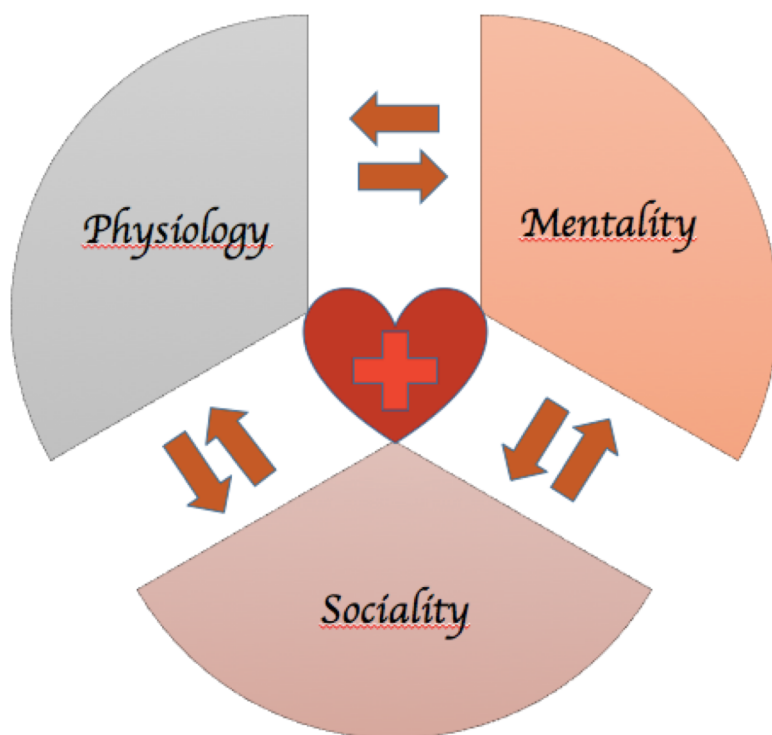


'DET HELE MENNESKE'

BEHANDLERES FORSTÅELSE OG OPLEVEDE HÅNDTERING AF DEN
HELHEDSORIENTEREDDE TILGANG I BEHANDLINGEN AF
FLYGTNINGE MED PTSD



SPECIALEAFHANDLING,
SOCIOLOGI 10. SEMESTER 2020
JOSEFINE SEGERSTRØM MØRK
Vejleder: Anders Petersen
Anslag:167.167

FORORD

En stor tak skal lyde til alle dem, der har været medvirkende til, at dette speciale har kunnet lade sig gøre, særligt i disse coronatider, der har vendt op og ned på hverdagen. Særligt skal der lyde en tak til rehabiliteringscenteret og de behandlere, der har medvirket til, at det overhovedet har været muligt at få fat i empiri. En personlig tak skal lyde til min specialevejleder, Anders Petersen, der altid har været klar på en vejledning, eller blot en kort snak, der altid har kastet en masse god og konstruktiv feedback af sig. Derudover skal der lyde en personlig tak til min veninde og roomie, Line, som i den grad har bidraget med spændende og meget givtige diskussioner. Det har givet mig endnu flere vinkler og spændende inputs til specialet, og jeg er hende dybt taknemmelig.

ABSTRACT

In recent years more focus has been directed towards mental disorders in contemporary western societies. In this respect, there has been a focus on the cultural influence on these disorders and why they occur. Hereby, cultural aspects and especially cultural barriers are seen as something that needs to be integrated in the therapeutic treatment of mental disorders – especially when the patient comes from a very different cultural background than the therapist. The cultural aspects and barriers are especially seen as vital in the treatment of traumatized refugees because they often live in an intersection between different cultures – their background culture(s) and the culture in the society in which they receive the treatment. In relation to this, there has been a focus on a holistic approach in the treatment of mental disorders, one of them is the biopsychosocial model. An approach in which the idea is to capture the whole patient – both the physical and biological, the psychological and the social factors that affect the patient's life and the mental disorder(s). To be able to have focus on these different factors the treatment needs to be done in an interdisciplinary teamwork.

This sociological master thesis focuses on therapists' perspectives on the holistic approach in the treatment of refugees diagnosed with PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). The therapists included in the thesis consist of psychologists and physiotherapists that all work in a Danish rehabilitation centre for traumatized refugees. The therapists are treating the patients through a holistic approach but there does not seem to be a definition of what this approach consists of at the centre. Hereby the approach seems to be a sort of a 'black box' which the therapists individually have to fill out. Hereby this can affect how they deal with the approach in their treatment of the patient and the overall link in the total treatment of the patient.

Therefore, this master thesis is going to examine the therapists' perceptions of the approach and what it consists of, and in relation to that their experienced handling of the approach in the treatment of the patients.

To examine the different therapists' perceptions and experienced handling this thesis is inspired by an adaptive approach with hermeneutic elements and with a focus on the use of

sociological orienting concepts. These concepts consist of parts of Peter L. Berger & Thomas Luckmann's theory of knowledge, parts of Axel Honneth's theory of recognition and parts of Carol Boyd and Sharon C. Bolton's theory of emotional management at the workplace. Besides these concepts there has been a focus on including new perspectives in the analysis to be able to unfold and explain the therapists' statements. The method used to collect the therapists' perceptions and experienced handling of the approach consist of individual semi-structured video interviews via Skype/ Facebook.

Throughout the thesis it has become evident that even though there seems to be no definition of the holistic approach, the different therapists' perceptions seem to be quite comparable – they all see some physical, psychological and social elements in the approach. Furthermore, there seems to be a lot of different aspects that affect the experienced handling of the approach. Especially, the relatively loose structural framework at the center seems to play a vital role on the experienced handling both leaving some space for the therapists to draw on some of their own feelings in their relation to the patient – something that is vital in understanding and treating these very fragile patients. On the other hand the relatively loose structural framework especially concerning the interdisciplinary dialogue between the therapists both have some positive and negative consequences on the experienced handling. Here the day-to-day dialogue is structured by the therapists themselves where personal preferences and chemistry sometimes can affect the ongoing link between the different treatments in the total treatment of the patient.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	7
1.1. PSYKIATRISK DIAGNOSTICERING - TO PARADIGMER	8
1.2. REHABILITERING OG DEN HELHEDSORIENTEREDE BEHANDLING	8
1.3. PROBLEMFORMULERING	10
1.3.1. BAGGRUNDEN FOR PROBLEMFORMULERINGEN OG DEN SOCIOLOGISKE RELEVANS	10
1.4. LITTERATURSØGNING	11
2. STATE OF THE ART	13
2.1. TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE I BEHANDLING AF PSYKISKE LIDELSER	13
2.2. DEN HELHEDSORIENTEREDE TILGANG TIL PATIENTEN	14
2.3. BEHANDLINGEN AF FLYGTNINGE MED PSYKISKE LIDELSER - ET YDERLIGERE FOKUS PÅ KULTUR	16
2.4. SPECIALETS PLACERING I FORHOLD TIL DEN EKSISTERENDE FORSKNING	18
3. KARAKTERISTIK AF DEN HELHEDSORIENTEREDE TILGANG	20
3.1. DEN BIOPSYKOSOCIALE MODEL (BPS)	20
FIGUR 1: DEN BIOPSYKOSOCIALE MODEL (BPS):	21
4. VIDENSKABSTEORETISK STÅSTED	23
4.1. DE ORIENTERENDE BEGREBER	24
4.1.1. ANERKENDELSE AF PATIENTERNE OG BEHANDLERNE	24
4.1.2. BEHANDLERNES FAGLIGE COMMONSENSE BETRAGTNINGER	26
FIGUR 2: DE DIALEKTISKE PROCESSER MELLEM SAMFUNDET SOM OBJEKTIV OG SUBJEKTIV VIRKELIGHED	27
4.1.3. INDTRYKSSTYRING Gennem FØLELSesarbejde	29
4.2. TRADITIONERNE BAG DE ORIENTERENDE BEGREBER OG DERES BEGRÆNSNINGER	32
4.3. DE ORIENTERENDE BEGREBERS PLACERING I FORHOLD TIL PROBLEMFORMULERINGEN	34
FIGUR 3: DE ORIENTERENDE BEGREBER I FORHOLD TIL PROBLEMFORMULERINGEN	34
5. DESIGN OG METODISKE OVERVEJELSER	36
5.1. DET KVALITATIVE INTERVIEWSTUDIE	36
5.1.1. DET INDIVIDUELLE SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEW VIA SKYPE/ FACEBOOK	37
5.1.1.1. INTERVIEWGUIDE OG UDFØRELSE AF INTERVIEWET OVER SKYPE/FACEBOOK	37
5.1.1.2. INTERVIEW STEDET: HJEMME OVER SKYPE/FACEBOOK	38
5.1.1.3. ADGANG TIL CENTERET OG INFORMANTERNE	40
5.1.1.4. REKRUTTERING OG ANONYMISERING AF INFORMANTER	40
5.1.1.5. MIN ROLLE SOM FORSKER I INTERVIEWUNDERSØGELSEN	42
5.1.2. ANALYSESTRATEGI	44
6. ANALYSE	45
6.1. 'MAN SER LIGESOM DET HELE MENNESKE' - FORSTÅElsen AF DEN HELHEDSORIENTEREDE TILGANG	45
6.1.1. 'DER LIGGER NOGET FYSISK, NOGET PSYKISK OG NOGET SOCIALT'	46
6.1.2. DEN KULTURELLE FORSTÅELSE AF FORHOLDET MELLEM KROP OG PSYKE	50
6.2. DEN OPLEVEDE HÅNDTERING AF DEN HELHEDSORIENTEREDE TILGANG	52
6.2.1. RAMMERNE FOR ARBEJDET	52
6.2.2. 'AT HOLDE BOLDEN PÅ EGEN BANEHALVDEL' - GRÆNSERNE MELLEM FAGGRUPPERNES OPLEVEDE HÅNDTERING	57
6.2.2.1. 'DET PRIMÆRE FOKUS OG DE SEKUNDÆRE KOMPONENTER' - SAMSPILLET MELLEM DE FORSKELLIGE DELELEMENTER I BEHANDLINGSSITUATIONEN	59

6.2.3. 'MAN HAR SIN EGEN STIL' - EN STOR GRAD AF METODEFRIHED	61
6.2.4. 'DET PROFESSIONELLE NÆRVÆR' - ET KRYDSFELT MELLEM DET PROFESSIONELLE OG DET PERSONLIGE	65
6.2.4.1. 'VI LÅNER VORES NERVESYSTEM UD' - FØLELSERNES BETYDNING FOR ARBEJDET	68
6.3. 'SAMLINGEN AF PATIENTENS PUSLESPIL' - DET TVÆRFAGLIGE ELEMENT	70
6.3.1. KOBLINGEN MELLEM DE FORSKELLIGE DELEMENTER	70
7. DISKUSSION	75
8. KONKLUSION	77
FIGUR 4: SAMMENHÆNG MELLEM FORSTÅELSE, HÅNTERING OG RAMMER	78
9. LITTERATURLISTE	80
10. BILAG 1: FORMEL INTERVIEWGUIDE	86
11. BILAG 2: PRAKTISK INTERVIEWGUIDE	90

1. INDLEDNING

I løbet af de seneste år er der kommet et øget fokus på psykiske lidelser i de vestlige samfund, herunder Danmark. Flere og flere individer diagnosticeres med psykiske lidelser, heriblandt ses depression, angst og adfærdsforstyrrelser som ofte forekommende lidelsestyper. I takt med det øgede blik på psykiske lidelser, er der løbende kommet mere fokus på det kulturelle aspekt i forhold til, hvorfor psykiske lidelser opstår. Kulturen anses derfor som et aspekt, der bør tages med in mente, når patienter med psykiske lidelser skal behandles (Bengtsson & Gregersen 2013:10-11;Nielsen et. al. 2016:6-7). Det anses derfor som nødvendigt, at det kulturelle aspekt bevidst medtages i behandlers syn på patienten, særligt når patienten kommer fra en anden kulturel baggrund end den kultur, der er i det samfund, hvor behandlingen udføres. Ifølge professor i socialt arbejde hos James Cook University i Australien, Narayan Gopalkrishnan (2018), har den kulturelle diversitet i verden stor betydning for mange forskellige aspekter af psykiske lidelser, heriblandt både de forståelser der er af sundhed og sygdom, "health seeking behaviour", borgere og behandleres holdninger til sundhed og sygdom, samt de dele af sundhedsvæsenet, der tager sig af mental sundhed (Gopalkrishnan 2018:2).

Særligt spiller de kulturelle barrierer i sundhedsvæsenet en stor rolle for mennesker med flygtningebaggrund, idet de ofte har en helt anden opfattelse af sundhed og sygdom, end den, der gør sig gældende i de vestlige samfund. Derudover er flygtninge en af de patientgrupper, der er mest psykisk belastet på grund af de traumatiske oplevelser mange af dem har med sig i bagagen (DIGNITY 2019:10;Gopalkrishnan 2018:2). En af de tilgange, der i dag arbejdes med i behandlingen af psykiske lidelser, er den helhedsorienterede tilgang. Her forsøger behandler at forstå den enkelte patient gennem de biologiske/ fysiske, psykiske og sociale aspekter, der gør sig gældende for den enkelte patient, og som har betydning for patientens lidelse. Denne tilgang kan ifølge Gopalkrishnan (2018) ses som meget væsentlig i behandlingen af mennesker fra forskellige kulturer, og særligt flygtninge, der ofte har mange sociale udfordringer med sig, som yderligere påvirker deres lidelse (Gopalkrishnan 2018:5-6).

1.1. PSYKIATRISK DIAGNOSTICERING - TO PARADIGMER

For at forstå behandlingen af psykiske lidelser og den helhedsorienterede tilgang, er det relevant at se lidt nærmere på, hvordan psykiske lidelser og diagnosticeringen af dem opfattes i den psykiatriske behandling.

I løbet af de sidste 30 år er der kommet mere fokus på det socialpsykologiske tilsnit i den psykiatriske behandling, men overordnet set eksisterer der stadig to paradigmer inden for psykiatrien: et naturvidenskabeligt medicinsk paradigme og et socialt socialpsykologisk paradigme (Jensen 1996:7; Dansk Psykiatrisk selskab 2004:14-16). Indenfor det naturvidenskabelige medicinske paradigme, hvori den traditionelle diskurs om diagnose ligger, opfattes en diagnose ofte ud fra de faktiske symptomer, som patienten har, samt hvordan vedkommende kan behandles medicinsk, eller rettere: *"sygdom defineres ud fra objektive, påviselige tegn på fysiske ændringer i legemets struktur eller funktion"* (Jensen 1996:64). På den anden side er det sociale socialpsykologiske paradigme, hvor diskurserne om diagnoser bygger på en mere samfunds- og humanvidenskabelig tilgang. I dette paradigme opfattes patientens lidelse, foruden de fysiske symptomer, også ud fra de sociale og kulturelle omstændigheder. Heri ligger der en forståelse af, at menneskelig samhandling, sociale relationer og miljø også har væsentlig betydning for psykiske lidelser (Jensen 1996:10-11; Kleinman 2012:421-422). Det er særligt den socialpsykologiske forståelse af psykiatrisk behandling, der findes interessant i dette speciale qua det øgede fokus på den helhedsorienterede tilgang. Men hvad betyder det i praksis at arbejde helhedsorienteret i behandlingen af psykiske lidelser?

1.2. REHABILITERING OG DEN HELHEDSORIENTEREDE BEHANDLING

Når der tales om behandling af blandt andet psykiske lidelser er det ofte forbundet med rehabilitering, hvis overordnede mål er, at skabe et så selvstændigt og meningsfuldt liv for patienten med fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsnedsættelser og med færrest mulige følger som konsekvens af disse funktionsnedsættelser (Maribo & Nielsen 2018:19). Rehabilitering er således ikke det samme som behandling. Rehabilitering skal forstås som den overordnede proces, hvori behandlingen indgår som et element. For at forstå rehabiliteringsprocessen mere konkret, tages der i specialet udgangspunkt i definitionen fra *"Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet"* (2002) beskrevet i Maribo & Nielsen (2018):

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren som har, eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats"

(Maribo & Nielsen 2018:20).

Rehabiliteringen indebærer således et samarbejde mellem forskellige faggrupper, hvorved den skal forstås som en tværfaglig, samt helhedsorienteret proces, hvor der både er fokus på de biologiske, de psykiske, samt de sociale aspekter af borgerens lidelse. I dette speciale er der fokus på henholdsvis psykologer og fysioterapeuter, der arbejder på et dansk rehabiliteringscenter, der behandler traumatiserede flygtninge med PTSD (Posttraumatisk Stress Belastning). PTSD er en psykisk lidelse, der ofte er baseret på efterreaktioner fra traumatiske oplevelser med vold, både fysisk og psykisk, tortur, krig eller andre lignende scenarier (Sundhed.dk 2020 B). Nærmere information om de danske rehabiliteringscentre og deres målgruppe af patienter kan findes i bilag 3 side 2-3.

I dette speciale anser jeg det som sociologisk interessant at undersøge, hvordan behandlere forstår og oplever at håndtere den helhedsorienterede tilgang, når de skal forsøge at forstå og behandle en patients psykiske lidelse, især når patienten kommer fra en helt anden kultur, end den danske, som dette speciale tager udgangspunkt i. I behandlingen på de danske rehabiliteringscentre for flygtninge lægges der vægt på et tværfagligt samarbejde mellem forskellige faggrupper (DIGNITY 2019:11). Der vil derfor i specialet yderligere vil være fokus på, om der forekommer forskellige forståelser af den helhedsorienterede tilgang på tværs af de to faggrupper, der indgår i specialet: psykologer og fysioterapeuter. Dette leder mig til specialets problemformulering, der lyder som følgende:

1.3. PROBLEMFORMULERING

Hvordan forstår behandlerne den helhedsorienterede tilgang, og hvordan oplever de at håndtere tilgangens forskellige delelementer i deres omgang med patienterne?

I dette speciale skal 'omgangen med patienterne' ikke kun forstås som behandlernes ansigt til ansigts relation med patienterne. Det omfatter også de situationer, der ligger mellem behandlingssessionerne, eksempelvis når behandlerne taler sammen om en patient.

1.3.1. BAGGRUNDEN FOR PROBLEMFORMULERINGEN OG DEN SOCIOLOGISKE RELEVANS

Grunden til, at jeg i dette speciale finder behandlernes forståelse og oplevede håndtering af den helhedsorienterede tilgang interessant, bunder i, at der ikke forekommer en definition på, hvad det vil sige at arbejde helhedsorienteret i behandlingen på centeret. Dette på trods af, at tilgangen beskrives som en væsentlig del af behandlingen på det rehabiliteringscenter, som specialet tager udgangspunkt i (Bilag 3:4). Til udførelsen af specialet har jeg indgået et specialesamarbejde med lederen på centeret, hvor vedkommende har godkendt problemformuleringen, som jeg selv har udformet. Dog har der i samarbejdet ikke været klare retningslinjer for, hvordan jeg har skulle designe og udføre undersøgelsen, hvorfor jeg stadig har haft en del frihed i forhold til lave undersøgelsen ud fra mine egne ønsker og sociologiske interesser. Forinden specialeforløbet havde jeg fire måneders praktik på centeret, hvor jeg fik en fornemmelse af, at behandlerne selv havde meget indflydelse på, hvad deres behandling af patienterne skulle indeholde, og hvordan de ville gribe den an. I forlængelse heraf har jeg en forforståelse af, at de forskellige behandlere har forskellige forståelser af den helhedsorienterede tilgang, hvor psykologerne har mere fokus på de psykiske faktorer, og fysioterapeuterne har mere fokus på de fysiske og fysiologiske faktorer. Dette kan også have betydning for, at de oplever at håndtere tilgangen forskelligt i behandlingen af patienten. Derudover er jeg gennem min tid på centeret blevet gjort opmærksom på af flere behandlere, at det er vigtigt, at de forskellige behandlere arbejder henimod det samme overordnede mål for, at behandlingsforløbet kan blive sammenhængende for patienten. Min forforståelse stemmer også overens med nogle af de ting, som den eksisterende forskning blandt andet lægger vægt på. Den eksisterende forskning vil blive beskrevet i afsnit 2. State of the Art.

Men hvorfor er det sociologisk relevant at undersøge forskellige behandleres forståelse og oplevede håndtering af den helhedsorienterede tilgang i deres omgang med patienterne? Det er det blandt andet, fordi der i den helhedsorienterede tilgang er fokus på interaktionen og relationen mellem forskellige sociale aktører: mellem forskellige behandlere og mellem behandler og patient, hvor der i relationen mellem behandler og patient forekommer en kulturel forskel. Derudover er det sociologisk relevant at undersøge, hvordan den enkelte behandler forstår tilgangen for at se, om der forekommer forskelle på tværs af de forskellige behandlere, og hvilken betydning der har for den oplevede håndtering. Derudover anvender jeg i dette speciale forskellige orienterende sociologiske begreber til at åbne op for, hvordan behandlerne forstår og oplever at håndtere den helhedsorienterede tilgang set ud fra sociologiske briller. Disse begreber består af henholdsvis Axel Honneths begreb *solidarisk anerkendelse*, Peter L. Berger & Thomas Luckmanns begreber *commonsense*, *kommunikationsproces* og *rolleovertagelse*, samt Sharon C. Bolton & Carol Boyds forskellige typer af *indtryksstyring gennem følelsesarbejde*.

1.4. LITTERATURSØGNING

Inden den eksisterende forskning udfoldes findes det her relevant kort at skitsere baggrunden for den eksisterende forskning, der ikke kun indebærer sociologisk forskning, men også forskning indenfor socialt arbejde, psykologi, samt kultur og religion. Afsnittet vil udfolde de databaser og søgeord, jeg har søgt på for at finde frem til den eksisterende forskning. Formålet med afsnittet er at skabe gennemsigtighed i forhold til, hvordan litteraturen er blevet fremsøgt.

Litteratursøgningen skal ikke ses som en fuldstændig udtømmende liste over den eksisterende forskning på området. I stedet er formålet med litteratursøgningen at give et indblik i den eksisterende forskning, der fremkommer i forhold til behandleres perspektiv på den helhedsorienterede tilgang i behandlingen af flygtninge. Her har det vist sig at være nødvendig at inddele den eksisterende forskning i forskellige områder, da der i litteratursøgningen ikke er fundet eksisterende forskning om behandleres perspektiv på den helhedsorienterede tilgang i behandlingen af flygtninge, i en sociologisk kontekst. Områderne består af: tværfagligt samarbejde i behandlingen af psykiske lidelser, den helhedsorienterede

tilgang, samt behandlingen af flygtninge med psykiske lidelser. De databaser, der er blevet anvendt i søgning er blandt andet: Sociological Abstract, AUB Primo, Web of Science, og Google Scholar. Følgende søgeord er blandt andet anvendt i kombination til at finde frem til nogle af artiklerne: Individual recovery process* AND interprofessional* AND Framing*. Interprofessional collaboration* AND Theraphy*. Mental health* AND mental illness* AND cultural diversity* AND care* AND practitioner*. Derudover er der blevet anvendt sneboldeffekt fra nogle af de litteraturreviews, der er fundet via ovenstående søgeord. Sneboldeffekten er særligt anvendt til at finde litteratur på området for 'behandlingen af flygtninge med psykiske lidelser'.

Selvom dele af litteraturen ligger uden for sociologien, kan de alligevel siges at være relevante i specialets kontekst. Artiklerne er relevante, fordi de berører sociologisk relevante emner såsom: tværfagligt samarbejde og de interpersonelle konflikter der kan opstå, den helhedsorienterede behandling udført i et tværfagligt samarbejde, samt behandlingen af flygtninge med psykiske lidelser med fokus på de sociale og kulturelle udfordringer. Disse emner er sociologisk relevante, fordi der er fokus på forskellige faggruppers forståelser af behandlingen, samt den sociale relation og interaktion mellem forskellige faggrupper, og mellem behandler og patient.

2. STATE OF THE ART

I dette afsnit vil den inddraget eksisterende forskning blive udfoldet. Den eksisterende forskning består, som tidligere nævnt, af tre overordnede områder: Tværfagligt samarbejde mellem forskellige faggrupper i behandling af psykiske lidelser, tidligere forskning om den helhedsorienterede tilgang, samt forskning om behandlingen af flygtninge med psykiske lidelser. I den inddraget eksisterende forskning forekommer der også rapporter, der inkluderer behandlingen af etniske danske patienter, da der her også kan forekomme en kulturel forskel mellem patient og behandler (Jf. Bengtsson & Gregersen 2013:10-11,20).

2.1. TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE I BEHANDLING AF PSYKISKE LIDELSER

Det første relevante område omhandler det tværfaglige samarbejde mellem forskellige faggrupper i behandlingen af psykiske lidelser.

På dette område viser eksisterende forskning, at den psykiatriske behandling tager afsæt i et tværfagligt samarbejde mellem forskellige faggrupper, hvor der ofte kan forekomme forskellige typer af friktioner (Cole 2018;Kamp & Dybbroe 2016). Her viser forskning blandt andet, at forskelligheder i filosofiske antagelser, teoretiske perspektiver, samt metoder blandt professionelle i et tværfagligt team er centralt for samarbejdet mellem professionelle, hvor friktioner ofte kan ses som en konsekvens (Cole 2018:2684). I en journal over tre sammenhængende kvantitative survey-undersøgelser af det tværfaglige samarbejde hos professionelle i tre SART (Sexual Assault Response Teams) udført i USA, viser det sig, at en af de oftest forekommende årsager til konflikter i de tværfaglige teams består af de professionelles forskellige fokus i behandlingen af patienterne (Cole 2018:2682,2693). Lignende tilfælde ses også i et kvalitativt etnografisk studie af tværfaglige teams i det danske psykiatriske sundhedssystem, herunder i børnepsykiatrien (Kamp & Dybbroe 2016). I det danske psykiatriske sundhedssystem er arbejdet oftest tværfagligt organiseret, hvor socialarbejdere, undervisningspersonale, hjemmehjælpere og andre støttepersoner, sygeplejersker, psykiatere samt psykologer alle er involveret i både diagnosticering samt behandlingen af psykiske lidelser (Kamp & Dybbroe 2016:68). Studiet viser blandt andet, at faggruppernes profession har betydning for, hvordan de forstår deres arbejde, hvor de forskellige faggrupper har forskellige tilgange til patienterne (Kamp & Dybbroe 2016:73-75).

