlingsbeslutninger. Jeg vil først beskrive hvordan legene kom frem til diagnoser. I denne delen av prosessen søker legene å finne svar på hva som er galt med pasienten. Dette innebærer beskrivelse og vurdering av bilder og prøveresultater. Deretter skildrer jeg hvordan legene sammen tok beslutninger om pasienters behandling; hva som skulle gjøres videre. I diskusjoner om behandling var det viktig for legene å komme frem til den behandlingen som var *riktig* for den aktuelle pasienten. Videre viser jeg hvordan legene etter at beslutningene var tatt, koordinerte seg frem til hvem som skulle gjøre hva. Synlig i alle delene av denne prosessen, var arbeidsdelingen mellom de ulike spesialitetene.

4.1.1 Diagnostisering og diagnosebeslutninger – hva er galt?

For å vite hvilken type behandling som var aktuell for en pasient, var det i første omgang nødvendig for legene å vite *hva* som var galt. En vesentlig del av det eksplisitte diagnosearbeidet, var derfor knyttet til fortolkning og vurdering av bilder og prøveresultater. Ved å klassifisere medisinske funn som en medisinsk diagnose, blir de også gitt mening. Diagnostisering var derfor en av aktivitetene som det ble brukt mye tid på i møtene.

I utdrag 1 arbeider legene i tumormøtet med å diagnostisere en pasient. I noen tilfeller, først og fremst i tumormøtene, hadde pasienten fått behandling *uten* at man hadde satt noen endelig diagnose. Dette skyldtes at avklaring av tumortype noen ganger krevde biopsi, altså innhenting av vevsprøver. Slike biopsier ble ofte gjort i forbindelse med et annet kirurgisk inngrep. Det er dette som er tilfellet i utdrag 1, der legene diskuterer hvilken type svulst pasienten har.

Utdrag 1

- 1 *Nevrokirurg:* Tenkte å vise den [pasienten] mens det er ferskt. Gutt som kom til oss i forrige uke.
2 Svimmelhet, kvalme og oppkast. Så ble han tatt til operasjon nå på mandag. Og jeg vet ikke om vi har
3 endelige tumorsvar?
- 4 *Patolog:* Ja, det er ikke helt klart, men jeg har sett på biopsien [vevsprøve]i dag, og det er et lavgradig
5 astrocytom⁵, cystisk⁶, men det tar jeg forbehold på, akkurat der.
- 6 *Nevrokirurg:* Det dette her viser er-- ikke sant, [er] at det er vanskelig å skille mellom tumor og vanlig
7 vev. Uvanlig vanskelig for et lavgradig astrocytom. Men [det] som er i venstre, hennes [sic] høyre
8 medialt [mot midten], det tror jeg er fjernet i stor grad. Men etter den cysten foran, så er det mer
9 kontrastoppladning i et [bilde]snitt eller to, så der må det være en rest.
- 10 *Nevroradiolog:* Det er det preoperative bildet. (*Nevrokirurg:* Ja.) To komponenter. Stor cystisk
11 komponent. Men [en] liten –sånn blåre-, så [en] hvit komponent. Så billedmessig er vevet cystisk, men
12 astrocytom.

Selv om pasienten allerede er behandlet, er ikke behandlingen ferdig. Det er derfor nødvendig å diskutere pasienten i møtet for å avklare hva slags svulsttype det er snakk om. Dette kan ha stor betydning for videre behandling og pasientens prognoser. Et interessant aspekt ved utdraget, er at det illustrerer hvordan tolkning av ulike typer data fordeler seg «naturlig» på de ulike spesialistene i diagnosearbeidet; nevrokirurgen beskriver det han har sett under operasjonen, patologen beskriver vevsprøvene og nevreradiologen beskriver bildene.

⁵ Lavgradig astrocytom: Astrocytom er en hjernesvulst bygd opp av astrocytter, som er en variant av hjernens binde- og støtteceller. At den er lavradig innebærer at den har et fredeligere preg eller forløp enn for eksempel høygradig.

⁶ En cyste er et blåreformet hulrom i vev eller et organ.

Gjennom å samle kunnskapen de ulike spesialistene besitter, kommer de slik fram til en diagnose. Slike tilfeller var vanlige i tumormøtet, der man oftere enn i vaskulærmøtene måtte samle vurderingene fra flere ulike spesialister for å komme frem til hva som var galt med pasienten. Arbeidsdelingen knyttet til spesialitetene var derfor både tydeligere og mer kompleks i disse møtene ved at flere ulike spesialister var involvert.

Ofte hadde pasientene som ble tatt frem i møtene allerede vært igjennom en eller annen form for behandling, enten ved dette sykehuset eller andre sykehus. Diagnose var i slike tilfeller stort sett avklart. Likevel tydet det at pasienten ble tatt opp på nytt, på at det fortsatt var et behov for å avklare hva som var status etter behandlingen. Utdrag 2 viser et eksempel på dette. Utdraget er fra et vaskulærmøte, der legene diskuterer en pasient som allerede er behandlet. Legene vurderer kontrollbildene for å finne ut hva som er tilstanden etter operasjonen og hva som eventuelt skal gjøres videre med dette.

Utdrag 2

- 1 *Nevroradiolog:* Dette er en som heter NN. Som er behandlet i september. Også var det gjort en kontroll.
2 Også må vel da spørsmålet være hva man skal gjøre videre da, med henne. Har et, ja, hun har altså fått
3 subduralt hematom⁷ ser vi. Hvorfor hun har det, kanskje kunne henge sammen med at hun har dren da
4 men-- ja, hun har vel det da, for det [er fra den] MR-kontrollen som var i desember. (*Nevrokirurg:*
5 Mhm) Og da hadde hun-- vi ser aneurisme⁸ her nede, det var altså (uklar tale) aneurisme med
6 lille grann sirkulasjon her basalt [fundamentalt]. Som antagelig var til stede umiddelbart etter
7 [behandlingen] og, for du ser det er litt sirkulasjon akkurat her da. Like etter [behandlingen]. Også har
8 jeg, tror jeg-- vi har lurt på hva grafene her oppe-- for du har en sånn en flekk som lyser opp her,
9 mens vi ser at det ender opp bak her. (...) Så har hun den der forbindelsen som stakk opp her da. Så
10 billedmessig ser det vel egentlig ganske greit ut, så vi anbefaler bare videre rutinekontroll med ny MR-
11 undersøkelse med angiografi et år etter behandling. (*Nevrokirurg:* Mhm.) Ja.
- 12 *Nevrokirurg:* Skal vi se henne, til høsten da, senhøsten?
- 13 *Nevroradiolog:* Ja, det var vel september hun var behandlet. Mhm. Det var [henne]. (Introduserer neste pasient)

Alt «ser ganske greit ut» og nevreradiologen foreslår en rutinekontroll. Tilfellet utløser ikke noen diskusjon blant tilhørerne og det stilles ingen spørsmål til nevreradiologens beskrivelse. Nevrokirurgen bekrefter nevreradiologens vurdering ved å komme med flere støttende «mhm» underveis (linje 5 og linje 11). Fremfor å stille spørsmål vedrørende beskrivelsen, stiller nevrokirurgen spørsmål om kontrollen kan gjøres på senhøsten (linje 12). Slik

⁷ Subduralt hematom: «blødning mellom hjernehinnene (meningene), med blodansamling som trykker på hjernen. Tilstanden kan bruke flere dager på å utvikle seg, og forekommer ikke helt sjelden hos pasienter med hodeskader. Det forekommer også etter lettere hodeskader, særlig hos barn og eldre. Blødningen er langsom og blir tilblandet væske fra de omgivende vev. Ansamlingen vokser langsomt, slik at hjernen til en viss grad kan tilpasse seg det økende trykket.»

⁸ Aneurisme er oftest betegnelse på en avgrenset utvidelse av en pulsåre eller en utbuktning av vegg.

aksepterer han nevreradiologens vurdering. Ettersom pasienten allerede er behandlet, er hun også diagnostisert. Det er ingen drastiske endringer som krever intervensjon og legene har fortsatt kontroll på *hva* det er som feiler pasienten. Det er dermed lite som kan diskuteres.

Utdrag 1 og 2 viste hvordan legene kunne komme frem til hva som var galt med pasienten. Mens tilfellet fra utdrag 1, viste hvordan dette ble gjort med pasienter som ikke var diagnostisert, illustrerte utdrag 2 hvordan legene også måtte avklare om og eventuelt hva som var galt med pasienter etter behandling. Slike tilfeller ble det brukt liten tid på i møtene. Likevel; det *ble* brukt tid på dem og det var stadig eksempler på dette i møtene. Møtene var sånn sett også en arena for å evaluere og diskutere effekten av den behandlingen som var gjort, og ut fra det vurdere hva som skulle gjøres videre. Dette er også en måte å avklare *hva* som er galt med pasienten. I utdrag 2 var legenes konklusjon at det ikke var grunn til å foreta seg noe mer enn oppfølgingskontroller, til tross for at nevreradiologen beskriver hvordan det har utviklet seg et subduralt hematom i hjernen. Å beslutte at det ikke skal foretas inngrep, er like fullt en beslutning. Dette bringer oss over til neste tema, nemlig hvordan legene fant ut hva som skulle gjøres med det som feilte pasienten.

4.1.2 Behandlingsbeslutninger - hva bør gjøres?

Etter at det var avklart hva som feilte pasienten, gikk legenes samtale over på hva som burde gjøres. Å komme frem til behandlingsbeslutninger for pasienter, var et av hovedpoengene med møtene. Selv om avklaring av diagnose var viktig for diagnosearbeidet, brukte legene ofte mer tid på å finne ut hva som var *riktig* å gjøre, enn hva som var galt.

Utdrag 3 er et lengre utdrag fra et tumormøte, der legene diskuterer en pasient. Pasienten er diagnostisert for flere år siden, men det har foreløpig ikke blitt gjort noen inngrep. Nyere prøveresultater viser at det er endringer, og legene diskuterer nå hva som bør gjøres i lys av dette.

Utdrag 3

- 1 *Barnekirurg*: Ja, [NN], som er altså en gutt med NF1⁹ som i august i 2011 fikk diagnostisert et
- 2 opticusgliom.¹⁰ Så har han da blitt fulgt med regelmessig MR-undersøkelser og var nå til MR [i]
- 3 desember. Det kan se ut som om det er vekst. Han har vært også til øyeundersøkelser som ikke klarer å

⁹ NF1, eller neurofibromatose, er en arvelig tilstand der godartede svulster har sitt opphav i celler som omgir nervecellene (Norsk forening for neurofibromatose 2012).

¹⁰ Opticus gliom: Nervus opticus er nerven som går fra sansecellene i øyets netthinne og til hjernen. Gliom er en svulst i sentralnervesystemet som utgår fra gliaceller, som er støtteceller for selve nervevevet.

- 4 finne sikker øyepatologi¹¹. Han følges da av øyeavdelingen i [by]. Jeg snakket med mor på telefonen i
5 forrige i uke, og hun sier at [alt] skal være greit.
- 6 *Nevroradiolog*: Ja. Det er bilde fra femte i tolvte som vi ser her med flere (utydelig tale) kontrast
7 sammenlignet med da fra mai. Det er jo veldig tydelig at denne her har vokst på de månedene da.
- 8 *Nevrokirurg*: Betydelig.
- 9 *Barnekirurgisk overlege*: Det er mer enn 25 %. Sa du noe om synet?
(...)
- 10 *Barnekirurg*: Ja, det skal visst være greit.
- 11 *Nevrokirurgisk professor*: Ja, er det [det] du kaller for øyepåvirkning? Da er det du mener at det
12 ikke er noe påviselig feil med synsapparatet?
- 13 *Barnekirurg*: Nei. Men jeg har ikke fått papirene fra øyeundersøkelsen i [lokalsykehus]. De skulle fakse
14 dem, men de har ikke kommet ennå.
- 15 *Nevrokirurg*: Ja, det er jo vesentlig. For vi gjør vel kontroll da, eller tiltak.
- 16 *Barnekirurg*: Ja, for det jeg tenkte var at vi eventuelt skulle starte kjemoterapi på han.
- 17 *Nevrokirurg*: Hvert fall hvis han har påvirkning.
- 18 *Barnekirurgisk overlege*: Ja. Da er det bare å si at den vokser. Indikasjonen etter protokollen er
19 jo klinikk¹² eller hvis det øker med 25 %. Og her har det i alle fall økt med minst 25 %.
(...)
- 20 *Barnekirurgisk overlege*: Er det noe dere vil gå inn å [operere]?
- 21 *Nevrokirurg*: Ja, altså vi kunne (utydelig tale)
- 22 *Nevrokirurgisk professor*: [Det er en] svulst som [en] kunne begynne å tenke på kirurgi, fordi den er så
23 skarpt avgrenset. (*Barnekirurgisk overlege*: Ja) Men kirurgi i synsbanen på noen som ser normalt. Det
24 er-
- 25 *Nevroradiolog*: Den er veldig distinkt.
- 26 *Barnekirurg*: Det er-- jeg tror han har synspåvirkning, men jeg tror ikke den har blitt dårligere.
- 27 *Nevrokirurgisk professor*: Men kan du [barnekirurg] ikke skjære gjennom da, og si at vi vil ha en
28 nøyaktig øyestatus og en ny MR om tre måneder da?
- 29 *Barnekirurg*: Ja, det ser jeg ikke noe i veien for.
- 30 *Barnekirurgisk overlege*: Også bestråle.
- 31 *Nevrokirurgisk professor*: Får være-- er det proaktiv, er det det det heter så fint nå?

Legene er enige om at det er tydelige tegn på vekst, og protokollen tilsier at man da skal behandle. Spørsmålet er hva som er best å gjøre. Ettersom svulsten er skarpt avgrenset, er kirurgi en mulighet (Linje 20-22). Imidlertid mener professoren at dette vil innebære

¹¹ Patologi viser til sykdom. I dette tilfellet er det antageligvis snakk om å påvise sykdom på øyet.

¹² Klinikk: Legene brukte ofte dette til å referere til kliniske funn og endringer hos pasientene.

unødvendig risiko for å skade synet til en pasient som foreløpig ser fint (Linje 23). Det vil derfor ikke være *riktig* behandling. Løsningen blir å kreve nye øyeundersøkelser fra lokalsykehuset og vurdere kontrollbilder om tre måneder, samtidig som man starter med strålebehandling. Slik forhandler legene seg frem til en løsning: Stråling er en type behandling legene kan sette i gang med uten å risikere synet til pasienten, samtidig som de er «proaktive» og følger protokollen. På den ene siden er det viktig for legene å gjøre *noe*, men dette noe må ikke føre til forverring for pasienten. Behandling som kan føre til unødvendig forverring hos pasienten, er ikke riktig behandling.

En avgjørende vurderingsfaktor som gikk igjen i møtene, var hvorvidt behandlingen ville tilføre pasienten nye plager, slik utdrag 3 viste. Dersom et inngrep potensielt kunne føre til forverring i livskvalitet hos pasienten, uten å kunne forsvares med behandlingseffekt, var legene tilbakeholdne med å gjennomføre inngrepet. Dette er temaet også i utdrag 4. Utdraget er fra et tumormøte der legene snakker om en pasient som har vært behandlet gjentatte ganger for hjernesvulst. Pasienten har hittil hatt god effekt av behandling, men kreften blir stadig mer aggressiv og nå diskuterer legene hvorvidt man bør avslutte behandlingen.

Utdrag 4

- 1 *Nevrokirurg:* Men du ser-- det begynner å vokse inn i [hjerne]stammen vettu, så det er litt sånn
2 (*Stråleonkolog:* Ja.) Det blir-- det blir jo som (uklar tale) får ta reseksjon [operativ fjerning av organ]
3 uansett.
- 4 *Stråleonkolog:* Ikke sikkert-- ja, for meg er jo du-- respekterer at du sier nei til det altså.
- 5 *Nevrokirurg:* Ja, ikke sant. Jeg er nesten-- dette blir, ja, det er litt på kanten.
- 6 *Nevrokirurgisk professor:* Det der måtte vel vært en unge og en lavgradig tumor for at vi skulle gått på
7 den der.
- 8 *Stråleonkolog:* Ja. Jeg synes det er-- jeg oppfatter det som en grei konklusjon det altså.
- 9 *Nevrokirurgisk professor:* Hun blir funksjonelt dårligere og sjansen for å vinne noe på det er alt for
10 dårlig i forhold til risiko.
- 11 *Stråleonkolog:* Ja, du kan tape mye på det.
- 12 *Nevrokirurg:* Se, forrige gang så var det knapt et halvt år mellom operasjonene og nå er det gått et
13 halvt år til også sitter vi her igjen, ikke sant.
- 14 *Stråleonkolog:* Ja, vi-
- 15 *Nevrokirurg:* Vi kan ikke.

I utdraget beslutter legene at behandling av kvinnen ikke lenger er et alternativ. Svulsten har vokst inn i hjernestammen, et sted som kontrollerer pust og blodtrykk. Dette gjør operasjon

svært risikabelt. I tillegg har svulsten begynt å vokse fortere enn hva den tidligere har gjort. En operasjon vil med andre ord sette vitale funksjoner på spill, samtidig som svulsten antageligvis vil være raskt tilbake igjen. Det er derfor lite å hente på det «i forhold til risiko» (linje 10).