Derudover viser studiet, at der er et hierarki i forhold til, hvad der anses som viden, og dermed et hierarki mellem de forskellige faggrupper. Her er det særligt fokuset på at lave den rette diagnose, der vinder frem for at forsøge at forstå den enkelte patient ud fra den kontekst, som vedkommende befinder sig i. Dette leder ofte til konflikter, hvor det sociale og støttende personels viden underkendes (Kamp & Dybbroe 2016:75-77,83).

Ikke desto mindre anses det tværfaglige samarbejde i behandlingen af psykiske lidelser som værdifuldt på trods af udfordringer (Kamp & Dybbroe 2016; Cole 2018; Eplov 2011; Glintborg 2015; Bengtsson & Gregersen 2013). Her plæderer Kamp & Dybbroe blandt andet for, at psykiske lidelser også bundes i sociale og samfundsmæssige faktorer i stedet for udelukkende at blive set som en individuel sygdom. Dette syn på psykiske lidelser hører særligt til Skandinavien, herunder Danmark, samt Storbritanniens sundhedsvæsen (Kamp & Dybbroe 2016:69). I Gillespie et. al. (2019), der er et kvalitativt amerikansk studie af behandlingen af veteraner med PTSD, er der også fokus på de fagprofessionelles forskellige professioner og dertilhørende viden. Her er det især psykologerne og psykiaternes viden, der blandt behandlerne vægtes højest (Gillespie et. al. 2019:135).

Grunden til at psykologerne og psykiaterne bliver highlighted i studiet hænger sammen med, at det er de to typer af professionelle i de tværfaglige teams, der er uddannet til at kunne yde en mere dybdegående klinisk behandling. Behandlingstyper, hvor der blandt andet er fokus på klinisk medicinering, kognitive vurderinger samt coping kompetencer (Gillespie et. al. 2019:133-135). I en dansk rapport over regeringens udvalg om psykiatri lavet af SFI (Bengtsson & Gregersen 2013), plæderes der yderligere for, at der er en del gevinster ved de tværfaglige teams, hvor der er fokus på sammenkoblingen mellem den psykiatriske behandling og den sociale indsats. Denne kobling anses i studiet som vigtigt, idet man risikerer, at der kan ske uhensigtsmæssige udfald, hvis der ikke er et tværfagligt samarbejde mellem de to instanser. Dette kan ses i forhold til, at patienten med en eller flere psykiske lidelser ofte har en kompleks sygehistorie, der både skal behandles psykisk, fysisk og socialt (Bengtsson & Gregersen 2013:11-13).

2.2. DEN HELHEDSORIENTEREDE TILGANG TIL PATIENTEN

Ud over eksisterende forskning om det tværfaglige samarbejde i behandlingen, er det også relevant at skitsere, hvordan behandlere forstår patienten. Her peger eksisterende forskning

på, at den såkaldte helhedsorienterede tilgang i behandlingen skal ses som væsentlig, og den trækker tråde til det tværfaglige samarbejde, da det kræver flere forskellige faggrupper at kunne arbejde helhedsorienteret med patienter, her med psykiske lidelser (Eplov 2011:1-2;Glintborg 2015:31-32). Men hvordan er den helhedsorienterede tilgang i behandlingen af psykiske lidelser blevet undersøgt i den eksisterende litteratur? I et dansk studie af den helhedsorienterede psykiatri-indsats med den sindslidende i centrum Eplov (2011), skal den helhedsorienterede behandling ses som en tilgang, hvor den enkelte patients behov sættes i fokus - det der ifølge Eplov kaldes "den individuelle recovery-proces". Denne recovery-proces indebærer, at den enkelte patient tilbydes en tværfaglig behandling, hvor de forskellige dele af behandlingen varierer afhængigt af, hvor i recovery-processen patienten befinder sig (Eplov 2011:1-2).

Et andet dansk studie, Glintborg (2015), viser på samme måde som Eplov (2011), at den helhedsorienterede tilgang til patienten med en eller flere psykiske lidelser er væsentlig for, at patienten kan få et sammenhængende behandlingsforløb med fokus på den enkelte patients fulde recovery-proces (Glintborg 2015:31-32). Hertil peger begge studier på, at den helhedsorienterede tilgang fordrer, at der tages udgangspunkt i både de biologiske/ fysiske, de psykiske og de sociale faktorer, der har betydning for patientens psykiske lidelse(r) og vedkommendes fulde recovery. Til dette kommer begge studier ind på den biopsykosociale forståelsesmodel, hvori der anses for at være et vekselvirkende forhold mellem de biologiske/ fysiske, de psykiske og de sociale faktorer, hvorfor én faktor ikke kan udelades i behandlingen. Grunden til, at den biopsykosociale model anses som vigtig i behandlingen, og generelt i rehabiliteringen af individer med psykiske lidelser, er, fordi psykiske lidelser ofte indebærer komplicerede udfordringer, der kan skabe begrænsninger i patientens fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne. Disse udfordringer opstår typisk gennem gensidig påvirkning fra både patientens helbredstilstand, patientens personlighed og psyke, samt omverdenen (Eplov 2011:1-2,4;Glintborg 2015:31-32,36-37,39-40).

Det er dog væsentligt at pointere, at den viden, som sundhedssystemet er opbygget omkring, ofte er funderet i de vestlige samfunds logikker, hvor der i højere grad er tale om en monokulturel tilgang - en tilgang der ifølge det australske studie af Ata & Morrison (2005) ikke altid stemmer overens med et samfund, der i højere grad består af multikulturalitet (Ata & Morrison 2005:2). Dette leder ned til den sidste del af den eksisterende forskning, der går

mere ind i, hvordan behandlere skal forsøge at forstå patienter med flygtningebaggrund, der lever i et krydsfelt mellem forskellige kulturer.

2.3. BEHANDLINGEN AF FLYGTNINGE MED PSYKISKE LIDELSER - ET YDERLIGERE FOKUS PÅ KULTUR

Traumebehandlingstilbud og andre sundhedsydelser er i større omfang begyndt at anerkende, at de kulturelle aspekter er nødvendige at tage i betragtning, særligt når behandlere skal forsøge at forstå og behandle de traumer, som flygtninge og asylansøgere har med sig i bagagen (Ata & Morrison 2005;Copping et. al 2017;Aroche & Coello 2004).

Ifølge Dansk Institut mod Torturs (DIGNITY) rapport om behandling af traumatiserede flygtninge på de Danske Rehabiliteringscentre (2019), har behandlingerne af traumerne stor betydning for flygtninges livskvalitet og integration i samfundet. Ifølge rapporten er de flygtninge, der har diagnosen Posttraumatisk stress belastning (PTSD), blandt de mest belastede patienter i sundhedssektoren. Derudover er deres sygdomsforløb typisk karakteriseret ved ekstreme fysiske, psykiske og sociale vanskeligheder (DIGNITY 2019:10). De kulturelle aspekter synes herved at udgøre et ekstra lag af udfordringer kontra andre patienter med lignende diagnose. Aroche & Coello (2004) kommer i bogen *“Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees and War and Torture Victims”* blandt andet ind på vigtigheden af det kulturelle element i den psykiatriske behandling, både hos patienter fra den samme kultur som behandleren, men i endnu højere grad i tilfælde, hvor behandler og patient kommer fra vidt forskellige kulturer (Aroche & Coello 2004:54). Både hos Aroche & Coello (2004) samt i lignende international litteratur (Ata & Morrison 2005;Copping et. al. 2017) anses den etnokulturelle identitet som vigtig i behandlingen af traumatiserede flygtninge og asylansøgere, særligt fordi disse mennesker har været nødsaget til at flygte fra deres hjemland og søge om beskyttelse i et andet land, ofte med en meget anderledes kultur, end den de selv kommer fra (Copping et. al 2017:57-58;Aroche & Coello 2004:54;Ata & Morrison 2005:3).

Den etnokulturelle identitet er vigtig for at forstå disse patienters lidelser og deres historie, da identiteten skal ses som formet i et samspil mellem kultur og etnicitet. Dette pålægger et ekstra lag af udfordringer til denne type af patienter, fordi mange af dem ofte selv er en minoritet i deres hjemlande, samtidig med at de typisk er en marginaliseret gruppe

i det land de opholder sig i. Yderligere har denne type af patienter ofte været udsat for kulturel dislokation, diskrimination og andre markante stressfaktorer, der blandt andet bunder i de adskillige tab og traumatiske oplevelser de har haft før, under og efter deres flugt fra hjemlandet (Aroche & Coello 2004:54;Wilson 2004:182). Dette efterlader flygtninge og asylansøgere som den patientgruppe, hvori der ligger mest diversitet og heterogenitet. Dette udfordrer behandlere, fordi de skal forsøge at forstå den kompleksitet, der ligger i de mange forskellige kulturer, som disse patienter kommer fra (Aroche & Coello 2004:54-55;Ata & Morrison 2005:1;DIGNITY 2019:10). Hertil plæderer Aroche & Coello (2005), samt Ata & Morrison (2005) for, at det ikke længere er holdbart for behandlere at tage udgangspunkt i de overordnede og brede forståelser af kultur, religion og stereotype antagelser. I et samfund, der i højere grad bliver mere heterogent og multikulturelt, skal behandlere i den psykiatriske behandling, og særligt af flygtninge og asylansøgere, derimod forsøge at navigere ud fra den komplekse verden, som disse mennesker lever i. En verden, hvor liv er blevet vendt på hovedet, og hvor de kulturelle aspekter både skal ses som en af grundene til traumerne, samtidig med at det også er vejen til recovery (Aroche & Coello 2004:54-55;Ata & Morrison 2005:1,3).

Et yderligere relevant element i forhold til den psykiatriske behandling af flygtninge og asylansøgere er den måde, hvorpå de forstår behandling, der bunder i kulturforskelle. I dele af den eksisterende internationale, vestlige, litteratur fremlægges det blandt andet, at særligt patienter fra mellemøsten og asiatiske lande ikke laver den samme distinktion mellem krop og sind, som de vestlige lande har en tendens til (Feldmann et. al. 2007:521;Nguyen & Bornheimer 2014:525-526). Feldmann et. al. (2007), samt Nguyen & Bornheimer (2014) plæderer blandt andet for, at den reduktionistiske og dualistiske tilgang i den vestlige biomedicin, hvor behandlingstilbud opdeles i henholdsvis kropslige og psykiske lidelser ikke tilgodeser de dele af befolkningen, der ikke laver en adskillelse mellem krop og sind. Hertil viser begge studier, at den psykosomatiske tilgang til behandling har større effekt hos særligt de patienter med mellemøstlige og asiatiske etniciteter, fordi der forekommer en kobling mellem det somatiske og det psykiske samtidig med, at de miljømæssige elementer, herunder kultur, medtages som en del af behandlingen (Feldmann et. al. 2007:521;Nguyen & Bornheimer 2014:525-526). I forhold til dette kan der trækkes tråde tilbage til Eplov (2011) og Glintborg (2015), hvor behandlerne i den psykiatriske behandling af patienter med psykiske lidelser både skal tage udgangspunkt i de biologiske/ fysiske, de psykiske og de

sociale faktorer (Eplov 2011:1-2,4;Glintborg 2015:31-32,36-37,39-40). Hertil kan der siges, at der i forhold til flygtninge og asylansøgere måske i endnu højere grad skal lægges vægt på de sociale og kulturelle aspekter, fordi der ligger et ekstra lag af kompleksitet i denne del, som kan siges at påvirke de andre dele af det hele menneske.

2.4. SPECIALETS PLACERING I FORHOLD TIL DEN EKSISTERENDE FORSKNING

De forskellige pointer fra den eksisterende litteratur leder mig videre til dette speciales placering i forhold til den eksisterende forskning. Efter at have skitseret relevant eksisterende forskning, både dansk og international, vestlig litteratur, om det tværfaglige samarbejde i behandlingen, den helhedsorienterede tilgang, samt behandlingen af flygtninge og asylansøgere, efterlades jeg med en undren i forhold til, hvordan behandlere forstår og oplever at håndtere den helhedsorienterede tilgang i deres omgang med patienter med flygtningebaggrund. Denne undren bygger på, at koblingen mellem behandleres forståelse og håndtering af den helhedsorienterede tilgang og flygtninge fremstår som et videnshul i den eksisterende forskning. Denne kobling findes i dette speciale interessant, da der ifølge i den eksisterende forskning kan siges at ligge et ekstra kompleks lag af kultur, der i høj grad har betydning for flygtninges psykiske lidelser. Yderligere består den eksisterende litteratur om flygtninge med psykiske lidelser af internationale, men vestlige, studier, der kan siges at adskille sig fra en dansk kontekst. Dette er fordi det danske sundhedssystem adskiller sig fra andre vestlige lande, hvor der ikke i samme omfang forekommer et socialt sikkerhedsnet for mennesker med flygtningestatus, der eksempelvis har ret til behandling på lige fod med den danske befolkning (Sundhedsstyrelsen 2020:3).

Derudover beskrives det ikke i den eksisterende litteratur, hvordan de forskellige delelementer i den helhedsorienterede tilgang mere konkret håndteres af forskellige behandlere, hvorfor denne del også opfattes som et sociologisk interessant videnshul. I første omgang var det ikke mening, at jeg ville tage udgangspunkt i de friktioner, der kan opstå mellem behandlerne i det tværfaglige samarbejde, som den første del af den eksisterende forskning blandt andet viser. Denne del har dog vist sig i empirien at være ret væsentlig for den helhedsorienterede tilgang, da samspillet mellem behandlerne har betydning for sammenhængen i den helhedsorienterede tilgang. Derudover viser denne del af litteraturen

også, at behandleres uddannelse og viden har betydning for deres forståelse af det arbejde de udfører. Mit speciale kan således bidrage med sociologisk viden om, hvordan forskellige behandlere forstår og oplever at håndtere den helhedsorienterede tilgang i deres omgang med patienter med flygtningebaggrund.

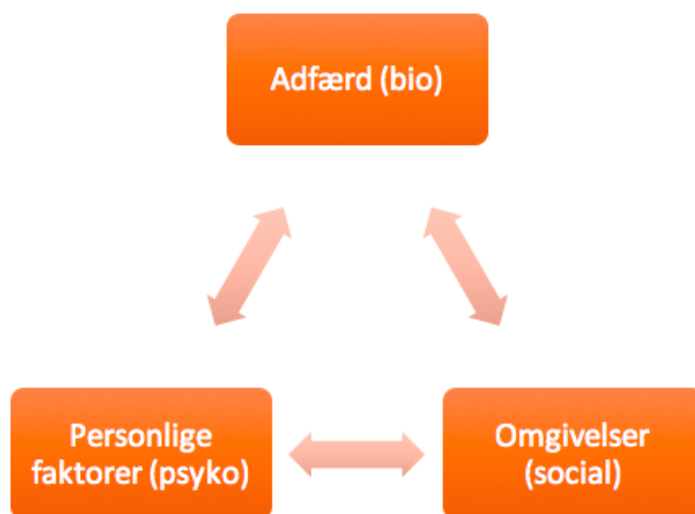
3. KARAKTERISTIK AF DEN HELHEDSORIENTEREDE TILGANG

Da der på det pågældende rehabiliteringscenter ikke foreligger en definition på den helhedsorienterede tilgang, findes det i specialet relevant at inddrage en karakteristik på, hvad det vil sige at arbejde helhedsorienteret i behandlingen af patienter med psykiske lidelser. Dette gøres for at få et greb om, hvordan tilgangen kan forstås forinden empiriindsamlingen, idet tilgangen umiddelbart fremstår som en form for 'black box' på centeret, hvor behandlerne selv skal finde ud af, hvad der ligger i den (Jf. Afsnit 1.3.1.). I dette speciale anvendes den biopsykosociale forståelsesmodel som en karakteristik af den helhedsorienterede tilgang. Baggrunden for anvendelsen af modellen bygger på den eksisterende forskning om den helhedsorienterede tilgang, samt om behandlingen af flygtninge med psykiske lidelser, hvor flygtninge med PTSD kan ses som en særligt udsat gruppe. Dette bygger på det ekstra lag af udfordringer de har med sig, qua de oplevelser de har haft før, under og efter deres flugt (Jf. Afsnit 2.2.;Jf. Afsnit 2.3.).

3.1. DEN BIOPSYKOSOCIALE MODEL (BPS)

I dele af den inddraget eksisterende forskning anses den biopsykosociale model som en væsentlig del af rehabiliteringen af patienter med psykiske lidelser. Dette bygger på den vekselvirkning, der er mellem *det biologiske*: adfærden og de fysiske aspekter, *det psykiske*: personlige faktorer, samt *det sociale*: de omgivelser som patienten befinder sig i, og tidligere har befundet sig i (Jf. Eplov 2011:1-2,4;Jf. Glintborg 2015:31-32,36-37,39-40). Nedenfor ses en figur over modellen.

FIGUR 1: DEN BIOPSYKOSOCIALE MODEL (BPS):



Figuren er lavet med inspiration fra den biopsykosociale model i Charlotte Glintborgs bog *“Rehabiliteringspsykologi - en introduktion i teori og praksis”* (2018). For at kunne forstå den biopsykosociale model, er det væsentligt at skitsere, hvordan delementerne: *det biologiske*, *det psykiske* og *det sociale* kan forstås. *De biologiske faktorer* kan overordnet forstås ud fra de fysiske/ fysiologiske forandringer, patienten oplever i kroppen og hjernen: de fysiske symptomer og adfærden. *De personlige faktorer* kan forstås ud fra personlighedstræk, indre oplevelser og kognitive vurderinger, som for eksempel vurdering af traumatiske hændelser, samt sammenhængende integration af hændelserne og eventuel modsætninger i patientens selvfortællinger. Sidstnævnt kan *de sociale faktorer* forstås som de omgivelser og den sociale støtte patienten har, herunder relationer til nær familie og omgangskreds, samt på et samfundsmæssigt plan, der omfatter nær-samfunds-faktorer, såsom samfundsservice, arbejdsmarkedstilknytning, fritidsaktiviteter, kulturelle faktorer, religion og spiritualitet, samt oplevelser i forbindelse med vold og andre traumatiserende oplevelser (Jf. Glintborg & Larsen 2018:37-38). Yderligere er det væsentligt at nævne, at en helhedsorienterede tilgang ikke udelukker, at der i perioder, eller hos de enkelte faggrupper, kan fokuseres mere på enkelte dele af den helhedsorienterede tilgang. Det fordres dog, at den enkelte fagperson har en biopsykosocial forståelse af patienten og ved hvilke delementer, der relaterer sig til vedkommendes monofaglighed, og hvilke der relaterer sig til de andre faggrupper (Maribo & Nielsen 2018:26). Da den biopsykosociale model skal ses som en overordnet og på forhånd

inddraget karakteristik af den helhedsorienterede tilgang, vil der i empiriindsamlingen og i analysen være en åbenhed og et fokus på at lade behandlerne fortælle, hvordan de forstår den helhedsorienterede tilgang, samt hvordan de oplever at håndtere dens forskellige delelementer i deres omgang med patienterne. Dette bygger på, at det er behandlernes egne forståelser og oplevede håndtering af tilgangen, der specialets fokus.

4. VIDENSKABSTEORETISK STÅSTED

I dette afsnit vil specialets videnskabsteoretiske ståsted blive udfoldet, hvor der hentes inspiration fra den adaptive tilgang, med fokus på de hermeneutiske elementer.

Dette speciale henter inspiration fra den adaptive tilgang, hvor der i forståelsen af sociale aktører lægges vægt på vekselvirkningen mellem teori og empiri. I henhold til dette hentes der inspiration fra anvendelsen af de orienterende begreber. Disse begreber består i specialet af *commonsense betragtninger*, *kommunikationsproces* og *rolleovertagelse*, *solidarisk anerkendelse*, samt *indtryksstyring gennem følelsesarbejde*. Meningen med de orienterende begreber er, at de skal fungere som modificerbare retningsvisere, der giver mig noget at kigger efter i empiriindsamlingen og i analysen, men at der samtidig også er fokus på teoretisering og nye perspektiver. De orienterende begreber skal således ikke ses som determinerende for analysen, idet jeg under empiriindsamlingen og analysen løbende har tilføjet flere temaer og perspektiver, der har været med til at kunne udfolde behandlernes udsagn. Eksempelvis er *følelsesarbejde* først blevet inddraget under empiriindsamlingen, fordi det viste sig at have stor betydning for behandlernes oplevede håndtering (Jf. Jacobsen 2007:250,254-255,261; Bilag 1).

I specialet lægges der vægt på det fortolkende, og mere hermeneutiske element i den adaptive tilgang i forhold til, hvordan genstandsfeltet skal forstås. I fortolkningerne lægges der både vægt på *aktørtænkning*: den enkelte behandlers forståelse og oplevede håndtering af tilgangen, samt *strukturænkning*: hvilke samfundsmæssige strukturer, herunder institutioner, der har betydning for behandlers forståelse og oplevede håndtering (Jf. Jacobsen 2007:252). I forlængelse heraf ligger der et hermeneutisk element i forhold til den viden, der skabes, hvor min forforståelse og fortolkning af empirien, som forsker, kan ses som en form for hermeneutisk spiral. Denne spiral består af en løbende vekselvirkning mellem behandlernes udsagn og min forforståelse, de orienterende begreber og den eksisterende forskning. Denne vekselvirkning danner grobund for en vedvarende fortolkningsproces, hvor der eksempelvis er fremkommet nye perspektiver, der har ændret min forståelse af fænomenet (Jf. Gilje 2017:134). Dette knytter sig til specialets slutningsform, der læner sig opad den abduktive tilgang. Her søger jeg gennem vekselvirkningen mellem forforståelse, teori og empiri at finde frem til den bedst mulige forklaring på behandlernes forståelse og

oplevede håndtering (Jf. Tavory & Timmermans 2014:4-5,7). Måden hvorpå viden opnås i specialet er gennem individuelle semistrukturerede video interviews over Skype/ Facebook, idet der ønskes at få indsigt i den enkelte behandlers forståelse og oplevede håndtering (Jf. Lo Iacono et. al. 2016:4).

4.1. DE ORIENTERENDE BEGREBER

I dette afsnit vil specialets orienterende begreber blive udfoldet. Disse begreber består henholdsvis af dele af Honneths anerkendelsesteori (*den solidariske anerkendelse*), Berger & Luckmanns videnssociologi (*commonsense betragtninger, kommunikationsproces og rolleovertagelse*), samt dele af Bolton & Boyds teori om følelsesarbejde (*indtryksstyring gennem følelsesarbejde*). Grunden til, at disse tre teoretiske perspektiver anvendes, skal ses i forhold til, at der i problemformuleringen både er elementer på et samfundsmæssigt og individuelt plan i forhold til behandlernes forståelse af den helhedsorienterede tilgang, samt deres oplevede håndtering i omgangen med patienterne. Nedenfor vil de forskellige perspektiver blive udfoldet, og de orienterende begreber vil blive kursiveret.

4.1.1. ANERKENDELSE AF PATIENTERNE OG BEHANDLERNE

Det første teoretiske perspektiv, der i dette speciale findes interessant, er dele af Axel Honneths anerkendelsesteori (2001). Honneths teori består af tre forskellige *anerkendelsesformer*: Den emotionelle anerkendelse, der ofte kommer til udtryk i den private sfære blandt nære venner og familie, den retslige, der ofte kommer til udtryk på et samfundsmæssigt niveau ved at individet anerkendes som et individ med samme rettigheder, som andre samfundsborgere. Den sidste anerkendelsesform er *den solidariske anerkendelse*, der ofte kommer til udtryk i de sociale fællesskaber, som individer indgår i, for eksempel på arbejdspladsen eller i samfundet (Honneth 2001:48-50). I specialet lægges der primært vægt på *den solidariske anerkendelsesform*, som et orienterende begreb, i forhold at forstå og forklare, hvordan behandlerne forsøger at forstå patienterne i den helhedsorienterede tilgang. Derudover anvendes begrebet også til at forstå og forklare, hvordan behandlerne oplever at blive anerkendt i den helhedsorienterede tilgang, og hvilken betydning det har for deres oplevede håndtering af tilgangens forskellige delelementer.

Men hvorfor er anerkendelse interessant i dette speciale? Ifølge Honneth skal anerkendelse ses som et quasi antropologisk behov, der har betydning for udviklingen og opretholdelsen af individets identitet. Derudover skal anerkendelse forstås som intersubjektiv, idet anerkendelse sker i en gensidigt proces mellem mennesker. Det er gennem denne gensidige proces, at individets *selvtillid*, *selvrespekt*, og *selvværd* skabes. Dette skal forstås som tre forhold til sig selv, der har betydning for individets identitet – dets mulighed at blive et autonomt menneske med integritet. Hvert af disse selvforhold knytter sig til en bestemt sfære. Det er dog vigtigt at pointere, at denne distinktion kun er mulig på et analytisk plan, da de i virkeligheden er gensidigt sammenvævede. I dette speciale lægges der vægt på *selvværdet*, der skabes gennem *den solidariske anerkendelse* i de sociale fællesskaber som individet indgår i.

De sociale fællesskaber består i specialet af behandlingssituationen i forhold til behandlernes anerkendelse af patienterne, og det tværfaglige samarbejde i forhold til anerkendelsen af behandlerne. I disse sociale fællesskaber er der fokus på et fælles værdigrundlag, og selvværdet bliver i denne sfære skabt og opretholdt ved at individet, i dette speciale patienterne og behandlerne, anerkendes for dets specifikke kompetencer og bidrag til fællesskabet. Individet anerkendes altså som værdifuldt for fællesskabet, hvorved individet har mulighed for selvrealisering. Hvis ikke individet anerkendes som værdifuld for fællesskabet kan det have en negativ indflydelse på individets selvværd (Honneth 2001:48-50). I dette speciale skal den solidariske anerkendelse ses i forhold til den relation, der skabes mellem behandler og patient, hvor der er fokus på behandlernes solidariske anerkendelse af patienternes udfordringer, ressourcer, kompetencer og kulturelle baggrunde - både som en gruppe af patienter med mange udfordringer, herunder kulturelle udfordringer, samt en anerkendelse af den enkelte patients kompetencer og ressourcer som værdifulde. Derudover skal den solidariske anerkendelse også ses ud fra den respons behandlerne oplever at få fra deres kolleger og leder - bliver deres fagprofession som psykolog eller fysioterapeut anerkendt som værdifuld i den helhedsorienterede behandling, eller er der i højere grad tale om en forhandling, hvor nogle af behandlere bliver mere anerkendt end andre?

Måden hvorpå jeg anvender den solidariske anerkendelse i specialet skal således både ses som behandlernes overordnede solidariske anerkendelse af patienterne som en gruppe med mange udfordringer. Denne anerkendelse bliver i specialet set som en forudsætning for

behandlingen, hvor jeg gennem den eksisterende forskning har en formodning om, at behandlerne allerede forinden behandlingens start anerkender, at flygtninge er en gruppe patienter med mange udfordringer (Jf. Afsnit 2.3.). Derudover anvendes den solidariske anerkendelse også på et mere mikrosociologisk plan i forhold til behandlernes anerkendelse af den enkelte patients kompetencer og ressourcer, samt i forhold til anerkendelsen af behandlerne i det tværfaglige samarbejde. Da min for forståelse og den eksisterende forskning yderligere peger på, at forskellige faggrupper har forskellige opfattelser af deres arbejde, er det derfor relevant at inddrage andre perspektiver, der kan være med til at åbne op for behandlernes forståelse og håndtering af tilgangen.

4.1.2. BEHANDLERNES FAGLIGE COMMONSENSE BETRAGTNINGER

For at få en forståelse for, hvad der kan ligge bag behandlernes forståelse af den helhedsorienterede tilgang findes dele af Peter L. Berger & Thomas Luckmanns videnssociologi relevant. I specialet tages der udgangspunkt i *de commonsense betragtninger*, der skabes og opretholdes i den sekundære socialisering. Her er der tale om en mere faglig commonsense, hvorfor min betegnelse *faglig commonsense* vil blive anvendt i analysen. Den sekundære socialisering består af de sociale sub-verdener, som individet er blevet institutionaliseret ind i efter den primære socialisering. Disse sub-verdener skal derfor forstås som et udsnit af individets virkeligheden, der adskiller sig fra 'den helhedsbetonede basisviden', som de har tilegnet sig i den primære socialisering (Jf. Berger & Luckmann 2003:178-179). De sociale sub-verdener, der er fokus på i specialet, omfatter behandlernes uddannelsesmæssige baggrund samt deres arbejde på rehabiliteringscenteret, hvor *rolleovertagelse og kommunikationsprocessen* også kan ses som relevante begreber. Disse begreber skal være med til at åbne op for, hvordan behandlerne forstår tilgangen, herunder om behandlernes forståelse er præget af den viden, de har fra deres uddannelsesmæssige baggrund eller om der er tale om en mere fælles forståelse af tilgangen qua deres socialisering på centeret.

I Berger & Luckmanns videnssociologi (2003) er fokuset den sociale konstruktion af virkeligheden og commonsense. For at kunne forstå den sociale konstruktion af virkeligheden og commonsense, er det væsentligt at skitsere de tre led, der gør sig gældende i

samfundsmæssige processer. Disse tre led skal ses som dialektiske (Berger & Luckmann 2003:99). Nedenfor ses en figur over processerne.

FIGUR 2: DE DIALEKTISKE PROCESSER MELLEM SAMFUNDET SOM OBJEKTIV OG SUBJEKTIV VIRKELIGHED



Som figuren er med til at illustrere, bliver samfundet erfaret som noget objektivt for individet (objektivering), hvorefter dele af samfundet gennem en socialiseringsproces internaliseres, "indbygges", i individet som en subjektiv virkelighed (internalisering). Samfundet skal dog forstås som menneskeligt skabt (eksternalisering), hvorfor dialektikken er central (Berger & Luckmann 2003:99,105-106). I dette speciale er der fokus på de sekundære socialiseringsprocesser, der har fundet sted på henholdsvis behandlernes uddannelsesinstitutioner, samt på deres arbejde på rehabiliteringscenteret. Den viden, der internaliseres gennem den sekundære socialisering, skal forstås som *commonsense betragtninger*, det vil sige som en viden, der gennem rutinemæssige handlinger indlejres i individet som en før-teoretisk viden, hvorved individet tager denne viden for givet i dagligdagen, medmindre den bliver udfordret (Jf. Berger & Luckmann 2003:91,99,178). Denne viden skal dog ikke forstås som en almen givet viden, men i højere grad som en specialviden, der er knyttet til bestemte institutioner og roller, og som skal ses i forhold til arbejdsdelingen i samfundet. I den sekundære socialisering er der således tale om viden, der er socialt fordelt, hvorved bestemte typer af specialviden er knyttet til bestemte typer af udøvere i bestemte institutioner. Denne specialviden overleveres til den pågældende

institutions medlemmer gennem socialiseringen på institutionen, og den opretholdes gennem sociale bekræftelser af rollen og den tilhørende viden fra andre sociale aktører (Jf. Berger & Luckmann 2003:104,178-179,190).

Måden hvorpå denne specialviden internaliseres sker ved, at den pågældende institution yder en social kontrol overfor individet i forhold til, hvordan vedkommende skal agere i en bestemt situation. Hertil kan det siges, at psykologerne gennem deres socialisering via uddannelsen som psykolog får adgang til en række rollespecifikke adfærdsregler, vokabularier og underforståede betydninger, der knytter sig til det at være psykolog. Det samme kan siges at gøre sig gældende for fysioterapeuterne qua deres uddannelse som fysioterapeut (Jf. Berger & Luckmann 2003:92-93,178-179). Den specialviden, som internaliseres i den sekundære socialisering gennem eksempelvis en uddannelse, skal dog ifølge Berger & Luckmann ses som lettere påvirkelig, fordi denne viden ikke er altafgørende for individets selvidentitet. Denne specialviden kan således udfordres og ændres uden, at det kommer til at have store identitetsmæssige konsekvenser for individet, modsat den viden, som er internaliseret gennem den primære socialisering, og som er indlejret dybt i individets selvidentitet. Rollen som psykolog opfattes oftest hos det pågældende individ således ikke som determinerende for vedkommendes identitet på samme måde, som individets rolle som kvinde/mand, datter/søn og/eller mor/far (Jf. Berger & Luckmann 2003:188-189).

Individets rollespecifikke specialviden kan således påvirkes og ændres i socialt samkvem med andre individer fra andre sociale sub-verdener. Her er der tale om en *tildels rolleovertagelse*, hvor individet gennem en længerevarende interaktion med andre individer kan lære at aflæse og optage dele af de andre individers adfærdsmønstre og viden. Eksempelvis kan forskellige behandlere påvirke hinandens viden og adfærdsmønstre gennem et tværfagligt samarbejde, som på rehabiliteringscenteret (Jf. Berger & Luckmann 2003:94-95,188-189). Gevinsterne ved en sådan påvirkning på tværs af sociale sub-verdener åbner, ifølge Berger & Luckmann, op for en ny arbejdsdeling og en nytænkning, som medfører nye vanedannelser, der udvider de forskellige medlemmers fælles baggrund (Jf. Berger & Luckmann 2003:95-96). Det tværfaglige samarbejde mellem forskellige faggrupper på centeret kan altså være med til at udvide hver enkelt behandlers vidensrepertoire og adfærd, der danner grobund for en fælles forståelse. For at en sådan fælles forståelse skal kunne eksistere og fungere kræver det, ifølge Berger & Luckmann, at *kommunikationsprocessen* mellem de forskellige individer fungerer (Jf. Berger & Luckmann 2003:95-96). Det er altså

kommunikationsprocessen både intern og eksternt i faggrupperne, der har betydning for, hvorvidt der kan skabes en fælles forståelse for den helhedsorienterede tilgang, og hvordan de forskellige delelementer skal håndteres.

Min anvendelse af Berger & Luckmanns perspektiv handler således om den viden, der internaliseres i den sekundære socialisering. En socialisering, hvor institutionerne, både behandlernes uddannelsesmæssige baggrund, samt rehabiliteringscenteret, har en strukturerende indvirkning på behandlernes faglige commonsense betragtninger, deres specialviden. Dette perspektiv knytter sig således i højere grad til behandlernes forståelse af tilgangen. Det findes derfor yderligere relevant også at inddrage et teoretisk perspektiv, der kan være med til at åbne mere op for behandlernes oplevede håndtering af tilgangen.

4.1.3. INDTRYKSSTYRING GENNEM FØLELSESARBEJDE

Til at starte med, det vil sige inden empiriindsamlingen, var det først tiltænkt, at Erving Goffmans teori om samhandlingsordenen, herunder begrebet *indtryksstyring*, skulle inddrages til at forstå og forklare de mikrosociologiske processer, der foregår, når behandlerne skal forsøge at håndtere de forskellige delelementer, der er i deres forståelse af den helhedsorienterede tilgang. Allerede efter det første interview blev det dog tydeligt, at følelsesarbejde spiller en stor rolle i forhold til, hvordan behandlerne oplever at håndtere de forskellige delelementer i omgangen med patienterne. Derfor er Goffmans teori om indtryksstyring blevet erstattet med følelsesarbejde allerede under empiriindsamlingen (Bilag 1). Dele af Goffmans teori om indtryksstyring vil dog stadig blive anvendt de steder i analysen, hvor det giver mening.

For at forstå, hvilken betydning følelsesarbejde spiller for behandlernes oplevede håndtering af delelementerne i den helhedsorienterede tilgang, anvendes dele af Sharon C. Bolton & Carol Boyds teori om *følelsesarbejde* (2003). Bolton & Boyds teori bygger videre på Arlie R. Hochschilds teori om Emotional Labour, samtidig med at de trækker en del på Goffmans begreb *indtryksstyring*. Det, som Bolton & Boyd trækker på, og som adskiller sig fra Hochschilds teori, er, at de går mere i dybden med, hvilken betydning individers private selv har for indtryksstyringen på arbejdet, foruden arbejdsgivers og organisationens strukturelle

indflydelse. Blikket på det personlige element i indtryksstyringen er noget, der i højere grad er et levn fra Goffman (Bolton & Boyd 2003:291,295).

Ifølge Bolton & Boyd er der fire forskellige typer af følelsesarbejde: 1. *Det kommercielle*, 2. *Det foreskrevne*, 3. *Det præsentationsbaserede*, og 4. *det filantropiske følelsesarbejde*. I *det kommercielle følelsesarbejde* er motiverne bag følelsesarbejdet instrumentelle, det vil sige baseret på arbejdspladsens strukturelle rammer og udførelsen af den effektive behandling. Her er identiteten, eller rollen, som den ansatte agerer ud fra noget vedkommende bliver pålagt at skulle performe i arbejdsregi. I dette speciale kan det ses i forhold til de strukturelle rammer, der er for arbejdet på rehabiliteringscenteret og som behandlerne skal agere ud fra i deres omgang med patienterne. I *det foreskrevne følelsesarbejde* bygger motiverne på altruisme eller den status, som hænger sammen med individets professionelle rolle. Det vil sige den rolle, som individet er oplært i gennem eksempelvis individets profession som psykolog eller fysioterapeut - det professionelle selv. I dette speciale er denne type af følelsesarbejde knyttet til behandlernes faggruppe, hvor de agerer ud fra de metoder og den viden, de blandt andet har med sig fra deres uddannelsesmæssige baggrund (Jf. Bolton & Boyd 2003:302-305).

Denne del kan på nogle punkter minde om Berger & Luckmanns begreb *commonsense* i forhold til den specialviden behandlerne har med sig fra deres uddannelse. Dog er der hos Bolton & Boyd i højere grad tale om en bevidst handling i indtryksstyringen, hvorimod viden og den adfærd, der knytter sig dertil hos Berger & Luckmann, ses som noget førbevidst (Jf. Berger & Luckmann 2003:93-94; Jf. Bolton & Boyd 2003:302-305).

I *det præsentationsbaserede følelsesarbejde*, der kan ses som det basale socialiserede selv, bygger motiverne bag følelsesarbejdet på personlige elementer, altså de individuelle og sociale 'spilleregler' og følelser, individet har lært gennem livet, herunder også i den primære socialisering. Eksempelvis har individer gennem deres livserfaring allerede en forståelse for de generelle "trafikregler" i sociale interaktioner, før de træder ind i en ny organisatorisk sammenhæng og uden forudgående viden om organisationens spilleregler. *Det præsentationsbaserede følelsesarbejde* kan i specialet siges at koble sig til de individuelle og sociale 'spilleregler' og følelser, som behandlerne har lært gennem livet. Disse individuelle og sociale aspekter, som de drager ind i behandlingen, kan påvirke deres måde at håndtere de forskellige delelementer i den helhedsorienterede tilgang i en mere personlig retning. *Det filantropiske følelsesarbejde* kan også ses som individets sociale selv, men her er

indtryksstyringen i højere grad knyttet til det at gøre noget for andres skyld, eller rettere at gøre dét ekstra for andre (Jf. Bolton & Boyd 2003:291,295-298). Dette kan eksempelvis forstås som behandlernes personligt drevne lyst til at hjælpe patienterne med at få det bedre.

Det er væsentligt at pointere, at disse fire typer af følelsesarbejde er idealtyper, hvor de i virkeligheden ofte forekommer i et samspil med hinanden, og hvor grænserne mellem de forskellige typer er mere uklare. Ifølge Bolton & Boyd har individer evnen til at påtage sig flere roller samtidig og dermed arbejde med følelser på flere forskellige niveauer - både i forhold til de strukturelle rammer på arbejdspladsen, deres professionelle baggrund, samt deres personlige præferencer og følelser. Derudover afskriver de sig ikke fra, at det kan være energikrævende og frustrerende at skulle yde følelsesarbejde på jobbet, samtidig med at nogle af de forskellige typer af følelsesarbejde kan være i konflikt. For eksempel kan *de foreskrevne spilleregler* komme i konflikt med det, der organisationsmæssigt ønskes af individet, *det kommercielle følelsesarbejde*. Rammerne for arbejdet kan eksempelvis komme i konflikt med den viden, som individerne har gennem deres professionelle baggrund. Disse konflikter betyder dog ikke, at der bliver gjort skade på individets egne følelser. Derimod viser individets jonglering mellem forskellige typer af følelsesarbejde, at individet er i stand til at tage bevidste valg i forhold til indtryksstyringen og arbejde med følelser, der passer til den konkrete situation. Dette viser, at den følelsesmæssige arbejdsproces er mangefacetteret og involverer modsætninger, uenigheder og dynamikker, som individet aktivt forholder sig til. Ifølge Bolton & Boyd er det derfor væsentligt at forstå individernes mening bag deres handlinger for at kunne forstå, hvordan følelsesarbejdet udføres (Bolton & Boyd 2003:302-305).

I forhold til dette speciale kan behandlernes følelsesarbejde ses på flere forskellige niveauer, de kan indtryksstyre ud fra de strukturelle rammer på centeret, deres professionelle baggrund som psykolog eller fysioterapeut, og deres personlige præferencer. Derudover er det interessant at se, om der forekommer konflikter mellem de forskellige typer af følelsesarbejde, som behandlerne udfører.

4.2. TRADITIONERNE BAG DE ORIENTERENDE BEGREBER OG DERES BEGRÆNSNINGER

I dette afsnit vil der forekomme en kortlægning af de orienterende begrebers traditionelle ophav, samt noget af den kritik, der er blevet rejst. I forlængelse heraf beskrives det, hvordan begreberne anvendes i dette speciale.

Honneths anerkendelsesteori udspringer af den kritiske teoretiske tradition, også kaldet frankfurterskolen, der anlægger en mere kritisk optik på samfundet (Jf. Ziethen et. al 2013:434). I den forbindelse skal den gensidige anerkendelsesproces, ifølge Honneth, ses som en kamp om anerkendelse i et individualiseret samfund, hvor der er en tendens til, at den sociale anerkendelse af andre tilbageholdes. Der ligger således et moralsk element i Honneths teori om anerkendelse, der særligt kommer til udtryk i de tilfælde, hvor anerkendelsen af andre mennesker ikke bliver opfyldt, og hvor krænkelse og uretfærdighed bliver centralt og ødelæggende for individets identitet. Han har således blik for de sociale patologier, der opstår i kampen om anerkendelse (Jf. Honneth 2001:44-45,48).

Honneths teori er dog blevet kritiseret for at være for normativ, hvor den mangler et mere empirisk grundlag, særligt i forhold til det senmoderne kapitalistiske samfund med fokus på fleksibilitet, der blandt andet karakteriserer det danske samfund. Derudover er han også blevet kritiseret for at have for meget fokus på anerkendelsens afgørende betydning for individets identitet, hvor anerkendelse ifølge Honneth skal ses som positivt for individet. I relation hertil har andre samfundsforskere sat spørgsmålstegn ved, om al anerkendelse kan ses som positiv. Her lægges der særligt vægt på den anerkendelse, der bliver givet på falske præmisser, hvor individet egentlig ikke har fortjent anerkendelsen, hvorfor respekt kan ses som et væsentligt begreb (Jf. Petersen & Willig 2004:338-340; Jf. Petersen & Willig 2011:343-345,352-353). I forlængelse heraf ønskes det derfor i specialet at se, hvordan anerkendelsen tager sig ud i behandlernes forståelse af patienterne, både som gruppe og som individ i den helhedsorienterede tilgang. Derudover ønskes det også se, hvordan behandlerne oplever at blive anerkendt i det tværfaglige samarbejde. Er der tale om en gensidig anerkendelse af kollegerne eller er der i højere grad tale om en kamp om anerkendelse?

I Berger & Luckmanns videnssociologiske teoretiske perspektiv ligger der både et strukturelt, marxistisk element, samt et mere fænomenologisk element, som umiddelbart kan ses som to modstridende traditioner. Det ene er mere strukturel, samfundet yder indflydelse på individets tanker og viden, hvorimod fænomenologien har et mere individualistisk præg, hvor individets viden og tanke er konstituerende for den sociale virkelighed og samfundet (Collin 2003:7-8). Her kan der trækkes tråde tilbage til Berger & Luckmanns dialektiske processer mellem objektiveringen, eksternaliseringen og internaliseringen (Jf. Berger & Luckmann 2003:99). Berger & Luckmanns teori indeholder således både det strukturelle, som yder indflydelse på individet, men også individet som yder indflydelse på det strukturelle. Berger og Luckmann er dog blevet kritiseret for at have for meget fokus på den primære socialisering og det individuelle perspektiv, og mindre fokus på den sekundære socialisering, og den samfundsmæssige påvirkning (Collin 2003:10-13). Da der i specialet er fokus på den specialviden, som behandlerne har med sig fra deres uddannelsesmæssige baggrund, samt deres arbejde på rehabiliteringscentret, er der således fokus på den sekundære socialisering. I henhold til dette er det interessant at se, om behandlernes specialviden kan siges at bunde i deres uddannelsesmæssige baggrunde, hvorved der forekommer forskelle, eller om arbejdet på centeret har givet anledning til en fælles forståelse gennem en kommunikationsproces.

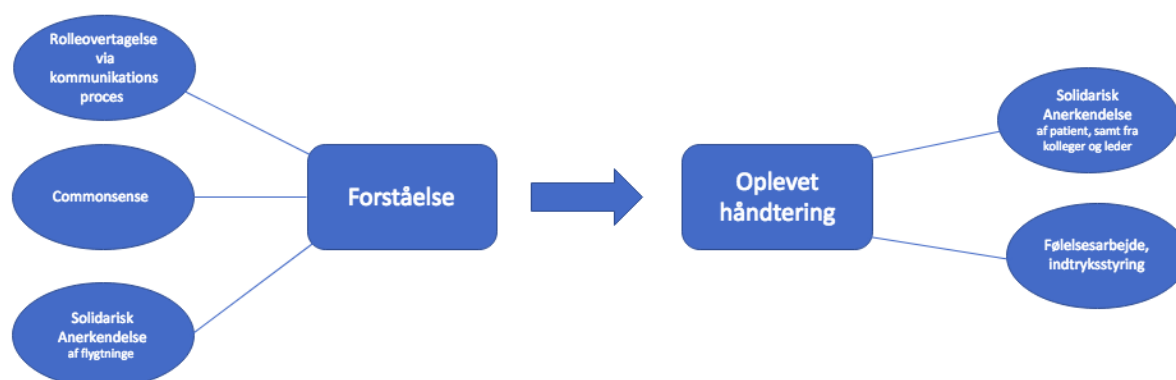
Bolton & Boyds teoretiske perspektiv på følelsesarbejde og indtryksstyring udspringer af en interaktionistisk tradition, hvor der er fokus på, at individers handlinger er styret af den mening og betydning, de tillægger ting og oplevelser. Denne mening eller betydning opstår ifølge interaktionismen gennem de sociale interaktionsprocesser, der foregår mellem individer, og mellem individ og samfund. I forhold til Bolton & Boyd kan dette ses i deres forståelse af, hvordan medarbejdere indtryksstyrer overfor hinanden, og hvordan rammerne for arbejdet kan få betydning for denne indtryksstyring (Jf. Bolton & Boyd 2003:289,297;Jf. Brinkmann 2015:78). Bolton & Boyds perspektiv på følelsesarbejde er blevet kritiseret for ikke at have de konsekvenser, som følelsesarbejdet har på individers identitet for øje. Eksempelvis medtager de ikke den ulige magtfordeling, der ofte forekommer i organisatoriske sammenhænge, hvor arbejdsgiver forventer, at medarbejderne udfører arbejdet på en bestemt måde. Her er det ikke altid muligt for individet at inddrage sine egne personlige følelser og holdninger. Dette er særligt noget af det, som Bolton og Boyd kritiserer Hochschild for at gå for meget ind i qua fremmedgørelsen, men på den anden side kritiseres Bolton &

Boyd for fraværet af det selvsamme (Jf. Brook 2009:545-546). Det er således først i specialets analyse, at der kommer fokus på den ulige magtfordeling, der er mellem behandlerne og de organisatoriske rammer, der er opstillet fra ledelsens side. Følelsesarbejdet anvendes derfor til at forstå, hvordan behandlerne indtryksstyrer, både i relationen til kolleger, patienterne og sig selv.

4.3. DE ORIENTERENDE BEGREBERS PLACERING I FORHOLD TIL PROBLEMFORMULERINGEN

I dette afsnit vil der forekomme en figur med en tilhørende beskrivelse af, hvordan de orienterende begreber relaterer sig til specialets problemformulering. Figuren kan ses nedenfor.

FIGUR 3: DE ORIENTERENDE BEGREBER I FORHOLD TIL PROBLEMFORMULERINGEN



Som det kan ses ud fra figuren kobler de forskellige orienterende begreber sig til bestemte dele af problemformuleringen. *Den solidariske anerkendelse* af flygtninge som gruppe, knytter sig først og fremmest til behandlernes **forståelse** af den helhedsorienterede tilgang, hvor jeg har en formodning om, at behandlerne allerede forinden behandlingsstart anerkender patienterne som en udsat gruppe. Derudover knytter *den solidariske anerkendelse* af den enkelte patient, samt anerkendelsen fra kolleger og leder sig til **håndteringen**, idet jeg har en formodning om, at der også er forskel på patienterne, hvilket har betydning for, hvordan tilgangen opleves at håndteres. Derudover har jeg en formodning, at anerkendelsen fra kolleger og leder har betydning for, hvordan behandlerne oplever at

håndtere den helhedsorienterede tilgang. *Commonsense* og *rolleovertagelse* knytter sig til **forståelsen**, da commonsense, her behandlernes specialviden, skal ses som det, der overordnet set udgør deres forståelse. Selvom rolleovertagelsen sker via en *kommunikationsproces* mellem behandlerne, kan den stadig siges at knytte sig til forståelsen, idet individers forståelse, herunder commonsense kan ændres via denne kommunikation. *Følelsesarbejde* og *indtryksstyringen* knytter sig til **håndteringen**, fordi jeg under empiriindsamlingen blev bevidst om, at der ligger en del følelsesarbejde i den måde behandlerne oplever at håndtere den helhedsorienterede tilgang på, både i forhold til patienterne, kollegerne og behandlerne selv. Derudover har jeg en forforståelse der går på, at forståelsen af den helhedsorienterede tilgang har betydning for den oplevede håndtering af den (Jf. Afsnit 1.3.1.). Udover de orienterende begreber har der i analysen qua teoretiseringen i den adaptive tilgang også været fokus på at inddrage nye perspektiver til at forklare de dele af empirien, som de orienterende begreber ikke kan forklare i sig selv. I analysen har det således været interessant se se, om der en sammenhæng mellem forståelse og oplevet håndtering, eller om der andre aspekter, der indvirker på det.