Diskusjonen i utdrag 4 viser også hvordan legene noen ganger snakket om den vanskelige beslutningen om å avslutte livsforlengende behandling. I første del av utdraget fullfører verken stråleoncologen eller nevrokirurgen setningene sine (linje 1-5). Likevel skjønner de begge hvor den andre vil og støtter hverandre i dette med bekreftende kommentarer. Den første som ekspliserer en utelukkning av operasjon, er den nevrokirurgiske professoren. Dette gjør han ved å påpeke at dette skulle vært «en unge og lavgradig tumor» for at man skulle gått for operasjon (linje 7).

4.1.3 Koordinering - hvem skal gjøre hva?

De foregående delkapitlene har vist diagnostisering og beslutningstaking vedrørende behandling. Men møtene hadde også en mer praktisk funksjon, knyttet til å avklare hvem som skulle gjøre hva i den videre oppfølgingen av pasienten. Slik koordinering var en del av diagnosearbeidet som foregikk i møtene. Den praktiske koordineringen startet som regel etter at diagnose var satt og behandlingsbeslutning tatt.

Utdrag 5 er fra et tumormøte. Pasienten det snakkes om, er et barn som har vært til behandling for kreft over lengre tid. Nå har han begynt å miste førligheten i bena. Legene enes om at gutten bør tas inn til sykehuset for behandling så fort som mulig.

Utdrag 5

- 1 *Barnekirurg:* Men det vil si at han må tas inn da, så fort som mulig?
- 2 *Nevrokirurgisk professor:* Ja. Jeg synes jo det.
- 3 *Barnekirurg:* Hos dere eller hos oss?
- 4 *Nevrokirurgisk professor:* Hos dere. Og hvis dere ikke kan ta han inn, så tar vi han inn.
- 5 *Barnekirurg:* Nei, vi kan ikke ta han inn for det er helt fullt hos oss, for vi kjører kur [behandling] gjennom jula også.
- 6
- 7 *Nevrokirurg:* Å ja. Det er vel ikke noe å begynne med på juleaften.

Utdraget sier noe om håndtering av ressurser og hastegrad ved å vise hvordan møtene åpner for «sjonglering» av pasienter og behandling på tvers av avdelinger. Pasienten bør tas inn så

raskt som mulig. Det ideelle ville være å ta inn pasienten, som er et barn, på barnekirurgisk avdeling. Her er det imidlertid så fullt at hvis man skal få inn pasienten så fort man ønsker, må han legges inn på nevrokirurgisk avdeling. Dersom barnekirurgisk avdeling alene skulle tatt beslutningen vedrørende dette tilfellet, ville pasienten måtte vente lenger på å få satt i gang behandlingen. At legene samles for å diskutere det aktuelle tilfellet åpner for at pasienten kan legges inn på en annen avdeling.

En annen form for koordinering som foregikk i møtene, var koordinering av hvilken informasjon som ble videreformidlet til pasienten, og eventuelt pårørende. I utdrag 6 fortsetter diskusjonen vedrørende pasienten fra utdrag 4, der legene ble enige om å avslutte behandlingen til en kvinnelig pasient som gjentatte ganger hadde blitt behandlet for hjernesvulst. Det legene diskuterer i utdrag 6, er hvordan denne beslutningen skal videreformidles til pasienten.

Utdrag 6

- 1 *Nevrokirurg:* Ja, hvem skal fortelle til pasienten at vi ikke skal-
- 2 *Stråleonkolog:* Det er jo [lokalsykehuset] som følger henne da. Så jeg har skrevet et brev til
- 3 [lokalsykehuset] og.
- 4 *Nevrokirurg:* Jeg kan skrive notat herfra også sende direkte til [lokalsykehuset], hvis du vil.
- 5 *Nevrokirurgisk professor:* Hvis hun har det noenlunde klinisk [bra] så er det veldig viktig at hun får lov
- 6 å ha det noenlunde klinisk-- Siden det er mulig. (*Stråleonkolog:* Ja.)
- 7 *Nevrokirurg:* Jeg [tenker at] siden patologene sier at det er nærmest glioblastom¹³ så-
- 8 *Patolog:* Nærmest glioblastom. Det er bare formelt at ikke vi kunne kalle det det.
- 9 *Stråleonkolog:* Da synes jeg vi kan ta med det. Også bare henvise til mitt notat som er-- som jeg har
- 10 signert. (*Nevrokirurg:* Ja.)

Legene gjør et poeng ut av å vise både til onkologens vurdering om at de ikke kan gjøre noe mer, kirurgenes beslutning om at en operasjon bare vil gjøre vondt verre samt patologens vurdering av tumoren som nærmest et glioblastom. Det at flere ulike spesialister peker i samme retning er slik med på å støtte oppunder en vanskelig avgjørelse; å avslutte livsforlengende behandling. Et overordnet mål med å koordinere hvilken informasjon som gis pasienten, er å videreformidle at beslutningen er tatt i et medisinsk flerfaglig forum, og at beslutningen hviler på flere spesialisters vurdering.

¹³ Meget ondartet kreftsvulst som utgår fra gliaceller i hjernen. Det registreres knapt 300 nye tilfeller per år i Norge.

4.2 Implisitt arbeid

Til nå har jeg vist hvordan det eksplisitte diagnosearbeidet i noen flerfaglige medisinske møter, knyttet til beslutninger om diagnose, behandling og koordinering av oppfølging kunne foregå. Dette arbeidet er et uttalt formål med møtene. Men det foregikk også noe *mer*. Det implisitte diagnosearbeidet viser til det som foregikk i tillegg til det eksplisitte diagnosearbeidet. Dette skjer i tilknytning til det eksplisitte arbeidet knyttet til diagnose og behandling, og muliggjør dette. Jeg vil først beskrive den meningsforhandlingen som foregår i tilknytning til de sykdomstilfellene der det var spesielt vanskelig å avklare diagnose og behandling. Deretter vil jeg vise hvordan møtene, i forbindelse med dette, åpnet for å uttrykke støtte til foreslåtte tolkninger og vurderinger. I tillegg var møtene en arena der legene kunne avklare faglige uenigheter og oppdatere hverandre innenfor det medisinske fagområdet gjennom generelle fagdiskusjoner.

4.2.1 Usikre og vanskelige tilfeller

I tilfellene der det ikke var enkelt å avgjøre diagnose, ble det brukt mye tid på diskusjon. Arbeidet med de svært vanskelige og usikre tilfellene kunne også vært kategorisert som eksplisitt arbeid, ettersom dette er en del av prosessen med å produsere diagnose- og behandlingsbeslutninger. Jeg har likevel valgt å kategorisere det som implisitt, fordi det er legenes arbeid med å gi mening til funn de ikke forstår jeg er opptatt av i denne delen. Dette kan sees som en form for forhandling, der legene lanserer ulike muligheter.

Dette er tilfellet i utdrag 7. I utdraget, som er fra et tumormøte, diskuterer legene hva som feiler en pasient. Pasienten har mange diffuse symptomer. Bilder og prøveresultater viser heller ingen sikre funn og legene er derfor usikre på hva dette kan være. Flere alternativer lanseres.

Utdrag 7

- 1 *Nevrokirurgisk professor:* Men bildet ser jo ikke ut som om hun har vondt i hodet. (Nevroradiolog og
- 2 barnekirurgisk overlege: Nei.) Ikke sånn hodepine som vi interesserer oss spesielt mye for.
(...)
- 3 *Stråleoncolog:* Har du en ide om hva det kan være for noe, [nevradiolog]?
- 4 *Nevroradiolog:* Har ikke forandret seg på et år, ja, halvannet år. Så [det] må være en lavgradig prosess.
- 5 Så vi kan se første bilder-
- 6 *Nevrokirurgisk professor:* Hva med multippel sklerose?

7 *Nevroradiolog:* Eh (mumler for seg selv). Få se, ikke hit (fikler med bildene).

8 *Nevrokirurgisk professor:* Det var et ekkelt spørsmål? Eller?

9 *Nevroradiolog:* Skal vi se. Dette var første bildet.

10 *Nevrokirurgisk professor:* Eller dumt spørsmål? (noen ler)

11 *Nevroradiolog:* Juli 2012. Se. Ganske sentralt, (utydelig tale) plakk pleier å være litt mer sånn
12 eksentrisk og salt.¹⁴

13 *Nevrokirurgisk professor:* Jojo.

14 *Barnekirurgisk overlege:* Ja. Nei, den har jo-

15 *Nevrokirurgisk professor:* Men hvis det ikke er det, og-- hva passer det best med da? En
16 svulstsykdom?

17 *Nevroradiolog:* Skal vi se. Tumor kan vi ikke utelukke, en lavgradig tumor. En intraventrikkulær¹⁵.
18 Eeh.. Den har ikke forandret seg siden juli.

19 *Nevrokirurgisk professor:* Men det er vel en svulstsykdom. (Barnekirurgisk professor: Ja.) Den greia
20 oppå (utydelig tale) overflaten da? Har den kommet nå siden forrige gang?

21 *Nevroradiolog:* Nei, den var også første gang.

22 *Nevrokirurgisk professor:* Den har vært der hele tiden?

23 *Barnekirurgisk professor:* Alt har vært der hele tiden.

24 *Nevroradiolog:* Jeg tror det er det som vi ser-

25 *Nevrokirurgisk professor:* Det passer ikke så godt med MS?

26 *Nevroradiolog:* Det er mer tilfeldig funn. Det som vi ser er ikke typisk for MS i det hele tatt.
(...)

27 *Nevrokirurgisk professor:* På nest siste bilde, var det juli 12? (Nevroradiolog: Ja) Okei. Så det blir
28 tettere og tettere? Nei?

29 *Barnekirurgisk overlege:* Nei, det er et halvt år. Også er det første bildet tatt i juni 12. Også ble det
30 tatt da hver tredje måned utover i 12. Og [det er] helt uforandret. (Nevrokirurgisk professor: Ja.)
31 (Ramser opp datoene for når bildene er tatt) Altså et halvt-- hver tredje måned høsten 12. Også gikk det
32 et halvt år da frem til mai nå.

33 *Nevrokirurgisk professor:* Men egentlig så har de jo ikke skjedd-

34 *Barnekirurgisk overlege:* Det har ikke skjedd noen ting på et og et halvt år.

35 *Nevrokirurgisk professor:* Nei. Da må det gå et år til neste gang, eller så blir alle gærne. (Barnekirurgisk
36 overlege: Ja.) Men noen må jo skrive at vi er veldig usikre på hva dette er. (Barnekirurgisk professor:
37 Ja.) Det er ingen tegn til progresjon.

Utdraget viser hvordan det lanseres forslag som avvises eller bekreftes. Legene er innom flere alternativer for hva som kan være galt med pasienten. Dette inkluderer om det i det hele tatt er noe som er aktuelt for nettopp disse legene; det ser ikke ut som den type hodepine de

¹⁴ «Eksentrisk og salt» beskriver antageligvis hvordan ulike stoffer oppfører seg eller vises på bildene.

¹⁵ Interventrikulært betyr innenfor ventriklene i hjernen.

interesserer seg for (linje 1-2). Likevel fortsetter de å diskutere tilfellet og prøver å tyde bildene. De utelukker MS og lander på at det antageligvis er en form for lavgradig tumor, uten at de er sikre på akkurat hva slags type det er. Det de *er* sikre på, er at det som vises på bildene ikke har endret seg på halvannet år. Dette virker også å være den avgjørende faktoren som gjør at legene kan ta en beslutning om at det ikke er indikasjoner for å gjøre noen inngrep. Legene lander derfor på å ta et nytt kontrollbilde, men ikke før om et år. Den mest relevante informasjonen for å ta en beslutning i dette tilfellet, blir med andre ord manglende endringer eller forverringer ved pasientens bilder, fremfor sikker diagnostisering. Legene forhandler seg frem til at annen informasjon enn selve diagnosen er mest relevant. Slik kommer de frem til en plan for pasienten, der man uten noen klar diagnose fortsatt følger opp.

I andre vanskelige tilfeller innebar forhandlingsarbeidet lansering av alternative diagnoser. I utdrag 8, som er fra et tumormøte, sliter legene med å få diagnostisert en pasient. Pasienten er tidligere diagnostisert, men nye funn stemmer ikke overens med denne diagnosen. Funnene er «atypiske» og legene har brukt mye av tiden på å sammenligne pasienten med lignende tilfeller.

Utdrag 8

- 1 *Nevrokirurgisk professor:* Det som er litt atypisk er jo at det er noe på andre sida også.
- 2 *Nevrokirurg:* Ja, det er sant og det vil si-
- 3 *Nevrokirurgisk professor:* Sannsynligvis. Det ser jo sånn ut. Hvis ikke det er kar eller-
- 4 *Nevrokirurg:* Hvis ikke det er noe annet, ja.
- 5 *Barnekirurgisk overlege:* Det blir spennende å se da. Vi får se det på det neste bildet om det forandrer
- 6 seg da så.
- 7 *Nevroradiolog:* Det er så-- på de preoperative bildene-- at det er-- disse to små får signaloppladning.
- 8 *Stråleoncolog:* Men var de i kontinuitet [nevrokirurg] eller var det--
- 9 *Nevrokirurg:* Ja, det var visst det. Så vi har brukt for det meste midtlinjen [midten av hjernen], men som
- 10 sagt, det var ganske stor forskjell på det som var i midtlinjen og da vi kom inn i cysten. Inspiserte rundt
- 11 i cysten så var det [en] helt annen type vev.
- 12 *Nevrokirurgisk professor:* Men hvis man ser på dette nærmest som en midtlinjetumor med en blære ut i
- 13 høyre cerebellum [lillehjernen], så er det ikke så rart. Som å fremstille det som om at det er en tumor i
- 14 høyre cerebellum og en annen i venstre. Ikke sant, mesteparten av det som er histologisk tumorvev,
- 15 ligger jo forholdsvis nær opp til hverandre.

Legene er usikre på hva de har med å gjøre, ettersom det de har sett er «atypisk» for den type

svulst de i utgangspunktet hadde diagnostisert pasienten med. I tillegg er de usikre på om det de ser på bildene faktisk er svulst, eller om det er noe annet (linje 3-4). Det man har sett under operasjonen er også tvetydig; det er stor forskjell på vevet ved «midtlinjen» og inne i cysten. Den nevrokirurgiske professoren lanserer imidlertid en alternativ diagnose som kan gi mening til de tvetydige funnene. Dersom man heller ser på svulsten som en «midtlinjetumor», så er det ikke «så rart» (linje 12-13). Denne alternative tolkningen gjør det lettere å forstå hvorfor svulsten ser ut som den gjør. En annen del av det implisitte diagnosearbeidet, som ofte kunne relateres til de vanskelige tilfellene, var hvordan legene i møtene kunne gi uttrykk for bekreftelse og støtte, for eksempel til slike alternative tolkninger.

4.2.2 Bekreftelse og støtte

Legenes uttrykk for støtte til tolkninger, forslag og beslutninger som ble lagt frem i gruppen har jeg definert som en del av det implisitte diagnosearbeidet. Støtte og bekreftelse var spesielt tydelig i de tilfellene der diagnostisering var vanskelig og der beslutningene som ble tatt, var tøffe. Å gi og motta bekreftelse på beslutninger vedrørende vanskelige diagnose- og behandlingsbeslutninger, kan sees som en måte å bygge oppunder disse beslutningene på.

En type situasjon der legene uttrykte støtte til hverandres tolkninger, var når det gjaldt uklare funn. I utdrag 9 diskuterer legene i tumormøtet en pasient med diffuse symptomer. Man har tatt bilder på grunn av disse diffuse plagene hos pasienten, og funnet *noe* på bildene, men vet ikke hva dette er. Pasienten har blitt kontrollert over lengre tid av lokalsykehuset.

Utdrag 9

- 1 *Nevrokirurgisk professor:* Hva sier du om ADEM¹⁶ og sånn da? Kan det sitte nede i medulla
 - 2 [ryggraden] og?
 - 3 *Nevroradiolog:* Det kan. Altså, dette har ikke forandret seg på halvannet år.
 - 4 *Nevrokirurgisk professor:* Men de pleier jo å lade opp. Også pleier de vel å komme og gå.
 - 5 *Nevroradiolog:* Ja, de kommer og går. Altså, det pleier å forsvinne. (*Barnekirurgisk overlege:* Ja.) Det
 - 6 er ikke ADEM.
 - 7 *Onkolog:* Nei.
- (Stille)

¹⁶ Akutt disseminert encefalomyelitt: ADEM er en tilstand karakterisert ved betennelse og skade på myelinskjeder i hjernen (encefalon) og ryggmargen. At tilstanden er disseminert, betyr at den er utbredt og kan gi symptomer og tegn mange steder i kroppen (Norsk Helseinformatikk 2014)

- 8 *Nevrokirurgisk professor:* Nei, men det er jo en god nyhet at det er ingen tegn til progresjon og at
9 symptomene er ikke så voldsomme.
- 10 *Barnekirurgisk overlege:* Nei.
- 11 *Nevrokirurgisk professor:* Så må man leve med-
- 12 *Stråleoncolog:* Vi kan ikke gremme oss over det.
- 13 *Barnekirurgisk overlege:* Nei. Men mangler som sagt, altså, hun var til klinisk kontroll i ultimo
14 september, men jeg fant ikke noe. Det ligger vel antagelig inne en sånn scanningbunke. Ok. Men, sier vi
15 det? Ny MR om et år. Og følger klinisk. Vi har ikke noe-- fortsatt ikke noen god forklaring på hva dette
16 her er. (Introduserer neste pasient)

Prøveresultater og bilder viser ikke entydige tegn på sykdom. Det legene forsøker å komme frem til, er om pasienten i det hele tatt har noe som kan eller bør behandles. Fortolkningen i dette tilfellet er faktisk at de ikke greier å fortolke de dataene de har. Ved å gjøre dette i fellesskap, får legene en bekreftelse på at dataene ikke bare er noe enkelte av dem ikke klarer å tolke; det gjelder alle. Deretter følger utsagnet om at man «ikke kan gremme seg» over at man ikke finner noen å gripe inn overfor (Linje 12). Slik støtter legene hverandre i at den manglende diagnostiseringen ikke er noe problem i seg selv, ettersom de enes om at bildene ikke peker i retning av noe man må gjøre noe med. Samtidig er utdraget nok eksempel på at legene forhandler om mening til funn som ikke er entydige, slik vi så i 4.2.1.