5. DESIGN OG METODISKE OVERVEJELSER

I denne del vil specialets designmæssige og metodiske overvejelser blive udfoldet, samt hvilken betydning valgene har for specialets resultater.

5.1. DET KVALITATIVE INTERVIEWSTUDIE

Dette speciale er designet som et kvalitativt interviewstudie, hvor der søges at komme i dybden med de enkelte behandleres forståelse og oplevede håndtering af den helhedsorienterede tilgang i omgangen med patienterne (Jf. Lo Iacono et. al. 2016:4). Baggrunden for valg af design bygger på min forforståelse, hvor jeg har en formodning om, at der er forskel på, hvordan de forskellige behandlere forstår og oplever at håndtere den helhedsorienterede tilgang. Forskellen mellem forskellige behandleres forståelse og håndtering af deres arbejde stemmer yderligere overens med dele af den eksisterende forskning (Jf. Cole 2018:2684;Jf. Kamp & Dybbroe 2016:73-75;Jf. Gillespie et. al. 2019:135). Det ses derfor som relevant at undersøge den enkelte behandleres forståelser og oplevede håndtering gennem det individuelle semistrukturerede interview.

Grunden til at interviewene er semistrukturerede bygger henholdsvis på min inddragelse af de orienterende begreber: *solidarisk anerkendelse*, *commonsense*, *rolleovertagelse* og *kommunikationsproces*, samt *indtryksstyring gennem følelsesarbejde*. Det sidste orienterende begreb er blevet inddraget i interviewguiden under empiriindsamling, fordi det allerede i det første interview viste sig at have stor betydning for behandlernes oplevede håndtering af tilgangen (Bilag 1). Eksempelvis har følelsesarbejde vist sig at have stor betydning for, hvordan behandlerne forsøger at skabe en tryk relation med patienten, samt når de forsøger at nedregulere patienterne, når de bliver for påvirket af flashbacks (Jf. Afsnit 6.2.4.;Jf. Afsnit 6.2.4.1.). Udover de orienterende begreber har der i empiriindsamlingen været en åbenhed over for behandlernes egne forståelser og oplevede håndtering, hvorved der i analysen er blevet inddraget nye perspektiver, qua teoretiseringen. Teoretiseringen er her med til at give interviewene vis åbenhed (Jf. Galletta 2013 A:17-18,21-22;Jf. Kvale & Brinkmann 2009:126-128;Jf. Jacobsen 2007:250,254-255,261). I forhold til specialets slutningsform, der henter inspiration fra den abduktive tilgang, samt det hermeneutiske tilsnit, anvendes min forforståelse aktivt i specialet, hvor jeg forsøger at være opmærksom på og eksplicit omkring, når min forståelse ændrer sig, særligt i analysen, hvor

nye perspektiver og temaer har vist sig at være nødvendige for forklaringen af behandlernes forståelse og oplevede håndtering. Der er således fokus på at finde den bedst mulige forklaring på behandlernes forståelse og oplevede håndtering gennem en vedvarende fortolkningsproces, der bygger på en vekselvirkning mellem min forforståelse, orienterende begreber og eksisterende forskning på den ene side og behandlernes udsagn på den anden (Jf. Tavory & Timmermans 2014:4-5,7).

5.1.1. DET INDIVIDUELLE SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEW VIA SKYPE/ FACEBOOK

Empirien i specialet består af 6 individuelle semistrukturerede interviews med to faggrupper: tre fysioterapeuter og tre psykologer. Fem af interviewene er lavet over Skype og det sidste er lavet som et videoopkald over facebook, der fungerer på samme måde som Skype. Til at starte med var det meningen, at interviewene skulle foretages fysisk ansigt til ansigt i et lokale på centeret, men da COVID-19 for alvor ramte Danmark, der udmøntede sig i en lockdown, blev det nødvendigt at skifte til en virtuel interviewform over Skype/ Facebook. Der er dog stadig nogle af de samme etiske overvejelser forbundet med et Skype-interview, som et fysisk ansigt-til-ansigt interview (Lo lacono et. al. 2016:1). De etiske overvejelser vil løbende blive udfoldet i de følgende afsnit i metoden.

5.1.1.1. INTERVIEWGUIDE OG UDFØRELSE AF INTERVIEWET OVER SKYPE/FACEBOOK

Forinden empiriindsamlingen blev der lavet to interviewguides, en formel, hvor de orienterende begreber er inddraget og hvor meningen bag spørgsmålene udfoldes, samt en praktisk interviewguide, der udelukkende består af de spørgsmål, der skal stilles i interviewet (Bilag 1; Bilag 2). Da interviewformen er semistruktureret, og qua teoretiseringen, er spørgsmålene forholdsvis brede og åbne, idet der er fokus på at give behandlernes plads til at udfolde de ting, de finder vigtige i forhold til deres forståelse og oplevede håndtering. Derudover har der også været fokus på at stille uddybende og sonderende spørgsmål til det behandlerne svarer i interviewsituationen (Kvale & Brinkmann 2009:155,159). Interviewguidene er kun blevet ændret en lille smule, efter at det blev nødvendigt at lave interviewene over Skype. Her havde jeg forinden lockdown tænkt, at behandlerne skulle gøre brug af at tegne eller skrive de ting ned, som de mente indgik i deres forståelse af den helhedsorienterede tilgang. Dette kunne være med til at åbne op for en yderligere refleksion

hos behandlerne. Derudover udgjorde tegningerne noget visuelt i forhold til deres forståelse af tilgangen, som jeg direkte kunne sammenligne på tværs af behandlerne. Dette er dog blevet slettet fra guiden, da jeg vurderede, at det ville være for svært at koordinere via et Skype-interview (Jf. Galletta 2013 B:48-49). Spørgsmålene i den praktiske interviewguide er opstillet kronologisk, hvor den første del går mere på forståelsen og den sidste del går mere på behandlernes oplevede håndtering på centeret (Bilag 2). Selvom spørgsmålene er opstillet kronologisk har der været en åbenhed i forhold til, at det højst sandsynligt ville være anderledes i virkeligheden (Jf. Kvale & Brinkmann 2009:151; Bilag 2). Her kom de første spørgsmål om behandlernes forståelse af tilgangen også til at omhandle, hvordan den gør sig gældende på centeret, samt lidt om hvordan de anvender og håndterer de forskellige dele. Nogle af de senere spørgsmål kom således til at fungere som opfølgende og uddybende spørgsmål til noget af det, som behandlerne tidligere havde sagt i interviewet, der gjorde svarene mere nuancerede og dybdegående.

Det afsluttende spørgsmål i interviewguiden, der lyder: "*Oplever du, at I arbejder helhedsorienteret på (centeret)?*" (Bilag 2:91) gav især uddybende og nuancerede svar. Da jeg skulle stille dette spørgsmål, tænkte jeg først, at det virkede lidt som en selvfølge, at de oplevede, at de arbejder helhedsorienteret, da hele interviewet havde omhandlet, hvordan de gjorde det på centeret. Dog viste det sig, at de fleste af behandlerne kom med et mere nuanceret svar på spørgsmålet, hvor nogle af dem svarede "ja og nej" og andre svarede ja, hvorefter de kom ind på de fordele og ulemper, der er ved den måde, de arbejder på, på centeret. Disse fordele og ulemper relaterer sig særligt til det tværfaglige samarbejde, der for flere af behandlerne ofte kan være udfordret på grund af forskellige præferencer og holdninger til, hvor ofte behandlerne eksempelvis skal sparre med hinanden (Bilag 4:38-39; Bilag 5:11,21,30-31).

5.1.1.2. INTERVIEW STEDET: HJEMME OVER SKYPE/FACEBOOK

Selvom selve interviewguiden ikke har ændret sig så meget fra skiftet fra det fysiske til det virtuelle interview, har skiftet alligevel haft en betydning for interviewene. Først og fremmest er der nogle andre betingelser, der gør sig gældende i et virtuelt video interview, der adskiller sig fra det fysiske, hvor jeg blandt andet oplevede, at jeg skulle være ekstra opmærksom på lyden, samt min egen mimik og fraværet af en stor del af gestikken i interviewsituationen (Jf. Lo Iacono et. al. 2016:11-13). Eksempelvis oplevede jeg nogle udfordringer med de forskellige

rum, som behandlerne sad i, hvor særligt ét af interviewene var mere udfordret end de andre. Her sad behandleren i et rum, der kunne minde om et kælderrum, hvor akustikken var meget dårligt, og hvor lyden derfor ringede ret meget. Dette gjorde at behandlerens ord indimellem forsvandt. Dette kan ses i de mange gange, hvor jeg var nødt til at spørge behandleren, om vedkommende kunne gentage det, der lige var blevet sagt, fordi lyd kvaliteten var ret dårlig i situationen (Bilag 4:41-42,48). Derudover var der også flere tilfælde, hvor behandlerne blev afbrudt af lyde omkring dem - eksempelvis familiemedlemmer, der larmede i baggrunden, eller folk der snakkede ude på opgangen (Bilag 5:35-36,54). Udover rummets betydning oplevede jeg også tilfælde, hvor videoen og lyden frøs under interviewene, hvor jeg blandt andet frygtede, at interviewene ville blive afbrudt. Heldigvis endte interviewene med at fortsætte, men jeg og den pågældende behandler måtte flere gange afbryde flowet for at sikre os, at forbindelsen ikke var helt tabt (Bilag 4:11; Bilag 5:15-16,47).

I forhold til lyden oplevede jeg også, at jeg skulle være ekstra varsom med at afbryde behandlerne, når de snakkede, idet mine og behandlerens ord hurtigt kunne forsvinde, hvis vi begge talte på samme tid (Bilag 5:3,11,63). Dette adskiller sig i højere grad fra, hvad jeg ellers har oplevet i andre tidligere fysiske interviews, hvor der har været en tættere og direkte kontakt mellem parterne, og hvor det er lettere at høre hinanden, samt aflæse hinandens mimik og gestik og hele konteksten i det rum man sidder i. I takt med at interviewene blev lavet, blev jeg derfor mere opmærksom på at bruge mit ansigtsudtryk til at vise, at jeg havde hørt, hvad behandleren sagde, eksempelvis ved at nikke og være opmærksom på, at mit ansigtsudtryk var passende til de udtalelser, som behandlerne kom med.

Det øgede fokus på min egen fremtoning og mimik har også gjort, at jeg måske ikke altid har været så opmærksom på behandlerens reaktioner, hvilket kan siges at være en vigtig kilde til information i en interviewundersøgelse, da mimik og gestik, foruden de sagte ord, også er med til at vise informanternes holdninger og forståelse af det, der bliver sagt. Det, at jeg ikke har været så opmærksom på behandlerens reaktioner, kan have gjort, at jeg har misset nogle vigtige informationer, som jeg måske ikke på samme måde ville have misset i et fysisk interview. Den vigtige kilde, der ligger i gestik og mimik kan derfor ses som et mere fraværende aspekt i det virtuelle interview (Jf. Lo lacono et. al. 2016:12-13). Foruden nogle af de udfordringer jeg oplevede med skype-interviewene, virkede de hjemlige omgivelser til at have en positiv betydning for interviewene. Denne formodning bygger på, at behandlerne virkede meget afslappede og ærlige i deres udtalelser - noget der måske ville have været

anderledes, hvis interviewene var blevet foretaget på centeret, hvor de måske i højere grad ville føle, at de skulle tage stilling til, om en kollega eller leder kunne høre, hvad der bliver sagt på den anden side af døren til interviewlokalet (Jf. Lo Iacono et. al. 2016:17-18).

5.1.1.3. ADGANG TIL CENTERET OG INFORMANTERNE

Mit kendskab og min direkte adgang til centeret qua min praktikperiode og specialesamarbejdet, hvor jeg stadig har adgang til deres mailsystem, er en væsentlig faktor i forhold til specialets reliabilitet. Adgangen til deres mailsystem blev en afgørende faktor i forhold til empiriindsamlingen, da jeg qua dette havde direkte adgang til de forskellige behandlere på trods af, at jeg ikke kunne mødes med dem fysisk under Lockdown. Via mailsystemet blev det altså muligt at få stablet de virtuelle interviews på benene uden, at jeg skulle via en "mellemand" for at komme i kontakt med behandlerne. Dette er væsentligt i forhold til reliabiliteten i specialet, idet min direkte adgang har betydning for, at jeg lettere har kunnet få adgang til informanter og information, særligt under de omstændigheder, som COVID-19 har forårsaget. En adgang, der adskiller sig fra andre forskere, der ville undersøge det samme, men som ikke har haft den samme direkte adgang til behandlernes arbejds-mails (Jf. Riis 2012:352-354). Derudover var det qua mit mere personlige kendskab til behandlerne også muligt at foretage interviewene over behandlernes private skype-profiler eller facebook, hvilket ikke i samme omfang ville have været etisk forsvarligt, hvis ikke jeg kendte behandlerne på forhånd. Dette har også gjort, at jeg måske er kommet udenom nogle af de udfordringer, der kan være i forhold til at få skabt en god internetforbindelse, hvor blandt andet 'gæste'-link til Skype, samt forbindelse over arbejdsmæssige computersystemer indimellem kan være udfordrende (Jf. Hanna & Mwale 2017:267). I den forbindelse er det derfor vigtigt at være gennemsigtig med mit kendskab og hvilken betydning dette har for gentageligheden af undersøgelsen, og hvordan det påvirker resultaterne.

5.1.1.4. REKRUTTERING OG ANONYMISERING AF INFORMANTER

Rekrutteringsstrategien i specialet består udelukkende af min egen udvælgelse, da der er blevet lovet, at interviewpersonerne vil blive holdt anonyme i forhold til opgaven, samt i forhold til lederen på centeret. Dette er aftalt internt med lederen, da det i højere grad ville give behandlerne en større grad af anonymitet, hvis lederen ikke vidste, hvem der ville blive spurgt. I den forbindelse har jeg valgt at give behandlerne nogle opdigtede navne, samt

ændret nogle af behandlernes køn i analysen for at opretholde anonymiteten og samtidig gøre analysen mere levende. Derudover har jeg også valgt at anonymisere centeret i opgaven, da der i alt er under 15 behandlere på centeret, hvoraf jeg har interviewet 6.

I forhold til behandlerne er det dog stadig væsentligt, at jeg har forholdt mig til mit kendskab til lederen på centeret og det faktum, at det er lederen, der har godkendt specialesamarbejdet. I den forbindelse har det været vigtigt at understrege anonymiteten over for behandlerne, samt at de er rekrutteret gennem mig, ikke gennem lederen. I den forbindelse har jeg også gjort det klart, at lederen ikke har vidst hvem af behandlerne, der er blevet spurgt. Derudover har det også været vigtigt at understrege overfor hver behandler, at hverken lederen eller de andre behandlere får adgang til interviewene, eller det færdige speciale, men at resultaterne vil blive fremlagt overordnet på et personalemøde (Jf. Kvale & Brinkmann 2009:91-92,209). I forhold til rekrutteringen af behandlere var tanken til at starte med, at interviewpersonerne skulle baseres på faggruppe og anciennitet. Det vil sige, at de behandlere inden for hver faggruppe i pakkeforløbet, som består af fysioterapeuter, sygeplejerske, psykologer og socialkonsulent, der har været der i længst tid, ville være de behandlere, der først blev spurgt, om de kunne have lyst til at deltage. Grunden til, at det var de behandlere, der har længst anciennitet bygger på en formodning om, at de har mere indsigt og erfaring med at arbejde med den helhedsorienterede tilgang på centeret. I praksis blev det lidt anderledes, idet nogle af behandlerne takkede nej til at deltage både før og efter, at jeg meddelte at interviewene skulle foretages virtuelt via Skype eller telefonisk. Herved endte jeg med også at tage nogle af de behandlere, der ikke havde været der i så lang tid. Meningen fra starten af var således, at mine interviewpersoner skulle bestå af to fysioterapeuter og en sygeplejerske, samt to psykologer og en socialkonsulent.

Grundet sygdom og COVID-19 endte det med at blive tre fysioterapeuter og tre psykologer, da både sygeplejersken og socialkonsulenten ikke havde mulighed for at deltage. Dette har selvfølgelig også betydning for specialets resultater i forhold til generaliserbarheden, samt den interne validitet, da empirien udelukkende består af psykologerne og fysioterapeuternes forståelse og oplevede håndtering af den helhedsorienterede tilgang. Jeg er derfor opmærksom på, at min empiri ikke kan sige noget om socialfaglige behandleres forståelser og oplevede håndtering af tilgangen, der i højere grad varetager de sociale dele af den helhedsorienterede behandling, samt de andre typer af faggrupper på centeret, da disse behandlere ikke indgår i empirien (Jf. Afsnit 3.1.;Jf. Riis

2012:355,363). Empirien afspejler således kun et udsnit af de behandlere, der indgår i den helhedsorienterede behandling på centeret, og lignende rehabiliteringscentre. Måden hvorpå interviewpersonerne er blevet rekrutteret er gennem en personlig mail til hver af dem, hvor det overordnede formål med undersøgelsen er beskrevet, samt at informanterne vil blive anonymiseret i opgaven, således at det ikke er muligt at drage udsagnene i analysen tilbage til enkeltpersoner (Jf. Kvale & Brinkmann 2009:89-92). Informanterne består således af tre fysioterapeuter: Morten, Gitte og Bo, samt tre psykologer: Anders, Sofie og Linda.

5.1.1.5. MIN ROLLE SOM FORSKER I INTERVIEWUNDERSØGELSEN

Qua at jeg selv har været en del af arbejdsgangen på rehabiliteringscenteret, særligt i løbet af min praktik, er det af afgørende karakter, at jeg forholder mig til min egen rolle til informanterne, samt til den viden der produceres.

I forhold til min adgang til behandlerne og den tilegnede empiri er det væsentligt at holde de etiske elementer for øje, da jeg gennem min daglige omgang med behandlerne til dels har fået et øget kendskab til dem på et mere personligt plan. I forlængelse heraf har jeg i praksis været meget opmærksom på at stille uddybende spørgsmål til behandlernes udsagn, også selvom det måske var noget, jeg i forvejen kendte til. Dette blev gjort for i højere grad at være gennemsigtig overfor læser og gøre situationen mere professionel uden for meget indforståethed. Derudover blev det også gjort for at få behandlernes egne uddybende beskrivelser af de forskellige ting, som er fokuset i specialet, og dermed ikke en bekræftelse af min egen forforståelse (Jf. Kvale & Brinkmann 2009:93-94). Eksempelvis var der flere tilfælde, hvor behandlerne nævnte en bestemt metode, som de anvendte, herunder NET, som er en psykologisk metode, der bruges i traumebehandlingen. Selvom jeg på forhånd var bekendt med metoden, var jeg opmærksom på, at få behandler til at beskrive den for at undgå, at det kom til at fremstå som et indforstået element i interviewene (Bilag 5:20; Bilag 4:29).

På trods af, at jeg har forsøgt at opretholde min professionelle rolle, var der også tidspunkter, hvor jeg oplevede at blive grebet af stemningen og min egen interesse for feltet. Dette kan eksempelvis ses i forhold til det sidste interview, hvor jeg kom til at spørge lidt for meget ind til en bestemt metode, som i princippet ikke er del af formålet med specialet, hvorefter jeg og behandleren lige skulle tilbage på sporet igen (Bilag 5:60-61). Derudover var

der også tilfælde, hvor en af behandlerne refererede til nogle samtaler, jeg tidligere havde haft med behandleren i løbet af min praktikperiode, hvorfor det også til tider var udfordrende at opretholde en helt professionel rolle i interviewene (Bilag 5:42-43). På den anden side er der også visse gevinster ved, at jeg på forhånd har kendskab til centeret og behandlerne, idet det har givet mig en større forståelse for, hvad det er, der gør sig gældende for deres arbejde. Min daglige gang på centeret har blandt givet en forudgående forståelse af arbejdsgangen, og hvordan de tilgår patienterne. Dette kan siges at være ret relevant, når der ikke forekommer en egentlig definition på, hvad det vil sige at arbejde helhedsorienteret på centeret (Jf. Afsnit 1.3.1.). Derudover oplevede jeg også, at mit, næsten kollegiale, kendskab til behandlerne havde en positiv betydning for den relation, der blev skabt i interviewene, hvor det over Skype ofte kan være svært at skabe en tæt og tillidsfuld kontakt med informanten. Dette bygger på, at det kan være svært at opretholde en god øjenkontakt, fordi man ikke kigger hinanden i øjnene men i højere grad på ansigtet på skærmen (Lo Iacono et. al. 2016:10-12).

På den anden side har min forudgående, og næsten kollegiale, relation til behandlerne, samt min adgang til centeret generelt også betydning for reliabiliteten, samt den interne validitet i specialet, idet jeg højst sandsynligt har fået nogle andre svar, end hvad andre forskere, der ikke på forhånd kender til behandlerne ville have fået. Dette kan eksempelvis ses i forhold til, at de har fortalt en del om det tværfaglige samarbejde, og hvilke udfordringer de oplever i forbindelse med det, som de i forvejen godt vidste, at jeg var bekendt med. Dette kan muligvis have givet dem en større grad af tryghed i forhold til at nævne det (Bilag 4:38; Bilag 5:22-23). Derudover kan mit kendskab til behandlerne og centeret også have betydning for, at der er visse aspekter, som behandlerne har valgt at undlade at fortælle i interviewene. Yderligere kan de også have rettet deres svar efter, hvad de har tænkt, at jeg gerne ville høre, i håbet om at give mig nogle gode svar til analysen (Jf. Riis 2012:352-354).

I forhold til den interne validitet har jeg forsøgt at højne denne ved at sende de færdigt transskriberede interviews til behandlerne, så de havde mulighed for at sige til, hvis der var noget, som jeg enten havde misforstået eller, som de gerne ville have, at jeg ikke tog med i specialet (Jf. Kvale & Brinkmann 2007:81,209-210). Dette er blandt andet også gjort for at opveje for, at jeg forinden interviewene ikke fik lavet et egentlig informeret samtykke, hvori jeg beskrev, at behandlerne til hver en tid kunne stoppe interviewet eller havde mulighed for

at trække deres samtykke tilbage. Grunden til, at jeg ikke fik gjort dette bunder i, at jeg var meget i tvivl om, hvorvidt jeg skulle gøre det nu, hvor jeg ikke kunne mødes med dem fysisk. Det var først efter, at interviewene var udført, at jeg kom i tanke om, at jeg kunne have sendt samtykket over mail. Det er selvfølgelig mest etisk forsvarligt at sikre sig, at informanterne kender deres rettigheder forud for et interview, hvorfor det som minimum var vigtigt for mig, at de efterfølgende havde mulighed for at ændre eller slette noget af det, de havde sagt, som de ikke ønskede skulle indgå i specialet (Jf. Lo Iacono et. al. 2016:15). I praksis var der kun meget få rettelser, som udelukkende bestod af små ord, som jeg havde hørt forkert.

5.1.2. ANALYSESTRATEGI

I dette afsnit vil specialets analysestrategi kort blive beskrevet. Specialets analysestrategi skal ses som en blanding mellem den abduktive tilgang i forhold til min forforståelse og den vedvarende fortolkningsproces, samt meningsfortolkning, idet der søges efter mønstre, der går på tværs af de forskellige interviews for at finde frem til den bedst mulige forklaring på problemformuleringen. I analysen er der yderligere qua den adaptive tilgang således ikke kun fokus på at anvende de på forhånd inddraget orienterende begreber og eksisterende forskning, men i ligeså høj grad at teoretisere de steder, hvor de på forhånd inddraget begreber ikke synes at have nok forklaringskraft (Jf. Kvale & Brinkmann 2009:230,233-236;Jf. Tavory & Timmermans 2014:4-5;Jf. Jacobsen 2007:250,254-255,261). Selve kodningen af empirien er både begrebsstyret, hvor temaer i kodningen udspringer fra de orienterende begreber, samt datastyret i forhold til de temaer, der udspringer af empirien (Jf. Kvale & Brinkmann 2009:224-225). I det efterfølgende afsnit vil specialets analyse blive udfoldet. Analysen er hovedsageligt inddelt i empirisk funderede temaer, der består af tre overordnede temaer, der knytter sig til hver sin del af problemformuleringen, samt nogle undertemaer, der er inspireret af nogle af behandlernes udsagn.

6. ANALYSE

I dette afsnit vil specialets analytiske fund blive udfoldet. I analysen ønsker jeg besvare specialets problemformulering: *Hvordan forstår behandlerne den helhedsorienterede tilgang, og hvordan oplever de at håndtere tilgangens forskellige delelementer i deres omgang med patienterne?*

Hertil har jeg haft en forforståelse af, at der er forskel på, hvordan de forskellige behandlere forstår den helhedsorienterede tilgang alt efter faggruppe, hvilket har betydning for, hvordan de oplever at håndtere tilgangen. Dette kan yderligere få betydning for, hvorvidt der kan opleves at være en sammenhæng i det helhedsorienterede behandlingsforløb. Med min forforståelse in mente er det således i analysen interessant at se, hvordan forståelse og håndtering egentlig hænger sammen i behandlernes oplevelser, og om det danner grobund for en ny forståelse.

Analysen er inddelt i tre overordnede afsnit med tilhørende underafsnit: *'Man ser ligesom det hele menneske'* - *behandlernes forståelse af den helhedsorienterede tilgang*, *'Den oplevede håndtering af den helhedsorienterede tilgang'*, samt *'Samlingen af patientens puslespil'* - *det tværfaglige element*. Det første afsnit knytter sig til forståelsen, hvor de to andre primært knytter sig til den oplevede håndtering. I henhold til pladsfordelingen er det væsentligt at pointere, at det første afsnit fylder markant mindre end de to andre afsnit tilsammen. Dette bygger på, at den oplevede håndtering skal ses som den del, der har størst betydning for, hvorvidt patienternes behandlingsforløb opleves som sammenhængende og effektive, hvor behandlernes forståelse i højere grad skal ses som en baggrund for behandlingen.

6.1. 'MAN SER LIGESOM DET HELE MENNESKE' - FORSTÅElsen AF DEN HELHEDSORIENTEREDE TILGANG

I dette afsnit vil første del af problemformuleringen blive besvaret: behandlernes forståelse af tilgangen. Gennem bearbejdningen af empirien blev det hurtigt klart, at de forskellige behandlere overordnet forstod den helhedsorienterede tilgang ved, at man ser på alle de instanser, som påvirker det menneske man sidder overfor, i dette tilfælde flygtninge med PTSD (Bilag 4:3,40; Bilag 5:2,24). Men hvad indebærer disse forskellige instanser i behandlernes forståelse? Især når der ikke forekommer en egentlig definition på, hvordan de

skal forstå den helhedsorienterede tilgang i deres arbejde med patienterne. I den forbindelse kan det give en opfattelse af den helhedsorienterede tilgang, som en form for 'black box' hvor behandlerne selv skal indsætte de begreber, stof og facetter, de individuelt forstår ved tilgangen, og som måske kan udfordre sammenhængen mellem de forskellige behandlingstyper.

6.1.1. 'DER LIGGER NOGET FYSISK, NOGET PSYKISK OG NOGET SOCIALT'

Selvom alle behandlerne forstår den helhedsorienterede tilgang ved, at man ser på alle de instanser, der påvirker et menneske, virker denne forståelse meget bred og overordnet. Hvad indebærer disse instanser egentlig?

Fysioterapeuterne Bo og Gitte samt psykologen Anders, det vil sige tre ud af de seks behandlere nævner selv den biopsykosociale model som en del af deres forståelse af den helhedsorienterede tilgang. Her anerkender de tilmed, at der i den samlede behandling af patienterne er nødt til at være fokus på de fysiske: fysiologiske og biologiske, de psykiske og kognitive, og de sociale aspekter før, at der reelt arbejdes helhedsorienteret (Bilag 4:3, 48,55;Bilag 5:24). Bo udtaler blandt andet om den biopsykosociale model, at:

"Der er et biologisk menneske, som har nogle biologiske processer som (...) kan påvirkes på alle mulige måder, både medicinsk, men også psykisk, fysisk. Så har vi (...) noget (...) familie, noget socialt, rundt om personen, men vi har også noget lidt større socialt i samfundet (...), vi har også hele verden egentlig, så alt sammen er på samfundsplan med til at påvirke personen. Og så har vi noget, jamen helt kognitivt sådan, de her processer der sker ved den enkelte (...) uden at gå ind på den arena, der hedder at forstå personen fra alle de her vinkler, så misser man ud, på et eller andet punkt"

(Bilag 4:3).

Den biopsykosociale model i Bos forståelse, der også gør sig gældende hos Gitte og Anders (Bilag 4:48,55;Bilag 5:24) kan her umiddelbart ses som disse tre behandleres faglige commonsense betragtning på tilgangen (Jf. Berger & Luckmann). Denne faglige commonsense skal her forstås som den specialviden, der er internaliseret i behandlerne

gennem deres sekundære socialisering, der både kan bygge på deres uddannelsesmæssige baggrund i henholdsvis fysioterapi og psykologi, samt deres socialisering på rehabiliteringscenteret. Da den faglige commonsense, der skabes i den sekundære socialisering, ifølge Berger & Luckmann, er lettere påvirkelig, kunne det her tyde på, at der har været en form for kommunikationsproces mellem behandlerne, hvor deres faglige commonsense er blevet påvirket af hinandens qua det tværfaglige arbejde på centeret. Denne tolkning bunder i, at de kommer fra to forskellige uddannelsesmæssige baggrunde: fysioterapien og psykologi. To uddannelser hvis faglige specialviden umiddelbart synes at adskille sig fra hinanden, og som dermed burde have indflydelse på deres forståelse af tilgangen. Denne forskel kan ligeledes bakkes op af den eksisterende forskning, hvor der angiveligt er forskel på forskellige behandleres forståelse af deres arbejde, og hvordan de tilgår patienter (Kamp & Dybbroe 2016:73-75). Men da der her er tale om en umiddelbart lignende forståelse på tværs af faggrupper, kan det lægge op til, at de har fået en overordnet fælles forståelse. Dette er dog tolket ud fra tre ud af seks behandlere, hvorfor det er relevant at se på, hvordan de resterende tre behandlere forstår tilgangen. Dette gøres for at få en bedre forståelse af, om der forekommer forskelle på tværs af faggrupperne, og om der også forekommer forskelle internt i dem.

Psykologen Sofie og fysioterapeuten Morten kommer også ind på, at der er ligget noget fysisk, psykisk og socialt i deres forståelse af den helhedsorienterede tilgang, og hvor de tre delelementer har betydning for patienternes PTSD (Bilag 4:21; Bilag 5:3). Selvom Sofie og Morten ikke kommer ind på den biopsykosociale model i deres forståelse kan der alligevel trækkes tråde til Bo, Gitte og Anders' forståelse i forhold til de fysiske, psykiske og sociale elementer. Til den helhedsorienterede tilgang fortæller Morten blandt andet, at:

“Man skal sådan helt tilbage til, hvordan man ser mennesket i verden, hvordan vi fungerer, og sådan rent basalt fungerer vi jo på tre forskellige lag i hjernen, hvor vi ligesom har det helt basale, og så har vi det følelsesmæssige, og så har vi det kognitive og det tænkende, hvor der også er et socialt element i det, så jeg tænker ikke, at vi kan se os som mennesker, hvis ikke vi tænker i en helhedsorienteret tilgang”

(Bilag 4:20-21).

Her tyder det umiddelbart også på, at Morten har fokus på noget fysisk qua det helt basale, der kan ses som noget behovsmæssigt, samt det psykosociale i forhold til det kognitive og tænkende med et socialt element. Men hans faglige commonsense synes alligevel at adskille sig fra Anders, Bo, Gitte og Sofies faglige commonsense, da hans forståelse af tilgangen bygger på de forskellige lag i hjernen, der umiddelbart kan ses som en mere mental forståelse af tilgangen. Derudover kommer han i interviewet også ind på, at han har meget fokus på en bestemt metode, der går mere ind i, hvordan mennesker udvikler deres personlighed i samspil med andre (Bilag 4:20-21,30). I forlængelse heraf kan der sættes spørgsmålstejn ved, om Mortens forståelse, hans faglige commonsense betragtninger, i højere grad bygger på en mere psykoterapeutisk forståelse af den helhedsorienterede tilgang til patienten, i forhold til menneskets tankeprocesser? Og om det eventuelt kan ses som noget, der umiddelbart adskiller sig fra den gængse fysioterapeutiske og mere kropslige bevægelsesorienterede tilgang i behandlingen af patienter?

Her er det igen relevant at trække de to andre fysioterapeuter, Bo og Gitte ind, der begge blandt andet nævner, at den fysioterapeutiske behandling af traumatiserede flygtninge adskiller sig fra den gængse fysioterapi (Bilag 4:6,50). Til dette kommer Bo blandt andet ind på, at:

“Det jo i hvert fald en helt anden måde at arbejde fysioterapeutisk på, fordi at vi ikke så meget tager udgangspunkt i, hvor god kondition patienten har, eller hvor stærke muskler (...) det er kun én del af det her at tage fat i at arbejde med PTSD (...) det skal være sådan at det er med til at regulere deres (...) oplevelse af PTSD’en. Og med i den healingsproces, der hedder ”at leve med PTSD”, eller ”blive fri for PTSD”, eller ”bare opleve en lille smule mindre PTSD”

(Bilag 4:6-7).

Forskellen på det fysioterapeutiske arbejde på centeret kontra den gængse fysioterapi bakkes ligeledes op af Gitte, hvor det er nødvendigt for fysioterapeuterne også at have fokus på patienternes sindstilstand og relationelle udfordringer, foruden bevægelsesdelen (Bilag 4:44-45,48). I dette tilfælde kan der hos fysioterapeuterne ses en solidarisk anerkendelse af patienternes PTSD som værende meget kompleks, hvorfor det er nødvendigt med et

yderligere fokus på den psykiske og den sociale del i behandlingen af traumerne. Denne solidariske anerkendelse kan være med til at vise, at der på trods af forskelle i deres faglige commonsense betragtninger på den helhedsorienterede tilgang, alligevel også er nogle fællestræk, der binder deres fokus på både det fysiske, det psykiske og det sociale.

I forhold til psykologernes forståelser af den helhedsorienterede tilgang kan der også ses nogle forskelle, hvor særligt Lindas forståelse af tilgangen synes at adskille sig fra Sofie og Anders', der begge ret hurtigt kommer ind på vigtigheden af at have øje for de fysiske, psykiske og sociale elementer (Bilag 5:3,24). I modsætning hertil lægger Linda i højere grad vægt på forholdet mellem det fysiske og det psykiske i forhold til PTSD og den helhedsorienterede tilgang, hvor hun først nævner det sociale lidt efter (Bilag 5:46-47). Det, at der i Lindas forståelse og dermed faglige commonsense betragtning, er mest fokus på det fysiske og det psykiske kan blandt andet hænge sammen med, at PTSD betragtes som en psykosomatisk lidelse. En lidelse hvor det psykiske, foruden patientens mentale tilstand, ofte også kommer til udtryk gennem fysiske symptomer i kroppen. I modsætning til dette kan det sociale i højere grad anses som noget, der ligger uden for symptomerne - noget relationelt og samfundsmæssigt (sundhed.dk 2020 A;sundhed.dk 2020 B;DIGNITY 2019:10), som måske ikke altid er så tydeligt i behandlingssituationen. Selvom Linda overordnet lægger mest vægt på det fysiske og det psykiske, kommer hun også ind på det sociale i forbindelse med, at hun fortæller om det socialfaglige arbejde på centeret, som bindeleddet ud til samfundet (Bilag 5:47). Det, at den socialfaglige del af den helhedsorienterede tilgang er bindeleddet ud til samfundet, bakkes også op af de resterende fem behandlere (Bilag 4:4,22,45;Bilag 5:11,24-25).

Overordnet set kan der altså på trods af nogle forskelligheder også ses ligheder mellem de forskellige behandleres forståelser, og dermed faglige commonsense betragtninger. Dette kan ses i forhold til, at de alle sammen, enten til at starte med eller lidt senere, kommer ind på, at der i den helhedsorienterede tilgang er nødt til at være fokus på de fysiske, psykiske og sociale aspekter af patienternes PTSD på grund af lidelsens kompleksitet. I den forbindelse kan det tolkes, at behandlerne på tværs af faggrupper og uddannelsesmæssig baggrunde har en mere eller mindre overordnet fælles forståelse af tilgangen. En fælles forståelse der går på tværs af deres specialviden, og som måske også trækker tråde til en fælles solidarisk anerkendelse af flygtninge, som en gruppe med mange

udfordringer, hvor det er helt essentielt, at de bliver forstået og anerkendt som værdifulde og 'hele mennesker' i behandlingen (Jf. Honneth). For at en sådan fælles forståelse på tværs af behandlernes specialviden fra deres uddannelsesmæssige baggrunde kan opstå, kræver det ifølge Berger & Luckmann en god kommunikationsproces. Her kan der rejses et spørgsmål om, hvorvidt behandlerne eventuelt er blevet præsenteret for en overordnet og måske indirekte form for helhedsorienteret tilgang i deres introduktionsforløb på centeret? Det er dog ikke er noget, der direkte kan siges noget om ud fra empirien, samtidig med at det ikke er dette speciales hensigt at gå ind i behandlernes introduktionsforløb. Det kan dog stadig ses som en interessant vinkel for fremtidig forskning at gå mere ind i, i forhold til hvordan behandlerne bliver oplært i at arbejde helhedsorienteret i behandlingen af patienterne. Hvad er det behandlerne bliver introduceret til i starten af jobbet, og har det en betydning for deres forståelse af den helhedsorienterede tilgang?

6.1.2. DEN KULTURELLE FORSTÅELSE AF FORHOLDET MELLEM KROP OG PSYKE

Udover, at der kan ses ligheder mellem de forskellige behandleres faglige commonsense betragtninger på den helhedsorienterede tilgang, er det gennem bearbejdningen af empirien også blevet tydeligt, at der er forskel på, hvor meget behandlerne lægger vægt på de kulturelle forskelle, der er mellem patienternes kulturelle baggrunde og den danske. Her lægger psykologerne blandt andet meget vægt på at fortælle om de kulturelle barrierer, som patienterne oplever, og hvorfor det er særligt vigtigt at have fokus på dette i den helhedsorienterede behandlingen af flygtninge med PTSD (Bilag 5:12,34-35). Til dette kommer alle tre psykologer ind på patienternes forståelse af sammenhængen mellem krop og sind, hvor nogle af patienterne ofte har svært ved at forstå, hvordan de to dele påvirker hinanden (Bilag 5:13,28-29,62). Hertil kommer Sofie blandt andet ind på, at:

"Der er mange patienter, som ikke har forståelse for, hvordan krop og psyke hænger sammen, som også, inde hos psykologerne, er meget optaget af de kropslige symptomer, eller det de (...) mærker i kroppen, og så må man jo psykoeducere [undervise patient i PTSD] til en start, og henad vejen fortælle, hvordan er det at traumer påvirker, og det gør de både kropsligt og psykisk"

(Bilag 5:13).

Patienternes manglende forståelse for sammenhængen mellem krop og psyke, der kommer til at fylde meget inde i psykologbehandlingen, kan ligeledes suppleres af Anders i forhold til, at patienterne indimellem har en meget konkret og simplificeret tankegang i forhold til deres lidelse. Hertil siger mange af patienterne: *"Det sidder lige dér i min hjerne, og hvis du bare fjerner det i min hjerne, opererer den del ud, så er alting godt igen"* (Bilag 5:29), hvortil han nævner, at patienterne ikke altid forstår kompleksiteten af PTSD'en. Patienternes udfordringer med at forstå kompleksiteten af PTSD lidelsen, bakkes ligeledes op af Linda i forhold til, at nogle patienter ikke altid ved, hvad forskellen er på psykologbehandling og fysioterapi (Bilag 5:62).

Det at mange patienter med flygtningebaggrund oplever en kulturel barriere i forhold til at forstå sammenhængen mellem krop og sind kan bakkes op af den eksisterende forskning, hvor blandt andet Feldmann et. al. (2007) og Nguyen & Bornheimer (2014) kommer ind på, at det i den vestlige psykiatri er væsentligt med en psykosomatisk tilgang til patienten, fordi patienterne ikke altid forstår, hvor grænserne går mellem det kropslige og det psykiske (Feldmann et. al. 2007:521; Nguyen & Bornheimer 2014:525-526). Det kan derfor tolkes som særligt vigtigt, at behandlerne har en forståelse for patienternes kulturelle barrierer, der har stor betydning for, hvordan de skal tilgå patienterne i behandlingen. Hertil kommer fem af behandlerne, de tre psykologer samt fysioterapeuterne Bo og Morten ind på, at det med at hjælpe patienterne med at forstå deres PTSD gennem psykoedukation, det at uddanne patienterne i PTSD, har en særlig stor plads i den måde de arbejder helhedsorienteret på (Bilag 4:12,21; Bilag 5:13,28,58). Her kan der således igen ses overordnede ligheder mellem de forskellige behandleres forståelse for, at PTSD er en kompleks lidelse, hvor de kulturelle aspekter spiller en afgørende rolle i behandlingen. Disse ligheder kan igen tyde på at bunde i en kommunikationsproces mellem behandlerne på centeret, der gør, at deres faglige commonsense betragtninger yder indflydelse på hinanden, både internt i faggrupperne og på tværs (Jf. Berger & Luckmann).

Selvom det tyder på, at der forekommer en del ligheder mellem behandlernes overordnede forståelse af tilgangen dens delelementer, er der stadig forskel på behandlernes specialiserede viden qua deres uddannelsesmæssige baggrund, samt deres arbejde på centeret som henholdsvis psykolog og fysioterapeut (Jf. Berger & Luckmann; Bilag 5:2). I næste

afsnit er det derfor relevant at dykke mere ned i, hvordan behandlerne mere konkret oplever, at de håndterer tilgangen og dens delelementer.

6.2. DEN OPLEVEDE HÅNDTERING AF DEN HELHEDSORIENTEREDE TILGANG

I denne del af analysen vil problemformuleringens anden del blive besvaret: *hvordan oplever de at håndtere tilgangens forskellige delelementer i deres omgang med patienterne?* I forhold til håndteringen kan der her siges at være flere forskellige dimensioner: hvordan behandlerne håndterer delelementerne i relationen med patienten, hvordan de håndterer den i forhold til sig selv som behandlere, samt hvordan de håndterer den i forhold til kollegerne. Denne del er således inddelt i forskellige undertemaer, der hver især primært har fokus på en bestemt dimension af håndteringen. Dog kan der forekomme overlap, fordi de forskellige dimensioner hænger sammen i praksis. Formålet med denne del af analysen er at komme i dybden med, hvordan behandlerne håndterer tilgangens forskellige delelementer, hvor jeg umiddelbart har en forforståelse der bygger på, at der er forskel på, hvordan hver faggruppe håndterer tilgangen.

6.2.1. RAMMERNE FOR ARBEJDET

I dette afsnit vil de strukturelle rammer for arbejdet på centeret blive udfoldet, herunder hvordan et behandlingsforløb typisk tilrettelægges: hvor mange behandlingssessioner hver faggruppe har med patienten, samt den tværfaglige sparring. Dette gøres for at give en bedre forståelse for, hvordan den helhedsorienterede tilgang kommer til udtryk i arbejdet på centeret, som også kan siges at have stor betydning for den oplevede håndtering. Denne del skal ses som et indledende afsnit, der skal være med til at bane vejen for de efterfølgende underafsnit i denne analysedel, samt for det afsluttende afsnit om behandlernes tværfaglige sparring.

I forhold til tilrettelæggelsen kommer behandlerne blandt andet ind på hvor mange timer, der er 'øremærket' til de forskellige faggrupper: psykolog, fysioterapeut, socialkonsulent, sygeplejerske og psykiater. Her nævner de, at psykologerne har 18 behandlingssessioner, fysioterapeuterne har 13, og socialkonsulenten har 4 sessioner med en patient, hvor

sygeplejerskens antal af sessioner er mere uklare, og hvor psykiateren umiddelbart kun har sessioner efter patientens behov (Bilag 4:3-4,25,43;Bilag 5:4-5,26,48). Der kan altså allerede nu ses en forskel i forhold til, hvor mange sessioner hver faggruppe har med patienterne, hvor psykologerne og fysioterapeuterne står i spidsen.

Forinden behandlingsforløbet fastlægges kommer patienten til en udredningssamtale ved en psykolog, der vurderer om patienten har de forudsætninger, der skal til for at indgå i behandling på centeret. For at kunne indgå i behandlingen skal patienten have diagnosticeret PTSD på baggrund af krigstraumer. Efter udredningssamtalen ved psykologen har patienterne forsamlinger ved hver af de to andre behandlere: fysioterapeut og socialkonsulent. Efterfølgende sætter de forskellige behandlere sig sammen og diskuterer, hvordan behandlingsforløbet for den enkelte patient skal tilrettelægges. I hvert behandlingsforløb indgår der fast én psykolog, én fysioterapeut og én socialkonsulent. (Bilag 4:3-4,25,43-44;Bilag 5:4-5,25-26).

Til trods for, at der på forhånd er tildelt et vis antal behandlingssessioner til hver faggruppe, er det også muligt i nogle tilfælde at bytte timer, idet der i nogle behandlingsforløb eksempelvis kan være behov for flere sessioner med socialkonsulenterne, eller i tilfælde af, at patienten eksempelvis i starten har behov for mere fysioterapeutiske behandling (Bilag 4:7, 47;Bilag 5:4-5,26-27,48). Selvom der på forhånd er tildelt et vis antal timer til hver faggruppe ud fra pakkeforløbet, er der altså stadig fokus på den enkelte patients behov. Dette kan blandt andet tolkes som, at der fra ledelsens side kan være en forventning til, at behandlerne også anerkender den enkelte patients behov i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet - en anerkendelse, der ikke kun kan ses som en samfundsmæssig solidarisk anerkendelse af patienterne som en udsat gruppe, men også en mere individuel anerkendelse af den enkelte patients behov. I forhold til anerkendelsen kan der her sættes spørgsmålstegn ved, om der udelukkende kan siges at være tale om en solidarisk anerkendelse, der var den umiddelbare formodning i specialet? Dette bygger blandt andet på, at fokuset på individets behov, ifølge Honneth, i højere grad knytter sig til en mere emotionel anerkendelse i den private sfære (Honneth 2001:48-49). Nødvendigheden for fokuset på den enkelte patients behov og udfordringer i behandlingen beskrives blandt andet af fysioterapeuten Bo ved, at patienterne næsten er "*rystende hunde*", når de starter i behandlingen samtidig med, at de fortæller, at:

“Jeg er jo en skygge af mig selv”, (...) “jamen (...) det er måske mig der er underlig, fordi jeg har de her reaktioner”, så det her med at anerkende dem i, at “du er ligesom du skal være, og du er stadig den person, du var før og du har stadig alt det med dig, som du havde før”

(Bilag 4:13-14).

Dette kan blandt andet suppleres af Anders’ udtalelse om, at familiemedlemmer og deres til tider usikre sikkerhedstilstand i Danmark i forhold til hjemsendelse kan være med til at forstærke deres negative tanker og oplevelser af sig selv (Bilag 5:34-35). Hertil kan det diskuteres, om der i virkeligheden ikke også er fokus på patientens selvtillid og selvrespekt foruden selvværdet i behandlingen? Særligt fordi patienterne bliver ramt af en følelse af ikke længere at være sig selv, samtidig med at nogle af dem oplever familiære udfordringer, og at de ikke har de samme rettigheder til at blive i landet, som andre borgere (Jf. Honneth 2001:48-50). Dette kan blandt andet understøttes af den eksisterende forskning, hvor det i den helhedsorienterede behandling er nødvendigt med et fokus på patienternes individuelle recovery proces for at kunne yde en effektiv behandling af det hele menneske (Jf. Eplov 2011:1-2;Jf. Glintborg 2015:31-32). Derudover oplever mange flygtninge også at blive marginaliseret og diskrimineret i modtagerlandet, samtidig med at deres følelsesmæssige relationer til familiemedlemmer ofte kan være udfordret i et liv med PTSD og markante omvæltninger (Jf. Aroche & Coello 2004:54;Jf. Wilson 2004:182). På trods af, at mange flygtninge oplever at blive diskrimineret og marginaliseret, er det altså ikke nok med blot en overordnet solidarisk anerkendelse af flygtninge som gruppe, men i ligeså høj grad, hvis ikke mere, en anerkendelse af den enkelte patients værdi, rettigheder og de følelser og familiære relationer vedkommende har. Det tyder således på, at der er fokus på det individuelle ‘hele menneske’ i den helhedsorienterede behandling på centeret.

Udover selve behandlingssituationen er det også fastlagt, at de behandlere, der indgår i et givent behandlingsforløb, skal samles hver 8. uge til en tværfaglig sparring om patienten, det der betegnes som behandlingskonferencer. Denne behandlingskonference varer typisk to timer (Bilag 4:10;Bilag 5:4,53). Det tværfaglige element er altså også en væsentlig del af den samlede behandling, hvorfor det også kan ses som en interessant vinkel i forhold til behandlernes oplevede håndtering af den helhedsorienterede tilgang. Den tværfaglige sparring vil blive udfoldet i analysens sidste afsnit “Samlingen af patientens puslespil”, da den

tværfaglige sparring kan ses som bindeleddet i den helhedsorienterede tilgang. Det synes derfor at være relevant at udfolde i den afsluttende del af analysen.

Selvom det, som tidligere nævnt, er muligt for behandlerne at bytte rundt på deres antal af sessioner med patienterne, er det stadig oftest psykologerne, der har flest sessioner. Men hvad betyder det, at psykologerne har mest tid med patienterne? Oplever behandlerne, at det har betydning for, hvordan den helhedsorienterede tilgang skal håndteres i praksis, i forhold til om nogle behandlere anerkendes som vigtigere i behandlingsforløbet end andre? Hertil fortæller psykologen Sofie blandt andet, at:

“Det er jo ikke fordi at jeg ikke anerkender, at de andre fagligheder har ligeså stor betydning, men (...) hovedvægten ligger på det samtaleterapeutiske arbejde med patienterne”

(Bilag 5:19).

Det, at psykologerne har hovedvægten, bakkes ligeledes op af psykologen Linda, hvor hun blandt andet fortæller, at det er psykologerne, der har ansvaret for, at behandlingen forløber som den skal (Bilag 5:49). Derudover bakkes det op af alle seks behandlere, at det typiske er psykologerne, der har flest behandlingssessioner (Bilag 4:3-4,25,43; Bilag 5:4-5,26,48). Her tyder det på, at det umiddelbart er psykologerne, der har det største ansvar og mest tid med patienterne, hvilket strukturelt set kan være med til at skabe et hierarki mellem de forskellige faggrupper. Til at forklare dette kan det være relevant at tage fat i Bolton & Boyds følelsesarbejde, hvor særligt det kommercielle følelsesarbejde i forhold til de strukturelle rammer og det foreskrevne, i forhold til hvilken faggruppe, der vægtes højest, kan siges at have betydning for, hvordan behandlerne skal håndtere den helhedsorienterede tilgang i praksis. Her tyder det på, at den psykologiske viden og de tilhørende metoder bevidst er placeret som det, der har mest indflydelse på den samlede behandling, qua at det strukturelt set er den behandlingstype, der tidsmæssigt vægtes højest. Det, at den psykologiske del vægtes højest i behandlingen af psykiske lidelser, kan ligeledes bakkes op af den eksisterende forskning om det tværfaglige samarbejde i behandlingen. Her plæderer Gillespie et. al. (2019) blandt andet for, at psykologerne er dem, der er uddannet til at kunne yde en mere dybdegående klinisk behandling med fokus på kognitive vurderinger og copingstrategier (Jf. Gillespie et. al. 2019:133-135).