En annen type situasjon der legene uttrykte støtte til hverandre, var angående beslutninger som var tøffe på grunn av hva det innebar av konsekvenser for pasienten. Utdrag 10 illustrerer dette. Utdraget er avslutningen på en lengre diskusjon mellom legene, vedrørende om de skal avslutte livsforlengende behandling. Pasienten har vært til behandling på sykehuset over lengre tid.

Utdrag 10

- 1 *Stråleoncolog:* [Vi] er enige om at vi ikke tilbyr noe tumorretta eller kjemoterapi (*Nevrokirurg:* Ja,
2 okei.) Vi har gitt mer enn de fleste.

Stråleoncologen avslutter diskusjonen med en påminnelse om hvordan legene «har gitt mer enn de fleste». Møtene åpner for at legene kan motta og gi slike påminnelser i tilfeller der man må ta en tøff beslutning om at man skal avslutte behandling. Det er antageligvis også lettere å stå støtt i de situasjonene der man vet at et liv ikke kan reddes, når man kan gjøre det sammen med andre.

4.2.3 Fagdiskusjoner – svar på generelle medisinske spørsmål

Møtene var et *fagforum* for diskusjoner knyttet til diagnostisering og behandling av pasienter. Det var dermed ikke unaturlig at det flere ganger oppstod mer generelle medisinske diskusjoner, i tillegg til diskusjonene som var knyttet til enkeltpasienter. At legene er oppdatert innenfor det medisinske faget, er viktig både for gruppens og den enkelte leges evne til å ta beslutninger om pasienters diagnose og behandling. Fagdiskusjonene koordinerer og samkjører kunnskapen mellom legene. De faglige diskusjonene har jeg kategorisert som en implisitt del av diagnosearbeidet i møtene, ettersom de ikke er en del av det uttalte formålet med møtene.

Diagnosemanualer oppdateres og endrer seg. Fagdiskusjonene kunne være faglige oppdateringer knyttet til diagnosekategoriene i seg selv. Utdrag 11 illustrerer nettopp dette. Her går diskusjonen vedrørende en pasient i et tumormøte over til en mer generell diskusjon om definisjoner av ulike typer hjernesvulst.

Utdrag 11

- 1 *Nevrokirurgisk professor:* Men du som er fra patologen? (*Patolog:* Ja?) Er den grad tre eller er den grad
2 fire?
- 3 *Patolog:* Det er en grad tre.
- 4 *Nevrokirurg:* Tre. Oligodendrogliom¹⁷ blir aldri grad fire.
- 5 *Patolog:* Ja.
 (...)
- 6 *Nevrokirurgisk professor:* Oligodendrogliom grad fire, det kalles nå for glioblastom?
 (humring)
- 7 *Stråleonkolog:* Jo, det er jo-- det er det.
- 8 *Patolog:* Den kommer til å forbli en grad tre da.
 (latter)
- 9 *Nevrokirurgisk professor:* Det ble forandret i 2007 eller 2008 eller når det var.
- 10 *Stråleonkolog:* Men da har-- har man brukt oligodendrogliom grad fire før?
- 11 *Nevrokirurgisk professor:* Ja.
- 12 *Stråleonkolog:* Å ja, det var ikke jeg klar over.
- 13 *Patolog:* Nei da, og så ble det gjort-

¹⁷ Ondartet bindevevssvulst i hjernen.

- 14 *Nevrokirurg2*: Er det det vi nå kaller glioblastom med (uklar tale) komponent eller?
15 *Patolog*: Nei, det blir en annen ting. (...) Så vi venter spent på neste gliomdefinisjon!

Den nevrokirurgiske professoren spør patologen om pasientens svulst er grad tre eller fire. Nevrokirurgens kommentar om hvordan denne tumortypen, oligodendrogliom, aldri blir grad fire (linje 4), er det som utløser den mer generelle diskusjonen om diagnosekriteriene. Patologen bekrefter at nevrokirurgens utsagn er riktig, og professoren stiller deretter spørsmålet om hvorvidt dette *nå* kalles for noe annet; glioblastom (linje 6). Utdraget viser hvordan møtene gir legene mulighet til å oppklare misforståelser om diagnoser og slik bli oppdatert på den nyeste faglige kunnskapen. De oppklarer overfor hverandre hvordan definisjonene av de ulike tumorene har endret seg over tid og venter til og med spent på hva som blir de neste endringene (linje 15).

En annen form for generelle fagdiskusjoner i møtene, var det å knytte det aktuelle sykdomstilfellet til prognostiske erfaringer med lignende tilfeller. Det er dette som foregår i utdrag 12. Utdraget starter med at patologen forteller at han er usikker på en del av pasientens sykdom.

Utdrag 12

- 1 *Patolog*: Det er jo dette ganglionet [ansamling med nerveceller] som er det viktigste sånn prognostisk.
2 Men det var bare så utrolig-- Jeg føler meg helt trygg på at det er en ganglion Det er den
3 [andre] denetkomponenten jeg er usikker på, om det er noe-- om det bare-
- 4 *Nevrokirurgisk professor*: Ja, men hva gjør det, [patolog]? Er det mer alvorlig med ganglion enn
5 denet¹⁸?
- 6 *Patolog*: Ja.
- 7 *Nevrokirurgisk professor*: Det er ikke det på unger.
- 8 *Patolog*: Ikke for-
- 9 *Nevrokirurgisk professor*: Ikke på de ungene-
- 10 *Patolog*: Ikke veldig alvorlig, men det står jo på de publikasjonen at ganglionene en sjelden gang
11 blir maligne, men det blir denet aldri. (*Nevrokirurgisk professor*: Nei.) Men det er jo bare
12 nyanseforskjeller.
- 13 *Nevrokirurgisk professor*: (...) for det går jo bra med alle sammen.

¹⁸ Denet har jeg ikke klart å finne ut hva betyr. Dette kan skyldes at det er en uformell forkortelse brukt av legene, som ikke står i noen medisinsk ordbok. Det kan også hende at kvaliteten på lydopptakene er dårlig og at det er feil i transkripsjonene. Uansett har det ingen implikasjoner for innholdet i mine tolkninger av utdraget, ettersom poenget med utdraget er å vise at legene diskuterer tumortyper og prognoser.

Til patologens kommentar om at han ikke er helt sikker på hva den ene av svulstene skal defineres som, stiller nevrokirurgen spørsmål om dette i det hele tatt spiller noen rolle (linje 4). Dette utløser en mer generell samtale om prognoseforskjeller og hvorvidt de to ulike diagnosene faktisk spiller noen rolle for dette så lenge pasienten er et barn. Patologen støtter seg etter hvert til professorens vurdering av dette som kun en «nyanseforskjell».

En tredje eksempel på hvordan legenes samtaler kunne gå over til mer generelle, medisinske fagdiskusjoner, var ved at legene trakk paralleller til andre lignende tilfeller. Gjennom å sammenligne med lignende tilfeller og deres utfall, ga legene også uttrykk for hvorvidt tilfellet de nå hadde foran seg var typisk eller ikke, og hva man kunne forvente ut fra dette. I utdrag 13 trekker den nevrokirurgiske professoren frem erfaring under diskusjonen av en pasient som legene har behandlet over lang tid og som de kjenner godt.

Utdrag 13

1 *Nevrokirurgisk professor:* Jojo, men det som er-- det som er erfaringen våre på disse her sånn, hvor
2 dette drar på og tar livet av dem, det er at residivene [gjenvekst] kommer tettere og tettere i tid, altså. Og
3 så til slutt så sier vi at vi kan jo ikke drive å operere dem med en måneds mellomrom. Men det har jo
4 ikke gjort det på henne. (Nevrokirurg: Nei-) Det har vært et par runder i året, og det har lissom vært i
5 mange år nå altså. (Nevrokirurg: Ja.) Sånn at sånn sett så taler ikke det for at dette har blitt så veldig
6 mye mer aggressivt, selv om at man sikkert kan se det på sånne karakteristika som [patologen] forteller
7 oss da.

Professoren beskriver først hva som er hans erfaring med denne type svulstsykdom, nemlig at svulstene kommer tilbake med tettere og tettere mellomrom, som så gjør det umulig å operere (linje 1-3). Deretter påpeker han hvordan dette ikke har vært tilfellet med nettopp denne pasienten (linje 4-5). Dette brukes som argument for at pasientens sykdom ikke nødvendigvis er spesielt aggressiv til å være den typen den er, selv om den har endret seg ut fra patologens «karakteristika». Ved å sammenligne med andre lignende tilfeller, minner legene hverandre både om hva som er normalt for denne type diagnoser, og hva som er normalt, eller unormalt, ved dette tilfellet. Dersom noe er unormalt, slik som med pasienten i utdrag 13, gjelder ikke lenger nødvendigvis de forventningene som er vanlige i slike tilfeller.

4.3 Om sammenhengen mellom det eksplisitte og det implisitte

Jeg har i dette kapittelet skilt mellom det arbeidet som foregår eksplisitt og det som foregår implisitt i de observerte flerfaglige medisinske møtene. Det eksplisitte arbeidet, som innebærer produksjon av diagnose- og behandlingsbeslutninger, er et hovedformål med møtene. Gjennom tolkning og vurdering, kommer legene frem til hva som feiler pasientene, hva som skal gjøres med dette og hvem som skal gjøre det. Denne medisinske problemløsningen og beslutningstakingen gjøres i fellesskap. Dette arbeidet *skal* foregå i møtene. Det er det som er formålet. Det som gjøres i denne sammenhengen kan med andre ord ses som selvfølgelig. Nettopp derfor mener jeg det er viktig å vise hvordan dette faktisk gjøres av legene, slik jeg har gjort i dette kapittelet.

Dette eksplisitte arbeidet er ikke det eneste arbeidet som gjøres i møtene. Diagnosearbeid foregår også implisitt. Arbeidet er ikke implisitt i betydningen uttalt. Det er implisitt ved at det ikke er et uttalt formål med møtene i seg selv, og heller ikke en direkte måte å komme frem til beslutninger om pasientenes diagnose og behandling. Det implisitte arbeidet inkluderer å gi mening til vanskelige medisinske funn, legenes uttrykk for bekreftelse og støtte til hverandres vurderinger samt generelle fagdiskusjoner. Det implisitte og eksplisitte arbeidet henger nært sammen, og kan bare analytisk skilles fra hverandre. Dette er tydeligst når det gjelder det implisitte arbeidet i forbindelse med spesielt vanskelige tilfeller. Dette arbeidet er også en del av diagnostiseringsprosessen. Jeg har likevel definert det som implisitt, for å få frem hvordan legene forhandler frem mening gjennom alternative tolkninger og lansering av forskjellige forklaringer på det de ikke forstår.

Gjennom å være en arena for fagdiskusjoner vedrørende vanskelige pasienttilfeller, åpner møtene også for at legene kan diskutere mer generelle medisinske spørsmål. Slik støtter legene implisitt oppunder og viderefører hva som er normalt og unormalt for en spesifikk diagnose. Dette har blitt illustrert gjennom hvordan legene i møtene oppdaterer hverandre innenfor endringer i diagnosekategoriene, oppklarer ulikheter i prognoser ved ulike typer diagnoser og henter frem erfaring med lignende tilfeller. Gjennom å diskutere diagnosekriterier og erfaring med lignende tilfeller, kan legene videreformidle kunnskap og opprettholde forventninger til diagnoser og prognoser.

De flerfaglige medisinske møtene åpner også for at legene kan gi og motta bekreftelse og støtte både når det gjelder tolkninger av prøveresultater og beslutninger vedrørende pasienter. Bekreftelse og støtte er en måte for legene å bygge oppunder diagnosene som settes og beslutningene som tas. Dette kan også styrke beslutningene som tas, gjennom at det hviler på flere legers vurdering, og det kan gjøre det lettere å ta tøffe beslutninger, som for eksempel avslutning av behandling. Som tidligere nevnt er kontekst avgjørende for hva i en situasjon som defineres som arbeid. Det implisitte arbeidet bygger oppunder og støtter det eksplisitte arbeidet, samtidig som det er del av det. Sammen utgjør de legenes diagnosearbeid i flerfaglige medisinske møter.

4.4 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg pekt på ulike elementer ved diagnosearbeidet som foregår i flerfaglige medisinske møter. Jeg har skilt mellom det eksplisitte og implisitte diagnosearbeidet.

Det eksplisitte diagnosearbeidet er et uttalt formål ved de flerfaglige medisinske møtene og inkluderer 1) diagnostisering, 2) behandlingsbeslutninger og 3) koordinering. Diagnostisering innebærer å avklare hva som feiler pasienten. For å komme frem til dette, tolker, vurderer og diskuterer legene bilder og prøveresultater. Når legene har avgjort hva slags type sykdom de har foran seg, tar de beslutninger vedrørende behandling. Det er viktig for legene å komme frem til en *riktig* beslutning, nemlig det som er best for pasienten. Behandlingsbeslutninger baserer seg på diagnosen, prognoser ut fra denne, effekt av tidligere behandling og hva som er best for pasientens livskvalitet. Diagnose- og behandlingsbeslutninger besvarer spørsmålene om hva som er galt med pasienten og hva som skal gjøres. Møtene er videre en arena for å koordinere beslutningene som tas om diagnose og behandling. Gjennom koordinering i møtene, kommer legene frem til hvem som skal gjøre hva med disse beslutningene. Koordinering av behandling og informasjon foregår på tvers av avdelinger, spesialiteter og sykehus.

Det implisitte diagnosearbeidet springer ut av og støtter oppunder det eksplisitte diagnosearbeidet. Det implisitte diagnosearbeidet er ikke et uttalt formål ved møtene. Likevel er det implisitte diagnosearbeidet viktig for å bygge oppunder beslutningene som tas. Først har jeg vist hvordan legene forhandler om og gir mening til tvetydige prøveresultater ved å lansere alternative tolkninger og forståelser. Deretter har jeg brukt fagdiskusjoner for å vise

hvordan møtene er en arena for legene til å oppdatere hverandre og seg selv innenfor endringer i det medisinske faget. Til slutt har jeg vist hvordan legene gir uttrykk for bekreftelse og støtte til hverandres forslag, vurderinger og beslutninger i møtene. Dette kan sees som en måte å stå samlet om vanskelige avgjørelser og å fordele ansvaret på flere.

Dette kapitlet har fokusert på det medisinske og praktiske arbeidet som foregår i møtene, knyttet til diagnose og behandling av pasienter. Dette har jeg kalt diagnosearbeid. I neste kapittel skal vi se på noe av det som foregår *i tillegg*, knyttet til relasjonene mellom legene innad i møtene og utad overfor andre grupperinger.

5 Relasjonsarbeid

I forrige kapittel så vi hvordan legene sammen produserte diagnoser og behandlingsbeslutninger. I dette kapitlet vil jeg vise noe av det andre som foregikk i møtene. Flerfaglige møter er mer enn et organisatorisk innslag for å gjøre det lettere å løse oppgaver på tvers av fagfelt. Det er også en møteplass for sosial omgang mellom kollegaer og venner. Dette kapitlet beskriver de mellommenneskelige relasjonene i møtene, og hvordan møtene er et sted for å etablere, uttrykke og videreutvikle sosiale relasjoner. Dette kaller jeg relasjonsarbeid.

Jeg vil først beskrive det relasjonsarbeidet som foregikk *innad* i gruppen, knyttet til deltagerens etablering og klargjøring av forventninger til hverandres og egen rolle (5.1). Dette vil bli knyttet til arbeids- og rollefordeling i møtene (5.1.1.), samt hvordan autoritet kom til uttrykk og ble fordelt på møtedeltagerne (5.1.2). Deretter vil jeg beskrive relasjonsarbeidet som foregikk *utad*, blant annet gjennom legenes etablering av en felles gruppeidentitet (5.2). Jeg beskriver først hvordan det ble etablert en identitet der deltagerne i møtene kategoriserer seg selv som spesielt gode medisinere (5.2.1). Deretter viser jeg hvordan denne identiteten står i kontrast til andre, mindre dyktige medisinere (5.2.2).

5.1 Interne relasjoner

Relasjonsarbeidet som foregikk innad i møtene, var tett knyttet til kompetanse- og arbeidsdelingen mellom de ulike spesialitetene. Møtene var en arena for markering av møtedeltagerens faglige forventninger til hverandre. Jeg vil beskrive legenes relasjonsarbeid i forbindelse med fordelingen av kompetanse og arbeidsoppgaver i møtene. Dette vil deretter knyttes til uttrykk for autoritet forbundet med erfaring. Jeg søker med dette å få frem hvem legene er for hverandre i og gjennom møtene.

5.1.1 Kompetanse og arbeidsdeling

Kunnskapsfordeling blant ulike spesialiteter er, som diskutert i kapittel 2, noe av motivasjonen for å arrangere møtene. At uttrykk for arbeidsdelingen mellom de ulike spesialitetene og spesialistene kom frem i møtene, var dermed i overraskende. Arbeidsdelingen ble tydeliggjort gjennom forventninger, både uttalt og uuttalt, til hvem som

skulle ta seg av de ulike delene av prosessen rundt pasienten. Legenes spesialistkompetanse virket, naturlig nok, å ha stor innvirkning på hvilken del av diskusjonen den enkelte lege bidro mest til. Spesialitet hadde dermed også innvirkning på hvem legene var for hverandre i møtene.

I utdrag 14 blir en pasient introdusert av nevrokirurgen som har stått for behandlingen. Spørsmålet er om pasientens svulst har kommet tilbake og eventuelt hva man bør gjøre med dette. Ut fra hvilken kompetanse legene har, bidrar de med ulike former for vurdering i utdraget.

Utdrag 14

- 1 *Nevrokirurg:* [Navngir pasient]. Han er operert i 2006 for oligodendrogliom, ble operert i fjor og da var
2 det anaplastisk¹⁹. Så har han fått behandling hos dere. (*Onkolog:* Ja.) Også var det snakk om residiv
3 [gjenvekst], men jeg har ikke sett selv så-
- 4 *Onkolog:* [Jeg] husker det her.
- 5 *Nevroradiolog:* Dette er bilder fra august. [Navngir lokalsykehus]. Det er [en] liten fokus med
6 oppladning. Det er bildet nå fra november. Det er tydelig progresjon. Det er to komponenter. Her er det
7 vekst.
- 8 *Stråleonkolog:* Han kan i prinsippet få mer kjemoterapi. Og det vil han vel måtte få nesten uansett, for
9 han var veldig sliten i april når vi avsluttet kjemoterapi. Og spørsmålet er om-- jeg vet ikke hvor
10 tilgjengelig dette ligger. [Hva] affiserer det?
- 11 *Nevrokirurg:* [Få] Se, har du (utydelig tale) bilder? (Nevroradiologen henter opp andre bilder) Ja. Jeg
12 tror-- jeg tror vi kan fjerne dette også. Så kan vi ta ham inn i januar, ta [å] kjøre nye bilder
13 innleggelsesdagen, operere ham også kan han få-
- 14 *Stråleonkolog:* Også sende-- kan dere-- kan du ikke gi en henvisning til oss.
- 15 *Nevrokirurg:* Ja, ja, ikke sant.
- 16 *Stråleonkolog:* Flott, god plan.

Utdraget viser hvordan arbeidet med tolkning og vurdering fordeler seg på de forskjellige spesialistene. Det viser også hvordan spesialistene trenger hverandres vurderinger. Nevrokirurgen som har stått for behandlingen, oppsummerer hva som er tilfellet og hva som har blitt gjort. Han har imidlertid ikke sett de nye bildene som kan svare på spørsmålet om svulsten er tilbake igjen. Nevroradiologen, som både har tilgang til bildene og kompetansen til å tolke dem, svarer bekreftende på at svulsten er tilbake (linje 5-7). Stråleonkologen kommer så på banen med sin vurdering av hvilke kjemoterapeutiske behandlingsmuligheter han mener finnes, ut fra hva som ble gjort i forrige behandlingsrunde (linje 7-9). Han stiller også spørsmål om hvor svulsten ligger. I spørsmålet ligger det en antydning om hvorvidt

¹⁹ Anaplasi er tegn på aggressivitet i en svulst.

operasjon kan være en mulighet. Dette viser nevrokirurgens svar. Han spør om andre bilder (linje 11), som nevrordiologen så henter opp. Nevrokirurgen kaster et blikk på disse bildene, og konkluderer med at han «tror» at det er mulig å fjerne svulsten (linje 12-13). Stråleoncologen ber om at nevrokirurgen etter operasjonen henviser pasienten videre til ham, antageligvis for strålebehandling (linje 14). Dette er planen de lander på.

Samtalen viser hvordan kompetansen til nevrokirurgen, nevrordiologen og stråleoncologen innebærer at de bidrar til ulike deler av diskusjonen. Nevroradiologen bruker sine evner innenfor bildefortolkning til å besvare spørsmålet om svulsten er tilbake, mens stråleoncologen er den som kommer med de kjemoterapeutiske fagvurderingene. Nevrokirurgen svarer på hvorvidt operasjon også er en mulighet. Selv om det ikke er noen direkte henvendelser til enkeltpersoner i samtalen, skjer det en tilsynelatende naturlig fordeling av hvem som forventes å svare på hva. Slik foregår det en uttalt fordeling av arbeidsoppgaver på de forskjellige spesialistene. I tillegg viser utdraget nok et eksempel på koordinering mellom avdelingene; de blir enige om at nevrokirurgen skal henviser pasienten videre til stråleoncologen for videre strålebehandling så fort operasjonen er gjennomført (linje 12-15).

Arbeidsdelingen kunne også komme til uttrykk på en mer direkte måte. Utdrag 15 viser et eksempel på dette. Utdraget er del av en lengre diskusjon der den nevrokirurgiske professoren og den barnekirurgiske overlegen prøver å komme frem til hva som feiler en pasient.

Utdrag 15

- 1 *Nevrokirurgisk professor:* Men det er jo ikke typisk for knett²⁰ heller da? Hvis man først begynner å
2 diskutere det.
- 3 *Barnekirurgisk overlege:* Nei, det er ikke noe typisk altså-- men var det-- altså, det er jo ikke typisk
4 ponsgliom²¹ da.
- 5 *Stråleoncolog:* [Navngir nevrordiolog], hva-
- 6 *Nevroradiolog:* Altså, billedmessig ser det ut som en ponsgliom. En diffus type ponsgliom.

I utdraget navngir stråleoncologen nevrordiologen med fornavn for å få et svar på hva slags

²⁰ Knett har jeg ikke klart å finne en definisjon av. Dette kan skyldes at det er en uformell forkortelse brukt av legene, som ikke står i noen medisinsk ordbok. Det kan også hende at kvaliteten på lydopptakene er dårlig.

²¹ Ponsgliom: Pons er en del av den bakerste delen av hjernestammen. Gliom er en svulst i sentralnervesystemet som utgår fra gliaceller, som er støtteceller for selve nervevevet

type svulst bildene indikerer. Gjennom denne henvendelsen, anerkjenner stråleoncologen nevreradiologen som den rette til å vurdere nettopp dette og slik svare på det spørsmålet to kirurger ikke finner svaret på. Denne type direkte henvendelser forekom i møtene, både gjennom navngivning slik som i utdrag 15, og ved å referere til spesialitet, som for eksempel «Da svarer patologen!».

I denne delen av kapittelet har jeg vist eksempler på hvordan arbeidsdelingen mellom de forskjellige spesialitetene som var til stede i møtene, kom til uttrykk. Utdrag 14 viste hvordan den kompetansebaserte arbeidsdelingen påvirket deltagerens bidrag i diskusjonen. Dette var imidlertid ikke den eneste måten arbeidsdelingen kom frem på. Utdrag 15 illustrerte hvordan legene også kom med direkte henvendelser ved å navngi hverandre. Dette var en form for tydeliggjøring av arbeidsdelingen mellom spesialistene. Imidlertid var det vanligste at arbeidsdelingen lå implisitt til grunn for hvem som gjorde hva, slik som i utdrag 14.

Arbeidsdelingen som har blitt vist her, kan sees som et uttrykk for at hver spesialitet har *autoritet* innenfor sitt spesifikke fagområde. Den autoriteten som har blitt beskrevet i den forbindelse, kaller jeg *kompetansebasert*, ettersom den baserer seg på faglig kompetanse. Kompetansebasert autoritet er basert på formelt ervervet kunnskap. Gjennom ens faglige spesialisering er man godkjent som spesialist på et spesifikt område. Det er dette som gjør en spesialist til en autoritet på sitt fagfelt. Innenfor et formelt organisasjonsperspektiv, kan møtene forventes å være en arena der statusforskjeller ikke skal gi utslag for eksempel i taletid (Måseide, 2003, s. 375). I sitt studie fant Måseide (2003) at unntaket var i de tilfellene hvor en deltagers spesialitet og spesifikke profesjonelle perspektiv og mening ble bedt om fordi denne ble sett på som spesielt relevant.

Den kompetansebaserte autoriteten i møtene kan knyttes til å besvare spørsmål. Hvem som har autoritet til å besvare de ulike spørsmålene i møtene vil antageligvis variere med spørsmålet som stilles. Hierarkiene er dermed skiftende. Spørsmålet som stilles er avgjørende for hvilke type data som er relevant å tolke, og dermed hvilke spesialist som har autoritet til å besvare spørsmålet.

Eksplisering av arbeids- og kompetansefordeling i møtene er en måte å trekke skillelinjer mellom de ulike spesialitetene på. Møtet er dermed også en arena for å reprodusere disse skillelinjene, for eksempel ved at det er patologen som er den som står for beskrivelse og tolkning av histologiske funn hos pasienten. Også Cott har pekt på hvordan strukturen i slike

møter bekrefter dermed også den generelle arbeidsdelingen innenfor helsesystemet (1998, s.865).

5.1.2 Erfaring og autoritet

I forrige del viste jeg hvordan legenes spesialistkompetanse gjorde det naturlig at de bidro til ulike deler av den medisinske diskusjonen. Faglig kompetanse gir autoritet til å delta i faglige diskusjoner. I dette kapitlet vil jeg vise hvordan *erfaring* virket å være en annen viktig autoritetskilde og påvirkningsfaktor på hvordan legene deltok i møtene og hvilke relasjoner de hadde til hverandre. En lege med mye erfaring, kunne besvare spørsmål som egentlig ikke gikk innunder vedkommende sitt spesialistområde. Å ha mulighet til å overskride den kompetansebaserte arbeidsdelingen, kan sees som et uttrykk for det jeg har valgt å kalle *erfaringsbasert* autoritet. Erfaringsbasert autoritet henger naturligvis sammen med den kompetansebaserte, men knytter seg hovedsakelig til nettopp - erfaring.

Utdrag 16 illustrerer overskridelse av den kompetansebaserte arbeidsdelingen. Spørsmålet som diskuteres, er hvorvidt en svulst har vokst eller ikke. Nevroradiologen tolker bildene, men ikke på egenhånd:

Utdrag 16

1 *Nevroradiolog:* Se nå. Her har den vokst fra 2009, 10, 11, også har vi bilder her fra [privat lokalklinikk]
2 da, som jeg-- de er udaterte.

(...)

3 *Nevrokirurgisk professor:* Men hvis du setter noen mål på det der da, så kan den jo ikke ha vokst sånn
4 [voldsomt].

(...)

4 *Nevroradiolog:* Den er beskrevet 24. oktober. Men om det da er en måned etter [de forrige bildene]-

5 *Nevrokirurgisk professor:* Jaja, men den [undersøkelsen] er av nyere dato. I hvert fall etter den forrige,
6 foran der (Peker på et bilde)

7 *Nevroradiolog:* Etter den forrige, ja. Og når [jeg] ser sånn i forhold til 2009, så har jo den her klart økt i
8 størrelse. Nå er jo ikke den her noe særlig...

(Måler opp forskjellen på diameter på svulsten på nytt og gammelt bilde)

9 *Nevrokirurgisk professor:* Komma åtte. Ta den andre litt mer diagonalt. Så blir det 20 der og.

(Radiologen justerer målevinkel)

10 *Nevrokirurgisk professor:* Nei, ikke den veien da.

(latter)

- 11 *Nevroradiolog:* (Justerer målevinkel på bildet) Noe sånt?
12 *Nevrokirurgisk professor:* Vente. Vente, vente, vente. Det er plass til store klumper i storehjernen uten
13 at det gjør mye av seg. Derimot, den der nede i hjernestammen er jo verre.

I utdraget er det en nevrokirurg som forteller en nevreradiolog hvordan han skal måle opp svulsten i bildet for å få «rett» svar. Kirurgen forteller rett og slett radiologen hvordan han skal gjøre jobben sin. Nevroradiologen aksepterer denne overskridelsen av den kompetansebaserte arbeidsdelingen og spør til slutt professoren om han justerer riktig (linje 11). Uten professorens erfaringsbaserte autoritet, er det mulig denne overskridelsen ikke ville blitt akseptert. Samtidig er det et poeng at konklusjonen i dette tilfellet faktisk ville vært en helt annen om ikke professoren hadde gitt sine instruksjoner. Nevroradiologen hadde allerede konkludert med at svulsten hadde vokst, frem til nevrokirurgen fikk ham til å måle opp fra en annen vinkel. De to ulike tolkningene av det samme bildet kunne ført til totalt ulike utfall for pasienten. I stedet for å vente kunne det ført til at legene hadde gjennomført hjernekirurgi.

Utdrag 16 illustrerer hvordan det jeg kaller *erfaringsbasert autoritet* kan gjøre det mulig for enkelte deltagere i møtene å overskride den formelle arbeidsdelingen basert på kompetanse. Denne autoritetsformen er derfor først og fremst relatert til enkeltpersoner, ikke grupper eller spesialiteter. Det er en mer uformell autoritetsform enn den kompetansebaserte. Det å ha vært lenge i bransjen, kanskje kombinert med formell plassering i organisasjonshierarkiet, kan være kilde til erfaringsbasert autoritet. Denne autoritetsformen gjør det mulig å overskride de grensene den formelle arbeidsdelingen, og dermed den kompetansebaserte autoriteten, trekker. Det er dette den nevrokirurgiske professoren gjør i utdrag 16 ved å fortelle nevreradiologen hvordan han skal vurdere og håndtere bildene. Et uttrykk for erfaringsbasert autoritet, kan være å besvare spørsmål som egentlig ikke er innenfor ens kompetanse uten å møte sanksjoner fra gruppen. Anledning til å stille spørsmål kan også sees som et uttrykk for autoritet.

Uttrykk for autoritet kunne også gå i «motsatt» retning. I stedet for å benytte fagbakgrunn eller erfaring for å påberope seg autoritet, kunne det å påpeke manglende kompetanse på et område, frita en lege fra ansvar i vanskelige avgjørelser. Legene kunne slik unnskyldes seg fra å svare på vanskelige spørsmål.

I utdrag 17 diskuterer legene bilder av ryggraden til en kreftpasient med kraftsvekkelse i bena, uten noen åpenbar årsak. Hovedspørsmålet er om kraftsvekkelsen skyldes at det er for trangt i

pasientens spinalkanal. Stråleoncologen synes ikke det ser trangt ut, men gir samtidig uttrykk for at han ikke har riktig kompetanse til å vurdere dette.

Utdrag 17

- 1 *Stråleoncolog:* Det virker jo ikke trangt.
- 2 *Nevroradiolog (mumlende):* Er ikke trangt.
- 3 *Nevrokirurgisk professor:* Jojo, men den går fra folden også oppover et stykke da. Man kan bli lam i
- 4 beina av det der, vettu. Men har du bildet før september 12 og da?
- 5 *Stråleoncolog:* Tror du at det-- det gir en medulla [ryggmarg]-- medullapåvirkninger?
- 6 *Nevrokirurgisk professor:* Jaja. Men det er ikke opplagt at det gjør det.
- 7 *Stråleoncolog:* Nei nei nei, jeg bare-- Det ser jo ikke ut som om det er trange forhold, men.
- 8 *Nevrokirurgisk professor:* Ja, men det er avhengig av øynene som ser det.
- 9 *Stråleoncolog:* Ja. (fnising) Onkolog! (latter) Da går det an å drenere da, eller?
- 10 *Nevrokirurgisk professor:* For å si det sånn: Det er et sentralt spørsmål. Når det er mye vann, så kan
- 11 det enten være god plass eller dårlig plass.
- 12 *Stråleoncolog:* Jada, det kommer høyt trykk.
- 13 *Nevrokirurgisk professor:* Og det er avhengig av om det vannet kommuniserer med resten av vannet.
- 14 *Stråleoncolog:* Ja. Det er klart det.

Om det er trangt eller ikke avhenger ifølge professoren av øynene som ser (linje 8). Til denne kommentaren utbryter onkologen «Onkolog!», til salens fornøyelse (linje 10). Ved å påberope seg tilhørighet til en spesialitet som ikke har spesialisert seg innenfor nevrologisk kunnskap, virker det som om onkologen legitimerer sin egen «uvitenhet». Ved å posisjonere seg selv som onkolog, erklærer han at han mangler kompetansebasert autoritet til å vurdere om det er trangt i spinalkanalen eller ei. I det samme møtet kom også onkologen med utsagn som «dette er for vanskelig for en stråleoncolog!» og «ja, av nevrologisk kunnskap så tror jeg jeg godt kunne blitt med på noen sånne, hva er det det heter, studentundervisninger her borte!». Stråleoncologens utsagn kan også sees som en form for rolletaking: Gjennom å innta rollen som selvironisk uvitende, løser han opp i stemningen som oppstår under diskusjonen av det vanskelige tilfellet og utløser til og med latter blant legene. Dette oppnår han uten at den faglige diskusjonen stopper opp, ettersom hans uvitenhet legitimerer alle typer spørsmål til den erfarne nevrokirurgiske professoren.

I utdrag 17 kommer også nok en gang overskridelse av kompetansebasert autoritet til uttrykk: Stråleoncologen stiller spørsmålet til nevrokirurgen, ikke nevrordiologen. Det er i

utgangspunktet nevreradiologen som har den kompetansebaserte autoriteten til å forklare mulige tolkninger og implikasjoner av MR-bildene.