Men hvad giver det til den helhedsorienterede tilgang, at psykologbehandlingen, der måske har mere fokus på den psykiske del, er den, der vægtes højest? På den ene side kan det måske være med til at åbne op for, at det ikke altid er nødvendigt at have lige meget fokus på alle delelementerne, men at der indimellem er nogle, der træder mere i forgrunden end andre (Jf. Afsnit 3.1.; Jf. Maribo & Nielsen 2018:26). På den anden side kan det eventuelt i praksis også have betydning for, at der er visse ting, der kan blive overset. Det sker fordi et tilvalg af fokus på noget, også medfører et fravalg af fokus på noget andet, eller i hvert fald et mindre fokus på andre ting. Der kan dog ikke siges noget mere eksplicit om dette i specialet, men det kan ses som en interessant vinkel for andre forskere at dykke mere ned i. Hvilken betydning har det egentlig for håndteringen af den helhedsorienterede tilgang, at der er visse delelementer, der fylder mere i behandlingen end andre?

I forlængelse af hierarkiet mellem de forskellige behandlingstyper er det interessant at dykke mere ned i, om det eventuelt er med til at skabe gnidninger mellem de forskellige behandlere, og dermed deres professionelle roller? I den eksisterende forskning om det tværfaglige samarbejde i behandlingen, er hierarkiet mellem behandlerne med til at skabe gnidninger, hvor nogle faggrupper oplever, at deres viden i højere grad ikke anerkendes som vigtig (Kamp & Dybbroe 2016:75-77,83). Det, at der er nogle faggrupper der oplever, at de ikke bliver anerkendt for deres viden og bidrag, er dog ikke noget, der tyder på at gøre sig gældende i dette speciales empiri, tværtimod. Alle tre psykologer kommer i interviewene ind på, at det i de fleste patienters tilfælde er vigtigt, at de forskellige faggrupper er repræsenteret i den samlede behandling. Dette beskrives ved, at de alle yder et vigtigt bidrag i behandlingen af patienterne på hver deres måde gennem forskellige metoder og perspektiver. Hertil fortæller Anders, at det er vigtigt, at behandlerne går *“til patienten på en fælles front”*, i et tværfagligt team (Bilag 5:25). Dette bakkes op af både Sofie og Linda (Bilag 5:19,25,46-47). Hertil kan det blandt andet tolkes, at psykologerne udviser en solidarisk anerkendelse af, at deres kolleger fra de andre faggrupper har nogle vigtige kompetencer og viden, der går ud over psykologernes egne.

Anerkendelsen af kollegerne gør sig ligeledes gældende hos fysioterapeuterne, der også alle kommer ind på, at hver faggruppe har nogle bestemte kompetencer og viden med sig, der er vigtig for at kunne yde en helhedsorienteret behandling af patienterne (Bilag 4:3-4,28,44-45). Hertil uddyber Bo blandt andet, at han oplever, at der er en stor grad at

lydhørhed over for fysioterapien, som en bærende del af behandlingen (Bilag 4:4-5). I forhold til behandlernes anerkendelse af de andre faggruppers specifikke bidrag kunne det tyde på, at der er nogle bevidste grænser mellem de forskellige behandleres specialiserede viden, deres faglige commonsense. En bevidsthed, som begrebet commonsense (Jf. Berger & Luckmann) ikke umiddelbart synes at kunne forklare i sig selv, både fordi denne viden ofte anses som 'tavs' og førbevidst, og fordi begrebet ikke kan indfange, hvordan der trækkes grænser mellem forskellige professionelle roller. Derudover synes begrebet følelsesarbejde (Bolton & Boyd) heller ikke umiddelbart at kunne forklare grænserne mellem de forskellige faggruppers professionelle roller i sig selv. Det synes derfor relevant at inddrage et nyt perspektiv, der kan være med til at udfolde disse grænser, der tilsyneladende eksisterer mellem behandlerne. Til at forklare dette trækkes begrebet '*professional boundary work*' ind, idet det kan forklare, hvordan behandlere er bevidste om de grænser, der er mellem deres egen faggruppe og de andre faggrupper, samt hvordan de også påvirkes af hinanden. Til at belyse behandlernes professionelle boundary work inddrages to studier, Gray et. al. (2010), samt Brown et. al (2000), der begge omhandler grænsedragninger mellem forskellige professionelle i behandlingen af patienters mentale sundhed (Gray et. al. 2010:1700; Brown et. al. 2000:425). Grænserne mellem behandlerne og deres håndtering af tilgangen vil blive udfoldet i det efterfølgende afsnit "At holde bolden på egen banehalvdel".

6.2.2. 'AT HOLDE BOLDEN PÅ EGEN BANEHALVDEL' - GRÆNSERNE MELLEM FAGGRUPPERNES OPLEVEDE HÅNDTERING

I dette underafsnit vil der blive gået mere i dybden med, hvordan de forskellige behandlere oplever at håndtere den helhedsorienterede tilgangs forskellige delelementer. I denne del er der primært fokus på behandlernes håndtering i forhold til hinanden, altså i forhold til tværfagligheden.

Som det forrige afsnit slutter af med, tyder det på, at behandlerne er bevidste om de grænser, der er mellem deres specialviden. Hertil kommer alle seks behandlere ind på, at de primært varetager ét bestemt delementent i den helhedsorienterede tilgang. Her fortæller fysioteraeputerne blandt andet, at de primært tager sig af den mere kropslige og fysiske del af patienternes PTSD lidelse, hvor psykologerne tager sig mere af den psykiske del af lidelsen, og socialkonsulenterne varetager den sociale del (Bilag 4:4-5,25-26). Hertil kommer

fysioterapeuten Gitte blandt andet ind på, at fokuset på den kropslige og fysiske del: *“Ligger i mine metoder, altså det jeg er uddannet i”* (Bilag 4:43). En lignende adskillelse mellem faggrupperne gør sig også gældende hos alle tre psykologer (Bilag 5:3,32-33,47-48). De overordnede grænser mellem behandlerne bygger altså på deres forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, som enten fysioterapeut eller psykolog, og dermed deres faglige specialviden. Selvom det umiddelbart giver sig selv, at der er forskel på, hvad psykologerne og fysioterapeuterne arbejder med, kan der alligevel siges at ligge mere bag disse grænser mellem faggrupperne, end blot deres ‘tavse’ specialviden qua Berger & Luckmann. Psykologen Sofie kommer blandt andet ind på, at:

“Hvis jeg hører noget, en patient nævner i forhold til de der kommunale forpligtelser, der kan være (...) og patienten giver udtryk for noget, hvor jeg tænker, ”det her, det er vigtigere at vi får handlet på nu”, så er det direkte til socialkonsulenten, hvis [vedkommende] er koblet på [behandlingsforløbet], og siger, ”er det noget du kan være behjælpelig med at tage kontakt til kommunen eventuelt, omkring det her så vi kan få det løst?””

(Bilag 5:7).

Dette kan også bakkes op af psykologen Anders i forhold til, at han fortæller patienterne, at det også er noget de skal tage med den rette behandler, hvis der dukker noget op, der ligger udover hans område (Bilag 5:33), samt fysioterapeuten Bo, der blandt andet fortæller, at det er vigtigt at: *“vi ligesom holder bolden på egen banehalvdel”* (Bilag 4:9). Udover at dette kan forklares ud fra, at behandlerne, ved at holde sig til deres egen specialiserede viden indenfor deres fagområde, bedst muligt kan hjælpe patienterne, kan det også lægge op til en måde at undgå konfliktoptrapninger på. Behandlerne kan her siges at være meget bevidste om ikke at træde ind over hinandens fagområder, hvorfor de er meget opmærksomme på at fortælle hinanden, hvis der er noget, der berører de andres områder.

Til at forklare dette er det relevant at inddrage den eksisterende forskning om *‘professional boundary work’*. Her kommer Brown et. al (2000) og Gray et. al (2010), blandt andet ind på, at der blandt professionelle i behandlingen af mental sundhed hersker en overordnet diskurs om, hvilken specialiseret viden, de forskellige faggrupper besidder - en diskurs der er med til at adskille de professionelles roller fra hinanden (Gray et. al. 2010:1699-1700; Brown et. al. 2000:429-430). Derudover kommer Brown et. al. (2000) også ind på, at

opretholdelsen af grænserne mellem de forskellige professionelles fagområder kan være med til at mindske opkomsten af konflikter. Disse konflikter kan opstå, hvis de forskellige behandlere kommer til at varetage opgaver, som de i princippet ikke er uddannet til, og som kan være med til at skabe forvirring omkring behandlernes strukturelle ansvar i behandlingen, og det ansvar de så ender med at tage (Brown et. al. 2000:429). Hertil kan behandlernes fokus på at 'holde bolden på egen banehalvdel' tolkes som en måde at udvise respekt for hinandens ekspertise, samtidig med at det er en måde at undgå tværfaglige konflikter på. Der kan således siges at forekomme 'En respektfuld grænsedragning', hvor de drager grænserne mellem hinanden ud fra en respekt for hinandens fagområder, i stedet for selv at 'drible bolden videre og forsøge at score mål' - mål på et område, der i princippet ligger udenfor deres eget fagområde, og som kan skabe konflikter på tværs.

Der er således nogle klare grænser mellem faggruppernes arbejde og viden, der er med til at differentiere faggrupperne fra hinanden. Men er grænserne i forhold til håndteringen af delelementerne virkelig så markant optegnet i selve behandlingssessionerne, når den enkelte behandler sidder over for patienten? Det er noget af det, der vil blive gået mere ind i, i det følgende afsnit.

6.2.2.1. 'DET PRIMÆRE FOKUS OG DE SEKUNDÆRE KOMPONENTER' - SAMSPILLET MELLEM DE FORSKELLIGE DELEMENTER I BEHANDLINGSSITUATIONEN

Dette underafsnit skal være med til at udfolde, hvordan de forskellige delelementer alligevel ikke helt kan adskilles i praksis i den enkelte behandlingstype. Her er der altså primært fokus på behandlers håndtering i relationen med patienten.

Selvom behandlerne fortæller, at der er klare grænser mellem deres primære fokus i behandlingerne, og at det er vigtigt at de opretholder disse grænser, viser det sig også, at de forskellige delelementer ikke udelukkende og skarpt kan afgrænses til bestemte faggrupper. Her fortæller psykologen Linda blandt andet, at selvom hendes primære fokus er følelser og det man kan tale om, altså det psykiske element: *"så kommer det kropslige også ind i det, (...) som en sekundær komponent (...) fordi det hænger sammen [krop og psyke]"* (Bilag 5:54-55). I tillæg hertil kommer psykologerne Anders og Sofie også ind på, hvordan det sociale kommer til udtryk i deres behandlinger. Her har de blandt andet oplevet, at udfordringer i forhold til

patienternes boligsituation eller familierelationer også har fyldt meget i psykologbehandlingen (Bilag 5:10,34). Det, at behandlerne i praksis alligevel ikke helt kan undgå at skulle forholde sig til de andre delelementer bakkes også op af de tre fysioterapeuter (Bilag 4:9,21,28,43).

Sammenhængen mellem de forskellige delelementer kan blandt forklares ud fra den eksisterende forskning. Her kommer Eplov (2011) og Glintborg (2015) blandt andet ind på, at der foregår en vekselvirkning mellem de forskellige delelementer, hvorved de påvirker hinanden i forhold til patienternes lidelser (Eplov 2011:1-2;Glintborg 2015:31-32). I forlængelse heraf kan det ses som nødvendigt, at den enkelte behandler også i sit eget behandlingsrum til en vis grad arbejder helhedsorienteret, dog med et primært fokus på det element, der retter sig mod vedkommendes fagområde.

Derudover kommer Brown et. al. (2000) ind på, at de brogede grænser skal ses som et outcome af det tværfaglige samarbejde, der kræver, at de professionelle er fleksible i deres arbejde, og hvor der uundgåeligt vil forekomme grænseoverskridelser, der ofte fører til brogede grænser. De brogede grænser bliver af de professionelle i Brown et. al. (2000) både anset som positivt for patienterne, fordi der er fokus på patientens udfordringer i situationen. Derudover bliver det blandt andre professionelle anset som en nedgradering i behandlingen af patienterne, fordi de professionelles særskilte specialiserede viden anses som afgørende for behandlingen af patienterne (Brown et. al. 2000:429-430). Udover Eplov (2011), Glintborg (2015), samt Brown et. al. (2000) kan de brogede grænser yderligere forklares ud fra den eksisterende forskning om flygtninge med psykiske lidelser. Her er behandlere nødt til at være ekstra opmærksomme på den kompleksitet, der ligger i flygtninges lidelseshistorie, hvor liv er blevet vendt fuldstændig på hovedet gennem adskillige tab, tortur og andre traumatiserende oplevelser (Jf. Aroche & Coello 2004:54;Jf. Wilson 2004:182). Der kan altså være flere grunde til, at behandlerne i specialet oplever, at grænserne mellem dem bliver mere brogede i praksis. Til trods for, at de forskellige behandlere oplever mere brogede grænser, forsøger de stadig at værne om deres forskellige fokus og kompetencer. Et eksempel på dette ses blandt andet hos fysioterapeuten Gitte, hvor hun fortæller vigtigheden af:

“At man har en vis ydmyghed over for det man kan, så hvis der er noget man ikke kan, så siger man [til patienten], ”det ved jeg ikke, men det vil jeg gerne undersøge til næste gang”. Men på den måde udstråler man (..) professionalisme”

Denne professionalisme og værnen om sin egen viden og begrænsninger bakkes også op af fysioterapeuten Bo og psykologen Sofie (Bilag 4:19; Bilag 5:12). Her er der således ikke tale om at behandlerne overtager hinandens faglige specialviden (Jf. Berger & Luckmann), men måske i højere grad en bevidsthed omkring de grænser, der er mellem dem og deres viden, og hvor det så vidt muligt handler om at udføre behandlingen ud fra den kompetente specialiserede viden, de hver især har (Jf. Brown et. al. 2000:429-430; Jf. Berger & Luckmann 2003:178-179). Dette kan blandt andet også ses i psykologerne og fysioterapeuternes udtalelser i forhold til, at de oplever, at de forskellige behandlere er gode til at hjælpe hinanden og bede om hjælp i de tilfælde, hvor den enkelte faggruppes viden og kompetencer kommer til kort (Bilag 4:19,46; Bilag 5:12,34,42). Dette kan igen trække tråde tilbage til 'den respektfulde grænsedragning', hvor det her ikke kun handler om respekten for hinandens fagområder, men i ligeså høj grad, at de hjælper hinanden med at løfte behandlingen af patienterne i flok.

Selvom behandlerne forsøger at opretholde grænserne mellem deres egen specialiserede viden og de andre faggruppers, tyder det alligevel på, at grænserne bliver lidt brogede i praksis. De brogede grænser opstår, fordi behandlerne i deres egen behandling også er nødt til at forholde sig til de sekundære elementer i den helhedsorienterede tilgang. I denne del har der været fokus på relationen mellem behandler og patient, og lidt i forhold til relationen mellem behandlerne. I det næste afsnit er det derfor relevant at se på, hvordan behandlerne håndterer tilgangen i forhold til sig selv. Jonglerer de eksempelvis mellem forskellige roller i deres behandling, i forhold til den måde de håndterer de forskellige delelementer på?

6.2.3. 'MAN HAR SIN EGEN STIL' - EN STOR GRAD AF METODEFRIHED

I dette afsnit vil der blive gået mere i dybden med, hvordan behandlerne håndterer den helhedsorienterede tilgang i forhold til sig selv. Der vil dog også forekomme overlap i forhold til relationen med patienten og mellem behandlerne.

Det, at grænserne mellem de forskellige faggrupper indimellem bliver mere brogede kan også ses i forhold til, at behandlerne ikke er underlagt at skulle anvende en bestemt metode i deres

behandling af patienterne (Bilag 4:7,32;Bilag 5:20,41,61). Som et eksempel nævner fysioterapeuten Gitte blandt andet, at:

“Det er op til den enkelte behandler, ligesom at have en stil, tror jeg (...) og jeg tror at det er lidt underordnet hvilke metoder man bruger, den skal selvfølgelig have en eller anden form for sammenhængskraft, hvis du bare er tryk ved dine metoder og hviler i dem, og stoler på dem, så er der mulighed for at improvisere lidt ud over dine rammer”

(Bilag 4:45-46).

Det kan ud fra citatet umiddelbart tolkes, at det er muligt for den enkelte behandler at have sin egen stil og benytte sig af de metoder, som vedkommende er tryk ved. Men på samme tid nævner Gitte også sammenhængskraften, der gør, at metodefriheden måske i højere grad kan tolkes som en ‘frihed under ansvar’. Denne frihed under ansvar kan også understøttes af fysioterapeuten Mortens udtalelse om, at:

“Vi har egentlig metodefrihed, så vi har ikke en bestemt måde vi ligesom skal intervenere på, men vi har jo ligesom et pakkeforløb, som bestemmer rammerne (...) derfor (..) er [det] så vigtigt med de her [tværfaglige] mål, så vi [behandlerne] ligesom arbejder på samme spor, så det giver mening for patienten i forhold til, ”hvad er det jeg laver inde ved fysioterapeuten”, ”hvad er det jeg laver inde ved psykologen””

(Bilag 4:25).

Vigtigheden af, at der skabes en sammenhæng på tværs af de forskellige behandlingstyper bakes også op af de resterende behandlere (Bilag 4:5-6;Bilag 5:6,32,51). Hertil kan det tolkes, at der udvises en tiltro til behandlernes dømmekraft, hvor der er en tillid til at behandlerne er i stand til at anvende metoder, der også kan tale ind i de andre behandlinger, og som kan skabe en sammenhængende mening for patienten. Denne tiltro til behandlerne kan her forstås som en solidarisk anerkendelse af, at hver behandler har nogle vigtige kompetencer med sig på baggrund den enkelte behandlers profil. Her er der ikke kun tale om en professionel profil i forhold til at være fysioterapeut eller psykolog, men en stil hvor der også er forskel på behandlere internt i faggrupperne. Uddybende, kommer psykologen Anders ind på, at:

“Der er nogle [af psykologerne på centeret] der bruger mere noget psykodynamisk, nogle der bruger mere noget mentaliseringsbaseret, nogle arbejder mere kognitivt, men generelt tænker jeg, noget af det, der også er fælles for os, er at vi arbejder en del eklektisk”

(Bilag 5:40).

Den eklektiske tilgang ses også hos de to andre psykologer, Sofie og Linda (Bilag 5:20-21,59). Derudover er der også forskelle internt hos fysioterapeuterne. Her er der nogle af dem, der anvender metoder, der er mere øvelses og bevægelses fokuseret i modsætning til nogle af de andre metoder, der også har et mere mentalt element i sig (Bilag 4:6-7,29-30,46). Herudfra kan det blandt andet tolkes, at behandlerne på en måde jonglerer mellem forskellige roller. Roller der ligger i et krydsfelt mellem det foreskrevne og det kommercielle følelsesarbejde på den ene side, og det præsentationsbaserede på den anden (Jf. Bolton & Boyd). Dette kan ses ved, at behandlerne på den ene side i deres valg af stil og metoder skal forholde sig til de rammer, der er for arbejdet, hvor der gerne skal være sammenhæng mellem behandlingerne. Derudover er det også muligt for behandlerne at vælge nogle metoder indenfor deres eget fagområde, som giver personlig mening for dem. Metodefrihed under ansvar lægger altså op til, at der er forskel på, hvordan behandlerne oplever, at de håndterer den helhedsorienterede tilgang. Men hvordan kan det være, at behandlerne får tildelt denne frihed under ansvar? Dette synes ikke umiddelbart at kunne forklares ud fra følelsesarbejdet eller de andre orienterende begreber, hvorfor det ses som givtigt at inddrage et nyt perspektiv, der kan være med til at forklare denne ‘frihed under ansvar’.

Til at forklare dette inddrages organisationssociologen Henry Mintzbergs organisationsform, ‘*det professionelle bureaukrati*’. Dette inddrages fordi det kan være med til at åbne op for, hvorfor behandlerne får tildelt en stor grad af handlefrihed i arbejdet. I det professionelle bureaukrati, der ofte gør sig gældende i sundhedsvæsenet, bliver de fagprofessionelle tildelt en stor grad af handlefrihed, fordi de anses som værende højt fagligt kompetente. Det vil sige, at de vurderes som værende dem, der bedst er i stand til at vurdere, hvordan arbejdet bedst muligt kan udføres. Der er således tale om en uddelegering af beslutningskompetencerne mellem de forskellige fagprofessionelle, i stedet for at det er ledelsen, der tager beslutningerne (Jf. Jacobsen & Thorsvik 2008:87-88). Dette kan blandt

andet også siges at have forklaringskraft i forhold til, at fysioterapeuterne Gitte og Bo, samt psykologen Sofie fortæller, at de oplever, at der er en høj faglighed blandt de forskellige behandlere, og at hver faggruppe er vigtige i behandlingen (Bilag 4:17-18,51; Bilag 5:6). Behandlerne har således en vis autonomi, fordi de har mulighed for at anvende metoder, der også giver personlig mening for dem. Dette kan åbne op for, at behandlerne har mulighed for at realisere sig selv i arbejdet via metodefriheden under ansvar (Jf. Honneth). En autonomi og selvrealisering der kan styrke deres selvværd i arbejdet.

Udover autonomien kan uddelegeringen af beslutningskompetencer også skabe konflikter mellem de forskellige fagprofessionelle. Dette skal særligt ses i forhold til, hvem der har kompetencerne til at udføre bestemte arbejdsopgaver og ansvar, hvor der kan forekomme rivaliseringer og hierarki (Jacobsen & Thorsvik 2008:88). Hertil kommer fysioterapeuten Morten og psykologen Anders blandt andet ind på, at det er vigtigt, at de forskellige behandlere har en forståelse og nysgerrighed på hinandens metoder, da en manglende forståelse kan lede til konflikter og fagkampe. Uddybende fortæller Morten, at: *“Jeg tror ligeså snart vi ikke har nysgerrigheden på hinandens metoder og tilgange, at så mister vi også evnen til ligesom at arbejde tværfagligt”* (Bilag 4:38). Dette bakkes også op af Anders (Bilag 5:44).

Metodefriheden under ansvar kan således også skabe konflikter mellem behandlerne, der opstår på baggrund af deres forskellige forståelser af, hvordan arbejdet skal udføres, og hvilke metoder der anerkendes som værdifulde (Jf. Cole 2018:2682,2693; Jf. Kamp & Dybbroe 2016:73-75; Jf. Jacobsen & Thorsvik 2008:88). Hertil kan det tolkes, at der kan opstå en kamp om solidarisk anerkendelse mellem behandlerne (Jf. Honneth 2001:49-50). Denne anerkendelseskamp kan ses i lyset af følelsesarbejdet, i forhold til at der opstår rollekonflikter på tværs af behandlernes professionelle roller i forhold til de metoder, de anvender. Tværfaglige konflikter, der her kan siges at opstå på baggrund af de løse strukturelle rammer, altså det kommercielle følelsesarbejde (Jf. Bolton & Boyd). Her er der igen tale om håndteringen af tilgangen i relationen mellem behandlerne.

Der kan altså både være fordele og ulemper ved metodefrihed under ansvar, hvor det først og fremmest åbner op for, at behandlerne har en vis grad af autonomi, i forhold til de metoder de anvender. Derudover kan metodefriheden også skabe konflikter, og i værste fald fagkampe, hvis ikke behandlerne er åbne og nysgerrige overfor hinandens metoder, og

arbejder henimod et fælles mål. Men hvad gør det for behandlernes relation med patienterne, at de har en stor grad af autonomi i deres behandling? Og knytter autonomien sig kun til metoderne, eller er der også tale om autonomi i relationen med patienten? Dette vil blive udfoldet i det følgende afsnit om “det professionelle nærvær”.

6.2.4. ‘DET PROFESSIONELLE NÆRVÆR’ - ET KRYDSFELT MELLEM DET PROFESSIONELLE OG DET PERSONLIGE

Som det tidligere afsnit viste, har behandlerne en vis autonomi i forhold til deres valg af metoder. I dette afsnit vil der blive åbnet op for, hvordan behandlerne oplever, at de skaber relationen med patienterne.

Her kommer alle seks behandlere ind på, at relationen med patienten er altafgørende for behandlingen, og at den først og fremmest bygger på behandlernes åbenhed, respekt og omsorg for patienten - værdier der ifølge behandlerne er hele baggrunden for at kunne skabe en tillidsfuld relation (Bilag 4:8,34-35,44-45; Bilag 5:8-9,38-39,55). Dette kan igen være med til at udfordre opdelingen af anerkendelsen i tre forskellige sfærer, da det her tyder på, at behandlerne er nødt til at være opmærksomme på patienternes forskellige forhold til sig selv: selvtillid, selvrespekt og selvværd (Jf. Afsnit 6.2.1.). Men hvordan skaber behandlerne denne relation? Og er der forskel på, hvordan de skaber den alt afhængigt af, hvem de er som personer?