5.1.3 Relasjonsarbeid om autoritet

Hittil i kapittelet har jeg først vist hvordan kompetansebasert autoritet kom til uttrykk gjennom arbeidsdelingen i møtene. Jeg har også beskrevet hvordan erfaringsbasert autoritet ga noen leger mulighet til å overskride denne kompetansebaserte arbeidsdelingen. I tillegg viste utdrag 17 hvordan det var mulig for noen av legene å bruke sin spesialitet som en begrunnelse for at de manglet enkelte former for kunnskap.

Skillet mellom erfaringsbasert og kompetansebasert autoritet kan kobles til Freidson sin diskusjon av klinisk erfaring som noe med potensiale til å «overskride» vitenskapelig kunnskap (Freidson, 1970, s. 47). På denne representerer autoriteten knyttet til «erfaring» et avvik fra den medisinskvitenskapelige tenkemåten, der idealet er å basere seg på bevis (Måseide, 2006, s. 44). Freidson referer til den erfaringsbaserte autoriteten som dømmekraft eller visdom, og hevder at selve den medisinske vitenskapen er bygget opp rundt et ideal der erfaring i seg selv er autoritet. Dette fordi kunnskapen innenfor medisin er bygget på oppdagelser gjort nettopp gjennom enkeltpersoners erfaringer (Freidson, 1970, s. 47).

Gjennom sin kompetanse, erfaring og rolletaking, inngår legene i ulike relasjoner til hverandre. Disse relasjonene kan, som vi her har sett, knyttes til deltagerens ulike grad av autoritet i forskjellige situasjoner i møtene. Dette kommer blant annet til uttrykk i hvem som inntar hvilke posisjoner i diskusjonene. Dette er del av relasjonsarbeidet som foregår innad i gruppen og autoritet er en av de faktorene som påvirker relasjonene i møtene. Det foregikk også relasjonsarbeid mellom legene i møtene og omverden. Det er dette som er temaet i neste del.

5.2 Utad - Markering av gruppens identitet og dyktighet

Det som ble uttrykt i møtene fortalte en del om legenes oppfatning av eget og andres arbeid. Jeg vil først beskrive hvordan legene markerte gruppens identitet og etablerte et «vi». Legenes etablering av en gruppeidentitet som omfatter møtenes deltagere, må sees i sammenheng med hvordan de fremstiller andre, mindre gode medisinere. Disse mindre gode medisinere står i kontrast til legene i gruppen. Dette vil være tema for andre del av kapittelet.

5.2.1 Oss – de gode medisinere

De flerfaglige medisinske møtene hadde en forholdsvis fast deltagerliste. Dette gjorde det mulig å etablere en gruppeidentitet for legene som deltok jevnlig i møtene. Denne identiteten var i stor grad knyttet til et bilde av gruppen som spesielt dyktige medisinere. En måte å markere gruppens dyktighet på, var ved å komme med utsagn som fremhevet gruppens, eller enkelte i gruppens, handlekraft. I utdrag 18 diskuterer legene i tumormøtet plassering av en svulst og hva som kan gjøres med den. Pasienten har vært til behandling tidligere.

Utdrag 18

- 1 *Nevrokirurgisk professor:* Så lenge dette vokser inn i den utvidede delen av den bakre delen (...) der, så
- 2 er det vel lurt å vente til den gjør litt mer av seg.
- 3 *Nevrokirurg:* Ja, men den som vokser i midtlinjen [midten av hjernen] nå, det omfatter venene vet du.
- 4 *Nevroradiolog:* Den der (Peker på bildet)
- 5 *Nevrokirurgisk professor:* Den? (*Nevroradiolog:* Mhm.)
- 6 *Nevrokirurg:* Ja. Så den kommer til å være et problem.
- 7 *Nevroradiolog:* Skal vi se. Den ligger der. (*Nevrokirurg:* Jaja, ikke sant.)
- 8 *Nevrokirurgisk professor:* Den er ikke så svær, men den sitter jo på et bedritent sted. (*Nevroradiolog:*
- 9 Mhm.)
- 10 *Nevrokirurgisk professor:* Men du kan vel nå begge de der med samme tilgangen²²? (*Nevrokirurg:* Ja.)
- 11 Bakfra?
- 12 *Nevrokirurg:* Ja, tror det. Sis-
- 13 *Nevrokirurgisk professor:* Med lange instrumenter.
- 14 *Nevrokirurg:* Sist så var vi helt i temporal[lappen]²³ og i frontal[lappen] bakfra, så. (Ler)

²² «Tilgang»: I dette tilfellet tror jeg det er snakk om stedet de åpner skallen og går inn kirurgisk.

²³ Temporallappen ligger bak i midtre del av hjernen, mens frontallappen er i fremre del.

I første del av utdraget, dreier samtalen seg om hvordan plasseringen av svulsten gjør den vanskelig å operere ut (linje 3-8). Til tross for konstateringen av dette, kommer professoren og nevrokirurgen fram til at de kan nå *både* svulsten som professoren beskriver først (linje 1-2) og svulsten som sitter på et mer problematisk sted (linje 10-14). Ved hjelp av «lange instrumenter», kan de gjøre som sist; å nå helt til fremre del av hjernen, gjennom en åpning bakfra. Samtalen viser hvordan legene er i stand til å håndtere selv svulster som ligger på «bedritne» steder. De er handlekraftige og i stand til å løse vanskelige utfordringer.

Utdrag 19 illustrerer noe av det samme, men viser hvordan handlekraften kan være avhengig av samarbeid mellom de forskjellige spesialitetene. I utdraget diskuterer legene i vaskulærmøtet hvordan de kan finne ut hvilke deler av pasientens hjerne som er påvirket av forandringer i blodårene. Det har blitt foreslått et alternativ, og det er dette alternativet utdraget handler om.

Utdrag 19

- 1 *Nevroradiolog1*: Ja, men det er litt sånn ekkelt å blåse ballong i (uklar tale), er det ikke det? På en
- 2 våken pasient som beveger seg? (*Radiolog1*: Jo.) Kanskje.
- 3 *Nevroradiolog2*: Vi har jo små ballonger som er myke og små som kunne gått helt opp og testet akkurat
- 4 der hvor dere kunne tenkt dere å satt clips da, kanskje.(...). (*Nevrokirurg*: Ja.) For dere. (*Nevrokirurg*:
- 5 Jada.) Og da-- Vi vil ikke klare å stenge så presist som dere klarer med clipset. Men da kunne vi jo
- 6 testet med ballong om det var reversering. Fort.

Forslaget er å gå inn i pasientens årer, opp til hjernen for så å blåse opp en ballong som stenger blodtilførselen. Det hele gjøres raskt, mens man overvåker hvordan det påvirker blodgjennomstrømningen i hjernen med ultralyd. Formålet med denne undersøkelsen er å se hvilke områder av pasientens hjerne som vil miste blodtilførselen dersom man stenger av den aktuelle blodåren. Dette er en undersøkelse som gjennomføres ved svært få sykehus. Slik utgjør gruppen nærmest en elite. Samtidig trenger nevreradiologene og nevrokirurgene hverandre: radiologene tester noe for kirurgene, som kirurgene kan gjøre bedre enn radiologene. Utdraget viser slik hvordan nevrokirurgene og nevreradiologene er avhengig av hverandre ulike kompetanse for å få til dette. Dette skiller seg fra utdrag 18, der det først og fremst var kirurgens evne til å gjennomføre en vanskelig operasjon som var løsningen på problemet.

En annen måte å bygge opp under gruppens identitet som kompetent og handlekraftig, var ved å hente frem tidligere prestasjoner. Utdrag 20 er fra en lengre diskusjon, der legene har vært svært uenige om man skal gjenoppta behandling av en pasient, eller om de bør se an utviklingen litt lenger. Utdraget er avslutningen på diskusjonen, etter at man har kommet frem til at man skal avvente ytterligere behandling.

Utdrag 20

- 1 *Barnekirurgisk overlege:* Men utgangspunktet var jo at vi skulle ha han levende i tre måneder så han
2 fikk oppleve lillebroren. Som nå er tre år. Det er jo tre år siden!

Overlegen fremhever hvordan gruppen, «vi», for lengst har overgått det som var målet med behandlingen av den aktuelle pasienten. Håpet var at de skulle klare holde ham i live i tre måneder, så han fikk møte lillebroren sin. Ved å holde pasienten i live i hele tre år til har legene oppnådd langt mer enn målet. Dette kan gjøre det lettere å akseptere beslutningen om å ikke foreta seg noe. Utdraget viser hvordan legene henter frem pasientutfall for å minne hverandre om felles suksesser. Det kan være krevende stadig vekk å stå i situasjoner der man innser at et liv ikke er til å redde eller der man er den som videreformidler denne type informasjon til pasienter eller pårørende. For å holde motivasjonen oppe er det antageligvis viktig å minne hverandre om suksessene. Suksess trenger ikke nødvendigvis være å få en pasient kreftfri, men kan like godt dreie seg om å ha fått til langt mer enn man hadde ventet.

5.2.2 De andre – de mindre gode medisinere

Forrige kapittel handlet om hvordan legene skapte en gruppeidentitet knyttet til egen kompetanse og handlekraft. Slik etablerte og plasserte de seg selv innenfor en gruppe av gode medisinere. Motsetningen til de gode medisinere, var, naturlig nok, de som ikke var like dyktige.

I dette kapitlet vil jeg vise hvordan legene snakket om andre behandlere og behandlingsinstitusjoner. Å diskutere og kritisere andres behandlingsfeil, kan også være en måte å bygge ytterligere oppunder gruppens identitet som kompetent. Som tidligere nevnt ble en del tilfeller henvist til det aktuelle sykehuset. I pasientdiskusjonene ble det derfor ofte naturlig å snakke om hva slags oppfølging og behandling andre (lokal)sykehus hadde gitt. Det var ofte i denne delen av diskusjonen at kritikk fremkom, enten direkte eller indirekte.

En form for kritikk i møtene, som gikk igjen, var rettet mot det materialet legene hadde fått oversendt fra andre sykehus. Det er dette som er tilfellet i utdrag 21. I utdraget diskuterer legene i vaskulærmøtet en pasient et lokalsykehus har bedt om deres vurdering av.

Utdrag 21

- 1 *Nevroradiolog:* (Beskriver bildet) Jeg tror ikke vi kommer utenom å gjøre dette på nytt eller en ny
2 CT-angio for å få detaljfesting av alt sammen. Vi kan ikke få gjort noe-- det blir liksom litt halvveis
3 vurdering av de bildene når vi ikke har tynnere snitt. Da kan vi ikke trekke konklusjoner. Får vel,
4 etterhvert da, vurdere om hun bare skal observeres eller om det skal gjøres noe. Men uansett så er det
5 greit å ha et godt utgangspunkt så vi kan vurdere hva som er hva.
- 6 *Nevrokirurg:* Så de er ikke gode nok, de i [bynavn], er det det du sier?
- 7 *Nevroradiolog:* Nei, de har ikke sendt de bildene som-- altså de sender veldig, veldig-- altså de
8 sender ikke [alt] (*Nevrokirurg:* Nei.) En del av de kaster de også på grunn av plass. Og de bildene er det
9 eneste vi egentlig trenger. De andre har ikke vi bruk for.
- 10 *Nevroradiolog2:* Men da er det hvert fall viktig for å få en ordentlig vurdering.
(Teknisk diskusjon om hva slags bilder som bør tas)
- 11 *Nevrokirurg:* Vi får ta de bildene.

Den møteledende nevreradiologen påpeker hvordan bildene som er oversendt fra lokalsykehuset som har henvist pasienten, ikke er et godt nok utgangspunkt for å trekke noen konklusjoner. De er ikke en gang et utgangspunkt for å kunne «vurdere hva som er hva» (linje 1-4). På nevrokirurgens spørsmål om de ved det lokale sykehuset «ikke er gode nok», svarer nevreradiologen, noe mer diplomatisk, at de ikke sender «alt». De mottar ikke de bildene de egentlig trenger for å vurdere det som skal vurderes (linje 7-9). Likevel virker det som det ikke bare handler om dette. Legene enes om at nye bilder må tas, og avslutter diskusjonen med å bli enige om at det er best at de tar dem selv (linje 11). Dette sender et signal om at legene ikke har tiltro til å overlate det å ta nye bilder til lokalsykehuset.

Jeg opplevde flere ganger lignende situasjoner som i utdrag 21, der legene besluttet å kalle inn pasienter som var henvist kun for selv å ta nye bilder. Kritikken gikk da på at bildene som var tatt var av for dårlig kvalitet til at de kunne vurderes. Andre ganger manglet viktige opplysninger eller vurderinger fra dem som hadde foretatt undersøkelsen. Ved et tilfelle, hørte jeg en kirurg omtale ansatte på et lokalsykehus som «litt begrensede» fordi de ikke hadde foretatt noen tolkning av funnene, men «bare tatt masse bilder» og videresendt dem.

Kritikken kunne også dreie seg om hva disse andre holdt på med. I utdrag 22 introduserer professoren en pasient, der det som er potensiell sykdom har blitt oppdaget på en noe uvanlig måte.

Utdrag 22

- 1 *Nevrokirurgisk professor:* Ja. Da går vi over på noe som er enda verre [enn forrige pasient]. (latter)
2 (Professoren navngir pasienten) (*Nevroradiolog:* Ja.) Forskningsprosjekt mellom [navngir et institutt og
3 en sykehusavdeling]. Ja. Funnet ut at de skulle ta MR av hjernen på noen hundre [deltagere]. [Fnising]
- 4 *Nevrokirurg:* Herlig.
(Professoren sier hvor i hjernen man har gjort funn. Deretter følger løs prat om bekjentskapers deltagelse i forskningsprosjekter)
- 5 *Nevrokirurgisk professor:* Men så er det når man finner noe man skulle ønske man ikke hadde funnet
6 da! Så kommer de løpende og spør om vi kan overta (Latter)
- 7 *Stråleonkolog:* Problemet. Utfordringen!

I utdraget har legene fått henvist en pasient fra et eksternt forskningsprosjekt som har gjennomført hjerneskaninger av et utvalg fra en spesifikk gruppe i befolkningen. Professorens introduksjon av prosjektet som noe «mye verre» enn forrige pasient (linje 1) virker å sette an tonen for hva legene synes om prosjektet. De aktuelle forskerne har oppdaget «noe man skulle ønske man ikke hadde funnet» hos et av forskningsobjektene (linje 5). Dette funnet har de «kommet løpende» med for å spørre om de aktuelle legene kan overta det såkalte problemet eller utfordringen. Utdraget viser hva legene synes om det arbeidet som har blitt lagt ned i det nevnte forskningsprosjektet. Samtidig gjør henvendelsen det mulig for legene å kategorisere seg selv som dem folk kommer løpende til for hjelp. Dette bekrefter både gruppens egen dyktighet og andres manglende dyktighet.

En tredje måte legene etablerte en mindre kompetent gruppe i kontrast til seg selv, var gjennom direkte kritikk av andres behandlingsbeslutninger. Dette var den tydeligste, men også mest uvanlige kritikkformen. At den var uvanlig, betyr imidlertid ikke at ikke den forekom. For eksempel ble den nevrokirurgiske professoren i et tumormøte svært opprørt over behandlingen et lokalsykehus hadde gitt en pasient. Utdrag 23 er fra samtalen om denne pasienten.

Utdrag 23

- 1 *Nevrokirurgisk professor:* Men han har ikke fått Methotrexate²⁴ intraventrikulært?
- 2 *Lege utenfra*²⁵: Jo.
- 3 *Patolog:* Det har han sikkert fått.
- 4 *Nevrokirurgisk professor:* Det er jo livsfarlig!
(Man diskuterer ytterligere og når en konklusjon vedrørende pasienten. Den nevrokirurgisk professoren tar feilbehandling opp på nytt)
- 5 *Nevrokirurgisk professor:* Er det kurant å gi Methothrexate på en usikker diagnose? Jeg
6 har sett pasienter dø jeg, etter å ha fått det.
- 7 *Stråleoncolog:* Jojo, og da har de ikke bare fått intraventrikalt²⁶, ikke sant, han har også fått høydose
8 også-
- 9 *Lege utenfra:* Han har fått intravertikalt og.
- 10 *Stråleoncolog:* Ja, og, ikke bare det (...). Han har fått høydose intraventrikalt helt sikkert, og vil jeg anta
11 at han har fått og -- Nei, det er en del -- ja, det har vel vært et vanskelig kasus da, og man er vel
12 endt opp med konsensus [om en] lymfomdiagnose da og — til syvende og sist.
(Man snakker om hvilke sykehus som har stått for behandlingen)
- 13 *Nevrokirurgisk professor:* Det er et godt prinsipp at behandling ikke tar livet [av pasienten]!

I utdraget har legene besøk av en lege fra et sykehus et annet sted i landet. Denne legen er til stede nettopp fordi hans sykehus ikke har vært i stand til å diagnostisere en pasient. Det er denne pasienten som har fått den feilbehandlingen professoren viser til. At den utenforstående legen i det hele tatt er til stede, er i seg selv et bidrag til gruppens identitet som tilhørende de gode medisinene *andre* medisinere trenger hjelp fra. Dette bilde styrkes ytterligere når legene kan kritisere at det har blitt gitt «livsfarlig» behandling til en pasient «på en usikker diagnose» (linje 5-6). Å ta opp andres feilbehandling av pasienter kan være et forsøk på å distansere seg fra den typen tabber. Men det sier også noe om hva som er å drive med «god» medisin: God behandling skal (åpenbart) ikke ta livet av pasienten!

²⁴ Methotrexate er en sterk medisin som blant annet gis til kreftpasienter (Felleskatalogen 2014)

²⁵ Lege fra et lokalsykehus, som var invitert til møtet for å presentere et tilfelle lokalsykehuset var svært usikre på.

5.2.3 Gode medisinere som referansegruppe

I dette kapitlet har jeg vist hvordan legene skaper et bilde av gruppen som *gode* medisinere. Dette er en viktig del av gruppens identitet. Utdrag 18 og 19 viste hvordan legene kunne fremstille seg selv som spesielt handlekraftige, med tilgang til høyteknologiske løsninger, i møte med spesielt vanskelige tilfeller. Utdrag 20 viste et eksempel på hvordan gruppens suksesshistorier kunne være med å bygge oppunder følelsen av gruppen som kompetent, selv i de tilfellene der det ikke lenger var så mye mer man kunne gjøre.

Gruppens identitet som gode medisinere, ble ofte stilt opp mot eksempler på det legene opplevde som mindre gode, eller til og med dårlige, medisinere. Utdrag 21 illustrerte legenes frustrasjoner over manglende kvalitet ved bilder og informasjonen de fikk fra henvisende sykehus. Pasientintroduksjonen i utdrag 22 viste hvordan andre kom løpende til nettopp disse legene med uforutsette problemer, mens utdrag 23 var et eksempel på hvordan legene kunne komme med direkte kritikk av andre medisineres behandlingsbeslutninger. Kritikken av de andre mindre gode medisinere, kan sees som en måte å ta avstand fra denne type dårlig medisinsk behandling. Slik kan legene plassere seg selv og den gruppen møtene utgjør, blant de dyktige medisinere. I kontrast til slike andre, mindre dyktige medisinere, styrkes gruppens identitet.

Markering av identitet, både gruppen sin og andres, kan sees som en måte å etablere en referansegruppe på. En referansegruppe er den gruppen et individ identifiserer og sammenligner seg med (Rasborg i Korsnes, 2008, s. 245). Det er denne referansegruppen som er normgiver for handlingsmønstre (Rasborg i Korsnes, 2008, s. 245). For legenes del vil referansegruppen være de gode medisinere de selv plasserer seg innenfor. Det er de gode medisinernes arbeid som innebærer å gjøre medisin på den *riktige* måten. De mindre gode medisinere står i kontrast til og forsterker dette bildet.

5.3 Oppsummering

Dette kapitlet har vist at det foregår langt mer i flerfaglige medisinske møter enn kun ren medisinsk problemløsning. Både håndteringen av de interne relasjonene i møtene tilknyttet autoritetsforskjeller og etableringen av gruppens identitet, utgjør legenes relasjonsarbeid. I gjennomgangen av de interne relasjonene i møtene, tok jeg for meg hvordan spesialistkompetanse var utgangspunktet for arbeidsdelingen i møtene. Det har også blitt vist

hvordan de forskjellige arbeidsoppgavene som skulle løses i møtene, fordelte seg på de ulike spesialitetene nettopp gjennom legenes faglige spesialisering. Dette viser hvordan fagkompetanse gir autoritet til å besvare spørsmål innenfor et avgitt fagområde. Dette har jeg kalt *kompetansebasert* autoritet. Samtidig har jeg beskrevet hvordan *erfaringsbasert* autoritet var en faktor som påvirket relasjonene i møtene. En lege med mye erfaring kunne overskride arbeidsdelingen knyttet til kompetanse, uten å bli sanksjonert.

Andre del av kapittelet har handlet om hvordan legene etablerer og markerer sin identitet som gruppe. Denne identiteten er nært knyttet til idealer om handlekraft og dyktighet. Disse idealene kunne bli fremhevet i legenes prat om tilfeller der behandling nærmest var umulig, men som de likevel kunne gjøre noe med, eller de tilfellene der de hadde utrettet langt mer enn forventet. Slik styrker de gruppens syn på seg selv som gode medisinere, med høyteknologiske løsninger. Denne referansegruppen står er en motsetning til de mindre gode medisinere. Disse andre ble fremstilt som mindre dyktige og kompetente. Dette ble gjort ved å kritisere informasjonen som ble videreformidlet fra dem, for eksempel ved at bildene ikke var mulige å tolke. Andre ganger var kritikken rettet mot hva behandlerne drev med, som fånyttede forskningsprosjekter eller behandlingen i seg selv. Disse mindre dyktige andre kommer til legene for hjelp. Dette er med på å bygge ytterligere oppunder gruppens bilde av seg selv som spesielt gode medisinere.

6 Flerfaglige funksjoner

Hittil har jeg beskrevet hvordan flerfaglige medisinske møter kan være en arena for forvaltning av *både* faglig kunnskap og sosiale relasjoner. I kapittel 4 så vi hvordan legene produserte diagnosebeslutninger og behandlingsbeslutninger gjennom både eksplisitt og implisitt diagnosearbeid. I kapittel 5 beskrev jeg relasjonsarbeidet, både innad i gruppen og utad, mellom legene og omverdenen. I dette kapittelet vil jeg heve blikket og diskutere hvordan både diagnosearbeid og relasjonsarbeid er en del av medisinsk problemløsning i flerfaglige medisinske møter. For å klargjøre min motivasjon for å skille mellom diagnosearbeid og relasjonsarbeid vil jeg begynne med å diskutere hva man går glipp av dersom man studerer flerfaglig gruppearbeid, uten også å studere relasjonsarbeidet som er involvert (6.1). Jeg vil deretter diskutere hva funnene forteller om det flerfaglige gruppearbeidets funksjoner for sykehusorganisasjonen og legenes arbeid (6.2). Jeg vil først vise hvordan møtene åpner for praktisk koordinering og selvevaluering (6.2.1). Videre trekker jeg frem muligheten til å legitimere beslutningene som tas som en potensiell funksjon ved møtene (6.2.2). Begge disse funksjonene kan sees som *manifeste*. Deretter beskriver jeg hvordan møtene er en arena for å reprodusere og endre medisinske arbeids- og tenkemåter (6.2.3). Dette er en latent funksjon.

6.1 Forholdet mellom flerfaglighet og relasjonsarbeid

Jeg har i denne oppgaven foretatt en todeling av det arbeidet som foregår i flerfaglige medisinske møter. På den ene siden foregår det faglig diagnosearbeid, knyttet til beslutninger om diagnose, behandling og koordinering (kap. 4). På den andre siden foregår det relasjonsarbeid i forbindelse med etablering, markering og videreføring av relasjoner mellom deltagerne i gruppen og mellom gruppen og omverdenen (kap. 5). Man kan se gruppen i de flerfaglige medisinske møtene som et *kollektiv*, som er gjensidig avhengig av hverandres fordelte kunnskap. I dette kollektivet samler spesialistene kunnskapen som er spredt blant dem for å være i stand til å klassifisere fenomen eller ta beslutninger som gjelder dem. Men ressurser og ferdigheter vil være ulikt fordelt i slike grupper (Williamson, 1975, s.47). Deltagerne i flerfaglige medisinske møter er alle kompetente, men deltar ikke på samme premisser. Legene besitter ulike typer kompetanse. I kapittel 5 så vi hvordan

kompetansebasert autoritet påvirket relasjonene i møtene gjennom hvem som svarte på hva. Relasjonene som oppstår i tilknytning til denne kompetansebaserte autoriteten, er både et resultat av møtene og en av årsakene til at møtene arrangeres.

Innledningsvis i oppgaven trakk jeg frem hvordan det er gjennomført svært lite forskning på flerfaglige medisinske møter. Den lille forskningen som er gjort, har først og fremst fokusert på det som foregår knyttet til det jeg gjennom oppgaven har referert til som diagnosearbeid; hvordan legene sammen tolker, vurderer og beslutter. Det som har blitt utelatt fra denne forskningen er hvordan flerfaglig gruppearbeid, for eksempel i flerfaglige medisinske møter, også innebærer relasjonsarbeid. Selv om Måseide (2003) peker på hvordan samhandling er en nødvendig del av problemløsningsprosessen i medisinske møter, beskriver han ikke hvordan relasjonene mellom legene uttrykkes og håndteres.

Den ulike kompetansefordelingen som er motivasjonen for å arrangere møtene, er en kilde til ulikhet som må håndteres. Relasjonsarbeidet vil dermed påvirke hvordan gruppen løser det problemet de er satt til å løse, her diagnosearbeidet. Deltagerne er alle leger, og de behersker det medisinske begrepsapparatet. Samtidig har de forskjellige spesialiseringer. Å føre sammen ulike typer ekspertise kan også være kilde til konflikt (Sarangi og Roberts, 2011, s. 34). Jeg har flere ganger vært inne på hvordan autoritet var fordelt ulikt på møtedeltagerne basert på kompetanse og erfaring. Alle deltar ikke på de samme premissene og har derfor ikke nødvendigvis like mye de skal ha sagt i beslutningsprosessen.

Diagnosearbeidet i de flerfaglige medisinske møtene ville ikke vært mulig å gjennomføre uten at det også ble gjennomført relasjonsarbeid. Relasjonsarbeidet innebærer avklaring og håndtering av relasjonene mellom deltagerne for at de skal kunne utføre mer instrumentelle oppgaver sammen. Uten slike samhandlingsprosesser vil ikke arbeidsprosesser kunne fortsette (Strauss, 1988, s. 167). Dersom en gruppe mennesker skal kunne føre sammen den forskjellige kompetansen de besitter, *må* de samhandle.

Når personer inngår i gruppesamhandling, vil det også oppstå et repertoar av mulige roller disse kan innta. Goffman refererer til dette repertoaret av lokale roller som anerkjente ressurser («realized resources») (1961, s. 28). I alle former for møter må utfordringene knyttet til hvordan disse ressursene skal fordeles løses (Goffman, 1961, s. 29). Roller er under konstant utvikling og endring i grupper. Relasjonsarbeidet i de flerfaglige medisinske møtene er et uttrykk for fordeling og utvikling av dette rollerepertoaret. Generelt viser rolle til de

forventningene, normene og reglene som er forbundet med en sosial posisjon eller oppgave (Mjøset i Korsnes, 2008, s. 258). Autoritet knyttet til erfaring og kompetanse kan eksempelvis fordele forventninger på de ulike deltagerne. For eksempel så vi i utdrag 17 hvordan onkologen, ved å påberope seg manglende kunnskap innenfor et område, tok avstand fra en ansvarlig deltagerrolle i problemløsningsprosessen angående en vanskelig pasient.

Det er helt nødvendig å beskrive relasjonene som er involvert dersom man skal beskrive flerfaglig samarbeid. Måseide hevder at en del forsøk på å forklare og forbedre medisinsk arbeid, ignorerer sosiale kompleksiteter ved medisineres tenkning (Måseide, 2006, s. 43). Den formen for handlingssystemer møtene utgjør, er uunngåelig avhengig av handling og samhandling mellom møtedeltagere (Måseide, 2003, s. 373). Samtidig deltar disse på ulike premisser, med ulik grad av kompetanse- og erfaringsbasert autoritet. Dette vil potensielt også kunne virke inn på selve arbeidsprosessen. Skal man beskrive en arbeidssituasjon der det foregår menneskelig samhandling blant personer med ulikt utgangspunkt, *bør* denne beskrivelsen inkludere hvordan deltagerne løser utfordringene knyttet til fordeling av gruppens anerkjente ressurser. Dette er av grunnleggende betydning for utførelsen og utfallet av arbeidssituasjonen. Fordelingen av anerkjente ressurser håndteres gjennom relasjonsarbeid. I flerfaglige medisinske møter innebærer dette at en del av diagnosearbeidet *er* relasjonsarbeid.

6.2 Funksjoner - hva tilfører flerfaglighet organisasjonen?

Jeg har gjennom oppgaven beskrevet og diskutert hvordan leger arbeider i flerfaglige medisinske møter og hvilke implikasjoner dette kan ha. Som jeg var inne på i 2.1.1, kan man skille mellom de funksjonene som er manifeste, altså en bevisst konsekvens eller motivasjon for sosial handling, og funksjoner som er latente, som viser til objektive konsekvenser av en handling (Merton, 1968, s. 114). I dette delkapittelet vil jeg peke på noen mulige funksjoner ved flerfaglige medisinske møter som arbeidsform. Hva ville legene, pasientene eller organisasjonen mistet dersom man fjernet møtene? Løsning av medisinske problemer på tvers av medisinske spesialiteter, er en manifest funksjon ved møtene og kan utpekes som hovedformål. Jeg vil fremheve ytterligere to funksjoner ved møtene jeg kategoriserer som manifeste: 1) praktisk koordinering og selvevaluering og 2) styrking av medisinske beslutninger. Jeg vil også trekke frem en funksjon som kan kategoriseres som latent, nemlig

hvordan møtene er en arena for reproduksjon og endring av medisinsk virkelighet og arbeidsmåte.

6.2.1 Koordinering og selvevaluering

En funksjon ved de flerfaglige medisinske møtene, er at de åpner for koordinering av ressurser på tvers av avdelinger og spesialiteter. I utdrag 6 så vi legene diskutere hvilken avdeling som hadde kapasitet til å ta inn en liten gutt som trengte behandling raskt. Siden pasienten var et barn, ville det vært nærliggende å legge ham inn på barnekirurgisk avdeling. Her var det imidlertid fullt, og legene ble derfor enige om å legge inn gutten på nevrokirurgisk avdeling. Legene hadde anledning til å sjonglere pasienten mellom to avdelinger, ut fra hvem som hadde plass til å ta ham imot. Begge avdelingene var aktuelle for innleggelse av pasienten, siden han var et *barn* som trengte *nevrokirurgisk* behandling. I dette tilfellet var det ikke diagnosen i seg selv som var avgjørende for hvor gutten skulle legges inn, men hvilken av de relevante avdelingene som hadde kapasitet. Ved å føre sammen ulike spesialister med oversikt over pasientsituasjonen ved sine respektive avdelinger, muliggjør de flerfaglige medisinske møtene raskere behandling av pasienter. Dette er i tråd med annen forskning (Se Sidhom og Poulsen, 2006, s.951).

Teamarbeid krever at man har tid, ikke bare til å møtes, men også til å evaluere egen prosess og eget (sam)arbeid. Dette er en svært viktig del av den type teamarbeid som medisinske flerfaglige møter utgjør (Opie, 1997, s. 265). Gjennom å være et sted der kolleger møtes, ofte borte fra sjefer og pasienter, er også møtene et sted der legene har mulighet til å drive med en uformell form for selvevaluering. I 5.2.1 så vi hvordan legene gjennom å trekke frem suksesshistoriene, skapte et bilde av seg selv som spesielt dyktige medisinerere. Men legene trakk ikke bare frem suksessstilfellene. Legene var mer selvkritiske enn som så, og i diskusjoner om «gamle kjenninger» kunne det ofte bli tatt opp at man hadde vært nær ved å gjøre alvorlige feil, eller at man hadde avventet oppstart av behandling for lenge. Møtene er slik en mulighet til å evaluere og kritisere egne og andres diagnose- og behandlingsbeslutninger. Ettersom dette kan tas i møtene, uten å gå via andre, mer formelle klageinstanser, kan terskelen for å komme med innvendinger til behandling være lavere.

At møtene var en viktig arena for slik evaluering, kunne sees i hvordan legene ofte tok opp pasienttilfeller som allerede var behandlet og hvor pasienten nå bare ble fulgt opp. Ofte ga legene uttrykk for at det var enkelt å ta beslutninger vedrørende disse pasientene, ettersom de

kjente hele pasientens sykehistorie, prøveresultatene pekte i samme retning og pasienten lenge hadde vært stabil. Likevel ble pasientene faktisk tatt frem i møtene. Dette kan tyde på et behov for å videreformidle informasjon om pasientene til andre avdelinger og spesialiteter som for eksempel hadde vært involvert i tidligere behandling. Dette kan også sees som et uttrykk for at man ønsket å videreformidle informasjon om pasientens behandlingseffekter på tvers av avdelinger. Møtene var dermed også koordinerende gjennom å lette på informasjonsflyten mellom avdelinger vedrørende pasienter som hørte innunder flere steder.

I tillegg ble slike tilfeller ofte gjenstand for selvevaluering blant legene. Det ble ofte trukket frem om behandling hadde vært vellykket, om man hadde kommet i gang for sent, nesten hadde feildiagnostisert også videre. En annen mulighet er at beslutningene faktisk ikke var så enkle som jeg fikk inntrykk av, og at legene derfor hadde behov for bekreftelse fra hverandre på de vurderingene som ble gjort. Dette bringer oss over på legenes potensialet for å legitimere beslutninger.

6.2.2 Legitimering av beslutninger

I kapittel 4 så vi hvordan legene kom frem til hva som feilte pasientene. Flere ganger krevde legenes diagnosearbeid at de overskred formelle diagnostiske grenser. Dette gjaldt spesielt for de tilfellene der kartet ikke stemte med terrenget. Slike tilfeller er ofte vanskelige å håndtere; de er ikke entydige og ofte er ikke løsningene tydelige (Måseide, 2006, s. 53). Å overskride de diagnostiske kategoriene er en kollektiv prosess, der alle spesialiteter må på banen for å legitimere og bekrefte overfor hverandre og omverdenen den grenseoverskridelsen som gjøres. Legitimering av beslutninger, for eksempel om å overskride diagnostiske kategorier, er et av områdene hvor de flerfaglige medisinske møtene har potensiale utover det den enkelte møtedeltager har alene (Måseide, 2006, s. 45). Muligheten til å bekrefte overfor hverandre at tøffe beslutninger er riktige, kan være en viktig motivasjon for å diskutere slike tilfeller i fellesskap.