Hertil kommer psykologen Linda blandt andet ind på, at:

“Vi [behandlerne] går jo ind med dem vi er som personer, (...) jeg bruger mig selv rigtig meget i terapien, og det gør alle de andre psykologer også”

(Bilag 5:59).

Dette kan suppleres af fysioterapeuten Bos udtalelse om, at behandlerne er nødt til at finde ‘farven på deres egen kåbe’, de kan ikke bare tage en eller anden fælles kåbe på (Bilag 4:18). I tillæg hertil kommer Gitte også ind på, at behandlerne har et ‘professionelt nærvær’ i relationen med patienten, hvor de agerer professionelt i forhold til retningslinjerne for behandlingen samtidig med, at de er opmærksomme på den enkelte patients reaktioner og ikke er bange for at vise deres egne følelser over for patienten, når de selv bliver påvirket.

Dog uden at det kommer til at fylde for meget (Bilag 4:46). Det nærværende og personlige element i den professionelle rolle overfor patienten bakkes også op af de resterende behandlere (Bilag 4:28; Bilag 5:15-16,36). Behandlernes mere personlige tilgang til patienterne kan i første omgang her tolkes som, at de jonglerer mellem forskellige roller, den professionelle og den personlige (Jf. Bolton & Boyd). På den anden side kan dette også tolkes ud fra Brown et. al. (2000) i forhold til de brogede grænser, der kan gøre, at behandlerne bevæger sig mere væk fra den 'strikse og formelle' professionelle rolle, fordi det nærværende og personlige også får en central rolle i relationen med patienten (Jf. Brown et. al. 2000:425). Da Brown et. al. (2000) ikke går mere i dybden med, hvordan denne ændring sker, findes det her relevant at supplere med Goffmans begreb om *rolledistance*, fordi det kan udfolde den måde, hvorpå det personlige kommer i spil. Rolledistance indebærer, at individer også har mulighed for at distancere sig fra den rolle, de forventes at agere ud fra ved at trække på dele af deres andre roller i livet (Jf. Goffman 2004:25). Rolledistance kan her være med til at vise, hvordan det personlige element kan gøre, at behandlerne distancerer sig mere fra den 'strikse og formelle' professionelle rolle gennem et nærværende fokus på patienten.

Men hvordan forsøger de forskellige behandlere at distancere sig fra den rent formelle og strikse professionelle rolle i deres relation med patienterne? Er der eksempelvis forskellige former for *rolledistance*? Her tyder det på, at der overordnet er tre forskellige 'rolledistancer', hvor den enkelte behandler godt kan udføre flere af dem: '*den kemi-betonede*', '*den spejlende*' og '*den nærværende gennem egen krop*'.

'*Den kemi-betonede*' gør sig særligt gældende hos fysioterapeuten Morten og psykologen Linda. Hertil fortæller Morten eksempelvis, at: "*Jeg har også nogle gange siddet med en patient og tænkt (...) om kemien er der, om der bliver brugt for meget energi på at være i relationen med patienten*" (Bilag 4:33). Dette kan suppleres med Lindas udtalelse om, at relationen mellem psykolog og patient betyder rigtig meget, hvor: "*Det kommer til at spille ind, hvem vi er som personer, fordi at der skal være en eller anden kemi (...) det er i hvert fald en god forudsætning for at få et godt behandlingsforløb*" (Bilag 5:60). Her er det altså kemien mellem behandler og patient, der er afgørende for, at der kan skabes en god relation med patienten.

‘Den spejlende’ gør sig også gældende hos Morten, samt fysioterapeuten Bo og psykologerne Sofie og Anders. Her fortæller Sofie, at det er vigtigt, at: *“Man spejler i forhold til det patienten siger, sådan at patienten virkelig oplever, at jeg hører og jeg ser det patienten giver udtryk for (...) at jeg kan leve mig ind i den virkelighed, som patienten har”* (Bilag 5:15). Denne spejling, eller genfortælling af det, som patienten siger og viser, gør sig også gældende hos de tre andre (Bilag 4:15,29; Bilag 5:28). Spejlingen af patienten kan her ses som en måde, hvorpå behandlerne kan give patienterne en oplevelse af, at de bliver forstået og hørt. Derudover anvendes det også som en validering af, hvad det er patienten har behov for behandling af, idet flere at patienterne ikke altid ved, hvad de konkret har behov for hjælp til (Bilag 5:16,28).

‘Den nærværende gennem egen krop’ gør sig særligt gældende for Gitte, der også er meget opmærksom på sit eget nærvær i behandlingen af patienterne. Hertil fortæller hun, at: *“Det er også det der med at tage pauser (...) i løbet af en dag, at jeg lige lægger mig ned og samler tankerne, laver en kropslig øvelse (...) for ligesom at også komme tilbage til kroppen (...) ligesom at arbejde med den der integrering af krop og psyke og alt det omkring”* (Bilag 4:48-49). Fokusset på ro og balance i behandlers egen krop kommer også til udtryk hos de resterende fem behandlere (Bilag 4:14,28; Bilag 5:16-17,36,56). I *‘den nærværende gennem egen krop’* er der således fokus på, at behandleren har fokus på sit eget nærvær i relationen med patienten.

Alle tre typer af rolledistance fra den mere ‘strikse og formelle’ professionelle rolle kan siges at bunde i behandlernes inddragelse af deres egne følelser, fordi behandlerne tager en del af deres personlighed med ind i behandlingsrummet. Herved kan Bolton & Boyd igen være relevante som forklaringskraft i forhold til det præsentationsbaserede følelsesarbejde. Her forsøger behandlerne at skabe en tryk og tillidsfuld relation gennem *kemi*, der bygger på følelsen af at være på bølgelængde, *spejling* der bygger på indlevelse og forståelse, samt *nærvær gennem egen krop*, der også forudsætter, at behandler er i kontakt med egne følelser, både i og mellem behandlingerne. Men hvordan mærker behandlerne mere konkret følelserne på deres egen krop? Og hvilken betydning har det for behandlingen af patienten? Dette vil der blive gået mere i dybden med i næste underafsnit. I den næste del er der primært fokus på behandlers relation til sig selv, samt relationen med patienten.

6.2.4.1. 'VI LÅNER VORES NERVESYSTEM UD' - FØLELSERNES BETYDNING FOR ARBEJDET

I det forrige afsnit blev der lagt vægt på det personlige element i behandlernes relation med patienten, hvor behandlernes følelser og nærvær bringes i spil. Men hvordan bruger behandlerne deres egne følelser i behandlingen, og hvilken betydning har det for håndteringen af patientens følelser? Hertil kommer behandlerne ind på, at de i behandlingen er opmærksomme på, hvordan behandler og patient kan påvirke hinanden via deres følelser og kropslige fremtoning (Bilag 4:48-49; Bilag 5:18,56). Til dette kommer fysioterapeuterne Morten og Bo, samt psykologen Anders ind på, at denne påvirkning kan ses som en form for 'udlån af nervesystemet' (Bilag 4:14,28,31; Bilag 5:36-37). Uddybende fortæller Anders, at:

"Det også en forståelse af, at vores nervesystem påvirker den andens nervesystem, så det er også vigtigt at jeg har ro i mig selv. Ja, at jeg (...) kan regulere mig selv, at de [patienterne] på den måde også kan mærke, at her er roligt og her er trygt, fordi det menneske jeg [patient] sidder overfor nervesystem er i ro"

(Bilag 5:37).

Behandlerne bruger således sig selv som afstemningsredskab til at regulere patienternes følelser gennem deres egen kropslige ro og balance. Derudover kommer Gitte, Sofie og Linda også ind på, at de bruger følelserne som en indikation på, hvordan patienten har det, hvis behandlerne pludselig oplever, at de selv bliver urolige i behandlingssituationen (Bilag 4:46; Bilag 5:17-18,56). Dette 'udlån af nervesystemet' kan her tolkes som en følelsesmæssig indtryksstyring (Jf. Bolton & Boyd), hvor behandlerne inddrager deres egne og mere personlige følelser i deres professionelle rolle for at kunne forstå og hjælpe patienterne bedre. Personlige følelser, der måske i højere grad trækker tråde til det filantropiske følelsesarbejde, fordi behandlerne gerne vil hjælpe patienterne bedst muligt. Dette kan yderligere bakkes op af den eksisterende forskning, hvor Kamp & Dybbroe (2016) blandt andet kommer ind på, at følelsesarbejdet spiller en central rolle i behandlingen af psykiske lidelser. Først og fremmest har følelsesarbejdet stor betydning for, hvordan behandlerne kan støtte og skabe en forståelse for patienterne og pårørende. Derudover har det også en stor betydning for behandlernes professionelle identitet, da det fleksible arbejde i et tværfagligt team fordrer, at behandlerne er i stand til at kunne bære sig i forskellige situationer, der kræver et 'highly skilled' følelsesarbejde - håndtering af følelser i relationen til kolleger,

patienter og pårørende samt overfor andre involverede institutioner (Jf. Kamp & Dybbroe 2016:75,82). Men oplever behandlerne også udfordringer i forhold til følelsesarbejdet i relationen med patienten?

Hertil kommer psykologen Sofie blandt andet ind på, at:

“Det kræver meget at være både i kontakt med sig selv, og skulle være over i patienten også være helt tuned ind (indstillet) på det, men meget af det (...) foregår også intuitivt (...) det er noget man gør per intuition, i forhold til hvordan man agerer over for patienten”

(Bilag 5:18).

Det, at det kan være hårdt og udfordrende at skulle være i kontakt med egne følelser i et felt, som flygtninge med PTSD, kan bakkes op af fysioterapeuterne Bo og Gitte, hvor behandlerne ikke kan undgå at blive påvirket af patienternes følelser (Bilag 4:15,51-52). Hertil uddyber Bo, at:

“Vi skal gå ind i patientens verden, for at forstå hvordan vi bedst kan hjælpe, og det kan vi ikke gøre uden at have noget empati (...) og nogle gange kan empati blive til sympati, hvor at det næsten er, at vi føler, det de føler”

(Bilag 4:14-15).

Der kan således siges at være en balancegang mellem på den ene side at udvise forståelse og indlevelse, men på samme tid også være i stand til at kunne lægge det fra sig igen, hvor det sidste indimellem kan opleves som udfordrende. Den rette jonglering, bevidst eller ubevidst mellem det personlige og det professionelle (Jf. Bolton & Boyd) kan herved siges at være en hårfin grænse for behandlerne, der kræver en del selvbevidsthed omkring, hvornår grænsen er ved at være nået. Men hvis noget af den følelsesmæssige relation med patienten foregår intuitivt og ubevidst, som Sofie blandt andet kommer ind på, kan det måske også være svært at mærke, hvor grænsen går, før man allerede har overtrådt den? Der er således både fordele og udfordringer ved at behandlerne anvender deres egne følelser som afstemningsredskab.

Her kan der rejses en undren i forhold, om behandlerne også oplever at blive følelsesmæssigt udbrændt? Og om inddragelsen af egne følelser kan være medvirkende til en følelses af fremmedgørelse overfor sine egne private følelser? Dette er ikke noget, der kan

siges yderligere om her, men det kan ses som en interessant vinkel for fremtidig forskning. Derudover kan dette også lægge op til, at der måske er tale om en bestemt type af professionel rolle i arbejdet med så udsatte mennesker, som flygtninge med PTSD tilsyneladende er. Hertil er der måske ikke kun tale om en rolledistance, men måske også en rolleomfavnselse (Jf. Goffman 1961:106) af 'den nærværende professionelle rolle'? Rolleomfavnselsen indebærer ifølge Goffman, at individet synligt accepterer og identificerer sig fuldstændig med den rolle, som vedkommende agerer ud fra (Goffman 1961:106). Noget som behandlerne qua deres 'udlån af nervesystemt' på flere punkter også synes at gøre.

Dette afsnit har således været med til at vise, at behandlerne på flere punkter er nødt til at inddrage deres egne følelser i den helhedsorienterede behandling, for på bedst mulig måde at kunne hjælpe patienterne. Men hvordan skabes der en sammenhæng på tværs af de forskellige behandlingstyper? Dette vil blive udfoldet i det næste og afsluttende afsnit i analysen.

6.3. 'SAMLINGEN AF PATIENTENS PUSLESPIL' - DET TVÆRFAGLIGE ELEMENT

Dette er det sidste og afrundende afsnit i analysen, der i højere grad går ind i det tværfaglige element i den helhedsorienterede tilgang. For hvilken betydning har den tværfaglige sparring for den samlede helhedsorienterede tilgang i behandlingen af patienterne? De tidligere afsnit i analysen har i højere grad været med til at udfolde behandlernes forståelse af den helhedsorienterede tilgang, samt hvordan de hver især oplever at håndtere den, både i relationen med patienten, i relationen til kollegerne, samt i relationen til sig selv. Men hvordan oplever behandlerne, at der skabes en rød tråd på tværs af de forskellige behandlingstyper?

6.3.1. KOBLINGEN MELLEM DE FORSKELLIGE DELEMENTER

Overordnet viser de tidligere afsnit et mere harmonisk billede, både i forhold til behandlernes forståelse og oplevede håndtering af den helhedsorienterede tilgang. Her forsøger behandlerne så vidt muligt at 'holde bolden på egen banehalvdel', når det kommer til håndteringen af den helhedsorienterede tilgang. På samme tid kommer de også ind på, at det

er vigtigt, at de forskellige behandlingstyper kan tale ind i en sammenhæng i patientens behandlingsforløb (Jf. Afsnit 6.2.2.;Jf. Afsnit 6.2.3.). Men hvordan oplever de, at denne sammenhæng skabes?

Her nævner behandlerne, at det opleves som havende en positiv effekt for den samlede behandling, når behandlingerne kan arbejde ind i hinanden gennem tværfaglige mål. Dette er fordi der skabes en fælles kurs og sammenhæng på tværs af de forskellige behandlingstyper (Bilag 4:9-10,25,44;Bilag 5:6-7,30-31,63-64). Hertil uddyber Sofie, at der i:

“Den første visitation, der bliver de første (...) indledende behandlingsmål lavet for patienten, og så kan de justeres undervejs (...) så skal man bare orientere teamet om det, eller indkalde til en ny behandlingskonference, hvor man lige taler om, at man tænker der er behov for at ændre på de behandlingsmål, som er udarbejdet til en start”

(Bilag 5:5).

Dette kan suppleres af Anders, Linda, Bo og Morten, der kommer ind på, at det er vigtigt for sammenhængen i behandlingsforløbet, at der bliver lavet nogle tværfaglige mål, som hver behandler kan arbejde ud fra. I den forbindelse er det vigtigt, at behandlerne er i en løbende tværfaglig dialog (Bilag 4:13;Bilag 5:30-31,49,51). Hertil uddyber Morten, at:

“Jeg synes at det fungerer rigtig godt, når vi har tværfaglige mål, fordi vi kan holde patienten op på det i løbet af behandlingerne, at der er en rød tråd hvis vi arbejder tværfagligt (...) at så kan vi (...) ligesom både overfor behandlingstimer, men selvfølgelig også overfor patienten, skabe en rød tråd, ”hvor er det egentlig vi er på vej hen?””

(Bilag 4:23).

I forlængelse heraf bakkes det op af alle seks behandlere, at det tværfaglige samarbejde opfattes som baggrunden for den helhedsorienterede tilgang. Det er det, der gør, at behandlingsforløbet kan opleves som sammenhængende for patienten, og at patienterne føler sig taget i hånden (Bilag 4:5-6,25,45-46;Bilag 5:6,32,51). Dette kan blandt andet understøttes af den eksisterende forskning, hvor det tværfaglige samarbejde anses som grundlaget for, at der kan arbejdes helhedsorienteret, fordi det gør, at der i den samlede behandling kan være fokus på den enkelte patients recovery proces, og dermed det hele

menneske (Jf. Eplov 2011:1-2;Jf. Glintborg 2015:31-32). Derudover kan der også trække tråde til Brown et. al (2000), hvor de brogede og mere flydende grænser mellem de forskellige professionelle i de tværfaglige teams gør, at behandlingen af patienterne bliver mere progressiv og fleksibel. Dette sker, fordi de forskellige behandlere ikke kommer til at fremstå som adskilte monofagligheder, men at de i højere grad arbejder ind i hinanden og har et samlet fokus på patienternes udfordringer (Brown et. al. 2000:429).

Men som tidligere nævnt i afsnittet om 'rammerne for arbejdet', er det indtil videre kun fastlagt, at behandlerne skal sparre med hinanden hver 8. uge til en behandlingskonference, der varer omkring to timer (Jf. Afsnit 6.2.1.). Al anden sparring foregår efter sigende ud fra den enkelte behandlers og patients behov (Bilag 4:5-6,10,22-23,55;Bilag 5:5-6,30-31,49). I forlængelse heraf fortæller Anders blandt andet, at:

“Noget af det, der kan være ret svært i forhold til at få en tværfaglig indsats, det er når vi har møder hver 8. Uge (...) man kan hurtigt komme lidt ud af en bane (...) der gør at det tværfaglige kommer til at stikke lidt i hver sin retning (...) Og der synes jeg (...) det enormt vigtigt at vi ses oftere. Men som strukturen er lige nu, så er det op til den enkelte at opsøge hinanden, og jeg tror at der er rigtig meget personligt i det også, altså der hvor man har bedre kemi med folk (...) der er nogle mennesker, vi går hurtigere til end andre”

(Bilag 5:30-31).

Det, at der kan være forskel på, hvor ofte behandlerne sparrer med hinanden, samt hvem de sparrer med bakkendes ligeledes op af fysioterapeuten Morten og psykologen Sofie. Hertil kommer begge ind på, at den skæve fordeling af den tværfaglige sparring i nogle tilfælde kan gøre, at behandlingerne kommer til at fremstå adskilte, fordi de ikke løbende taler ind i hinanden gennem de tværfaglige mål (Bilag 4:25,37;Bilag 5:10-11). Hertil kan det tolkes, at behandlernes forskellige personlige præferencer og kemi, altså det præsentationsbaserede følelsesarbejde (Jf. Bolton & Boyd), kan få betydning for, hvor ofte der sparreres med kollegerne i teamet. Men hvis behandlingerne af den grund kan komme til at fremstå som adskilte, kan det måske også få betydning for sammenhængen mellem de forskellige behandlingstyper, og dermed mellem de forskellige delelementer i den helhedsorienterede tilgang?

Hertil kommer Morten ind på, at han heller ikke altid oplever, at der er nok tid til at sparre med hinanden, og hvor det indimellem kan være svært at nå til enighed om et tværfagligt

mål, når de så sidder til behandlingskonferencerne (Bilag 4:23-24). I tillæg kommer Bo også ind på, at der kun er et vis stykke tid til behandlingskonferencerne. Hvis behandlerne ikke kan nå til enighed om noget, de kan "zoome" ind på, kan det få betydning for sammenhængen i behandlingsforløbet (Bilag 4:5-6). Her tyder det igen på, at behandlernes personlige præferencer, det præsentrationsbaserede følelsesarbejde, indimellem kan komme i konflikt med hinanden, fordi de forskellige behandlere kan have forskellige holdninger til behandlingen, hvilket i sidste ende kan gå udover den løbende sammenhæng. Dette kan ovenikøbet forstærkes af, at der er forholdsvis løse rammer for, hvor ofte og hvordan behandlerne skal sparre med hinanden på centeret, qua det professionelle bureaukrati, som centeret synes at bære præg af (Jf. Jacobsen & Thorsvik 2008:88). I forlængelse heraf kan det også tyde på, at behandlernes personlige præferencer og deres professionelle roller kan komme i konflikt med det kommercielle i forhold til rammerne for arbejdet, fordi de ikke oplever, at der fra ledelsens side ikke er sat nok tid af til den tværfaglige sparring (Jf. Bolton & Boyd).

De tværfaglige konflikter kan ligeledes bakkes op af den eksisterende forskning, hvor det ifølge Kamp & Dybbroe (2016) og Brown et. al. (2000) kan være udfordrende at arbejde i tværfaglige teams. Udfordringerne opstår oftest på baggrund af de professionelles forskellige opfattelser af, hvordan den rette behandling skal udføres. Disse forskellige opfattelser kan danne grobund for, at de professionelles roller kan komme i konflikt med hinanden, hvor de løse rammer for samarbejdet kan være medvirkende til, at der opstår yderligere konflikter (Kamp & Dybbroe 2016:73-75,83-84;Brown et. al. 2000:431). Derudover kommer Kamp & Dybbroe også ind på, at arbejdet i et tværfagligt team fordrer, at behandlerne er 'highly skilled', hvad angår følelsesarbejde. Dette bygger på, at behandlerne skal kunne navigere i de mange forskellige relationer, der gør sig gældende i arbejdet, og hvor der kan opleves konflikter på tværs (Kamp & Dybbroe 2016:83-84). Det er altså svært at undgå konflikter i et tværfagligt samarbejde mellem forskellige professionelle, særligt hvis rammerne for samarbejdet er meget løse.

På trods af, at nogle af behandlerne indimellem oplever konflikter i forhold til den tværfaglige sparring, kommer flere behandlerne ind på, at det i de fleste tilfælde fungerer godt (Bilag 4:18-19,44;Bilag 5:42). Hertil fortæller psykologen Linda, at:

“Vi er gode til at tale sammen (...) omkring patienterne (...) både sådan mens patienten er der, så imellem samtalerne lige gå på kontoret til den anden [behandler] og sige, at ”du skal lige være opmærksom på dét og dét i dag”, men også sådan i et bredere perspektiv”

(Bilag 5:51).

I tillæg hertil kommer Sofie ind på, at selvom behandlerne i hverdagen selv skal stå for den tværfaglige sparring, der indimellem kan skabe udfordringer, oplever hun også, at det er rart med den fleksibilitet i hverdagen, fordi de bare lige kan: *“Gå ind og banke på og sige, ”jeg vil godt lige snakke med dig om den her patient””* (Bilag 5:10). Dette kan også suppleres af Anders’ udtalelse om, at det kan give: *“En travl hverdag noget mere luft”* (Bilag 5:31). Hertil kan det siges, at der både er fordele og ulemper ved, at der på forhånd ikke er fastlagt mere tværfaglig sparring mellem behandlerne udover hver 8. uge. Dette kan spejle tilbage på organisationsformen, hvor beslutningskompetencerne ligger hos behandlerne, der giver ‘frihed under ansvar’, også i forhold til den tværfaglige sparring (Jf. Jacobsen & Thorsvik 2008:87-88).

Afsluttende kan det siges, at den tværfaglige sparring, som kan ses som ‘limen’ mellem de forskellige delelementer i den helhedsorienterede tilgang, indgår som en del af den strukturelle ramme for arbejdet på centeret. Men at det er den uformelle sparring i hverdagen, der med til at binde den løbende behandling endnu bedre sammen. Her kan det indimellem være udfordrende for behandlerne selv at skulle stå for sparringen i hverdagen, hvor der ofte kan forekomme konflikter på tværs af de forskellige behandleres behov og præferencer. På den anden side er det også befriende ikke at have alt for mange rammer for, hvordan arbejdet skal udføres. Der er altså fordele og ulemper ved de løse rammer, hvilket spejler tilbage på den eksisterende forskning, hvor konflikterne også skal ses som en naturlig del af det tværfaglige samarbejde.

7. DISKUSSION

I dette afsnit vil der forekomme en diskussion over andre perspektiver, som er fremkommet i analysen. Disse perspektiver kunne have været med til at give specialet en interessant vinkel, hvis de var inddraget allerede fra starten i specialet - specialet vendes så at sige på hovedet.

Generelt set viser de overordnede fund i analysen umiddelbart et forholdsvist harmonisk billede blandt behandlerne. Dette kan spejle tilbage på mit valg af orienterende begreber, der ikke åbner så meget op for de konfliktflader, der kan være mellem behandlere. De orienterende begreber har således en betydning for, hvad det er jeg har kigget efter, og dermed spurgt ind til i empiriindsamlingen. Hertil er konfliktperspektivet således først kommet i spil i selve analysen, hvor konflikterne synes at være af mindre betydning, end i den inddraget eksisterende forskning (Jf. Brown et. al. 2000; Kamp & Dybbroe 2016; Jf. Cole 2018). Men hvordan ville dette have set ud, hvis der allerede fra start i specialet havde været fokus på et magtperspektiv, og hvilke konflikter der kan opstå i et tværfagligt samarbejde? Særligt når det tyder på, at centeres organisationsform bærer præg af *'det professionelle bureaukrati'*, hvor beslutningskompetencerne ligger hos behandlerne, og hvor der kan forekomme konflikter i forbindelse med statushierarkiet (Jf. Jacobsen & Thorsvik 2008:88). I tillæg hertil viser afsnittet om rammerne for arbejdet, at der umiddelbart ikke forekommer konflikter på tværs af psykologerne og fysioterapeuterne på trods af, at det tyder på at være psykologerne, der vægtes højest i behandlingsforløbet - både i forhold til ansvar og tid med patienterne. På den anden side er det kun psykologerne, der selv nævner dette og ikke fysioterapeuterne (Jf. Afsnit 6.2.1.). Men kunne det have set anderledes ud, hvis jeg eksempelvis havde inddraget Pierre Bourdieus begreb om *status* som et orienterende begreb fra start af?

Grunden til, at hans begreb kunne have været interessant er, fordi det måske ville kunne åbne op for, hvem af behandlerne, der egentlig har mest status og magt, når det kommer til beslutningskompetencerne i behandlingsforløbet allerede under empiriindsamlingen. Her kan længden på uddannelse eksempelvis siges at være interessant, hvor psykologernes universitetsuddannelse er længere end eksempelvis fysioterapeuternes uddannelse, der ofte består af en professionsbachelor (Jf. aau.dk; ucn.dk; Jf. Bourdieu 1986:48-51). Dette kan ligeledes bakkes op af den eksisterende forskning, hvor Kamp &

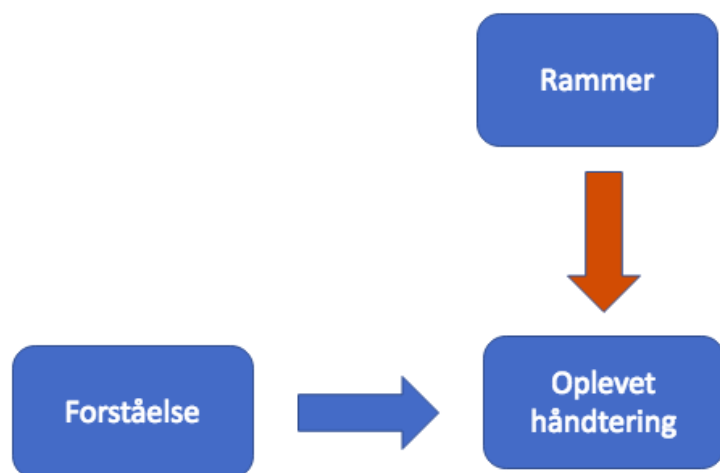
Dybbroe (2016) blandt andet kommer ind på, at hierarkiet mellem psykologerne og psykiaterne på den ene side, og de andre behandlere på den anden kan være med til at skabe konflikter, fordi psykologerne og psykiaternes viden vægtes højest (Jf. Kamp & Dybbroe 2016:75-77). Havde jeg således haft fokus på konflikterne i empiriindsamlingen og dermed spurgt ind til det i interviewene, var det muligvis også kommet mere til udtryk, hvorved resultaterne måske ikke havde været så harmoniske. Magtperspektivet er således en interessant vinkel for den fremtidige forskning af behandleres forståelse og oplevede håndtering af den helhedsorienterede tilgang.

8. KONKLUSION

I dette afsnit vil specialets konklusion på problemformuleringen blive fremført. Problemformuleringen lyder som følgende: *Hvordan forstår behandlerne den helhedsorienterede tilgang, og hvordan oplever de at håndtere tilgangens forskellige delelementer i deres omgang med patienterne?* I dette speciale er der fokus på behandlingen af traumatiserede flygtninge med PTSD.

I analysen har det vist sig, at behandlernes forståelse af tilgangen på flere punkter ligner hinanden, og som trækker tråde til den biopsykosociale model i forhold til, at der er fokus på de fysiske og biologiske elementer, de psykiske elementer, samt de sociale og omgivelsesmæssige elementer i patientens lidelse. Det tyder således ikke på, at deres forståelser af tilgangen er så forskellige, som jeg havde tænkt til at starte med, og som dele af den eksisterende forskning lægger op til (Jf. Cole 2018:2682,2693;Jf. Kamp & Dybbroe 2016:73-75). Derudover har det vist sig, at behandlernes forståelse ikke direkte går hånd i hånd med den oplevede håndtering. Gennem analysen har det vist sig, at der er rigtig mange forskellige aspekter, der spiller ind i forhold til behandlernes oplevede håndtering af tilgangen. Heraf har de orienterende begreber vist sig kun at kunne forklare en visse dele, hvorfor nye perspektiver og empirisk udsprungne begreber har været givtige i forhold til at løfte og forklare behandlernes udsagn. Hertil har rammerne for arbejdet vist sig at have stor betydning for, hvordan behandlerne oplever at håndtere tilgangen. Rammer som på flere punkter er forholdsvis løse, hvor beslutningskompetencerne ligger hos behandlerne. Nedenfor ses en figur over sammenhængen mellem forståelse, den oplevede håndtering og rammerne.

FIGUR 4: SAMMENHÆNG MELLEM FORSTÅELSE, HÅNDTERING OG RAMMER



Den røde pil mellem rammer og oplevet håndtering skal ses, som den sammenhæng, der synes at være tydeligst i specialet. Her er det væsentligt at pointere, at der ikke er tale om en endegyldig sammenhæng, da det kræver mere forskning på området for at kunne sige noget mere konkret om dette. Men det tyder på, at de forholdsvis løse rammer har stor betydning for, hvordan behandlerne oplever at håndtere tilgangen, både i forhold til patienten, til kollegerne og til sig selv. Behandlerne har eksempelvis en vis 'frihed under ansvar', der giver dem en vis autonomi i behandlingen. Det gør det eksempelvis, at behandlerne har mulighed for at trække på metoder, de også selv finder værdi i, samt at de kan inddrage sig selv i behandlingen af patienterne. Denne inddragelse skal ses som en vigtig kilde til at kunne forstå og hjælpe patienterne bedre. Derudover har de løse rammer også vist sig at have betydning for sammenhængen på tværs af behandlingerne - de fysiske, de psykiske og de sociale behandlingstyper. Her er det særligt de løse rammer for den tværfaglige sparring mellem behandlerne, der kan skabe konflikter, hvor det kun er fastlagt, at de skal sparre med hinanden hver 8. uge. Al anden sparring foregår efter den enkelte behandlers præferencer, hvor personlig kemi kan få betydning for, hvem der sparreres med og hvor ofte. Dette kan i nogle tilfælde medvirke til en mindre grad af oplevet sammenhæng mellem de forskellige behandlinger i behandlingsforløbet. Dette er fordi, at den tværfaglige sparring opleves som bindeleddet mellem det fysiske, det psykiske og det sociale i den helhedsorienterede behandling.

I starten af specialet er der taget udgangspunkt i en helhedsorienteret tilgang, der også anvendes i andre kontekster qua den eksisterende forskning, herunder behandling af etniske danske patienter med psykiske lidelser (Jf. Eplov 2011;Jf. Glintborg 2015): Den biopsykosociale model, som også har vist sig at have flere lighedspunkter med behandlernes forståelser af tilgangen. Dog kan det her ikke udelukkes, at min forståelse af tilgangen også til dels kan have påvirket behandlernes udsagn qua mine spørgsmål, selvom jeg har haft fokus på behandlernes egne forståelser.

På trods af dette, vil specialets resultater muligvis også kunne generaliseres til andre kontekster, herunder de andre danske rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge, men nok også andre behandlingssteder for patienter med psykiske lidelser, der arbejder helhedsorienteret. Derudover er det væsentligt at pointere, at der i specialet udelukkende er informanter fra de to faggrupper, der har mest behandlingstid med patienterne, psykologer og fysioterapeuter, hvilket har betydning for den interne validitet. Resultaterne ville måske have været anderledes, hvis der i informantgruppen også havde været behandlere fra de andre faggrupper: sygeplejerske, psykiater og socialkonsulent. Hertil kan der heller ikke siges så meget om den sociale del af tilgangen, idet der i specialet ikke indgår socialfaglige behandlere. Det er derfor relevant for fremtidig forskning også at inddrage den sociale del for at se, om der i den forbindelse er tale om en mere nuanceret forståelse eller oplevet håndtering af tilgangen. Derudover er det også relevant for fremtidig forskning at undersøge håndteringen af tilgangen i praksis, da der kan være forskel på den oplevede håndtering og den faktisk håndtering.

9. LITTERATURLISTE

aau.dk: "Psykologi, bachelor". Aalborg Universitet. Tilgængelig via:

<https://www.aau.dk/uddannelser/bachelor/psykologi>

Aroche, Jorge & Coello, Mariano J. (2004): "4. Ethnocultural considerations in the treatment of refugees and asylum seekers", In Wilson, John P. & Drozdek, Boris (ed.): *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims*. New York, NY: Routledge: 53–80

Ata, Abe & Morrison, Glenn (2005): "Health care providers, bereavement anxieties and ethnocentric pedagogy: Towards a sense of otherness". *Australian e-Journal for Advancement of Mental Health*, Vol. 4(3): 1-4

Bengtsson, Steen & Gregersen, Signe Ørkeby (2013): "Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser – en forskningsoversigt". *SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd*, Vol. 13(15), pp. 5-106. Tilgængelig via:

<https://www.denoffentlige.dk/sites/default/files/suppliers/news/files/SFI%20rapport%20om%20Integrerede%20indsatser%20for%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf>

Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (red.) (2003): *Den Sociale Konstruktion af Virkeligheden – En Videnssociologisk Afhandling*. København K: Akademisk Forlag

Bolton, Sharon C. & Boyd, Carol (2003): "Trolley dolly or skilled emotion manager? Moving on from Hochschild's Managed Heart". *Work, Employment and Society*, 17(2): 289-308

Bourdieu, Pierre (1986): "2. The forms of Capital", In Richardson, John: *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Westport, CT: Greenwood: 241-58

Brinkmann, Svend (2015): "2. Forståelse og Fortolkning", i Jacobsen, Michael Hviid, Lippert-Rasmussen, Kasper & Nedergaard, Peter (red.): *Videnskabsteori - i Statskundskab, Sociologi og Forvaltning*. 3. udgave. Finland: Hans Reitzels Forlag

Brook, Paul (2009): "In critical defence of 'emotional labour': refuting Bolton's critique of Hochschild's concept". *Work, Employment & Society*, September 2009, Vol. 23(3): 531-548

Brown, Brian, Crawford, Paul & Darongkamas, Jural (2000): "Blurred roles and permeable boundaries: the experience of multidisciplinary working in community mental health". *Health and Social Care in the Community*, Vol. 8(6): 425-435

Cole, Jennifer (2018): "Structural, Organizational and Interpersonal Factors Influencing Interprofessional Collaboration on Sexual Assault Response Teams". *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 33(17): 2682-2703

Collin, Finn (2003): "Introduktion", i Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (red.): *Den Sociale Konstruktion af Virkeligheden – En Videnssociologisk Afhandling*. København K: Akademisk Forlag

Copping, Alicia, Shakespeare-Finch, Jane & Paton, Douglas (2017): "Towards a Culturally Appropriate Mental Health System: Sudanese-Australians' Experiences with Trauma". *Journal of Pacific Rim Psychology*, Vol. 4(1): 53-60

Dansk Psykiatrisk Selskab (2004): "Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer: 2004-2010". *Dansk Psykiatrisk Selskab*. Tilgængelig via:
<http://dpsnet.dk/wp-content/uploads/2014/12/04-06-22-hvidbog.pdf>

DIGNITY, afdeling for Rehabilitering (2019): "Traumatiserede Flygtninge på Danske Rehabiliteringscentre: Målgruppebeskrivelse og Effektmål". *Dansk Institut mod Tortur (DIGNITY)*, Nov 2019: 1-72, Tilgængelig via:
https://www.dignity.dk/wp-content/uploads/DIGNITY-Rapport-Traumatiserede-Flygtninge_28_11_2019.pdf

Eplov, Lene Falgaard (2011): *Et liv i bevægelse - En helhedsorienteret psykiatri-indsats med den sindslidende i centrum*. Tilgængelig via: <https://docplayer.dk/50207-Et-liv-i-bevaegelse->

Feldmann, C. Titia, Bensing, Jozen M., de Ruijter, Arie & Boeijs Hennie, R. (2007): "Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust?". *Sociology og Health & Illness*, Vol. 29(4): 515–535

Galletta, Anna (2013) A: "1. Crafting a Design to Yield a Complete Story", In Galletta, Anna: *Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond: From Research Design to Analysis and Publication*. New York: NYU Press

Galletta, Anna (2013) B: "2. The Semi-Structured Interview as a Repertoire of Possibilities", In Galletta, Anna: *Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond: From Research Design to Analysis and Publication*. New York: NYU Press

Gilje, Nils (2017): "6. Hermeneutik - teori og metode", i Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (red.): *Kvalitativ Analyse. Syv traditioner*. Latvia: Hans Reitzels Forlag

Gillespie, Suzanna M., Manheim, Chelsea, Gilman, Carrie, Karuza, Jurgis, Olsan, Tobie H., Edwards, Samuel T., Levy, Cari R. & Haverbals, Leab (2019): "Interdisciplinary Team Perspectives on Mental Health Care in VA Home-Based Primary Care: A Qualitative Study". *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 27(2): 128-137

Glintborg, Charlotte (2015): "Grib mennesket – en konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko-socialt udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination". *Center for Developmental and Applied Psychological Science (CeDAPS)*. Aalborg Universitetsforlag

Glintborg, Charlotte & Larsen, Katrine (2018): "3. Fra sygdom til sundhed", i Glintborg, Charlotte (red.): *Rehabiliteringspsykologi – En introduktion i teori og praksis*. Aarhus N: Aarhus Universitetsforlag

Goffman, Erving (1961): *Encounters*. New York: Bobbs-Merrill.

Goffman, Erving (2004): *Social samhandling og mikrosociologi*. København: Gyldendals Bogklubber

Gopalkrishnan, Narayan (2018): "Cultural Diversity and Mental Health: Considerations for Policy and Practice". *Frontiers in Public Health*, Vol. 6(179), June 2018: 1-7

Gray, Carol, Hogg, Rhona & Kennedy, Catriona (2010): "Professional boundary work in the face of change to generalist working in community nursing in Scotland". *Journal of Advanced Nursing* (JAN): Original Research, 18. dec. 2010: 1695-1704

Hanna, Paul & Mwale, Shadreck (2017): "12. 'I'm Not *with* You, Yet I Am...': Virtual Face-to-Face Interviews", In Virginia, Braun, Clarke, Victoria & Gray, Debra (ed.): *Collecting Qualitative Data: A practical guide to textual, media and virtual techniques*. Cambridge: Cambridge University Press

Honneth, Axel (2001): "Recognition or Redistribution? Changing Perspectives on the Moral Order of Society". *Theory, Culture & Society*, Vol. 18(2-3): 43-55

Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan (2008): *Hvordan organisationer fungerer: en indføring i organisation og ledelse*. 2. udgave. København K: Hans Reitzels Forlag

Jacobsen, Michael Hviid (2007): "9. Adaptiv teori – den tredje vej til viden – en stående invitation til syntesesociologi", i Antoft, Rasmus, Jacobsen, Michael Hviid, Jørgensen, Anja & Kritiansen, Søren (red.): *Håndværk & Horisonter*. Odense M: Syddansk Universitetsforlag

Jensen, Nils (1996): *To Verden*. Aalborg Universitetsforlag: Aalborg

Kamp, Annette & Dybbroe, Betina (2016): "Struggles of Professionalism and Emotional Labour in Standardized Mental Health Care". *Nordic Journal of Working Life Studies*, Vol. 6(S1): 67-86

Kleinman, Arthur (2012): "Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen - and soon". *British Journal of Psychiatry*, 201(6): 421–422

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009): *Interview – Introduktion til et håndværk*. 2. Udgave. København K: Hans Reitzels Forlag

Lo Iacono, Valeria, Symonds, Paul & Brown, David H. K. (2016). "Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews". *Sociological Research Online*, Vol. 21(2):1-25

Maribo, Thomas & Nielsen, Claus Vinther (2018): "2. Rehabilitering i en biopsykosocial referenceramme", i Glintborg, Charlotte (red.): *Rehabiliteringspsykologi – En introduktion i teori og praksis*. Aarhus N: Aarhus Universitetsforlag

Nguyen, Duy, and Bornheimer, Lindsay A. (2014): "Mental health service use types among Asian Americans with a psychiatric disorder: considerations of culture and Need". *The Journal of Behavioral Health Services Research*, Vol. 41(4): 520–528

Nielsen, Mikka, Petersen, Anders, Risør, Mette & Rønberg, Mette (2016): "Diagnoser: Organisation, kultur og mennesker". *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, Nr. 25:5-13

Petersen, Anders & Willig, Rasmus (2004): "Work and Recognition Reviewing New Forms of Pathological Developments". *Acta Sociologica*, Vol. 47(4): 338-350

Petersen, Anders & Willig, Rasmus (2011): "The demand for flexibility as a process of disenfranchisement". *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, Vol. 12(3): 343-362

Riis, Ole (2012): "Kapitel 11 - Kvalitet i kvalitative studier", i Jacobsen, Michael Hviid & Jensen, Sune Qvotrup (red.): *Kvalitative Udfordringer*. København K: Hans Reitzels Forlag

Sundhed.dk (2020) A: "Kropslige gener, psykisk årsag". Sundhed.dk, Patienthåndbogen.

Tilgængelig via:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/symptomer/kropslige-gener-psykisk-aarsag/>

Sundhed.dk (2020) B: "Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)". Sundhed.dk, Patienthåndbogen. Tilgængelig via:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/oevrige-sygdomme/posttraumatisk-stressforstyrrelse/>

Sundhedsstyrelsen (2020): "Håndtering af COVID-19: uregistrerede migranternes ret til sygehusbehandling". sst.dk, d. 2 april 2020. Tilgængelig via: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Haandtering-af-COVID-19/Haandtering-af-COVID-19-uregistrerede-migranternes-ret-til-sygehusbehandling.ashx?la=da&hash=339A124653FB7046AD310EBAC216909AF064A836>

Tavory, Iddo & Timmermans, Stefan (2014): *Abductive Analysis – Theorizing Qualitative Research*. Chicago & London: The University of Chicago Press

ucn.dk: "Bliv fysioterapeut, professionsbachelor". Professionshøjskolen UCN. Tilgængelig via: <https://www.ucn.dk/uddannelser/fysioterapeut>

Wilson, John P. (2004): Part III: "Introduction", In J. P. Wilson, B. Drozdek, editors, *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims*. New York, NY: Routledge:179-187

Ziethen, Morten, Stegeager, Nikolaj & Molly-Søholm, Thorkil (2013): "Kapitel 17. Anerkendelse - om anerkendelse, genkendelse og værdsættelse", i Jacobsen, Michael Hviid, Laursen, Erik & Olsen, Jan Brødslev (red.): *Socialpsykologi - en grundbog til et fag*. Latvia: Hans Reitzels Forlag

10. BILAG 1: FORMEL INTERVIEWGUIDE

<u>TEMA/ ORIENTERENDE BEGREB</u>	<u>BESKRIVELSE</u>	<u>SPØRGSMÅL</u>
Opstart	Kort beskrivelse af undersøgelsens formål og interviewet	Er det okay med dig, at jeg optager interviewet? Optagelsen vil udelukkende blive brugt til at skrive interviewet ud efterfølgende. Som du allerede ved, er jeg igang med at undersøge nogle af jer behandles forståelse og anvendelse af den helhedsorienterede tilgang i jeres arbejde her på centeret.
Overordnet forståelse af den helhedsorienterede tilgang Primære retningsvisere i denne del: commonsense betragtninger Anerkendelse	Disse spørgsmål knytter sig primært til den første del af problemformuleringen – behandlernes forståelse. Der kan dog ses lidt overlap i forhold til håndteringen i spørgsmålene om tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet Hvad ligger der i deres forståelse? Og hvordan tilrettelægges et behandlingsforløb.	Til at starte med vil jeg spørge ind til din forståelse af den helhedsorienterede tilgang <i>Hvis du skulle prøve at beskrive den helhedsorienterede tilgang med dine egne ord, hvordan ville det så lyde?</i> - stil uddybende spørgsmål - <i>Hvad betyder det at arbejde helhedsorienteret?</i> <i>Vil du fortælle lidt om, hvordan et behandlingsforløb tilrettelægges - hvilke behandlere indgår i tilrettelæggelsen?</i> <i>Vil du prøve at beskrive,</i>

		<i>hvordan du, som X, oplever at du bidrager i tilrettelæggelsen af et behandlingsforløb? (før behandlingen påbegyndes)</i> - <i>Hvad føler du, at du bidrager med, når et behandlingsforløb skal planlægges?</i>
Hvordan håndterer de tilgangen og dens forskellige facetter i deres omgang med patienterne Primære retningsvisere i denne del: Anerkendelse Rolleovertagelse og kommunikationsproces (i forhold til commonsense) Nyt perspektiv under empiriindsamling: indtryksstyring gennem følelsesarbejde	Disse spørgsmål knytter sig i højere grad til, hvordan behandlerne oplever at håndtere tilgangen i deres omgang med patienterne - dog kan der forekomme overlap ift. deres forståelse af tilgangen. Er der en bestemt måde de skal arbejde helhedsorienteret på? Er der noget ved patienttypen, der har betydning for deres måde at håndtere tilgangen på? Har deres profession/ faggruppe stor betydning for deres måde at håndtere tilgangen på? Er der bestemte måder, som vedkommende arbejder på? Er der bestemte dele af den helhedsorienterede tilgang der lægges mere vægt på end andre? Oplever behandler at hans/ hendes professionelle baggrund anerkendes i arbejdet med den	I denne del vil jeg spørge lidt mere ind til anvendelsen af den helhedsorienterede tilgang <i>Vil du prøve at fortælle lidt om, hvordan I arbejder helhedsorienteret på centeret?</i> - Stil uddybende spørgsmål - <i>Er der er en bestemt måde eller er det mere op til den enkelte behandler?</i> <i>Kan du prøve at beskrive, hvordan du anvender den helhedsorienterede tilgang i dit arbejde?</i> - <i>Er der noget bestemt du lægger vægt på i dit arbejde med patienterne?</i> - <i>stil uddybende spørgsmål</i>

	helhedsorienterede tilgang set i forhold til, hvad de oplever at bidrage med i behandlingsforløbene? Hvordan bruger behandlerne sig selv, eksempelvis deres krop og følelser i arbejdet med patienten? (følelsesarbejde)	<i>Hvordan bruger du dig selv i behandlingen?</i> (dette spørgsmål er tilføjet i forbindelse med følelsesarbejde) <i>Hvad føler du, at du som X bidrager med i den helhedsorienterede behandling af patienten? (løbende i behandlingen)</i> <i>Hvis du skulle beskrive nogle fællestræk ved den måde I behandlere arbejder helhedsorienteret på, hvad vil det så være?</i> - er der noget du gør, som de andre behandlere også gør? (noget I gør på samme måde)? - uddyb gerne hvordan og hvorfor <i>Hvis du skulle beskrive noget, du gør anderledes i dit arbejde med patienten, end de andre behandlere gør, hvad vil det så være?</i> - Er der noget du gør i dit arbejde med patienten, som du tænker adskiller sig fra de andre behandlere? - uddyb gerne hvordan og hvorfor <i>Oplever du, at I arbejder</i>
--	--	--

		<i>helhedsorienteret på centeret?</i> - Uddyb gerne hvordan du ser det
Afslutning	Afrunding, hvor der spørges åbent ind til, om behandler har andre inputs til den helhedsorienterede tilgang på centeret	Nu tror jeg, at vi er ved at være nået igennem de forskellige spørgsmål jeg havde. <i>Har du nogle andre tilføjelser, som du tænker er relevante for den helhedsorienterede tilgang på centeret, og dit arbejde?</i> <i>Så vil jeg gerne sige tusinde tak, fordi du havde tid og lyst til at deltage i interviewet, det betyder rigtig meget for mig.</i>

11. BILAG 2: PRAKTISK INTERVIEWGUIDE

SPØRGSMÅL

Er det okay med dig, at jeg optager interviewet? Optagelsen vil udelukkende blive brugt til at skrive interviewet ud efterfølgende.

Som du allerede ved, er jeg i gang med at undersøge nogle af jer behandlers forståelse og anvendelse af den helhedsorienterede tilgang i jeres arbejde på centeret.

Til at starte med vil jeg spørge ind til din forståelse af den helhedsorienterede tilgang

Hvis du skulle prøve at beskrive den helhedsorienterede tilgang med dine egne ord, hvordan ville det så lyde?

- Stil uddybende spørgsmål
- *Hvad betyder det at arbejde helhedsorienteret?*

Vil du fortælle lidt om, hvordan et behandlingsforløb tilrettelægges/planlægges - hvilke behandlere indgår i tilrettelæggelsen/ planlægningen?

Vil du prøve at sætte nogle ord på, hvordan du, som X, oplever at du bidrager i planlægningen af et behandlingsforløb? (før behandlingen påbegyndes)

- *Hvad føler du, at du bidrager med, når et behandlingsforløb skal planlægges?*

I denne del vil jeg spørge lidt mere ind til anvendelsen af den helhedsorienterede tilgang på centeret

Vil du prøve at fortælle lidt om, hvordan I arbejder helhedsorienteret på centeret?

- *Er der en bestemt måde I skal gøre det på?*
- Stil uddybende spørgsmål

Kan du prøve at beskrive, hvordan du anvender den helhedsorienterede tilgang i dit arbejde?

- *Er der noget bestemt du lægger vægt på i dit arbejde med patienterne?*
- Stil uddybende spørgsmål

Hvordan bruger/anvender du dig selv i behandlingen?

Vil du prøve at sætte nogle ord på, hvad du føler, at du som X bidrager med i den helhedsorienterede/ samlede behandling af patienten? (løbende i behandlingen)

Hvis du skulle beskrive nogle fællestræk ved den måde I behandlere arbejder på, hvad vil det så være?

- *noget I gør på samme måde?*
- Stil uddybende spørgsmål (hvordan/ hvorfor)

Hvis du skulle beskrive noget, du gør anderledes i dit arbejde med patienten, end de andre behandlere gør, hvad vil det så være?

- *Er der noget du gør, som du tænker adskiller sig fra de andre behandlere?*
- uddyb gerne hvordan og hvorfor

Oplever du, at I arbejder helhedsorienteret på centeret?

- Uddyb gerne hvordan du ser det

Nu tror jeg, at vi er ved at være nået igennem de forskellige spørgsmål jeg havde.

Har du nogle andre tilføjelser, som du tænker er relevante for den helhedsorienterede tilgang på centeret, og dit arbejde?

Så vil jeg gerne sige tusinde tak, fordi du havde tid og lyst til at deltage i interviewet, det betyder rigtig meget for mig.