Vi så i 4.1.3 hvordan legene, stilt overfor vanskelige tilfeller og beslutninger kunne samkjøre informasjonen seg imellom for å sikre at pasienten fikk vite at beslutningen var tatt nettopp i et flerfaglig møte. Legene gjorde her et poeng ut av at behandling og vurdering av pasienten var flerfaglig og at dette ble eksplisert i journalen og ovenfor pasienten. Slik fremstår beslutningen som en *institusjonell* beslutning (Sarangi og Roberts, 1999, s. 35). Dette innebærer at beslutningen virker å være tatt av institusjonen som helhet, og ikke enkeltleger.

De flerfaglige møtene kan i slike sammenhenger gi legitimitet til de beslutningene som tas, nettopp ved at de hviler på flere spesialiteters vurdering.

Arbeidsdelingen i flerfaglige medisinske møter synes i de fleste tilfeller å støtte oppunder beslutningsprosessen og selve beslutningen, ved at man forankrer avgjørelsen i flere fagområder. Det kan tenkes at denne støtten er et gode for pasienten. Slike møter er arrangert på en måte som er tenkt å forhindre «confirmation bias». Slikt kan forekomme i systemer der deltagerne aldri er uenige, enten som et resultat av sosial kontroll eller likheter mellom deltagerne (Måseide, 2003, s. 379). Ved å gi anledning til å utfordre hverandres synspunkter og vurderinger, blir møtene en arena for legene til å angripe problemer fra flere perspektiver (Sands m. fl., 1990, s. 56). For eksempel så vi i utdrag 16 i 5.1.2 hvordan nevreradiologens konklusjon om vekst i en svulst, endret seg da den nevrokirurgiske professoren ba ham måle opp svulsten fra en annen vinkel. Konflikt i møtene kan i slike sammenhenger være fruktbart (Sands m. fl., 1990, s. 56).

Samtidig byr samarbeidet på en utfordring. Sidhom og Poulsen (2006) peker på hvordan den stadig større utbredelsen av flerfaglige medisinske møter reiser spørsmål vedrørende erstatningsansvar for leger. Dersom det tas feilaktige beslutninger i et flerfaglig medisinsk møte som får negative konsekvenser for en pasient, vil alle de tilstedeværende legene være ansvarlige for den feilaktige beslutningen (Sidhom og Poulsen, 2006, s. 951). Dette felles ansvaret gjelder til tross for at bare et fåtall av legene tilstede i møtet vil ha møtt, kommer til å møte eller har deltatt i selve behandlingen av pasienten. At deltagerne deltar i ulik grad, kan også tenkes å føre til problemer med tanke på fordeling av ansvar. Det vil antageligvis være vanskelig å føre beslutningene som tas tilbake til enkeltpersoner.

Til tross for utfordringen med å utpeke beslutningsansvarlige, har flere forskere funnet at flerfaglig samarbeid øker overlevelsesprosenten hos pasienter, sammenlignet med pasienter som ikke får behandlingen sin drøftet i slike møter (Ruhstaller m. fl., 2006, s. 2459. Sidhom og Poulsen, 2006, s. 951). Nettopp muligheten til å utfordre hverandres tolkninger og vurderinger, kan være en mulig årsak til at flerfaglige medisinske møter gir bedre behandling av pasienter (Sidom og Poulsen, 2006, s. 951, 2006. Ruhstaller m. fl., s. 2459). Flerfaglige beslutninger sies å være mer «robuste» (Sidhom og Puoulsen, 2006, s. 951), fordi de hviler på flere fagpersoners vurderinger. Det er mulig at det er dette, kombinert med koordinering av informasjon og formidling av pasienter og ressurser på tvers av avdelinger og sykehus, som er årsaken til at flerfaglig samarbeid ser ut til å øke overlevelsesprosenten hos pasienter.

6.2.3 Reproduksjon av medisinske arbeidsmåter

Det som gjøres i den type konkrete arbeidssituasjoner som de flerfaglige møtene utgjør, vil kunne ha implikasjoner for medisinsk arbeidsmåte og virkelighetsforståelse generelt. Arbeidet som foregår i de flerfaglige medisinske møtene, er med på å videreføre den medisinske institusjonen. Dette kommer blant annet til uttrykk ved hvordan flerfaglige medisinske møter er en arena for å markere og videreformidle arbeidsdelingen mellom de ulike spesialitetene som deltar.

Det er gjennom deltagelse i grupper at enkeltindivider lærer å kjenne sin egen rolle i organisasjonen og andres forventningene til denne (Thompson og McHugh, 2009, s. 373). Roller både muliggjør og representerer den institusjonelle ordningen de er en del av (Berger og Luckmann, 1967, s. 74). Den medisinske profesjonen kan sees som en institusjonalisert ordning, og de ulike spesialitetene har ulike ansvarsområder innenfor denne institusjonen. Hvilken rolle, eller spesialitet, en person innehar, vil avgjøre hvilken kunnskap som er relevant for vedkommende å besitte (Berger og Luckmann, 1967, s. 77). Samtidig gis rollene sin posisjon relativt til hverandre (Berger og Luckmann, 1967, s. 78). For at den medisinske institusjonen skal fungere og for at legene skal kunne gjennomføre sitt diagnosearbeid, er derfor relasjonsarbeid nødvendig.

Jeg har vist hvordan legenes relasjonsarbeid inkluderer etablering av en referansegruppe som skiller mellom hvem som er gode fagfolk og hvem som ikke er det. Som nevnt i kapittel 5.2.3 er en referansegruppe den gruppen som fungerer som normgiver for handlingsmønstre og som et individ identifiserer og sammenligner seg med. Grupper har potensiale for å sosialere medlemmene inn i denne formen for tenkemåter og forståelser (Thompson og McHugh, 2009, s. 372). Gjennom å etablere referansegruppen skaper og viderefører legene også normer for hva som er gode medisinske arbeidsmåter.

Den medisinske virkeligheten reproduseres ved at møtene er et sted der legene etablerer bevisene de trenger for å gjøre jobben sin. Som nevnt må legene, for å kunne håndtere medisinske problemer, *gjøre* problemene medisinske ved å innpasse dem i det medisinskfaglige systemet (Måseide, 2003, s. 387). Det er dette som foregår i møtene, der legene, ved hjelp av blant annet diagnosemanualer, prøvetakingsmetoder og tolkningsmetoder, anvender og reproduserer de kunnskapsobjektene som skiller profesjonen fra andre profesjoner (Goodwin, 1994, s. 606). Gjennom å anvende slike faglige systemer for

tolkning, ser man også verden fra det perspektivet systemet etablerer (Goodwin, 1994, s. 609). Slik viderefører man det systemet man bruker, samtidig som man bekrefter dets relevans og realitet.

Gjennom å være et sted for å videreføre både medisinske roller og kunnskapssystemer, er flerfaglige medisinske møter et sted med potensiale for å reprodusere medisinsk fag og arbeidsmåte. Dette skjer gjennom språklige handlinger knyttet til både diagnose- og relasjonsarbeid. Dette innebærer også at når arbeidsmåtene til medisinerne endres, for eksempel gjennom at flerfaglig teamarbeid blir vanligere som arbeidsform, kan dette også potensielt endre det medisinske faget.

6.3 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg først diskutert sammenhengen mellom relasjonsarbeid og diagnosearbeid i flerfaglige medisinske møter. Jeg har hevdet at å studere flerfaglig gruppearbeid uten også å studere det relasjonsarbeidet som er nødvendig i slike samhandlingssystemer, innebærer at man overser noe vesentlig. Flerfaglig samarbeid krever at deltagerne også inngår i relasjonsarbeid. Relasjonsarbeidet blir dermed en del av den overordnede problemløsningsprosessen som er motivasjonen for samarbeidet i utgangspunktet.

Jeg har videre trukket frem noen av funksjonene de flerfaglige medisinske møtene kan ha for sykehusorganisasjonen, legene og pasientene. Møtene har en praktisk funksjon gjennom å åpne for koordinering av behandling og informasjon på tvers av avdelinger, i tillegg til å være en arena der legene kan foreta uformell selvevaluering. Videre kan møtene styrke de beslutningene som tas ved at man baserer seg på flere typer spesialisert kompetanse. Disse funksjonene utgjør manifeste funksjoner i det de er bevisste mål med møtene. Samlet kan det være dette som gjør at pasienter som tas opp i slike møter har bedre overlevelsesprosent enn dem som ikke gjør det. Jeg har også pekt på hvordan det som foregår i flerfaglige medisinske møter er med på å reprodusere medisinsk arbeidsmåter. Dette er en latent funksjon ved møtene.

7 Avslutning

Formålet med denne oppgaven har vært å besvare tre overordnede spørsmål: 1) Hvordan produseres beslutninger om diagnose og behandling i flerfaglige medisinske møter; 2) hvordan etableres og uttrykkes legenes sosiale relasjoner internt i møtene, og utad overfor andre medisinere; og 3) hvilke funksjoner kan møtene ha, både for sykehusorganiseringen, leger, pasienter og den medisinske profesjonen? Jeg vil i dette kapitlet først oppsummere hvordan jeg har besvart disse spørsmålene og hva som er undersøkelsens bidrag (7.1). Til slutt vil jeg foreslå mulige veier videre (7.2).

7.1 Oppsummering av undersøkelsen og dens bidrag

Kapittel 4 besvarte første spørsmål ved å vise hvordan *diagnosearbeidet* foregikk i de observerte møtene. Jeg gjorde i denne sammenheng et skille mellom det eksplisitte og det implisitte diagnosearbeidet. Det eksplisitte diagnosearbeidet er tredelt. For det første innebærer det eksplisitte diagnosearbeidet legenes arbeid med å finne svar på hva som feiler pasienten. Dette gjøres gjennom felles vurderinger av bilder og prøveresultater. Her bidrar deltagerne i møtene ulikt, ut fra hvilken type spesialistkompetanse de har. Gjennom sammen å svare på hva som feiler pasienten produserer legene *diagnosebeslutninger*. For det andre innebærer eksplisitt diagnosearbeid produksjon av *behandlingsbeslutninger*. I denne delen av beslutningsprosessen kommer legene frem til hva som skal gjøres. Dette følger som regel etter at legene har avklart hva som er galt med pasienten. Tredje del av det eksplisitte diagnosearbeidet innebærer koordinering. Når legene har funnet ut hva som er galt med pasienten og hva som skal gjøres med dette, må de finne ut hvem som skal gjøre hva hvor. Å besvare hva som var galt med pasientene, hva som skulle gjøres med dette og hvem som skulle gjøre det, var motivasjonen for å arrangere møtene. Nettopp fordi dette arbeidet kan sees som en selvfølgelig del av møtene, har jeg ønsket å vise hvordan denne delen av prosessen foregikk gjennom flere utdrag som illustrerer alle de tre aspektene jeg har trukket frem ved det eksplisitte diagnosearbeidet.

Det implisitte diagnosearbeidet springer ut av og støtter opp om det eksplisitte. Jeg beskrev i 4.2.1 hvordan en del av det implisitte diagnosearbeidet foregikk i forbindelse med legenes forhandling om mening til de sykdomstilfellene som var spesielt vanskelige. Denne delen av

det implisitte arbeidet innebar blant annet å lansere alternative forklaringer og tolkninger. I arbeidet med slike tilfeller og vanskelige beslutninger, var møtene et sted der legene kunne uttrykke og motta støtte og bekreftelse. Dette var en annen del av det implisitte diagnosearbeidet. Den tredje formen for implisitt diagnosearbeid jeg har pekt på, er hvordan legene kunne benytte møtene til å avklare faglige uenigheter og oppdatere hverandre på endringer innenfor det medisinske faget. Det implisitte diagnosearbeidet er ikke et uttalt formål ved de flerfaglige medisinske møtene på samme måte som det eksplisitte diagnosearbeidet er. Likevel er det implisitte arbeidet en viktig del av diagnosearbeidet. Implisitt arbeid støtter alternative tolkninger ved å hvile på flere spesialisters vurderinger. Det åpner også for at legene kan stå sammen om beslutninger som er mentalt tøffe å ta. I tillegg innebærer de mer generelle fagdiskusjonene at legene kan videreføre hva som er normalt og unormalt å forvente for en spesifikk diagnose.

I kapittel 5 fokuserte jeg på *relasjonsarbeidet* mellom legene. Dette kapittelet svarer til oppgavens andre problemstilling; hvordan etableres og uttrykkes legenes sosiale relasjoner internt i møtene, og utad overfor andre medisinere? De interne relasjonene påvirkes av den kompetanse- og arbeidsdelingen som i seg selv er motivasjonen for å arrangere møtene. Ofte fordelte arbeidsoppgavene i møtene seg naturlig på de tilhørende spesialistene, uten at det var nødvendig med navngivning. Arbeidsdelingen knyttet til kompetanseområde lå da til grunn for hvem som besvarte hvilke spørsmål. Dette ble knyttet til det jeg har kalt *kompetansebasert autoritet*. Det var også en annen autoritetskilde som gjorde seg gjeldende i møtene, nemlig *erfaringsbasert autoritet*. Erfaringsautoritet gjorde det mulig for enkelte leger i møtene å overskride den kompetansebaserte arbeidsdelingen. Kompetanse og erfaring var med på å posisjonere legene overfor hverandre. Å forvalte relasjonene som oppstår i forbindelse med disse posisjonene, som også var et resultat av kunnskapsfordelingen, var en del av relasjonsarbeidet internt i møtene.

Relasjonsarbeid i møtene foregikk også overfor omverdenen. Legene markerte gruppens dyktighet i møtene, ved å fremstille seg selv som spesielt handlekraftige og dyktige medisinere. Slik ble det etablert en referansegruppe av *gode* medisinere som legene selv plasserte seg innenfor. Ettersom en del av pasientene som ble tatt opp i møtene ble henvist fra andre sykehus, fikk legene ofte informasjon om andre medisineres beslutninger. Gjennom kritikk av andres arbeid og behandling, ble det skapt en kontrast til andre, mindre gode

medisinere. Dette kan være med på å styrke og bekrefte referansegruppens identitet som spesielt dyktige.

Kapittel 6 er rettet mot oppgavens tredje problemstilling: Hvilke funksjoner kan møtene ha, både for sykehusorganiseringen, leger, pasienter og den medisinske profesjonen? I kapitlet diskuterte jeg først hva man mister dersom man studerer flerfaglig gruppearbeid, uten også å studere det relasjonsarbeidet som foregår innenfor en slik kontekst. Gjennom å være en arena der representanter fra flere spesialiteter deltar på ulike premisser, blir en del av det flerfaglige arbeidet å håndtere de relasjonene som oppstår blant annet i forbindelse med ulik tilgang til autoritet.

Det har videre blitt pekt på funksjoner ved de flerfaglige medisinske møtene knyttet til det sykehusorganisatoriske arbeidet. Møtene åpner for at legene kan koordinere informasjonsflyt og behandling på tvers av avdelinger og spesialiteter. Slik får legene flere mulige ressurser å spille på i behandlingen av pasienter. Videre har møtene potensiale til å styrke de beslutningene som tas. Ved at vurderingene som ligger til grunn for beslutninger om diagnose og behandling har utgangspunkt i vurderinger fra flere fagfelt, kan det tenkes at beslutningene blir mer robuste. Dette kan sees som manifesterede funksjoner ved møtene. Kombinasjonen av muligheter for koordinering og styrking av beslutninger kan være noe av årsaken til at pasienter som blir vurdert i flerfaglige medisinske møter, har større overlevelsessjansene enn dem som ikke gjør det. I tillegg er møtene en mulig arena for å videreføre og utvikle den medisinske arbeids- og tenkemåten.

Jeg har med denne undersøkelsen kommet med et empirisk bidrag om et fenomen som er lite undersøkt i sosiologien, til tross for sin utbredelse. Studien belyser hva som er involvert i medisinsk arbeid. I flerfaglige medisinske møter innebærer dette arbeidet fortolkning av prøveresultater og bilder, produksjon av beslutninger. I tillegg har jeg trukket frem hvordan de interne relasjonene som oppstår i den medisinske problemløsningsprosessen i gruppen, er noe som må håndteres og forvaltes. Dette gjøres gjennom relasjonsarbeid. Relasjonsarbeid er en del av flerfaglig medisinsk gruppearbeid som har vært lite fokusert på i det lille som er av tidligere forskning.

7.2 Videre arbeid

Det er flere mulige veier å ta videre ut fra den studien som her er blitt gjennomført. En mulighet er å følge opp undersøkelsen med intervjustudier for å søke svar på hvordan legene selv opplever det som foregår i møtene. Særlig interessant kunne det være å utforske legers egen opplevelse av arbeidsdelingen i møtene og autoritetsfordelingen tilknyttet dette. Det er et kjent fenomen at ulike spesialiteter innenfor legeprofesjonen er tilknyttet ulike grader av prestisje. De ulike spesialitetene innenfor medisin kan rangeres hierarkisk ut fra kriterier knyttet til sykdommene, behandlingstypene og den typiske pasienten spesialitetene arbeider med (Se Album og Westin 2008). Det kunne være interessant å gjennomføre intervjuer der man knytter legenes opplevelse av arbeidsdeling og autoritetsfordeling i medisinsk gruppearbeid til slike prestisjerangeringer.

En annen mulighet er å se på flerfaglig samarbeid i helsesektoren generelt, og ikke bare blant legeprofesjonen. Det er en kjent faktor at det er mange ledd involvert i diagnostisering, behandling og rehabilitering av pasienter. Ved å studere hvordan slike behandlingsskjeder arbeider sammen kan man studere ressursbruk i helsevesenet. Dette ville ikke innebære å undersøke gruppearbeid i den forstand som har blitt studert her, men snarere være en studie av kommunikasjon og samhandling på tvers av profesjoner i helsevesenet.

En tredje mulighet er å følge opp med lignende observasjonsstudier, både innenfor helsevesenet og i andre organisasjoner hvor man arbeider i flerfaglige grupper. Man kan undersøke hvorvidt den samme todelingen mellom det arbeidet som gruppen er satt sammen for å løse (her diagnosearbeid) og relasjonsarbeid, er fruktbar i andre organisasjoner hvor flerfaglig gruppearbeid er vanlig. For eksempel kan det tenkes at organisasjoner der grupper bestående av ingeniører med ulike spesialiteter arbeider sammen for å levere et fysisk produkt, kan ha lignende dynamikker som de flerfaglige medisinske møtene har.

Det er liten tvil om at forskning på hvordan arbeid gjøres i helsevesenet, er en viktig oppgave. Helsevesenet er institusjon vi forholder oss til fra vi blir født til vi dør, både på egenhånd og som pårørende. Ettersom denne institusjonen blir mer og mer inndelt i flere og flere fag- og spesialistområder, får vi et økende behov for å føre denne fragmenterte kompetansen sammen for å gi pasienter og brukere best mulig helsebehandling. Jeg mener det er et økende behov for forskning på flerfaglig arbeid i helsevesenet generelt. I denne sammenhengen mener jeg det vil være fruktbart å gjennomføre flere empiriske studier, slik jeg har gjort her. Å studere

hvordan medisinsk arbeid gjøres i konkrete arbeidssituasjoner, slik som i flerfaglige medisinske møter, er nødvendig dersom man skal få innblikk i hvordan man løser arbeidsoppgaver i helsevesenet.

Litteraturliste

Album, D. 2010. «Kap. 15: Den ene undersøkelsen etter den andre.» I *Metodene våre*. Red.: Album, D., Nordli Hansen, M. og Widerberg, K. Oslo: Universitetsforlaget.

Album, D. 2013. «Kap. 9: Uformell prioritering i sykehus: Nye subprofesjoners betydning». I *Profesjonsstudier 2*. Red: Molander, A. og Smeby, J-C. Universitetsforlaget.

Album, D. og Westin, S. 2008. «Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students». I *Social Science & Medicine*, 66, 182-188. Elsevier.

Atkinson, P. 1995. *Medical talk and medical work: the liturgy of the clinic*. London: Sage.

Atkinson, P. 1997. *The Clinical Experience. The construction and reconstruction of medical reality*. England: Ashgate.

Berger, P. L. og Luckmann, T. 1966. *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Anchor Books.

Blazeby, J. M., Wilson, L., Metcalfe, C., Nicklin, J., English, R., & Donovan, J. L. (2006). «Analysis of clinical decision-making in multi-disciplinary cancer teams.» I *Annals of Oncology*, 17(3), 457-460.

Corbin, J., & Strauss, A. 1985. «Managing chronic illness at home: Three lines of work.» I *Qualitative sociology*, 8(3), 224-247.

Cott, C. 1998. «Structure and meaning in multidisciplinary teamwork». I *Sociology of Health & Illness*, 20(6), 848-873

Daft, R. L. og Weick, K. E. 1984. «Toward a Model of Organizations as Interpretation Systems». I *The Academy of Management Review*, Vol. 9, Nr. 2, 284-295.

Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. 2011. *Writing ethnographic fieldnotes*. University of Chicago Press.

Fangen, K. 2008. *Deltagende observasjon*. 2. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

Freidson, E. 1970. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. USA: University of Chicago Press.

Goffman, E. 1961. *Encounters. Two Studies in the Sociology of Interaction*. USA: The Bobbs-Merrill Company, Inc.

Goodwin, C. 1994. «Professional vision». I *American anthropologist*, 96(3), 606-633.

- Hollenbeck, J. R., Ilgen, D.R., Segó, J.D., Hedlund, J., Major, D.A., & Phillips, J. 1995. «Multilevel Theory of Team Decision Making: Decision Performance in Teams Incorporating Distributed Expertise». I *Journal of Applied Psychology*, Vol. 80, No. 2, 292-316.
- Hutchins, E. 2000. «Distributed cognition». I *Internacional Enciclopedia of the Social and Behavioral Sciences*.
- Jordonova, L. 1995. «The Social Construction of Medical Knowledge». I *The Society for the Social History of Medicine*.
- Jutel, A. 2009. «Sociology of diagnosis: a preliminary review». I *Sociology of Health and Illness*, Vol. 31 No. 2: 278-299. USA: Blackwell Publishing Ltd.
- Jutel, A. og Conrad, P. 2011. «Lumping or Splitting. Classification in Medical Diagnosis». I *Putting a Name to It*. JHU Press
- Korsnes, O. 2008. *Sosiologisk leksikon*. 2. utgave. Universitetsforlaget: Oslo.
- Leder, D. 1990. «Clinical Interpretation: The Hermeneutics of Medicine». I *Theoretical Medicine* 11: 9-24. Nederland: Kluwer Academic Publishers.
- Li, J., Robertson, T., Hansen, S., Mansfield, T., Kjeldskov, J. 2008. «Multidisciplinary Medical Team Meetings: A Field Study of Collaboration in Health Care.» I *OZCHI* 8-12.
- Merton, R. K. 1968. «Ch. 3: Manifest and Latent Functions.» I *Social Theory and Social Structure*. The Free Press: New York.
- Mintzberg, H., Raisinghani, D., & Theoret, A. 1976. «The structure of'unstructured'decision processes». I *Administrative science quarterly*, 21(2).
- Mintzberg, H. og Waters, J. 1990. «Studying Deciding: An Exchange of Views Between Mintzberg and Waters, Pettigrew, and Butler». I *Organization Studies* 11:001. Sage Publications.
- Måseide, P. 2003. «Medical talk and moral order: Social interaction and collaborative clinical work.» i *Text*, 23(3), 369-403.
- Måseide, P. Under publisering. «Team talk and Problem Solving in Thoracic Medicine». I *Team Talk: Decision-Making Across Boundaries in Health and Social Care*. Red.: Sarangi, S. og Linell, P. Equinox: Sheffield.
- Måseide, P. 2006. «The deep play of medicine: Discursive and collaborative processing of evidence in medical problem solving.» I *Communication & Medicine*. 3(1) 43-54. Berlin New York: Walter de Gruyter.

- Nettleton, S. 1995. *The Sociology of Health and Illness*. Great Britain: TJ International.
- Opie, A. 1997. «Thinking teams thinking clients: issues of discourse and representation in the work of health care teams». I *Sociology of Health & Illness*, 19(3), 259-280.
- Payne, G. og Williams. M. 2005. «Generalization in Qualitative Research.» I *Sociology*, 39 (2): 295-314. London: Sage Publications.
- Ruhstaller, T., Roe, H., Thürlimann, B., & Nicoll, J. J. 2006. «The multidisciplinary meeting: an indispensable aid to communication between different specialities». I *European journal of cancer*, 42(15), 2459-2462.
- Sands, R. G., Stafford, J., & McClelland, M. (1990). " I Beg to Differ". Conflict in the Interdisciplinary Team.» I *Social Work in Health Care*, 14(3), 55-72.
- Sarangi, S. og Roberts, C. 1999. *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical Mediation and Management Settings*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Schei, E. 2007. *Hva er medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sidhom, M. A., & Poulsen, M. G. 2006. «Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions.» I *The lancet oncology*, 7(11), 951-954.
- Silverman, D. 2010. *Doing qualitative research*. 3. utgave. London: Sage Publications.
- Solheim, J. 2002. «Kjønn, kompetanse og hegemonisk makt». I *Den usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv*. Red.: Solheim, J. og Ellingsæter, A L. Gyldendal Norsk Forlag.
- Star, S.L. og Strauss, A. 1999. «Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work.» I *Computer Supported Cooperative Work*, 8, 9-30. Kluwer Academic Publishers: Nederland.
- Strauss, A. 1988. «The articulation of project work: An organizational process.» I *The Sociological Quarterly*, 29(2), 163-178.
- Strauss, A. 1985. «Work and the division of labor.» I *The Sociological Quarterly*, 26(1), 1-19.
- Thompson, P. og McHugh, D. 2009. «Ch. 16: Knowledge and its management». I *Work Organizations. A Critical Approach*. 4. utgave. Palgrave Macmillan: Great Britain.
- Thompson, P. og McHugh, D. 2009. «Ch. 24: From groups to teams». I *Work Organizations. A Critical Approach*. 4. utgave. Palgrave Macmillan: Great Britain.
- Tjora, A. 2013. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Williamson, O. E. 1975. «Ch. 3: Peer Groups and Simple Hierarchies». I *Markets and Hierarchies. A Study in the Economics of Internal Organization*. Free Press.

Internettkilder

Felleskatalogen. 2014. «Methotrexate Pfizer 2,5 mg tablett» URL: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-methotrexate-pfizer-561413> Sist besøkt: 12.06.2014.

Mayo Clinic. 2014. «Radiation Oncology». URL: <http://www.mayoclinic.org/departments-centers/radiation-oncology/overview> Sist besøkt: 04.06.2014

Norsk forening for nevrofibromatose. 2012. «Nevrofibromatose 1». URL: <http://nffnf.no/nevrofibromatose-1-nf1/> Sist besøkt: 04.06.2014

Norsk Helseinformatikk. 2014. «Akutt disseminert encefalomyelitt». URL: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/akutt-disseminert-encefalomyelitt-17429.html?page=1> Sist besøkt: 11.06.2014

Store Medisinske Leksikon. 2014. URL: <http://sml.snl.no/> Sist besøkt: 04.06.2014

Store Norske Leksikon. 2014. URL: <http://snl.no/> Sist besøkt: 04.06.2014

Tidsskrift for Norsk Legeforening. 2006. «Nevroradiologi». URL: <http://tidsskriftet.no/article/1320488/> Sist lest: 04.06.2014.

Utdanning.no. 2014. «Patolog». URL: <http://utdanning.no/yrker/beskrivelse/patolog> Sist lest: 04.06.2014.

Yale School of Medicine. 2014. «Hematology and Oncology». URL: <http://medicine.yale.edu/pediatrics/hematology/index.aspx> Sist besøkt: 04.06.2014

Alle kilder brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord i denne oppgaven er 27 973.

Vedlegg

Vedlegg 1: Svarbrev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårlegres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel. +47-55 58 21 17
Fax. +47-55 58 96 90
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Dag Album
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi
Universitetet i Oslo
Postboks 1096 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 17.09.2013

Vår ref:35023 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.07.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 13.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35023	<i>Beslutningsprosesser i tverrfaglige medisinske møter</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Dag Album</i>
<i>Student</i>	<i>Marlene Persson</i>

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

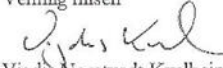
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemmet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.08.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Marlene Persson, Mandalls gate 8c, 0190 OSLO

Aufteilungskontore / District Offices

OSLO: NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1096 Blindern, 0316 Oslo. Tel. +47-22 85 52 11 nsd@uis.no
TRONDHEIM: NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel. +47-73 59 19 07. kjerne.svar@svt.ntnu.no
TRONHØJ: NSD SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel. +47-77 64 43 36 nsdmas@svu.ntnu.no



Personvernombudet forutsetter at prosjektet er klarert med sykehusets ledelse, innbefattet bruk av lydopptak.

Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet forutsatt følgende endringer:

- * setningen "Data registreres som lydopptak dersom det gis tillatelse til dette fra personvernmyndighetene og egne notater" endres til "Data registreres som lydopptak og egne notater dersom det gis tillatelse fra sykehusets ledelse samt tilstedeværende på møtene"
- * setningen "Det er derfor viktig å presisere at informasjon om pasienter ikke er relevant for undersøkelsens formål og ikke vil registreres" endres til "Det er derfor viktig å presisere at informasjon om pasienter ikke er relevant for undersøkelsens formål".

Vi ber om å få tilsendt et revidert informasjonsskriv til følgende adresse:
personvernombudet@nsd.uib.no

Det kan fremkomme opplysninger om tredjeperson (pasienter) i forbindelse med observasjonen. Personvernombudet finner at behandlingen av opplysningene kan finne sted med hjemmel i personopplysningsloven §§ 8 d) og 9 h). Forutsetningen er at opplysningene anonymiseres ved transkribering. Behandlingen av opplysningene vil således være svært kortvarig og ulempen anses som liten. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har innvilget dispensasjon fra taushetsplikten gjeldende til 30.06.14.

Personvernombudet anbefaler at den enkelte får anledning til å godkjenne egne sitater.

Forventet prosjektslutt er 30.08.14. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Eventuelle lydopptak slettes. Indirekte personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller kategoriseres tilstrekkelig.

Vedlegg nummer 2: Svarbrev fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Gjøril Bergva	Telefon: 22845529	Vår dato: 12.09.2013	Vår referanse: 2013/1298/REK sør-øst D
			Deres dato: 25.06.2013	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Til Dag Album

2013/1298 Beslutningsprosesser i tverrfaglige medisinske møter

Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Oslo
Prosjektleder: Dag Album

Vi viser til søknad om dispensasjon fra taushetsplikt i ovennevnte prosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 22.08.2013. Vurderingen er gjort med hjemmel i helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 d første ledd.

Prosjektomtale

Prosjektets formål er å studere hvordan beslutningsprosesser om diagnostisering og behandling av pasienter foregår i tverrfaglige medisinske møter. Prosjektet, som er en masterstudie, skal gjennomføres ved hjelp av deltakende observasjon ved cerebro-vaskulære møter ved Oslo universitetssykehus. Hensikten er å få en bedre forståelse av hvordan arbeidsdeling og kunnskapsfordeling etableres i slike møter, og hvordan dette igjen innvirker på beslutningsprosesser. Det er ikke opplyst om hvor mange møter masterstudenten ønsker å være til stede i, men at dette skal skje i løpet av høsten 2013. I møtene vil det fremkomme taushetsbelagt informasjon om pasienter, og det er antatt at masterstudenten vil få slik informasjon om ca. 10 pasienter. Av den grunn søkes det om dispensasjon fra taushetsplikt. Det planlegges å gjøre lydopptak av møtene.

Vurdering

Komiteen finner at prosjektet faller utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven. Verken formålet med prosjektet eller det man reelt sett kan oppnå med prosjektet vil fremskaffe ny kunnskap om helse eller sykdom som sådan.

REK er gitt myndighet til å kunne gi dispensasjon fra taushetsplikten for tilgang til taushetsbelagte helseopplysninger fra helsepersonell eller helsetjenesten for annen forskning, jf. helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 d første ledd. Komiteen er av den oppfatning at de samme vurderinger skal gjøres her, som ved vurdering av fritak av lovpålagt taushetsplikt etter helseforskningsloven §§ 15, 28 og 35. Relevante skjønnsmomenter i vurderinger foretatt etter helseforskningslovens bestemmelser er anvendt i komiteens vurdering av denne saken.

I dette tilfellet finner komiteen at det er behov for dispensasjon fra taushetsplikten, i og med at masterstudenten får indirekte kjennskap til pasienters helseopplysninger. Etter komiteens syn er vitenskapelig og samfunnsmessig nytte godt gjort, og ulempen for den enkelte registrerte anses som minimal. Det fremgår av forskningsprotokollen at eventuelle lydopptak vil slettes etter transkribering, og at pasientene vil være anonyme i transkriberingen. Hvorvidt masterstudenten kan ta lydopptak fra møtene, må avklares med sykehusledelsen og de personer som er til stede i møtet.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Komiteen gjør oppmerksom på at REKs myndighet er begrenset til å vurdere om vilkårene for å gi dispensasjon fra taushetsplikt er oppfylt. Søker må ta kontakt med personvernombudet som gir behandlingsgrunnlag/konsesjon for opplysninger som inngår i forskningsprosjekter.

Vedtak

Med hjemmel i Forskrift av 2.7.2009 nr. 989, Delegering av myndighet til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13d første ledd, har komiteen besluttet å gi fritak fra lovpålagt taushetsplikt.

Dispensasjonen fra taushetsplikt innebærer at ovennevnte opplysninger kan innhentes som beskrevet i søknaden uten hinder av taushetsplikt og uten nærmere samtykke fra pasientene.

Følgende vilkår ligger til grunn for dispensasjonen:

- at prosjektet gjennomføres i samsvar med søknad og forskningsprotokoll
- det forutsettes at de nødvendige godkjenninger foreligger fra personvernombud eller Datatilsynet
- at eventuelle rapporter eller publikasjoner gis i en slik form at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes
- at personidentifiserbare opplysninger slettes, eller anonymiseres straks det ikke lenger er behov for dem og senest ved prosjektets avslutning.

Dispensasjonen fra taushetsplikt gjelder til 30.06.2014.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med
Leder

Gjøril Bergva
Rådgiver

Kopi til: malfrid.hoas@sosgeo.uio.no; universitetsdirektor@uio.no